



DOLENTIUM HOMINUM

N. 81 – anno XXVIII – N. 1, 2013

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

Atti della XXVII Conferenza Internazionale

*promossa e organizzata dal
Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari
su*

***L’ospedale,
luogo di evangelizzazione:
missione umana e spirituale***

15-16-17 novembre 2012

**Nuova Aula del Sinodo
Città del Vaticano**

DIREZIONE

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

COMITATO DI REDAZIONE

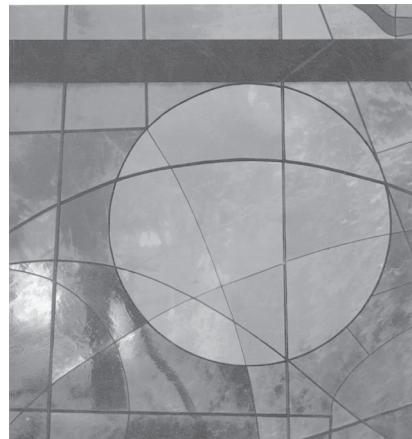
BENEDETTINI P. CIRO
BOLIS DOTT.SSA LILIANA
CUADRON SR. AURELIA
D'ERCOLE DON GIOVANNI
EL-HACHEM DOTT.SSA MAYA
GRIECO P. GIANFRANCO
HONINGS P. BONIFACIO
IRIGOYEN MONS. JESÚS
JOBLIN P. JOSEPH
MAGNO DON VITO
NEROZZI-FRAJESI DOTT.SSA DINA
PLACIDI ING. FRANCO
SANDRIN P. LUCIANO
TADDEI MONS. ITALO

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
PALENCA 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:

PONTIFIZIO 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.net

Pubblicazione quadriennale. Abbonamento: 32 € compresa spedizione

Realizzazione a cura della Editrice VELAR, Gorle (BG)

In copertina: Vetrata di P. Costantino Ruggeri

Sommario

6	Incontro di Riflessione e preghiera degli Operatori Sanitari con il Santo Padre in occasione dell'Anno della Fede svoltosi a conclusione della XXVII Conferenza Internazionale	31	L'Ospedale di Santo Spirito in Sassia: storia e missione <i>Prof. Gianni Iacovelli</i>
6	Introduzione <i>S.E. Mons. Zygmunt Zimowski</i>	35	Genesi storica dell'ospedale <i>Fra' Pascual Piles Ferrando, O.H.</i>
8	Meditazione <i>S.Em.za Card. Angelo Comastri</i>	39	L'impegno religioso secolare delle Suore della Carità di Santa Giovanna Antida Thouret nell'ospitalità romana <i>Suor Anna Antida Casolino</i>
11	Discorso del Santo Padre Benedetto XVI	47	Sul cammino dell'apprendimento e della carità. L'accompagnamento spirituale e umano degli studenti di medicina <i>Prof. Cav. Benoit Lengelé</i>
GIOVEDÌ 15 NOVEMBRE			
I. STORIA E MISSIONE			
13	Discorso di Apertura di S.E. Mons. Zygmunt Zimowski <i>S.E. Mons. Zygmunt Zimowski</i>	53	La gestione ospedaliera tra razionalizzazione e difesa del diritto alla salute <i>Dott. Anthony R. Tersigni</i>
15	Il decreto "Ad Gentes" nella vita della Chiesa di oggi <i>S. Em.za Card. Jean-Baptiste Pham Minh Mān</i>	57	La ricerca biomedica in ospedale <i>Dott.ssa Ornella Parolini</i>
18	PROLUSIONE Ospedale: luogo di nuova evangelizzazione <i>S.E. Mons. Salvatore Fisichella</i>	62	La Vocazione dell'Ospedale Universitario <i>Dott. Sandro Caffi</i>
22	Il ruolo dell'ospedale nelle politiche sanitarie internazionali <i>Dott. Anarfi Asamoa-Baah</i>	63	La telemedicina: una realtà medica che interpella l'etica <i>Dott. Giovanni Putoto</i>
25	Raccomandazioni e prospettive pastorali per gli operatori sanitari in <i>Africæ Munus</i>, Esortazione Apostolica post-sinodale di Papa Benedetto XVI <i>S. Em.za Card. Wilfrid Fox Napier, O.F.M.</i>	65	Spazi di guarigione: la scienza del luogo, la spiritualità e il benessere: conseguenze per l'ambiente ospedaliero e per la salute <i>Prof.ssa Esther M. Sternberg</i>
27	L'ospedale: tempio dell'umanità e crocevia dei popoli <i>S.Em.za Card. Willem Jacobus Eijk</i>	69	TAVOLA ROTONDA GLI OPERATORI OSPEDALIERI: EVANGELIZZATORI DELLA VITA
		69	1. L'amministratore <i>Dott. Orochi Samuel Orach</i>

<p>74 2. Il medico <i>Prof.ssa Daniela Terribile</i></p> <p>82 3. L'infermiere <i>Suor Alžbeta Bc. Jana Galgóciová</i></p> <p>84 4. Il Volontario. I volontari negli ospizi, negli ospedali e nelle case di cura per anziani in Polonia <i>Sig.ra Anna Janowicz</i></p> <p>88 5. Il cappellano <i>Don Werner Demmel</i></p>	<p>124 5. Europa <i>S.E. Mons. Edoardo Menichelli</i></p> <p>125 6. Oceania <i>S.E. Mons. Donald Sproxton</i></p>
<p>III. SPIRITUALITÀ E DIACONIA DELLA CARITÀ</p>	
<p>VENERDÌ 16 NOVEMBRE</p> <p>II. ETICA ED UMANIZZAZIONE</p>	<p>128 La cappella dell'ospedale: un cuore pulsante della missione della Chiesa per gli infermi <i>Fra' René Stockman, F.C.</i></p> <p>132 Vocazione alla vita consacrata e testimonianza carismatica nei luoghi di cura <i>Madre Laura Biondo, F.S.C.</i></p>
<p>92 Sanità tra essere e agire: bilanci di carità <i>Fra' Mario Bonora, P.S.D.P.</i></p> <p>94 Umanizzazione ed equità delle cure nelle strutture sanitarie <i>Prof. Enrico Garaci</i></p> <p>95 L'ospedale: problemi bioetici e biopolitici <i>Prof. Francesco D'Agostino</i></p> <p>98 L'Ospedale custode della vita <i>Prof. Riccardo Marana</i></p> <p>107 I Comitati etici negli ospedali oggi <i>Prof. John M. Haas</i></p>	<p>135 L'assistenza domiciliare per i malati <i>Dott. Konstanty Radziwill</i></p> <p>137 La Cappellania ospedaliera <i>Fra' Benigno Ramos Rodríguez, O.H.</i></p> <p>143 La preparazione umana e spirituale dei volontari ospedalieri <i>Dott. Salvatore Pagliuca</i></p> <p>151 La spiritualità come risorsa nelle situazioni di malattia in una società secolarizzata <i>Prof. Arndt Büsing</i></p> <p>155 La missione per i sofferenti della “União das Misericórdias” <i>Dott. Manuel de Lemos</i></p>
<p>111 TAVOLA ROTONDA GLI OSPEDALI CATTOLICI IN UN MONDO CHE CAMBIA</p> <p>111 1. Gli ospedali cattolici d'Africa in un mondo in trasformazione: “pozzi” di incontro con Cristo <i>S.E. Mons. Joachim Ntahondereye</i></p> <p>114 2. ASIA: gli ospedali cattolici in un mondo di sfide <i>S.E. Mons. Bernard Blasius Moras</i></p> <p>120 3. America del Nord <i>S.E. Mons. Robert J. McManus, D.D. S.T.D.</i></p> <p>122 4. America del Centro-Sud <i>S.E. Mons. Sebastián Ramis Torrens, T.O.R.</i></p>	<p>157 L'impegno umanitario e missionario dell'Ordine di Malta <i>S.E. Barone Albrecht Freiherr von Boeselager</i></p> <p>161 Coinvolgere gli operatori sanitari cattolici per espandere la diagnosi e il trattamento dell'HIV <i>Sig. Gregg H. Alton</i></p> <p>164 Conclusioni <i>Mons. Andrea Pio Cristiani</i></p> <p>165 Riflessioni conclusive e raccomandazioni <i>Padre Jacques Simporé, M.I.</i></p>

Atti della XXVII Conferenza Internazionale

*L'ospedale,
luogo di evangelizzazione:
missione umana e spirituale*

15-16-17 novembre 2012

**Nuova Aula del Sinodo
Città del Vaticano**

Incontro di Riflessione e preghiera degli Operatori Sanitari con il Santo Padre in occasione dell'Anno della Fede svoltosi a conclusione della **XXVII Conferenza Internazionale**

17 NOVEMBRE 2012, AULA PAOLO VI

PROGRAMMA

Canto d'inizio

Inno dell'Anno della Fede

**Introduzione di
Sua Eccellenza Monsignor
Zygmunt Zimowski**
Presidente del
Pontificio Consiglio per
gli Operatori Sanitari

Lettura della Parola di Dio

Prima lettura

Salmo

Alleluia

Lettura del Vangelo

Commento

**Sua Eminenza il Cardinale
Angelo Comastri**
Arciprete della Basilica Papale
di S. Pietro in Vaticano
Vicario Generale di Sua Santità
per lo Stato della Città
del Vaticano

Testimonianze

Preghiera dei fedeli

Preghiera conclusiva

Canto finale

DISCORSO DEL SANTO PADRE BENEDETTO XVI

Introduzione

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

Eminenze, Eccellenze Reverendissime, cari Sacerdoti, Religiosi e Religiose. Sono molto lieto di salutare gli Organizzatori ed i Partecipanti di questi due importanti Eventi: il Congresso congiunto dei Medici Cattolici Italiani ed Europei su: "Bioetica ed Europa cristiana" (che è in corso di svolgimento) ed i partecipanti alla XXVII Conferenza Internazionale, appena conclusa e che ha trattato il tema: "L'Ospedale, luogo di evangelizzazione: missione umana e spirituale".

Saluto anche molto cordialmente le varie Organizzazioni che si occupano dei malati e dei sofferenti, in modo particolare l'Unitalsi.

Carissimi malati, grazie per la Vostra presenza!

Vogliamo ora prepararci spiritualmente all'incontro con il Santo Padre, in occasione dell'"Anno della Fede", per essere veri evangelizzatori, in forza del nostro Battesimo.

Uno dei momenti più commoventi, durante il primo pellegrinaggio del Santo Padre in Polonia, nel 1979, è stato quando Giovanni Paolo II si è inginocchiato davan-

ti al fonte battesimale nella chiesa parrocchiale di Wadowice.

All'inizio del Ministero Petrino, il Papa è tornato al luogo dove è iniziato il Suo cammino personale di fede. È tornato al momento, quando i suoi genitori lo hanno portato in chiesa affinché, attraverso la porta del Santo Battesimo, fosse introdotto nella grande comunione dei figli di Dio. Il Papa è tornato alle fonti. C'è qualcosa di straordinario in quella immagine del Vescovo di Roma, inginocchiato davanti ad un semplice, vecchio fonte battesimale.

Nell'Anno della Fede è opportuno riflettere sul significato del sacramento del Battesimo; richiamare alla mente il fonte battesimale della nostra chiesa parrocchiale presso il quale è iniziato il cammino di fede, il nostro avvicinarsi alla comunità dei credenti. Nello stesso tempo vogliamo ringraziare Dio per i nostri genitori e per le comunità parrocchiali dove è maturata la nostra fede.

Domenica 16 ottobre 2011 il Santo Padre Benedetto XVI ha celebrato la Santa Messa per la Nuova Evangelizzazione. Nell'Omelia ha pronunciato parole importanti: "Proprio per dare rinnovato impulso alla missione di tutta la Chiesa di condurre gli uomini fuori dal deserto in cui spesso si trovano verso il luogo della vita, l'amicizia con Cristo che ci dona la vita in pienezza, vorrei annunciare in questa Celebrazio-

ne Eucaristica che ho deciso di indire un “Anno della Fede”, che avrà modo di illustrare con un’apposita Lettera Apostolica.

La Lettera Apostolica *Porta Fidei* di Benedetto XVI ci aiuta a capire meglio il perché dell’Anno della Fede. “Solo credendo, [...] la fede cresce e si rafforza”¹, quindi la fede deve essere approfondita e ripensata. Oggi il compito della Chiesa è la nuova evangelizzazione, che è possibile solo quando da una parte saremo in grado di giustificare la credibilità di ciò in cui crediamo e dall’altra saremo testimoni credibili, con l’esempio della vita cristiana. Il Papa pone l’accento sull’importanza della Liturgia e dei Sacramenti. “Senza la Liturgia ed i Sacramenti, la professione di fede non avrebbe efficacia, perché mancherebbe della grazia che sostiene la testimonianza dei cristiani. Alla stessa stregua, l’insegnamento del *Catechismo* sulla vita morale acquista tutto il suo significato se posto in relazione con la fede, la liturgia e la preghiera”².

La fede senza la carità non porta frutti. Benedetto XVI scrive nel documento: “«Tutto quello che avete fatto a uno solo di questi miei fratelli più piccoli, l’avete fatto a me» (*Mt* 25,40): queste sue parole sono un monito da non dimenticare ed un invito perenne a ridonare quell’amore con cui Egli si prende cura di noi. È la fede che permette di riconoscere Cristo ed è il suo stesso amore che spinge a soccorrerlo ogni volta che si fa nostro prossimo nel cammino della vita”³.

L’incontro di Gesù con la sama-

ritana presso il pozzo di Giacobbe è l’inizio di desiderio della fede. “Anche l’uomo di oggi può sentire di nuovo il bisogno di recarsi come la samaritana al pozzo per ascoltare Gesù, che invita a credere in Lui e ad attingere alla sua sorgente, zampillante di acqua viva (cfr. *Gv* 4,14) – scrive il Santo Padre nel Motu Proprio *Porta Fidei*. Dobbiamo ritrovare il gusto di nutrirci della Parola di Dio, trasmessa della Chiesa in modo fedele, e del Pane della vita, offerti a sostegno di quanti sono suoi discepoli (cfr. *Gv* 6,51)”⁴. Grazie a quell’incontro nel cuore della donna comincia germogliare il seme, seme che cresce e che porta la samaritana ad essere un testimone della fede: “Venite a vedere un uomo che mi ha detto tutto quello che ho fatto. Che sia forse il Messia?”⁵. Come è cambiata la vita della donna dopo questa conversazione. Noi possiamo incontrare Gesù Cristo nella preghiera. “La meraviglia della preghiera si rivela proprio là, presso i pozzi dove andiamo a cercare la nostra acqua: là Cristo viene ad incontrare ogni essere umano; Egli ci cerca per primo ed è lui che ci chiede da bere. [...] La nostra preghiera di domanda è paradossalmente una risposta. Risposta al lamento del Dio vivente: «Essi hanno abbandonato me, sorgente d’acqua viva, per scavarsi cisterne, cisterne screpolate» (*Ger* 2,13), risposta di fede alla promessa gratuita di salvezza, risposta d’amore alla sete del Figlio unigenito.”⁶ L’Anno della Fede deve servire per ritornare alla sorgente d’acqua viva, cioè all’acqua battesimale.

Potremmo alla fine domandarci: a che cosa serve la preghiera? La risposta non potrebbe essere data in termini di utilità o di efficacia umana, ma in termini di gratuità e di vita, di dono e di servizio. La preghiera serve ad *essere di più: essere uomini nuovi*. La preghiera inoltre serve a *dare di più: essere servitori della vita*. Essere e donare: ecco la misura di una preghiera autentica, misurata con la persona di Cristo e con le esigenze dell’amicizia e del dono totale della vita. “Il Figlio dell’uomo infatti non è venuto per essere servito, ma per servire”⁷. È proprio nella preghiera che si impara ad accogliere il dono di Dio per diventare anche noi dono per gli altri, si accoglie la trasformazione che ci abilita ad amare di più ed a servire meglio.

Ricordiamo le parole annunciate dal Sacerdote durante il nostro Battesimo: “Questa è la nostra fede. Questa è la fede della Chiesa. E noi ci gloriamo di professarla, in Cristo Gesù nostro Signore”. ■

Note

¹ BENEDETTO XVI, Lettera Apostolica, *Motu Proprio “Porta Fidei”*, 11 ottobre 2011, n°7.

² BENEDETTO XVI, Lettera Apostolica, *Motu Proprio “Porta Fidei”*, 11 ottobre 2011, n°11.

³ BENEDETTO XVI, Lettera Apostolica, *Motu Proprio “Porta Fidei”*, 11 ottobre 2011, n°14.

⁴ BENEDETTO XVI, Lettera Apostolica, *Motu Proprio “Porta Fidei”*, 11 ottobre 2011, n°3.

⁵ Cfr. *Gv* 4,29.

⁶ Catechismo della Chiesa Cattolica, *La preghiera cristiana*, cfr. 2559

⁷ Cfr. *Mc* 10,45.

Meditazione

S.EM.ZA CARD.
ANGELO COMASTRI

Arciprete della Basilica Papale
di San Pietro in Vaticano,
Vicario Generale di Sua Santità
per la Città del Vaticano

1. Lo scrittore polacco Enrico Sienkiewicz (1846-1916) ci ha lasciato un toccante romanzo storico, dal titolo “*Quo vadis?*”. In quest’opera ambientata al tempo della feroce persecuzione di Nerone, l’autore immagina un colloquio tra un ufficiale romano, di nome Vincio e l’Apostolo Pietro giunto a Roma dalla lontana Galilea. L’ufficiale romano conosce il cristianesimo soltanto attraverso la frequentazione di una giovane cristiana, di nome Licia, della quale egli è innamorato. Però Vincio resta perplesso davanti alla novità e alla semplicità del messaggio cristiano e chiede all’Apostolo Pietro un aiuto per capire.

“I Greci – osserva l’ufficiale romano – hanno portato nel mondo la filosofia: e questo è un merito che resterà imperituro. I Romani hanno portato nel mondo il diritto e l’organizzazione dello Stato: anche questo è un fatto straordinario e di fronte agli occhi di tutti. Ma voi cristiani – domanda – voi cristiani che cosa portate di nuovo nel mondo?”.

Pietro, secondo il racconto di Sienkiewicz, ascolta attentamente l’ufficiale romano e poi senza esitazione risponde: “*Noi cristiani portiamo nel mondo l’Amore! Noi portiamo la più grande e rivoluzionaria notizia, che è questa: Dio e Amore!*”. Forse, oggi, noi abbiamo un po’ smarrito la consapevolezza di quanto sia sensazionale questa notizia e delle conseguenze che essa comporta per la nostra vita.

Biagio Pascal, grande pensatore e fervente cristiano, in uno dei suoi celebri pensieri scrive: “*Molti traggono motivo di bestemmiare la religione cristiana, perché la conoscono male. Im-*

maginano che essa consista semplicemente nell’adorazione di un Dio considerato grande, potente e eterno; e questo è propriamente il deismo (la religione dei filosofi), che è tanto lontana dalla religione cristiana quanto l’ateismo, che ne è tutto l’opposto.

Il Dio dei cristiani non è un Dio semplicemente autore delle verità geometriche e dell’ordine degli elementi... il Dio di Abramo, il Dio di Isacco, il Dio di Giacobbe, il Dio dei cristiani è un Dio d’Amore e di consolazione, è un Dio che riempie l’anima e il cuore di coloro di cui si è impossessato, è un Dio che fa internamente sentire a ognuno la propria miseria e la sua misericordia infinita”.

Sono affermazioni sacrosante ed evangelicamente esatte.

Infatti la notizia che Dio è Amore, che e poi la “buona notizia” cioè il “Vangelo stesso”, questa notizia sconvolge la graduatoria dei valori in uso tra gli uomini e offre una chiave di lettura completamente nuova delle vicende della storia umana.

Il giornalista inglese Malcolm Muggeridge, dopo aver frequentato la “Casa del Cuore Immacolato” e dopo aver incontrato più volte Madre Teresa di Calcutta in mezzo ai suoi poveri, esclamò: “*La rivoluzione del cristianesimo sta tutta qui: la carità vale più di tutta la cultura*”.

Dalla viva voce di Madre Teresa il celebre giornalista della BBC raccolse questa lucida affermazione: “*Quando moriremo, porteremo con noi una sola valigia: la valigia della carità. Tutto il resto non sorpasserà neppure la soglia del cimitero*”.

E Antonio Federico Ozanam poteva giustamente dire: “*È veramente nostro soltanto ciò che doniamo: quel che doniamo, infatti, resterà nostro per l’eternità, mentre tutto il resto lo abbiamo in affitto per pochissimo tempo*”.

Per questo motivo l’Apostolo Paolo, con piena legittimità, può arrivare a formulare alcune affermazioni veramente sconvolgen-

ti. Egli, ben consapevole che la rivelazione dell’onnipotenza di Dio come onnipotenza d’amore impone una totale revisione della scala dei valori, arriva a scrivere: “*Se anche parlassi le lingue degli uomini e degli angeli, cioè se avessi tutta la cultura possibile e immaginabile, se mi manca la carità, io rassomiglio al tintinnio di un cembalo o alla vibrazione di un bronzo che dura soltanto pochi secondi e poi cade nel silenzio come se nulla fosse accaduto. E se anche avessi il dono della profezia e conoscessi tutti i misteri cioè anche se fossi laureato presso le più rinomate Università Ecclesiastiche, se non avessi la carità, io sono nulla: zero assoluto*”.

Perché sono cristianamente legittime queste affermazioni? Conserviamo la domanda e arriviamo lentamente alla risposta.

2. Nel mese di settembre dell’anno 1896, un anno esatto prima della sua morte avvenuta all’età giovanile di 24 anni, Teresa di Lisieux, per ordine della Priora del Carmelo scrive il secondo “quadernino” dei ricordi della sua vita.

Ella racconta che, a un certo momento della sua breve esistenza provò una terribile crisi di identità. Nel suo cuore bollivano forti desideri contrastanti: pensava che, per essere santi, bisognasse percorrere tutte le vie dell’eroismo. Ella, pertanto, desiderava essere Carmelitana nascosta agli occhi del mondo, ma, nello stesso tempo, desiderava essere apostola e missionaria del Vangelo in tutti gli angoli della terra. Desiderava essere sacerdote e pensava con quanto amore avrebbe accolto Gesù nelle sue mani e l’avrebbe dato alle anime: ma, nello stesso tempo, desiderava non essere sacerdote seguendo l’esempio di San Francesco, che “rifiutò la dignità sublime del sacerdozio”. La giovane Carmelitana soffriva e le sembrava che il vento dei desideri di santità fosse come impaz-

zito dentro la sua anima. Scrive: “Durante l’orazione i miei desideri mi facevano soffrire un vero martirio”. Ma, proprio nella preghiera, Dio offre la luce e la pace al cuore di Teresa. Infatti, leggendo le Lettere di San Paolo, si imbatte nel capitolo XII della Prima Lettera ai Corinzi. Lì l’Apostolo spiega che la Chiesa è il Corpo Mistico di Cristo: e nel corpo ci sono tante membra e tutte sono necessarie per la vita del corpo. Annota Teresa nel suo diario: “La risposta era chiara, ma non colmava il mio desiderio e non mi dava pace. Come Maddalena chinandosi sulla Tomba vuota finì per trovare ciò che cercava, così, abbassandomi fino alle profondità del mio nulla, mi innalzai tanto in alto da raggiungere il mio scopo”.

Infatti leggendo l’Inno alla Carità dell’Apostolo Paolo, Teresa capisce che la carità è il punto di partenza indispensabile e il punto di arrivo ineludibile di tutte le vocazioni: e, pertanto, vivendo la carità, tutte le vocazioni si incontrano.

Con queste stupende parole Teresa confida la sua meravigliosa scoperta: “La carità mi diede la chiave della mia vocazione. Capii che, se la Chiesa ha un corpo composto da diverse membra, l’organo più necessario, più nobile di tutti non le manca; capii che la Chiesa ha un cuore e che questo cuore arde d’amore”.

Capii che l’amore soltanto fa agire le membra della Chiesa; che, se l’amore si spegnesse, gli Apostoli non annunzierebbero più il Vangelo; i martiri rifiuterebbero di versare il loro sangue. Capii che l’amore racchiude tutte le vocazioni. Allora, nell’eccesso della mia gioia delirante, esclamai: ‘Gesù, amore mio, la mia vocazione l’ho trovata finalmente: la mia vocazione e l’amore! Sì, ho trovato il mio posto nella Chiesa e questo posto, Dio mio, me l’avete dato voi! Nel cuore della Chiesa, mia Madre, io sarò l’Amore. Così sarò tutto’, cioè così vivrò tutte le vocazioni, perché l’anima di tutte le vocazioni è l’amore”.

È doverosa, a questo punto, una domanda: perché Santa Teresa di Lisieux trova la pace nella

scoperta che l’amore è la sorgente e il compimento di tutte le vocazioni nella Chiesa? È veramente qui il cuore del cristianesimo?

3. Andiamo al Vangelo. Gli evangelisti concordemente ci riferiscono che Gesù stupì i suoi contemporanei per la sua bontà: una bontà a 360 gradi, sconfinata, disarmante, gratuita, pronta a fare il primo passo. Ad un certo punto alcuni cominciarono a mormorare. L’evangelista San Luca racconta: “Si avvicinavano (il verbo all’imperfetto indica un’azione che è abituale, che si ripete) si avvicinavano a Gesù tutti i pubblicani e i peccatori per ascoltarlo. I farisei e gli scribi mormoravano: ‘Costui – dicevano – riceve i peccatori e mangia con loro’”. Il testo greco tradotto letteralmente dice così: “Costui pende verso i peccatori e mangia con loro”. E si scandalizzavano. Allora egli disse loro questa parola: “Chi di voi se ha cento pecore e ne perde una, non lascia le novantanove nel deserto e va dietro a quella perduta, finché non la ritrova? Ritrovatala, se la mette in spalla tutto contento, va a casa, chiama gli amici e i vicini dicendo: ‘Rallegratevi con me, perché ho ritrovato la mia pecora che era perduta’” (Lc 15,1-6).

È evidente che Gesù racconta la parola con il preciso intendimento di correggere la concezione di Dio che i suoi ascoltatori e denigratori avevano in mente. Gesù innanzi tutto dice: ma voi, quando smarrite una pecora, non lasciate le restanti novantanove nell’ovile per andare a cercare quella perduta?

La domanda un po’ ci sorprende. Noi staremmo tranquilli con le novantanove pecore nell’ovile e manderemmo al diavolo l’unica pecora smarrita. Ma il comportamento di Dio è diverso: divinamente diverso!

E con fine delicatezza, Gesù tratteggia la figura raggiante del pastore, che, tenendo sulle spalle la pecora ferita e stanca, torna all’ovile dopo un’interminabile giornata di ricerca. A questo punto Gesù fa un salto di pensiero che svela le sue precise intenzioni. Egli dice: “Così, vi dico, ci sarà più gioia in Cielo per un solo pec-

catore convertito (il testo greco insiste su questa particolare: per un solo peccatore!), che per novantanove giusti che non hanno bisogno di conversione” (Lc 15,7).

Gesù, allora, sta parlando del Cielo: ma il Cielo è Dio!

Egli, evidentemente, vuole correggere coloro che restano scandalizzati dalla rivelazione della bontà inaudita del Padre, che avvertivano attraverso i vari gesti della Sua persona. E vuole invitare gli scandalizzati a prendere atto che Dio è totalmente diverso da come loro lo immaginano: Dio è infinitamente più buono!

E, per questa, Dio vorrebbe salvare tutti, (non solo novantanove pecore, ma cento su cento), vorrebbe abbracciare tutti, stringere tutti al Suo Cuore per riempirci della Sua gioia. Però l’uomo è libero, l’uomo può rifiutare, può respingere l’Amore ed escludersi dall’Amore: ma Dio resta incrollabilmente e fedelmente Amore. La possibilità di perdersi, pertanto, sta nel mistero della libertà umana e non nel limite della Misericordia Divina. Ciò sia chiaro.

Seguiamo ancora Gesù. Nell’ultima Cena, con un gesto inaudito Egli svelò ancora di più il mistero nascosto nel Cuore di Dio. Si alzò da tavola e si mise a lavare i piedi degli Apostoli. Notate: tra gli Apostoli c’era il traditore, c’era colui che l’avrebbe rinnegato e gli altri sarebbero fuggiti nell’ora della Passione. Gesù aveva tutto il diritto dire: “Vermi ingratiti, andate via, andate lontano da me!”.

E, invece, lava i piedi per dire inequivocabilmente che Dio ci ama non perché siamo buoni, ma perché Lui è buono: e la Sua bontà è una sfida che ci provoca e bussa continuamente alla nostra porta. Se apriamo il cuore, siamo salvi e Dio fa festa per il figlio che ritorna.

E quando la Bontà di Dio trova ospitalità nel nostro cuore, accade il prodigo: chi ci avvicina, avverte una misteriosa Presenza e percepisce, senza saperlo, una ventata di Paradiso, che lascia pensosi anche coloro che non credono.

Il Servo di Dio Paolo VI un giorno si rivolse al suo amico Giuseppe Prezzolini, non credente, per avere da lui un consiglio

sui modi migliori per “*entrare in dialogo con i lontani*”, per “*rendere credibile la Chiesa ai contemporanei*”. “*Santità – rispose lo scrittore toscano – non c’è che un mezzo. Gli uomini di Chiesa devono essere soprattutto buoni e mirare ad uno scopo soltanto: creare degli uomini buoni. Non c’è nulla che attiri come la bontà perché di nulla noi increduli siamo tanto privi. Di gente intelligente il mondo è pieno: quel che ci manca è la gente buona. Formarla è il compito della Chiesa: per riattrarre gli uomini al Vangelo tutto il resto è secondario*”.

4. Ma come è possibile aprire la porta del cuore all’inondazione della Bontà di Dio? Cos’è che rende possibile l’incontro tra la nostra miseria e l’infinito Amore di Dio? Ci risponde il Vangelo dei due ciechi, che, seduti lungo la strada, sono l’immagine della povertà di tutta l’umanità: anche della nostra povertà.

Il Beato Giovanni XXIII, visitando l’Ospedale “Bambino Gesù” in occasione del Santo Natale dell’anno 1958 si accostò al lettino di un bambino, che spontaneamente gli tese le braccia ed esclamò: “*Papa Giovanni, sento che sei qui, ma non ti vedo... perché io sono cieco!*”. Il Papa accarezzò il bambino e, con un sussulto di sapienza cristiana, gli

disse sottovoce: “*Bambino mio, siamo tutti un po’ ciechi!*”. E abbassò gli occhi per non far vedere le lacrime che stavano sgorgando. “*Siamo tutti un po’ ciechi!*”.

Per incontrare il Signore e la Sua misericordia, è necessaria l’umiltà: l’umiltà che è consapevolezza del nostro limite, consapevolezza della nostra radicale povertà, consapevolezza della nostra cecità, consapevolezza che tutti abbiamo bisogno di essere salvati.

I ciechi di Gerico si aprirono a Gesù attraverso l’umiltà di una invocazione: “*Signore, abbi pietà di noi!*”. E in quel momento iniziò la loro guarigione: iniziò a partire dalla loro anima immersa nell’umiltà. Il miracolo della guarigione degli occhi fu soltanto la conferma.

Biagio Pascal acutamente ha osservato: “*L’ultimo passo della ragione è riconoscere che c’è un’infinità di cose che la superano: essa è debole se non arriva a conoscere questo*”. E Madre Teresa di Calcutta ha aggiunto: “*L’umiltà è la virtù più intelligente, perché ci butta tra le braccia della Verità e della Carità*”. Per questo motivo l’umiltà è indispensabile non solo per incontrare Dio, ma è indispensabile anche per incontrare i fratelli: l’orgoglioso è solo, drammaticamente solo, ed è incapace di

fraternità, perché l’orgoglio è un muro che separa da tutti: da Dio e dagli uomini. A tale proposito vi racconto un episodio veramente illuminante.

Mons. Loris Capovilla, che fu segretario del Beato Giovanni XXIII, mi ha confidato ciò che accadde il giorno stesso dell’elezione del Pontefice.

Quando Giovanni XXIII si affacciò alla loggia centrale della facciata della Basilica di San Pietro per la prima Benedizione “*Urbi et Orbi*” tentò di vedere la gente che riempiva la Piazza: però sentiva le voci, ma non poteva vedere la folla perché i fari puntati delle varie televisioni impedivano di vedere al di là di essi.

Terminata la cerimonia, il Papa lasciò la piccola loggia ed entrò nell’Aula delle Benedizioni, si fermò ed esclamò: “*I potenti fari non mi hanno permesso di vedere la gente. Ho capito la lezione: se voglio vedere i volti dei miei fratelli, devo tenere sempre spenti i fari dell’orgoglio*”. Aveva perfettamente ragione.

Concludendo, vi auguro di avere un cuore umile: così sarete capaci di chinarvi veramente sugli altri e sarete anche trasparenti per lasciar passare la Luce di Dio e l’Amore di Dio. E così vedrete guarire tantissima gente: nell’anima certamente; e, se Dio vuole, anche nel corpo.

Discorso del Santo Padre Benedetto XVI

*Signori Cardinali,
venerati Fratelli nell'Episcopato e nel Sacerdozio,
cari fratelli e sorelle!*

Vi do il mio caloroso benvenuto! Ringrazio il Presidente del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, Mons. Zygmunt Zimowski, per le cortesi parole; saluto gli illustri relatori e tutti i presenti. Il tema della vostra Conferenza – «L'Ospedale, luogo di evangelizzazione: missione umana e spirituale» – mi offre l'occasione di estendere il mio saluto a tutti gli operatori sanitari, in particolare ai membri dell'Associazione dei Medici Cattolici Italiani e della Federazione Europea delle Associazioni Mediche Cattoliche, che, presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, hanno riflettuto sul tema «Bioetica ed Europa cristiana». Saluto inoltre i malati presenti, i loro familiari, i cappellani e i volontari, i membri delle associazioni, in particolare dell'Unitalsi, gli studenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia e dei Corsi di laurea delle Professioni Sanitarie.

La Chiesa si rivolge sempre con lo stesso spirito di fraterna condivisione a quanti vivono l'esperienza del dolore, animata dallo Spirito di Colui che, con la potenza dell'amore, ha ridato senso e dignità al mistero della sofferenza. A queste persone il Concilio Vaticano II ha detto: non siete «né abbandonati, né inutili», perché, uniti alla Croce di Cristo, contribuite alla sua opera salvifica (cfr. *Messaggio ai poveri, ai malati e ai sofferenti*, 8 dicembre 1965). E con gli stessi accenti di speranza, la Chiesa interella anche i professionisti e i volontari della sanità. La vostra è una singolare vocazione, che necessita di studio, di sensibilità e di esperienza. Tuttavia, a chi sceglie di lavorare nel mondo della sofferenza vivendo la propria attività come una «missione umana e spirituale» è richiesta una competenza ulteriore, che va al di là dei titoli accademici. Si tratta della «scienza cristiana della sofferenza», indicata esplicitamente dal Concilio come «la sola verità capace di rispondere al mistero della sofferenza» e di arrecare a chi è nella malattia «un sollievo senza illusioni»: «Non è in nostro potere – dice il Concilio – procurarvi la salute corporale, né la diminuzione dei vostri dolori fisici... Abbiamo però qualche cosa di più prezioso e di più profondo da darvi... Il Cristo non ha soppresso la sofferenza; non ha neppure voluto svelarcene interamente il mistero: l'ha presa su di sé, e questo basta perché ne comprendiamo tutto il valore» (*ibid.*). Di questa «scienza cristiana della sofferenza» siate degli esperti qualificati! Il vostro essere cattolici, senza timore, vi dà una maggiore responsabilità nell'ambito della società e della Chiesa: si tratta di una vera vocazione, come recentemente testimoniato da figure esemplari quali San Giuseppe Moscati, San Riccardo Pampuri, Santa Gianna Beretta Molla, Santa Anna Schäffer e il Servo di Dio Jérôme Lejeune.

È questo un impegno di nuova evangelizzazione anche in tempi di crisi economica che sottrae risorse alla tutela della salute. Proprio in tale contesto, ospedali e strutture di assistenza debbono ripensare il proprio ruolo per evitare che la salute, anziché un bene universale da assicurare e difendere, diventi una semplice «merce» sottoposta alle leggi del mercato, quindi un bene riservato a pochi. Non può essere mai dimenticata l'attenzione particolare dovuta alla dignità della perso-

na sofferente, applicando anche nell'ambito delle politiche sanitarie il principio di sussidiarietà e quello di solidarietà (cfr. Enc. *Caritas in veritate*, 58). Oggi, se da un lato, a motivo dei progressi nel campo tecnico-scientifico, aumenta la capacità di guarire fisicamente chi è malato, dall'altro appare indebolirsi la capacità di «prendersi cura» della persona sofferente, considerata nella sua integralità e unicità. Sembrano quindi offuscarsi gli orizzonti etici della scienza medica, che rischia di dimenticare come la sua vocazione sia servire ogni uomo e tutto l'uomo, nelle diverse fasi della sua esistenza. È auspicabile che il linguaggio della «scienza cristiana della sofferenza» – cui appartengono la compassione, la solidarietà, la condivisione, l'abnegazione, la gratuità, il dono di sé – diventi il lessico universale di quanti operano nel campo dell'assistenza sanitaria. È il linguaggio del Buon Samaritano della parabola evangelica, che può essere considerata – secondo il Beato Papa Giovanni Paolo II – «una delle componenti essenziali della cultura morale e della civiltà universalmente umana» (Lett. ap. *Salvifici doloris*, 29). In questa prospettiva gli ospedali vanno considerati come luogo privilegiato di evangelizzazione, perché dove la Chiesa si fa «veicolo della presenza di Dio» diventa al tempo stesso «strumento di una vera umanizzazione dell'uomo e del mondo» (Congr. per la Dottrina della Fede, *Nota dottrinale su alcuni aspetti dell'evangelizzazione*, 9). Solo avendo ben chiaro che al centro dell'attività medica e assistenziale c'è il benessere dell'uomo nella sua condizione più fragile e indifesa, dell'uomo alla ricerca di senso dinanzi al mistero insondabile del dolore, si può concepire l'ospedale come «luogo in cui la relazione di cura non è mestiere, ma missione; dove la carità del Buon Samaritano è la prima cattedra e il volto dell'uomo sofferente il Volto stesso di Cristo» (*Discorso all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma*, 3 maggio 2012).

Cari amici, questa assistenza sanante ed evangelizzatrice è il compito che sempre vi attende. Ora più che mai la nostra società ha bisogno di «buoni samaritani» dal cuore generoso e dalle braccia spalancate a tutti, nella consapevolezza che «la misura dell'umanità si determina essenzialmente nel rapporto con la sofferenza e col sofferente» (Enc. *Spe salvi*, 38). Questo «andare oltre» l'approccio clinico vi apre alla dimensione della trascendenza, verso la quale un ruolo fondamentale è svolto dai cappellani e dagli assistenti religiosi. A loro compete in primo luogo di far trasparire nel variegato panorama sanitario, anche nel mistero della sofferenza, la gloria del Crocifisso Risorto.

Un'ultima parola desidero riservare a voi, cari malati. La vostra silenziosa testimonianza è un efficace segno e strumento di evangelizzazione per le persone che vi curano e per le vostre famiglie, nella certezza che «nessuna lacrima, né di chi soffre, né di chi gli sta vicino, va perduta davanti a Dio» (*Angelus*, 1° febbraio 2009). Voi «siete i fratelli del Cristo sofferente; e con lui, se lo volete, voi salvate il mondo!» (Conc. Vat. II, *Messaggio*).

Mentre affido voi tutti alla Vergine Maria, *Salus infirmorum*, perché guidi i vostri passi e vi renda sempre testimoni operosi e instancabili della scienza cristiana della sofferenza, vi imparto di cuore la Benedizione Apostolica. ■

GIOVEDÌ 15 NOVEMBRE

I. Storia e Missione

Discorso di Apertura di S.E. Mons. Zygmunt Zimowski

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

“Euntes docete et curate infirmos” (*Mt 10,6-8* – Andate, insegnate e curate gli infermi), è il mandato di Gesù su cui si fondono due delle attività fondamentali e sempre attuali della sua Chiesa, l’evangelizzazione e la cura dei malati. Impegni sempre strettamente congiunti, sia nei territori tradizionalmente ritenuti di missione sia in un strutture specifiche quali i centri di cura e, più precisamente, gli ospedali. I nosocomi, soprattutto nei Paesi economicamente avanzati, sono oggi degli autentici crocevia di culture e religioni, luoghi di espressione profonda della teandricità, luoghi privilegiati per l’Apostolato della Misericordia, come lo definì il Beato Papa Giovanni Paolo II che nel 1985 istituì il nostro Pontificio Consiglio *pro valetudinis administris*, spazi d’annuncio e di nuova evangelizzazione.

Ecco la voluta concordanza del tema della nostra XXVII Conferenza Internazionale, alla quale Sua Santità Papa Benedetto XVI ha voluto dare il titolo de “L’ospedale, luogo di evangelizzazione: missione umana e spirituale”, con l’Anno della Fede, inaugurato l’11 ottobre scorso, l’appena conclusa XIII Assemblea Generale Ordinaria del Sinodo dei Vescovi e il 50mo anniversario dell’apertura del Concilio Vaticano II, ca-

ratterizzato, fra l’altro, dalla promozione di un sempre maggiore coinvolgimento dei laici nella vita della Chiesa.

I tre giorni di incontro in Vaticano, due in programma nell’Aula Nuova del Sinodo ed il terzo nell’Aula Paolo VI, saranno dedicati allo studio di tutti gli aspetti dei nosocomi nella loro essenza di spazi privilegiati, sia per adempiere individualmente e collettivamente al mandato battesimale, annunciando la Buona Novella, sia per poter riconoscere e incontrare il Volto di Cristo e per piamente imitare il Buon Samaritano dell’omonima parola evangelica.

Una realtà di missione, l’ospedale, che è anche una sfida per tutti gli agenti della Pastorale della Salute, consacrati e non, e costituisce un’occasione unica per aderire al Verbo che si è fatto uomo

Un cammino quasi impossibile da intraprendere e mantenere fedelmente se non si avverte un’autentica vocazione, se si è privi di fede nell’Uomo e di Carità-Amore ma anche dell’umiltà legata alla consapevolezza della condizione umana e della finitezza delle conquiste scientifiche conseguite così come della necessità di aggiornarsi a causa della loro continua evoluzione e dell’avanzamento delle tecnologie. Progressi che, ribadiamo ancora una volta, se non vengono ‘umanizzati’, cioè guidati dall’etica e dall’antropologia cristiana, rischiano di ‘ridurre’ il paziente ad un mero oggetto di studio e/o di trattamenti terapeutici per non parlare dei casi estremi in cui si arriva alla sperimentazione

eticamente scorretta od all’esercizio fine a se stesso.

Ciò può però sopravvenire, a detrimento del rispetto per la Vita, dal concepimento alla sua fine naturale, e del malato nel suo essere persona, con una dignità ed un vissuto propri ed irripetibili. La “scienza cristiana della sofferenza”, delineata dai Padri Conciliari riuniti 50 anni fa nel Vaticano II, è in effetti “la sola verità capace di rispondere al mistero della sofferenza” e di essere in grado di offrire un autentico “ sollievo”, scetro di utopistiche soluzioni.

Una realtà cardine che si trova a confronto con la sempre più diffusa tendenza a privilegiare il management invece dei bisogni effettivi del paziente.

D’altro lato, data la sempre maggiore accessibilità dell’informazione, peraltro non sempre verificata o verificabile, è oggi sempre più comune che la persona malata non si affidi passivamente ad una struttura o ad un medico. Essa ha la possibilità e desidera effettuare le proprie scelte, interagire sin dalle prime battute; è consapevole, od è convinta di esserlo, di che cosa vi sia bisogno e della realtà dalla quale ottenerlo. Ne deriva un impegno ancora maggiore per i medici e le strutture che devono essere in grado di comunicare efficacemente le proprie capacità di cura e di guarigione ben astenendosi dal provocare false illusioni laddove il risanamento fisico risulta irraggiungibile.

Immutabile è infatti la sostanza del rapporto medico-paziente. Come ben illustrato dal Beato Papa

Giovanni Paolo II, fondatore fra l'altro del nostro Pontificio Consiglio, si tratta di una relazione interpersonale di natura particolare. È, come riportato dall'Osservatore Romano del 18 ottobre 1988, "un incontro tra una fiducia e una coscienza", cioè tra la fiducia di un essere umano segnato dalla sofferenza e dalla malattia e perciò bisognevole, il quale si affida alla coscienza di un altro uomo che può farsi carico del suo bisogno e che gli va incontro per assistere, curarlo, guarirlo. Questi è l'operatore sanitario. Per lui l'ammalato non è mai soltanto un caso clinico, ma sempre un "uomo ammalato", verso cui adottare un sincero atteggiamento di "simpatia", nel senso etimologico del termine (dal lat. *sympathia*, gr. συμπάθεια, comp. di σύν «con» e πάθος «affezione, sentimento»).

Proprio il rapporto tra paziente e operatore sanitario, professionista o volontario, religioso o laico che sia, è in effetti il principale denominatore comune tra i grandi policlinici e i dispensari attivi nelle più remote aree del pianeta, tra gli ospedali 'occidentali' e quelli operanti dei Paesi economicamente svantaggiati.

Nazioni caratterizzate da economie povere, nelle quali scorgono in modo drammatico le strutture sanitarie, in termini quantitativi, cioè nella diffusione sul territorio, e di accessibilità, a causa dei costi legati agli accertamenti diagnostici ed alle terapie, ma anche qualitativi, per la carenza di strumentazioni e di mezzi per la loro manutenzione; vi è inoltre l'impossibilità per la maggior parte del personale sanitario, di ottenere una piena formazione od un adeguato aggiornamento professionale.

Cogliamo pertanto questa occasione, per esprimere la nostra solidarietà e riconoscenza a tutti i medici, gli infermieri e i volontari e, in special modo, a coloro i quali si trovano troppo spesso davanti ad una vita che spegne per la mancanza di un farmaco.

La loro frustrazione è spesso quotidiana, eppure con coraggio e determinazione continuano ad assistere nel miglior modo possibile tutti i sofferenti, senza fare distinzioni basate sulla religione o l'ori-

gine, e lo fanno con quanto a loro disposizione e, soprattutto, con il loro amore.

*"Difficoltà di ogni genere sorgono" sul loro "cammino: il numero crescente di malati, l'insufficienza dei mezzi materiali e finanziari, la defezione degli organismi che vi hanno lungamente sostenuto e vi abbandonano, tutto questo vi dà a volte l'impressione di un lavoro senza risultati tangibili. Cari operatori sanitari, – è l'esortazione di Papa Benedetto XVI – state portatori dell'amore compassionevole di Gesù alle persone che soffrono! Siate pazienti, state forti e abbiate coraggio! Per quanto riguarda le pandemie – sottolinea il Santo Padre – i mezzi finanziari e materiali sono indispensabili, ma applicatevi anche senza sosta a informare e formare la popolazione e soprattutto i giovani"*¹.

Il valore e il profondo coraggio che vengono mostrati dal personale sanitario operante nelle regioni più disagiate dell'Africa e degli altri continenti non devono assolutamente consolarci perché, come sottolineato da Sua Santità Benedetto XVI nella *Caritas in veritate*, l'Enciclica al centro dell'edizione 2011 della nostra Conferenza Internazionale, *"le esigenze di uno sviluppo che rispetti la vita umana non hanno solo una dimensione interna alle singole comunità, ma anche una dimensione internazionale. Necessitano, di una effettiva cooperazione tra i diversi soggetti agenti nella comunità dei popoli, dove «il principio di sussidiarietà va mantenuto strettamente connesso con il principio di solidarietà e viceversa». Si tratta di una cooperazione che tende da un lato a porre soluzione a problemi che non possono essere risolti all'interno dei singoli Paesi, dall'altro ad affrontare in una visione comune le differenti esigenze. In risposta a queste esigenze vanno, pertanto, instradate ed utilizzate le risorse umane, economiche e più ampiamente materiali"*².

È inoltre fondamentale che i centri sanitari cattolici mantengano la propria identità senza compromessi, accogliendo tutti senza però cedere a forme nocive di secolarizzazione o di relativismo.

Le strutture sanitarie ecclesiali, ha in proposito sottolineato il Santo Padre, pur accogliendo i sofferenti senza discriminazioni, "siano amministrate secondo le regole etiche della Chiesa, assicurando i servizi in conformità con il suo insegnamento ed esclusivamente a favore della vita. Esse non divengano una fonte d'arricchimento per i privati. La gestione dei fondi concessi deve avere di mira la trasparenza e servire soprattutto il bene del malato. Infine ogni istituzione sanitaria dovrà avere una cappella. La sua presenza ricorderà al personale (direzione, funzionari, medici e infermieri...) e al malato che Dio solo è il Signore della vita e della morte"³.

Un'esortazione che, di fatto, riguarda le oltre 120mila strutture sanitarie operanti nei 5 continenti, scaturite dall'impegno di grandi ordini religiosi, come quelli fondati da S. Giovanni di Dio e da S. Camillo de' Lellis, ma anche da quello di diocesi, di istituti di vita consacrata e di altre realtà aggregative, religiose e laiche, e persone di buona volontà.

Un'imponente rete di carità, a servizio dell'Amore e della *Salus* che annovera remoti dispensari e grandi policlinici metropolitani, perché, come sottolineato da Sua Santità Papa Benedetto XVI, "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. Ci sarà sempre sofferenza che necessita di consolazione e di aiuto. Ci sarà sempre solitudine. Ci saranno sempre anche situazioni di necessità materiale, nelle quali è indispensabile un aiuto nella linea di un concreto amore per il prossimo"⁴.

Siamo dunque giunti quest'anno alla XXVII edizione della nostra Conferenza Internazionale che, com'è tradizione, riunirà personalità di calibro internazionale ed oltre **650** partecipanti in arrivo da più di **65** Paesi, in rappresentanza dei cinque continenti.

In questa giornata inaugurale della Conferenza internazionale, i Lavori verteranno sul tema: "Sto-

ria e Missione”, mentre domani tratteremo di “Etica ed Umanizzazione”, prima e, successivamente, di “Spiritualità e Diaconia della Carità”. Numerosi ed illustri i relatori che apporteranno il proprio contributo e, tra questi, i **Cardinali Jean-Baptiste Pham Minh Man, Wilfrid Fox Napier, Willem Jacobus Eijk.**

Apporteranno il proprio contributo, inoltre, diversi fra Arcivescovi e Vescovi, a partire da Mons. **Salvatore Fisichella**, Presidente del Pontificio Consiglio per la Promozione della Nuova Evangelizzazione, e da Mons. **José Luis Redrado**, già Segretario del nostro Pontificio Consiglio.

È inoltre previsto l'intervento del Ministro italiano della Salute, On. **Renato Balduzzi**, del Prof. **Enrico Garaci**, Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità con sede a Roma e di **Fra' Mario Bonora**, Membro del nostro Dicastero

e Presidente dell'ARIS e dell'Ospedale Negrar di Verona.

Il Cardinale **Angelo Comastri** guiderà l'Incontro di riflessione e di preghiera programmato per sabato 17 mattina, al termine della quale è previsto un Discorso del Santo Padre Benedetto XVI. A tale importante appuntamento, che si svolgerà nell'Aula Paolo VI ed è destinato a concludere i nostri Lavori, prenderanno parte anche i partecipanti al Congresso europeo dei medici cattolici FEAMC-AMCI, dedicato a “Bioetica ed Europa cristiana” e in corso di svolgimento a Roma. Con loro tanti malati con i loro accompagnatori che parteciperanno all'incontro, grazie anche all'impegno dell'Unitalsi, che ben rappresenta le molteplici realtà del volontariato nazionale ed internazionale impegnate nella pastorale della salute.

A loro ed a tutti voi va il nostro

Benvenuto ed il nostro ringraziamento, al pari dei molti altri che, per ragioni di tempo, non posso ora citare, ma ai quali va tutta la nostra gratitudine per aver accolto il nostro invito, accettando di interrompere i loro molteplici impegni quotidiani, di pastori e di agenti di pastorale, di medici e di infermieri, di persone di buona volontà impegnate a migliorare le realtà d'appartenenza e a migliorarsi per il bene dell'umanità. ■

Note

¹ Cfr. BENEDETTO XVI, *Esortazione Apostolica Post-Sinodale Africæ Munus* N.140.

² Intervento dell'Arcivescovo Z.Zimowski alla Conferenza sul “Rispetto della vita e sviluppo dei popoli” con riferimento all'Encyclica “Caritas in Veritate” di Papa Benedetto XVI Mercoledì, 1° dicembre 2010, Roma, Università Cattolica del Sacro Cuore.

³ Cfr. BENEDETTO XVI, *Esortazione Apostolica post-sinodale Africæ Munus*, N.141.

⁴ Cfr. BENEDETTO XVI, Lettera Encyclica *Deus Caritas Est*, n.28b.

Il decreto “Ad Gentes” nella vita della Chiesa di oggi

S. EM.ZA CARD.
JEAN-BAPTISTE
PHAM MINH MÂN

Arcivescovo di
Thàn-Phô Hồ Chí Mihn,
Vietnam.
Membro del
Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari,
Santa Sede

Riteniamo opportuno condividere alcune esperienze pastorali nell'applicazione del Decreto “Ad Gentes” alla vita dell'Arcidiocesi di Saigon nel contesto socio-culturale, economico e politico della Repubblica Socialista del Vietnam di oggi.

1. Situazione

Dopo il 1975, il regime ha confiscato tutte le strutture sanitario-educative che appartenevano alle organizzazioni religiose. Alla città di Saigon è stato dato il nuovo nome di Ho Chi Minh City. Con l'assunzione del nuovo nome, l'arcidiocesi ha perso circa 400 istituti sanitari ed educativi (*scuole elementari e secondarie, università, ospedali e dispensari, centri caritativi umanitari*).

Due decenni dopo, le autorità hanno promosso la nuova politica di ‘socializzazione’ dei servizi educativi e sanitari. Un certo numero di organizzazioni, di stranieri e gente locale, nonché alcuni cattolici a livello individuale, hanno iniziato ad istituire nuove opere educativo-sanitarie. Anche

se ad oggi non è stato dato nessun permesso per aprire scuole ed ospedali, vari istituti cattolici, quali congregazioni religiose e parrocchie, gestiscono approssimativamente 300 nuovi centri:

– circa 200 asili nido, corsi di alfabetizzazione, corsi di formazione professionale, ostelli per lavoratori migranti e studenti;

– circa 100 centri minori, chiamati ‘case’, per la cura dei pazienti più poveri e abbandonati, per anziani, disabili, orfani e bambini abbandonati, e per l'accoglienza di neonati indesiderati nel programma ‘famiglia e tutela della vita’.

Inoltre, l'arcidiocesi ha avviato programmi di pastorale per gli operatori sanitari e per il personale educativo cattolico (come medici, infermieri, personale osped-

daliero, professori e insegnanti), attraverso associazioni create appositamente per loro. Essi si riuniscono in tali associazioni per superare vari abusi sociali, promuovere l'istruzione dei bambini poveri e abbandonati, prestare a titolo gratuito servizi sanitari ai pazienti delle zone più remote e povere... In questo modo essi offrono testimonianza cristiana di speranza e di amore nel contesto sociale del paese.

2. Principio

La Chiesa cattolica è per sua natura missionaria, pertanto chiede a tutti i cattolici di conoscere e partecipare attivamente al ministero. Ciò avrà luogo attraverso la formazione e corsi di aggiornamento specifici per sacerdoti, religiosi e laici, e in stretto contatto con le associazioni laicali apostoliche. Una Chiesa responsabile dovrebbe prestare un'attenzione particolare a:

- **creare condizioni favorevoli** affinché tutti i cattolici siano consapevoli del ministero che Gesù ha affidato alla Chiesa, che è appunto la proclamazione della Buona Novella della salvezza e la diffusione del Regno di Dio. Essi devono essere convinti che il ministero trae origine dal disegno salvifico di Dio Padre per tutti gli uomini.

- Fornire a tutti i cattolici **le competenze** per partecipare a questo ministero, assieme ai loro connazionali, e camminare lungo la strada e alla luce del Vangelo, come Gesù stesso aveva sperimentato, superato molti problemi gravi, oltre a malvagità e abusi nella sua vita sulla terra, prima di raggiungere la vita nuova e fonda nel Regno di Dio – nuovo cielo e terra piena della luce della verità, della giustizia, della pace e dell'amore.

3. Formazione degli operatori per il ministero

Offrire a tutti i cattolici le condizioni per rinnovare il loro modo di vivere come cristiani: essi dovranno superare alcune ripetizioni tradizionali come pure una

mentalità schematica di osservanza della religione. Essi devono essere impregnati della Parola di Dio, vivere nella luce dell'amore e della verità di Cristo, ed essere essi stessi evangelizzati per primi.

3a. Rinnovare la propria vita spirituale

Le tre colonne principali della vita cristiana sono: la mortificazione; pregare diligentemente e ricevere i sacramenti; una pratica di condivisione con cuore caritativo. Ma ciò che è più importante è rinnovare i modi di praticarle, facendo come ha fatto Gesù, seguendo l'insegnamento di Giovanni Paolo II: superare la routine, lasciarsi trasformare dallo Spirito Santo, in modo da diventare una creatura completamente nuova, secondo il modello che è Gesù, ascoltare la Parola di Dio espressa nel Vangelo e nel magistero della Chiesa, attraverso eventi sociali e storici ed essere fedeli a Gesù nel suo cammino di amore salvifico.

3b. Costruire la Chiesa solidamente sul fondamento della Parola di Dio

Tutti i fedeli devono essere uniti in un'anima sola e in un cuore solo, al fine di ricostruire la loro famiglia e la loro comunità (che si tratti di un'istituzione religiosa, di una parrocchia o di un'associazione ecclesiale) sul solido fondamento della Parola di Dio, così da diventare:

- **Chiesa-mistero:** una comunità che condivide la fede e che vive appieno l'amore filiale per Dio Padre;

- **Chiesa-comunione:** vivere perfettamente l'amore fraterno in unità, come figli di un unico Padre;

- **Chiesa-missione:** aprire questo amore fraterno a tutti, condividendo in modo compassionevole con i propri simili i doni offerti da Dio al genere umano, come fratelli della stessa famiglia nel mondo globalizzato di oggi.

3c. Trasformare la propria vita mediante il Vangelo

La missione di evangelizzazione e di diffusione del Regno chie-

de a tutti i membri del Popolo di Dio di rispondere alla sfida di Papa Benedetto XVI di evangelizzare la propria vita, portando la luce e la forza della Parola di Dio nelle opere e nelle parole, permeando tutte le attività (formazione religiosa, educazione cattolica, pastorale, amministrazione...) con i valori del Vangelo, così da diventare lievito e sale, la luce di Cristo di verità e di amore in tutte le situazioni della società di oggi. Inoltre, dovrebbero essere intraprese delle iniziative per evangelizzare le varie celebrazioni della società di oggi, come ad esempio la festa della donna, San Valentino, la festa del papà e della mamma, ecc... introducendo le persone al programma della comunità cristiana.

In questo modo, la famiglia diocesana finirà per diventare comunità di Dio che, con umiltà e amore, serve la causa della vita e dello sviluppo umano. La prospettiva di diventare testimonianza della Buona Novella della vita e dell'amore, a poco a poco cancellerà dalla mente di molti l'immagine di una Chiesa potente, di un nemico temibile, e farebbe così probabilmente della Chiesa un forte sostegno per tutti gli uomini di buona volontà nella società di oggi.

4. Personale della missione

Seguire Cristo sulla via della salvezza. Creare condizioni favorevoli per ecclesiastici, religiosi, fedeli laici, adolescenti, giovani, famiglie, personale medico, insegnanti, uomini d'affari, intellettuali, professionisti, immigrati... aprendoli alla conoscenza della fede e a una migliore cura pastorale, dando loro la possibilità di ascoltare la voce di Dio in tutti i campi della vita, seguendo Cristo sulla via della salvezza con le quattro seguenti caratteristiche:

- incultarci umilmente dividendo tutte le condizioni della vita umana, in modo da offrire a tutti amore e pace;

- svolgere servizi che diano testimonianza del Vangelo dell'Amore, servendo gli altri esseri umani, in particolare quelli che si trovano in grave difficoltà;

– amare generosamente fino alla fine, per il bene della vita e dello sviluppo umano;

– a tutti, aprire la strada del rinnovamento che conduce alla fonte della vita stessa, che è Cristo risorto.

Costruire la fraternità che rende tutti membri della stessa famiglia umana. Promuovere la solidarietà che unisce tutti gli uomini di tutti gli ambiti così da testimoniare la Buona Novella nella loro condizione di vita. Nel contesto del mondo globalizzato di oggi, occorre creare ponti di comunione tra due Chiese locali, due nazioni, tra religioni... al fine di condividere i doni divini ricevuti, e insieme essere testimoni della Buona Novella di vita e di amore, che apre la strada al lavoro di evangelizzazione di questo mondo molto globalizzato.

5. Attività missionaria

Incorporazione e partecipazione. Per essere autentico lievito, sale e luce per il mondo, il cristiano deve essere più strettamente associato alla vita culturale e sociale della società che lo circonda, partecipando a tutti i servizi educativi e sanitari che si preoccupano, in particolare, di coloro che sono esclusi dalla società stessa, come i lebbrosi, i malati di HIV/AIDS, gli anziani, le persone disabili, gli orfani, i poveri e i bambini abbandonati. Tali azioni contribuiranno positivamente all'edificazione di una civiltà di vita e di amore nella società odierna.

Dialogo e cooperazione. Al giorno d'oggi un altro mezzo di azione missionaria è il dialogo e la collaborazione con tutti gli altri membri della società, al fine di servire meglio la vita e far progredire la comunità umana. Tra

queste azioni assumono un valore particolare quelle inter-religiose, inter-culturali e inter-nazionali. Un dialogo paziente e una collaborazione sincera nel rispetto di tutti i valori umani e religiosi del Vangelo nonché valori umanitari ordinari che si fondono sulla cultura tradizionale del popolo, renderebbero certamente questa società sempre più sostenibile e sanamente sviluppata.

6. Situazione della diocesi all'inizio del 2012

Popolazione. Nel 1998 la popolazione cattolica dell'Arcidiocesi era di 520.000 unità; nel 2012 è di 680.000, ripartite in 200 parrocchie, su un totale di 8 milioni di abitanti della città. In questa cifra non rientrano 150.000 studenti e lavoratori che sono emigrati su un totale di 2 milioni. Il 90% dei cattolici frequenta la messa domenicale. Quasi il 100% dei bambini studia il catechismo nelle parrocchie fino al momento di ricevere la Confermazione e anche oltre. Nello stesso anno i sacerdoti secolari erano più di 300, stesso numero per i sacerdoti religiosi, circa 600 i religiosi maschili e femminili.

Nuove parrocchie e avamposti missionari. Durante l'ultimo decennio del XX secolo, dai vari servizi caritativi e sociali nelle aree più remote della città, sono sorti avamposti missionari. Alcuni di essi, con poche centinaia di fedeli, alla fine sono diventati parrocchie, con sacerdoti e religiosi che si occupano del corpo e dell'anima dei più poveri.

Associazioni laicali. In tutte le 200 parrocchie esistono tre istituzioni pastorali: 1) Il Consiglio Pastorale che conta in totale più di 5.000 membri, 2) i Catechisti, tutti volontari: sono più di 6.000, 3) ol-

tre 1.500 cori con un totale all'incirca di 30.000 membri. Nell'arcidiocesi esistono 26 associazioni laicali apostoliche, tra le quali la più numerosa è l'Associazione delle Madri cristiane, che nel 1998 contava 4.000 membri, ma che attualmente (nel 2012) sono 24.000. Inoltre, ci sono altri gruppi di laici che spontaneamente si associano tra loro per opere sociali e caritative, allo scopo di proteggere la vita e promuoverne lo sviluppo.

Centri di formazione. L'Arcidiocesi possiede un Seminario Maggiore che ha bisogno di essere ampliato, per poter ricevere almeno 300 candidati al sacerdozio nei prossimi 10 anni, e dieci centri di formazione per religiosi e religiose. Per quanto riguarda la formazione dei laici, nel 2004, dopo essere rientrata in possesso dell'ex seminario minore (utilizzato dal 1975 in poi dallo Stato come sede del dipartimento delle Finanze), la diocesi l'ha trasformato in Centro Pastorale e di Formazione. Dal 2004, questo centro ha organizzato ogni anno corsi intensivi di aggiornamento in campo pastorale, nonché studi di approfondimento della fede, con non meno di 6000 studenti l'anno.

Inoltre, il Centro pastorale gestisce e organizza regolarmente:

1) Corsi di formazione specializzata per 16 Commissioni Pastorali diocesane (*Liturgia, Musica Sacra, Sacra Scrittura, Catechismo, Vocazione, Bambini, Giovani, Famiglia, Migranti, Educazione cattolica, Cultura, Evangelizzazione, Caritas-Salute, Dialogo interreligioso, Giustizia e Pace, Comunicazione sociale*);

2) Incontri, simposi, assemblee a livello nazionale, interdiocesano, interreligioso, FABC;

3) festival e celebrazioni con una partecipazione da 10.000 a 15.000 persone, a volte con cristiani e non cristiani insieme. ■

PROLUSIONE

Ospedale: luogo di nuova evangelizzazione

**S.E. MONS.
SALVATORE FISICHELLA**
Presidente del Pontificio
Consiglio per la Promozione
della Nuova Evangelizzazione,
Santa Sede

Una memoria storica

“L’apertura di un ospedale, se è evento di importanza per l’arte medica, non suole generalmente destare molte simpatie nel pubblico che rifugge da tali asili del dolore. Invece quale non fu la sorpresa di Sua Eccellenza Mons. Quigley, degnò arcivescovo di Chicago, quando si vide circondato da una folla di più di quattromila persone che si accalcavano intorno alla cappella e alle sale di ricevimento per udire la sua parola! Altre, più di mille persone, furono rimandate per mancanza di spazio, senza speranza che potessero trovare accesso. Tutti convennero che mai negli Stati Uniti si era manifestato tanto entusiasmo per l’apertura di un ospedale, quanto in questa occasione. Era questo il giorno del Signore, l’opera del Signore... La facoltà medica della città classifica il nostro ospedale come uno di primo ordine. Tutti poi convengono nel dire che la posizione incantevole, la bellezza della struttura lo rendono il migliore ospedale di Chicago”¹. Sono le parole che Francesca Cabrini scriveva alle alunne dell’Istituto di magistero che si trovavano qui a Roma per informarle dell’intensa attività sua e delle Suore Missionarie del Sacro Cuore. La data è del 5 maggio 1905. Nei giorni scorsi *L’Osservatore Romano* ha pubblicato questo stralcio di lettera insieme a un bel servizio per ricordare la prima grande santa americana, patrona degli immigrati, che svolse un’opera, considerata solo dal pun-

to di vista umano, di assoluta grandezza. Agli inizi del ‘900 in Europa, Stati Uniti e America Latina erano già fondate 67 scuole, opere assistenziali e ospedali; come se non bastasse all’epoca attraversò l’oceano per ben 24 volte. Potremmo rimanere attoniti davanti alla grande azione missionaria di santa Cabrini che da un piccolo paese del lodigiano, Codogno, fu in grado di portare la testimonianza della fede fino alle Ande. Ciò che viene detto nella lettera, comunque, ha per noi un’importanza fondamentale; vengono messe in relazione le reazioni delle persone davanti ad alcune situazioni. Parla degli “asili del dolore” che non riscuotono grande simpatie presso il popolo; nello stesso tempo, tuttavia, menziona l’originalità che essa aveva impresso nella costruzione di un nuovo ospedale: la scelta del luogo, la bellezza della costruzione e gli strumenti di prim’ordine, che al contrario avevano riscosso un grande entusiasmo presso la popolazione. Se a questo si aggiunge che quell’ospedale era da lei stessa chiamato “opera del Signore” e noi ben sappiamo come fosse anche il frutto della sua santità personale, allora il mosaico si completa e lascia intravedere le grandi opere che i credenti sono in gradi di realizzare quando si lasciano condurre dalla grazia del Padre e nella docilità all’azione dello Spirito Santo.

Nelle scorse settimane si è conclusa la XIII Assemblea ordinaria del Sinodo dei Vescovi. Il tema che ha riempito le intense giornate di lavoro sono state dedicate alla Nuova evangelizzazione e trasmissione della fede. È emersa in maniera netta la consapevolezza che la nuova evangelizzazione è ormai il cammino che la Chiesa intende percorrere nei prossimi decenni con speranza e decisione,

sapendo che il tracciato è opera dello Spirito che guida sempre la Chiesa nelle vicende della storia perché in essa possa essere il segno vivo della presenza di Cristo. È cresciuta la consapevolezza che anche nella nuova evangelizzazione ciò che deve occupare il primo posto è la persona di Gesù Cristo primo evangelizzatore del Padre e del suo mistero, ma nello stesso tempo contenuto del nostro annuncio sempre nuovo perché rinnovato da una fede che si incarna nelle varie situazioni della storia.

Pensare, comunque, che si possa dare una definizione chiara ed esaustiva di nuova evangelizzazione, è una tentazione da cui fuggire. Già Paolo VI nella sempre attuale *Evangelii nuntiandi* poneva all’erta dal cadere in questa pericolosa quando scriveva: “Nessuna definizione parziale e frammentaria può dare ragione della realtà ricca, complessa e dinamica, quale è quella dell’evangelizzazione, senza correre il rischio di impoverirla e perfino di mutilarla. È impossibile capirla, se non si cerca di abbracciare con lo sguardo tutti gli elementi essenziali”². Alla stessa stregua, nel suo discorso all’inizio del Sinodo³, Benedetto XVI ha riaffermato in modo profondo: “L’evangelizzazione, in ogni tempo e luogo, ha sempre come punto centrale e terminale Gesù, il Cristo, il Figlio di Dio (cfr. Mc 1,1); e il Crocifisso è per eccellenza il segno distintivo di chi annuncia il Vangelo: segno di amore e di pace, appello alla conversione e alla riconciliazione”. E subito aggiungeva specificando: “La nuova evangelizzazione, (è) orientata principalmente alle persone che, pur essendo battezzate, si sono allontanate dalla Chiesa, e vivono senza fare riferimento alla prassi cristiana... (è necessaria) per favorire in queste persone un nuovo incontro con il

Signore, che solo riempie di significato profondo e di pace la nostra esistenza; per favorire la riscoperta della fede, sorgente di Grazia che porta gioia e speranza nella vita personale, familiare e sociale”.

Come si può osservare, l’evangelizzazione costituisce da sempre la natura della Chiesa ed è ciò che la rende Corpo del Risorto e sua presenza nel mondo per essere mediazione della sua rivelazione. La nuova evangelizzazione non è qualcosa che si aggiunge dall’esterno sotto la pressione degli eventi, ma un tratto della stessa natura della Chiesa che emerge in maniera più evidente per la rinnovata consapevolezza della missione che i credenti hanno di essere testimoni del risorto in un mondo che ha radicalmente cambiato i suoi connotati sotto la pressione del secolarismo. La nuova evangelizzazione, pertanto, non equivale a mettere tra parentesi un passato sempre ricco di testimonianze che hanno cambiato il mondo, ma diventa una possibilità per un serio esame di coscienza al fine di verificare se la fede dei credenti è ancora in grado di essere genuina e vivace come dovrebbe essere, oppure se è sottoposta a stanchezza, ovviamente, paura... tutti elementi che le sono estranei e che ne limitano l’ambito di azione.

Tra le *Propositiones* che sono state presentate al Santo Padre come prima sintesi del lavoro sinodale, una in modo particolare tocca il tema dell’impegno della nuova evangelizzazione nell’ambito della pastorale sanitaria. Si dice: “La nuova evangelizzazione deve essere sempre cosciente del mistero pasquale di morte e risurrezione di Gesù Cristo. Da questo mistero infatti si diffonde una luce sulle sofferenze e malattie degli uomini, che nella Croce di Cristo possono comprendere e accettare il mistero della sofferenza che offre loro la speranza nella vita che viene. Nel malato, in chi soffre in quanti sono portatori di handicap e chi si trova in uno speciale bisogno, la sofferenza di Cristo è presente e possiede una forza missionaria. Per i cristiani deve esserci sempre posto per i sofferenti e i malati. Loro hanno bisogno della nostra cura, ma noi riceviamo ancora di più dalla loro fede. Attraverso il mala-

to, Cristo illumina la sua Chiesa in modo che chiunque entri in contatto con il malato può trovare riflesso la luce di Cristo. Ecco perché i malati sono così importanti nella nuova evangelizzazione. Quanti sono in contatto con loro devono essere consapevoli della missione che possiedono. Non dobbiamo dimenticare, infine, che quando si costruiscono gli ospedali si deve porre attenzione perché non abbiano mai a mancare spazi di supporto e di consolazione come pure spazi per la preghiera”. Non si comprenderebbero alcuni punti di questa “Proposizione” se non si facesse riferimento al ricco insegnamento della Chiesa sulla sofferenza e la malattia in rapporto al mistero della Croce di Cristo. Insegnamento che ha trovato riscontro in modo particolare nel beato Giovanni Paolo II. Nella *Salvifici doloris* egli diceva testualmente: “Il tema della sofferenza... è un tema universale che accompagna l'uomo ad ogni grado della longitudine e della latitudine geografica: esso, in un certo senso, coesiste con lui nel mondo, e perciò esige di essere costantemente ripreso” (n. 2).

Il senso del dolore nei nuovi areopaghi

Questa considerazione permette di avviare una prima riflessione sul nostro tema. Il vangelo non esclude nessun ambito della vita personale e sociale; la Chiesa, quindi, non può dimenticare nessun luogo che è raggiunto dall'uomo e all'interno del quale egli concretizza la sua esistenza personale. Ad ogni suo contemporaneo, la comunità cristiana è chiamata a portare la parola del Vangelo che dà senso e che salva. Si sente spesso parlare in questo periodo della presenza della Chiesa nei nuovi areopaghi che segnano la cultura moderna e che offrono spazi di annuncio prima sconosciuti. È una suggestione importante per la nuova evangelizzazione perché deve essere in grado non solo di riconoscere questi nuovi spazi, ma soprattutto trovare le forme coerenti per potervi entrare. L’apertura verso queste nuove forme, che permane fondamentale, non può far dimenticare l’impegno che da sempre i credenti han-

no profuso nei confronti di ambiti meno eclatanti e spesso tra i più dimenticati come quelli che ruotano intorno al grande capitolo della sofferenza umana. I nuovi areopaghi sono segnati non poche volte dalla volontà di sottacere o nascondere questi luoghi perché non accettano che l'uomo possa sperimentare la debolezza, dopo che loro stessi hanno illuso sulla sua onnipotenza. Eppure, proprio in forza di questo e per amore della verità dovremmo essere capaci di portare nei nuovi areopaghi il senso della sofferenza dimenticata e del dolore tacito.

Il fatto che la religione cristiana abbia come suo specifico l’incarnazione del Figlio di Dio non è senza conseguenze nell’ordine dell’organizzazione della sua vita personale e sociale. Se Dio entra nella storia e la assume su di sé come criterio di partecipazione alla vita umana, allora tutto ciò che comporta la vita di una persona e della società in cui vive diventa spazio per l’agire dei credenti. Nulla è salvato di ciò che non è stato assunto dal Verbo di Dio. Tutto ciò che è stato assunto, invece, è per ciò stesso salvato e trasformato. L’incarnazione di Dio impegna la Chiesa a entrare nella storia degli uomini e renderli partecipi di un piano di salvezza che non è solo promessa futura di vita eterna, ma già fin d’ora cambiamento e trasformazione della vita presente. I miracoli che Gesù ha compiuto, ad esempio, non avevano solo lo scopo di evidenziare la sua potenza sul male, sulla malattia e sulla morte, ma nello stesso tempo erano preludio per annunciare la concreta trasformazione dell’uomo. Ciò che sarà nei tempi nuovi e nella terra nuova viene fin da ora reso visibile mediante il cambiamento che la potenza di Dio realizza se ci si abbandona nella fede. Il corpo sarà trasformato e con esso l’intero creato. Questa concezione ha da sempre trovato un suo spazio di peculiare ascolto nel momento dell’esperienza della sofferenza. L’apostolo aveva detto in maniera perentoria: “Quando sono debole, allora sono forte” (2Cor 12,10). I momenti di debolezza dell'uomo, quindi, possono diventare spazio per rendere evidente la forza della potenza di Dio che dal nulla porta all’essere ogni cosa.

È la forza della fede che ha consentito nel corso dei secoli di trasformare i luoghi pagani, dove l'ammalato veniva illuso dal mito e dai suoi ministri sulla sua reale condizione, in centri di amorosa accoglienza dove prendersi direttamente cura del malato. Ciò che il paganesimo rivolgeva alla divinità perché intervenisse a favore del malato, il cristiano lo fece diventare il luogo del suo impegno diretto perché il malato potesse toccare con mano la concreta vicinanza di Dio attraverso l'amore caritatevole dei fratelli. Questo è un primo atto di nuova evangelizzazione che si impone come obbligo a non dimenticare la condizione umana in tutti i suoi aspetti.

Di fatto, siamo dinanzi alla nuova evangelizzazione come espressione culturale che entra nella formulazione di una nuova antropologia di cui la cultura dei nostri giorni ha una particolare necessità. Tesi come siamo a dare immagine e voce solo alla bellezza per soddisfare un ormai eclatante narcisismo, o al diritto di essere sani per illuderci di un'immortalità che non ci appartiene, la Chiesa ha come suo obbligo quello di ribadire la dignità della persona umana in tutte le sue espressioni. Non potrà mai esserci una società degna di questo nome se si impone una cultura che in nome della vita e del diritto individuale offre la morte come condizione di selezione e discriminazione. La dignità della persona vale per il fatto stesso di esistere e di portare impressa in sé l'immagine di Dio. Ogni altra manifestazione che si fermasse alla sola perfezione corporale e discriminasse in forza dell'età, della razza e della lingua le altre persone non dovrebbe trovare posto tra le nostre case né tantomeno potrebbe essere espressione del progresso raggiunto da secoli di civiltà. Davanti a forme culturali che spingono verso una ossessione per la bellezza fisica fino a sfiorare il ridicolo per l'illusione di offrire un'eterna giovinezza con una soluzione chirurgica che fa trasparire ancora di più la vecchiaia che si vuole nascondere, è importante porre la questione sul senso della vita e sulla sua essenza. Davanti a un rinato culto pagano nei confronti del corpo è necessario ali-

mentare un maggior senso critico che permetta di restituire ad un uomo confuso il giusto senso delle cose e la reale misura dei suoi atti. Questa è nuova evangelizzazione che porta una boccata di ossigeno presentando la verità e per questo la libertà di ognuno contro l'illusione e quindi l'inganno.

Il malato nuovo evangelizzatore

Ci sono esperienze ricche e intense di nuova evangelizzazione che meritano di essere partecipate e vissute. Queste lasciano trasparire che la nuova evangelizzazione, al di là ogni forma di retorica, coinvolge non solo a quanti sono chiamati ad essere evangelizzatori nei confronti delle persone che soffrono, ma primariamente rende gli malati i protagonisti della nuova evangelizzazione nel momento in cui sono in grado di inserire la loro malattia e dolore nel mistero della Croce e Risurrezione di Gesù Cristo. È sempre Giovanni Paolo II che ricordava questa profonda verità quando diceva: "Carissimi fratelli e sorelle, che sperimentate in modo particolare la sofferenza, voi siete chiamati ad una peculiare missione nell'ambito della nuova evangelizzazione, ispirandovi a Maria Madre dell'amore e del dolore umano. Vi sostengono in tale non facile testimonianza gli operatori sanitari, i familiari, i volontari che vi accompagnano lungo il quotidiano cammino della prova"⁴. I primi evangelizzatori dell'ospedale, quindi, sono i malati. Essi sono chiamati ad assumere in sé la consapevolezza e responsabilità dell'annuncio della bella notizia del vangelo che salva a partire dalla loro stessa condizione. La cosa non è priva di significato, perché punta a guardare con maggior intensità e impegno alla formazione dei credenti in modo che anche in queste circostanze di sofferenza possano essere vissute in coerenza con la fede. Non ci si improvvisa evangelizzatori né si riesce a dare senso al dolore dall'oggi al domani. Tutto ciò richiede una preparazione che cresce e matura con la fede nel mistero di partecipazione attiva e reale al mistero di Cristo e alla vita di comunione con lui offerta dal battesimo.

Il cammino del Pontificio Consiglio per la pastorale sanitaria da molto tempo ormai ha fatto della Nuova evangelizzazione una sua scelta prioritaria. Ne sono testimonianza le molteplici iniziative di cui è promotore. Basti già ricordare, in tal senso, il tema della IX Giornata Mondiale del Malato nel 2001, dal titolo: "Nuova evangelizzazione e la dignità dell'uomo sofferente", quando il beato Giovanni Paolo II scriveva così: "L'evangelizzazione deve essere nuova, nuova nel metodo e nell'impegno, perché nell'assistenza ai malati sono cambiate e stanno cambiando molte cose. Non solo la sanità si trova di fronte a pressioni economiche senza precedenti e a complessità legali, ma a volte si trova anche nell'incertezza etica che tende a oscurare quelli che sono stati i suoi chiari fondamenti morali. Questa incertezza può trasformarsi in una confusione fatale che si manifesta come incapacità di comprendere che lo scopo essenziale dell'assistenza sanitaria è di promuovere e tutelare il benessere di chi ne ha bisogno, che la ricerca e la pratica mediche devono seguire sempre imperativi etici, che i deboli e quanti possono apparire improduttivi agli occhi della società dei consumi hanno una dignità inviolabile che va sempre rispettata e che le cure sanitarie dovrebbero essere disponibili come diritto basilare per tutti senza alcuna eccezione" (Ench 1105). Tutto questo inserisce ancora più direttamente nello specifico della nostra tematica come un percorso costante che mostra il progresso compiuto e il grande lavoro ancora da realizzare.

L'ospedale consente di compiere una prima esperienza basilare: il timore per la perdita di un bene che ognuno ritiene fondamentale. Non è estraneo in questi luoghi – se non nel paziente, spesso nei familiari – l'esperienza del limite e dell'impotenza che porta con sé una forma di incredulità che non può accettare che la scienza e la tecnica non abbiano dei limiti. Davanti ad alcune patologie difficilmente si accetta il responso che non si può avere certezza. La mente corre immediatamente a soluzioni alternative e l'illusione si riproduce alla ricerca

di nuove diagnosi e nuove terapie. Se non nel proprio Paese, allora certamente altrove in Paesi più tecnologici certamente esisterà la soluzione. Non si accetta il limite e tanto meno il dolore. La mente preferisce rincorrere l'illusione dell'utopia piuttosto che arrendersi al realismo. Eppure, la malattia è una vera chiave d'avviamen-
to per mettere in moto la mente che vaga alla ricerca del pensiero migliore, quando non è affossata dal pessimismo più buio. L'esperienza della malattia impone che si fissi lo sguardo sull'essenziale che è spesso eclissato dall'effimero; in questo processo, tuttavia, è importante che nessuno sia lasciato solo. Qui si impone l'impegno della nuova evangelizzazione, perché formi la coscienza di un'azione pastorale animata dall'entusiasmo che sa dare la compagnia della fede. In questi momenti non è richiesta una compagnia loquace, ma eloquente. Essa è più efficace quando è solo compagnia come presenza di un cuore che ama e che per questo è vicino, che partecipa e *com-patisce* portando il peso dell'altro. In un periodo in cui l'ammalato è di fatto unicamente affidato alla scienza medica, alla tecnologia e al medico, e per contraddittorio che possa apparire alla struttura sanitaria che nei momenti ricchi specula sulla sua presenza e in quelli di crisi lo rinvia immediatamente a casa, la fede deve far comprendere che c'è bisogno di una compagnia più solida che sostiene e che sa dare la risposta ricercata invano altrove. Il malato per la sua stessa condizione personifica una richiesta di aiuto, di vicinanza e di senso. Una nuova evangelizzazione che si fa forte dei nuovi mezzi di comunicazione come può dimenticare che esiste una comunicazione silenziosa, fatta di grida del cuore che chiede di essere ascoltata perché impone di cogliere quegli interrogativi spesso disattesi quali il coraggio di affrontare un percorso ad ostacoli, la speranza di vincere e la non rassegnazione a subire?

L'ospedale può essere umanizzato quando diventa luogo in cui si sperimenta la comunione che supera la solitudine, l'accoglienza che schiaccia l'interesse e la disponibilità al servizio che an-

nienta la chiusura in se stessi. L'ospedale è anche la chiesa del malato. Ritornano con forza le parole di Gesù alla samaritana: "Né su questo monte né in Gerusalemme adorerete il Padre... i veri adoratori adoreranno il Padre in spirito e verità" (Gv 4,21-22). È vero, ci sono luoghi che sono consacrati come tali perché siano segno del sacro e del peculiare rapporto con Dio. Ma ci sono luoghi che diventano sacri per la celebrazione del mistero della salvezza che si opera attraverso le persone. L'ospedale è uno di questi. Celebrare il mistero della malattia e della salvezza, della debolezza del corpo e della forza dell'amore rendono l'ospedale per ciò stesso un luogo sacro dove domina il silenzio e dove la preghiera personale e intima prevale sulle parole della scienza. Qui il malato riceve la visita di Cristo eucaristia che gli indica il vero percorso della fede: non una conquista dell'uomo che va alla ricerca di Dio, ma di Dio che gli va incontro là dove lui vive e ne sente il bisogno più profondo. Qui riceve maggior significato la celebrazione del sacramento della riconciliazione, come spazio reale in cui nella debolezza della propria fisicità si vuole sentire la voce della misericordia che tutto perdonà e che incute coraggio per guardare avanti con sguardo sereno. Qui l'unzione dei malati ha il suo spazio privilegiato perché ci riporta al valore dei segni sacramentali che sono efficaci per la presenza della grazia che viene donata e della fede che vede in essi la risposta necessaria. L'unzione ricorda che siamo stati battezzati e confermati nella fede e che il nostro corpo non è estraneo a quello del Figlio di Dio che lo ha trasformato in quello glorioso della sua risurrezione. L'esperienza del perdono che viene realizzata, dona fiducia e quanto è stato nel passato mediazione di peccato viene ora rinnovato dalla vera potenza del perdono che tutto distrugge per far percepire la grandezza dell'amore che accoglie tutti senza escludere nessuno. La fede, insomma, aiuta a superare le inevitabili paure che ognuno porta con sé e, tuttavia, fortifica l'umana debolezza che non può essere tolta perché tutti siamo arroccati a

questo terreno della creazione, ma può essere trasformata nella luce del mistero pasquale.

Conclusione

Come esiste una nuova evangelizzazione che entra nella promozione e difesa di un'antropologia formata sull'immagine di Dio, così è necessario che la nuova evangelizzazione si faccia carico di entrare nelle pareti dei tanti luoghi di sofferenza e di dolore per portare la parola di speranza che è contenuta nel Vangelo. Dove si impone un annuncio come questo se non là dove si sperimenta la debolezza e le domande esistenziali si fanno più forti e la mente è più aperta alla verità così come il cuore più disponibile all'accoglienza? Ritornano cariche di senso e di particolare commozione le parole del beato Giovanni Paolo II quando diceva: "Ogni giorno mi reco idealmente in pellegrinaggio negli ospedali e nei luoghi di cura, dove vivono persone di ogni età e di ogni ceto sociale. Vorrei soprattutto sostare al fianco dei degeniti, dei familiari e del personale sanitario. Sono luoghi che costituiscono quasi dei santuari, nei quali le persone partecipano al mistero pasquale di Cristo. Anche il più distratto è lì portato a porsi domande sulla propria esistenza e sul suo significato, sul perché del male, della sofferenza e della morte (cfr. GS 10). Ecco perché è importante che mai manchi in tali strutture una presenza qualificata e significativa dei credenti"⁵. È questo pellegrinaggio al letto di quanti soffrono a cui la nuova evangelizzazione deve pensare, per ridare fiducia e coraggio alle persone che attendono dai nuovi evangelizzatori una parola di speranza per divenire loro stessi nuovi evangelizzatori. ■

Note

¹ In *L'Osservatore Romano*, 13 novembre 2012.

² Enchiridion della Nuova Evangelizzazione, 151.

³ 7 ottobre 2012, cfr. *L'Osservatore Romano*.

⁴ Enchiridion della Nuova Evangelizzazione, 874.

⁵ Enchiridion della Nuova Evangelizzazione, 1086.

Il ruolo dell'ospedale nelle politiche sanitarie internazionali

**DOTT. ANARFI
ASAMOA-BAAH**
Vice Direttore Generale,
Organizzazione Mondiale
della Salute

È un grande piacere rivolgermi a questa assemblea ed onorare la lunga e nobile storia di attività della Chiesa cattolica nel fornire cure compassionevoli ai malati e ai sofferenti. Si tratta di una tradizione di permanente attualità.

Oggi, le organizzazioni religiose forniscono il nucleo essenziale dell'assistenza sanitaria in molte parti del mondo in via di sviluppo. Nell'Africa sub-sahariana, ad esempio, dal 30% al 70% di tutta l'assistenza sanitaria è fornita da organizzazioni a matrice religiosa.

La Chiesa Cattolica è una risorsa e un partner prezioso dell'OMS, in particolare nel fornire assistenza ai malati di HIV e tubercolosi. Voi procurate farmaci, fate nascere i bambini, e portate medici e servizi in alcuni degli angoli più remoti e poco invitanti di questa terra.

Devo farvi una confessione. Come giovane medico specializzato in pediatria, il mio primo lavoro è stato in un ospedale cattolico nelle zone rurali del Ghana. L'ospedale era considerato l'ultima istanza, dove la gente si recava quando era gravemente ammalata.

I primi segnali e i primi sintomi erano in genere ignorati, a meno che non si verificavano nei bambini piccoli. Interpretai questa cosa come parte di quel desiderio universale dei genitori di fare il meglio per i loro figli, a prescindere da quanto ciò sia difficile ed esigente. È stato un buon posto per fare esperienza come pediatra, non solo in materia di malattie, ma anche sulla natura umana.

In quell'ospedale della missione, il trasporto era un problema. Lunghe file di attesa erano un problema. Il denaro era un problema.

La mancanza di scorte era cosa comune. L'ospedale era carente di personale ed eravamo tutti oberati di lavoro.

Ma abbiamo comunque salvato delle vite. La gente veniva in ospedale in preda alla disperazione, ma anche con grandi aspettative, grandi speranze, e noi abbiamo fatto del nostro meglio per non deluderli.

Paradossalmente, nel mio Paese la gente associa gli ospedali anche al prestigio. Nascere in un ospedale e morire in un ospedale erano degli status symbol. Ciò significava che la famiglia aveva soldi.

Queste prime esperienze sono state responsabili della mia decisione di passare dalla medicina clinica alla salute pubblica. Molte delle malattie che ho visto avrebbero potuto essere evitate o trattate molto più facilmente se fossero state diagnosticate in tempo.

Sentivo che, se i professionisti sanitari potevano affrontare i rischi all'interno della comunità, in collaborazione con essa, gli ospedali sarebbero stati liberi di fare un lavoro molto migliore.

Eccellenze,

Mi è stato chiesto di parlare del ruolo degli ospedali dal punto di vista delle politiche sanitarie internazionali. Dopo avervi presentato le esperienze dei miei anni di gioventù, lasciate ora che vi dia una mia opinione più matura. Il ruolo degli ospedali nel XXI secolo non viene adeguatamente sfruttato. Per questo dobbiamo cambiare alcuni atteggiamenti mentali e alcune politiche.

La percezione degli ospedali e il loro posto nella sanità internazionale variano molto, dai Paesi membri dell'OCSE a quelli a basso reddito e alle comunità.

Molti considerano gli ospedali inutili, perché spendono più soldi di quanto dovrebbero. Gli ospedali fanno, di gran lunga, la par-

te del leone nei bilanci sanitari. Molti indicano nei progressi della tecnologia e dei dispositivi medici una delle ragioni principali per l'impennata dei costi dell'assistenza sanitaria. Alcuni esperti stimano che quasi la metà dell'aumento della spesa sanitaria a partire dal 1960 può essere attribuito alla crescita di sofisticate tecnologie mediche destinate ad essere utilizzate negli ospedali.

La medicina è una delle poche aree di innovazione tecnica in cui i nuovi prodotti sono quasi sempre molto più costosi, più sofisticati, più difficili da usare, e con maggiore probabilità di rompersi. Questo non è certamente il caso di altri settori della tecnologia – come le TV a schermo piatto o i computer e i dispositivi portatili – i cui prodotti diventano sempre più facili da usare e convenienti da acquistare.

Troppi spesso, gli ospedali acquistano le tecnologie più moderne senza un adeguato studio dei reali vantaggi rispetto alle tecnologie esistenti. In molti casi, le nuove tecnologie non portano vantaggi significativi per i pazienti o miglioramenti nel campo della salute.

Gli ospedali possono anche essere pericolosi. L'OMS stima che quasi un milione di vite si perdono ogni anno nel mondo a causa di errori effettuati durante gli interventi chirurgici. Questi errori si verificano tanto nei Paesi ricchi quanto in quelli poveri.

Gli ospedali, poi, possono essere focolai di infezione. L'epidemia di SARS del 2003, ad esempio, fu diffusa soprattutto da ospedali sofisticati in ambienti ricchi. I pazienti ospedalizzati possono anche essere esposti a super-patogeni che hanno sviluppato una resistenza a tutti i principali antibiotici e, in alcuni casi, a tutti i farmaci disponibili.

In alcuni Paesi in via di sviluppo, la diffusione all'interno delle

strutture ospedaliere di malattie altamente contagiose, come la tubercolosi, è un grosso problema. Gli ospedali possono essere pericolosi anche a causa di apparecchiature difettose, di farmaci non in regola, o di un numero insufficiente di personale adeguatamente addestrato. La gente si reca in ospedale per essere curata e per guarire, e non per ammalarsi ancora di più.

Gli ospedali, inoltre, possono essere le sentinelle di malattie emergenti. Molte nuove malattie, come la febbre emorragica provocata dal virus Ebola, sono venute alla luce in primo luogo perché stavano uccidendo il personale sanitario. Alcune sono state rilevate solo quando medici e infermieri delle missioni si sono ammalati e sono stati trasferiti nei Paesi che dispongono di strutture per eseguire test diagnostici completi e individuare nuovi agenti patogeni. La febbre di Lassa, ad esempio, è stata individuata la prima volta nel 1969 in infermerie missionarie in Nigeria.

Gli ospedali sono uno specchio di come funzionano le società, e sono un elemento essenziale per definire la fiducia del pubblico nel funzionamento dello Stato e della società stessa.

Gli ospedali hanno implicazioni politiche che sono evidenti, ad esempio nella reazione del pubblico alla chiusura dei piccoli ospedali in Francia, nelle lunghe liste d'attesa nel Regno Unito, e nella preoccupazione del Consiglio di Stato cinese sulla riforma ospedaliera. I politici spesso promettono di costruire ospedali per ottenere voti, e non sulla base di una valutazione delle esigenze reali o la considerazione dei costi ricorrenti. Una volta che un ospedale è costruito, anche se è sottoutilizzato e rappresenta un significativo dispendio di fondi pubblici, è estremamente difficile chiuderlo, sempre per motivi politici.

Gli ospedali, inoltre, possono essere disumanizzanti. Nella loro progettazione, molti di essi mostrano poco rispetto per la dignità della vita umana. Sono freddi e sterili. Le persone sono trattate come un insieme di parti specifiche del corpo, e non come esseri umani con un'anima e necessità spirituali.

Spesso non ci sono spazi invitanti ove i familiari possono riunirsi. Amici e familiari possono portare fiori, ma in genere l'ambiente è incolore e spersonalizzato.

Dal punto di vista positivo, gli ospedali sono istituzioni sociali. Quando l'accesso è giusto, e non dipende dalla capacità di pagare, gli ospedali possono contribuire alla coesione sociale. Avere un ospedale che funziona bene può essere l'orgoglio e la gioia di una comunità, nonché un'ancora di salvezza.

Gli ospedali, inoltre, sono spesso uno stimolo al pensiero spirituale, un'interfaccia tra i mali del corpo e valori più alti e quel profondo bisogno di compassione dell'uomo. Per ripetere il titolo di uno dei vostri interventi, gli ospedali sono i "custodi della vita", possono essere motivo di celebrazione, nascita, cura e morte dignitosa.

Gli ospedali, infine, sono speranza. Dove c'è salute, c'è speranza. C'è un nuovo tipo di pensiero in materia di salute pubblica, e si tratta di questo: i poveri meritano la migliore assistenza sanitaria possibile perché hanno avuto così poco nella vita.

Eccellenze,

Il primo decennio di questo secolo ha visto alcuni miglioramenti incredibili nella salute a livello mondiale, in particolare per quelle malattie che tengono le persone ancorate in condizioni di povertà e mettono un freno allo sviluppo.

Le epidemie di AIDS, tubercolosi e malaria, dopo aver raggiunto il picco hanno iniziato un declino lento, ma costante. Per la prima volta in quasi sei decenni il numero di decessi nei bambini piccoli è sceso al di sotto dei 10 milioni, e ha continuato a scendere ogni anno. Anche i decessi legati alla gravidanza e al parto stanno iniziando a diminuire, dopo decenni di stagnazione.

Si tratta di un progresso impressionante, ma non è affatto una vittoria. Tutti questi risultati sono stati resi particolarmente fragili da un'altra serie di eventi avvenuti nel corso del primo decennio di questo secolo. In realtà, questo decennio può benissimo passare alla storia come il tempo in cui le nazioni si sono trovate faccia a

faccia con i pericoli di interazione in un mondo di interdipendenza radicalmente aumentata.

Dall'inizio di questo secolo, il mondo è stato afflitto da una crisi globale dopo l'altra: la crisi petrolifera, la crisi alimentare, la crisi finanziaria, e un clima che ha cominciato a cambiare.

Queste crisi rivelano il lato oscuro di vivere in un mondo strettamente interdipendente e interconnesso. Come ha mostrato il decennio passato, le conseguenze sono altamente contagiose, e si spostano rapidamente attraverso i sistemi internazionali che legano i Paesi.

Le conseguenze possono essere anche profondamente ingiuste. Di fronte ad eventi avversi, i Paesi in via di sviluppo presentano la vulnerabilità maggiore e la resistenza minore. Essi sono spesso colpiti più duramente e hanno bisogno di maggiore tempo per recuperare.

La globalizzazione produce numerosi vantaggi, ma non ha regole che garantiscano un'equa distribuzione di questi benefici. Oggi, i sistemi internazionali che regolano il commercio, i mercati dei capitali e le relazioni commerciali hanno più potere di un governo sovrano per influenzare la vita e le opportunità dei cittadini e le loro possibilità di godere di una speranza di vita sana.

Purtroppo, l'equità è raramente un obiettivo politico esplicito nel modo in cui questi sistemi funzionano. Di conseguenza, il mondo è diventato pericolosamente privo di equilibrio. Le differenze, all'interno e tra i Paesi, nei livelli di reddito, opportunità, speranza di vita, conseguenze sanitarie e accesso alle cure, è maggiore oggi che in qualsiasi altro momento della storia recente.

La differenza nell'aspettativa di vita tra Paesi ricchi e poveri supera ormai i 40 anni. La spesa pubblica annuale in materia di salute varia da un minimo di \$1 a persona a quasi \$ 7.000. Un mondo che è privo di equilibrio non è stabile né sicuro.

E ci sono altre tendenze inquietanti, sempre legate all'interdipendenza senza precedenti del mondo. In tutto il mondo, la salute è plasmata dalle stesse forze potenti.

Tendenze universali, come l'urbanizzazione, l'invecchiamento della popolazione e la globalizzazione di stili di vita non salutari, hanno dato vita ad un forte aumento delle malattie croniche, come le malattie cardiache, il cancro e il diabete.

A lungo considerate figlie delle società opulenti, queste malattie ora impongono circa l'80% del loro peso sui Paesi a basso e medio reddito, ove le persone si ammalano prima e di più, e muoiono prima rispetto ai loro omologhi nei Paesi ricchi.

L'evidenza ci mostra che l'obesità e il diabete, fortemente legate alla cattiva alimentazione, hanno raggiunto proporzioni epidemiche in alcune parti dell'Asia, dove l'abbandono dell'alimentazione tradizionale è stato particolarmente rapido. Ma nessuna parte del mondo è risparmiata.

Tali tendenze hanno implicazioni enormi per gli ospedali e per i bilanci sanitari. I costi delle cure croniche per il crescente numero di persone affette da malattie non trasmissibili semplicemente non sono accessibili. Nella maggior parte dei Paesi a basso e medio reddito, i malati di diabete, che vivono con meno di 2 dollari al giorno, devono spendere tra il 25% e il 50% del loro reddito mensile per comprare un flacone di insulina in una farmacia privata.

Da uno studio condotto alla fine dell'anno scorso, è risultato che le tecnologie per il trattamento del cancro generano costi insostenibili, anche nei Paesi più ricchi del mondo.

L'OMS stima che oltre 35 milioni di persone in tutto il mondo siano affette da demenza. Questo numero è destinato a raddoppiare entro il 2020 e a triplicare, o più, entro il 2050. Già oggi, quasi il 60% del peso della demenza è concentrato in Paesi a basso e medio reddito.

Il costo delle cure per la demenza è destinato ad aumentare ancor più velocemente della sua prevalenza, ed è importante che le società siano pronte ad affrontare gli oneri sociali ed economici causati

da questa condizione. I costi sono già impressionanti. Nel 2010, il totale dei costi stimati in tutto il mondo per la demenza è di 604 miliardi dollari.

Eccellenze,

Tutto questo porta a una serie di conclusioni.

- La gente vuole vivere una vita lunga e sana.
- Molte persone hanno malattie croniche e più di una malattia allo stesso tempo.
- Le persone vogliono avere voce in capitolo in ciò che incide sulla loro vita e su quella delle loro famiglie.
- Le persone vogliono essere trattate come esseri umani, con dignità e delicatezza.
- Esse vogliono una riduzione del rischio delle malattie, farmaci e tecnologie efficaci e autorità sanitarie affidabili.
- Gli ospedali possono svolgere un ruolo importante in tutto ciò.

Affinché gli ospedali possano assolvere questo ruolo, sono necessari cambiamenti di paradigma per garantire che:

- l'accento sia posto sulla cura degli episodi acuti della malattia fino alla cura per tutto il corso della vita;
- la responsabilità riguardi i singoli individui, fino alla salute della popolazione;
- la cura sia incentrata sulle persone;
- i servizi siano il più vicino possibile a casa;
- l'ambiente ospedaliero sia il più accogliente possibile;
- il successo si misura con la capacità di aumentare il ricovero in ospedale e la capacità di mantenere la salute delle persone;
- l'obiettivo degli ospedali è quello di riempire i posti letto e dare cure adeguate a livelli appropriati.

Alcuni di questi cambiamenti sono già in atto.

In questo nuovo secolo, i Paesi industrializzati stanno cercando di ridurre la loro dipendenza dagli ospedali, avendo realizzato il costo

dell'ospedale-centrismo in termini di efficacia ed equità, e la necessità di renderli più adatti per gli esseri umani. Eppure, molti Paesi a basso e medio reddito stanno creando le stesse distorsioni. La pressione della domanda dei consumatori, le professioni mediche e il complesso medico-industriale sono tali che le risorse sanitarie pubbliche e private vengono destinate in modo sproporzionato verso cure ospedaliere specialistiche, a scapito di investimenti nelle cure primarie e nella dimensione umana della cura. Le autorità sanitarie nazionali spesso non sono riuscite, a livello finanziario e politico, a frenare questa tendenza e ad ottenere un migliore equilibrio. Sistemi sanitari più equilibrati e integrati richiederanno una collaborazione di gran lunga migliore tra autorità e istituti ospedalieri; la pressione da parte dei pazienti e della popolazione è in aumento e può aiutare a spronare tale collaborazione.

Gli ospedali devono diventare molto più incentrati sulla persona e sulla cura. Essi devono accettare la responsabilità della prevenzione e della promozione della salute, e non concentrarsi esclusivamente sulla cura.

Le persone associano gli ospedali alla speranza e alla guarigione. Queste aspettative devono essere ideate in modo da rendere i pazienti parte attiva nella salvaguardia della propria salute.

La Chiesa cattolica ha molto da offrire nel ridisegnare gli ambienti ospedalieri e il sistema dei valori. Gli ospedali non sono centri di profitto, ma custodi della vita, e ciò comprende la loro dimensione spirituale.

Per concludere, torno al punto di partenza di una convinzione iniziale che ha cambiato la mia carriera. Se i professionisti sanitari possono affrontare i rischi all'interno della comunità, in collaborazione con essa, gli ospedali saranno liberi di fare un lavoro molto migliore. Anche in questo caso, la Chiesa cattolica è ben posizionata per intraprendere questo tipo di coinvolgimento della comunità. ■

Raccomandazioni e prospettive pastorali per gli operatori sanitari in *Africæ Munus*, Esortazione Apostolica post-sinodale di Papa Benedetto XVI

**S. EM.ZA CARD.
WILFRID FOX NAPIER, O.F.M.**
Arcivescovo di Durban,
Sudafrica.
Membro del Pontificio
Consiglio per gli Operatori
Sanitari

“Oggi più che mai la Chiesa è cosciente che il suo messaggio sociale troverà credibilità nella testimonianza delle opere, prima che nella sua coerenza e logica interna” (Beato Giovanni Paolo II, *Centesimus Annus*, n. 57).

“Siate pazienti, state forti e abbiate coraggio!”. Sono le parole rivolte agli operatori sanitari del continente africano dal Santo Padre Benedetto XVI, nel documento post-sinodale *Africæ Munus*.

Si tratta di parole particolarmente importanti, poiché sono molte le cose che potrebbero farci perdere d'animo. Se non fossimo sostenuti dalla fede nel Signore Gesù, non saremmo in grado, infatti, come Chiesa, di proseguire il nostro impegno nel fornire assistenza sanitaria in molte parti del nostro Continente. La nostra posizione nel bel mezzo di questo sforzo e tra gravi e molteplici sfide ci impedisce, a volte, di vedere fin dove siamo giunti e quanto in realtà sia efficace il nostro lavoro.

Nel maggio 2009 il Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, in collaborazione con l'AISAC (Associazione internazionale delle istituzioni sanitarie cattoliche), ha organizzato un seminario a Roma in vista del Sinodo per l'Africa. Questo seminario ha presentato delle raccomandazioni riguardanti i problemi sanitari in Africa, che vogliono costituire una risorsa e un ambito per la comprensione dell'assistenza sanitaria cattolica come un mezzo di riconciliazione, di giustizia e di pace. Ne prende-

remo in esame tre, come un modo per ampliare i punti sollevati dal Santo Padre in *Africæ Munus*.

Quali sono questi punti?

1. In conformità con il Magistero della Chiesa

Nella sua esortazione il Santo Padre sottolinea la necessità ‘di informare e formare la popolazione, e soprattutto i giovani’, nella lotta alle pandemie presenti nei paesi africani (facendo chiaro riferimento alle pandemie della TBC e dell'HIV/AIDS). In particolare il Pontefice richama l’attenzione dei vescovi e degli operatori sanitari su due questioni importanti, vale a dire la necessità a) per le istituzioni sanitarie di ‘assicurare i servizi in conformità con l'insegnamento della Chiesa ed esclusivamente a favore della vita’ e b) di una maggiore enfasi sulla trasparenza e le norme etiche nel loro lavoro, affinché i fondi siano utilizzati soprattutto per ‘servire il bene del malato’.

La cultura della vita opposta alla cultura della morte

Gli istituti di assistenza sanitaria della Chiesa e gli operatori sanitari in Africa prestano il loro servizio il più delle volte nelle comunità più povere e meno favorite, e nelle regioni in cui il disprezzo per la legge e per i diritti e la dignità della persona è spesso evidente.

“Sembra oggi profilarsi un modello di società in cui dominano i potenti, emarginando e persino eliminando i deboli: penso qui ai bambini non nati, vittime indifese dell'aborto; agli anziani ed ai malati incurabili, talora oggetto di eutanasia; ed ai tanti altri esseri umani messi ai margini dal consumismo e dal materialismo ... Un

simile modello di società è improntato alla cultura della morte ed è perciò in contrasto col messaggio evangelico” (Esortazione Apostolica *Ecclesia in America*, 63)

La Chiesa, attraverso i suoi vescovi, deve garantire che gli operatori sanitari non solo comprendano ciò che essa insegna nel suo approccio a favore della vita, ma che questo approccio sia adottato e attivamente praticato nelle nostre strutture sanitarie cattoliche. Non dobbiamo far mancare loro il nostro sostegno nella presa di posizione contro la moderna ‘cultura della morte’ che sottopone la vita di ogni persona a capriccio e convenienza politica o ideologica, ed è spesso promossa da governi e benefattori. Il risultato è che i lavoratori sono sottoposti ad una tremenda pressione per conformarsi a tali capricci, a rischio di perdere i finanziamenti di cui hanno disperato bisogno. Noi crediamo che i vescovi abbiano l’obbligo di parlare in difesa di questi lavoratori in ogni momento e sostenerli con una pastorale amorevole e mirata (cura per colui che cura, per essere precisi).

Pastorale per gli operatori sanitari

Il Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari ha come obiettivo quello di una pastorale adeguata e dedicata per coloro che sono coinvolti nella cura dei malati e dei moribondi. Dato che, per sua stessa natura, il loro lavoro li mette in contatto quotidiano con la malattia e la morte, gli operatori sanitari hanno anche loro un bisogno reale e urgente di pastorale, cura spirituale e guida. Ciò potrebbe concretizzarsi in ritiri spirituali, anche di una giornata, tempo dedicato a riflettere e meditare – per guardare nei loro cuo-

ri al fine di scoprirvi e trarvi quei profondi valori e credenze necessari per ispirarli e guiderli nella loro vita e nel loro lavoro.

Il seminario AISAC di cui sopra, ha preso atto della mancanza nelle nostre istituzioni di programmi pastorali e di persone dediti al servizio pastorale. Dato che i popoli africani, in genere, associano la cura spirituale al processo di guarigione, è importante che gli operatori sanitari siano ben preparati e formati, in modo che l'assistenza sanitaria da loro prestata possa trarre forza dalla liturgia e dalle preghiere che fanno parte della pastorale disponibile per loro. La liturgia, in particolare, è un momento sacro, soprattutto quando celebra la nostra riconciliazione con Dio e con i nostri fratelli e sorelle, e dà vero significato e valore alla sofferenza e alla solidarietà.

2. Trasparenza e norme etiche

Vengo ora al secondo punto sollevato dal Santo Padre, la necessità cioè di una maggiore attenzione alla trasparenza e alle norme etiche nel nostro lavoro, in cui i fondi siano utilizzati principalmente per ‘servire il bene del malato’.

“Il sostegno delle istituzioni sanitarie della Chiesa in Africa richiede la consapevolezza della pratica della gestione (amministrazione) e una nuova partnership interna ed esterna in grado di garantire la futura sostenibilità dei servizi e delle finanze” (raccomandazione del Pontificio Consiglio e dell'AISAC ai Vescovi dell'Africa, 2009).

Poiché nelle strutture cattoliche gli operatori sanitari servono persone di ogni credo, razza e cultura, il loro lavoro fornisce l'opportunità unica di testimoniare il Vangelo. Per questo le loro azioni dovranno dimostrare un impegno alla trasparenza e alla responsabilità che sono gravemente carenti oggi, dove in molti casi si tratta di “ognuno per sé” e “tutto va bene fino a quando non mi scoprono”.

“Solo Cristo può liberare l'uomo da ciò che lo rende schiavo del male e dell'egoismo: della ricerca spasmodica dei beni materiali, della sete di potere e di dominio sugli altri e sulle cose...”

(Giovanni Paolo II, Visita pastorale alla Parrocchia romana di S. Agapito, 1 marzo 1998).

Essere un buon amministratore fedele

In *Africae Munus* Papa Benedetto XVI si riferisce in particolare alla necessità della trasparenza. Molte buone persone e molte organizzazioni contribuiscono generosamente alle cure sanitarie della Chiesa. Così, in particolare in Africa, dobbiamo dimostrare una buona amministrazione nell'utilizzo delle risorse, come un modo per riconoscere che tutte le risorse vengono da Dio e che quindi devono essere utilizzate per la sua gloria e per il bene comune. Una gestione responsabile delle risorse richiede un impegno a favore di un giusto ed equo sistema sanitario, attraverso il quale sia garantita ad ogni persona assistenza sanitaria di base, e in cui sia favorita la buona salute di ogni membro della comunità.

Pertanto tutti i consigli di amministrazione e le strutture di gestione devono garantire che nella gestione dei fondi pubblici e privati siano prese decisioni finanziarie sagge e prudenti. La responsabilità ci sfida a fornire informazioni credibili che dimostrino chiaramente la nostra pertinenza, l'efficienza e il valore aggiunto, il nostro rispetto della normativa applicabile e il comportamento etico dei nostri consigli di amministrazione, della dirigenza e del personale.

Le raccomandazioni quindi includono a) l'istituzione di un buon governo attraverso consigli d'amministrazione adeguatamente nominati e responsabili, e b) la trasmissione regolare di informazioni finanziarie non solo alla Conferenza Episcopale nazionale, ma anche alle autorità sanitarie locali e in particolare ai benefattori.

Promuovere la giustizia nel curare i malati

Infine, una delle raccomandazioni più importanti al Sinodo per l'Africa riguarda la promozione della giustizia attraverso l'assistenza sanitaria. Molto spesso ai nostri ospedali, dispensari e cliniche vengono portate le vittime di

casi di ingiustizia. Un esempio famoso è il Dottor Steve Biko che fu il primo a parlare del trattamento ingiusto che stava ricevendo dalle mani dei suoi carcerieri.

Gli operatori sanitari hanno l'obbligo di portare a conoscenza delle autorità gli eventuali casi di ingiustizia che possono incontrare nello svolgimento del proprio lavoro. Oltre a dare sollievo e giustizia alle vittime, tale azione dimostrerà lo spirito di vera giustizia ed equità, segno del cristiano.

Ciò costituisce un impegno ancora maggiore per noi, affinché la Chiesa non possa essere accusata di denunciare le eventuali ingiustizie da parte di altri, ignorando ciò che non va nelle nostre strutture. Di conseguenza, è necessario che agli operatori sanitari delle nostre istituzioni siano corrisposti salari e garantite condizioni di lavoro che siano in linea con il governo, se non addirittura migliori. La carità non deve mai essere un pretesto per consentire l'esistenza di situazioni di ingiustizia.

Sarebbe opportuno che, oltre ad approfittare di ogni occasione per ‘promuovere iniziative congiunte in difesa della giustizia’ nei loro paesi, i vescovi africani garantiscono che le loro istituzioni riflettano una vera giustizia per quanto riguarda le condizioni di lavoro, così come la distribuzione e l'uso equo e corretto delle risorse.

3. Vescovo responsabile

La raccomandazione finale del Pontificio Consiglio insieme con l'AISAC era che, con l'appoggio del Dicastero, ogni Conferenza Episcopale nomini un vescovo responsabile dell'adeguato coordinamento pastorale in ogni regione sanitaria, e al tempo stesso conduca i negoziati necessari con le autorità governative in materia di assistenza sanitaria.

La vera pastorale per i nostri operatori sanitari afferma, promuove e nobilita il loro lavoro, lo radica in Dio e gli dà vero valore. Allo stesso tempo, ispira i lavoratori a considerare il loro lavoro come servizio reso a Cristo per mezzo di tutto ciò che fanno per “l'ultimo dei loro fratelli e sorelle”.

Dixie, gratias! ☩

L'ospedale: tempio dell'umanità e crocevia dei popoli

**S.E.M.ZA CARD.
WILLEM JACOBUS EIJK**
Arcivescovo di Utrecht,
Paesi Bassi

La Chiesa incontra in primo luogo la gente cui trasmettere la fede cristiana nelle chiese, durante le varie celebrazioni liturgiche diverse, le confessioni e altri incontri pastorali. Tuttavia, anche fuori dalle chiese vi sono questi luoghi d'incontro, soprattutto riguardo alla gente che non viene mai in chiesa. Questo concerne molti non cristiani o cristiani non cattolici che non frequentano le nostre chiese, ma anche cattolici che non praticano mai o poco la fede. Un tale luogo d'incontro è senz'altro l'ospedale. Un cappellano ospedaliero o un parroco o viceparroco che s'impegna a visitare i malati della sua parrocchia ammessi in ospedale, vi troverà anche i cattolici che non vedono forse mai l'interno della chiesa parrocchiale.

L'ospedale, oltre a essere un luogo d'incontro con non-cristiani e cristiani che non praticano, è anche un luogo che offre la possibilità di incontrare gente che è a volte più aperta al Vangelo rispetto al consueto. Benché sia ovvio che l'evangelizzazione e – nell'Europa Occidentale – la re-evangelizzazione concernono tutti gli essere umani, sani e malati, prosperi e poveri, anziani e giovani, l'esperienza indica in genere che le crisi esistenziali sono spesso momenti preziosi di riflessione sul senso e sul fine della vita, che possono aprire l'anima a Cristo e al Suo Evangelio. Un incontro pastorale con un malato in un ospedale è perciò non raramente spiritualmente molto fecondo.

Inoltre, l'ospedale può essere un luogo eccellente per manifestare la carità umana e cristiana in modo molto intenso. Nel motu proprio *Porta Fidei* il Santo Padre accentua che per una re-evan-

gelizzazione feconda si richiede la testimonianza della carità:

“La fede senza la carità non porta frutto e la carità senza la fede sarebbe un sentimento in balia costante del dubbio ... Grazie alla fede possiamo riconoscere in quanti chiedono il nostro amore il volto del Signore risorto. «Tutto quello che avete fatto a uno solo di questi miei fratelli più piccoli, l'avete fatto a me» (*Mt 25,40*)” (*PF* n. 14)¹.

Addirittura, negli attuali ospedali, soprattutto in quelli delle grandi città, s'incontrano in merito alla globalizzazione del mondo oltre ai pazienti autoctoni rappresentanti di molti popoli e razze, se non di tutti. Questa è stata anche la mia esperienza nel periodo in cui ho lavorato come medico nell'ospedale dell'Università di Amsterdam alla fine degli anni Settanta del secolo scorso.

Tutto sommato, si può descrivere perciò l'ospedale come tempio dell'umanità e crocevia dei popoli.

Uno sguardo retrospettivo

Da uno sguardo retrospettivo risulta che l'ospedale funziona dal primo inizio come tempio dell'umanità e crocevia dei popoli.

Bisogna notare che gli ospedali come li conosciamo, sono una ‘invenzione’ dei cristiani. L’Impero Romano aveva ospedali militari, che offrivano il primo soccorso e la riabilitazione per soldati malati o feriti con lo scopo primario, se non l’unico di farli ritornare il più presto possibile nel servizio militare attivo. Per la cura offerta si aveva motivi utilitaristici. I cristiani dopo l’Editto di Milano dell’imperatore romano Costantino Magno nel 313 avevano la possibilità di manifestarsi pubblicamente e di fondare ospedali per realizzare i loro ideali verso i malati. Gli ospedali, fondati da loro dalla seconda metà del quarto se-

colo, erano i primi ad offrire cure mediche anche a lungo termine a malati, pure a quelli poveri e oppressi, che non erano in grado di pagare il trattamento². La fondazione di questi ospedali era la conseguenza di un cambiamento radicale effettuato dal cristianesimo riguardo alla posizione sociale del malato e l’organizzazione della sanità pubblica³.

I cristiani cominciavano a vedere la cura disinteressata di malati come un compito inerente all’imitazione di Gesù primariamente per l’analogia ovvia che c’è fra la redenzione dell’uomo da parte di Cristo e il curare o guarire il malato. Questo produceva un numero di Padri della Chiesa a conferire a Gesù il titolo “Christus Medicus”⁴. Detta analogia era forzata dalle numerose guarigioni compiute da Gesù e riportate nei Vangeli. Un altro fattore molto importante era che Gesù stesso si identifica con gli esseri umani che vivono nell’indigenza: “Venite, benedetti del Padre mio, ricevete in eredità il regno preparato per voi fin dalla creazione del mondo, perché ho avuto fame e mi avete dato da mangiare, ho avuto sete e mi avete dato da bere, ero straniero e mi avete accolto, nudo e mi avete vestito, malato e mi avete visitato, ero in carcere e siete venuti a trovarmi” (*Mt 25,34-36*).

Questo fornisce a coloro che amano Gesù la possibilità di compiere atti concreti di carità verso lui fra l’altro nella cura dei malati, riconoscendo in loro il suo volto. Un’icona per tutti coloro che lavorano nella sanità, è il Buon Samaritano nella parabola che porta il suo nome (*Lc 10,25-37*)⁵.

Tutto questo stimolava i medici cristiani ma anche i cristiani in genere a curare i malati con carità e compassione. Siccome Dio ci ha mostrato il suo amore per noi in modo illimitato nell’incarnazione del suo Figlio e nel sacrificio di questo di se stesso alla cro-

ce, anche la cura di malati poteva avere la forma di un sacrificio nel trattarli gratuitamente. Le icone di questo sono i santi martiri Cosma e Damiano di cui la tradizione dice che erano medici in Siria che trattavano i loro pazienti per carità cristiana senza ricompensa. Questo poteva concernere perfino il sacrificio della propria vita nell'attendere i malati che soffrivano della peste, il che implicava il rischio di essere contagiatì da questa malattia spesso letale. Si riporta di parecchi santi che curavano persone che soffrivano della peste, in modo generoso ed eroico, tra i quali Santa Caterina da Siena (1347-1380) e San Luigi Gonzaga (1568-1591).

Dopo il declino dell'Impero Romano i monasteri nell'Europa Occidentale offrivano nelle loro foresterie ospitalità gratuita a viaggiatori, incluse cure mediche a quelli malati. Perciò le foresterie erano alla lettera templi dell'umanità e crocevia dei popoli. Per più di cinque secoli le foresterie dei monasteri rappresentavano l'unica cura medica organizzata nell'Occidente.⁶ Benché dal punto di vista della medicina odierna il livello della scienza medica e dei metodi applicati per guarire i malati fosse molto basso e molti medicamenti e tecniche chirurgiche dell'Antichità fossero perduti, la motivazione cristiana profonda per prendersi a cuore la lotta dei malati rimaneva.

Insieme con la nascita delle città, dal XII secolo i comuni eressero i grandi ospedali cittadini. Innocenzo III (1198-1216) ha stimolato i cristiani prosperi a fondare questi istituti sanitari in ogni città. L'ospedale Santo Spirito in Sassia a Roma, fondato da lui stesso, era il modello per gli ospedali cittadini⁷.

Gli ospedali moderni, che conoscono una netta divisione fra cura medica e quella pastorale, sorsero nel '700. Tuttavia, quelli che avevano un'identità cristiana, mantenevano le motivazioni evangeliche del primo inizio. Negli ultimi decenni nell'esprimere e nel realizzare gli ideali cristiani di una cura integrale, cioè medica, umana, psicologica, sociale e spirituale negli ospedali soprattutto nel mondo occidentale, si mani-

festano oggi parecchie difficoltà e sfide, di cui parleremo dopo.

Un'evangelizzazione intrinseca

L'ospedale come tempio dell'umanità e crocevia dei popoli è un luogo per eccellenza di evangelizzazione. Le ragioni ne sono l'analogia ovvia, menzionata sopra, fra la redenzione e la guarigione, accentuata da Gesù stesso, e il fatto che la cura dei malati è una forma particolare di carità umana e cristiana.

Bisogna evitare di dare l'impressione che si tratti qui di una tecnica per conquistare le anime. Questo sarebbe il caso se si imponesse la fede cristiana ai pazienti nel quadro di una cura medica o quando la si offrisse solo a condizione che il paziente si converta al cristianesimo. Questo sarebbe in contraddizione con la fede cristiana stessa, che richiede che la persona faccia una scelta libera per Cristo e il suo Evangelio.

La cura medica, nel caso in cui si lasci libero il paziente senza sforzarlo o metterlo sotto pressione per diventare cristiano, è un atto il cui oggetto morale è buono di per sé. Se compiuta con un'intenzione buona, la cura medica è di essenza un atto di carità. Questo è espresso nell'indicare il "visitare gli infermi" come il quinto delle sette opere di misericordia corporale (derivate da *Mt* 25,35-36 e *Tb* 1,17). La cura, se compiuta senza imporre né nascondere la propria convinzione cristiana, è inoltre di per sé un atto di evangelizzazione.

Un approfondimento molto bello ed espressivo di questo dal punto di vista della teologia e della spiritualità ci offre San Camillo de Lellis (1550-1614). Favi chiama la sua teologia della premura di Dio una "teologia vissuta"⁸. San Camillo, ferito come militare nel campo di battaglia, soffrì di una ferita incurabile e putrida fino alla sua morte per sessantaquattro anni. Come paziente e come collaboratore dell'ospedale San Giacomo degli incurabili a Roma vedeva come la cura dei malati nel suo tempo era molto difettosa. Le condizioni igieniche erano mise-

ribili e gli infermieri erano in genere persone non degne, fra l'altro carcerati, senza preparazione e dedizione al loro compito. Per migliorare la cura negli ospedali, San Camillo ha fondato l'Ordine dei Ministri degli infermi, adesso conosciuto come l'Ordine dei Camilliani, i cui membri – preti e frati – si dedicavano totalmente alla cura e all'assistenza pastorale dei malati. La sua teologia della premura di Dio si è sviluppata a parte in base ai suoi studi teologi nell'ambito della sua formazione sacerdotale soprattutto in base alla sua maturazione dall'esperienza della propria malattia e di quella del modo in cui lui stesso e altri erano trattati nell'ospedale.

Dopo la sua conversione da uomo iracondo e violento, schiavo del gioco, a seguace ardente di Gesù e trasfigurato dalla sua esperienza della premura di Dio durante la sua malattia, San Camillo scoprì il malato come "l'altare dell'esercizio del suo sacerdozio sia battesimale che ministeriale" secondo Favi⁹. In seguito sviluppò una visione cristocentrica di se stesso e del prossimo, che gli fece intuire in modo nuovo e concreto il valore inalienabile di ogni essere umano, anche se ammalato. San Camillo vedeva il malato come "sacramento d'incontro con Cristo e quindi via di accesso a Dio e percepisce e sperimenta come «con l'incarnazione il Figlio di Dio si è unito in certo modo a ogni uomo»"¹⁰. Per la sua sofferenza il malato presenta il luogo dell'esperienza della *kenosis* di Cristo nell'incarnazione e nella croce. San Camillo partì dalla tradizione di riconoscere nel malato il volto del Cristo sofferente¹¹, ma aggiungeva a questa l'analogia fra detta coincidenza tra il malato e Cristo e la sua presenza sacramentale. A parte il volto di Gesù San Camillo scopriva nel volto del malato anche il volto del Dio misericordioso, che redime e fa partecipare l'essere umano alla sua vita intra-trinitaria. L'esperienza della contemplazione della sofferenza di Cristo nel malato "diventa luogo di interpellanza della sollecitudine dell'uomo, di rivelazione della sua missione e dell'attenzione ai bisogni dell'umanità. Una tale attenzione

richiama la premura con cui Dio stesso attraverso Cristo si è inchinato sulla fragilità umana per trasmetterla in via di speranza”¹².

La cura del malato diventa così una “testimonianza della presenza premurosa del Cristo buon Samaritano dell’umanità” e nello stesso tempo lo spazio d’incontro con Cristo “che serve, cura e sana il malato con la materna tenerezza di Dio attraverso l’agire sollecito del ministro degli infermi”¹³. La sollecitudine verso l’essere umano malato, vista in questo modo, è vista come analogica alla presenza sacramentale di Cristo e come una forma di prolungamento e attuazione della sua missione salvifica-sanante.

Vorrei segnalare due frutti particolari della spiritualità di San Camillo.

In primo luogo, la spiritualità di San Camillo offre un ponte per connettere a vicenda la diaconia con la liturgia, aggiungendo al riconoscimento del volto di Cristo in quello del malato, l’analogia di questa coincidenza fra il malato e Cristo, con la sua presenza sacramentale nell’Eucaristia, in cui Cristo è presente nella sua sofferenza, nella sua morte e nella sua risurrezione in mezzo a noi sotto le figure del pane e del vino. Come molti cristiani nella società secolarizzata, pure collaboratori cristiani stentano molto a praticare la fede nella vita quotidiana. La possibilità di connettere la diaconia con la liturgia mette i collaboratori sanitari che prendono questa spiritualità come punto di partenza, in grado di integrare la loro fede e il loro rapporto personale con Gesù in modo molto diretto e fecondo nella loro cura dei malati.

In secondo luogo, la spiritualità di San Camillo per i collaboratori sanitari anticipa in un certo senso il Concilio Vaticano II per la sua antropologia cristologica. Il Concilio, nel pronunciarsi sulle faccende umane, è anche profondamente cristologico. Il Figlio di Dio, fattosi uomo, ha assunto la nostra umanità e la nostra condizione umana, per cui in Cristo c’è un’unità fondamentale di tutti gli esseri umani, cristiani o meno. Perciò il Concilio dice nella *Gaudium et Spes*, la costituzione pastorale sulla Chiesa nel mondo di

questo tempo: “In realtà solamente nel mistero del Verbo incarnato trova vera luce il mistero dell’uomo” (n. 22)¹⁴. Per la sua incarnazione Cristo non rivela solo Dio, ma anche l’essere umano a se stesso. Nel mistero dell’incarnazione scade il dualismo fra una morale naturale e una morale soprannaturale. L’ospedale, adempiendo la sua missione cristiana nel realizzare la diaconia caritatis verso i malati, rende perciò nello stesso tempo testimonianza di una carità profondamente umana e di una carità profondamente cristiana.

La teologia vissuta di San Camillo del rapporto fra la persona che cura il malato, fra l’altro il medico, l’infermiere o il pastore, implica per questi una bellissima e profonda forma di spiritualità. Questa può svegliare in loro un atteggiamento di solidarietà con il sofferente e una premura empatica per lui nell’ambito di una vera carità cristiana, nonostante la sua prosperità o mancanza di questa, la sua origine, il popolo o la razza cui appartiene, e la sua religione. S’intende che questa spiritualità è di valore anche per i contatti extramurali fra medici, infermieri o pastori con malati. Tuttavia, questa spiritualità di San Camillo, tranne essere sviluppata specificamente in un ambiente ospedaliero – e non poteva essersi sviluppato in un altro modo – si esprime in una misura molto più forte, intensa e feconda, se offerta in modo organizzato e sistematico da un’istituzione sanitaria che se offerta da un individuo. Perciò la diaconia cristiana della premura caritatevole ha dentro ospedali i cui collaboratori s’impegnano sinceramente di realizzarla, una grande forza evangelizzatrice.

L’attuale sfida di mantenere l’ospedale come tempio dell’umanità

Dopo la metà del diciannovesimo secolo e soprattutto dagli anni ’30 del secolo scorso la medicina ha subito un progresso senza precedenti. Non c’è più una mancanza d’igiene. Ci sono numerosi medicamenti e tecniche mediche che rendono possibile di guarire

molte malattie e lenire molti sintomi fastidiosi efficacemente, per cui c’era nessun rimedio nel passato non tanto remoto. La diagnosi di cancro non è più sempre una “condanna a morte,” sebbene rimangano anche oggi malattie incurabili. Detto progresso della medicina è un motivo di gratitudine. Questo non toglie però il fatto che le malattie, specialmente quelle gravi e croniche, sono anche spesso una fonte di sofferenza. Benché non accadano più le condizioni drammatiche nei nostri ospedali, quante San Camillo vedette nel suo tempo, anche oggi malati soffrono fisicamente, psichicamente, socialmente e spiritualmente. Vi saranno sempre malati abbandonati dai loro familiari. Anche oggi, forse più che nel passato, malati lottano con ansia e con la domanda del senso della sofferenza e di seguito anche di quello della vita.

Tuttavia, negli ultimi decenni bisogna osservare alcuni sviluppi riguardanti gli ospedali odierni che rendono assai difficile di vivere la diaconia della carità cristiana. Vi sono innegabilmente tranne un progresso che è da apprezzare molto, alcune minacce non da sottostimare per l’ospedale come tempio dell’umanità.

In primo luogo, la secolarizzazione non si ferma sulla soglia dell’ospedale, come osserva Benedetto XVI: “Questa secolarizzazione non è soltanto una minaccia esterna per i credenti, ma si manifesta già da tempo in seno alla Chiesa stessa. Snatura dall’interno e in profondità la fede cristiana e, di conseguenza, lo stile di vita e il comportamento quotidiano dei credenti”¹⁵.

Quando una grande parte dei collaboratori dell’ospedale non condivide più la fede cristiana, le sue richieste morali incluse, diventerà più difficile manifestare la diaconia caritatis in base alla fede in Cristo e perciò alla spiritualità descritta sopra che è il fondamento di una premura profondamente cristiana. Questo indebolisce senz’altro la testimonianza evangelizzatrice dell’ospedale.

Tuttavia, anche nel caso in cui tutti i collaboratori sono cristiani convinti, la cultura odierna negli ospedali grandi specialmente nei

paesi prosperi rende assai difficile il praticare la diaconia caritatis ispirata da un rapporto personale e vivente con Gesù. Detta cultura è caratterizzata da una depersonalizzazione che colpisce¹⁶. Vari fattori diversi ne sono la causa¹⁷. Si manifesta una forte tendenza a considerare la professionalità, pure quella medica, unilateralmente come una pura abilità tecnica. Questo crea un'atmosfera in cui l'esprimere emozioni, elemento indispensabile nei rapporti umani, è quasi sospetto. L'obbligo di limitarsi a un atteggiamento di una pura abilità tecnica costringe il medico o l'infermiere a nascondere la propria persona con le sue convinzioni religiose ed etiche, il proprio carattere e i propri sentimenti dietro la maschera della professionalità. Questo fenomeno è rafforzato dall'autonomia esagerata, per cui c'è una tendenza di lasciare le ultime decisioni al paziente cui i collaboratori sanitari devono conformarsi.

Un secondo fattore è la specializzazione avanzata: il medico o l'infermiere specializzato è incline a focalizzare la sua attenzione a quell'organo, a quella parte del corpo o quel sistema fisiologico che concerne la sua competenza particolare. Per questo rischia di perdere di vista il paziente come persona umana nella sua totalità.

Un terzo fattore riguarda le conseguenze dell'introduzione dell'economia di mercato libero nella sanità per controllarne i costi. Questa ha trasformato gli ospedali in istituti con una cura maneggiata: per calcolare e controllare i costi della diagnosi e della cura medica il management usa protocolli in cui è prescritto da esempio in minuti il tempo necessario per compiere certi atti, nonostante la condizione personale del malato. Questo rende difficile dedicare più tempo a una persona che ne ha bisogno, per cui la cultura nell'ospedale diventa depersonalizzata. Inoltre l'introduzione dell'economia di mercato libero implica che il paziente, spesso indicato come 'cliente' o perfino 'consumatore', stipuli un contratto sul trattamento con colui che dà soccorso. Il contratto sottintende che ambedue debbano avere una posizione uguale, che

in realtà non possono avere. La posizione di quello che dà soccorso e di quello che chiede soccorso, sono ben diverse l'una dall'altra. Il contratto non si rende conto di questa diversità fra le persone coinvolte. La sanità, unilateralemente guidata dall'economia di mercato libero, si dirige più alla guarigione come prodotto che alla persona malata che deve guarire. I valori economici sostituiscono così i valori umani. Su questo ha detto Giovanni Paolo II:

"Si ritrova qui un nuovo limite del mercato: ci sono bisogni collettivi e qualitativi che non possono essere soddisfatti mediante i suoi meccanismi; ci sono esigenze umane importanti che sfuggono alla sua logica; ci sono dei beni che, in base alla loro natura, non si possono e non si debbono vendere e comprare. Certo, i meccanismi di mercato offrono sicuri vantaggi: aiutano, tra l'altro, ad utilizzare meglio le risorse; favoriscono lo scambio dei prodotti e, soprattutto, pongono al centro la volontà e le preferenze della persona che nel contratto si incontrano con quelle di un'altra persona. Tuttavia, essi comportano il rischio di un'«idolatria» del mercato, che ignora l'esistenza dei beni che, per loro natura, non sono né possono essere semplici merci" (*Centesimus Annus* n. 40)¹⁸.

La depersonalizzazione che deriva dai fattori elencati, è un ostacolo serio per una premura ispirata da una fede cristiana vissuta. Negli ultimi decenni parecchi infermieri, una volta dopo aver finito gli studi e cominciato a lavorare, si sentono delusi e non pochi decidono di cercare un'altra professione o un altro posto di lavoro diverso dall'ospedale. Molti di loro, non trovandovi una cultura in cui possono lavorare secondo le loro aspettative, hanno l'impressione di non poter vivere ciò che vedono come la loro vocazione originale¹⁹.

Una questione inquietante è che nei Paesi Bassi la maggior parte delle persone che curano la pastorale negli ospedali, per lo più operatori pastorali laici con una missione pastorale del vescovo diocesano, sono costretti dai manager a nascondere il loro contributo specificamente cristiano-

cattolico dietro la maschera della professionalità. Non curano, infatti, i pazienti cristiani cattolici nell'ospedale, ma il management indica a loro i reparti, ad esempio quelli di medicina interna, neurologia o chirurgia, dove devono prendersi cura di tutti i pazienti che ne hanno bisogno, indipendentemente della religione di questi: cristiani di varie denominazioni diverse, musulmani, ebrei, indù, buddisti o non credenti. I pazienti di altri reparti che vogliono avere contatto con un curatore d'animo della propria religione, possono averlo con una richiesta esplicita. In quest'ambito si fa uso della competenza professionale tecnica dell'operatore pastorale nel campo della tecnica di conversazione, della capacità di assistere persone in crisi o che hanno da lottare con notizie brutte sulla loro prognosi. Tuttavia, l'operatore pastorale deve tacere sulle proprie convinzioni, che concernono l'essenza della sua missione. Questo non rende facile il dare alla cura pastorale dei malati un vero carattere cristiano e previene la testimonianza della fede in Cristo per cui hanno ricevuto una missione pastorale.

Conclusione

La spiritualità profonda che è stata dal primo inizio la base per la cura di malati ed è stata arricchita nel corso dei tempi da persone, ordini o congregazioni che si sono dedicati specialmente a questo compito, è un frutto molto prezioso della fede in Cristo. Vi sono tuttavia parecchie sfide nell'attuale cultura nel mondo della sanità in genere e negli ospedali per farlo splendere. Negli studi sulla spiritualità dei collaboratori sanitari e – non in ultimo luogo – quella dei curatori d'animo negli ospedali, che sono un compito continuo, bisogna dedicare attenzione particolare alle possibilità di lavorare con detta spiritualità nell'odierno mondo della sanità a beneficio dei nostri malati. Questa è una *conditio sine qua non* per poter garantire che l'ospedale rimanga un tempio dell'umanità e un crocevia dei popoli, ispirato dagli ideali cristiani per la cura dei malati. ■

Note

¹ BENEDETTO XVI, "Motu proprio *Porta Fidei* (11 ottobre 2011)," *AAS* 103 (2011), n. 11, pp. 723-734.

² A.S. LYONS, R.J. PETRUCELLI (red.), *Medicine: an illustrated history*, New York: Abrams, 1987, p. 272.

³ H. SIGERIST, *Civilization and disease*, Chicago: University of Chicago Press, 1943, pp. 69-70.

⁴ H. SCHIPPERGES, "Zur Tradition des 'Christus Medicus' im frühen Christentum und in der älteren Heilkunde," *Arzt und Christ* 11 (1965), pp. 16-19.

⁵ W.J. EJK, "The Good Samaritan is the Greatest Justice," *Dolentium Hominum* 15 (2011), nr. 1, pp. 64-68.

⁶ A.S. LYONS, R.J. PETRUCELLI (red.), *Medicine: an illustrated history*, op. cit., p. 276, 283-291.

⁷ *Catholic Encyclopedia*, s.v. "Innocent III".

⁸ J.M. FAVI, "San Camillo de Lellis, «teologo» della premura di Dio," *Camillianum* 9 (2009), n. 25, pp. 57-78, quotazione presa da p. 57.

⁹ Ibid., p. 65.

¹⁰ Ibid., p. 69.

¹¹ S. CICATELLI, Vita manoscritta di S. de Lellis, scritta prima della morte di questo, p. 54 (edizione da parte della Curia Generalizia dei Chierici Regolari Ministri degli Inferni, Roma, 1980).

¹² J.M. FAVI, "San Camillo de Lellis, «teologo» della premura di Dio," op. cit., p. 70.

¹³ Ibid.

¹⁴ Concilio Vaticano II, "Costituzione pastorale *Gaudium et Spes*," *AAS* 58 (1966), pp. 1025-1045.

¹⁵ BENEDETTO XVI, "Discorso ai Partecipanti all'assemblea Plenaria del Pontificio Consiglio della Cultura (8 marzo 2008),

AAS 100 (2008), pp. 245-248, quotazione presa da p. 246.

¹⁶ J.J. ZEALBERG, "The depersonalization of health care," *Psychiatric Services* 50 (1999), n. 3, pp. 327-328.

¹⁷ B.M. ASHLEY, J. DEBLOIS, K. O'Rourke, *Health Care Ethics. A Catholic theological analysis*, Washington D.C. Georgetown University Press, 2005 (5^a ed.), pp. 204-205; A. VAN HEIST, "Burn-out, een teken aan de wand?," in: J.P.M. Lelkens, J.A. Raymakers (red.), *Economiseren en vertechnisen van de gezondheidszorg*, Bunnik: Stichting Medische Ethisiek, 2006, pp. 117-129.

¹⁸ GIOVANNI PAOLO II, "Litterae encyclicae *Centesimus Annus* (1º maggio 1991)," *AAS* 83 (1991), p. 843.

¹⁹ S. HEWA, R.W. HETHRINGTON, "Specialists without spirit: crisis in the nursing profession," *Journal of Medical Ethics* 16 (1990), pp. 179-184.

L’Ospedale di Santo Spirito in Sassia: storia e missione

PROF. GIANNI IACOVELLI
Accademia di Storia
dell’Arte Sanitaria,
Roma, Italia

Sulle rive del Tevere, nel cuore della città, sorge l’Ospedale di Santo Spirito in Sassia, il più antico ospedale di Roma, fra i più antichi del mondo.

In quella zona si trovavano, nella prima età imperiale, gli *horti* di Agrippina, dove la tradizione collocava la villa della nipote prediletta di Augusto. In effetti nei sotterranei dell’ospedale, sottostanti le "corsie sistine", sono venute alla luce strutture in *opus mixtum* e mosaici pavimentali della prima metà del II sec. d.C., mentre resti di murature intonacate e dipinte risalgono sicuramente al I sec.

In questi luoghi, corrispondenti all’*ager Vaticanus*, era situata una delle più importanti *scholae peregrinorum*, quella dei Sassoni.

Le *scholae*, sin dai primi secoli del Cristianesimo, erano depurate all'accoglienza dei pellegrini che dalle più remote regioni dell'Europa si recavano nella Città Eterna per visitare le tombe de-

gli Apostoli Pietro e Paolo e venerare le reliquie dei primi Martiri Cristiani.

Le quattro *scholae* citate dal *Liber Pontificalis* (dei Franchi, dei Frisoni, dei Sassoni e dei Longobardi) erano racchiuse all'interno della cinta leonina e ospitavano viandanti e pellegrini della nazionalità di appartenenza. Oltre alle case per abitazione, contenevano negozi e locande, ospizi ed ospedali, nonché una chiesa e un cimitero per dare cristiana sepoltura a coloro che morivano lontano dalla patria. Avevano proprie *militiae* che mobilitavano a difesa della città.

La *schola Saxorum* fu fondata nel 717 circa da Ina, re del Wessex, il quale, in occasione del suo viaggio a Roma, fece costruire un edificio per ospitare i sovrani, i nobili e gli ecclesiastici che provenivano dalla lontana Inghilterra. Accanto vi era la chiesa di Santa Maria in Saxia, con annesso un ospedale (*hospitium peregrinorum*) e un cimitero. L’ospizio (o xenodochio) venne ampliato dall’altro re Offa di Mercia nel 794.

In tutto l’alto Medioevo la *schola*

Saxonum si espanse nella zona di Borgo (dal termine inglese *burg*) e anche l’ospedale accrebbe la sua importanza, per decadere in seguito, subito dopo il 1000.

Fu proprio l’area dell’antico nosocomio che il re inglese Giovanni Senza Terra, di ritorno dalla Terra Santa, cedette a papa Innocenzo per la costruzione del suo nuovo ospedale.

Lotario, dei conti di Segni, salito al soglio pontificio nel 1198 con il nome di Innocenzo III fu uno dei grandi papi del Medioevo. Nel suo pontificato lungo e controverso – morì il 16 luglio 1216 – compì opere memorabili, fra cui l’Ospedale di Santo Spirito in Sassia, che fu modello per le analoghe istituzioni in tutto il mondo cristiano.

Una notte il papa fece un sogno (la vita di Innocenzo è piena di sogni profetici) con cui un angelo gli imponeva la costruzione di un nuovo e grande ospedale per la città: questo fu eretto nel punto in cui la sua mula si era inginocchiata, nei pressi appunto dell’ospizio dei Sassoni.

La costruzione fu attuata con grande rapidità e fu completata



Papa Innocenzo III

a spese del Pontefice con le elemosine dei fedeli “*pro salute animae*”.

Con un documento del 19 giugno 1204 (*Inter opera pietatis*) Innocenzo III affidò a Guido di Montpellier e ai suoi confratelli (“*Guidoni ... eiusque fratribus*”) la nuova istituzione e dettò la regola dell’Ordine di Santo Spirito.

Studi recenti e accreditati hanno accertato, contro alcuni dubbi sorti in passato, che Innocenzo III costruì a sua cura e spese l’ospedale, che fissò le norme per la sua gestione ed il suo funzionamento, che lo affidò quindi a Guido di Montpellier.

Guido di Montpellier



Questi era un nobile e cavaliere templare che si era sempre dedicato all’assistenza e alla cura degli infermi. Sin dal 1170 aveva istituito nella sua città di Montpellier un Ordine di confratelli ospedalieri e aveva costruito un ospedale intitolato a Santo Spirito: nella citata bolla del 1204 viene appunto indicato come “*fundator hospitialis Sancti Spiritus Montepessulanis*”.

Nel 1198 si trovava a Roma, dove possedeva due case-ospedale. Il papa, che lo conosceva e apprezzava le sue opere di assistenza, con atto del 10 dicembre 1201 gli concesse la chiesa di Santa Maria in Saxia e l’annesso ospedale, appena costruito o in costruzione dove un tempo sorgeva l’antico ospizio dei pellegrini (“*hospitalitas Anglorum*”).

Un altro documento, oltre alla citata Bolla del 1204 che contiene gli articoli della *Regula*, è di fondamentale importanza: l’*Ad memorandas nuptias*, il quale prescriveva che ogni anno il papa, accompagnato dai cardinali e dai canonici, si recasse in processione dalla basilica di San Pietro sino all’Ospedale, dove in ricordo delle nozze di Cana venivano distribuiti carne, pane e vino ai trecento ricoverati e ad altri mille bisognosi convenuti da ogni parte della città (che conteneva allora poco più di 30.000 abitanti): un atto che stava ad accentuare la funzione assistenziale (nel senso più ampio di *caritas*) del nostro ospedale, che viene per la prima volta denominato *hospitale Sancti Spiritus in Saxia*.

Per conoscere in maniera particolareggiata il tipo di assistenza erogato al Santo Spirito, di fondamentale importanza è il *Liber Regulae* di cui sono pervenuti diversi codici manoscritti e successivamente, in età moderna, varie edizioni a stampa.

I due codici più antichi e più rappresentativi, non solo per la parte archivistica ma anche per le splendide miniature, si trovano in Italia. Uno, del XIV sec., è conservato nella Biblioteca Vaticana, nel Fondo Borghese (tra i documenti che il cardinale Borghese riuscì a trasferire a Roma da Avignone). L’altro – ed è quello che utilizzeremo nel nostro lavoro – si trova

attualmente nell’Archivio di Stato di Roma, proveniente dall’Archivio dell’Ospedale di Santo spirito: è in caratteri gotici, con capi-lettere miniate, redatto – secondo le stime più recenti e accreditate – in ambiente avignonese intorno alla metà del sec. XIV e attribuito, per i suoi caratteri stilistici e iconografici, all’atelier del Maestro del Codice di San Giorgio.

La *Regula* fu approvata definitivamente da Gregorio IX nel 1228 ed affermava un principio fondamentale: “il malato è il padrone e chi lo assiste è il suo servitore”. All’interno di questa regola generale, vengono attuate alcune distinzioni nel tipo di accoglienza: per i poveri, “*libenter ed caritative*” (di buon grado e con spirito di carità); per i religiosi, “*benigne, quasi servus Dei, et caritative*” (con affetto e disponibilità, come si addice a un servo di Dio, e con spirito di carità); per i ricchi e i potenti, “*speciale hospitium et reverenter serviatur*” (“siano serviti con particolare disponibilità e reverenza”). I tre avverbi *libenter, benigne* e *reverenter* dimostrano nette differenze di classe e di trattamento: esprimono anche lo spirito dei tempi e la peculiarità del luogo, ma anche le pratiche necessità legate alla conduzione dell’istituzione e alla sua sopravvivenza, visto che il ricovero, l’assistenza e la cura erano gratuiti.

I bisognosi di ricovero giungevano o venivano condotti in ospedale (altri invece venivano raccolti per le strade, una volta alla settimana, da una specie di carretta-ambulanza) e depositavano i propri averi in un apposito ufficio. Spogliati di tutto, prima che gli venisse assegnato il letto, dovevano confessarsi e comunicarsi. Rivestiti con i panni dell’ospedale, occupavano il posto-letto assistiti dai *confratres*. Alle consorelle spettava il compito di cambiare una volta alla settimana la biancheria, se si fosse sporcata, e di lavare ogni martedì i piedi e ogni giovedì la testa dei ricoverati.

Non vi è cenno, nella *Regula*, a medici, chirurghi e speziali. È da pensare che i confratelli avessero particolari conoscenze ed esperienze in campo sanitario, mentre le consorelle e i serventi contribu-



La "ruota degli esposti"

ivano alle comuni pratiche di assistenza.

Non è escluso, però, in casi particolari, la presenza dei medici, come è attestato dai documenti, per lo stesso periodo, in altri ospedali (Santa Maria Nuova a Firenze, Santa Maria della Scala a Siena).

Ma l'assistenza sanitaria ospedaliera non era il solo compito del Santo Spirito. Già la regola innocenziana del 1204 dichiarava espressamente: “*reficiuntur famili, pauperes vestiuntur, necessaria ministrantur infirmis*” (“gli affamati saranno rifocillati, i poveri verranno rivestiti, agli ammalati saranno somministrate le necessarie cure ed assistenza”). Inoltre Innocenzo, con l'istituzione della “ruota degli esposti”, provvide all'assistenza dei neonati che madri snaturate, prostitute o altro, usavano abbandonare o gettare addirittura nelle acque del Tevere.

Le “costituzioni” innocenziane influenzarono l'assistenza sanitaria in Europa per alcuni secoli, sino al XV sec. ed oltre: molte istituzioni ospedaliere adottarono le regole del Santo spirito.

Durante la “cattività avignonesse”, per circa settant'anni, si registrò una decadenza, non solo della città di Roma, ma di tutte le istituzioni sanitarie, anche dell'Ospedale di Santo Spirito.

Il vecchio edificio costruito nel XII sec. da Marchionne di Arezzo era ormai diruto, l'organizzazione interna era andata in rovina, le rendite erano diventate scarse e insufficienti.

Eugenio IV (1383-1447), tra le



L'ospedale sistino

vicende tempestose del suo pontificato, ebbe modo e tempo di ricostruire l'ospedale dalle fondamenta, di risanare le esauste finanze dell'Ente con una rendita erogata direttamente dal papa, di ripristinarne la funzionalità dando nuova forza e vigore all'Ordine ospedaliero. Costituì, come era negli usi del tempo, una Confraternita del Santo Spirito, composta da laici piuttosto benestanti, a cui concesse “indulgenze”: nel *Liber Fraternitatis* erano iscritti i confratelli che avessero versato contributi o destinato lasciti o benefici all'ospedale.

Altri papi che si interessarono del Santo Spirito in questo turboloso periodo furono Niccolò V e Callisto III.

Ma colui che dette una svolta decisiva all'opera di ricostruzione fu Sisto IV. Francesco della Rovere fu papa dal 1471 al 1484 e il suo pontificato riscuote, da parte degli storici, giudizi piuttosto controversi. Per quanto ci riguarda, ricostruì *ex novo* l'Ospedale di Santo Spirito, distrutto dal disastroso incendio di Borgo del 1471, impegnando in quest'opera “peritissimi architecti” fatti giungere a Roma da ogni parte d'Italia.

I lavori furono conclusi tra il 1477 e il 1482. Fu ripristinata la facciata (che è quella che compare nel dipinto *Le tentazioni di Gesù* del Botticelli nella Cappella Sistina e nell'incisione secentesca di Giovanni Battista Falda), furono aperte le due immense corsie di ricovero con al centro il tiburio, furono riattati gli edifici per gli alloggi e per i servizi. Una vera e

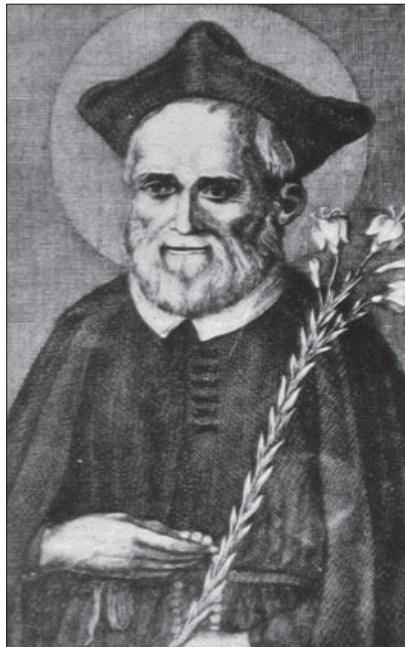


Le sale di ricovero

propria “città degli infermi”, luogo ideale per coniugare la pietà religiosa con i meccanismi della guarigione.

La casa delle suore





S. Filippo Neri

Il secolo XVI registrava per intanto eventi straordinari. La Controriforma cattolica e il Concilio di Trento stabilivano nuove disposizioni per gli ospedali e per tutti gli Enti di assistenza, più rigide norme per il funzionamento e la gestione, controlli amministrativi più accurati, una maggiore qualificazione tecnico-sanitaria.

Ma, nel contempo, una nuova religiosità pervadeva tutto il settore, operava una rivoluzione dall'interno, sconvolgeva le coscenze e trasformava le strutture. Giovanni di Dio, Filippo Neri, Camillo de Lellis furono espressione di questo profondo rinnovamento della mentalità e del costume. L'Ospedale di Santo Spirito accolse gli ultimi due – Filippo Neri e Camillo de Lellis – nelle sue corsie, fra i suoi malati, dando loro i rudimenti dell'arte e mettendoli in contatto (un contatto organizzato) con il dolore, la malattia e la morte.

Nei due secoli successivi il Santo Spirito fu antesignano delle trasformazioni in atto nel campo delle cure e dell'assistenza agli ammalati.

Alessandro VII istituì un "ospedaletto dei feriti", una sorta di pronto soccorso aperto giorno e notte per accogliere le vittime delle risse e delle aggressioni, frequentissime nella Roma del tempo.

Ancora con Alessandro VII, nel 1644, il commendatore Vai stabilì che ogni giovedì i dirigenti del Nosocomio – gli amministratori, i medici e gli speziali, gli ecclesiastici e gli altri "Uffiziali di carità" – si riunissero nella spezieria per discutere dei problemi e delle necessità che al momento si presentavano. E riunioni periodiche di questo tipo vennero stabilite anche in seguito. La presentazione di tabelle, ragguagli, raffronti stava a testimoniare l'impegno e lo studio nella corretta gestione di un Ente, importante non solo sul piano sanitario-assistenziale, ma anche nel contesto economico-finanziario di Roma e del Lazio.

A metà del '600 aveva assunto dimensioni impressionanti: nel 1657 erano stati accolti nell'Ospedale di Santo Spirito 4104 malati e 932 proietti e l'anno dopo 6505 malati e 1101 proietti raccolti alla ruota.

Nel 1625 si contavano in un solo giorno alla mensa 1587 persone fra malati (380), bambini (118), zitelle (560), frati, suore, infermieri ed infermiere, servitori e gente che lavorava a vario titolo per l'ospedale.

L'istituzione godeva di un enorme prestigio anche per il "valore degl'huomini grandi in medicina, in chirurgia, in spezieria" che la frequentavano: fra questi, Giorgio Baglivi, aperto e disponibile a utilizzare nella cura degli ammalati tutte le novità, come la musicoterapia che nel nostro ospedale assunse livelli incomparabili. Quando il cardinale Juan de Lugo introdusse a Roma la corteccia di china, un nuovo farmaco miracoloso contro la febbre, le suore del Santo Spirito preparavano un decotto di efficacia eccezionale, utilissimo contro la malaria che imperversava a Roma e dintorni, proveniente dalle paludi dell'Agro Pontino.

Tra '600 e '700 emerse la figura e l'opera di Giovanni Maria Lancisi, un medico misericordioso e uno scienziato di eccezionale valore. Insegnava a La Sapienza, ma riteneva che l'insegnamento sui testi tradizionali di Galeno, Avicenna, Mesuè fosse insufficiente a formare un buon medico: l'insegnamento teorico andava coniugato con l'esame diretto del malato. E l'Ospedale di Santo Spirito forniva tutti gli elementi per questa operazione, che avrebbe avuto un grande sviluppo nei tempi a venire.



Giovanni Maria Lancisi

gato con l'esame diretto del malato. E l'Ospedale di Santo Spirito forniva tutti gli elementi per questa operazione, che avrebbe avuto un grande sviluppo nei tempi a venire.

Trasferì l'insegnamento all'interno dell'ospedale e ancora oggi, nel Museo storico dell'Arte Sanitaria, è conservata la cattedra da cui insegnava a La Sapienza.

Anche i resti del Teatro anatomico sono ancora contenuti nel Museo: le cere ostetriche del Manfredini (1785), gli scheletrini dei *monstra*, i modelli anatomici: tutti elementi utili per gli insegnamenti preliminari della medicina.

I papi della Restaurazione ebbero particolare cura del Santo Spirito. Più tardi Pio IX aggiunse una "pars nova" a quello che era ancora, a pieno titolo, l'ospedale del papa: quest'ala nuova venne adibita a ospedale militare, per la cura dei malati e dei feriti del contingente francese di stanza a Roma.

Quando nel 1870 Roma, dopo Porta Pia, fu annessa all'Italia la situazione del nostro ospedale fu omologata alle leggi sanitarie del nuovo Stato e il Santo Spirito divenne (fu considerato) uno dei tanti ospedali di Roma.

Termina così da questo momento, la peculiarità di un ospedale (luogo di ricovero e di assistenza), in cui fede e ragione, pietà e scienza, reliquie del passato e speranze per l'avvenire, hanno trovato per secoli la loro sintesi più compiuta. ■

Note Bibliografiche

Sulle questioni di carattere generale, solo qualche indicazione essenziale: per la storia degli ospedali, cfr. per tutti il vecchio, ma sempre valido A. PAZZINI, *L'ospedale nei secoli*, Orizzonte Medico ed., Roma 1958, e per quella degli ospedali romani A. CANEZZA, *Gli Arcospedali romani nella vita cittadina, nella storia e nell'arte*, Roma 1933; per le questioni giuridico-istituzionali, cfr. E. NASALLI ROCCA, *Il diritto ospedaliero nei suoi lineamenti storici*, Biblioteca della "Rivista di storia del diritto italiano", vol. XX, Milano 1956.

Sull'Ospedale di Santo Spirito esiste un'ampia e qualificata letteratura. Negli anni '50-'60 del secolo scorso si è realizzato un

importante "corpo" di studi, ad opera specialmente di P. DE ANGELIS, *L'Arcospedale di Santo Spirito in Saxia nel passato e nel presente*, Roma 1952; *La spezieria dell'Arcospedale di Santo Spirito in Saxia e la lotta contro la malaria nel terzo centenario della nascita di Giovanni Maria Lancisi (1654-1954)*, Roma 1954; *L'architetto e gli affreschi di Santo Spirito in Saxia*, Roma 1961; *L'ospedale di Santo Spirito in Saxia in Roma e nel mondo*, Roma 1961: i testi furono pubblicati nella Collana di Studi Storici sull'Ospedale di Santo Spirito in Saxia e sugli ospedali romani.

Risultano in parte superate alcune ricerche di Enzo Bergami e di A. F. La Cava sul *Liber Regulae*; ancora validi, del Bergami, gli studi sulla regolamentazione interna dell'ospedale (E. BERGAMI, *Influenza del*

regolamento dell'Ospedale di Santo Spirito nella evoluzione della sanità in Italia, "Atti e Memorie dell'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria", 1, 1989).

Di estremo interesse per la storia (ma anche per lo stato attuale delle fabbriche e degli affreschi) dell'intero Complesso Monumentale del Santo Spirito sono gli Atti del Congresso Internazionale di Studi (Roma, 15/17 maggio 2001): *L'antico ospedale di Santo Spirito. Dall'istituzione papale alla sanità del Terzo Millennio*, 2 vol., Il Veltro ed., Roma 2002.

Il passaggio dalla Roma papale al travagliato periodo post-unitario è descritto egregiamente nel recente: S. MATTONE-M. MONGARDINI-M. SCARNO, *L'Arcospedale Santo Spirito in Saxia*, Aracne ed., Roma 2011.

Genesi storica dell'ospedale

FRA' PASCUAL
PILES FERRANDO, O.H.
Priore Generale emerito
dell'Ordine Ospedaliero
di San Giovanni di Dio,
Spagna

1. Introduzione

Considero necessario centrare il tema che in questa occasione mi è stato chiesto di svolgere, nella sua definizione più ampia che vado a realizzare avendo avuto la possibilità di conoscere **molte strutture ospedaliere** in diverse parti del mondo, essendo una persona non dedicata al **campo della storia**, molto più centrato nella **gestione delle persone** che formano l'ospedale, sia gli utenti che i professionisti con un orientamento specificamente pastorale poiché io sono Fratello di San Giovanni di Dio, e sacerdote.

D'altra parte, vedendo il programma di questa **Conferenza Internazionale**, con i temi basati su ciò che il titolo include, sarà tutta orientata all'azione nell'ospedale: professionale, umana, **curativa** in molte occasioni, o accompagnatrice della malattia, quando la cura non si può dare e

sempre con una possibile azione evangelizzatrice secondo il contesto e il credo delle persone.

Il titolo della mia riflessione è "**Genesi storica dell'Ospedale**".

2. Apporti dell'antichità

Essendo impossibile realizzare uno studio esaustivo, presentiamo una traiettoria con dati diversi **come testimonianza**. Si diede nell'antichità tutta un'azione che si va a riflettere nelle **tradizioni religiose o culturali**, differenti da quella biblica.

– **L'antica India:** i suoi dati ci parlano di alcuni Centri in cui si distribuivano medicine e che avevano un personale preparato per curare i malati.

– **L'Egitto faraonico:** esistevano Santuari nei quali potevano risiedere malati che accorrevano in cerca di aiuto. C'erano "medici" che praticavano la magia.

– **La Grecia antica:** nei suoi templi aveva una specie di cliniche private dei migliori medici situati con una abitazione per visitare coloro che li sollecitavano e perché riposassero. Più tardi curavano le persone in alcune sale dove si realizzava la "incubatio", una serie di sogno terapeutico e anche bagni, esercizio fisico

e dieta. Tali templi erano luoghi di pellegrinaggio.

– **La Roma antica:** si crearono una specie di accampamenti militari per i soldati feriti. In Italia i grandi proprietari terrieri iniziarono a costruire alcuni edifici che chiamavano ospedali per mantenere in buono stato la salute degli schiavi.

Nessuno dei quattro popoli ebbe ospedali per i poveri e i malati. Lo spirito dell'antichità rispetto ai malati e ai bisognosi **non era basato sulla compassione**. L'usanza di soccorrere le persone bisognose in grande misura è nata con il **cristianesimo**.

3. La luce che viene dalla Parola di Dio e che cresce progressivamente nella Chiesa

Le tradizioni antiche hanno affrontato il tema del male e della malattia, il perché della loro presenza. La più conosciuta e profonda è quella **Biblica**.

La malattia, la sofferenza, la morte, erano frutto del peccato e, di conseguenza un **castigo di Dio**.

Ci troviamo in contesti molto precari, primitivi e con poco fondamento sulla conoscenza del-

la realtà. Il mito della Creazione con il quale si spiega la comparsa dell'uomo e della donna nella storia ha avuto bisogno della sua spiegazione teologica nell'era moderna.

La conoscenza di Giobbe, del suo essere giusto, in un momento che per la malattia e le calamità che avevano lui e la sua famiglia erano considerati peccatori, fu qualcosa che non accettò e contro la quale lottò con resistenze e grida di proteste, fino a che arrivò, per la vicinanza di Dio, la prova della sua bontà.

In questo contesto, **più che luoghi di cura** si avevano degli atteggiamenti sociali, che promuovevano l'allontanamento dei malati dalle città: lebbrosi, malati mentali, ossessi ecc., che li portavano a vivere in recinti, dove si faceva ben poco per la loro guarigione. Più che un'azione di assistenza o curativa si dava un'**esclusione**, che per certi malati è avvenuta fino ad oggi.

La Bibbia ci presenta azioni a favore degli infetti. Abbiamo descritto la **guarigione di Naham il lebbroso** che venne da Aram ad Israele e che fu mandato dal profeta Eliseo al fiume Giordano (libro 2° dei *Re*, 5,1-15). Anche la **guarigione del paralitico della piscina di Siloe** da parte di Gesù (*Mc* 2,9-12), piscina che aveva una forza curativa quando si muovevano le acque.

Il capitolo 38 dell'**Ecclesiastico** (Siracide) fa un **elogio del medico**, della sua scienza, delle medicine parla da uomo prudente che le sa usare, parla della guarigione della forza dello spirito di Dio, della necessità dell'orazione per la guarigione.

In modo progressivo la parola di Dio ci illumina sul perché del male nella storia e sull'azione di Dio e degli uomini a favore di altri, soprattutto nel caso dei bisognosi.

Le caratteristiche che si sottolineano sono quattro:

- una considerazione diversa del malato;
 - un modo di relazioni umane basate sull'amore;
 - un ampliamento dell'assistenza agli incurabili e ai moribondi.
 - la comparsa dell'assistenza organizzata per tutta la popolazione.
- Gli **ospedali moderni** hanno

la loro origine nelle case di accoglienza e negli ospedali costruiti dalla **Chiesa cattolica** durante l'Impero romano. Il cristianesimo chiese ai suoi fedeli che aiutassero i malati e i bisognosi.

La conseguenza principale di questo cambio di valori fu la comparsa di una assistenza organizzata per tutta la popolazione che condusse alla creazione dell'ospedale come istituzione specifica.

4. Evoluzione storica degli ospedali

Nel secolo V, le **chiese cristiane di Oriente**, crearono una istituzione di beneficenza che più tardi chiamarono ospedale.

Gli autori di maggiore solvenza considerano la **Città Ospedaliera di San Basilio**, come il primo ospedale della storia. Fu nel 370 quando fondò uno stabilimento per malati curati da medici e infermieri alle porte di Cesarea. Anche **San Giovanni Crisostomo** fece lo stesso più tardi a Costantinopoli.

San Basilio fu il primo che iniziò unendo due istituzioni genuinamente cristiane, il **monastero e l'ospedale**, e questa unione si consoliderà in Occidente per mezzo di **San Benedetto da Norcia**.

Sulla comparsa di veri centri per i malati in Occidente alla fine del secolo IV e del V, chi ne dà le prime notizie è San Girolamo. Successivamente **San Benedetto nella sua Regola**, parla nel capitolo 36 dei Fratelli malati di come devono essere curati, come devono vivere la malattia, del comportamento a tenere le persone che sono dediti ad essi. Il cap. 53 parla degli ospiti e definisce come deve essere l'ospitalità. Risalta la proliferazione delle Infermerie monastiche.

Gli **ospedali bizantini** furono lo sviluppo naturale e immediato dell'opera di San Basilio e dei suoi successori, iniziando una traiettoria assistenziale marcata ogni volta più dall'uso della **medicina scientifica** e poi quella **ippocratica-galenica**. Il modello bizantino di ospedale passò al mondo islamico medioevale e moderno. Passò anche all'Occidente cristiano e romano a partire dal secolo XII.

Tra i secoli VIII e XIII gli **ospedali islamici** ricevettero dal cristianesimo la loro concezione di ospedale come tale, fatto che sembra oggi molto opportuno conoscere, davanti al crescente componente interreligioso che abbiamo e per ciò che significano oggi, nel nostro contesto i pazienti islamici.

Nel **Medio Evo** si comincia ad usare la parola ospedale e appaiono ogni categoria di ospedali, promossi dagli ordini militari nelle Crociate. Ma ci sono anche quelli civili, episcopali, delle città propriamente reali e della nobiltà per i pellegrini, i crociati che poi arrivarono ad essere generali, per i lebbrosi, per i malati mentali ecc.

Con gli **ospedali del Rinascimento**, inizia una loro secolarizzazione, precedentemente sempre promossi dalle istituzioni di carattere religioso. È la conseguenza logica di una **secolarizzazione sociale**, che porta a una maggiore implicazione del potere pubblico che li promuove e li controlla. Le autorità municipali e statali accettano che gli ospedali rimangano sotto la loro responsabilità. Lo Stato comincia a farsi carico di ciò che si denomina **beneficenza pubblica**.

Compare una architettura propriamente ospedaliera, si ha anche la presenza di **ospedali specializzati**: contagiosi, incurabili, convalescenti, lebbrosi, malati mentali, ecc.

5. Accrescimento dell'autonomia

Approssimativamente dalla metà del secolo XVII, gli ospedali entrarono nella tappa evolutiva in quella che il controllo dello Stato sopra di essi crebbe ogni volta di più fino a porli al servizio dei suoi fini politici, economici e militari. Tale impostazione portò alla **sostituzione delle motivazioni e finalità di carattere caritativo** promosse dalla Chiesa per la ricerca di una maggiore efficacia per il conseguimento dei suoi fini. Così fu decisamente la medicina negli ospedali, avallata poi dal pensiero illuministico. Iniziarono gli **ospedali generali** che continuano ad essere in vigore fino ad oggi.

Si continuò secolarizzando la beneficenza ospedaliera mediante l'aumento di controllo da parte dello Stato e per la sua politica di riduzione e concentrazione di Servizi e Centri, in aree di una maggiore razionalizzazione istituzionale. Si realizzò cercando di rafforzare la qualità assistenziale nell'ambito pubblico. Poi questa vitalità andò perduta e comparve difficoltà nella valorizzazione dell'assistenza sotto la cosiddetta beneficenza.

L'Illuminismo ebbe la virtù di dare un impulso decisivo alla medicalizzazione degli ospedali trasformandoli in luoghi dove si potesse sviluppare ogni volta di più la medicina scientifica e il suo apprendistato accademico. Il **lato oscuro**, tuttavia, di questa tappa è il fatto che i progressi nell'organizzazione ospedaliera e nel progresso scientifico medico non furono accompagnati da una migliore, più degna e più accurata assistenza ai malati ospedalizzati.

Nel secolo XVIII i cambiamenti nell'ideologia scientifica accentuarono l'importanza degli studi empirici e l'elaborazione della conoscenza in base all'osservazione dei fatti. Dopo la **Rivoluzione francese** i medici di questi paesi iniziarono una nuova strategia di progresso professionale e sociale mediante ciò che si chiamò genericamente **medicina di osservazione**. Con il considerevole numero di malati che si riusciva ad ottenere nelle sale degli ospedali, i medici avevano l'opportunità di osservare fin dal suo sorgere l'evoluzione individuale delle malattie e diagnosi di molti più pazienti di quelli che avevano accesso nella loro pratica privata.

La presenza ogni volta maggiore di medici e chirurghi negli ospedali europei rese queste istituzioni ogni volta più attraenti come luoghi per l'educazione e l'addestramento dei medici. Si crearono **salle speciali di insegnamento** dove i professori e gli assistenti, seguiti dagli studenti facevano visite regolari ai malati. L'educazione medica divenne più attiva.

L'ospedale nel secolo diciannovesimo imposta un paradosso nella sua evoluzione storica: **scientificamente è encomiabile, ma per quanto riguarda l'as-**

sistenza è deplorevole. I medici arrivarono ad essere considerati veri scienziati, ma in questi stessi centri i malati ospedalizzati diventaronon il campo superiore dell'osservazione scientifica, realizzata con criteri propri del più crudo dispotismo illuminato e le condizioni che offriva l'ospedalizzazione erano spesso al di sotto dei minimi consentiti per una decenza e una dignità umana elementare.

6. Un ospedale per tutte le classi sociali

Gli ultimi anni del secolo XIX possono essere considerati il momento in cui l'evoluzione degli ospedali prende un nuovo impulso, continuando nella prima metà del secolo XX, configurandosi nel modo seguente.

– **Si passa dalla beneficenza alle assicurazioni di malattia:** per la prima volta nella storia, gli ospedali furono utilizzati per diagnosticare e curare malati di ogni classe sociale. Nel 1882, si introducono le assicurazioni sulla malattia del lavoro per impiegati e familiari, ampliandosi molto il mercato della salute, perché includevano il trattamento medico, i costi dei medicinali e l'ingresso in ospedale. I medici e gli impiegati della mutua si trovano davanti al dovere di decidere tra la necessità della cura del paziente e la capacità di lavoro. Arriva la medicalizzazione della medicina.

– **L'ospedale in funzione del nuovo contesto urbano e industriale.** La nuova missione dell'ospedale fu il risultato della convergenza delle ideologie, strategie politiche e necessità assistenziali. I valori religiosi e le donazioni caritative trovarono ancora una funzione importante agli inizi del secolo XX, poiché le esigenze dello sviluppo economico basate sul capitalismo indicavano che la salute dei lavoratori nel mondo industriale era di grande importanza sia per il settore statale come per quello privato. L'urbanizzazione si produceva a un ritmo accelerato. Vi erano ondate di nuovi immigrati con molteplici necessità di salute e pochi mezzi. Inoltre l'industrializzazione creò un pa-

norama nuovo di malattie occupazionali e di incidenti.

– **L'ospedale diventa la prima e più importante risorsa sanitaria.** Con l'incorporazione della medicina scientifica, gli ospedali si trasformano in istituzioni di prima istanza. Grazie ai procedimenti diagnostici e terapeutici, come la radiologia, la elettrocardiografia e i laboratori clinici migliorò enormemente la capacità di elaborare le diagnosi. Gli ospedali si centrarono sempre di più sul trattamento delle malattie acute. Una nuova generazione di vaccini e sostanze chimico terapeutiche migliorò le probabilità di successo nella battaglia contro certe malattie. Con l'anestesia e l'antisepsi gli ospedali si trasformarono nei più importanti centri di chirurgia.

– **Le nuove malattie professionali.** Per la cura del paziente, gli ospedali incorporarono sempre più nuove generazioni di infermiere provenienti dalla classe media e addestrate mediante programmi educativi basati sul modello stabilito da Florence Nightingale (1820-1910). Queste infermiere ospedaliere rimpiazzarono il personale religioso che tradizionalmente aveva esercitato il servizio al paziente. Le infermiere di Nightingale si trasformarono in valide assistenti della professione medica nella cura del paziente.

– **L'ospedale centro di ricerca, specializzazione e docenza medica.** Nella seconda decade del secolo XX l'ospedale si trasformò nel laboratorio primario dei medici. I suoi obiettivi, inclusa la specializzazione, la formazione e la ricerca si trasformarono in priorità istituzionali. Gli ospedali realizzarono un grande sviluppo nell'assistenza specializzata con la creazione di dipartimenti clinici e con l'aumento di medici studenti.

– **Altri aspetti dei nuovi ospedali.** Da quando l'ospedale si trasformò nel punto di attenzione preferito per l'applicazione dei principi scientifici nella medicina, apparvero **nuovi problemi etici**. I processi di medicalizzazione della vita ampliarono il livello delle esperienze vitali. La **nascita e la morte** che prima erano eventi che accadevano in casa, ora hanno luogo in ospedale. Dagli inizi del secolo XIX un **approccio spersona-**

lizzato della malattia influenzò la natura della relazione medico-malato, poiché i professionisti erano centrati nel risolvere con successo i problemi diagnostici della patologia umana. L'autorità morale del medico, basata fino ad allora sulle qualità personali, si fondava sulla competenza scientifica. La sperimentazione clinica si fece aggressiva e abusiva per le poche garanzie di salvaguardia dei pazienti.

7. La presenza della Chiesa in tutta questa tappa

La Chiesa ha avuto e ha un ruolo preponderante nella realizzazione dell'assistenza sanitaria per il bene dei malati.

Furono molti gli Ordini Ospedalieri, tra essi quello dei Fratelli di San Giovanni di Dio approvata nel 1571 dal Papa San Pio V e quello dei Padri di San Camillo, Ministri degli Infermi, approvato dal Papa Gregorio XIV nel 1591.

Si sono avute un grande numero di fondazioni religiose femminili con le quali si consolida il ruolo importantissimo della presenza della Chiesa nell'assistenza ospedaliera.

La sua azione è stata fare il bene degli altri, contando a volte sull'appoggio dei governi dei luoghi dove si fondava, anche con quello della popolazione, risolvendo le necessità sanitarie e sociali di moltissime persone con grande sacrificio da parte di chi entrava a far parte nelle file di queste istituzioni, seguendo lo spirito dei suoi fondatori o fondatrici.

Nella spiritualità di queste Istituzioni si è avuto molto presente il mistero pasquale di Gesù Cristo che ha assunto la sofferenza con un carattere redentore per gli altri e anche per l'atteggiamento del Buon Samaritano sensibile e compassionevole con colui che si incontrava ferito nella strada.

8. Constatazioni

– La storia ci dice che la chiesa creò Centri Assistenziali e che ha influito decisivamente nella loro evoluzione durante gli ultimi seicento anni, da San Basilio fino ad oggi.

– A partire dall'era moderna gli ospedali passarono dalla titolarità e tutela della Chiesa a quella di diverse istituzioni secolari, sottolineando la forza del potere politico e, più tardi la cultura e la scienza medica.

– Questo non è stato un impedimento perché fino al giorno d'oggi la Chiesa ha continuato a prestare un'attenzione preferenziale alla istituzione ospedaliera. Prova di questo sono:

a) I numerosi Ordini e Congregazioni religiose che dal secolo XVI, hanno avuto come carisma il servizio assistenziale e pastorale negli ospedali, e la fondazione di centri propri per l'espressione dell'ospitalità.

b) La fondazione di ospedali in terre di missione, anche dal secolo XVI, come azione inseparabile dell'opera evangelizzatrice della Chiesa. Secondo gli ultimi dati forniti dalla Santa Sede nell'Annuario Statisticum Ecclesiae, le strutture sanitarie cattoliche sono 120.826 in tutto il mondo e di esse 5.236 sono ospedali propriamente detti.

c) Il numero di fondazioni ospedaliere che ancora oggi hanno come titolari le Chiese diocesane.

d) Il numero di letti ospedalieri che al presente offrono le Istituzioni della Chiesa ai diversi settori della sanità, tra di essi quello psichiatrico senza i quali sarebbe impossibile in non pochi casi lo svolgimento adeguato dell'assistenza sanitaria secolare.

e) L'apporto attivo e fruttifero agli ospedali attuali di iniziative nuove e pioniere come: i comitati assistenziali di etica, le unità di cure palliative, le unità di danni cerebrali, ecc.

f) Gli accordi e i patti con i poteri pubblici e le entità sanitarie private per integrare negli ospedali i Servizi di Assistenza Religiosa Cattolica.

g) Per questo è necessario riaffermare con vigore e chiarezza:

– che la Chiesa deve essere fedele alla sua Tradizione e, per questo deve dare all'ospedale l'attenzione, le persone e i mezzi pastorali che richiede la sua evoluzione oggi;

– che deve essere fedele a Gesù Cristo, Buon Samaritano e Medico di tutte le persone;

– che deve mantenere la sua fedeltà, facendo dell'ospedale uno strumento fondamentale di incontro con le persone malate i loro familiari e coloro che operano nell'assistenza;

– che si deve conoscere e apprezzare di più nelle diocesi lo sforzo degli ospedali cattolici per rispondere alle nuove sfide dell'assistenza ospedaliera e intavolare con essi relazioni più strette di collaborazione pastorale;

– che data la secolarizzazione esiste una necessità per rivedere e rinnovare la dottrina dell'Ospedale Cattolico (Spagna 1981).

9. Conclusione

In questo mondo scientifico, plurale, secolare, tecnico, la Chiesa di Cristo, Buon Samaritano, deve essere nel mondo della Salute nel modo che l'ha caratterizzata sempre, facendo il bene degli altri, specialmente quanto più lo necessitano.

Lo deve fare essendo cosciente del mondo globale in cui vive con le diversità culturali tenendo presente la fermezza dei principi evangelici e, tra essi, la grande misericordia di Gesù Cristo con la persona che soffre, con la quale si identifica, espresso nel racconto del capitolo 25 di San Matteo, parabola del Giudizio Finale.

Il contesto attuale è frutto di una secolarizzazione, in alcuni aspetti esagerati, ma in altri necessaria e dobbiamo sforzarci di essere luce e sale della terra con la testimonianza, sapendo accogliere, illuminare, rispettare e accompagnare ogni situazione di sofferenza e di morte nella nostra azione apostolica, con la convinzione che Dio salva oltre a tutto quanto possiamo realizzare.

I *Centri Assistenziali*, sono Centri universali per tutte le persone e, benché siano promossi da Istituzioni Cattoliche, non possiamo forzare né gli utenti né i professionisti con le nostre convinzioni. Dobbiamo sempre essere evangelizzatori con la vita e lo saremo preferibilmente nella misura in cui incarniamo il Vangelo con la nostra esperienza religiosa vissuta nei sacramenti e nel servizio.

Ci dà molta luce per situarci nel

nostro mondo, come era il desiderio del Concilio Vaticano II, di cui ricorre in questi giorni il 50° anniversario dall'inizio dell'Assemblea Sinodale. Con prudenza ma con audacia dobbiamo guardare al futuro con speranza per portare la luce che i centri Assistenziali, gli Ospedali necessitano oggi, con la sensibilità dei loro professionisti, con il sostegno alla vita e con il morire con dignità, perché sia realmente luogo di evangelizzazione per i gesti che realizziamo e dove lo stiamo facendo.

Confidiamo che in questo anno della fede che viviamo e il Sínodo della Nuova Evangelizzazione che si sta finendo di celebrare siano per noi stimolo e che come ci ha ricordato apertamente in varie occasioni, la nostra fede è unita alle opere di carità, specialmente con coloro che soffrono per la malattia o l'emarginazione. Che ci aiutino ad essere una presenza di Chiesa solida, rinnovata, che non si allarma ma si illumina, che

come Cristo sa dire le cose chiare, vive con trasparenza, proclama un anno di grazia per tutti, condivide la vita con i piccoli e i peccatori, cerca di portare sempre un messaggio di salvezza a tutti.

Che facciamo con la nostra presenza negli ospedali luoghi di guarigione fisica e morale, che possiamo accompagnare il dolore e la morte delle persone, che possiamo fare delle strutture elementi di umanizzazione dove le persone si trovano a loro modo con il mistero dell'unico Dio, presenza risanatrice nella nostra vita.

Termino con una citazione presa dall'intervento di S.E. R. Mons Zygmunt Zimowski, Presidente del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, nel recente sinodo per la Nuova Evangelizzazione. Ci ricordò che "La pastorale della salute ha un campo d'azione in molteplici e complementari articolazioni, che vanno dall'**ospedale** fino alle relazioni con le diverse figure professio-

nali del mondo sanitario, dall'incontro personale con le persone segnate dal mistero del dolore e dal dialogo con i loro familiari, fino alla pastorale nelle parrocchie ecc. Concretamente **l'ospedale** deve essere considerato come uno spazio privilegiato di evangelizzazione, perché lì dove la Chiesa diventa "veicolo della presenza di Dio" si trasforma allo stesso tempo in "strumento di una vera umanizzazione dell'uomo e del mondo" (Congregazione per la Dottrina della Fede. Nota dottrinale su alcuni aspetti dell'evangelizzazione, n.9): "l'ospedale, 'evangelizzato' è, pertanto, il luogo dove la relazione di cura non è un ufficio, ma una missione; dove la carità del Buon Samaritano è la prima cattedra; e il volto dell'uomo sofferente, il Volto stesso di Cristo" (Benedetto XVI, Discorso all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, 3 maggio 2012).

Molte grazie. ■

L'impegno religioso secolare delle Suore della Carità di Santa Giovanna Antida Thouret nell'ospedalità romana

SUOR ANNA ANTIDA CASOLINO
Suore della Carità di Santa Giovanna Antida Thouret, Italia

Premessa

La traccia della memoria che rendiamo nota con questo breve excursus, fa scoprire un bel tratto di storia civile, sociale ed ecclesiale romana e fa ripercorrere il corso del fiume d'amore per il prossimo sofferente, che ha condotto la mia famiglia religiosa,

a radicarsi in Roma e a rendere sempre attuale la sua missione di carità, secondo il Carisma della Madre fondatrice, santa Giovanna Antida Thouret.

Ha scritto una nostra consorella: "Se d'improvviso si potessero rivelare allo sguardo umano tutti i compiti di eroica dedizione, ora avvolti in un caro e dolce silenzio, assolti da tutte le Congregazioni religiose maschili e femminili, avremmo la certezza che Roma non è soltanto la "Caput mundi" e la capitale d'Italia, ma anche e soprattutto la capitale della Carità" (Raffaella Perugini, *La nostra stella*, Rivista trimestrale delle Suore della Carità, n. unico 1962). Con-

cordiamo con lei e rendiamo grazie al Signore per il numero incalcolabile di persone incontrate, amate, guarite, alle quali abbiamo cercato di testimoniare la tenerezza, la gratuità, la liberalità di Dio Padre, che è vicino a chi soffre e in particolare ai malati, ai poveri, ai piccoli.

I confini nei quali ci muoviamo, per il nostro viaggio nel tempo, riguarda quelli della città di Roma negli anni che vanno dal 1844 fino ad oggi.

Siamo le Suore della Carità di Santa Giovanna Antida Thouret, la Fondatrice che nel 1799 a Besançon, in Francia, ha dato vita alla Congregazione diffusasi presto nella vicina Savoia e nella Svizzera

ra. La sua venuta in Italia risale al 1810. Ella risponde prontamente alla richiesta di curare i poveri della città di Napoli, da parte dell'imperatrice, madama Letizia, madre di Napoleone Bonaparte che aveva affidato il regno di Napoli a suo cognato, il re Gioacchino Murat.

La diffusione della Congregazione tocca a tutt'oggi, 30 paesi nel mondo. *"Amare Gesù Cristo, amare e servire i poveri, che sono sue membra, manifestare loro l'amore del Padre"* (RdV 1.1.1.) è un carisma che in vista di Dio – "Dio solo" è il motto dell'Istituto – abbraccia i dolori del mondo: la povertà di pane, di salute, di cultura, di libertà. È il Carisma della carità, che è sempre attuale, che, attraverso l'opera instancabile ed audace delle Suore della Carità e degli amici laici, vuole porsi ancora oggi come centro propulsore di evangelizzazione e di servizio.

La Fondatrice ha sostato a Roma durante i viaggi dalla Francia a Napoli, più di qualche volta e durante due anni, tra il 1818 e il 1820, per l'approvazione pontificia della Regola. In quel tempo l'organizzazione assistenziale dipende dall'amministrazione e dalla cura pastorale del Pontefice stesso, tramite l'operato di un Presidente della commissione preposta alle varie istituzioni. Dunque ella può nutrire il desiderio di mettersi a disposizione del Papa per un servizio di carità. Ne fa richiesta più volte con gli scritti che invia da Napoli tra il 1824 e il 1826, anno della sua morte. Per delle intercettazioni di corrispondenza e di intesa poco chiara tra Cardinali e incaricati vaticani questa possibilità finisce nel nulla di fatto. Ma ci sarà un fiorire di opere di carità più tardi in Roma.

Prima chiamata delle Suore della Carità a Roma

Diciotto anni dopo la morte della Fondatrice, suor Rosalia Thouret, sua nipote e segretaria, che in quel momento è superiora provinciale a Modena, dopo aver ricevuto una sollecitazione da parte del papa Gregorio XVI risponde affermativamente alla richiesta del servizio di carità, con due comunità, presso l'ospedale **Santo Spirito in Sassia**, in accordo con

la superiore generale suor Genoveffa Boucon. Il servizio inizia il 23 settembre **1844**, con sei suore. Con quale spirito? Lo stesso adattato dalla Regola scritta dalla Fondatrice: la missione di carità è *"fare in parte ciò che il Salvatore del mondo è venuto a fare sulla terra, è lavorare a stabilire il Regno di Dio"*, (S.G.A. Discorso preliminare alla Regola) con la connotazione ecclesiale tanto a lei cara: *"Sono figlia della santa Chiesa, siatelo anche voi con me"* (S.G.A., Circ. 11-4-1820).

Alle suore viene affidato il **Conservatorio delle zitelle** per proiette, giovani respinte dalla famiglia e dalla società e il **Brefotrofio per bambini abbandonati**, annessi all'ospedale. L'accoglienza è buona, ma subito le due comunità sono alle prese con una confusione diffusa a tutti i livelli: economico-organizzativo-morale. Comunque, le suore riescono a cementarsi per amore e con questa energia diffusiva, presto il clima si veste di calma, di ordine, di rispetto.

Due anni più tardi (**1846**) è sempre papa Gregorio XVI che, per mezzo di Mons. Morichini, Direttore delle Opere Pie Pontificie, fa arrivare una seconda richiesta pontificia riguardante la conduzione del **Rifugio delle pentite** in Piazza **Santa Maria in Trastevere**, dove si chiede l'opera della riabilitazione e della cura psichica e fisica, di giovani donne uscite dalle più squallide esperienze, insofferenze, ribellioni. Quale la terapia per fronteggiare questi mali? Le suore la trovano e la sperimentano: è la sollecitazione all'impegno per il lavoro, all'acquisizione del senso di responsabilità, alla volontà ad assumere un'identità più luminosa. Il loro atteggiamento è all'insegna di una grande accoglienza ed amabilità, unica ricchezza di cui possono disporre. I trasteverini non l'hanno dimenticato...

Nella storia dell'Italia e di Roma, il **1848-49** è il momento dei moti rivoluzionari e delle sommosse che vogliono destituire l'assetto politico vigente, spinti dall'anticlericalismo liberale e dal sogno di un nuovo ordinamento dei poteri politici. Si vuole l'unità d'Italia a scapito anche dello Stato pontificio. Il clima laicista e l'insediamento della repubblica maz-

ziniana, a Roma, provocano l'allontanamento-espulsione per la pubblica tranquillità, il 23 febbraio 1849 delle suore e dei Religiosi di San Camillo de Lellis, da poco arrivati. Lo stesso papa Pio IX, è costretto a rifugiarsi a Gaeta.

Caduta la repubblica, il Papa torna a Roma e richiama le Suore della Carità. È Presidente della Commissione per la carità, formata anche da laici S.E. Mons. Carlo Luigi Morichini. È il **1850**, egli chiede l'insediamento di un'altra comunità in Santo Spirito, alla quale affida **l'assistenza infermieristica nella sala Sistina**. Più tardi, Pio IX invita ad aprire proprio nei locali del Conservatorio dello stesso ospedale, un Noviziato che sarà inaugurato il 2 gennaio del **1852**.

Queste comunità sono a servizio dei poveri per i loro bisogni, per la loro salute, in un clima di relazioni sempre improntate ad affetto e a finalità educativa. Avendo assimilato lo spirito della Fondatrice hanno come scopo primario quello della testimonianza della fede e della carità anche per i posti più difficili, come i reparti psichiatrici di via della Lungara e quelli di cattiva vita.

Ma le acque non si calmano a Santo Spirito

Nel **1860** Pio IX chiede a Suor Carolina Chambröt che lui stesso nomina come Superiora generale, di cercare un'altra sede in Roma per il noviziato e di trasferirvi anche la curia generalizia da Napoli. Il clima politico, sociale e fortemente anticlericale è pesante e occorre lucidità per non soccombere e prudenza per preservare le giovani aspiranti da complicazioni, da pericoli e confusione. Il 13 giugno del **1860** viene redatto un atto notarile per un edificio sul versante nord-est dell'Aventino circondato da terreno e grande giardino. Qui, con il trasferimento, dal **1862** vengono accolte e formate le giovani per essere pronte per la missione di carità come risposta agli appelli del Vaticano, del comune di Roma, di alcune famiglie nobili, di benefattori, per la cura degli infermi e l'educazione della gioventù nelle scuole, negli orfanotrofi, nei conservatori.

*Sant'Agostina Pietrantoni
a Santo Spirito,
martire della carità*

Succede che nel **1882** in casa generalizia viene accolta una giovane di nome Livia Pietrantoni: “una di quelle piccole ed umili suore a cui tutto si può chiedere specialmente quello che non si può chieder alle altre, con la certezza di un «sì» che viene dal cuore e dalla consapevolezza che soltanto così si può manifestare la gratitudine a Dio per essere stata chiamata e, alla Congregazione, per essere stata accettata” (Perugini, *Storia della provincia religiosa di Roma*, 1989).

Nel **1884** questa giovane suora viene inviata come infermiera presso l'arcispedale Santo Spirito, prima nella corsia dei bambini, poi in quella dei tisi. È direttore dell'Ospedale il Prof. Achille Ballori, gran Maestro della Massoneria. Egli ordina che tutti i crocifissi della corsie vengano rimossi, allontana i Cappellani, i Padri Concezionisti e fa apporre nella sala Sistina una scritta a caratteri cubitali: “Libertà di coscienza”. In attesa di rimuovere anche le suore, Ballori proibisce loro di parlare di Dio ai malati. In questo clima Agostina opera, serve i suoi malati che difende dicendo che non sono cattivi, ma solo sofferenti. Il suo motto è: “Per il Signore tutto è poco”, quando le si fa notare che deve pur riposarsi un po’. Contagiata dalla tisi vuole rimanere nel reparto perché un’altra sorella non cada malata e continua il suo servizio sempre sorridente, premurosa, infaticabile. Il suo stile di vita infermieristica può essere codificato in dieci norme di comportamento nell’ambiente ospedaliero: il suo decalogo. Esso rivela tutta la consapevolezza di servire la persona di Gesù Cristo nei malati, l’importanza della delicatezza dei piccoli gesti di gentilezza, la ricerca della migliore cura anche per un piccolo sollievo, il premuroso accompagnamento all’incontro finale con Dio.

Agostina una mattina muore uccisa, pugnalata da un ammalato che aveva curato nel suo reparto, e che la sfidava continuamente. È il 13 novembre **1894**, ha trent’anni

di età. Fa in tempo a concedere il perdono all’assassino che in seguito si convertirà. Per la sua vita virtuosa Agostina verrà beatificata il 12 novembre del **1972**, quale martire della carità, a detta del Papa Paolo VI e canonizzata il 25 aprile del **1999** dal beato Giovanni Paolo II. Dal 29 aprile del **2003** la CEI, tramite la Congregazione vaticana del culto e dei sacramenti ha divulgato il Decreto che la dichiara Patrona degli Infermieri d’Italia, dietro richiesta di medici, di infermieri, di volontari, di malati, di varie associazioni.

Il cammino verso altri Ospedali e verso luoghi di accoglienza, di assistenza e di cura per chi soffre

Intanto i Governi e i comuni, nella seconda metà dell’800, prendono sempre più coscienza dei doveri verso chi nella società non può bastare a se stesso. Il malato povero si allontana dal paese per farsi curare in città se non vuole rimanere in casa solo e perire: la famiglia è costretta a lavorare duramente e non può occuparsi di chi si ammala. Di qui avanza l’esperienza sociale dell’apertura di tanti Ospedali con grandi strutture o di piccoli centri di cura e la richiesta continua alla nostra Congregazione di Suore ospedaliere per i malati e per gli anziani e di Suore educatrici per bambine e giovani.

Un Ospedale che ha lasciato grande traccia nella memoria dei romani è l’Ospedale fondato nel 1400, intitolato a **Santa Maria della Consolazione**, che si trova proprio sotto la Rupe Tarpea, ai piedi del Campidoglio. Questo ambiente godrà di grande popolarità insieme a Santo Spirito. Le Suore della Carità entratevi nel **1871**, vi rimarranno fino al **1936**. Si ricorda con venerazione la superiore, suor Loreta Marcoz detta la veterana dal dott. Alessandro Canezza, morta nell’ospedale nel 1928 dopo 38 anni di servizio instancabile agli ammalati.

Quando sarà aperto, nel **1930** l’ospedale San Camillo, santa Maria della Consolazione rimarrà un pronto soccorso per qualche anno. Oggi, l’immobile, è sede del Comando della Polizia municipale del Campidoglio.

Nel **1870** alcune suore di Santo Spirito vengono chiamate dalla Luogotenenza militare del Capo di occupazione di Roma, dopo la breccia di Porta Pia, perché sul Gianicolo curino i feriti dell’esercito italiano e i soldati pontifici. Le suore accorrono. Si tratta di medicare le ferite, ma si tratta anche di interessarsi ai loro problemi, di ascoltarli e di alleviare la nostalgia per i familiari lontani.

La Regina d’Italia, Margherita di Savoia, è stata compagna di Collegio di Suor Loreta Marcoz, Consigliera generale e Superiore alla Consolazione. Una volta a Roma i contatti riprendono tra le due amiche e si crea la consuetudine delle visite in Casa generalizia e nelle varie opere benefiche da lei sostenute. Nel modo che può scegliere è molto propensa alle opere di bene a favore dei diseredati. Nel **1875** apre un **Ospizio per cieche e ciechi poveri**, denominato **Margherita di Savoia** e sovvenzionato con lasciti ed eredità di nobili famiglie legate alla casa reale, allo scopo di dare ospitalità ed assistenza ai non vedenti poveri; questo ospizio era un ente morale con il R.D. 18 aprile 1875 che ne approva il primo statuto. In seguito sarà modificato. Questo servizio cesserà dopo l’ultimo conflitto mondiale perché non ci saranno più sovvenzioni. Sarà il comune di Roma a riprenderne le sorti, fondendolo con l’**Istituto di Sant’Alessio** sull’Aventino. Oggi funziona altrove con impostazioni adeguate alle normative vigenti.

Il rapporto tra il papa Pio IX e le Suore della Carità è particolare. Egli conosce da quando era Vescovo di Imola, le comunità della Diocesi; è in confidenza con alcune di loro e in particolare con la vicaria, suor Irene Buzio, che chiama figlia tenerissima. Questa gli aveva chiesto di andare missionaria in India: “Figlia mia, le vostre indie sono a Santo Spirito” è la sua risposta. Ed è proprio in questo ospedale che, per difendere malati e suore dagli attacchi dell’anticlericalismo, dalla violenza, dai soprusi questa suora ingaggerà una dura lotta e, purtroppo, assisterà al martirio di una delle sue figlie, Agostina Pie- trantoni.

Ospedale militare Celio

Nel **1871** le suore sono nell'ospedale militare, già pontificio, presso Santo Spirito che viene trasferito nei pressi di santa Maria Maggiore e, più tardi al Celio, il **Policlinico militare, la cui costruzione va dal 1885 al 1891**.

Qui, una comunità ancora oggi presta servizio in alcuni padiglioni. Questo mondo militare caro anche alla Fondatrice è particolarmente sensibile alla presenza delle Suore. Qui vengono curate tutte le malattie di giovani reclute o di uomini che hanno servito lo Stato con onore e dedizione. Qui occorre una delicata vicinanza a chi ferito o mutilato, è reduce da missioni belliche, umanitarie, culturali nei vari paesi del mondo. Qui si accolgono ammirabilmente le bare piante dai congiunti di chi è vittima di attentati, come opera di misericordia che le suore hanno praticato purtroppo molto spesso in questi ultimi tempi, per atti terroristici e disgrazie, nei luoghi delle varie missioni.

È legata al Celio, anche la **Cecchignola**, infermeria militare, nel quartiere laurentino dove ha operato un'altra comunità dal **1954 al 1991**.

Cura degli anziani, delle ragazze madri, degli orfani, dei bambini abbandonati

Tornando alla cronologia, nel **1875**, il comune di Roma vuole un ricovero per anziani poveri e malati a **San Gregorio al Celio**. Le Suore della Carità accetteranno di servirli. Dopo poco tempo ci sarà il trasferimento all'Ospizio Umberto I, in san Cosimato, a Trastevere, dove già operano altre Consorelle. Vi rimarranno fino al **1958**.

Sala maternità Savetti

Il Campidoglio, tramite l'Onmi (Opera nazionale protezione maternità e infanzia), già nel **1887** chiede un genere di assistenza mai affidata fino ad allora alle Suore: la vicinanza, l'assistenza, la cura di giovani madri. Sono duecento, nella **sala di maternità Savetti** presso **San Francesco a Ripa**, a Trastevere, dove rimarranno fino al **1956**.

Si tratta di aiutare queste giovani a salvaguardare la loro salute, ad apprezzare la vita attraverso la maternità, a condurle all'impegno di guardare al futuro con intenzioni positive per la realizzazione di sé e per un reinserimento positivo ed efficace nella società.

L'Orfanotrofio femminile Santa Maria degli Angeli

E nel **1894** quattro suore sono inviate a dirigere l'**orfanotrofio femminile Santa Maria degli Angeli** nel palazzo delle Terme di Diocleziano, vicino alla Stazione Termini. Nel **1896** altre otto suore per i maschi, sono in via XX settembre, trasferiti in seguito, presso il monumentale Istituto San Michele, sulla riva destra del Tevere, fondato dal '600 da papa Innocenzo XII per accogliere e aiutare i poveri, i giovani, e gli anziani dello Stato pontificio. Acquistato dalle ferrovie dello stato, lo stabile di Termini, anche le bambine vanno al san Michele dove le suore già sono al servizio di **persone anziane e malate** dal **1898-99**. L'orfanotrofio funzionerà fino al **1960**.

Quando il governo fascista nel **1938** vuole adibire il San Michele a grande istituto d'arte, tutte le realtà vengono trasferite nella **zona di Tormarancia, alla Garbatella**, dove le suore sono rimaste fino al **1994**, per la cura di persone anziane e malate e per bambini che vivono in situazioni difficili. Gli anziani già venivano accolti in san Cosimato, a Trastevere. Ma sono molti, si tratta di tantissime persone che vivono sole, abbandonate, malandate in salute e che accanto alle suore trovano calore e recuperano il senso della vita.

Il Brefotrofio provinciale

Nel **1896** c'è una richiesta per il **Brefotrofio provinciale** di Roma. Abolita la ruota a Santo Spirito si vuole creare un'opera autonoma dall'ospedale che raccolga anche le ragazze madri. Le sedi diventano quattro: sul Gianicolo, in base alle malattie da cui sono affetti i bambini. In via Poerio, via Garibaldi, presso la fontana Paola, in via fratelli Bandiera e in via Pamphilj dove dal **1955** sarà fissata la sede centrale con circa cinquantatré suore infermieri. Con il tempo opereranno anche suore puerictrici e suore assistenti sociali, soprattutto per l'impegno delicato e complesso delle adozioni. Le leggi hanno trasformato questa istituzione per la pronta accoglienza dell'infanzia in difficoltà. Oggi viene gestita direttamente dal Comune di Roma secondo nuove norme. Le Suore hanno lasciato il servizio il 28 febbraio 2002, dopo aver speso tutte le energie per sopperire al vuoto genitoriale con la tenerezza, la dedizione, il sorriso, le cure mediche.

Cura di malattie contagiose

Alla fine dell'800 le malattie infettive dilagano. A Roma funziona un Lazzaretto dal **1884** sull'Aventino, ma nel **1896** il Governatore di Roma di santa Sabina chiama le Suore della Carità per tutte le emergenze. Esse si fanno trovare pronte al sacrificio, piene di coraggio, sempre. Nulla le ferma, nulla le spaventa durante il colera del **1910**, il vaiolo del **1918**, la meningite cerebrospinale del **1920**. È l'audacia imparata da Santa Giovanna Antida che le anima.

Ospedale Lazzaro Spallanzani

Il Lazzaretto di Santa Sabina viene chiuso nel **1936** quando comincia a funzionare l'ospedale **Lazzaro Spallanzani**, specializzato per le malattie infettive. Tutti sappiamo quanto sia alto il livello e avanzata l'avanguardia per la ricerca scientifica e la cura di malattie infettive e per la lotta all'AIDS in questo ospedale. Qui opera, a tutt'oggi, una comunità delle Suore della Carità con servizio infermieristico, con servizio di assistenza sociale per tossicodipendenti e malati terminali di AIDS e come addette alla cappellania.

Asilo materno e per ragazze madri

A Roma, dal **1901** al **1927**, le Suore della Carità sono nella **"Casa materna"** intitolata alla principessa Iolanda di Savoia, anche lei, come la Regina Margherita, molto sensibile al mondo dei bisognosi, dei poveri, degli abbandonati. E nel **1902**, cinque Suore

vengono inviate in un'opera che ospita minorenni senza famiglia: detta **“Casa della Provvidenza”** tra Via Salaria e Via Arno. È il primo nucleo di un grande complesso. L'anno seguente, infatti, per l'interessamento della principessa Mary Massimo-Colonna, viene annesso a questo Istituto, un Asilo materno per ragazze madri, affidate a quattro Suore. L'opera sarà completata nel **1925** con la clinica di maternità **“Sant'Anna”** con otto Suore. A queste opere di Via Arno dedica le sue belle capacità di relazioni umane, una certa Suor Maria Borghi che vi lascia un'impronta di intelligente solidarietà con i poveri, con i bambini, con le loro madri, con i medici, con le autorità civili e religiose.

Le Suore lasciano tutto questo servizio nel **1977**, quando l'équipe medica della clinica si dichiara apertamente per l'aborto ed incomincia ad accogliere anche da altri ospedali le madri che non intendono portare avanti la gravidanza.

Il Policlinico Umberto I

Nel **1905** nasce il **Policlinico Umberto I**, presso il quartiere san Lorenzo. È lo stesso prof. Achille Ballori che le aveva tanto avversate a Santo Spirito che chiede le Suore della Carità. Sono inviate per i vari reparti subito quarantotto suore. Con l'apertura di altri reparti e cliniche specializzate, arriveranno fino al numero di centododici.

Nel **1933** si entra nella **clinica odontoiatrica** dell'Eastmann (lasciata nel **1975**)

All'interno del Policlinico nel **1957** viene aperta, con altre ventotto suore la prima clinica chirurgica universitaria che prende il nome dal prof. Pietro Valdoni, grande luminare della chirurgia moderna, con il quale esiste un rapporto particolare, come pure con il prof. Paride Stefanini ed altri professori con i quali le Suore hanno potuto collaborare all'eccellenza della pratica della scienza medica e chirurgica a favore dei malati.

Nel **1961** le suore entrano nella Clinica universitaria **ostetrica** e nel **1965** nell'**oculistica**.

Non si può non registrare il fermento e l'efficacia di una presen-

za così capillare. Sono anni che rifulgono di bene per la dedizione delle suore, per la loro premura, per la collaborazione con Primali e con il personale, perché tutto tenda a beneficio del malato, intorno al quale per fedeltà professionale e per missione carismatica si appuntano tutte le motivazioni dell'essere e dell'agire di ciascuna e della comunità. Purtroppo, l'ultima ha lasciato il servizio nel Policlinico, definitivamente, il 14 novembre del 2011 per impossibilità di ricambio di persone.

Sui treni ospedale

Uno dei primi impegni della Superiora Generale, Suor Anna Lapierre (1915-1936), è quello di prendere a cuore l'organizzazione della presenza delle Suore della Carità presso chi soffre a causa della guerra. Durante la guerra del **1915-18** esse si prodigheranno per curare i feriti, i mutilati, gli ammalati. Partono per raggiungere i fronti e appena tornate le Suore dalla prima spedizione sui treni ospedali fatta nel 1915, Madre Anna organizza, con le Suore della Provincia di Roma, l'assistenza infermieristica in quattro treni ospedali che partono dalla Stazione Termini il 15 gennaio 1917, l'anno più disastroso della guerra, verso il fronte russo e francese. In ogni treno ci sono quattro suore: la missione di otto di esse dura un anno intero; altre otto torneranno a casa dopo due anni.

Prevenzione contro la tubercolosi

I primi decenni del '900 segnano la scoperta del bacillo della tubercolosi, fatta dallo scienziato Roberto Cock. La speranza di riuscire a curare una tale malattia si fa più viva e urgente in quanto essa si divulgava al massimo con la maggiore facilità di contatti nelle varie forme di progresso e di emancipazione sociale.

Le Suore della Carità sono chiamate, in Roma, come era già avvenuto e avverrà altrove, a prestare il loro servizio anche in un'opera di nuovo tipo sociale: la **prevenzione antitubercolare**.

Un aspetto della terapia è la prevenzione per i bambini che hanno in famiglia qualche caso

d'infezione. Tanti di essi vengono sottratti alla terribile azione del morbo, raccogliendoli in Istituti dove l'aria è salubre, il vitto e l'igiene più curati. Uno di questi preventori a Roma, è la colonia-scuola **“Regina Elena”**, in Via Ferruccio, a metà cammino tra le Basiliche di S. Giovanni e di S. Maria Maggiore; raccoglie cinquanta bambine dai 2 ai 14 anni. Le Suore vi entrano nel **1912** e vi restano fino al **1963**.

Presidente onoraria è la Regina d'Italia e, Presidente effettiva, la sua dama di corte, la contessa Guglielmina Campello-Buoncompagni, molto presente nella vita della Colonia. Vi approdano i più poveri e gli orfani.

Nella stessa Roma, nascono i seguenti Istituti.

Il “Marchiafava”

Si tratta dell'Istituto sanatoriale antimalarico **“Marchiafava”** **1918** con sede a S. Egidio, in Trastevere, che deriva da una sezione del **Lazzaretto di S. Sabina**, all'inizio riservato ai malarici poi alla prevenzione antitubercolare. Una lapide di marmo, all'ingresso della sede, oggi Museo, ricorda la data in cui il sanatorio venne dedicato al dott. Ettore Marchiafava, medico illustre e senatore del Regno, esperto di malaria e, nel **1918**, Assessore per l'Igiene. Erano gli anni in cui la malaria faceva molte vittime tra i lavoratori dell'Agro romano. Nel **1925**, organizzò il primo congresso internazionale sulla *malaria*, fu anche vicepresidente della *Croce Rossa Italiana* e promotore di numerose iniziative per la salvaguardia dell'igiene e la cura dei malati di tubercolosi. Al Marchiafava-sanatorio, i ragazzi rimanevano in media due mesi, affidati alle cure del medico del Governatorato e delle Suore della Carità, dette di San Vincenzo de' Paoli prima della canonizzazione della Fondatrice. Vi erano inclusi un orto-giardino e una piccola scuola. Quando i 100 e più bimbi colpiti da malaria diminuiscono fino a scomparire, il servizio di assistenza continua con un ambulatorio pediatrico e di rivaccinazione. Le Suore lasciano il servizio nel **1963**.

Un'altra opera dell'immediato dopoguerra – **1919** – che Madre

Anna Lapierre intraprese per la Provincia di Roma, fu quella intitolata all'ideatrice **"Gina Mazza"** per le donne scarcerate.

La Casa era all'angolo di Via Monte Farina con Via del Falco nelle vicinanze di San Pietro in Vaticano. Nel **1926** c'è il trasferimento a Monteporzio, vicino Roma e le Suore, lasciano per motivi di incompatibilità con l'Amministrazione.

Il "Maraini"

Dal **1920** il preventorio **"Maraini"** raccoglie bimbi lattanti, figli di tubercolosi, quindi è preventorio baliatico. Alle Suore viene affidato il gruppo delle nutrici che hanno urgente bisogno di formazione al senso della responsabilità e della moralità personale nel servizio a quei poveri piccoli. Il loro è un impegno delicatissimo e le Suore con discrezione e pazienza riescono ad avere una certa consolante incidenza su tutte. La Direzione valuta il fatto e affida alle Suore anche l'organizzazione della giornata e delle cure dei bimbi, prima affidata a personale laico.

Se si scorrono i nomi delle suore, in chi le ha conosciute anche quando cureranno bambini disabili, viene rievocata la testimonianza di un servizio all'insegna della carità, del sacrificio, della dimenticanza di sé, della prudenza, della laboriosità. È il primato dell'amore e del Regno di Dio che guida il loro lavoro.

La Colonia permanente antitubercolare Vittorio Emanuele III del Lido di Roma

Il Comune di Roma conosce bene le capacità delle Suore della Carità operanti nel Lazzaretto. Perciò affida loro nel **1920** la Colonia permanente di Ostia dove, oltre alle cure sanitarie, impartiscono ai bambini l'istruzione elementare e materna e un'attività ginnica che si svolge sulla spiaggia di fronte alla Colonia. Intorno al **1932** si progetta l'unione del nuovo fabbricato con quello preesistente, attraverso un sottopassaggio sotto il Viale della Marina per evitare ai bambini l'attraversamento della strada. Il vecchio edificio era allora adibi-

to ad esclusivo locale di soggiorno, con verande sul mare e con recinzioni della spiaggia. I bambini raggiungono il numero di cinquecento e le Suore educatrici, insegnanti, infermiere e addette ai servizi generali sono trenta; in estate, impegni e Suore aumentano per altri gruppi di bambini, figli di dipendenti statali, ospiti per le cure marine..

Quella di Ostia è una Coloniascuola modello per organizzazione, disponibilità di personale e di mezzi, per igiene e disciplina. È spesso meta di visite e oggetto di studio da parte di personalità italiane e straniere che vogliono farsi un'idea delle opere moderne di assistenza all'infanzia. Dagli anni settanta, incomincia la decadenza della Colonia: il Comune di Roma ha altre urgenze d'interventi sociali; l'assistenza alle famiglie si fa con modalità diverse. Gradatamente, sia per la trascuratezza dell'Amministrazione che per la penuria di suore, la struttura va verso la chiusura che avviene nel luglio del **1983**. Resta la certezza che l'operato delle suore abbia seminato nei cuori di tante bimbe e bimbi l'amore per la vita sana, la serenità, la speranza per un mondo più accogliente e solidale.

Colonia profilattica antitubercolare diurna

La **Colonia profilattica antitubercolare diurna**, voluta e seguita nel **1920** dall'Amministrazione municipale di Roma, ha sede prima in Via Galilei, poi in Via Ariosto, nel grande complesso dell'Ufficio d'Igiene. In questa Colonia, come in tutte le altre, i bambini dispongono oltre che delle cure, anche di una scuola primaria interna: asilo d'infanzia e classi elementari di cui sono responsabili le suore. Nel **1951** i bambini vengono trasferiti a "Villa Glori", uniti alla Colonia diurna che lì è già in atto.

Dal **1988**, il complesso della colonia diurna, oggi ospita *Casa Famiglia di Villa Glori*, della Caritas romana, per l'assistenza alle persone malate di Aids, nata dall'idea di ridare ad un parco la sua funzione di luogo della memoria collettiva e di aggregazione e solidarietà sociale.

L'Opera S. Vincenzo per bambini divezzi e fanciulli abbandonati: 1921

L'Istituto San Vincenzo per bambini che uscivano dal brefotrofio e per altri infelici senza famiglia, doveva la sua esistenza alla Contessa Anna Alberghetti-Merolle, anziana dama di corte della regina Margherita di Savoia. Sorgeva a Monteverde, in Via Federico Torre e godeva le simpatie di vari Enti, per i valori di umanità e carità che vi si vedevano attuati. Dopo quattro anni dalla istituzione, questa casa passa all'opera Asili d'infanzia di Roma. Le Suore della Carità lasciano il servizio nel **1956** per impossibilità di sostituzioni da parte della Provincia.

Casa Vittoria

Un'altra richiesta del 13 settembre **1929** viene dal governatorato di Roma. Mussolini favorisce la bonifica delle vie della città di Roma per liberarla da accattivisti, da ex carcerati, da malati usciti dai manicomii, dagli ospedali e senza dimora, senza famiglia, senza lavoro.

In via Portuense ci sono i locali di un vecchio oleificio, dove il cibo arriva da san Cosimato. Questo luogo viene chiamato Deposito di mendicità e, in seguito Mendicomico.

Dal **1970** prende l'intitolazione di casa Vittoria, in onore di suor Vittorina Tudini, suora della Carità decorata al merito, presso il Teatro dell'Opera di Roma, che a quei derelitti ha dedicato l'intera sua esistenza e per i quali i capannoni hanno lasciato il posto a padiglioni nel verde con sistemazioni adatte e con locali comuni che fanno da centro di aggregazione.

Il comune di Roma segue bene questa realtà, ma l'attenzione, l'amore, la dedizione quotidiana delle suore operanti come infermiere e come collaboratrici per i servizi vari, vanno al di là di ciò a cui non arriva l'ordinamento interno. Si dice che se per assurdo tutte le opere della provincia romana delle Suore della Carità dovessero finire, quest'opera in via Portuense, per coerenza con ciò che la Congregazione afferma, dovrebbe essere l'ultima a scomparire...

Ospedale San Camillo

Terminata la prima grande guerra mondiale, mentre una violenta epidemia devasta l'Europa, si decide di costruire un nuovo complesso ospedaliero alla periferia della città di Roma. Viene privilegiata la località di Vigna S. Carlo a Monteverde, ritenuta fra le più salubri della città. Approvato il progetto, il 28 Aprile del 1919 si dà il via ai lavori. Per mancanza di fondi i lavori rimangono sospesi per diversi anni, riprendendo solo nel settembre del 1927. Venticinque mesi dopo, il **27 ottobre 1929** viene solennemente inaugurato alla presenza di Benito Mussolini, prendendo la denominazione di **Ospedale del Littorio**. All'atto dell'inaugurazione sono pronti e funzionanti circa mille posti letto. Da considerare che non sono ultimati i reparti del Marchiafava e della Maternità (1935) e del Padiglione cardiologico (1957). L'organico è costituito da ottantasei Medici, quattro Farmacisti, centonovantaquattro Infermieri, sessanta Suore che arriveranno al numero di ottanta, due Cappellani e centocinque ausiliari. Più tardi, a seguito di un referendum promosso dal Pio Istituto degli Ospedali riuniti di Roma tra il personale sanitario, il 20 Ottobre **1946**, l'Ospedale cambia il nome in: "San Camillo de Lellis", la cui inaugurazione avviene il 24 Novembre 1946.

Dal giornale il Quotidiano del 27 novembre del 1946 leggiamo: "Al grande ospedale di Monteverde Nuovo, già del Littorio, è stato come annunciammo, imposto, per desiderio unanime dei sanitari, degli infermi e degli infermieri, il nome augurale e santo di Camillo de Lellis, il precursore della Croce Rossa, il riformatore della assistenza ospedaliera".

Il popolare riconoscimento al Santo – che si unisce ad altri che Roma negli anni passati ha a lui tributato in segno di perenne riconoscenza ed ammirazione – coincide col secondo centenario della canonizzazione del Santo.

Le Suore della Carità entrano in San Camillo, ricercate e proposte da Medici Primari che avevano conosciuto o provato la loro

operosità e lo spirito con il quale avevano agito in altri ospedali romani. L'azione pastorale sanitaria viene svolta in collaborazione con i Padri Camilliani, i Ministri degli infermi, con i quali da sempre è stata alimentata l'intesa, l'unità di intenti, la generosa dedizione a favore dei sofferenti ricoverati e ai familiari, il dialogo con i medici e la collaborazione fattiva con tutto il personale. Il servizio è terminato completamente nel 2005.

La scuola convitto San Vincenzo de' Paoli per suore infermiere e caposala

Poche note per dire della scuola convitto per infermieri, intitolata a San Vincenzo de' Paoli.

La preparazione infermieristica, delle suore all'inizio del 900 dipende dall'esercizio diretto nelle corsie e dall'esperienza maturata con suore più anziane con in più qualche conoscenza sommaria di anatomia, medicina e pronto soccorso. Succede in seguito che, sia lo stesso Direttore dell'ospedale a formare una commissione esaminatrice quando ci si prepara all'esterno; in altri casi la preparazione teorica avviene privatamente e gli esami vengono sostenuti presso la Prefettura della città più vicina, con l'autorizzazione del Ministero dell'interno o l'Alto commissariato per l'igiene e la sanità pubblica.

Ma le nuove ricerche scientifiche, i progressi della medicina e della chirurgia, le terapie nuove, il grande flusso dei ricoveri, spingono le suore ad una preparazione più adeguata per l'espletamento della missione presso i malati.

È la Congregazione stessa che si fa carico di istituire una Scuola convitto per infermieri professionali e per caposala. Con il consenso delle autorità sanitarie viene scelta la sede di Santo Spirito in Sassia, perché occorre l'appoggio ad un Ospedale. L'inaugurazione avviene il 6 febbraio del **1933**. La direzione eccetto il primo, breve momento, è gestita sempre da una Suora della Carità. Frequentata dalle numerose Suore della Carità, per le pressanti richieste, viene aperta anche ad altre congregazioni religiose (almeno in n. di trenta) e a laiche. Alla pro-

va dei fatti la preparazione risulta sempre ottima. Nel **1974** pur nella prosperità della sua esistenza, si arriva alla chiusura della scuola, a fronte dei nuovi oneri economici, non più sopportabili, imposti dalle leggi sulle scuole infermieristiche non statali.

Per le Suore della Carità l'Ospedale Santo Spirito resterà sempre un punto di affettuosa attenzione, perché da lì, per la Chiesa, è partita la vita romana della Congregazione, lì resta la presenza e il costo della vita di Santa Agostina che vigila sul mondo ospedaliero, sui medici, sugli infermieri, sul personale, sui malati tutti.

Ci sembra doveroso un ricordo per Sua Eminenza il cardinale Fiorenzo Angelini, Presidente emerito del Pontificio Consiglio per gli operatori sanitari e da prima ancora, Vescovo ausiliare di Roma dal gennaio 1977 al febbraio 1985, quale delegato per l'assistenza religiosa negli ospedali e luoghi di cura della capitale. Il suo rigore e la sua tenacia lo hanno visto sempre presente, partecipe, attento alla qualità del servizio ai malati e alla bellezza del carisma di santa Giovanna Antida Thuret.

Medaglia d'oro al merito della sanità pubblica

Lungo la storia abbiamo goduto di numerosi riconoscimenti all'azione apostolica delle suore presso i sofferenti in Italia, in Europa, in Oriente e, quindi anche a Roma. Una circostanza fra tutte sa di comunanza di intenti e di azione pur nella diversità di genere, di Ordini e Congregazioni religiose e di diverse ispirazioni: il 23 luglio **1963** nell'aula capitolare della curia generalizia dei Fatebenefratelli, all'Isola Tiberina, l'on Angelo Raffaele Jervolino, ministro della sanità, ha consegnato ufficialmente la medaglia d'oro al merito della sanità pubblica, all'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio, all'Ordine dei Ministri degli infermi, alla Compagnia delle Figlie della Carità di San Vincenzo de' Paoli, alla Congregazione delle Suore della Carità di Santa Giovanna Antida Thuret, alla presenza di Prelati e di Funzionari del Ministero.

Le quattro realtà hanno in comune il fuoco che arde nei cuori, fuoco che diventa amore e azione concreta verso i fratelli doloranti.

“La circostanza mira a mettere nella dovuta luce le alte benemerenze umane e sociali di quattro famiglie religiose. [...] la Repubblica d’Italia tributa un encomio solenne e conferisce una distinzione ambitissima [...] la voce dell’ammirazione e della riconoscenza vi conforti nelle ore non facili e continui a sorreggervi perché possiate scrivere nuove pagine luminose nella vostra storia, già ricca di gloria immortale” (Vita ospedaliera, agosto 1963, rivista mensile dei Fatebenefratelli – prov. romana)

Servizio infermieristico trentennale nel Centro clinico delle carceri romane

Dietro richiesta dell’allora Ministero di Grazia e Giustizia, dal **1979** le Suore della Carità entrano nell’infermeria del carcere giudiziario di **Rebibbia** e nel **Centro clinico del carcere di Regina Coeli**. Si tratta di comunità che sono rimaste al di fuori del carcere e di suore infermiere che hanno vissuto la giornata lavorativa di otto ore, sempre pronte ad intervenire nei centri medici, in camera operatoria o durante le degenze, in piena sintonia con cappellani, medici e Polizia carceraria. Il ritiro per mancanza di sostituzioni risale al **2010**.

Servizio per i tossicodipendenti

Nei grandi ospedali di Roma le suore lasciano gradatamente i servizi generali ai laici, restano come caposala o infermiere professionali in pochi reparti. Intanto si scrutano i nuovi segni dei tempi e ci si interroga su quali risposte e a quali sfide debba essere data la priorità.

Nel **1978** una consorella è al servizio dei tossicodipendenti presso il S.A.T. (servizio di assistenza sociale) nell’ambulatorio dedicato dell’Ospedale San Camillo.

Si tratta di tessere rapporti sul piano umano, sanitario, giuridico con i tossicodipendenti, con

le loro famiglie, con le comunità terapeutiche, con i Tribunali, con le ASL con i vari uffici interessati al recupero delle vittime della droga.

Nel **1984** due suore sono al CEIS (Centro italiano di solidarietà) di Don Mario Picchi con ruoli precisi e per competenze in ordine all’accoglienza, all’accompagnamento, al recupero dei tossicodipendenti.

Dal **1989** una suora presso l’Ospedale Spallanzani lavora per tossicodipendenti, malati terminali di AIDS e per le loro famiglie. Nello stesso Ospedale altre Suore della carità svolgono il loro servizio accanto ai tossicodipendenti e ai colpiti da infezioni varie. Questo servizio continua a tutt’oggi con sei di loro, delle quali due sono accanto ai malati come volontarie.

Possiamo intuire la delicatezza con cui si debbano nutrire le relazioni sul piano umano e sul piano cristiano con le persone malate e quanta passione pastorale per accompagnarle nel passaggio finale della vita, soprattutto giovane.

Presso l’infermeria dei Padri Gesuiti

Quella dello stare accanto a sacerdoti o a religiosi malati o morienti è una esperienza non unica nel suo genere in altre parti di Italia, per noi Suore della Carità. Perciò la risposta è stata positiva quando ci è stato chiesto il servizio infermieristico presso l’infermeria dei Padri Gesuiti anziani e malati, nella casa del Gesù. Essere con loro, preoccuparsi delle diagnosi, delle medicine, del nutrimento naturale o artificiale, di una fisioterapia, di fare una carezza e di donare un sorriso a chi ha speso la vita per la Chiesa in termini di cultura e di evangelizzazione. Le testimonianze di bellezza, di delicatezza, di serenità, di sopportazione dei dolori di cui i Padri sono capaci, diventano perle preziose il cui apprezzamento non ha limiti. Dal **1980** quando abbiamo iniziato, siamo giunte al mese di marzo di quest’anno **2012**, quando i Padri vengono riuniti presso la Curia generalizia di piazza Borgo Santo Spirito e noi abbiamo salutato!

Conclusione

Tutta questa storia sacra, intrisa di umanità, di tenerezza evangeliaca e di contributi sociali, ci fa rendere lode al Signore anche per la grazia della “romanità” nel senso del luogo e della coscienza ecclesiastica del nostro servizio di carità che continua oltre che in alcuni posti del centro storico, anche presso le Caritas e nelle parrocchie della periferia romana come evangelizzazione e missione umana e spirituale.

Non nutriamo sentimenti di nostalgia per questo passato così operoso in Roma. Siamo certe che il futuro non cancella il passato. Oggi, ci sentiamo coinvolte in un processo di trasformazione in stretta relazione con il mondo. Di qui la riflessione, il discernimento, le scelte, che conducono alla ricerca di una nuova diaconia della carità! Questo, per noi vuol dire aderire alla storia, che ci muove verso nuove relazioni, internazionali e multicultuali, verso le nuove povertà, verso uno stile di vita alternativo a quello della società attuale che sente forte la crisi di valori e di mezzi e che ha la sensazione che tutto sia irrecuperabile.

Crediamo e speriamo che questo versante di morte, di fine, contenga quei germi di vita che solo l’amore di carità per Dio e per i fratelli sa generare. È sulla bellezza della carità, nostro quarto voto, che vogliamo puntare anche nel nostro tempo, cercando di riconoscere ciò che deve essere trasformato e ciò che è già colmo di futuro, di vita e di speranza per tutti! ■

Fonti

Corrispondenza, verbali, diari, foto: Archivio Curia generalizia di Roma.

Bibliografia di riferimento

Storia delle Suore della Carità di Santa Giovanna Antida Thuret dal 1826 al 1915, di Madre Antoine de Padue Duffet – Roma.

Storia della provincia di Roma – Suore della Carità, di Raffaella Perugini – Roma 1994.

150 anni da raccontare – Le Suore della Carità di S. Giovanna Antida nell’Ospedale di S. Spirito di Roma – Roma 1994.

Sul cammino dell'apprendimento e della carità. L'accompagnamento spirituale e umano degli studenti di medicina

PROF. CAV. BENOIT LENGELE

Professore ordinario,
Titolare della Cattedra
di Anatomia Umana
e di Chirurgia Riparatrice,
Università Cattolica di Lovanio,
Bruxelles, Belgio

Fin dall'inizio dei corsi universitari, i giovani studenti di medicina si trovano a dover affrontare molteplici rotture esistenziali e simboliche che possono renderli personalmente più fragili o deviarli poi nella pratica di una medicina materialista e disumanizzata. Dapprima isolati dalla loro famiglia, sono lasciati a se stessi, a volte senza riferimenti, nell'avventura di un apprendimento che si effettua alle frontiere della vita e della morte, in un universo pedagogicamente e totalmente dominato dalla scienza e dalla ragione. Essi scoprono poi l'incertezza, il dubbio e la sofferenza portati dai loro primi malati, che incontrano quando sono ancora incapaci di alleviarli, a causa delle loro conoscenze sul nascere. Seguendo l'esercizio iniziatico della dissezione, effettuano infine l'esperienza concreta della vicinanza della morte, fonte per loro di interrogativi fondamentali sul senso della vita umana, sulla realtà della trascendenza e sulla pertinenza della fede.

Tutte queste fratture sono altrettanti avvenimenti di vita in cui i loro colleghi più anziani possono guiderli nel loro cammino spirituale, essere sostegni d'identificazione e portare presso di loro un messaggio cristiano che, più tardi, sarà di fondamento alla loro pratica medica incarnata, alle scelte etiche da compiere individualmente al capezzale del paziente, nella singolarità di una relazione umana, sulle differenti opzioni terapeutiche che la medicina mo-

derna offre dall'istante del concepimento della vita, fino al suo estremo limite.

Benché inserita in una società divenuta, per la vita quotidiana, moderna, laica e multiculturale, l'Università Cattolica di Lovanio (UCL) resta fedele, in ciascuna delle sue missioni di insegnamento e ricerca, alla Madonna della Saggezza, sotto la cui protezione la Chiesa ha posto la nostra *Alma Mater*, dalla sua fondazione nel 1425. È nel contesto di una proposta di radicamento nei valori cristiani che ci sforziamo dunque di svolgere, con umiltà e perseveranza, il dovere di inquadrare i nostri studenti, lungo tutte le prove esistenziali del loro lungo percorso accademico. L'incontro con la morte nel corso degli esercizi di dissezione, indispensabili per acquisire la conoscenza intima del corpo umano, si iscrive decisamente negli avvenimenti che fondano la loro presa di coscienza del valore della vita e del rispetto che ispira il suo mistero. È dunque al cuore di questo intenso sconvolgimento emotivo che auspichiamo di ancorare la loro etica primordiale e ridestare il loro spirito al senso del dono di sé e al rispetto dell'altro.

Incarnare la morte per consacrare la vita

Dissecare il corpo morto, violarne la superficie cutanea, separarne le strutture nel sapiente groviglio dei muscoli, delle viscere, dei vasi e dei nervi, è una prova iniziatica che prefigura la missione medica e i gesti curativi che devono penetrare, invadere la carne del malato per offrire sollievo ai suoi mali. Questo esercizio porta molti nostri studenti all'ammirazione silenziosa e alla meraviglia. Per coloro che vivono nella fede,

questo entusiasmo segreto, rispettato fedele della volontà del defunto di essere fonte di conoscenza al di là delle tenebre, si trasforma in atto naturale di preghiera e d'azione di grazia. Tuttavia numerosi sono quanti vivono confusamente questi sentimenti febbrili con una certa colpevolezza, fonte di dubbio o di rafforzamento delle convinzioni materialiste per coloro che non condividono la speranza. Allo scopo di offrire un ancoraggio spirituale a questi gesti compiuti sui corpi morti e ai sentimenti fragilmente umani che ispirano, i professori e i cappellani della Facoltà di Medicina invitano ogni anno gli studenti, al termine di questo primo esercizio e attorno alla Festa di Ognissanti, a ritrovarsi in una messa ove incontrano le famiglie dei defunti che hanno sezionato. Da questo incontro, da cui ciascuno esce con il cuore pesante e incerto, nasce una luce incredibile. Vengono condivise delle letture e il Vangelo. Nel silenzio, le famiglie chiamano il loro defunto il cui corpo è assente dalla tomba, come quello di Cristo a Pasqua, dicendone semplicemente il nome. Gli studenti rispondono e l'emozione, ogni volta, riempie l'assemblea, creando una comunione. Da ambo le parti dello specchio dell'invisibile, ciascuno tocca l'anima dell'altro. Le famiglie dei defunti scoprono una gioventù generosa che, lungi dall'essere noncurante, nutre una riconoscenza rispettosa e infinita per il dono ricevuto che si sente in debito, a titolo di gratitudine, di far fruttare al capezzale dei suoi futuri malati. Quanto agli studenti, essi vedono vivere il volto dei defunti con i quali sono venuti in contatto negli sguardi pieni di lacrime dei parenti che li hanno amati e che assomigliano a loro. La dissezione, uno dei rituali più freddamente materiali e tra-

sgressivi degli studi medici diventa così, nobilmente, Eucaristia. E senza difficoltà, diventa allora possibile per noi far comprendere ai nostri studenti che il corpo rotto sotto le loro mani, armate di forbici e bisturi, non si divide, ma si moltiplica, in quanto fa nascerne nel loro sguardo e nel loro spirito, mediante ciò che chiamiamo metaforicamente *il Miracolo della Moltiplicazione dei Corpi*, una conoscenza viva che supera la morte e che sarà, attraverso di loro, fonte inesauribile di attenzione benevola per i vivi.

Nel libro d'oro di questa cerimonia annuale, tra innumerevoli testimonianze, la famiglia di una defunta che aveva offerto il proprio corpo alla scienza, scrive agli studenti: «*Ecco nostra madre, nel suo corpo deteriorato dalla vecchiaia e dalla malattia, la nostra 'buona' mamma... Per favore, trattatela con rispetto, dolcezza e tenerezza... Possa ella portare risposta alle vostre infinite domande. Era il suo sogno: servire, amare, dare senza mettere in conto... Se, grazie a lei, potrete trovare come alleviare delle sofferenze, ella ne sarà felice!*

Sappiate semplicemente che il suo cervello si è nutrito degli scritti di Theilhard de Chardin, e delle buone parole di tutti i suoi figli e nipoti a cui ha insegnato la fede in una vita eterna...

Che i suoi occhi hanno ammirato con uno stesso incanto, senza misura e senza usura, tutte le meraviglie della natura, dalla più nobile alla più semplice e imperfetta...

Che le sue labbra hanno cantato senza sosta la sua gioia di vivere e hanno mormorato le parole più tenere di incoraggiamento, consolazione e amore, non soltanto a noi, la sua famiglia, ma anche a tutti i malati che ha incontrato nelle lunghe ore in cui li assisteva in ospedale.

Quindi, quando aprirete il suo nobile cuore, attingete con generosità: esso è riempito senza fine di una incrollabile fiducia nella bellezza della vita e nella benevolenza di Dio”.

Gli studenti hanno risposto a questo messaggio meraviglioso e sensibile: “Dare il proprio corpo, dopo la morte, perché altri viva-

no: non vuol dire forse, a ben pensarci, partecipare a una comunità di vita che va ben al di là della morte? Significa prepararsi a vivere meglio in quanto, come diceva Spinoza: «l'uomo libero a nulla pensa meno che alla morte, e la sua saggezza è una meditazione non della morte, ma della vita». Beato vivente, che offrendo il tuo mortale rivestimento all'ignoto, hai vinto la morte ben prima che essa ti porti via! L'amore, dicono i cristiani, è più forte della morte. C'è allora più bella illustrazione del dono di sé di quella di abbandonare, come Cristo, non soltanto la propria vita, ma anche la propria morte agli altri? Se il nostro corpo è tempio del nostro spirito, se i nostri occhi sono lo sguardo della nostra anima, allora questo gesto in apparenza tanto insensato quanto quello della Croce, non è altro che il modo migliore di essere vivi tra i vivi...

Queste poche parole che vi rivolgiamo, cara famiglia, vi portano conforto e soprattutto speranza nel dolore del lutto che state vivendo. Nel cuore della vostra buona mamma, abbiamo trovato mille grazie e non dubitiamo che, nel segreto delle stelle che il suo spirito ha certamente frequentato, ella vegli su ciascuno di voi e vi attende, alla fine dei cammini silenziosi che conducono a lui. Conservate vivo in voi il ricordo del suo sorriso e state sicuri che, nel silenzio del nostro rispetto, ogni suo voto e ogni vostro desiderio è stato umilmente onorato”.

Ai genitori che hanno perduto un bambino alla nascita, gli studenti offrono un foglio bianco sul quale, con emozione, hanno stampato l'impronta colorata dei piedi del loro bambino. Così, all'altra estremità dell'esistenza, questa traccia di un passaggio effimero sulla terra indica che il mondo conserva nel suo ricordo un segno indelebile del transitare di ogni vita, pur fugace, nella comunità umana.

Incarnare spiritualmente la morte, vuol dire consacrare la vita umana nella pratica clinica dei nostri futuri medici. Noi sperriamo, in questo modo, di far sì che, nel loro vissuto quotidiano, la prospettiva del decesso ineluttabile dei loro malati non sia più

vissuta come un fallimento a cui sfuggire con l'assenza o che ci si riduca all'uso della strumentazione tecnica. Se essi hanno colto tutto ciò che si intreccia in questo mistero che innalza, forse più avanti decideranno di accompagnarla con dolcezza e pazienza. *“Niente ti turbi, niente ti spaventi, scrive Santa Teresa d'Avila. Tutto passa, solo Dio resta. La pazienza ottiene tutto”.*

Avvicinare e vivere la sofferenza per imparare la misericordia

Dopo l'esperienza della vicinanza della morte, l'incontro con la sofferenza umana e il sentimento di ingiustizia che l'accompagna sono la seconda prova interiore che i giovani futuri medici devono affrontare. Di fronte alla sfida di colui che cura, che deve guarire il male, consolare la carne sofferente e alleviarne il dolore, la scienza insegna agli studenti il ricorso ragionato ad un arsenale di tecniche medicinali o strumentali la cui scelta deve essere ponderata. Il trattamento proposto deve basarsi su di un'analisi reale della situazione del paziente e le scelte terapeutiche che ne derivano sono naturalmente indotte dagli elementi cosiddetti oggettivi, spesso cifrati, del bilancio medico. Questo tipo di ragionamento normativo, proprio della medicina basata sulle prove o *“evidence-based medicine”*, si è oggi imposto come la regola d'oro da seguire in ogni sforzo medico. Esso è certamente molto utile e svolge un ruolo di faro indispensabile, per non dire di barriera protettiva, e previene così, attraverso *guidelines* approvate dai propri pari, le avventure terapeutiche più dannose per i pazienti. Ma, mettere la distanza della freddezza analitica tra il malato e il suo medico, compromette pericolosamente la relazione umana su cui si basano la generosità e l'attenzione benevola indispensabili all'atto di cura. Il malato di cancro, ad esempio, non è più un sofferente; la sua cartella clinica si declina ormai in stadi indicati da 1 a 4 in una classificazione di T (per *Tumore*), N (per *Nodi*) e M (per *Metastasi*).

Più sono elevati, più la malattia è avanzata e la prognosi cupa: i trattamenti scelti sono funzione di questa stadiazione, seguendo regole da cui non è affatto facile allontanarsi. Lo stesso avviene per la maggior parte di quasi tutte le altre malattie, così rinchiuse nel quadro riduttivo della schematizzazione fattuale e della terapia imposta. In questi schemi di cure normative, la dimensione umana del malato e della sua malattia è spesso seriamente compromessa. Diventando scienza, la medicina contemporanea si è parzialmente spogliata della sua anima; essendosi volontariamente resa autonoma dal *principio della benevolenza* – oggi considerato un residuo obsoleto del paternalismo medico del XIX secolo –, essa si è materializzata a volte ad oltranza dimenticando che, prima di essere una scienza, essa è stata un'arte.

“Be unemotional!”, ci raccomandava continuamente un grande maestro americano quando si doveva decidere un'operazione da imporre a un malato di cancro al volto, che l'avrebbe sfigurato. Per quanto riguarda la cura e l'assistenza medica, aveva ragione; sulla forma dell'approccio olistico del paziente, continuiamo a pensare che avesse torto. Aggiungere emozione e compassione al gesto mutilante che bisogna svolgere per dovere, nulla toglie alla sua efficacia o alla capacità di farlo con perfezione. Ora, ciò che la sofferenza condivisa porta a questo stesso gesto, non ha prezzo per il malato che, attraverso semplici sguardi o una mano posata sulla sua, percepisce l'attenzione benevola di questa comunione con il suo dolore. Intuitivamente, nell'ingenuità della loro gioventù, i nostri studenti lo sentono facilmente: come Simone di Cirene, sono pronti ad offrire la loro spalla per portare una croce.

Il loro interrogarsi di fronte alle poste in gioco di una medicina benevola derivante dall'arte di guarire che si opporrebbe a una medicina rigorosa e fattuale sempre più governata dalla scienza, è tale tuttavia da fuorviarli in due vie opposte. La prima li vede rifugiarsi troppo spesso nel dogma di una medicina normativa e materialista; questa tendenza si

accentua tanto più che, nel quadro economico presente, la costruzione della redditività si aggiunge spesso, rafforzandola, alla via pragmatica tracciata dalla ragione scientifica. La disumanizzazione dell'atto di cura è purtroppo il prezzo di questo smarrimento. La seconda via è quella in cui, dominata dall'affetto, il medico è reso estremamente fragile da una sensibilità condivisa con la sofferenza del suo paziente, che l'abita interiormente tanto che ogni scelta terapeutica diventa per lui fonte insormontabile di inquietudine e dubbio. Ne risulta una paralisi decisionale che può portare pregiudizio al paziente e perfino, per inerzia, fuorviare colui che cura verso pratiche alternative prive di ogni fondamento scientifico.

Insegnare la via di mezzo ai nostri studenti non è affatto facile. Ma il riferimento essenziale all'umanità e ai valori cristiani è un bene potente in uno sforzo educativo che supera la semplice trasmissione di un *saper-fare* per estendersi all'insegnamento, mediante l'esempio silenzioso al capezzale del malato, di un *saper-essere*. Attraverso l'identificazione con il magister, il giovane tirocinante impara anzitutto che il destino del medico si iscrive, con dolcezza, in un ideale di lotta contro la sofferenza e contro l'ingiustizia della malattia. Come per ogni cosa, questo dovere di lottare per risollevare dalle sue ferite colui che è indebolito, si posiziona nell'immediata continuità dei valori cavallereschi dell'Occidente cristiano di cui San Martino di Tours fu testimone geroglifico. Colui che combatte non può sperare di risparmiarsi ogni ferita: accettando di riceverle e di portarle, egli condivide la dignità che restituisce a colui di cui medica e cancella le ferite. *“La misura dell'umanità si determina essenzialmente nel rapporto con la sofferenza e col sofferente. Questo vale per il singolo come per la società”*, scrive Sua Santità Benedetto XVI in *Spe salvi*. Parafrasando il Santo Padre, potremmo continuare: “Una medicina che non riesce ad accettare i sofferenti e che non è capace di contribuire, mediante la com-passione, a far sì che la sofferenza venga condivisa

e portata anche interiormente da chi cura, è una medicina crudele e disumana”.

Per prevenire questa carenza, occorre educare al contatto dell'emozione che suscita l'Alterità soffrente, lo sguardo del cuore a ciò che noi chiamiamo *la presenza visibile e invisibile della Figura di Cristo* nel vissuto del malato: nella vita quotidiana dell'ospedale gli esempi sono innumerevoli ed è sufficiente prestarvi attenzione affinché il giovane studente scopra l'empatia, la compassione e anche la *misericordia*, valore che consideriamo essenziale. L'interrogativo che colui che cura è continuamente invitato a porsi è pertanto il seguente: *“Vedi l'immagine invisibile di Cristo nei tratti del volto di colui che soffre sotto i tuoi occhi?”*. Questa immagine è tenue, certo, come l'impronta del volto di Gesù lasciato sul velo della Veronica; ma, per colui che accetta di lasciarsi abitare dalla sua perseverante presenza, essa è il fondamento di un'etica sicura e durabile. E, a partire da questo, il cammino della scelta terapeutica, se si rivela da tracciare, si impone all'evidenza di fronte alla domanda che segue la precedente e vi apporta la risposta: *“Vedi l'opera di Dio realizzarsi sotto i gesti della tua mano che medica la carne e lo spirito di questo corpo ferito?”*. Di fronte all'impotenza personale nei confronti di ogni situazione di incurabilità, il giovane medico alla fine farà, come i suoi colleghi più anziani, l'esperienza ultima che, nello smarrimento che lo invaderà senza dubbio nei confronti dell'altro che la medicina non può più aiutare, l'abbandono alla Provvidenza mediante la preghiera trascende l'atto di cura e gli dona una densità umana insostituibile. Secondo l'epitaffio di Paracelso, *ogni medicina è amore* e, quando non può più offrire la guarigione, può sempre dare ancora, con misericordia, amore e compassione. Questo sforzo esige, tuttavia, un'umiltà fondamentale che ricordava già Ambroise Paré, chirurgo di quattro re di Francia e inventore delle legature vascolari, nel suo celebre motto: *“Io l'ho curato, Dio l'ha guarito”*.

A titolo personale, noi non esitiamo, nel colloquio individua-

le, a portare ai nostri studenti la testimonianza che la preghiera, spesso, ci ha soccorso nelle situazioni operatorie più rischiose e che l'abbandono in Dio o la santa protezione della Vergine Maria, ha permesso alle nostre mani di salvare molti malati che erano condannati. Per fare un esempio, alcuni mesi fa abbiamo cercato di salvare la gamba e il piede di una ragazzina di sei anni, accidentalmente strappati dalla lama di una falciatrice. Dopo diverse ore di microchirurgia, tutti i tentativi di ristabilire la circolazione sanguigna necessaria per la sopravvivenza dell'arto si erano rivelati infruttuosi. Il giovane studente che effettuava l'assistenza operatoria, un habitué della messa di cui ho parlato prima, mi guardava con costernazione ripetere gesti disperati. Nei nostri sguardi incrociati, si è allora aperta una pausa. Una sosta momentanea del gesto chirurgico ha fatto posto, nel silenzio di entrambi, alla preghiera. Terminata la recita silenziosa della decina, quando i campi operatori sono stati tolti dal piede della bambina, ella aveva ritrovato la vita. Quando, alcune settimane dopo, ella ci chiese come potesse ringraziarci per averle salvato il piede, le rispondemmo semplicemente che era alla mamma del Cielo che doveva rivolgere la sua gratitudine, poiché senza il suo aiuto benevolo, l'impossibile non avrebbe potuto essere superato. *"Dobbiamo pregare come se tutto dipendesse da Dio, e agire come se tutto dipendesse da noi"*, scrive Sant'Ignazio.

Fondare la ricerca e il progresso sul dovere di umanità

Consacrare la vita al capezzale del malato affinché l'umanità e la trascendenza abitino e allevino la sofferenza interiore, così come la terapia clinica stessa allevi o annulli il dolore somatico. Incarna-re la morte per accompagnarla e non fuggirla o precipitarla. Lotta-re contro il male che avvilisce la carne ferita, non piegarsi, ma perseverare e sperare. Agire in ogni cosa con compassione e misericordia. Restare umile al di là delle

proprie conoscenze e osare offrire la propria impotenza a ciò che ci supera. Queste sono le linee di condotta spirituale che proponiamo ai nostri studenti di integrare nella loro pratica medica futura affinché, al di là della competenza offerta, essa abbia un reale valore umano aggiunto che, *in fine*, sarà la sua fecondità. Tutti questi precetti, assorbiti da cuori sensibili, tracciano il loro quotidiano; ma bastano a illuminare il cammino esitante che costruisce l'avvenire della medicina a seconda dei progressi scientifici?

La medicina è una scienza in perpetuo movimento. Il progresso fa parte dei suoi doveri essenziali. Non si può accettare la perennità dell'incomprensione dei meccanismi che governano alcune malattie o l'impotenza curativa di fronte ad altre, come una inevitabile fatalità. È quindi giusto sezionare su scala molecolare, fino all'infinitamente piccolo, i piccoli meccanismi della vita per comprenderne e trattarne gli smarimenti, così come è legittimo esplorare il corpo morto per alleviare la sofferenza dei vivi. Il nobile compito che si fissa la ricerca medica è quello di spingere oltre i limiti del sapere e a volte quelli del possibile, affinché tutte le risorse che offrono la vita stessa e il mondo che ci circonda, possano essere giustamente sfruttate per trattare la malattia e *restituire all'uomo la sua autonomia e la sua integrità*. Spinta fino all'uso delle molteplici potenzialità delle cellule primordiali, questa logica tuttavia non è priva di rischi: essa, in effetti, minaccia di chiudere gli scienziati in un materialismo disumanizzato, paragonabile a quello dei medici prigionieri nei corridoi stretti e riduttivi della *evidence-based medicine*. Il progresso scientifico, che vive della trasgressione oggettiva e simbolica delle barriere del sapere, deve dunque essere temperato, nello spirito nascente dei giovani ricercatori, da un'etica propria, fondata sugli stessi valori universali di quelli ricordati più in alto al fine di farvi riferimento nelle scelte terapeutiche.

La nostra università ha sempre assunto risolutamente il dovere di progresso. Fin dalla sua fonda-

zione, André Vésale vi ha gettato le basi della medicina e della chirurgia moderna, a prezzo di uno sconvolgimento fondamentale delle conoscenze anatomiche. Allo stesso modo, il presbitero Lemaitre, padre della teoria del Big Bang, vi ha definito i limiti fisici dell'Universo. Più vicino a noi, Christian de Duve, Premio Nobel per la medicina, vi ha descritto i lisosomi. Questo passato ci obbliga ad assistere non soltanto i nostri malati al meglio del sape-re attuale, ma anche a contribuire a creare per la loro salvezza, un saper o un saper fare nuovi che renderanno maggiormente la *loro dignità*. La trasgressione non è esclusa da questo dovere, a condizione che si fondi nell'uomo, immagine fedele del Creatore, e non persegua altro fine che quello del ripristino della sua umanità. In nessun caso il principio di precauzione può essere opposto, come ostacolo d'inerzia, all'adempimento di questo dovere imperativo. Così è stato lungo il nostro cammino quando, nel filo continuo delle nostre ricerche sullo sviluppo e la natura del volto umano, il destino ci ha chiamati a pensare, concepire, e poi realizzare con i nostri studenti, il primo trapianto facciale al mondo. L'idea di dover realizzare questo intervento innovatore è a noi imposta nel registro dell'evidenza e anche quasi, dovremmo dire, in quello dell'*illuminazione*. Prima spaventati da una tale impresa che richiedeva di andare a strappare a una donna clinicamente morta i tratti della vita prima che la morte li porti via, pur se per restituire una figura umana ad un'altra donna il cui volto ferito era diventato cranio, abbiamo capito, nel rifugio del raccoglimento, che questo gesto simbolico non era opera di pretesa, ma di *umiltà*. Là dove la nostra esperienza ci aveva insegnato, in effetti, che tutta la nostra arte chirurgica si rivelava incapace di replicare il genio della natura e dunque quello del Creatore, dovevamo, con modestia, accettare che solo un presto a questo genio sarebbe stato tale da far progredire la nostra arte, al solo beneficio dei nostri malati sfigurati. Il cielo che noi crediamo ci abbia ispirato questa nobi-

le esperienza – *Curare vuol dire sperimentare*, scriveva Vésale – ci ha guidato, poi, con benevolenza, sui cammini sconosciuti della creazione e della scoperta. Per ogni storia condivisa nella fede, i volti visibili e invisibili del vangelo si sono discretamente rivelati a noi, costituendo in qualche modo, lungo il corso del nostro percorso scientifico e spirituale, i capitoli di un vangelo fino alle stazioni di un venerdì santo. L'operazione moralmente inconcepibile, tecnicamente improbabile, si è fatta *eucaristia*. Da un corpo rotto, condiviso una prima domenica d'avvento, è nata, per la paziente che ha ricevuto il trapianto, una vita nuova. Disumano era il gesto di prendere o ricevere il volto di un morto. Sovrumano era il gesto di dare il proprio volto, questa parte di noi stessi che auspiciamo sopravviva nel ricordo di coloro che abbiamo amato. Ma umano, profondamente umano e radicato nella speranza cristiana era il gesto di accettare di essere, con le proprie mani, l'umile traghettatore di questo scambio misterioso in cui si opera, come una transustanziazione, un simbolico passaggio di vita da un essere umano ad un altro. L'esperienza iniziale di questa *refigurazione*, ripetuta una trentina di volte da noi stessi e da molte altre équipe

mediche in Francia, Spagna e negli USA, fa parte oggi del patrimonio chirurgico comune: ormai accessibile a tutti, essa non ha che una sola e nobile missione: ripristinare, nei grandi feriti del volto, l'immagine essenziale dell'umano che porta in lui il volto, specchio dell'anima, *trascendenza del visibile*.

Mentre la grande maggioranza dei nostri colleghi del mondo medico si è stupita del fatto che non abbiamo attribuito questo progresso tecnico ai soli meriti della scienza, della nostra pretesa intelligenza e del nostro talento collettivo – “*Why such Christianity?*”, uno di loro si era indignato perché in una presentazione scientifica, avevamo associato una suoneria discreta delle *Lodi* all'immagine cinematografica della reviviscenza del trapianto facciale –, i nostri studenti, invece, hanno facilmente compreso che questa avventura di cui abbiamo portato loro testimonianza, aveva rivestito per noi una dimensione etica e spirituale, profondamente ancorata nel rispetto dell'alterità e dell'umano. Questo fatto è per noi vera fonte di entusiasmo, incoraggiamento e speranza. L'ospedale in cui abbiamo scelto di svolgere, attraverso la nostra missione curativa, il nostro dovere di cristiani, resta, mediante la sofferenza umana che

interpella continuamente le coscenze che si chinano sul destino di coloro che sono resi fragili dalla malattia, un luogo per eccellenza di *umanizzazione ed evangelizzazione incarnata*. L'impresa che esercitano oggi la ragione e la scienza sulla vita e sulle decisioni dei curanti, non inaridisce necessariamente i loro cuori che restano governati da un'anima sensibile che aspira alla *carità*. Anche se i giovani medici delle generazioni future non potranno mai abbandonare i vincoli normativi, irreversibilmente stabiliti, di una *evidence-based medicine* che, filosoficamente, dipende dalla corrente di pensiero *post-umanista*, noi continueremo a credere con fiducia che, di fronte al dovere di creare delle conoscenze nuove ai confini di ciò che costituisce l'essenza della vita, essi comprenderanno, in una prospettiva filosofica nuova, *transumanista*, che la scienza è un'opera che certamente eleva lo spirito umano, ma che avvicina anche l'anima attenta a Dio. “*Poca scienza, diceva Pasteur, allontana da Dio, ma molta riconduce a Lui*”.

Il progresso medico resterà, così, un dono del Cielo, una grazia che, attraverso una volontà benefica, caritatevole e misericordiosa, porta Cristo accanto al letto di ciascun malato. ■

L'Ospedale Militare e l'Evangelizzazione della Pace

GEN. VITO FERRARA

*Generale di Brigata
dell'Arma dei Carabinieri,
Vice Direttore di Sanità
dell'Arma dei Carabinieri,
Italia*

Apparentemente parlare di Ospedali Militari e di Pace potrebbe sembrare un controsenso: nel corso della relazione però

tenterò di illustrare come anche in territori di guerra e indossando una uniforme si può fare della “evangelizzazione” testimoniando il proprio amore a Dio e ai fratelli.

Teatri operativi

Nelle missioni in teatro operativo gli ufficiali medici e il personale infermieristico dell'Arma

dei Carabinieri, oltre ad assicurare l'assistenza sanitaria ai militari impegnati in operazioni di servizio, svolgono attività di:

- intelligence (studio dell'ambiente e delle strutture sanitarie del territorio, malattie endemiche);
- assistenza sanitaria nei confronti della popolazione civile (ambulatorio e visite mediche a domicilio per la popolazione, visite e sostegno agli ospedali locali).

In tali occasioni i medici hanno la possibilità di visitare tantissime persone, uomini, donne e bambini, entrando in contatto con una realtà particolarmente dolorosa ma che riempie la giornata di ognuno di noi medici di altissimi significati morali e professionali.

Il contatto professionale, ma ancor più umano, con queste popolazioni devastate dalla guerra e dall'odio può essere sicuramente una ottima occasione di evangelizzazione per noi cattolici, soprattutto in relazione al fatto che la maggior parte dei teatri operativi si trova in nazioni la cui religione ufficiale non è quella cattolica.

Ospedali militari da campo

Ora vedremo di seguito alcuni esempi di ospedali militari da campo italiani nei vari teatri operativi in cui il nostro Paese è impiegato in missioni di pace: Afghanistan, Libano, Ciad e Iraq, Timor Est, Kosovo e Bosnia.

L'ospedale militare da campo a seconda della capacità di ricovero e chirurgica può avere diverse denominazioni (Role 1, Role 1 plus, Role 2, Role 3) ed è organizzato con una sala di attesa, pronto soccorso, reparti di medicina, chirurgia, laboratorio di analisi e radiologico (comprensiva di TC), sale di ricovero e cura. È un ospedale completo di strumentazione clinica e chirurgica e consente di fare anche interventi chirurgici di una certa difficoltà ed importanza.

Ambulatorio mobile

L'arma dei Carabinieri in particolare, oltre alle normali ambulanze in grado di raggiungere i terreni e i territori più aspri e difficili, è dotata di un Poliambulatorio Mobile e un Centro Mobile di Telemedicina. Sono due mezzi bellissimi nei quali ho lavorato in diverse occasioni tra cui in Iraq, Nassirya, e in occasione di soccorsi alle popolazioni vittime dei terremoti in territorio nazionale.

Nel Poliambulatorio Mobile sono costituiti ambulatori di:

- Cardiologia;

- Otorinolaringoiatria con audiometria ed endoscopia;
- Ginecologia;
- Oculistica;
- Laboratorio di analisi.

Nel Centro Mobile di Telemedicina si possono avere gli stessi ambulatori con la possibilità di inviare in Italia, dall'estero, i risultati dei vari accertamenti clinici effettuati da personale sanitario paramedico e farli refertare negli ospedali militari in territorio nazionale.

Con questi due Poliambulatori Mobili, impiegati in Iraq, siamo arrivati fino ai più piccoli paesi per prestare la nostra opera (ambulatorio, visite mediche, vaccinazioni etc.).

Evangelizzazione

Ma tutto questo cosa c'entra con "l'evangelizzazione della pace"? L'importante, secondo me, è vedere come si fanno le cose; cioè come viene fatta la nostra attività di medici in questi territori particolari e in situazioni di guerra. Se ciò che facciamo viene fatto solo per filantropia o solo per rispettare le regole di ingaggio e per assolvere a semplici compiti lavorativi, allora non possiamo parlare di evangelizzazione! Ma se in ogni cosa che facciamo e se nelle persone che soccorriamo e curiamo vediamo il volto di Cristo, allora la situazione cambia.

La mia esperienza personale mi ha insegnato che anche con le grandi difficoltà dovute alla differenza di religione, se la persona che abbiamo di fronte si accorge che ciò che facciamo viene fatto con amore e con passione, riusciamo a fare breccia anche nei cuori più duri e a entrare in sintonia anche con le persone più ostili e difficili.

Ad esempio, ho eseguito un'autopsia a Nassirya dopo l'uccisione di un interprete iracheno a seguito di un violento scontro a fuoco. Il fatto di aver prima lavato, pulito e poi vestito il corpo insanguinato del morto alla presenza dei numerosi famigliari e il rispetto usato nei confronti del loro congiunto ha consentito, a me cattolico, di toccare e lavorare su un corpo di

un musulmano e addirittura di essere invitato a partecipare ai funerali.

Un altro modo di evangelizzare è creare asili per bambini e per orfani, fare il presepe e l'albero a Natale; creare aule scolastiche e fornire quaderni, matite colorate, penne, giochi per i bambini. Andare negli orfanotrofi e nelle carceri per curare e distribuire vitto. Fare tutto ciò anche dopo aver subito un attacco con mortai o aver subito uno scontro a fuoco e far capire che la passione per il nostro lavoro di medici e l'amore per i fratelli sono più forti anche della paura che ti attanaglia mentre ti sparano addosso e mentre vedi un connazionale ferito o morente.

Una bella immagine che porto sempre con me nei convegni di questo tipo è la seguente: un gruppo di donne irachene vestite con il burka nero e il volto completamente coperto. Accanto a loro, nella strada, due bambine di circa 10 anni che indossano un grembiulino scolastico regalato da noi italiani, con quaderni e libri sotto il braccio che vanno a scuola! Questa immagine è apparentemente normale e banale ma dobbiamo riflettere sul fatto che ci troviamo in un paese musulmano integralista dove le donne, anche le bambine, devono essere sempre coperte e non devono assolutamente andare a scuola: anche da queste piccole cose si può arrivare alla evangelizzazione e alla pace. Le donne di ogni popolo e soprattutto le donne musulmane sono veicolo fondamentale per la evangelizzazione e la pace tra i popoli.

Infine alcune piccole chiese sono state costruite dai militari con l'aiuto dei cappellani militari e, in alcune zone (Ciad, Timor Est), con l'ausilio dei sacerdoti missinari in quei territori. Il testimoniare con garbo ma con decisione la propria fede è segno di evangelizzazione e di testimonianza anche per quei popoli particolari.

Un'altra immagine che ricordo riguarda il Patriarcato di Pec, in Kosovo: una bellissima ed enorme pianta di gelso ha una radice comune ma il fusto si divide in due parti, una verso est e l'altra verso ovest. Secondo la tradizione la divisione del fusto è avvenuta al momento dello scisma del-

la Chiesa di Oriente con quella di Occidente. La fronda però si riavvicina e si interseca ed è questa la speranza per noi Cristiani: ritor-
nare all'Unità in Cristo.

Per concludere riporto le paro-
le del papa Paolo VI che la dome-
nica 17 maggio durante la visita
all'Ospedale Militare del Celio in
Roma, pur ribadendo la necessi-
tà di una pace duratura tra i po-
poli afferma: “[...] il Papa è am-
miratore, sotto questo aspetto, del
soldato; sa cosa significa l'orga-
nizzazione umana di un reparto
militare, di un esercito; quale di-
spendio di energie morali, di con-
cetti superiori essa porta con sé.
Basta osservare quanto sia grande
ed umano il fenomeno *comando*,
cui risponde il fenomeno *obe-
dienza*; che cosa significhi la di-
sciplina, quale sia il canone fon-
damentale della vita militare che
è quello di *offrire la propria vita
per il bene degli altri*; il sacrificio.
[...] di avere questa energia pro-
pria dei militari; di saper impiega-
re per il bene, per la tua fede, per
la carità, per la tua vita anche civile,
l'energia e la pienezza di virili-
tà morale che il soldato fa propria
e sempre professa”.

In conclusione, da quello che
emerge da quanto detto e dal-
la mia esperienza quale Ufficiale

Medico, riprendendo le parole del
profeta Isaia dobbiamo sperare e
credere ...*di veder trasformarsi le
“lance in falci”* e impegnarci af-
finché ogni ospedale, civile e mi-
litare, realizzi questa occasione
feconda di fratellanza tra i popo-
li, di spiritualità ed evangelizza-
zione.

Il penultimo pensiero va ai no-

stri caduti che hanno testimoniato
con la vita l'amore per i fratelli, e
l'ultimo è per la nostra protettrice,
la *Virgo Fidelis* con la preghiera
che quotidianamente in Patria e
in Teatro Operativo i Carabinieri
rivolgono a Maria: in questa pre-
ghiera non si parla di guerra ma di
pace, amore e fratellanza.

Grazie.

Preghiera del Carabiniere

Dolcissima e gloriosissima Madre di Dio e nostra,
noi Carabinieri d'Italia,
a Te eleviamo reverente il pensiero,
fiduciosa la preghiera e fervido il cuore!

Tu che le nostre Legioni invocano
confortatrice e protettrice
con il titolo di “*Virgo Fidelis*”.
Tu accogli ogni nostro proposito di bene
e fanne vigore e luce per la Patria nostra.

Tu accompagna la nostra vigilanza,
Tu consiglia il nostro dire,
Tu anima la nostra azione,
Tu sostieni il nostro sacrificio,
Tu infiamma la devozione nostra!

E da un capo all'altro dell'Italia
suscita in ognuno di noi
l'entusiasmo di testimoniare,
con la fedeltà fino alla morte
l'amore a Dio e ai fratelli italiani.

Amen!

La gestione ospedaliera tra razionalizzazione e difesa del diritto alla salute

DOTT. ANTHONY R. TERSIGNI

Presidente e
Direttore Esecutivo,
"Ascension Health Alliance"
Office,
U.S.A.

E minenze, Eccellenze e genti-
li ospiti, è un piacere essere
qui. La Conferenza Internaziona-
le del Pontificio Consiglio per gli

Operatori Sanitari è sempre un in-
contro stimolante ed emozionan-
te. Qui si fa un lavoro importante.
Le nostre discussioni riguarderan-
no una riflessione ponderata sulle
sfide sempre più complesse che
dobbiamo affrontare oggi in am-
bito sanitario.

Il tema di questo gruppo di stu-
dio è “L'ospedale, luogo di evan-
gelizzazione: una missione uma-
na e spirituale”. Il mio intervento
riguarderà la gestione ospedaliera

tra razionalizzazione e difesa del
diritto alla salute. Come hanno
affermato i Vescovi statunitensi
nella loro lettera pastorale sulla
salute e l'assistenza sanitaria, “sin
dalla prima tradizione della Chie-
sa ad oggi, la missione di evange-
lizzazione che Gesù ha affidato ai
suoi seguaci, include la guarigio-
ne come una parte importante”. In
Luca, Gesù dice: “Quando entre-
rete in una città e vi accoglieranno
[...] curate i malati che vi si tro-

vano e dite loro: Si è avvicinato a voi il regno di Dio” (10,8-9).

Quando ho cominciato a riflettere sul compito affidatomi, mi è venuto alla mente un altro passo della Scrittura, e cioè il Vangelo di Giovanni: “Io sono la vera vite e il Padre mio è il vignaiolo. Ogni tralcio che in me non porta frutto, lo toglie e ogni tralcio che porta frutto, lo pota perché porti più frutto ... Io sono la vite, voi i tralci. Chi rimane in me e io in lui, fa molto frutto, perché senza di me non potete far nulla” (15,1-5). Se dobbiamo portare frutti dobbiamo rimanere in Cristo, e la vite deve essere tagliata dei suoi rami secchi. Se deve portare frutti, il ministero di guarigione deve rimanere in Cristo e restare fedele alla sua identità cattolica. Analogamente, se a produrre frutti deve essere un sistema sanitario, in particolare quello frammentato degli Stati Uniti, dobbiamo bruciare i rami secchi che si traducono in rifiuti, inefficienze e strutture sociali peccaminose, che impediscono la realizzazione del diritto di un’assistenza sanitaria adeguata per tutti.

Non c’è dubbio che il sistema sanitario degli Stati Uniti ha bisogno di questa attenzione. A questo punto, gli USA sono ancora l’unica nazione ricca e industrializzata che non garantisce a tutti i suoi abitanti una copertura del 100% o un accesso totale a cure sanitarie di qualità, e a prezzi ragionevoli. Pur se la recente approvazione dell'*Affordable Care Act* del Presidente Obama ha esteso la tutela sanitaria pubblica e privata a molti di quegli individui che attualmente non hanno una copertura adeguata, non tutti i problemi saranno risolti. L’ingiustizia sociale generata dall’incapacità di riconoscere e di rispondere al diritto di tutte le persone ad un’adeguata assistenza sanitaria, ha fatto sentire i suoi effetti sul sistema americano. Negli USA gli ostacoli all’accesso incontrati da coloro che non sono assicurati hanno contribuito, in generale, a risultati sanitari modesti. Secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità, il sistema sanitario degli Stati Uniti è il più elevato in termini di costi, e ancora, è al 37° posto in termini di prestazioni complessive mentre si classifica 72° per livello generale di salute.

Rispetto a dieci paesi europei, gli Stati Uniti hanno una prevalenza molto più elevata di cancro, malattie cardiache e ictus nella popolazione di 50 anni di età e oltre.

Inoltre, negli USA ci sono differenze significative negli esiti relativi alla salute per le minoranze razziali. Come riportato nel 2011, il tasso di mortalità aggiustato per i maschi afro-americani è di 942,6 per 100.000, mentre è 744,7 per i maschi bianchi. Allo stesso modo, come riportato nella scheda 2011 del National Cancer Institute, mentre il tasso di incidenza del carcinoma mammario è più elevato tra le donne caucasiche rispetto alle donne afro-americane (132,5 vs. 118,3 per 100.000), il tasso di mortalità è molto più alto per gli afro-americani (33,8 vs. 25,0 per 100.000). Queste discrepanze riflettono le ingiustizie e le strutture sociali peccaminose che richiedono più di una semplice estensione della copertura assicurativa per essere corrette.

Mentre l’ampliamento della copertura assicurativa sanitaria è un punto di partenza, ulteriori sforzi devono essere intrapresi in difesa del diritto alla salute. Appartenendo al mondo creato, noi non abbiamo altra scelta se non quella di riconoscere e invitare gli altri ad accettare la realtà che, se tutti devono avere accesso a certe cure mediche, non si può avere accesso a tutte le forme di assistenza disponibili. Sia che la chiamiate trasformazione dell’assistenza sanitaria, riforma sanitaria, o forse anche razionalizzazione, uno dei compiti più importanti che i leader del ministero sanitario cattolico negli Stati Uniti possono intraprendere è quello di razionalizzare l’erogazione e i sistemi di finanziamenti.

Ci sono due modi per comprendere, dal punto di vista concettuale, il termine “razionalizzazione”. Uno è quello di escogitare ragioni auto-soddisfacenti ma non corrette per il proprio comportamento. Questo tipo di razionalizzazione avviene troppo spesso nel sistema sanitario di oggi. L’altro modo che io intendo per i nostri scopi di oggi, è quello di razionalizzare secondo i principi della ragione.

Nel contesto del sistema sanitario, quindi, questo significa ristrutturare o ridisegnare i processi di erogazione e di finanziamento per creare un sistema coerente che sia ordinato non in base ai vincoli del mercato, alle richieste della politica o addirittura alle esigenze di coloro che prestano assistenza sanitaria, ma in base alle esigenze delle persone che si rivolgono a noi per la guarigione nel suo senso più pieno, cioè per la cura del loro corpo, della loro mente e del loro spirito. Solo eliminando le inefficienze dei servizi di assistenza sanitaria negli Stati Uniti, saremo in grado di dare ai nostri fratelli e sorelle la cura a cui hanno diritto, in quanto immagine e somiglianza di Dio.

Solo eliminando, inoltre, le endemiche ingiustizie sociali e le peccaminose strutture sociali che fanno sì che i rami appassiscano sulla pianta, possiamo garantire che essi ricevano questa cura in un modo che riflette veramente il ministero sanante di Gesù nel mondo di oggi. Come la vite e i suoi tralci, la razionalizzazione dell’erogazione dell’assistenza sanitaria e il diritto alla salute hanno radici comuni. Questo apparato radicale condiviso è, in realtà, legge naturale di Dio, rivelata all’umanità sia attraverso le Sacre Scritture sia attraverso la ragione.

Proprio come la nostra dignità umana intrinseca ha come unica fonte l’essere stati fatti ad immagine e somiglianza di Dio, così è anche in virtù di questa origine che condividiamo il dominio di Dio – che partecipiamo all’atto continuo di creazione di Dio – attraverso il dono della ragione. Mentre la ragione in sé non è la fonte della nostra dignità umana, dobbiamo usare la nostra ragione al servizio delle opere di misericordia e delle opere di giustizia. Come Papa Giovanni Paolo II ha detto: “La Chiesa non può rimanere insensibile a tutto ciò che serve al vero bene dell’uomo, così come non può rimanere indifferente a ciò che lo minaccia” (*Redemptor hominis*, 13). Credo che il fallimento nel riconoscere e nel rispondere al diritto ad un’adeguata assistenza sanitaria per tutte le persone sia una rea-

le minaccia, e la razionalizzazione dell'assistenza sanitaria può servire al vero bene dell'umanità. Pertanto, tutti coloro che sono impegnati nel ministero di guarigione della Chiesa condividono la responsabilità di impegnarsi in una strenua lotta per razionalizzare il sistema sanitario e correggere eventuali strutture sociali, politiche ed economiche ingiuste che interferiscono con la nostra capacità di guarire il mondo ferito, come Gesù ci ha insegnato con il suo esempio.

Come ha affermato Giovanni XXIII nell'enciclica *Pacem in terris*, il fondamentale diritto dell'uomo alla vita implica un diritto ai beni basilari necessari per il corretto sviluppo della vita stessa, e quindi sono elementi essenziali del bene comune. Tra i beni fondamentali ci sono cure mediche sufficienti e sicurezza in caso di malattia, vedovanza e vecchiaia (cfr. n. 6). La corrispondente visione di giustizia distributiva richiede che tutti abbiano un sufficiente accesso alle cure sanitarie, e non solo una copertura assicurativa sanitaria. Questa visione è la base della responsabilità sociale dei servizi sanitari cattolici, come descritto nella prima parte delle Direttive Etiche e Religiose per i Servizi Sanitari cattolici: "Il primo diritto della persona umana, il diritto alla vita, comporta il diritto ai mezzi per il corretto sviluppo della vita, come un'assistenza sanitaria adeguata" (cfr. anche, USCCB, *Health and Health Care I*, pp. 5, 17-18, e *Catechismo della Chiesa Cattolica*, nn. 1928, 1936, 1937, 2211, 2239, 2446, 2820).

La realizzazione di questa visione ci impone di riconoscere che, come la vite e i tralci, il diritto ad un'adeguata assistenza sanitaria e l'imperativo di razionalizzare la sanità hanno le stesse radici, la dignità intrinseca di ogni vita umana, dal concepimento alla morte, poiché siamo stati fatti a immagine e somiglianza di Dio. In questo modo, la razionalizzazione dei servizi sanitari e la difesa del diritto alla salute non sono opposti l'uno all'altro come estremi opposti di un continuum, ma piuttosto la razionalizzazione della sanità è un mezzo necessa-

rio e appropriato per rispondere al diritto alle cure sanitarie e, in tal modo, contribuire al bene comune e alla promozione e difesa della dignità umana.

Le norme morali che scaturiscono dalla convinzione fondamentale che ogni vita umana è un valore in sé meritevole di tutela, e che guidano il ministero della salute cattolica, sono veramente universali. Sin dall'inizio della tradizione ippocratica della medicina, circa 500 anni prima di Cristo, la norma universale fondamentale della medicina era "Primum non nocere", "primo, non nuocere". Già prima degli anni '60, il *Codice Etico dell'Associazione Medica Americana* era praticamente lo stesso delle *Direttive Etiche e Religiose per i Servizi Sanitari cattolici* di oggi. Per migliaia di anni, poi, le linee guida della pratica della medicina e della tradizione morale cattolica erano come due diversi rami della stessa vite. Fino agli anni '60, nessun professionista sanitario avrebbe mai pensato seriamente di eseguire aborti o aiutare i pazienti ad uccidersi e tanto meno ad eseguire un atto di eutanasia. Oggi, la presenza del ministro sanante della Chiesa assume un'importanza sempre maggiore, e rende la possibilità di evangelizzazione sempre più presente.

Proprio perché tocca la vita di coloro che serve quando sono più vulnerabili, il ministero sanante cattolico può essere un potente strumento di voce profetica della Chiesa per il bene di tutte le persone. Più che il semplice rifiuto di fornire alcune procedure contrarie alla dignità umana, la forza e la visione trasformante del ministero sanante cattolico stanno nella possibilità, nel ruolo e nella capacità di agire come un influsso positivo sulla pratica della medicina e sulla cultura dell'assistenza sanitaria. Soprattutto, il potere trasformante di questa voce profetica sta nell'impegno costante del ministero sanante cattolico di continuare la presenza salvifica di Gesù nel mondo di oggi. Per razionalizzare veramente il sistema sanitario dobbiamo restare in Cristo. Dobbiamo cercare di vivere la nostra identità cattolica mentre guidiamo la trasformazione

dell'assistenza sanitaria in modo razionale, affinché possiamo rispondere ai diritti più elementari che tutte le persone hanno in comune.

Vorrei condividere con voi quelle che ritengo essere le prime cinque priorità gestionali per i leader dei sistemi sanitari cattolici negli Stati Uniti, per quanto riguarda la razionalizzazione del sistema sanitario. Le cinque priorità sono come i tralci di una vigna che faranno sì che i nostri sforzi per razionalizzare l'assistenza sanitaria derivino direttamente dalla nostra identità di ministri di Cristo e portino frutto, sfruttando la forza e trasformando la visione della nostra identità cattolica nel rispondere in modo più adeguato al diritto alle cure sanitarie. Senza nessun ordine particolare, queste cinque priorità sono: 1) programmi di formazione teologica e spirituale per i laici; 2) solidarietà con coloro che vivono in condizioni di povertà e provano le ingiustizie che accompagnano l'emarginazione sociale; 3) esercizio di un robusto concetto di gestione responsabile che vada oltre il semplice fare di più con meno; 4) sviluppo di un nuovo modello di assistenza sanitaria che offre una cura veramente centrata sulla persona e 5) impegno fedele alla visione della Chiesa sulla vita umana e le norme morali che scaturiscono da quella stessa visione.

Per quanto riguarda la prima priorità, e cioè programmi di formazione per leader laici del ministero della sanità cattolica, ho personalmente scelto di farne una priorità per la nostra organizzazione *Ascension Health Alliance*. Nella morale sociale di oggi in materia di scelte, consumismo e consequenzialismo, guidare un ministero della salute richiede più di un semplice e sofisticato senso degli affari. I nostri leader devono possedere una centralità spirituale e un allineamento con la nostra tradizione che sostengano un impegno costante per la missione e l'identità dell'organizzazione. Una componente essenziale della leadership ministeriale è un carattere virtuoso che ci predispone a fare la cosa giusta, anche quando è difficile, sgradevole o

comporta conseguenze meno che desiderabili.

Nella nostra tradizione, la nostra seconda priorità, cioè la solidarietà, può essere intesa sia come virtù sia come principio. In linea di massima essa guida la nostra distribuzione dei beni materiali per un ordine sociale più giusto. Come virtù, va al di là di un interesse per i beni materiali del mondo creato e ordina la condivisione dei beni spirituali, mentre una “opzione preferenziale” per i poveri e i vulnerabili è spesso considerata una delle caratteristiche principali e distintive dell’assistenza sanitaria cattolica, qualcosa di più di quella necessaria per affrontare le sfide economiche dell’ambiente sanitario di domani. Dobbiamo anche rispondere a coloro il cui diritto alla salute nel mondo di oggi non è né preso in considerazione né atteso. La solidarietà, intesa sia come una virtù sia come un principio, deve guidare la nostra pianificazione operativa e strategica volta a garantire una presenza vitale necessaria in zone scarsamente servite, a volte economicamente devastate, anche se sappiamo che non sarà redditizia.

La capacità di prendere decisioni così difficili esige che i leader abbiano fiducia nella loro capacità di esercitare la nostra terza priorità, cioè il governo responsabile delle risorse limitate dei loro sistemi sanitari. Per essere sicuri, tale gestione esige che si riduca al minimo il consumo di risorse, si eliminino gli sprechi, e si guarisca senza arrecare alcun danno, ottimizzando i risultati e fornendo la massima qualità delle cure. In questo contesto, l’utilità medica e l’efficienza operativa sono essenziali per rimanere sostenibili anche quando si sceglie volontariamente di rimanere in un particolare mercato per motivi diversi dal beneficio economico. Anche se tale decisione deve essere presa con la maggiore prudenza e cautela possibili, una nozione sufficientemente robusta di gestione all’interno della nostra tradizione comprende un elemento intrinseco di giustizia. Giustizia che richiede attenzione all’equità, alla correttezza e ai diritti umani fondamentali di tutti, inter-

si alla luce della destinazione universale dei beni.

Nel contesto di razionalizzazione sanitaria, una gestione che si traduce semplicemente nel fare di più di quello che già facciamo usando meno risorse non permette fino in fondo di assolvere i nostri obblighi; la gestione deve permetterci di cambiare radicalmente ciò che stiamo facendo e come lo stiamo facendo, alla luce, in primo luogo, di una comprensione adeguata del perché lo facciamo.

In poche parole, la ragione dell’esistenza del ministero della sanità cattolica è dovuta alla nostra quarta priorità: la persona umana, creata a immagine di Dio. Come sapete, ogni volta che Gesù guariva i malati o i feriti, li guariva non solo fisicamente, ma anche spiritualmente e socialmente. Come Papa Giovanni Paolo II ci ha ricordato, non dobbiamo lasciare che l’aspetto tecnico della medicina metta in secondo piano il fatto che il paziente è una persona che ha bisogno di guarigione in molteplici dimensioni. Una volta che ci riferiamo alla persona come “paziente”, nella nostra mente l’abbiamo già ridotta ad un oggetto del sistema sanitario e, di conseguenza, abbiamo dato priorità ai valori medici su quelli umani. Mentre la pastorale è una componente essenziale del ministero di guarigione, il modello attuale isola tale assistenza come separata e distinta, cioè, come accessorio.

Ciò che serve è un nuovo modo di immaginare la prestazione delle cure che tratti l’intera persona in modo integrato, che riconosca le cause molteplici della malattia, che incontri le persone là dove sono, piuttosto che chiedere loro di venire da noi, e che allinei gli obiettivi della relazione di cura secondo i valori umani e non semplicemente medici. Le cure palliative sono forse l’esempio migliore che abbiamo oggi di un tale approccio. Come Sua Santità Benedetto XVI ha osservato nel *Messaggio per la XV Giornata Mondiale del malato*, “è necessario promuovere politiche in grado di creare condizioni in cui gli esseri umani possano sopportare anche malattie incurabili ed affrontare la morte in una maniera degna. A questo proposito,

è necessario sottolineare ancora una volta la necessità di più centri per le cure palliative che offrano un’assistenza integrale, fornendo ai malati l’aiuto umano e l’accompagnamento spirituale di cui hanno bisogno. Questo è un diritto che appartiene a ogni essere umano e che tutti dobbiamo impegnarci a difendere”.

Eppure, le cure palliative sono un modello limitato a coloro che vivono con malattie croniche e/o terminali. Mentre dovrebbero rimanere una priorità assoluta, dobbiamo comunque continuare a cercare nuovi modelli di assistenza che pongano la persona, con tutte le sue esigenze di guarigione, al centro di tutto ciò che facciamo. Solo allora saremo in grado di mantenere la nostra promessa di continuare la presenza salvifica di Gesù nel mondo di oggi e portare la salute intesa, in senso biblico, come totalità, e annunziare il regno di Dio sulla terra guarendo l’umanità ferita come ha fatto Gesù.

Infine, vorrei soffermarmi sulla importanza della nostra quinta priorità, cioè la fedeltà alla visione della Chiesa sulla vita umana e le norme morali che derivano da questa visione. Per noi negli Stati Uniti, queste norme sono riassunte nelle Direttive Etiche e Religiose dei servizi sanitari cattolici, attualmente alla quinta edizione. Le ho volute lasciare per ultime perché sono la somma delle altre priorità. Io credo che, nel complesso, queste direttive etiche e religiose forniscono una tabella di marcia per la razionalizzazione dell’assistenza sanitaria. Mentre alcuni negli Stati Uniti le vedono come una fonte di critica all’assistenza sanitaria cattolica, mentre altri all’interno del ministero della sanità cattolica potrebbero anche essere tentati di considerarle un ostacolo a nuove iniziative imprenditoriali, in realtà è vero l’opposto. Vivendo fedelmente la nostra missione secondo l’insieme di queste Direttive, possiamo creare un sistema sanitario basato su principi razionali, centrati sulla persona umana intesa come immagine e somiglianza di Dio. Un sistema sanitario, cioè, che sia in grado di offrire assistenza di alta

qualità, sicura ed efficiente a tutte le persone, coerente con i loro diritti umani più fondamentali. A dire il vero, però, la pastorale della salute non può farlo da sola. Se vogliamo razionalizzare il sistema sanitario in difesa del diritto alla salute, dobbiamo formare nuove partnership con le organizzazioni che rispettano le nostre convinzioni fondamentali, cioè la nostra necessità di riallineare i sistemi locali di assistenza, realizz-

zare un continuum di cura per le nostre comunità, testimoniare un governo responsabile, fornire un accesso più equo ai poveri e vulnerabili, e mettere in atto la dottrina sociale della Chiesa. Mentre l'attuale modello di assistenza sanitaria negli USA è di competizione, quello di domani, di un sistema razionalizzato di assistenza sanitaria, è un modello di collaborazione.

Pertanto, nel terminare, vorrei

ringraziarvi per il tempo che mi avete dedicato e per l'attenzione che mi avete rivolto questo pomeriggio. Spero di essere riuscito a fornirvi informazioni per la vostra riflessione per quanto riguarda la razionalizzazione dei servizi sanitari in modo che noi, come ministero di guarigione della Chiesa, possiamo rispondere al diritto di tutti, e quindi proclamare la Buona Novella attraverso le nostre azioni. ■

La ricerca biomedica in ospedale

**DOTT.SSA
ORNELLA PAROLINI**
Direttore del Centro
di Ricerca E. Menni,
Fondazione Poliambulanza –
Istituto Ospedaliero,
Brescia, Italia

Breve premessa

Mi propongo con questa breve presentazione di tracciare un quadro all'interno del quale, facendo riferimento alla mia esperienza personale, emergano i tratti fondamentali dell'attività di **ricerca**. Vorrei poi restringere lo sguardo, concentrandolo sulla ricerca biomedica e sulle sue specificità, per contestualizzare infine la riflessione e calarla nell'ambiente ospedaliero, segnato da forti peculiarità, prima fra tutte il rapporto quotidiano con la persona nella malattia e nella sofferenza, che l'attività di ricerca certamente condivide, pur se in modo forse non così immediatamente percepibile dall'esterno.

In realtà l'attività di ricerca è profondamente intrisa di tutti quegli elementi che caratterizzano il normale vivere, pensare, agire dell'uomo e partecipa quindi di ogni dimensione della sua esistenza, inclusa quella di **Fede**. Se, da un lato, la ricerca appa-

re il luogo di approdo e di dispiegamento delle potenzialità della razionalità umana, che è dono di Dio, si offre anche al nostro sguardo una virtuosa circolarità, nella quale il ricercatore compie il percorso inverso e risale, attraverso il corretto uso del dono ricevuto, dalla creazione al Creatore, nell'impegno a indagare la realtà e nell'assunzione di responsabilità verso tutti gli uomini.

1. La ricerca e il desiderio di conoscere

Il **desiderio di conoscere** è profondamente connaturato all'uomo; lo ha accompagnato dagli albori della storia e a tutte le latitudini, e si ripresenta come costante a partire dalla prima infanzia di ogni individuo. Posto di fronte al reale e da questo provocato, l'uomo avverte nascere l'esigenza di comprensione del mondo e di sé. Né basta alla nostra ragione inventariare gli aspetti più superficiali ed evidenti. Corrisponde alla nostra natura profonda quel desiderio mai del tutto appagato, che Papa Paolo VI, nel suo *Messaggio agli uomini di Pensiero e di Scienza* dell'8 dicembre 1965, indicava con la felice espressione di S. Agostino "Cerchiamo con il desiderio di trovare, e troviamo con il desiderio di cercare

ancora". Infatti, l'uomo, e il ricercatore *in quanto uomo*, è segnato dall'anelito verso l'Infinito posto nel suo cuore dal Mistero. Tale tensione, come un vuoto che reclama di essere colmato, può non essere ancora completamente emersa a certi livelli del cammino dell'uomo. Essa può infatti rimanere ancora confusa su quale sia il suo Termine ultimo: inconsapevole dunque, benché percepita e presente. I teologi parlano di "autotrascendenza", ovvero della capacità di andare oltre se stessi, percependo che troviamo il nostro «senso» e la nostra «casa» non in noi, ma in qualcosa di più grande, di più fondamentale e originario di noi stessi. Questa esperienza è ben rappresentata dalla nozione di *stupore*: ci si stupisce, cioè si rimane come attoniti di fronte a qualcosa che ci sorprende e ci supera, di cui non abbiamo piena comprensione, ma piuttosto ancora più una *intuizione* che non una *consapevolezza*. È proprio questa apertura a fare la grandezza dell'uomo, il quale, mentre acquisisce verità sempre più complesse, non dimentica di tenere aperta la porta alla Verità, evitando così la riduzione del reale alla propria limitata misura. "Il passo supremo della ragione consiste nel riconoscere che un'infinità di cose la superano" (Blaise Pascal, *Pensieri*, frammento 466). La consa-

pevolezza e l'accettazione della propria finitezza, e al contempo di una Grandezza che ci sopravanza, sono il segno di quell'intelligenza che è propria di chi sa gustare e amare le cose, e ci conducono all'emozione del conoscere, a quell'esperienza di meraviglia nella quale gli antichi riconoscevano peraltro l'origine del pensiero filosofico.

Non basta però al ricercatore acquisire conoscenze. Sarebbe ancora poca cosa se dallo stupore non nascesse il desiderio di **condivisione**, in un atteggiamento di apertura e di dono. La capacità di scandagliare la realtà nel profondo fa del ricercatore un vero e proprio testimone autorevole dello stupore suscitato dal creato. In lui il desiderio di conoscere è almeno pari a quello di far conoscere, di contribuire alla storia dell'umanità nella consapevolezza che nel proprio lavoro mette a frutto anche le fatiche di chi lo ha preceduto. Per questo l'autentico ricercatore, mentre raccolge quanto altri hanno seminato, è chiamato a rendersi disponibile a riporre i propri semi nel terreno comune in modo gratuito e senza distinzione alcuna, affinché altri ne possano beneficiare.

Nel procedere del ricercatore vi è uno stile proprio, costante in tutte le fasi del suo lavoro, che ha nella **criticità** la sua caratteristica precipua. Vi è una vera e propria esigenza della ragione, una vocazione della ricerca all'esercizio del dubbio.

Evitare la fatica della verifica, della discussione critica, è indice di superficialità, di pigrizia intellettuale e di rifiuto della propria **responsabilità** di rendere ragione di quanto si propone. La criticità non ha nulla in comune con la presunzione o la prevaricazione, ne è anzi l'esatto opposto. Esplinandosi nella disponibilità a mettere in discussione le acquisizioni proprie e altrui, essa comporta il rifiuto di ancorarsi a concetti e conoscenze dati per acquisiti e l'**umiltà** di mettersi sempre in discussione. Un concetto alto di ricerca, ci chiede di camminare sulle sue strade con audacia, con impegno generoso, in atteggiamento di libertà e fiducia, facendo nostra l'indicazione che il Santo

Padre ha offerto come elemento fondamentale per una teologia che sappia entrare in relazione con la contemporaneità e cioè "il coraggio di aprirsi all'ampiezza della ragione, non il rifiuto della sua grandezza". (Discorso di Benedetto XVI all'Università di Ratisbona. 12 settembre 2006).

In una ricerca guidata da un uso retto della ragione, non ridotta a un positivismo che nega dignità a tutto quanto non è empiricamente rilevabile, né assolutizzata in una autoreferenzialità disumanizzante, lo scienziato è partecipe della grandezza della creazione e viene condotto in modo sicuro alla verità: "La ragione è per sua natura orientata alla verità ed è inoltre in se stessa fornita dei mezzi necessari per raggiungerla" (*Fides et ratio* n. 49).

Nella moderna acquisizione di un potere smisurato da parte della scienza e della tecnica è insito il rischio che la sana e ragionevole autonomia rispetto al metodo, agli obiettivi e agli strumenti sia fraintesa e si trasformi in illusione di onnipotenza, nella quale si perde di vista la misura limitata dell'umano e ci si espone al pericolo di essere guidati dal desiderio di dominio. È questo un fenomeno già colto dal Concilio Vaticano II. *Gaudium et spes* osserva che l'uomo «coll'aiuto della scienza e della tecnica, ha dilatato e continuamente dilata il suo dominio su quasi tutta intera la natura e molti beni che un tempo l'uomo si aspettava dalle forze superiori, oggi ormai se li procura con la sua iniziativa e con le sue forze» (GS 33).

Il ricercatore si trova in questo senso davanti a un bivio: sentirsi più forte gloriandosi delle proprie conquiste o essere consapevole della propria creaturelità, riconoscendo una mano più grande che crea e regola la realtà e lo chiama al servizio della Verità e dell'umanità, con il di più di responsabilità che deriva dalla maggiore conoscenza.

Proprio perché: «gli scienziati sanno di più, devono servire di più. Poiché la libertà di cui godono nella ricerca dà loro accesso al sapere specializzato, hanno la responsabilità di utilizzare quest'ultimo saggiamente per il

bene di tutta la famiglia umana» ricorda Benedetto XVI, citando il suo predecessore Giovanni Paolo II (*Discorso di Sua Santità Benedetto XVI ai partecipanti alla plenaria della Pontificia Accademia delle Scienze*, 2006).

Il ricercatore può inoltre sperimentare nel proprio cammino quell'intuizione inattesa e sorprendente che, definita comunemente *pazzia del ricercatore*, mi piace invece leggere come illuminante dono di Colui che è Verità, di quella **Sapienza** che guida le piccole e grandi scoperte, giungendo a volte ispirazione improvvisa, a volte stimolata dalle circostanze: "In aiuto alla ragione che cerca l'intelligenza del mistero vengono anche i segni presenti nella Rivelazione" (*Fides et ratio* n. 13).

2. La ricerca biomedica: un'espressione concreta della ricerca scientifica

Tecnicamente parlando si comprendono entro il termine *ricerca biomedica* branche diverse della ricerca medica: la *ricerca di base*, che mira a comprendere meccanismi che soggiacciono alle diverse patologie; la *ricerca applicata*, che cerca di dare risposte alla clinica; la *ricerca traslazionale*, basata su un continuo circolo tra la ricerca di base e quella clinica, "dal bancone al letto del paziente". Tutte e tre queste tipologie di approccio sono condotte con la finalità di aumentare la conoscenza nel settore della ricerca medica con l'obiettivo di migliorare diagnosi e/o terapia.

2.1 Un esempio di ricerca biomedica all'avanguardia: la ricerca sulle cellule staminali

La ricerca di base sulle cellule staminali procede ogni giorno a grandi passi grazie agli importanti risultati raggiunti.

Anche nel campo delle cosiddette terapie cellulari avanzate sono iniziati numerosi *trial* clinici.

È ormai noto che tutti i tessuti adulti post-nascita, dai tessuti placentari, fetali, sino a quelli che costituiscono un organismo adul-

to, sono miniere dalle quali è possibile isolare cellule staminali. È divenuta altrettanto nota ed è stata ed è oggetto di vivace dibattito la possibilità di isolare cellule staminali dalla blastocisti, le cosiddette cellule staminali embrionali. Queste sono caratterizzate, come immaginabile, da un'elevata potenzialità di differenziazione in cellule di diversi tessuti. Recentemente, anche per la risonanza mediatica avuta dall'attribuzione del premio Nobel ai ricercatori che per primi hanno messo a punto la strategia per ottenerle, si sono imposte all'attenzione le cosiddette "induced Pluripotent Stem cells" (iPSC), ossia cellule staminali pluripotenti ottenute da cellule adulte in seguito ad una loro riprogrammazione genetica mediante l'introduzione di geni che le possano riportare ad uno stadio simil embrionale, recuperandone sia le interessanti caratteristiche di differenziazione verso cellule di tutti e tre i foglietti embrionali [ectoderma (es. epitelio cavità digerente e polmonare); mesoderma (es. muscoli, ossa, sangue) ectoderma (es. tessuti epidermici e del sistema nervoso)], sia la caratteristica, comune anche alle cellule staminali embrionali, di formare teratomi dopo l'inoculo in animali.

La metodologia per ottenere le iPSC è stata da molti salutata come una vittoria etica, perché permette di ottenere cellule «simil embrionali» senza la necessità di creare o distruggere embrioni umani. Da un punto di vista biologico, le iPSC sono innegabilmente di grande interesse e pertanto rappresentano una scoperta di notevole rilievo. Tuttavia, ritengo che il clamore sia stato piuttosto acritico e avventato quando riferito alla potenzialità clinica di queste cellule, almeno in tempi brevi, in quanto alcuni geni correlati alla pluripotenza sono riconosciuti per la loro potenziale oncogenicità. Va ammesso che poco o nulla si conosce della biologia e del reale potenziale terapeutico di tali cellule, per le quali ad oggi sia per le loro caratteristiche simil embrionali, sia per la manipolazione genica utilizzata per generarle, rimane comunque alta la possibilità di induzione di tumori.

2.2 Il Soggetto ricercatore e la sua responsabilità

Questo breve quadro relativo alla ricerca sulle cellule staminali ci permette di fare qualche riflessione a margine sul soggetto ricercatore e sulla sua responsabilità.

Anche sulla scorta delle riflessioni al punto 1) riguardo alla ricerca come manifestazione della sete di conoscenza che è insita nell'uomo, è chiaro che il ricercatore non è un mero e impersonale tecnico in possesso di alcune competenze e abilità. Egli è anzitutto uomo, e questa sua umanità entra a pieno titolo nel percorso della ricerca. In questo senso la neutralità della scienza non esiste. La libertà e la responsabilità del ricercatore, che non si gioca solo nei confronti dell'istituzione alla quale appartiene, ma ha una dimensione sociale, ne devono orientare l'agire ad ogni passaggio del percorso di ricerca già a partire dalla scelta del filone che si intende seguire e dai criteri a cui ci si attiene per individuarlo: quello della semplice fattibilità tecnica? Quello della remuneratività? Quello del prestigio che ne può derivare? Quello del bisogno di chi soffre? Quello della giustizia nell'allocazione delle risorse?

Entrano quindi in gioco, insieme a una valutazione etica sulla coerenza tra fine e mezzi, tutta una serie di altri fattori. Lo ha ricordato il Santo Padre in occasione del *Convegno Internazionale* promosso dal Pontificio Consiglio della Cultura (12 Novembre 2011) "oltre a questioni meramente etiche, bisogna affrontare questioni di natura sociale, economica e politica per garantire che i progressi della scienza medica vadano di pari passo con una offerta giusta ed equa dei servizi sanitari".

La responsabilità del ricercatore entra in gioco inoltre nella comunicazione e divulgazione dei risultati conseguiti. Nel caso delle cellule staminali è essenziale la massima chiarezza rispetto alla fonte dalla quale vengono isolate, alla applicabilità delle scoperte in approcci terapeutici e alla fondamentale differenza che esiste tra sperimentazione clinica e cu-

ra consolidata come recentemente sottolineato dal Prof. Augusto Pessina ("Le cellule staminali adulte tra mito e realtà", L'Osservatore Romano, 27 novembre 2011). Nel settore dell'applicabilità delle cellule staminali in approcci terapeutici, abbiamo purtroppo avuto durante questi anni più di un esempio di informazione incompleta, poco chiara, o addirittura manipolata. Si possono così suscitare nei pazienti e nelle loro famiglie false speranze destinate ad amara delusione, spingendo a trarre conclusioni avventate quando si è ancora in fase di sperimentazione clinica, se non addirittura pre-clinica, e presentando come sicure ed efficaci terapie per le quali la sperimentazione potrebbe alla fine mostrare risultati molto diversi da quelli attesi. È irresponsabile non tenere conto dell'impatto che annunci incavati avranno su chi soffre e attende con trepidazione dalla scienza una risposta alla propria malattia. I pazienti hanno il diritto a un'informazione corretta, a ricevere dalla medicina e dalla ricerca l'attenzione e la cura che, con sano realismo e consapevolezza del limite, non promettano ciò che non possono mantenere.

La serietà e onestà scientifica esigono l'umiltà di trarre insegnamenti anche dai risultati negativi e di tornare con realismo sui propri passi qualora le osservazioni compiute indichino che non vi siano ragioni fondate per seguire il cammino intravisto sulla base di un'ipotesi. Come non è eticamente accettabile distruggere embrioni, quindi vite umane, in vista di un possibile beneficio futuro, non è etico abbandonare una sana prudenza e sottovalutare i potenziali pericoli di un'applicazione terapeutica non ancora sufficientemente indagata.

3. La ricerca biomedica in ospedale: rispetto della vita e prendersi cura a partire dalla ricerca

Uso spesso il seguente esempio per far risaltare aspetti che da un lato accomunano e dall'altro diversificano l'esperienza del medico rispetto a quella del ricercato-

re. L'obiettivo di entrambi è fare la miglior diagnosi e poi la migliore terapia. Il medico persegue questo obiettivo entrando in azione nell'immediatezza, applicando le conoscenze e gli strumenti di cui al momento dispone, per risolvere, curare, alleviare la problematiche presentate dal paziente. L'impossibilità di fornire trattamenti risolutivi certo non segna il punto di resa del medico, nella cui vocazione è inscritto il compito non solo del *guarire*, ma anche del *curare* e del *prendersi cura*; tuttavia l'indisponibilità di terapie efficaci riconduce con forza al senso del proprio limite.

Il ricercatore guarda invece la malattia che non può ancora essere curata come una sfida che lo provoca a incanalare in quella direzione gli sforzi della sperimentazione. In certo senso, laddove il medico si trova davanti a una strada chiusa, il ricercatore vede tracciarsi una strada da percorrere. Si potrebbe tuttavia pensare che la sfida diventi la malattia in astratto, senza avere presente il singolo malato. Se è in realtà la medicina in generale ad essere esposta al rischio di concentrarsi in modo esclusivo sulla risoluzione di manifestazioni cliniche, sui parametri fuori norma, tale rischio è ancora più forte per il ricercatore, che non entra in contatto diretto con il malato, ma dedica tutte le sue energie alla ricerca della soluzione per un problema.

Eppure, mai come in questo periodo storico della ricerca biomedica la riscoperta della centralità del soggetto è fondamentale, proprio per garantire che la conoscenza e le strategie tecniche siano per il bene dell'uomo, di ogni uomo, e non solo di qualcuno.

In un certo senso l'ospedale è il luogo in cui il soggetto ricercatore entra in relazione, pur se in modo molto particolare, con il soggetto paziente e, nel modo specifico che gli compete, si mette al suo servizio. La sfida rimane certamente risolvere la problematica della malattia, ma il contesto ospedaliero provoca ed educa il ricercatore alla finalità del proprio operare, offrendogli la possibilità di essere parte integrante non solo della *cura*, ma anche nel *prendersi cura*, e aiutandolo a vivere la propria

dedizione scientifica come attuazione del grande comandamento di Cristo di prodigarsi al servizio dei fratelli con i quali Egli si identifica: "Ogni volta che avete fatto queste cose a uno solo di questi miei fratelli più piccoli, l'avete fatto a me" (*Mt 25,40*).

Mantenere idealmente lo sguardo fisso sul paziente come destinatario del frutto del proprio lavoro sostiene il ricercatore nelle fatiche e nelle difficoltà quotidiane, e diviene un modo di annunciare la centralità e l'insopprimibile dignità di ogni vita. Dice infatti il Papa parlando del malato: "La sua dignità trascendente gli dà diritto di restare il beneficiario ultimo della ricerca scientifica e di non essere mai ridotto a suo strumento" (Discorso del Santo Padre Benedetto XVI ai partecipanti al convegno internazionale promosso dal Pontificio Consiglio della Cultura, 12 novembre 2011).

4. Ricerca scientifica e Fede

«Vissuta nella sua integralità, la ricerca è illuminata da **scienza e Fede**, e da queste due "ali" trae impulso e slancio, senza mai perdere la giusta umiltà, il senso del proprio limite. In tal modo la ricerca di Dio diventa feconda per l'intelligenza, fermento di cultura, promotrice di vero umanesimo, ricerca che non si arresta alla superficie. Cari amici, lasciatevi sempre guidare dalla sapienza che viene dall'alto, da un sapere illuminato dalla Fede, ricordando che la sapienza esige la passione e la fatica della ricerca» (Discorso del Santo Padre Benedetto XVI alla sede romana dell'Università Cattolica, nel 50° anniversario dell'istituzione della Facoltà di Medicina e Chirurgia).

A partire da queste parole di Papa Benedetto XVI, intendo proporre qualche riflessione riguardo un rapporto che viene spesso ingiustificatamente rappresentato come conflittuale.

Facendo riferimento alla mia esperienza, desidero condividere la percezione che l'ambito della scienza e quello della Fede, se pur distinti, sono due facce diverse ma non separate del mio essere, che si ritrovano nella mia unità

di persona, donandole ampiezza e profondità.

Nell'ambito della riconosciuta autonomia delle realtà terrene spetta certamente ai singoli ambiti dell'attività umana costruire i propri percorsi in modo che siano adeguati all'oggetto di indagine. Ritengo che il punto di partenza per la costruzione di un dialogo proficuo sia il riconoscere che ognuna delle due dimensioni, scienza e Fede, ha metodi, strumenti, ambiti, oggetti di ricerca, finalità che le sono propri. Ciascuna richiede quindi il rispetto della propria specificità e della legittima possibilità di esercizio autonomo, secondo i propri principi.

Tale legittima autonomia non implica comunque l'innalzamento della ricerca scientifica a valore ultimo e assoluto, che si sottrae a qualsiasi limitazione. «Si può pertanto dire che l'autonomia delle scienze finisce là dove la retta coscienza dello scienziato riconosce il male – il male del metodo, dell'esito o dell'effetto» (Giovanni Paolo II, Discorso ai rettori e ai docenti delle università di Polonia, 30 agosto 2001, n. 3).

Tutta la creazione è ordinata al Bene dell'uomo, e ogni attività umana deve tendere a questo stesso fine. Ricorda il *Catechismo della Chiesa Cattolica*: «È illusorio rivendicare la neutralità morale della ricerca scientifica e delle sue applicazioni. D'altra parte, i criteri orientativi non possono essere dedotti né dalla semplice efficacia tecnica, né dall'utilità che può derivarne per gli uni a scapito degli altri, né, peggio ancora, dalle ideologie dominanti. La scienza e la tecnica richiedono, per il loro stesso significato intrinseco, l'incondizionato rispetto dei criteri fondamentali della moralità; devono essere al servizio della persona umana, dei suoi inalienabili diritti, del suo bene vero e integrale, in conformità al progetto e alla volontà di Dio» (CCC, 2294).

È questo riferimento al servizio della persona umana del suo bene vero e integrale a far sì che la scienza e la Fede non siano di ostacolo l'una all'altra, ma possano al contrario offrirsi reciproco sostegno nel perseguitamento del medesimo obiettivo, al quale si

accostano percorrendo strade diverse.

Affermavano i Padri concilia-ri: “Perciò la ricerca metodica di ogni disciplina, se procede in maniera veramente scientifica e secondo le norme morali, non sarà mai in reale contrasto con la Fede, perché le realtà profane e le realtà della Fede hanno origine dal medesimo Dio. Anzi, chi si sforza con umiltà e perseveranza di scandagliare i segreti della realtà, anche senza che egli se ne avveda, viene come condotto dalla mano di Dio, il quale, mantenendo in esistenza tutte le cose, fa che siano quello che sono” (GS, 36).

È evidente a questo punto che tra la conoscenza scientifica, le altre forme di conoscenza (filosofica, etica, teologica) e la Fede non hanno ragione di esistere contrapposizioni. Quando queste insorgono sono un chiaro segno di una qualche contraddizione nel percorso della conoscenza, di un errore di percorso che richiede di essere identificato, scandagliato e sanato ricorrendo alla verifica critica, al confronto e, per quanto mi riguarda, da credente, impetrando l’illuminazione divina.

Nel confronto e nel dialogo tra la scienza e la Fede, ognuna ha in realtà molto da offrire all’altra. Riprendendo le parole con le quali il beato Giovanni Paolo II aprì la lettera enciclica *Fides et ratio*, descrivendo il rapporto tra Fede e ragione, anche della Fede e della scienza potremmo dire che “sono come le due ali con le quali lo spirito umano si innalza verso la contemplazione della verità”.

La Fede, conducendo l’uomo a interrogarsi e a scoprire il pieno significato della propria esistenza, è di sostegno al ricercatore nell’acquisire consapevolezza del senso del proprio agire e lo aiuta a ricomprenderlo nella più ampia dimensione della vocazione integrale dell’uomo. Nel riconoscimento del proprio essere creatura, il ricercatore credente è inoltre stimolato a mantenere viva la

coscienza della propria finitezza e del proprio limite, che si trasmette anche al suo operare in campo scientifico: la conoscenza scientifica non è un fine ultimo, né è in grado di esaurire i bisogni e le domande degli uomini. Essa è fedele alla propria vocazione quando si mette al servizio del Bene dell’uomo e contribuisce a realizzare un mondo più umano, collaborando così al Regno di Dio.

In questo modo il mondo della ricerca può mettere a disposizione della Chiesa il proprio appor-to, che si realizza in molti modi diversi. Essa insegna la Fedeltà al vero, che è elemento fondamentale dell’indagine scientifica, e offre occasione di dialogo con il mondo contemporaneo. Permette, inoltre, di partecipare a realizzazioni ispirate alla solidarietà internazionale, dando così attuazione concreta e propria alla signoria dell’uomo sulla creazione, nell’imitazione dell’esempio del Divino Samari-tano che “non è venuto per farsi servire ma per servire”.

Tra gli scienziati è oggi diffusa la consapevolezza che la conoscenza e le competenze tecnicoscientifiche pongono nelle loro mani un grande potere. Questo li sollecita a farsi carico con maggiore consapevolezza e senso di responsabilità delle sorti dell’intera umanità. Lo stupore davanti all’infinitamente piccolo e all’infinitamente grande rivelato dallo scienziato aiuta, inoltre, anche l’uomo comune ad elevare lo sguardo dallo spazio ristretto delle proprie esperienze immediate, additandogli orizzonti di univer-sale bellezza e verità. Infine, nello svelare i meccanismi che regola-no il mondo, la cultura scientifica viene in aiuto alla Fede, purificandola e liberandola da incrostazioni ed elementi di superstizione.

Alla Chiesa è affidato un compito importante nel favorire e creare le condizioni perché nel dia-
logo e nel rispetto reciproco la scienza e la Fede possano beneficiare dei reciproci apporti. Essa

ha inoltre un’ulteriore responsa-bilità nel suo essere *mater et ma-gistra*: quella di volgersi con uno sguardo sollecito e una particolare attenzione al mondo scientifi-co, offrendo il proprio annuncio a questi «pellegrini in marcia verso la luce» (Paolo VI, *Messaggio agli uomini di pensiero e di scien-za*, 8 dicembre 1965).

In tal senso, mi pare di potere indicare alcune esigenze concrete. Anzitutto, poiché la possibili-tà di intervenire nel dibattito con-temporaneo in modo autorevole ed efficace presuppone la capacità di collocarsi a livelli alti di com-petenza, è essenziale che si abbia cura per la formazione di consulenti che abbiano solida prepara-zione nel campo soprattutto delle bioscienze, oltre che per un impe-gno di divulgazione scientifica af-fidata a esperti qualificati.

È inoltre importante che la Chiesa si adoperi per promuovere la nascita di reti di comunicazio-ne ed esperienze di collaborazio-ne tra gli studiosi cattolici. Infine, proprio perché la ricerca è opera umana, grande è il bisogno di una pastorale che sappia nutrire lo spi-rito degli scienziati, coltivando in loro quell’intelligenza e quella sa-pienza che li renderanno in grado di essere presenti come testimoni della Verità e dell’Amore nelle sfide della scienza moderna.

5. Conclusioni

Nell’Anno della Fede è un im-pegno per tutti quello di tornare a incarnare la Fede nei diversi con-testi di vita. Credo che la ricerca scientifica debba riscoprire e sco-prire in continuazione la sua vera origine, la sua vera missione così che nella vita del ricercatore un maggior impegno per la ricerca scientifica non indebolisca la Fe-de, anzi la rafforzi e il laboratorio di ricerca possa essere non solo un luogo da evangelizzare ma anche luogo nel quale si opera atti-vamente per l’evangelizzazione. ■

La Vocazione dell’Ospedale Universitario

DOTT. SANDRO CAFFI

*Direttore Generale
dell’Azienda Ospedaliera
Universitaria Integrata (A.O.U.I.),
Verona, Italia*

I rapporti tra Facoltà Mediche ed Enti di assistenza ospedaliere sono, in Italia, di antica data e quasi contemporanei all’instaurarsi e al diffondersi del moderno sistema di insegnamento della medicina basato sull’osservazione clinica.

La legge 17 luglio 1890, n. 6972 è stata la prima norma che ha affrontato in modo organico il problema dei rapporti tra Università e Sanità, chiarendo la necessità della collaborazione tra Università e Enti ospedalieri nelle città sedi di Facoltà Medica.

La riforma del 1992 (d. lgs. 502/1992 art. 4, e 4-6) prevedeva Cliniche o Policlinici Universitari gestiti direttamente dalle Università per le proprie finalità, operanti anche come erogatori del servizio sanitario sulla base di convenzioni con gli enti titolari del servizio stesso e Aziende Ospedaliere, presidi pubblici erogatori del servizio di assistenza sanitaria, convenzionate con le Università operanti (interamente o per singoli reparti) anche a servizio della didattica e della ricerca.

Il d. lgs. 517/1999 prevede la trasformazione di Policlinici e Aziende Ospedaliere nella Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata (A.O.U.I.) in cui Università e Regione insieme realizzano un nuovo modello organizzativo in grado di assicurare formazione e ricerca contemporaneamente all’erogazione di assistenza sanitaria.

Requisiti per le A.O.U.I. sono:

- la capacità di erogare assistenza atta a soddisfare il bisogno di salute del cittadino;
- la presenza di processi assi-

stenziali indirizzati a pazienti con quadri clinici più severi e complessi;

– l’attenzione ad analisi e soluzione dei problemi etici legati all’assistenza erogata in ambito clinico;

– lo svolgimento di attività di ricerca sanitaria e di base;

– le attività didattiche per la formazione del personale sanitario;

– l’utilizzo di benchmark per misurare il grado qualitativo raggiunto dalle procedure assistenziali e dall’uso delle risorse della tecnologia sanitaria;

– l’adozione di tecnologie innovative.

Le caratteristiche dell’assistenza più in dettaglio sono:

– essere, compatibilmente con le risorse disponibili, qualificata e adeguata a tempi, conoscenze, esigenze;

– essere atta a rispondere e soddisfare il bisogno di salute relativo alle cure ospedaliere;

– svolgersi in strutture con elevati volumi di prestazioni erogate e alta specializzazione delle attività;

– fruire di alte tecnologie;

– privilegiare ogni iniziativa che migliori la continuità assistenziale verso i servizi e i territori di provenienza del paziente;

– ideare e attuare percorsi per l’ammissione e la dimissione del paziente fragile.

Le caratteristiche della didattica sono:

– favorire l’offerta didattico/scientifica propria della missione universitaria;

– avere aree didattiche dedicate;

– garantire l’accesso al mondo del lavoro ai giovani offrendo loro esperienza formativa finalizzata alla crescita culturale, professionale e umana, nonché strutture integrate di insegnamento, ricerca e assistenza sanitaria;

– assicurare scambio di esperienza fra le diverse generazioni;

– valorizzare il patrimonio culturale dei professionisti del Sistema Sanitario Regionale.

La ricerca deve svilupparsi in un Polo scientifico-biomedico che sia caratterizzato da:

– aree formative predisposte all’interno dell’area ospedaliera;

– strutture dedicate alla ricerca applicata;

– integrazione con la ricerca sul campo di innovativi modelli organizzativi, anche di tipo Territoriale;

– collegamento con le strutture dedicate alla ricerca di base.

Nell’introduzione all’Atto Aziendale della A.O.U.I. di Verona sono indicate alcune parole-chiave indispensabili per raggiungere l’obiettivo della piena integrazione tra Università, Servizio Sanitario Regionale e tra assistenza, didattica e ricerca:

– *innovazione*

cogliere con intelligenza e prontezza gli spunti che vengono dal mondo della scienza in ambito biologico, clinico, organizzativo e dell’ICT,

– *cultura*

inspirarsi in ogni atto alla ricerca di logiche razionali, fondate su dimostrazioni scientifiche e sulla capacità di mediare tra queste e il dato di esperienza,

– *giustizia*

rispondere alle richieste di protezione delle persone più deboli, in quanto la malattia è la più grave determinante del crearsi di differenze tra gli uomini e la medicina è uno strumento privilegiato per ricreare una condizione di uguaglianza clinica,

– *clinica*

usare armoniosamente l’insieme degli atti tecnici e relazionali che caratterizzano la cura delle persone ammalate. ■

La telemedicina: una realtà medica che interpella l'etica

DOTT. GIOVANNI PUTOTO

Responsabile della
Programmazione
di Medici con l'Africa-CUAMM,
Italia

Introduzione

L'esplosione di internet e delle nuove tecnologie della comunicazione, ha contributo a far sì che in molte parti del mondo, inclusa l'Africa, la telemedicina sia considerata con crescente interesse come una risposta possibile ai tanti problemi che affliggono la sanità, specie a livello ospedaliero. Sono quasi 5 milioni le citazioni richiamate da Google alla voce *telemedicina*. Numerosi sono anche i convegni che si susseguono sulle diverse applicazioni di questa nuova branca della medicina, mentre sono dell'ordine di diverse migliaia gli articoli di ricerca pubblicati su questo tema all'interno di riviste scientifiche specialistiche, sia mediche che di ingegneria applicata.

Al contrario, poco si sa e molto meno è documentato, circa le implicazioni etiche connesse all'utilizzo della telemedicina. E questo vale in modo particolare nei paesi in via di sviluppo, dove le risorse sono limitate e i bisogni molti e in competizione. Ad oggi, infatti, solo quattro paesi dell'Africa sub-sahariana e un'associazione internazionale hanno sviluppato delle linee guida etiche; un solo articolo è stato pubblicato nella prestigiosa rivista *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, mentre pochissime sono le pubblicazioni che compaiono alle voci *telemedicina*, *Africa* ed *etica* nel motore di ricerca di *PubMed*.

Obiettivo di questo contributo di Medici con l'Africa-Cuamm è di fornire alcuni elementi di discussione su una tematica così

complessa a partire da un approccio empirico, guardando cioè la realtà come si presenta sul campo e lasciandosi interrogare da essa.

Il contributo è organizzato in due parti. Nella prima si descriverà che cos'è la telemedicina e quali sono i benefici attesi. A seguire, uno sguardo rapido sull'applicazione della telemedicina in Africa e sugli ostacoli che impediscono una diffusa applicazione della stessa. Nella seconda parte si presenteranno due dilemmi etici, pratici: il primo riguarda il rapporto tra telemedicina e allocazione delle risorse, il secondo pone la questione dell'equità circa il suo utilizzo a favore dei poveri. Seguiranno una riflessione su telemedicina e tecnologie frugali e, infine, le conclusioni.

Telemedicina: che cos'è?¹

Per telemedicina si intende lo scambio a distanza di informazioni mediche tra più punti lontani tra loro. Questo scambio può avvenire in tempo reale (*real time*) o dopo che le informazioni sono state raccolte, immagazzinate e inoltrate (*store and forward*). Possono essere trasmessi testi, audio, video o immagini fisse. Le tecnologie utilizzate sono tra le più disparate, dai palmari ai sistemi satellitari ma, in sostanza, tutte risultano essere accomunate dall'uso della rete internet. Dato il rapido progresso delle tecnologie della comunicazione (*Information and Communication Technologies – ITC*), si è assistito anche ad una proliferazione di sigle e acronimi quali: *telehealth*, *E-health*, *m-Health* e con essi ad una perdita della consistenza terminologica del termine stesso di telemedicina.

Le applicazioni della telemedicina nel settore medico sono numerose. Le più frequenti riguardano la diagnosi e il trattamento delle malattie, anche per la neces-

sità di ottenere una seconda opinione da parte di specialisti; la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario oggi indispensabili per contrastare l'obsolescenza della conoscenza; la ricerca che più che mai si avvale del contributo di centri e competenze; i programmi di salute pubblica e l'amministrazione.

I benefici attesi dall'applicazione di questa tecnologia ricadono su alcune dimensioni tra le più rilevanti nel funzionamento del sistema sanitario, quali la possibilità di migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari essenziali (incrementandone qualità ed efficacia) e di mitigare le situazioni di scarsità di personale sanitario attraverso collaborazione, networking e formazione.

Questi benefici sono particolarmente rilevanti in Africa, dove in molti casi la popolazione risiede in aree rurali e remote, molto lontane dai centri sanitari, e gli operatori sanitari, se presenti, operano in un contesto di grande isolamento senza alcuna opportunità di crescita e scambio professionale. Se si considera che quasi la metà della popolazione africana non ha accesso ai servizi essenziali e che mancano quasi un milione di operatori sanitari in questo continente, si comprende come la telemedicina potrebbe dare un contributo fondamentale nel colmare questi gap.

Telemedicina in Africa: situazione attuale²

In effetti, ad uno sguardo approfondito di come questa tecnologia stia penetrando in Africa, si evidenzia una rapida, ancorché informale, diffusione della telemedicina in molti settori. Gli esempi sono innumerevoli³. Il continente africano è quello che fa un uso più intensivo del programma HINARI che mette a disposizione, gra-

tuitamente, 11.440 riviste scientifiche e oltre 8.000 libri elettronici in 30 lingue. Sempre nell'ambito della formazione dei medici e delle infermiere, tra i vari network globali di utilizzo della telemedicina a scopo umanitario, merita di essere segnalata l'iniziativa SCART (*short course on antiretroviral therapy*) dell'*Institute of Tropical Medicine* dell'Università di Anversa che consente a molti operatori, soprattutto in Africa, di tenersi aggiornati su questo tema attraverso un corso formativo, interattivo, che si tiene a distanza, via internet. Si tratta di un esempio di comunità virtuale che si raccoglie attorno ad un tema complesso come quello del trattamento dell'HIV. Un'altra esperienza simile è la UNFM/RAFT, che coinvolge un network di centri europei e di 18 paesi africani, in gran parte francofoni, attorno al tema del trattamento del diabete. Online si offrono corsi specialistici, forum di dibattito, aggiornamenti della letteratura, scambi di esperienze cliniche e di dati epidemiologici.

Nell'ambito della diagnostica per immagini, la cronica carenza in Africa di specialisti in radiologia e anatomia patologica è, in parte, superata grazie a progetti rispettivamente di Teleradiologia e Telepatologia. Tra i vari esempi riportati anche in letteratura, merita di essere menzionato l'ospedale distrettuale di Thyolo, in Malawi, che in un anno ha potuto ricevere un supporto diagnostico radiologico dagli Stati Uniti di cui hanno beneficiato 158 pazienti affetti da Tubercolosi. O la collaborazione tra l'ospedale di Mulago, in Uganda, e quello di Fuerth, in Germania, grazie alla quale 92 biopsie sono state analizzate e riferite a distanza. Anche nell'ambito della sanità pubblica si cominciano ad applicare strumenti di ITC come gli SMS: in Sud Africa, ad esempio, gli SMS vengono utilizzati in alcuni programmi di lotta all'HIV, alla TB e alla malattie sessuali per sostenere la prevenzione primaria, l'assunzione regolare dei farmaci e la sorveglianza delle epidemie. In altri casi sono applicati per sostenere la registrazione anagrafica degli eventi vitali come la nascita,

la morte e le cause di morte. Nonostante questi positivi sviluppi, permangono numerosi ostacoli alla diffusione e all'utilizzo della telemedicina in Africa. Tra i più importanti si ricordano: l'insufficiente infrastruttura tecnologica, l'inadeguatezza delle politiche e delle strategie nazionali di sviluppo, l'incertezza legislativa sui temi della privacy e del consenso informato, la carenza di studi di costo/efficacia e la sostenibilità finanziaria⁴.

I dilemmi etici

La telemedicina è una priorità?

Il costo di un sistema di telemedicina a connessione satellitare si aggira sui 15.000 Euro, circa. Con la stessa cifra si possono impiegare due o tre ostetriche in un ospedale distrettuale ugandese dove il reparto di maternità è tra i più affollati, bisognosi e a corto di personale qualificato. Quali sono i criteri di scelta tra queste due opzioni da parte del management ospedaliero? L'allocazione delle risorse in medicina rappresenta uno dei nodi etici più difficili da sciogliere, anche quando sono di carattere organizzativo, come in questo caso. Le poche risorse disponibili dovrebbero essere indirizzate al soddisfacimento dei bisogni primari, alla sostenibilità finanziaria dell'ospedale, alle implicazioni organizzative che ogni nuova tecnologia comporta.

D'altra parte andrebbero considerati anche i potenziali benefici che essa comporta sul piano clinico e dei servizi di diagnosi e trattamento; in tema di aggiornamento e progressione delle competenze professionali; di reclutamento di nuove figure sanitarie; di attrazione di nuovi malati.

La valutazione dei benefici e dei costi, tuttavia, non dovrebbe essere ristretta esclusivamente all'istituzione ospedaliera ma comprendere anche la prospettiva dell'ammalato e, più in generale, della società. Questa valutazione complessiva della telemedicina in Africa è pienamente rappresentata in quella che oggi è definita come *tecnologia frugale*⁵. Si tratta di un tentativo di sviluppare stru-

menti tecnologici per contribuire a risolvere i problemi di salute e sanitari delle popolazioni più povere. Alla domanda se la telemedicina è una priorità, non esistono allora risposte univoche ma riflessioni e decisioni legate, di volta in volta, al contesto e alle finalità del suo uso e dei benefici che apporta.

Le telemedicina è per i poveri?

È ampiamente documentato che a utilizzare le novità tecnologiche in campo sanitario sono in grande prevalenza le classi socialmente più elevate per reddito e istruzione. Si tratta della cosiddetta *inverse care law*⁶, secondo la quale la disponibilità di assistenza sanitaria di qualità tende ad essere inversamente variabile rispetto al bisogno. Per fare un esempio pratico e relativo all'ambiente africano: l'accesso al taglio cesareo che rappresenta una prestazione tecnologica complessa e salva vita, è appannaggio di donne che appartengono ai gruppi sociali più abbienti⁷. Il problema etico che sottende all'introduzione di nuove prestazioni sanitarie, come può essere la telemedicina, consiste nel rischio di creare forme, esplicite o implicite, di disuguaglianza e quindi di ingiustizia sociale.

Quali sono le implicazioni per il management ospedaliero? Una prima riflessione riguarda le politiche tariffarie dell'ospedale. Una politica tariffaria dei servizi ospedalieri che fosse basata esclusivamente sulla capacità del malato di poterli pagare solleverebbe molte questioni di "giustizia contributiva". A parità di tariffa il contributo delle persone più svantaggiate economicamente sarebbe maggiore e questo contribuirebbe ad aumentare la sperequazione tra gli ammalati.

Anche in questo caso, non si tratta di un problema ristretto alla telemedicina ma di un approccio etico al tema del finanziamento dell'ospedale. La proprietà e il management dell'ospedale, specie se di ispirazione cattolica, dovrebbero elaborare, applicare e valutare continuamente una politica o delle linee guida di tutela e protezione sociale delle categorie più povere ed emarginate,

affinché l'accesso all'ospedale e ai servizi che offre, come nel caso della telemedicina, non siano condizionati esclusivamente dalla capacità finanziaria dei singoli individui.

Conclusioni e prospettive

La telemedicina presenta molte e promettenti potenzialità per il miglioramento dei servizi sanitari nei paesi in via di sviluppo. Nell'Africa sub-sahariana è già presente e utilizzata, anche se in modo informale e non strutturato. Accanto ai molti problemi politici, tecnici e organizzativi che devono essere affrontati per ottenerne una diffusione sistematica ed efficace, vanno annoverati due dilemmi di ordine etico che conseguono al suo corretto utilizzo. Si tratta del dilemma relativo all'allocatione delle risorse e quindi al-

la valutazione della telemedicina come priorità rispetto ad altri bisogni e del dilemma concernente l'equa utilizzazione di questa tecnologia da parte della popolazione più povera. Sono dilemmi tipici dell'*etica organizzativa* di una realtà importante come quella ospedaliera⁸. Le risposte a tali dilemmi richiedono, da parte del management, delle linee guida operative che si ispirino a chiari criteri di filosofia morale e, allo stesso tempo, che siano basate su un processo partecipato, aperto alla discussione, al dialogo e alla verifica concreta delle decisioni prese. Sarebbe interessante, al riguardo, che fosse favorito lo scambio di buone prassi, affinché si possa imparare dalle buone esperienze disponibili in questo campo, rimanendo consapevoli del fatto che non esistono risposte uniche per tutti i contesti e per tutte le situazioni. ■

Note

¹ *Introduction to telemedicine*, R. Wootton et al, The Royal Society of Medicine Press, London, 2006

² *Telehealth in the developing world*, R. Wootton et al, Royal Society of Medicine Press, IDRC / 2009-01-01

³ Special theme: *e-health*, Bull. World Health Organ 2012; 90:321

⁴ *Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth*, WHO, 2010

⁵ *Technologies for Global Health*, P. Howitt et al, Lancet 2011 Ag 1; 380 (9840):507-535

⁶ *The inverse care law*, JT Hart, Lancet 1971 Feb 27; 1(7696):405-12

⁷ *Socioeconomic differentials in caesarean rates in developing countries: a retrospective analysis*, C. Ronmans, S. Holtz, C. Stanton, Lancet 2006, 368:1516-23

⁸ *Hospital Based Bioethics. A European perspective*, R. Pegoraro, G. Putoto, E. Wray, Eds. Padova, Piccin, 2007

g.putoto@cuamm.org
www.mediciconafrica.com

Spazi di guarigione: la scienza del luogo, la spiritualità e il benessere: conseguenze per l'ambiente ospedaliero e per la salute

**PROF.SSA
ESTHER M. STERNBERG**
*Direttrice della Ricerca,
 Arizona Center for
 Integrative Medicine,
 Università dell'Arizona,
 Tucson, U.S.A.*

In che modo possiamo far sì che gli ospedali siano dei luoghi di guarigione dello spirito, oltre che del corpo e della mente? È questa la domanda principale che si pone questa XXVII Conferenza del Pontificio Consiglio, che è anche il principio centrale dei settori emergenti della medicina integrativa e delle cure del dolore e palliative, e del campo del design e dell'architettura basati sull'evidenza^{1,2}.

Nel mondo moderno, troppo spesso gli ospedali sono luoghi stressanti. Il settore moderno della neuroimmunologia fornisce ampie prove scientifiche sul danno che può arrecare lo stress, così come sul fatto che la fede può aiutare a guarire, e lo dimostra attraverso la ricerca. Per questa ragione, spetta a noi modificare l'ambiente ospedaliero, trasformandolo da luogo stressante a luogo che guarisce, e in luogo in cui si sostiene la salute fisica ma anche emotiva del paziente, aiutando il corpo a guarire, anziché peggiorare la malattia.

Le conoscenze acquisite sui modi in cui sono collegati il cervello e il sistema immunitario, hanno fatto luce sul fatto che lo stress favorisce la malattia nelle persone³. Per

comprendere ciò, bisogna definire il concetto di 'stress', reso popolare, così come lo intendiamo oggi, da Hans Selye, che ha preso a prestito questo termine dalla fisica, alla metà del XX secolo. Lo stress ha molti elementi – l'evento che lo fa scaturire, la risposta allo stress fisiologico del cervello, e gli effetti degli ormoni e delle sostanze neurochimiche rilasciati durante lo stress sul sistema immunitario e gli altri organi del corpo coinvolti nel processo di guarigione.

Un mediatore chiave che collega l'evento stressante con la risposta del cervello allo stress è la percezione. Quando un individuo percepisce che un evento è stressante, il centro di stress del cervello, l'ipotalamo, rilascia l'ormone cortico-

tropo, ormone rilasciante (CRH), che a sua volta provoca l'ormone adrenocorticotropo (ACTH), rilasciato dalla ghiandola pituitaria e il cortisolo che è rilasciato dalle ghiandole surrenali. Quest'ultimo è un ormone anti-infiammatorio, che se è presente in eccesso, come nel caso di uno stress cronico, altera la capacità delle cellule immunitarie di combattere le infezioni, di guarire le ferite e di proteggere dal cancro. Numerosi studi dimostrano infatti che lo stress cronico è associato alle infezioni virali più gravi e frequenti^{4,5}, a una riduzione della percentuale di successo dei vaccini^{4,5}, a un rallentamento della guarigione delle ferite⁵, a una crescita più veloce del cancro⁶, e ad una accelerazione dell'invecchiamento cromosomico⁷.

Studi più recenti mostrano inoltre che attività salubri come la meditazione, l'esercizio fisico, lo yoga, il *tai chi* e la preghiera, riducono la risposta del cervello allo stress e allo stesso tempo attivano le vie positive del cervello a livello emotivo, coinvolte nella lotta contro la percezione del dolore e nel desiderio: le regioni 'ricompensa' del cervello, oppioidi e dopamina^{8,9,10,11}. Inoltre, è attivato il nervo vago che rilascia acetilcolina e neuropeptidi, che pongono un ulteriore freno alla risposta allo stress, riportando il cuore ad un ritmo più sano e migliorando le proprietà curative del sistema immunitario¹². Un respiro profondo e lento è un importante meccanismo, comune a tutte queste attività, che attiva il nervo vago¹³.

Molti di questi stessi processi cerebrali si attivano durante la risposta al placebo: la convinzione cioè che un farmaco o un intervento medico possono guarire. Anche se spesso non lo si accetta, l'effetto placebo è in realtà molto potente: è il meccanismo di guarigione del cervello e del corpo. L'effetto di una cura per una percentuale dal trenta al cinquanta per cento (o più) può essere attribuita all'effetto placebo. È così potente che i suoi benefici devono essere sottratti dall'effetto di un qualsiasi farmaco attivo nel caso di studi clinici controllati con placebo per determinare l'importanza di un farmaco attivo o di un intervento. La preghiera, tra cui quella france-

scana, le esperienze mistiche delle Suore Carmelitane, e la ripetizione del mantra buddista, simile alla recita del rosario, hanno dimostrato di attivare molte di queste regioni del cervello e le sue vie di deflusso^{14,15}. Alcune ricerche effettuate su pazienti ricoverati in unità di terapia intensiva e su altri che devono affrontare una malattia terminale, mostrano che in gran parte essi cercano la pratica religiosa e desiderano pregare, anche se prima non erano praticanti. Questi momenti nella vita di una persona possono diventare "momenti di insegnamento", quando cioè la persona può riuscire a comprendere se stessa o a trovare la guarigione o a sentirsi completa attraverso queste pratiche. Gli operatori sanitari devono essere formati e preparati ad assistere i pazienti e i loro familiari a poter vivere queste esperienze di guarigione, e l'ambiente ospedaliero deve essere strutturato in modo da favorire e assecondare questi momenti, invece che ostacolarli.

L'ospedale moderno è andato evolvendosi lungo i secoli, diventando un ambiente sterile, stressante e rumoroso, il che sicuramente non favorisce la guarigione. Tali cambiamenti sono stati accolti come progressi positivi nel campo della salute pubblica, in cui sono stati rimossi tutti i focolai di infezione e dove le superfici morbide e accoglienti sono state sostituite con piastrelle e metallo, lucidi e facili da pulire. Ciò è stato molto efficace nel controllo delle infezioni, ma ha determinato l'atmosfera emotivamente sterile e rumorosa che noi associamo agli ospedali di oggi. Gli ospedali sono diventati sempre di più luoghi preposti ai macchinari diagnostici più costosi, e dove l'attenzione alle emozioni e alla vita spirituale dei pazienti e dei loro familiari è stata trascurata¹. Molti studi recenti hanno dimostrato come alcuni cambiamenti esaminati per l'ambiente ospedaliero possano accelerare il recupero, ridurre il dolore e gli errori medici, oltre a migliorare lo stato d'animo dei pazienti, dei loro familiari e degli operatori sanitari. Roger Ullrich per primo ha mostrato, in uno studio importantissimo pubblicato dalla rivista *Science* nel 1984, che i pa-

zienti sottoposti a chirurgia della cistifellea il cui letto si trovava accanto alla finestra con vista su un boschetto di alberi, hanno lasciato l'ospedale in media un giorno prima, hanno richiesto minori dosi di medicinali contro il dolore ed hanno espresso un parere meno negativo sugli infermieri rispetto ai pazienti che dalla finestra vedevano un muro di mattoni¹⁶.

Ne è seguito uno studio chiamato *evidence-based design*. Studi successivi realizzati in Italia in estate, e in Canada in inverno, hanno dimostrato risultati simili in pazienti con diverse forme di depressione. Quelli che si trovavano sul lato soleggiato del reparto avevano una degenza ospedaliera significativamente più breve (2-4 giorni di meno) rispetto a quelli che si trovavano nella zona più in ombra^{17,18}. Parte degli effetti benefici per la salute possono provenire dalla luce. È noto che luce solare migliora l'umore e riduce i sintomi di depressione nelle persone con disturbi affettivi stagionali e altre forme di depressione¹⁹. Il colore inoltre può indurre reazioni emotive, soprattutto attraverso le associazioni apprese – il blu e il verde sono generalmente calmanti, mentre il rosso e il giallo attivano le emozioni¹. Altri effetti benefici possono provenire dall'osservazione della natura. Alcune scene sono universalmente preferite tra le culture, le età e i segmenti della popolazione²⁰. Queste scene in particolare sono le vedute più impetuose della natura. Le scene complesse vengono elaborate nel cervello in una regione chiamata corteccia paraippocampale, che è ricca di endorfine, quelle anti-dolore, molecole che fanno sentire bene. Irving Biederman, dell'Università del Sud California, ha espresso la teoria che la ragione per cui a tutti piace guardare un bel paesaggio è che quando li guardiamo stiamo rilasciando endorfine²⁰.

La natura è anche ricca di schemi frattali: forme geometriche che sono identici a tutti i livelli. Non si capisce perché la gente preferisca guardare i frattali, ma un'analisi al computer di questi modelli nel giardino di un tempio giapponese del XV secolo (il *Ryonji Temple* di Kyoto) indica che qui le linee di

simmetria frattale passano direttamente attraverso il punto di visione più tranquillo^{21,22}.

Allo stesso modo, altre esperienze sensoriali possono avere effetti positivi sulle emozioni e sulla guarigione. La lavanda è calmante e il suo profumo, se inalato, può indurre il sonno, così come dimostrano gli studi su animali¹. L'incenso, donato dalla Regina di Saba al Re Salomone, e uno dei doni dei Re Magi, era talmente apprezzato dagli antichi Romani da assegnare delle sentinelle a guardia dei cespugli che producevano questa resina. La resina dell'incenso è stata portata in battaglia dai soldati delle legioni romane per le sue proprietà curative. Alcuni studi moderni mostrano che questa resina aromatica ha proprietà anti batteriche e immunostimolanti che potrebbero contribuire a guarire le ferite¹.

Il suono può avere un duplice effetto: la musica riduce lo stress e induce la calma, e può ridurre anche la dose di farmaci antidolorifici necessari dopo un intervento operatorio. Viceversa, un forte rumore è un potente attivatore di risposta allo stress. I livelli di rumore in terapia intensiva possono arrivare a 95 decibel, lo stesso livello di una motocicletta a distanza ravvicinata. Studi svedesi hanno dimostrato che un intervento semplice, come attenuare il suono con dei pannelli assorbenti applicati come controsoffitto, riduce lo stress e si traduce in una migliore qualità del sonno per i pazienti e per il personale infermieristico nell'unità di terapia intensiva¹.

Un altro fattore importante nell'ambiente ospedaliero che contribuisce alla guarigione è il sostegno sociale e le interazioni umane positive, tra le quali l'amore e la compassione. Questo è un elemento importante che è presente a Lourdes, il Santuario della Guarigione, nel sud-ovest della Francia, dove la Vergine Maria apparve a Bernadette, una povera contadina, nel 1864.

C'è tanto amore altruistico e compassionevole tra i malati che giungono in questo luogo per essere guariti, e tra i loro amici, i familiari e i pellegrini. Gli elementi del luogo, come la bellezza delle montagne e il torrente, assieme alla lunga storia e alla fede fervente

associata al sito, facilitano un senso di profonda spiritualità per tutti coloro che lo visitano, indipendentemente dalla loro religione o cultura. Chi si reca a Lourdes non può fare a meno di sentirsi meglio, una volta che ha sperimentato la totalità dello spirito presente in questo luogo¹.

Come si possono 'catturare' questi elementi di guarigione in un ospedale moderno? La maggior parte delle camere di ospedale oggi non dispongono di una bella vista, né di giardini, suoni piacevoli e sommessi, luce diffusa, e non sono state progettate per ospitare i familiari dei malati. Nei secoli scorsi, spesso il tempo riservato alle visite è ridotto al minimo, proprio in un momento della vita dei pazienti in cui questo sostegno è più necessario. La maggior parte degli ospedali non sono stati concepiti in modo che possano favorire la guarigione.

Allora perché non includere queste caratteristiche nell'ambito ospedaliero – caratteristiche per ridurre lo stress e le emozioni, per un sostegno sociale e per favorire la guarigione? Stiamo entrando in un'epoca in cui si fa molto per consentire che l'ambiente riduca lo stress e possa supportare le emozioni, e i benefici sulla salute sono sostenuti da prove scientifiche. Il Progetto Pebbles coordinato dal *Centers for Health Design*, degli Stati Uniti, ha analizzato i risultati dei lavori di ristrutturazione eseguiti in decine di ospedali negli Stati Uniti, e ha dimostrato che misure che interessano il design, come i giardini, la visione della natura, una illuminazione diffusa e adeguata, l'attenuazione del rumore, un ambiente caldo e accogliente, come quello di una casa, spazi sociali per le famiglie, e le unità *step-down*, hanno come risultato una degenza ospedaliera più breve, meno infezioni, un minore uso di farmaci per il dolore, una migliore soddisfazione dei pazienti e del personale, un minore turnover degli infermieri, e meno errori medici²³. Un calcolo dei costi mostra che le somme spese in più per la progettazione di questi ospedali possono essere recuperate nel primo anno di funzionamento proprio per questi benefici per la salute²⁴.

I progressi compiuti nei dispo-

sitivi mobili di monitoraggio non invasivi consentono la rivelazione sensibile delle risposte di stress e relax in tempo reale, in cui gli individui si muovono attraverso il loro ambiente. In uno studio realizzato su quanti lavorano in ufficio, abbiamo dimostrato che i miglioramenti allo spazio lavorativo, che prendono in considerazione queste caratteristiche, possono ridurre le misure fisiologiche di stress nei lavoratori nel nuovo spazio, rispetto ai vecchi uffici che non presentano queste caratteristiche²⁵. Abbiamo sviluppato inoltre un metodo per misurare le sollecitazioni e i biomarcatori immunitari nel sudore, per evitare di dover prelevare il sangue per rilevare lo stato immunitario^{26,27}. Questi nuovi sistemi combinati sono in grado di rilevare i modelli di biomarcatori che rivelano lo stato di salute e lo stato emotivo delle persone nei contesti naturalistici e possono essere utilizzati in futuro per ambienti ospedalieri dai 'design' più sani.

Comprendere la connessione cervello-sistema immunitario in termini scientifici può spiegare come lo stress sia nocivo, come il credo religioso possa aiutare a guarire, e come il luogo e lo spazio che ci circondano possano contribuire alla malattia o alla salute. Questi dati forniscono gli elementi necessari per i benefici alla salute, come le modifiche nel design degli ospedali e anche i benefici degli interventi integrativi che uniscono l'attenzione ai bisogni emotivi e spirituali delle persone alle cure mediche convenzionali. Nel mondo di oggi dobbiamo usare questi principi rigorosamente scientifici e i riscontri raccolti attraverso una ricerca attenta, per la progettazione di ospedali che siano luoghi di guarigione. Con una corretta progettazione, l'ospedale può diventare un luogo spirituale in cui le persone, anche quando si trovano "nella valle dell'ombra della morte" possono trovare il loro luogo di pace e di guarigione. ■

Bibliografia

¹ STERNBERG EM. Healing Spaces: The science of place and wellbeing. Harvard University Press 2009.

² STERNBERG EM. The Balance Within: The Science Connecting Health and Emo-

- tions. W.H. Freeman Publishers, New York. Hard cover 2000. Paperback (Holt) 2001; Dutch translation, 2001; Chinese translation 2002; Japanese translation 2006.
- ³ MARQUES-DEAK A, CIZZA G, STERNBERG E. Brain-immune Interactions and disease susceptibility. Molecular Psychiatry, 10(3):239-250, 2005.
- ⁴ COHEN S, TYRRELL DA, SMITH AP. Psychological stress and susceptibility to the common cold. *N Engl J Med.* 1991 Aug 29;325(9):606-12.
- ⁵ GLASER R, KIECOLT-GLASER JK. Stress-induced immune dysfunction: implications for health. *Nature Reviews Immunology,* 5:243-251, 2005.
- ⁶ THAKER PH, HAN LY, KAMAT AA, AREVALO JM, TAKAHASHI R, LU C, JENNINGS NB, ARMAIZ-PENA G, BANKSON JA, RAVOORI M, MERRITT WM, LIN YG, MANGALA LS, KIM TJ, COLEMAN RL, LANDEN CN, LI Y, FELIX E, SANGUINO AM, NEWMAN RA, LLOYD M, GERSHENSON DM, KUNDRA V, LOPEZ-BERESTEIN G, LUTGENDORF SK, COLE SW, SOOD AK. Chronic stress promotes tumor growth and angiogenesis in a mouse model of ovarian carcinoma. *Nat Med* 12(8):939-944, 2006.
- ⁷ EPEL ES, BLACKBURN EH, LIN J, DHABHAR FS, ADLER NE, MORROW JD, CAWTHON RM. Accelerated telomere shortening in response to life stress. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2004 Dec 7;101(49):17312-5.
- ⁸ ORNISH D, LIN J, DAUBENMIER J, WEIDNER G, EPEL E, KEMP C, MAGBANUA MJ, MARLIN R, YGLECIAS L, CARROLL PR, BLACKBURN EH. Increased telomerase activity and comprehensive lifestyle changes: a pilot study. *Lancet Oncol,* 9(11):1048-57, 2008.
- ⁹ Sternberg EM. Neural regulation of innate immunity: a coordinated non-specific host response to pathogens. *Nature Rev. Immunol.,* (invited review) 6(4):318-28, 2006.
- ¹⁰ ENGSTROM M, PIHISGARD J, LUNDBERG P, SODERFELDT B. Increased hippocampal activity mantra meditation, fMRI. *J Altern Complement Med,* 16(12):1253-8, 2010.
- ¹¹ DUSEK J ET AL. Genomic Counter-Stress Changes Induced by Relaxation Response 3(7):e2576, 2008.
- ¹² TRACEY, KJ. Understanding immunity requires more than immunology. *Nature Immunology* 11:561-564, 2010.
- ¹³ PENG CK, HENRY IC, MIETUS JE, HAUSDORFF JM, KHALSA G, BENSON H, GOLDBERGER AL. Heart rate dynamics during three forms of meditation. *International Journal of Cardiology* 95,19- 27, 2004.
- ¹⁴ NEWBERG A, POURDEHNAD M, ALAVI A, d'AQUILI EG Changes in blood flow, parietal & mPFC Buddhist visualization & Franciscan nuns' phrase repetition. *Percept Mot Skills*, 97(2):625-30, 2003.
- ¹⁵ BEAUREGARD M, PAQUETTE V. EEG & brain blood flow changes in Carmelite nuns' mystical state. *Neurosci Lett.* 444(1):1-4, 2008.
- ¹⁶ ULRICH RS. View through a window may influence recovery from surgery. *Science* 224, 1984.
- ¹⁷ BENEDETTI F, COLOMBO C, BARBINI B, CAMPORI E, SMERALDI E. Morning sunlight reduces length of hospitalization in bipolar depression. *Journal of Affective Disorders,* 62(3):221-223, 2001.
- ¹⁸ BEAUCHEMIN KM, HAYS P. Sunny hospital rooms expedite recovery from severe and refractory depressions. *Journal of Affective Disorders,* 40(1-2):49-51, 1996.
- ¹⁹ DESAN PH, WEINSTEIN AJ, MICHALAK EE, TAM EM, MEESTERS Y, RUITER MJ, HORN E, TELNER J, ISKANDAR H, BOIVIN DB, LAM RW. A controlled trial of the Litebook light-emitting diode (LED) light therapy device for treatment of Seasonal Affective Disorder (SAD). *BMC Psychiatry*, 7:38, 2007.
- ²⁰ BIEDERMAN I, VESSEL EA. Perceptual Pleasure and the brain: A novel theory explains why the brain craves information and seeks it through the senses. *American Scientist,* 94, 248-255, 2006.
- ²¹ TAYLOR RP. Reduction of physiological stress using fractal art and architecture. *Leonardo,* 39(3): 245-251, 2006.
- ²² VAN TONDER GJ, LYONS MJ, EJIMA Y. Visual structure of a Japanese Zen garden. *Nature* 419, 359-360, 2002.
- ²³ R. VOELKER. Pebbles Cast Ripples in Healthcare Design. *JAMA* 286(14):1701-1702, 2001.
- ²⁴ BERRY LL, PARKER D, COILE RC, HAMILTON DK, O'NEILL DD, SADLER BL. The Business Case for Better Buildings. *Frontiers of Health Services Management,* 21(1):3-24, 2004.
- ²⁵ THAYER JF, VERKUIL B, BROSSCHOT JF, CHRISTIE I, WEST A, STERLING C, ABERNETHY D, CIZZA G, MARQUES AH, PHILLIPS T, HEERWAGEN J, KAMPSCHROER K, SOLLERS, JJ & STERNBERG EM. The Effects of the Physical Work Environment on Circadian Variations in Heart Rate Variability and the Morning Rise in Cortisol. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* 17(4):431-439.
- ²⁶ MARQUES-DEAK A, CIZZA G, ESKANDARI F, TORVIK S, CHRISTIE IC, STERNBERG EM AND PHILLIPS T. Measurement of cytokines in sweat patches and plasma in healthy women: validation in a controlled study. *J. Immunol. Methods,* 315:99-109, 2006.
- ²⁷ CIZZA G, MARQUES AH, ESKANDARI F, CHRISTIE IC, TORVIK S, SILVERMAN MN, PHILLIPS TM AND STERNBERG EM. Elevated neuroimmune biomarkers in sweat patches and plasma of premenopausal women with major depressive disorder in remission: The POWER study. *Biol Psychiatry.* 64(10):907-911, 2008.

TAVOLA ROTONDA

Gli Operatori ospedalieri: Evangelizzatori della vita

1. L'amministratore

**DOTT. OROCHI
SAMUEL ORACH**

Direttore dell'UCMB (Uganda Catholic Medical Bureau), Ufficio Nazionale per la Pastorale della Salute, Kampala, Uganda. Consultore del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari

Introduzione

Il sostantivo greco “euangelion” significa “Buona Notizia” ed è letteralmente tradotto come “vangelo”. Per questo, “evangelismo” trae la propria origine dal termine “euangelizomai”, che letteralmente significa “io porto la buona notizia”. Gli antichi greci usavano questo termine anche per indicare “portare la buona notizia di una vittoria”. La buona notizia è che Dio ci ama così tanto da averci dato il suo unico e amatissimo figlio, Gesù, morto per i nostri peccati e per portarci la salvezza. Gesù stesso ha diffuso la buona notizia dell'amore del Padre. Uno dei modi di cui si è servito è stato il ministero sanante; ha legato la predicazione della Parola alla guarigione dalle malattie (*Mt 4,23*). In altri termini, la guarigione era un modo per predicare la buona novella o per mostrare l'amore di Dio, che Gesù affidò poi ai discepoli “..diede loro potere sugli spiriti impuri per scacciarli e guarire ogni malattia e ogni infermità” (*Mt 10,1*). “Strada facendo, predicate, dicendo che il

regno dei cieli è vicino. Guarite gli infermi, risuscitate i morti, purificate i lebbrosi, scacciate i demoni” (*Mt 10,7-8*).

Gli operatori sanitari sono persone chiamate a continuare e a dare testimonianza dell'operato dei primi Apostoli, che Gesù aveva affidato loro prima di ascendere al Cielo: “...e di me sarete testimoni a Gerusalemme e in tutta la Giudea e la Samaria e fino ai confini della terra” (*At 1,8-9*). Il modo in cui sono gestite e fornite le cure e l'assistenza sta a dimostrare come sia stata trasmessa la buona novella.

In molti Paesi la sanità cattolica detiene ancora una posizione ragguardevole nel sistema sanitario nazionale, sia a livello istituzionale, sia a quello non-istituzionale. È sicuramente il caso anche di molti Paesi africani, tra i quali l'Uganda, come vedremo in seguito. Anche negli Stati Uniti, lontano perciò dall'Africa, la sanità cattolica possiede la percentuale più alta di strutture assistenziali no profit (1). Ma come dobbiamo o possiamo usare questi numeri per influenzare le cure e l'assistenza, di modo che riflettano il ministero sanante di Cristo? (2).

Quali erano le caratteristiche del ministero sanante di Cristo?

Quali sono le principali caratteristiche dell'azione sanante di Cristo? Quali opportunità ci mancano per essere evangelizzatori, come eredi di questo ministero? In che modo possiamo rivivere o rafforzare il nostro ruolo di evangelizzatori? Sono almeno sette le

caratteristiche che possiamo identificare nel ministero sanante di Cristo e che possiamo contrapporre o paragonare alle pratiche attuali di cura e assistenza in campo sanitario.

1. Gesù ha espresso la buona novella non solo a parole, ma con numerosi fatti. Oggi spesso gli operatori sanitari non stanno accanto ai malati, sia fisicamente sia spiritualmente, perdendo così l'opportunità di emulare Gesù nel ministero sanante. Sono stati segnalati vari livelli di assenteismo fisico da parte degli operatori sanitari. Ad esempio, uno studio della Banca Mondiale realizzato in Uganda, ha riferito che l'assenteismo degli operatori sanitari nelle strutture di governo (dopo due visite) arrivava fino al 37% (3). Un altro studio realizzato nel distretto ugandese del Bushenyi (dopo sette visite settimanali senza preavviso) ha registrato un livello medio di assenteismo del 47,9% (4). Oltre all'assenza fisica, gli operatori sanitari spesso non riescono a venire incontro ai bisogni di sostegno spirituale, rendendo difficile avvalersi dell'opportunità delle cure mediche per fornire anche un supporto spirituale ai pazienti e ai loro familiari. In molti casi, si cerca una cura spirituale separatamente da quella clinica.

2. La restituzione della fiducia e della dignità del malato era una caratteristica del ministero sanante di Gesù. Egli si identificava e si sentiva toccato dai malati ai quali permetteva di toccarlo a loro volta (*Lc 4,40; 5,13; Mc 1,40-42*). Gli operatori sanitari di oggi, invece, sono distaccati nei confronti

dei pazienti, dai quali spesso sono lontani a causa del loro atteggiamento e della tecnologia, perdendo così l'opportunità di toccarli fisicamente e spiritualmente, e nel contempo di essere toccati da loro. Il distacco emotivo e spirituale è anche uno dei fattori che portano alcuni operatori sanitari a compiere aborti o a chiedere la legalizzazione dell'aborto, in quanto non provano nulla per la vita del bambino nel grembo materno.

3. Gesù non allontanava nessuno. Le persone che egli trattava andavano dai più poveri, come i lebbrosi (*Lc 5,12-14*), all'uomo con una mano inaridita (*Lc 6,6-9*) e al cieco (*Mc 8,22*), e alla guarigione del servo del centurione, un uomo ricco (*Lc 7,1-10*). Oggi la maggior parte dei nostri sistemi sanitari sono iniqui e tendono a isolare le persone. Persino i sistemi di "sanità sociale" sono portati a favorire i più ricchi. In vari Paesi la corruzione non ha risparmiato il settore sanitario. I pazienti poveri ne subiscono le conseguenze, in quanto non ricevono i servizi di cui hanno bisogno, quando li necessitano, oppure questi servizi non sono della qualità richiesta.

4. La fede della persona che dev'essere guarita o di coloro che si occupano dei malati è importante quanto il contatto fisico da parte di un medico, o la somministrazione dei farmaci. Questo aspetto spirituale è evidente in molti esempi del ministero sanante di Gesù, come nel caso della guarigione del servo del centurione, quando disse: "Io vi dico che neanche in Israele ho trovato una fede così grande!" (*Lc 7,9*), o quando guarì il paralitico (*Lc 5,17-25*).

5. Gesù fece in modo che fosse la sua opera a parlare. Pur se aveva detto alle persone di non riferire ciò che aveva fatto (*Lc 5,14-16*, *Mc 1,44*) la sua fama continuava a crescere di giorno in giorno. L'assistenza sanitaria oggi sta diventando sempre più commerciale. In molti Paesi l'aumento del costo della sanità aumenta in modo sproporzionale rispetto alla cresciuta prevista della qualità delle cure. Nei Paesi poveri ciò spesso si traduce nella commercializzazione di prodotti di cattiva o scarsa qualità delle cure sanitarie per persone inconsapevoli e disperate. I poveri,

che spesso non hanno neanche la copertura assicurativa, finiscono per dover pagare spese esorbitanti, diventando così ancora più poveri.

6. Gesù ha predicato e dimostrato compassione. La guarigione che avveniva toccando le persone dimostrava l'alto livello di compassione, perché sotto la legge ebraica toccare un malato era segno di impurità. Purtroppo, gli operatori sanitari di oggi sono sempre più considerati "aggressivi" e mostrano poco amore nei confronti dei pazienti, o addirittura nessuno. I malati spesso sono poveri o resi poveri proprio dalla malattia. La compassione di Cristo per loro si riflette anche nel Suo insegnamento che il denaro non deve essere il fattore principale di accesso alle cure e all'assistenza. Nell'inviarli a guarire e a curare i malati, Gesù disse ai discepoli: "Gratuitamente avete ricevuto, gratuitamente date. Non procuratevi oro né argento né denaro nelle vostre cinture, né sacca da viaggio, né due tuniche, né sandali, né bastone, perché chi lavora ha diritto al suo utrimento" (*Mt 10,8-9*). Ciò non significa che Gesù minimizzasse il fatto che l'assistenza sanitaria ha un costo, compreso quello per le risorse umane, e che gli operatori sanitari meritano una retribuzione equa, ma sottolinea che il denaro non deve costituire l'ostacolo principale.

7. Ma "toccare" e guarire significa anche raggiungere le anime delle persone che Egli serviva.

"La folla era piena di stu-

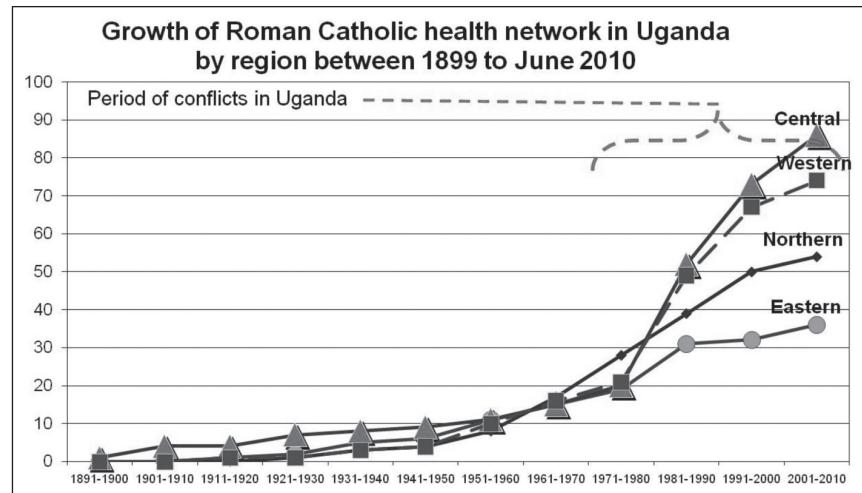
pe re nel vedere che i muti parlavano, gli storpi guariti, gli zoppi che camminavano e i ciechi che vedevano. E lodava il Dio d'Israele" (*Mt 15,31*). In questo senso, Gesù non solo toccava i malati, ma toccava e guariva anche le menti delle persone che hanno creduto in Lui.

Un'opportunità per l'evangelizzazione grazie alla presenza fisica delle strutture sanitarie e degli operatori sanitari

Il caso dell'Uganda viene presentato soltanto per semplificare questa opportunità, e per condividere alcuni tentativi compiuti dalla sanità cattolica per evangelizzare.

La prima struttura sanitaria cattolica, l'ospedale Rubaga, è stato inaugurata nel 1899. Da allora il numero è cresciuto, arrivando a 284 strutture sanitarie distribuite in tutto il Paese e accreditate presso l'*Uganda Catholic Medical Bureau*, che è il dipartimento sanitario della Conferenza Episcopale Ugandese. Trenta di queste strutture sono indicate come ospedali, mentre altre sono centri sanitari o cliniche di diversi livelli, alcune delle quali riceveranno presto il riconoscimento come ospedali. Il modello di crescita appare coerente, a un certo livello, con la risposta al vuoto creatosi negli anni di conflitto e instabilità, connesso al collasso economico e al cattivo funzionamento del sistema sanitario pubblico (Fig. 1).

Fig 1: Crescita del numero delle strutture sanitarie cattoliche per regione in Uganda



Nel complesso, le strutture sanitarie cattoliche annoveravano 8.043 operatori sanitari (alla data del: giugno 2012), circa un quarto del totale del personale sanitario tra strutture civili e cattoliche.

Gli ospedali privati no profit, quasi tutti fondati da istituti religiosi, formano il 43% del totale degli ospedali (con il 43% dei posti letto disponibili). Gli ospedali cattolici da soli costituiscono il 23% del totale nel Paese e il 28% del totale dei posti letto (*calcolato sui dati MoH di dicembre 2009*). Gli ospedali cattolici costituiscono il 53% di tutti gli ospedali privati-no profit. Di questi, le istituzioni di formazione di ispirazione cattolica sono 13, il che costituisce il 40,6% di tutte le istituzioni formative per infermieri (e ostetriche), e il 65% di tutte le istituzioni di formazione sanitaria private no profit del Paese. La Chiesa cattolica dunque ha una presenza significativa in Uganda, con il maggior volume di cure, assistenza e formazione del Paese.

La maggior parte degli 8.043 dipendenti delle strutture sanitarie cattoliche appartengono alla fede cattolica. Ma oltre a quanti lavorano nelle strutture di matrice cattolica, ci sono diversi operatori sanitari che esercitano la loro professione in strutture come ospedali civili, varie organizzazioni non governative impegnate nel campo della salute o in settori legati alla sanità così come in studi privati.

Ciò significa che l'opportunità degli operatori sanitari cattolici di evangelizzare esiste sia a livello di grande contributo che la Chiesa offre al sistema sanitario del Paese, sia al di là della sanità di matrice cattolica.

Sfide

Gesù e i Suoi primi discepoli evangelizzavano la gente pur tra molte sfide, compresa la persecuzione. Ancora oggi il “ministero sanante” deve affrontare un certo numero di sfide, ma probabilmente esse sono di diversa natura. Esse riguardano il sistema sanitario del Paese, e sono più strettamente di tipo economico, o legate all'economia, e spirituali.

L'elevato livello, ampiamente

riconosciuto, di corruzione che esiste nel Paese, non ha risparmiato il settore sanitario. Nelle strutture governative vige una politica di assistenza sanitaria gratuita, ma in realtà esiste molta corruzione per poter accedere alle cure, anche a quelle di base. Gli operatori sanitari spesso sono accusati di aver perduto la motivazione a servire il prossimo, e di non occuparsi abbastanza dei malati. Sempre di più gli operatori sanitari, in particolare quelli che lavorano nelle istituzioni di governo, non manifestano le proprie convinzioni religiose né etiche nelle loro pratiche assistenziali. La penuria di medicinali e di attrezzature sanitarie è comune, ma il governo non è propenso ad aumentare la spesa destinata alla sanità.

Ciò significa che anche coloro che provano una gioia interiore a servire non riescono a tradurre nella pratica il messaggio di amore e di compassione, a causa delle carenze del sistema sanitario.

Malgrado i cattolici rappresentino la religione più diffusa del Paese, gli operatori sanitari cattolici, in particolare quanti lavorano nelle istituzioni civili, devono sempre di più far fronte a forti intimidazioni, proprio a causa della loro fede. Si parla tanto di “interventi o approcci basati sull'evidenza”, del “diritto alla sanità, compreso l'appello a legalizzare l'aborto”, ecc. Il bersaglio più facile da biasimare per la stagnazione e l'aumento della diffusione dell'HIV è la Chiesa cattolica, perché è contraria ai cosiddetti “interventi basati sull'evidenza, come la promozione e la distribuzione del condom”. La pressione in questo senso è andata aumentando anche da parte dei donatori. Il governo degli Stati Uniti, ad esempio, ha fortemente tagliato i fondi del PEPFAR destinati ai programmi che promuovono l'astinenza e la fedeltà nel matrimonio per il controllo dell'HIV, malgrado sia stato ciò che, nel passato, ha contrassegnato la campagna di prevenzione dell'HIV in Uganda, che ha avuto un esito positivo. I cattolici che occupano posizioni di responsabilità nel governo, nel campo della sanità, e in altre organizzazioni non cattoliche, si devono misurare tra la dottrina cattolica e il dover

rispettare le priorità delle organizzazioni per le quali lavorano. Alcuni di loro si trovano ad affrontare anche una certa intimidazione, e una “crisi di identità”. Gli operatori sanitari cattolici devono essere supportati per mantenere la propria fiducia e per diventare evangelizzatori del sistema.

Cosa sta facendo il sistema sanitario cattolico?

Di fronte a tutte queste sfide, le istituzioni sanitarie a matrice cattolica e altre strutture assistenziali basate sulla fede, hanno cercato di testimoniare la presenza di Cristo al popolo ugandese. Esse sono rimaste un faro di speranza per molte persone colpite dal conflitto armato per oltre tre decenni. In quei momenti, hanno sperimentato l'insegnamento di Gesù, secondo cui “nessuno ha un amore più grande di questo: dare la sua vita per i propri amici” (Gv 15,13) e, in larga misura, sono considerate strutture più compassionevoli rispetto a quelle governative.

Tuttavia, le istituzioni e gli operatori sanitari cattolici in Uganda e altrove potrebbero fare ancora molto, emulando lo stile di Cristo mediante l'integrazione dell'assistenza medica con la cura spirituale. Come guaritore dei corpi, Cristo è stato anche guaritore di anime, utilizzando quindi l'opportunità di sanare per evangelizzare. Presenterò ora alcuni esempi di quanto si sta realizzando in Uganda.

Miglioramento nell'amministrazione e nella gestione

La debolezza nella leadership e nella gestione è stata la causa di molti problemi che il settore sanitario ha dovuto affrontare. Il Dipartimento Cattolico per la Salute (*Catholic Health Department – UCMB*), dal canto suo ha puntato ad un rafforzamento della sua rete operativa amministrativa e gestionale, considerandola una delle priorità nelle sue strategie di consolidamento dei sistemi, destando così l'ammirazione del settore sanitario ugandese. Il Dipartimento garantisce anzitutto l'efficienza

delle sue strutture amministrative; supporta e rafforza l'amministrazione e la gestione delle istituzioni cattoliche accreditate, attraverso la formazione dei dirigenti, dei Consigli di Amministrazione e dei tavoli di lavoro collettivi. Svolge inoltre un compito di supervisione e di sostegno, e assegna borse di studio. Tutto ciò è stato reso ancor più funzionale, rafforzando così la capacità di pianificazione e di sensibilizzazione.

Uno sforzo ben determinato per estendere l'accesso ai meno privilegiati della società

Il problema delle disuguaglianze non riguarda solo l'Uganda o i Paesi in via di sviluppo. Michael Sheedy fa, attraverso un diagramma, una descrizione interessante di questa disuguaglianza anche negli Stati Uniti. In Uganda (e in altri Paesi simili) l'aumento dei costi delle cure sanitarie, contro una riduzione delle donazioni che provengono dall'estero alle istituzioni a matrice cattolica (che spesso operano in zone rurali povere), spinge ad aumentare la tassazione a cui sono sottoposti i pazienti, rischiando così di ridurre la possibilità per i poveri di accedere alle cure. Le strutture sanitarie cattoliche, riunite sotto l'UCMB, hanno cercato di mantenere questo tributo il più basso possibile, pur premendo per ottenere sovvenzioni da parte del governo e dei benefattori. L'UCMB analizza l'andamento dei costi e delle tassazioni imposte ai pazienti e lo sviluppo economico del Paese, ed offre consulenza alla rete per garantire che i poveri possano accedere alle cure e all'assistenza. Ciò rimane il punto fondamentale di tutte le decisioni gestionali nel rispondere alle sfide esterne, pur restando fedele alla realtà del contesto economico. In questo modo mostriamo la nostra preoccupazione e il nostro amore nei confronti dei poveri.

Creare uno spirto di compassione e di servizio

Il rapporto sul tasso di assenteismo degli operatori sanitari nelle strutture pubbliche dell'Uganda,

che si attesta tra il 37% e il 49%, è preoccupante. Non abbiamo dati relativi alle strutture a matrice religiosa, comprese quelle della Chiesa cattolica; tuttavia, gli operatori sanitari che lavorano in queste strutture sono più presenti fisicamente anche se il loro salario è inferiore, e costituiscono un punto di riferimento per le strutture pubbliche, dove si verifica un'alta percentuale di assenteismo. Questa presenza fisica, pur tra le difficoltà economiche, è molto consolante per la comunità locale. Le persone qualificate che escono dalle scuole cattoliche per la formazione in campo sanitario, generalmente sono considerate più gentili e compassionevoli, e capaci di lavorare con maggiore impegno. In questo modo, esse mostrano l'amore di Gesù per i pazienti. Ma la combinazione di lavoro gravoso e stipendi bassi fanno sì che le strutture a matrice religiosa registrino un'alta percentuale annua di turnover del personale, raggiungendo il 50% per alcune ruoli, anche se vengono rapidamente sostituiti.

Richiedere e rispondere alle opinioni dei pazienti

L'UCMB, e gli ospedali che ad esso fanno riferimento, svolge indagini annuali sul grado di soddisfazione dei pazienti. Queste informazioni sono condivise all'interno della rete, di modo che le strutture sanitarie cattoliche cercano di mantenere la loro posizione di rilievo per la comunità che se ne avvale, tentando di rispondere alle preoccupazioni dei pazienti, ove possibile.

Formazione nel campo della Pastorale Sanitaria

Il Dipartimento Medico Cattolico (*Catholic Medical Bureau – UCMB*) attualmente è l'unica istituzione in Uganda che si occupa della formazione degli agenti di Pastorale Sanitaria, molti dei quali sono già operatori sanitari, per rafforzare le cappellanie degli ospedali. Formare un operatore sanitario alla pastorale della salute offre una perfetta opportunità di rispondere ai bisogni medici così come

a quelli spirituali del paziente e di quanti lo assistono, in modo integrato. La domanda in questo senso è aumentata in modo così veloce che le oltre 70 persone che hanno ricevuto questa formazione non sono sufficienti per i 30 ospedali, in quanto spesso provengono dai centri sanitari o si occupano della cura e dell'assistenza dei malati fuori dagli ospedali. La strategia dell'UCMB è quella di avere un gruppo all'interno della cappellania e non soltanto il cappellano.

Accrescere la conoscenza degli operatori sanitari in materia di Dottrina Sociale della Chiesa

Per poter affrontare la crescente pressione da parte della società pluralista, l'UCMB sta cercando di far comprendere agli operatori sanitari la *Dottrina Sociale della Chiesa*, di modo che possano comprendere le basi di certe posizioni assunte dalla Chiesa. Ciò avviene nel corso delle Assemblee Generali Annuali, nei seminari tecnici e, in alcuni casi, durante l'inserimento del personale neo assunto. Per questo scopo, l'UCMB ha guidato la formulazione di linee guida per l'inserimento del personale, sia presso la sede nazionale (Segretariato Cattolico Ugandese), sia per gli ospedali e gli uffici diocesani per la salute.

Raccomandazioni agli ospedali, alle cliniche e agli operatori sanitari cattolici

Quelli che ho presentato sono tutti esempi di Cristo che porta la Buona Novella ai malati e alle folle che li accompagnavano, che oggi sono i pazienti e le comunità in cui vivono gli operatori sanitari. Essendo stati creati ad immagine di Dio (*Gn 1,26-27*), come operatori sanitari dobbiamo fare in modo che i pazienti e le comunità vedano questa immagine di Cristo in noi. Gli ospedali e le cliniche devono essere considerati non soltanto luoghi ad alta professionalità medica, ma anzitutto come testimonianze vive del ministero sanante di Gesù. Gli operatori sanitari possono farlo emu-

lando, tra l’altro, le caratteristiche della pratica di guarigione di Cristo. Formuliamo le 13 raccomandazioni che seguono.

1. L’opera di evangelizzazione inizia con noi, cioè coloro che hanno ricevuto la responsabilità della leadership e della gestione delle strutture sanitarie cattoliche. Dobbiamo evangelizzare noi stessi, gli altri leader e le persone che serviamo, dimostrando di amministrare e gestire bene le nostre istituzioni. Gesù aveva l’autorità, ma decise di guadagnarsi il rispetto invece di chiedere, mostrando così la sua leadership nel servizio al prossimo. Ricordiamo le sue parole: “Chi tra voi è più grande, sarà vostro servo” (*Mt 23,11*). Siamo chiamati ad impegnarci nel servire come leader, ma anche a lasciare quanto ci è stato affidato in condizioni migliori di come lo abbiamo trovato (cfr. *1Pt 4,10*). Ciò significa che dobbiamo mettere in atto sistemi adeguati affinché le istituzioni continuino ad esistere anche dopo di noi.

2. Per farlo, dobbiamo ottenere posizioni di leadership e di gestione, che siano occupate da persone adeguatamente preparate in quanto a conoscenze, capacità ed attitudini al lavoro. Questo vale per gli ospedali ma anche per le altre istituzioni sanitarie collegate, come le Scuole di medicina e altre istituzioni della Chiesa impegnate nel campo della formazione.

Dobbiamo rafforzare la leadership e la gestione in campo sanitario, attraverso la formazione delle Università cattoliche rendendole speciali e in grado di trasmettere gli atteggiamenti richiesti da un leader che sia al servizio degli altri.

3. Dobbiamo fare dell’ospedale non solo un luogo per esami clinici e la gestione della medicina, ma anche un luogo di preghiera e di rafforzamento della fede. La cappellania dovrebbe essere potenziata con la formazione di sacerdoti e operatori sanitari professionali come operatori di pastorale (così da formare una équipe, la cappellania), consentendo alla Pastorale della Salute di essere parte integrante della cura olistica ai pazienti. Attualmente il Dipartimento Medico Cattolico è l’unico organismo di formazione

in pastorale sanitaria ospedaliera. È un servizio costoso e che viene sostenuto con difficoltà, ma deve essere portato avanti.

4. Le Scuole cattoliche di medicina o le istituzioni di formazione devono essere potenziate, integrando l’insegnamento etico e l’assistenza spirituale nella formazione, indipendentemente dal corso di studi.

5. I leader e gli amministratori devono riservare un’attenzione particolare a migliorare la presenza fisica e funzionale degli operatori sanitari tra i pazienti e le comunità a loro più vicine, in situazione di conflitto come di pace, nei periodi di boom economico o di crisi. Ciò ha molto a che fare con l’atteggiamento e l’etica del lavoro, apprezzando il fatto che attraverso il servizio agli altri è come dare per Gesù stesso: “Vi è più gioia nel dare che nel ricevere” (*At 20,35*)

6. Oltre a tutto ciò, possiamo aumentare ulteriormente la partecipazione delle congregazioni religiose in campo sanitario. Esse devono essere stimolate per essere ancora innovative e fornire più cure e assistenza, specialmente al di fuori dai sistemi tradizionali (ospedali) e aprendosi anche all’assistenza domiciliare e ad altri servizi basati sulla comunità, così da portare il “volto di Gesù” direttamente alla comunità.

7. Alla cura e all’assistenza dei pazienti può essere dato un volto più umano. La tecnologia sta rapidamente riducendo l’interazione medico-paziente. Il medico conosce sempre di più la malattia del paziente, mentre conosce sempre meno proprio quest’ultimo. Gesù toccava e conosceva le persone che guariva. Una cura e un’assistenza centrate sul paziente riflettono anche il Magistero sociale della Chiesa cattolica, che deve essere messo in evidenza nella formazione e nella pratica.

8. Come leader, amministratori e operatori sanitari, dobbiamo essere o diventare difensori della dignità umana e del rispetto per la vita e, senza vergogna, lottare contro tutte le crociate che disumanizzano i malati e i bambini nel grembo materno, come ad esempio le campagne in favore dell’aborto.

9. Gli operatori sanitari cattolici dovrebbero battersi per una sanità equa e non-segregativa, alla quale possano accedere anche i più poveri della società, nel contesto della realtà che vede una riduzione delle risorse e un aumento dei costi delle strutture sanitarie. Il principio di una “giustizia distributiva”, specialmente per le cure di base, dovrebbe essere centrale nella nostra pianificazione e nella nostra prestazione di cure e di assistenza, così come nelle azioni di sostegno. Ma, con tante sfide che imperversano sul piano economico, ciò richiede una certa innovazione nel finanziamento della sanità, anche nella Chiesa stessa. La collaborazione con organismi che persegono lo stesso obiettivo di servire la popolazione, compresi quelli civili, potrebbe essere una strada da percorrere, ma abbiamo bisogno di esplorare altri meccanismi di mobilitazione, forse più sostenibili all’interno dei contesti dei diversi Paesi.

10. Dovremmo mirare a fornire un’assistenza sanitaria di qualità piuttosto che “mercati”, come ci ha dimostrato il ministero sanante di Gesù.

11. La gentilezza e la compassione dovrebbero diventare il segno distintivo delle nostre pratiche di cura e di assistenza. Dobbiamo mostrare più amore per le persone che si rivolgono a noi, e ciò richiede un atteggiamento e una pratica motivati durante la formazione e il servizio attivo.

12. Bisognerebbe prestare maggiore attenzione ai bisogni spirituali ed emotivi degli stessi operatori sanitari. Un medico o un infermiere malato non può occuparsi al meglio di un’altra persona malata. Abbiamo bisogno di sostegno per la formazione di agenti pastorali al fine di sostenere gli operatori sanitari, oltre ai pazienti e alle comunità. Tuttavia, la soluzione a lungo termine consiste nel consolidare le basi della propria fede. Una nuova evangelizzazione per le famiglie che consenta di creare forti famiglie cattoliche, nelle quali cresceranno i futuri operatori sanitari, potrebbe essere la soluzione. Il punto focale non deve essere solo il personale sanitario degli ospedali a matrice cattolica, ma anche le cliniche e i program-

mi basati sulla comunità. Gli operatori sanitari cattolici, ovunque si trovino all'interno del Paese, devono ricordare il dovere di evangelizzare là ove si trovano e dove lavorano, di essere fieri della loro identità e di prendersi cura della loro stessa vita spirituale.

13. Gli operatori sanitari, specialmente quelli che occupano posizioni di leadership e si occupano di gestione, devono essere più vicini e presenti, nei loro rispettivi Paesi, là dove è formulata la politica, o perlomeno trovare il modo di influenzarla. I medici tradizionali e gli altri operatori sanitari tendono a conservare il proprio posto in ospedale, temendo di essere considerati schierati politicamente. Ciò deve cambiare. Anche al di fuori del sistema sanitario i cattolici devono assumere un ruolo più forte nell'influenzare il sistema sanitario nazionale e le politiche economiche del Paese. Ci sono decisioni politiche che talvolta rendono il sistema sanitario distruttivo per la dignità umana. Esempi ne sono, tra gli altri, la le-

galizzazione e l'aborto, la promozione e la distribuzione di pillole per la pianificazione familiare, il finanziamento insufficiente per il settore della salute, che impoverisce i sistemi sanitari.

Conclusione

La Chiesa cattolica ha il compito di fornire assistenza sanitaria come compimento delle Scritture, continuando così la diffusione della Buona Novella attraverso il ministero sanante. Gli operatori sanitari sono persone chiamate a continuare individualmente e collettivamente questa evangelizzazione. In molti Paesi, la cura e l'assistenza fornite nelle strutture a matrice cattolica costituisce ancora una parte significativa del sistema sanitario nazionale. C'è ancora molto da fare per l'evangelizzazione, all'interno delle strutture cattoliche, da parte dei cattolici che lavorano al governo, e nelle altre strutture non cattoliche. Le sfide alla sanità cattolica

sembrano essere presenti in tutto il mondo, anche se in varia misura. Saranno necessarie maggiori innovazioni per contribuire a mitigare gli effetti delle sfide che la sanità cattolica deve affrontare cercando di emulare Cristo e mostrando la Sua presenza tra i malati e le comunità. Gli operatori sanitari stessi devono essere evangelizzati e supportati spiritualmente, di modo che, a loro volta, possano evangelizzare meglio. ■

Bibliografia

- MARTIEN A. M. PIJNENBURG, BERT GORIJN, FRANS J. H. VOSMAN, and HENK A. M. J. TEN HAVE: Catholic Healthcare Organizations and the Articulation of Their Identity (HEC Forum, 2008 March; 20(1): 75–97. Published online 2008 April 19. doi: 10.1007/s10730-008-9063-8).
- MICHAEL SHEEDY; Catholics: Access to health care a right (http://www.flaccc.org/healthcare/accesstocare/oped_120304.htm).
- PETER OKWERO, AJAY TANDON, SUSAN SPARKES, JULIE McLAUGHLIN and JOHANNES G. HOOGEVEEN: Fiscal Space for Health in Uganda, *World Bank Working Paper No. 186* (2012).
- UNHCO: Prevalence and Factors Associated with Absenteeism of Health Providers from Work in Bushenyi District. (2010).

2. Il medico

**PROF.SSA
DANIELA TERRIBILE**
Ricercatrice
Chirurgia Senologica,
Università Cattolica
del Sacro Cuore,
Policlinico Universitario
"A. Gemelli",
Roma

Innanzitutto desidero rivolgere un sincero e sentito ringraziamento al Presidente del Pontificio Consiglio S.E. Rev.ma Mons. Zimowski e al Segretario Rev. Mons. Mupendawatu e a tutti i loro collaboratori per avermi concesso l'onore ed il privilegio di presenziare a questo importante evento per gli Operatori sanitari e consentito di partecipare a

questo scenario di respiro mondiale sulla tutela della salute tramite il compimento di una missione umana e spirituale quale quella dell'Evangelizzazione attraverso l'Ospedale.

Una matrice religiosa è sempre stata presente nel rapporto dell'uomo con la malattia

La storia dell'Ospedale affonda le sue radici nell'antichità, per cui, già migliaia di anni prima di Cristo, in India, in Sri Lanka, in Egitto, i templi erano riconosciuti come luoghi di guarigione da parte delle divinità del tempo.

Fu grazie ad **Ippocrate** il padre della medicina (460 a.C.), che l'arte di curare iniziò a basarsi su

fondamenti razionali. Il medico ippocratico inizialmente era un professionista itinerante.

L'etica che il padre della medicina moderna occidentale ha trasmesso rispecchia l'ideale del medico come filantropo al servizio di tutta l'umanità, ed al di sopra di qualsiasi divisione tra gli uomini.

Sin dalle sue origini, il rapporto tra medico e paziente, così come si è andato configurando nel mondo occidentale con la tradizione ippocratica, si è attenuto ad un ordine preciso: **il dovere del medico è fare il bene del paziente, e il dovere del malato è di accettarlo**. Un rapporto di tipo paternalistico, in cui la responsabilità morale del medico sta nella certezza che egli operi per il bene assoluto del malato.

Il famoso **giuramento di Ippocrate** è passato alla storia ed ha ancor oggi una sua validità, anche se nel suo contenuto si è nel tempo arricchito del pensiero cristiano. La sua ultima edizione in Italia è del 23 marzo 2007, a cura della Federazione Nazionale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri.

Giuramento di Ippocrate

Consapevole dell'importanza e della solennità dell'atto che compio e dell'impegno che assumo, giuro:

- di esercitare la medicina in libertà e indipendenza di giudizio e di comportamento rifuggendo da ogni indebito condizionamento;
- di perseguire la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo della sofferenza, cui ispirerò con responsabilità e costante impegno scientifico, culturale e sociale, ogni mio atto professionale;
- di curare ogni paziente con eguale scrupolo e impegno, prescindendo da etnia, religione, nazionalità, condizione sociale e ideologia politica e promuovendo l'eliminazione di ogni forma di discriminazione in campo sanitario;
- di non compiere mai atti idonei a provocare deliberatamente la morte di una persona;
- di astenermi da ogni accanimento diagnostico e terapeutico;
- di promuovere l'alleanza terapeutica con il paziente fondata sulla fiducia e sulla reciproca informazione, nel rispetto e condivisione dei principi a cui si ispira l'arte medica;
- di attenermi nella mia attività ai principi etici della solidarietà umana contro i quali, nel rispetto della vita e della persona, non utilizzerò mai le mie conoscenze;
- di mettere le mie conoscenze a disposizione del progresso della medicina;
- di affidare la mia reputazione professionale esclusivamente alla mia competenza e alle mie doti morali;
- di evitare, anche al di fuori dell'esercizio professionale, ogni atto e comportamento che possano ledere il decoro e la dignità della professione;
- di rispettare i colleghi anche in caso di contrasto di opinioni;
- di rispettare e facilitare il diritto alla libera scelta del medico;
- di prestare assistenza d'urgenza a chi ne abbisogni e di mettermi, in caso di pubblica calamità, a disposizione dell'autorità competente;
- di osservare il segreto professionale e di tutelare la riservatezza su tutto ciò che mi è confidato, che vedo o che ho veduto, inteso o intuito nell'esercizio della mia professione o in ragione del mio stato;
- di prestare, in scienza e coscienza, la mia opera, con diligenza, perizia e prudenza e secondo equità, osservando le norme deontologiche che regolano l'esercizio della medicina e quelle giuridiche che non risultino in contrasto con gli scopi della mia professione.

Il concetto moderno di Ospedale risale al 331 d.C., quando l'imperatore romano Costantino, convertitosi al Cristianesimo, diede il via ad una tipologia nuova di Ospedale.

Fino a quel momento la malattia aveva isolato il malato dalla comunità di appartenenza.

La tradizione cristiana sottoline-

ava invece la stretta relazione del malato con il suo prossimo, e su di essa fondava l'obbligo della cura.

La malattia è così diventato un problema di interesse prioritario per la Chiesa cristiana.

Esiste quindi, sotto il profilo storico ed esperienziale, un legame profondo tra la realtà dell'O-

distinzione tra povertà e malattia (*paupertas* e *infirmitas*) perdurò fino a tutto il **Medioevo** e l'ospedale, in Occidente, rimase a lungo una struttura a scopo caritativo.

Nell'XI secolo si assistette alla diffusione degli Ospedali in Europa; essi si trovavano disposti lungo le vie di transito, nella città come nelle campagne, ed erano strutture di matrice religiosa, organizzate strutturalmente come monasteri e giuridicamente come le confraternite. A capo si trovava solitamente uno "spedalingo", che era quasi sempre un ecclesiastico.

La Scuola Medica Salernitana, in Italia, è stata la prima e più importante istituzione medica d'Europa nel Medioevo, di cui i primi esponenti e animatori furono i monaci benedettini.

Nel **Rinascimento** spiccano grandi figure di Santi, che hanno dato vita agli Ordini Ospedalieri, ossia Comunità di Religiosi che nel servizio ospedaliero, svolto con spirito di carità evangelica, trovavano lo scopo della loro vita. È il caso di **S. Giovanni di Dio, fondatore dell'Ordine Ospedaliero detto dei "Fatebenefratelli"** e di **San Camillo de Lellis, fondatore dell'Ordine dei Chierici Regolari Ministri degli Infermi (Camilliani)**.

Dal Rinascimento in poi gli Ospedali in Europa furono solitamente costruiti e mantenuti con fondi pubblici, anche se rimaneva il collegamento con organismi religiosi. Nel XIX secolo esistevano sia in Europa che negli Stati Uniti numerosi Ospedali a gestione pubblica e privata.

Sono indimenticabili tra il XIX e XX secolo le esperienze di **S. Giuseppe Cottolengo, di S. Giuseppe Moscati e di Don Carlo Gnocchi**, che hanno lasciato un'eredità intramontabile alla comunità ecclesiale e civile.

Sono i luminosi testimoni della **cura amorevole ai più "piccoli"**, a chi non trova cura neanche negli Ospedali così come sono concepiti, in funzione di una utilità pubblica che è una grande conquista, ma che può non bastare per coprire le emergenze e i bisogni che in ogni epoca si affacciano da una umanità sofferente.

Nella vita di queste grandi figure traspare in tutta la sua

spedale e il messaggio evangelico: questo rapporto ha segnato le varie tappe che hanno visto lo sviluppo successivo dell'attenzione per la cura dei malati.

I cosiddetti "hôtel-Dieu", "ostello di Dio", ricoveri annessi ai **monasteri**, dove i monaci imparavano la medicina con un approccio più razionale. La mancata

impidezza lo spirito autentico da cui l’Ospedale era nato: piegarsi sull’uomo che soffre, mettendolo al centro all’attenzione, senza discriminazioni, e a lui indirizzando ogni sforzo possibile, per rispondere alle mille situazioni in cui la vita umana va protetta.

La loro testimonianza introduceva nella Chiesa il valore del “di più” di un volontariato creativo, da affiancare all’istituzione ospedaliera, oramai codificata nei suoi canoni, per mantenere viva l’attenzione alla persona e ai suoi bisogni e la libertà di iniziative gratuite e non programmate.

Mentre si costituivano le grandi e prestigiose Scuole Mediche e gli Ospedali più grandi cominciavano a gravitare sulle nascenti Università, S. Giuseppe Moscati, medico e docente universitario, richiamava con la forza della sua testimonianza di vita, al grande valore umano e cristiano della professione medica.

Il sorgere di grandi catene ospedaliere a fini di lucro è un fenomeno del tardo XX secolo. In Italia la struttura ospedaliera e le unità territoriali di assistenza sociale e sanitaria (ASL) diventano azienda nel 1992.

Università Cattolica del Sacro Cuore

Nel 1920 fu fondata l’Università Cattolica del Sacro Cuore, allo scopo di ispirare all’ideale cristiano il sapere, la didattica universitaria e le strutture operative annesse.

Nell’articolo 1 dello Statuto si legge: “*L’Università Cattolica, secondo lo spirito dei suoi fondatori, fa proprio l’obiettivo di assicurare una presenza nel mondo universitario e culturale di persone impegnate ad affrontare e risolvere, alla luce del messaggio cristiano e dei principi morali, i problemi della società e della cultura*”. E, all’articolo 9 e 10: “*L’Università Cattolica promuove la preparazione teologica e morale dei propri studenti, ivi compresa quella riguardante i problemi di deontologia professionale, anche attraverso altre iniziative di formazione*”. “*L’Università Cattolica è una comunità di do-*

centi, studenti e personale amministrativo, tecnico e sanitario, improntata al rispetto dei diritti fondamentali dell’uomo e delle libertà personali e collettive, nonché ai principi della solidarietà. I docenti, il personale amministrativo, tecnico e sanitario e gli studenti concorrono a mantenere e rafforzare l’unità e l’identità cattolica dell’Università”.

A noi, che ci troviamo a operare come medici e ricercatori all’interno di questa comunità universitaria cattolica, le parole di Giuseppe Moscati suonano di grande attualità:

– **“Ricordatevi che, seguendo la medicina, vi siete assunto la responsabilità di una sublime missione. Perseverate, con Dio nel cuore, con gli insegnamenti di vostro padre e di vostra mamma sempre nella memoria, con amore e pietà per i derelitti, con fede e con entusiasmo, sordo alle lodi e alle critiche, tetragono all’invia-dia, disposto solo al bene.”**

– **“Gli ammalati sono le figure di Gesù Cristo. Molti sciagurati, delinquenti, bestemmiatori, vengono a capitare in ospedale per disposizione della misericordia di Dio, che li vuole salvi! Negli ospedali la missione delle suore, dei medici, degli infermieri, è di collaborare a questa infinita misericordia, aiutando, perdonando, sacrificandosi”.**

– “Ricordiamoci di avere di fronte a noi, oltre che un corpo, un’anima, creatura di Dio”.

– **“Non lascerete di coltivare e rivedere ogni giorno le vostre conoscenze. Il progresso sta in una continua critica di quanto apprendemmo.** Una sola scienza è incrollabile e incrollata, quella rivelata da Dio, la scienza dell’al di là!

– **“Non la scienza, ma la carità ha trasformato il mondo,** in alcuni periodi; e solo pochissimi uomini son passati alla storia per la scienza; ma tutti potranno rimanere imperituri, simbolo dell’eternità della vita, in cui la morte non è che una tappa, una metamorfosi per un più alto ascenso, se si dedicheranno al bene”.

In questa testimonianza così vicina a noi, come nelle tante altre che si sono susseguite nel corso

dei secoli, troviamo il filo conduttore nella Parola del Vangelo che, lapidaria e resistente al logorio del tempo, rimane come punto fermo su cui appoggiare i desideri, la volontà e le opere di generazioni di credenti impegnati in una medicina autentica, impegnata di umanità.

Nel terzo millennio, ripercorrendo la storia dell’Ospedale in generale e della nostra Istituzione universitaria in particolare, viene da chiedersi come sia possibile realizzare a pieno le finalità proprie di una professione tanto nobile quanto difficile come quella medica, senza sentire risuonare nel cuore la Parola che ci interpella come credenti: “In verità io vi dico: tutto quello che avete fatto a uno solo di questi miei fratelli più piccoli, l’avete fatto a me” (Mt 25,45). “...un Samaritano, che era in viaggio, passandogli accanto, vide e ne ebbe compassione” (Lc 10,33).

Queste parole hanno toccato profondamente uomini di ogni tempo e di ogni ideologia, ispirando iniziative, comportamenti, codici deontologici e civili alla protezione dei più deboli, alla solidarietà, alla fratellanza universale, alla gratuità.

Ci sono valori universali iscritti nel cuore di ogni uomo che non possono essere disattesi, se non con il rischio di tradire la sua stessa umanità.

Oggi, in una realtà socio-culturale molto improntata dal relativismo etico, dal materialismo, dalla logica del mercato, dall’individualismo, spesso questi valori possono passare inosservati o dimenticati anche là dove dovrebbero essere difesi e testimoniati.

In una recente comunicazione dell’Università Cattolica si riporta: “*Di fronte alla crescente complessità dell’istituzione universitaria e della sua vita quotidiana, l’Università Cattolica ha deciso di riaffermare i propri principi e valori fondamentali, definendo regole più funzionali per garantire l’efficacia e la trasparenza dell’intera struttura. Importante tappa di questo processo è l’introduzione, a partire dal 1° novembre 2011, del Codice Etico e del Modello organizzativo dell’Università Cattolica del Sacro Cuore*”.

Si percepisce da queste parole il momento di verifica e di autoesame che una istituzione di questo tipo deve fare per riscoprire e riappropriarsi di motivazioni che vanno sempre rinnovate e mai date per scontate.

L'evangelizzazione è l'anima di una medicina a misura d'uomo. È un valore per tutta l'umanità assetata di bene ed è un dovere imprescindibile per chi si trova ad operare accanto a chi soffre in nome della carità di Cristo.

Pensando alle tante occasioni in cui mi trovo, come senologa, di fronte ad una donna angoscidata dopo aver saputo di essere affetta da un tumore alla mammella, mi rendo conto di quanto sia vera l'affermazione di Moscati, frutto della sua esperienza di medico e di credente: *"Che cosa possono fare gli uomini? Che cosa possono opporre alle leggi eterne della vita? Ecco la necessità del rifugio in Dio. Ma tuttavia noi medici dobbiamo cercare di alleviare la sofferenza".*

"Il dolore va trattato non come un guizzo o una contrazione muscolare, ma come il grido di un'anima, a cui un altro fratello, il medico, accorre con l'ardenza dell'amore, la carità".

Presentazione

Sono medico specialista in Oncologia e Chirurgia generale e Ricercatore presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Svolgo funzione di chirurgo senologo Responsabile dell'Unità di Terapie Integrate dei Tumori del Seno del Policlinico A. Gemelli, docente universitario nei Corsi di Laurea (Medicina e Chirurgia, Infermieristica, Ostetricia) e di Specializzazione della medesima Università.

Svolgo, inoltre, attività di coordinamento di gruppi di lavoro nazionali e di società scientifiche per la diffusione e standardizzazione di metodi di diagnosi e cura dei tumori al seno ed elaborazione di documenti di consenso e lineeguida per migliorare anche l'accesso alle cure su tutto il territorio nazionale.

In termini di volontariato sono Vice-Presidente della Susan

G. Komen Italia organismo non-profit per la lotta ai tumori del seno con funzioni di Responsabile delle Attività educative e Mission che corrispondono principalmente a:

- iniziative educative e formative per studenti delle scuole superiori, medici di base, infermieri, ostetriche, farmacisti, popolazione generale, donne operate al seno;

- iniziative di offerta sanitaria attraverso visite di prevenzione dei tumori femminili dedicate a donne disagiate, suore missionarie, detenute (Villaggi della Salute).

Esperienza personale

Il primo impatto forte con la sofferenza, la solidarietà e la necessità di sollievo e cura degli infermi fu, all'età di 13 anni, un viaggio a Lourdes organizzato dalla Scuola delle Marcelline che frequentavo a Milano. Ebbi in questa occasione la conferma della mia volontà di impegno sociale, umano e cristiano come medico.

Durante gli anni di formazione presso l'Università Cattolica vi furono altri stimoli ed incoraggiamenti sulla strada intrapresa. Frequentando il Reparto di Chirurgia ricordo la figura della suora-caposala dedita alla sua missione come un riferimento importante non solo per i malati e i familiari ma anche per i giovani medici e gli studenti.

La successiva decisione di una specializzazione chirurgica in ambito oncologico-senologico nasceva come istintiva per risolvere radicalmente una malattia che ancora oggi a distanza di tanti anni è ritenuta temibile e quanto mai aggressiva e coincideva con l'impatto personale legato alla contemporanea diagnosi di tumore al seno di mia madre. Quest'esperienza familiare mi ha maggiormente consentito di sviluppare una sensibilità anche dalla parte di chi riceve le cure.

Ricordo quante volte mia madre a seguito di accertamenti o visite mi faceva notare la mancanza di sensibilità o di rispetto del paziente da parte di medici frettolosi o distratti, esortandomi a non fare altrettanto nella mia professione.

La dimensione del problema

Il tumore del seno costituisce un problema sociale. Ogni anno nel mondo 1.400.000 donne sono colpite ed in particolare in Italia circa 47.000 con circa 11.000 decessi l'anno. L'incidenza è in aumento, si calcola che attualmente una donna su otto nel corso della propria vita incontrerà questa malattia.

Parallelamente all'aumento di incidenza è da notare che, negli ultimi dieci anni la mortalità è in calo in relazione ad una serie di fattori. Da un lato una sempre maggiore educazione sanitaria e sensibilizzazione verso la prevenzione ha consentito un numero crescente numero di diagnosi precoci e quindi a miglior prognosi mentre dall'altro la disponibilità di cure sempre più efficaci e rispettose dell'integrità funzionale ed estetica ha portato a migliorare l'accettabilità delle cure.

Attualmente sta emergendo la possibilità di agire in termini di prevenzione primaria con l'adozione di corretti stili di vita (corretta alimentazione e costante attività fisica).

Dal momento che la fascia d'età più colpita è quella tra i 45 e i 70 anni si può comprendere come si tratti di una malattia che agisce su persone fulcro della società come lavoratrici, spose, madri e nonne, attivamente coinvolte nei molteplici ruoli della società odierna.

Il seno, l'organo colpito, rappresenta un simbolo importante a qualsiasi età (maternità, allattamento, bellezza, femminilità, immagine corporea).

La possibilità della mutilazione, le importanti sequele dei trattamenti chemioterapici con l'ulteriore perdita dell'immagine corporea seppur temporanea, la possibile perdita di capacità procreativa ingenerano grandi difficoltà nella relazione con familiari (marito, figli) e colleghi con frequenti fenomeni di isolamento, fuga, rifiuto, eccessiva apprensione.

Nella società attuale l'innalzamento dell'età in cui si verifica la prima gravidanza rende più probabile la situazione in cui la comparsa di un tumore al seno avvenga in una donna con desiderio di maternità non ancora attuato o con figli in età prescolare

con conseguente ulteriore grave disagio e sofferenza da parte della donna.

Per il medico senologo si pone la necessità di agire su vari fronti:

- sensibilizzazione e prevenzione per la popolazione sana (comunità, luoghi di lavoro e scuole) con divulgazione dell'importanza di stili di vita corretti, delle modalità di diagnosi precoce come la mammografia etc;

- impostazioni di diagnosi sempre più precoci e mirate e terapie integrate.

Negli ultimi anni a livello nazionale ed internazionale si è andato sviluppando il concetto di percorso diagnostico-terapeutico integrato che si basa su un accompagnamento della donna lungo tutto l'iter con un unico centro di riferimento (*Breast Unit* o Unità di Senologia). Questa modalità di azione consente di avviare le indagini più idonee con netta riduzione di tempi, procedure burocratiche, ottimizzazione delle informazioni con paziente "guidata" ad esempio al momento della diagnosi è importante che informazioni non contrastanti vengano fornite possibilmente da un unico operatore. Per quanto riguarda il trattamento, attualmente in centri qualificati in oltre l'80% dei casi vi è la possibilità di ricorrere ad interventi sempre più limitati e conservativi, rispettosi dell'integrità fisica e dell'esito estetico pur nella piena osservanza dei criteri oncologici. Qualora sia necessario l'intervento demolitivo è estremamente importante disporre della possibilità di ricostruzione immediata con differenti tecniche attraverso una stretta collaborazione con l'équipe di chirurgia plastica al fine di evitare danni psicologici di una mutilazione.

È necessario che la descrizione delle tappe successive avvenga in un clima di empatia in condizioni di spazio e tempo adeguati all'importanza e alla criticità del momento con verifica dell'avvenuta comprensione della necessità e della tipologia delle cure.

L'Unità di Senologia si caratterizza per la costante presenza di un intero gruppo multidisciplinare di medici, (radiologi, chirurghi,

anatomo-patologi, radioterapisti e oncologi), psicologi, infermieri, fisioterapisti e spesso personale volontario che contribuisce a distribuire il peso della sofferenza per una malattia così sfaccettata come quella del tumore al seno.

È in corso nel nostro Paese e nei paesi membri della Comunità uno sforzo collettivo da parte dei medici, delle associazioni femminili e delle istituzioni affinché questo modello di diagnosi e cura venga attuato su ampia scala per garantire alle donne affette da questa patologia uniformità ed equità di cure

La dimensione dell'ascolto

Nel corso dei secoli si è certamente modificato il rapporto medico-paziente che da paternalistico ha assunto toni più informali e collaborativi con la finalità di realizzare una alleanza terapeutica.

Per lungo tempo tuttavia la comunicazione, in ambito terapeutico-assistenziale è stata considerata un processo spontaneo, collegato a caratteristiche di personalità del singolo operatore o del singolo paziente. In altri termini, **non ci si poneva il problema del significato della comunicazione e se ne ignorava il valore ai fini del recupero della salute o del miglioramento clinico**. Attualmente numerosi ricercatori si sono occupati della comunicazione all'interno del rapporto assistenziale, rivelando l'importanza che questa dimensione riveste nel contesto più ampio della salute e della malattia. Se ogni malattia è uno sradicamento, una perdita di appartenenza, allora ogni malato, ogni paziente può diventare un profugo, che ha smarrito le sue certezze, gli spazi consueti e sicuri della sua quotidianità.

Quando il paziente si rivolge al medico per chiedere aiuto, cerca intenzionalmente la possibilità di un incontro significativo per calmare le sue ansie, per trovare nuove risposte ad interrogativi che non sono solo clinici. È una ricerca che avviene tra impreviste paure e nuove insicurezze. È proprio nella terra di nessuno che può avvenire l'incontro medico-paziente.

Colpisce come davanti alla malattia anche uomini di successo o di cultura, molto sicuri di sé e delle proprie decisioni presentino uno smarrimento che delega al medico la responsabilità di decisioni complesse ed impegnative. Accogliere il malato consapevoli di questo smarrimento significa per il medico varcare un confine, rinunciare alla propria lingua e costruire con l'interlocutore paziente un nuovo linguaggio. Solo questo atteggiamento lo mette in condizione di ascoltare una storia e non solo una storia di sintomi, non un'anamnesi ma una narrazione.

Tuttavia, il saper creare un clima di **ascolto empatico**, di fiducia e di sicurezza, il saper evitare eccessivi atteggiamenti normativi, l'essere in grado di gestire le dinamiche emotive e i processi comunicativi, il saper infine essere presente all'altro, non sono capacità innate e naturali, ma piuttosto il frutto di un lungo lavoro personale e professionale necessario bagaglio di un medico completo.

E ascoltare vuol dire **disporsi all'accoglienza dell'altro**, nella sua irriducibile alterità. Corpo e mente sono come protesi sulla soglia, pronti a farsi raggiungere da ciò che verrà: è un ascolto totale di sguardi, di voci, di emozioni.

L'ascolto aperto richiede la disponibilità ad incontrare l'altro lì dove si trova, nella sofferenza, nella paura, nella solitudine; presuppone una naturale inclinazione alla libertà che si traduce in un atteggiamento scevro da tentazioni di dominio o di giudizio sull'altro. Presuppone il coraggio di mettersi in viaggio verso terre sconosciute attraverso sentieri inesplorati, consapevoli delle proprie paure e fragilità, memori della propria fallibilità, coscienti di essere soli e al tempo stesso sempre dipendenti dall'altro. L'attenzione alle dinamiche comunicative coincide con l'attenzione e la cura della relazione nei suoi multiformi aspetti: comprende non solo la considerazione dei **messaggi verbali**, ma anche l'attenzione alla **comunicazione non verbale del paziente**. L'ascolto aperto è anche, infatti, un ascolto in parallelo in cui più canali sono attivati, da quello percettivo a

quello emotivo a quello logico-razionale. Il medico è allora impegnato su diversi livelli che appartengono alla sua interiorità e alla relazione contemporaneamente. Gli elementi micro e macrocinesici, la **mimica facciale** e lo **sguardo**, così come la **postura** e la **gestualità**, consentono di cogliere congruenze o discrepanze rispetto al contenuto dei messaggi verbali e al tempo stesso sono indicatori della qualità della relazione, indici di quello che sta avvenendo qui ed ora.

Avere un atteggiamento collaborativo e non giudicante, una capacità di sentire con l'altro senza perdersi e confondersi (**comprendere empatica ma non identificazione confusa**), vuol dire poter rispettare l'autodeterminazione dell'altro considerandolo libero e capace di scegliere. In quest'essere presente, con la ragione e il cuore, in quest'apertura si realizza l'esperienza conoscitiva e quella relazionale.

In questi ultimi anni si è arrivati a riconoscere i vantaggi di una comunicazione efficace nel rapporto operatore-paziente, partendo da approcci molto diversi: da quello strettamente clinico a quello etico, da quello economico a quello organizzativo gestionale. La **qualità della comunicazione** oggi rappresenta un **obiettivo irrinunciabile**, che non chiede di essere giustificato o illustrato, ma solo esplicitato nei modi e nelle strategie, misurato con indicatori sempre più sensibili e tradotto in linee guida che marcano il comportamento di tutti gli operatori nei rispettivi livelli. "Non a caso, come la letteratura ha da tempo evidenziato, le variazioni nei processi di comunicazione influenzano in modo rilevante alcuni esiti nei comportamenti e negli atteggiamenti del paziente, quali la sua soddisfazione circa la visita medica, l'attenersi alle prescrizioni terapeutiche (*compliance*) e una riduzione delle sue preoccupazioni".

Ancora una volta il problema non è se farlo, ma come farlo: **come farsi carico del bisogno di comunicazione dei pazienti**, che si configura contestualmente come un bisogno di informazione: sapere di più, su di sé, sulla propria malattia, sulla sua gestione,

e come un bisogno di educazione: **come gestire meglio la propria malattia**, ma anche **come gestire se stessi in rapporto alla malattia**, **come ristrutturare la complessa rete di legami socio-familiari turbati dall'irrompere della malattia**. È un ambito relazionale in cui al medico, all'infermiere, si chiede di spendersi soprattutto sul versante educativo, acquistando una consapevolezza sempre maggiore della valenza terapeutica di aspetti non farmacologici. È il momento di assumere un ruolo di *Counselor* o di avvalersi della competenza di un servizio di *Counseling* strettamente integrato nell'area medica di riferimento.

Nella nostra realtà, al Policlinico Gemelli, l'Unità di Senologia si avvale del supporto di un team di psico-oncologhe particolarmente dedicate alle problematiche dei tumori femminili che affiancano sin dai primi contatti il percorso della paziente sia nella fase della diagnosi che nelle fasi successive (ricovero e/o terapie adiuvanti).

Nel caso di tumore al seno la sensazione di spaesamento e di esilio è ancor più accentuata a causa degli innumerevoli significati simbolici e culturali correlati all'organo.

Il seno da sempre e in ogni cultura è considerato l'elemento caratterizzante l'identità femminile, simbolo per eccellenza dell'affettività che nutre e accoglie, della capacità di donare e di donarsi. Ad un livello più inconscio ed arcaico il seno è simbolo di creatività e di affettività è, anzi, il simbolo basico della creatività. Seno e cuore sono due oggetti visti spesso come uguali ed intercambiabili, non solo per la loro vicinanza ma anche perché hanno in comune la caratteristica di rivestire un analogo significato emozionale (indicati come simboli della vita affettiva).

Possiamo affermare che il seno è un vero e proprio sistema di simboli che si riflettono sia in termini intrapsichici (rapporto con la propria identità esistenziale e di genere) sia relazionali.

Una donna colpita da tumore al seno è doppiamente ferita nella sua identità: ferita nella sua pos-

sibilità di pensarsi al femminile e di rappresentarsi in termini relazionali e sociali; ferita nella sua possibilità di pensarsi in termini inconsci come portatrice di creatività: il seno, questa parte buona, creativa, così intimamente legata alla femminilità e alla maternità, diventa, perché colpito dalla malattia, portatore di un messaggio di morte, di negatività, di distruzione. Nuove immagini di sé e del proprio corpo si accompagnano alla scelta di continuare a vivere e, quindi di curarsi.

Il cambiamento dell'immagine corporea, infatti, passa non attraverso la malattia in sé ma attraverso la terapia: l'intervento, la chemioterapia, la chirurgia ricostruttiva. Ciò che altera non si vede, non deforma, almeno inizialmente il corpo; ciò che cura modifica il corpo. L'intervento di mastectomia: corpo devitalizzato, frammentato: la paziente si trova così ad affrontare il lutto: perdere parte di sé, perdere l'oggetto-sé. Quel corpo modificato sta a rappresentare l'assenza del male, il vuoto prima occupato dal tumore, il pezzo di corpo malato che rimane costantemente a memoria del male. Perdere sé nella speranza di sopravvivere; l'antitesi di quello che accade, in termini di fantasia, per le cellule cancerose: queste per non morire uccidono, questa (la chemioterapia) uccide per permettere di vivere. Altri cambiamenti corporei sono poi indotti dalle terapie. La chemioterapia, in particolare, è l'altra faccia del cancro, nella misura in cui svela quella che è nascosta: la caduta dei capelli, il gonfiore del viso.

La malattia come scuola di vita

Quante volte un paziente esce trasformato dalla malattia, non solo perché è clinicamente guarito, ma perché è cambiato il suo **sguardo sulle cose, sui fatti che lo riguardano**. E questo cambia lui stesso, lo rende diverso: apprezza cose diverse, attribuisce gradi di importanza diversi, tollera meglio certe cose e non ne tollera affatto altre. È passato sostanzialmente attraverso una scuola di vita, in cui qualcuno gli ha insegnato molte cose sulla sua

malattia, ma soprattutto sull'uomo che aveva quella determinata malattia. Ma questo presuppone, da parte del medico, il coraggio di varcare la propria frontiera, di andare oltre le proprie sicurezze culturali ed esistenziali. Varcare la frontiera vuol dire avventurarsi in quella terra di nessuno aspra e imprevedibile, dove tutto può accadere, dove si parla un linguaggio diverso. Ascoltare senza memoria e senza desideri come dice Bion, vuol dire per il medico poter ascoltare l'altro e ciò che sta avvenendo nella relazione con il paziente, piuttosto che lasciarsi assordare dal rumore delle teorie sulla malattia, dalle preoccupazioni diagnostiche, dall'urgenza delle decisioni terapeutiche. Varcare la propria frontiera vuol dire per il medico scoprire quella tensione verso ciò che è nascosto, verso ciò che ha bisogno di trovare voce e interpretazione. Confrontarsi con questa realtà significa rinunciare al pensiero algido e sicuro della tecnica a favore di un pensiero-affetto che permetta di comprendere la realtà del rapporto con l'altro e la realtà dell'altro che è dinanzi. Capire come ci si sente dentro quella malattia, cosa vuol dire per quel paziente essere ciò che è, cosa vuol dire per esempio soffrire di una malattia cardiaca o avere un cancro dello stomaco, cosa vuol dire avere perso il padre in tenera età magari per la stessa malattia o essere stati abbandonati dai genitori o avere una malformazione fisica o essere cresciuto senza la possibilità di sentire i suoni o di vedere i colori. Vuol dire confrontarsi con il senso di impotenza, di angoscia, di solitudine: e questo non è facile, né indolore. Ma solo in questo modo i pazienti potranno essere aiutati a tollerare meglio il suo dolore, la sofferenza che sta provando. In questo senso si potrà educare il paziente, dandogli la possibilità di fare esperienza.

È necessario essere o diventare per dirla con Gadamer **un guaritore ferito**, una persona cioè in grado di prestare cura ma anche di sentirsi paziente, di sentirsi ferito. **Questo non vuol dire annullare l'asimmetria dei ruoli, dei saperi né tantomeno l'asimmetria esistenziale Sano-Malato**, ma

vuol dire piuttosto potersi avvicinare e accogliere la diversità.

Il medico è costantemente a contatto con malati che giungono al termine della loro esistenza. Davanti al morente, al di là degli aspetti più strettamente professionali legati all'assistenza medica, si pone spesso una serie di interrogativi che lo coinvolgono sul piano emotivo, etico e spirituale. Pur essendo cambiata la prognosi di molte malattie che fino a qualche tempo erano considerate inguaribili, la prospettiva della morte è sempre presente nel decorso di alcune e comunque la morte rimane un traguardo inevitabile per tutti. Rimuovere l'idea della morte non è materialmente possibile, dal momento che l'uomo è chiamato ad integrare nella sua esperienza di vita l'idea di morte, come un debito che dovrà necessariamente saldare prima o poi. Pertanto non è eticamente lecito rimuovere l'idea di morte, dal momento che ogni uomo deve farne necessariamente esperienza. Ma la cultura dominante della Società attuale tende a mascherare la realtà della morte, come se evitando di pensarla e di comprenderla nel proprio orizzonte personale, ignorandola in definitiva, potesse anche sconfiggerla.

Non stupisce quindi che quando non può farne a meno di parlarne, la nostra cultura sceglie però le forme più spettacolari, drammatiche nei modi e nei tempi, come per volerle in ogni caso allontanare dalla esperienza quotidiana. Non a caso oggi si è molto meno preparati ad affrontare un evento di tale portata. Si sono perduti molti dei valori umani, sia morali che spirituali, con cui in anni precedenti ci si disponeva all'accoglienza della morte nel proprio orizzonte esistenziale. In una cultura del successo il valore della vita si misura con le categorie della efficienza e della produttività, per cui l'approssimarsi della morte è visto come una sconfitta, un fallimento: personale, ma anche scientifico e professionale. Nonostante la disponibilità di tecniche molto sofisticate, la medicina conserva i suoi limiti, che si esasperano anche perché il livello di aspettative dell'uomo aumenta più velocemente di quanto

non si riesca soddisfarlo. **Davanti alla morte**, anche quando è solo ventilata come ipotesi, **pazienti e familiari raramente ritengono che si sia fatto tutto il possibile e il dubbio che il medico non abbia saputo gestire correttamente la situazione per imperizia o negligenza è sempre in agguato**. Si alimenta così un contenzioso ben noto ai recenti sviluppi della medicina legale, che deve fronteggiare un livello di crescente sfiducia nei confronti della classe medica, colpevole molte volte di non saper trasformare i successi della tecnica e della scienza in garanzie di immortalità. **Una considerazione che si può trarre da questo fatto è che nessuno ha adeguatamente aiutato pazienti e familiari all'incontro con la morte**. Per questo è nato recentemente in alcune istituzioni, tipo gli Hospice, il *Counseling* di accompagnamento alla morte.

L'incontro con la morte potrebbe divenire meno complesso se ci si abituasse a considerare la morte come un evento naturale ed inevitabile, al quale occorre dare un significato in funzione delle proprie convinzioni personali e al quale occorre prepararsi perché non se ne conosce né il tempo né il luogo o il modo. Il malato va aiutato a morire, anche insegnandogli a morire, nel pieno rispetto delle sue ansie e delle sue paure, delle sue aspettative e delle sue speranze. Al di là della indubbia competenza professionale con cui un medico deve mostrare con tutta la sua condotta di aver fatto tutto il possibile per tenere lontana la morte, c'è un aspetto relazionale che si configura in un modo del tutto peculiare. Coinvolgere il paziente perché partecipi consapevolmente al processo della sua morte è un esplicito riconoscimento della sua dignità e del suo diritto a configurare da protagonista le scelte mediche che lo riguardano. In alcuni casi i livelli di ansia aumentano e possono essere controllati solo con un duplice intervento farmacologico e psico-educativo, a cui il medico non può sottrarsi, neppure mettendo in primo piano le due argomentazioni a cui ricorre più frequentemente: la mancanza di tempo e la mancanza di preparazione specifica.

Imparare a comunicare con il paziente in questi momenti così delicati significa **rivedere il proprio modo di informare, sottraendolo sia alla rude schematicità dei dati, che alla generica diluizione delle informazioni in un eloquio tanto forbito quanto sfuggente.** Informare significa aver ben presente la risonanza emotiva che i dati possono suscitare nel paziente subito e a distanza di tempo, quando, magari da solo, tornerà a ragionare sulle cose e ne scorgerà la drammaticità. **Medico e paziente possono essere entrambi tentati dal fuggire** a questa tappa così onerosa del sapere e del far sapere, ma certamente un atteggiamento di questo tipo inficia tutti gli altri aspetti della relazione. Il medico nel dire una verità di questo tenore teme di dover ammettere la propria impotenza e la sua sconfitta, che diventa tale anche per il malato, per cui si può generare un circuito di sfiducia, in cui il malato cerca soluzioni alternative alla relazione con questo medico, di cui non considera soddisfacente la risposta. È un rischio che il medico deve correre, garantendo comunque al malato tutto il suo appoggio e rassicurandolo sul fatto che non lo lascerà solo a combattere questa battaglia così difficile. Il malato, o i suoi familiari, potranno assumere anche altre informazioni per controllare quanto detto dal medico, ma se troveranno concordanza, sapranno riconoscere nella sua onestà intellettuale e nella sua disponibilità relazionale ciò di cui hanno davvero bisogno per affrontare la morte e il morire.

L'informazione onesta e coraggiosa, con l'ammissione dei propri limiti e con la proposta di una alleanza, potrà permettere di fronteggiare il dolore e la sofferenza in tutte le loro manifestazioni, anche attraverso un uso sapiente dei farmaci della terapia del dolore. Il malato va aiutato a comprendere che **se la battaglia con la malattia in un certo senso è stata persa, quella con la qualità della vita** in questa fase tanto delicata **è ancora tutta da giocare** e comporta la maggior riduzione possibile del dolore, la possibilità di mantenere viva la rete degli affetti familiari, lo scam-

bio intenso di richieste e di risposte tra paziente e medico. Giorno per giorno, e a volte momento per momento, il malato è sollecitato a parlare del suo dolore e dell'efficacia dei farmaci, dei suoi desideri e della possibilità di soddisfarli. C'è un monitoraggio continuo che esprime un processo di negoziazione in cui il medico fa da interfaccia tra il dolore e il paziente, per ridurre il primo a tutto vantaggio del secondo.

Il **Counseling deve includere anche i familiari** che più strettamente si fanno carico di lui e che sommano allo stress psicologico che comunque li coinvolge nella spirale della solitudine e dell'abbandono: anche chi resta può sentirsi terribilmente solo, quasi tradito da chi se ne va, anche lo stress tutto fisico della relazione di cura, soprattutto quando il malato è in casa. L'assistenza fisica, l'onere organizzativo della cura al malato e della persistenza di altre responsabilità familiari e professionali, crea delle situazioni che spesso sfociano in vere e proprie forme di *burn out*. Un buon *Counseling* in questo caso può giocare d'anticipo, prevedendo reazioni del tutto naturali e rafforzando le difese individuali, anche attraverso la sollecitazione di una più ampia rete familiare di supporto. Ma certamente deve scattare non appena si individuano i primi segni di cedimento, tanto più gravi quanto più si tratta di situazioni che tendono a cronicizzare e in cui a volte il familiare può sperimentare anche sensi di colpa, quando la fatica psico-fisica a cui non riesce a far fronte, reclama spazi di sollievo e di pausa per sé.

Un *Counseling* quindi per chi si prepara a morire e un *Counseling* per i suoi familiari: con un discorso chiaro e coraggioso sulla morte e sulla vita, sul significato di entrambe, aperto a riconoscere il senso della vita che si è vissuta e il senso della vita che rimane da vivere con quella persona e in quelle circostanze. Un *Counseling* che esprima fiducia nella capacità di comprendere e di perdonare, se fosse necessario, nella capacità di essere grati e nella semplicità di poter esprimere ciò che comunque è stato occasione di sofferenza e di incom-

preensione. Un *Counseling* in cui, se il paziente lo richiede, si possa parlare serenamente di Dio e del Paradiso che attende non solo chi ha vissuto una vita retta e generosa, ma anche chi non è riuscito a vivere in questo modo perché appesantito da esperienze negative, che non ha saputo rielaborare e risolvere. Anche per lui arriva un momento di riposo e di abbandono in una giustizia divina che va oltre la giustizia umana, nell'amore di Dio che saprà ampiamente compensare anche la mancanza di amore che si è sperimentata o i torti che i sono subiti. Il *Counseling* in questa tappa si alimenta della speranza, una speranza umana e soprannaturale, che concederà ad ogni uomo in concreto ciò di cui ha bisogno, ciò che desidera, in una prospettiva di vita che dura oltre il tempo, che risana ingiustizie, colma divari e ci mette nella condizione di chi troverà affetti perduti o più semplicemente aspetterà affetti che ora lascia.

Per molti anni una parte di questo Counseling è stato svolto dal Cappellano dell'ospedale, dal parroco o dal sacerdote. Ora queste figure sono notevolmente diminuite ed in un certo senso sono aumentate le barriere che separano i malati dall'incontro personale con la Grazia di Dio, qualsiasi sia la loro fede, anche perché la paura della morte e della separazione spinge i familiari a ritardare – spesso fino a rendere impossibile – l'incontro del malato con il sacerdote. La spiegazione è che il malato potrebbe spaventarsi e quindi si vuole evitare che qualcosa appesantisca la sua già difficile situazione. L'esperienza è assai diversa e in genere anche persone che per molti anni sono rimaste lontano dalla loro fede e dalle pratiche di pietà accolgono con serenità e con pace questa ultima catechesi. Ma in modo del tutto sorprendente si nota come i malati apprezzino ancora di più l'intervento del medico, che seduto accanto a loro non si sottrae a questo dialogo sulla morte, vero e proprio dialogo sui massimi sistemi. È nell'incontro a tu per tu con un altro uomo, che la paura piano piano perde la sua fosca tonalità, chiusa a qualsiasi possibilità di sviluppo futuro.

Conclusioni

La preparazione di questa relazione si è rivelata un importantissimo, quanto inaspettato ed estremamente utile momento di riflessione sul mio operato di medico all'interno di un grande Policlinico Universitario Cattolico. Momento di verifica e anche autocritica rispetto agli ideali iniziali ricchi di entusiasmo, di volontà di contribuire ad alleviare la sofferenza umana fino alla maturazione di una consapevolezza dei limiti umani e professionali e della necessità di un costante riferimento alla fede.

Il mio lavoro mi ha consentito e consente la possibilità e il privilegio di aiutare a formare giovani operatori sanitari, medici ed infermieri; in questo ambito, accanto alla possibilità di fornire nozioni tecniche direttamente sul campo operatorio, in ambulatorio o in reparto, lo sforzo fondamentale è quello di far comprendere l'im-

portanza di un'estrema attenzione alla malata e al suo contesto. Ad esempio le pazienti con tumore in fase avanzata che giungono ancora oggi in una grande città alla nostra osservazione sono frutto non tanto dell'ignoranza in termini di malattia ma spesso di un grave disagio psicologico che talora hanno preferito vivere in isolamento per nascondere la propria malattia per paura di affrontare non solo le cure ma anche il giudizio del medico. È quindi fondamentale imparare a saper intervenire aiutando ma senza impaurire o giudicare.

La mia esperienza in ospedale si è arricchita in questi anni di nuove conoscenze relative alle acquisizioni tecnologiche e alle conoscenze sull'uomo (antropologia, psicologia) mutando talvolta quelle che ritenevo convinzioni radicate. Grande maestra è stata la sofferenza con i suoi riverberi nel vissuto delle varie pazienti che ho avuto modo di conoscere e segui-

re nel loro percorso di malattia. Sono peraltro tuttora convinta che l'evoluzione tecnologica, strumento fondamentale per il medico e per l'ottimizzazione delle cure, non può prescindere dall'esistenza di una accurata dimensione dell'"ascolto" e di "presenza" nei confronti del malato. In quest'ottica l'Evangelizzazione è davvero l'anima di una medicina a misura dell'uomo. ■

Riferimenti Bibliografici

MACELLARI G, PLUCHINOTTA A, TERRIBILE D *Senologia pratica* Edizioni Minerva Medica 2007.

ORLANDELLI E, PALAZZONI G, TERRIBILE D, FERRARESE D *Seno buono-seno cattivo* Alpes 2009.

BRUNI R *La prospettiva emotiva nella relazione con il paziente* In Binetti P, Bruni R et al, Persona, paziente, cliente, pp. 79-128, SEU, Roma 1999.

BINETTI P, BRUNI R *Il Counseling in una prospettiva multimodale* Edizione Magi 2003.

BRUNI R *Sentieri sensibili: per una fenomenologia del dolore* AUS-l'Ancora nell'unità di Salute n.1, pp. 50-57, 2007.

3. L'infermiere

SUOR ALŽBETA BC.

JANA GALGÓCIOVÁ

Suora della Congregazione
Santa Elisabetta,
Bratislava,
Repubblica Slovacca

Ecellenze, Illustri autorità, Distinti ospiti e presenti tutti!

All'inizio voglio ringraziare Sua Eccellenza Monsignor Zygmunt Zimowski per il cortese invito rivoltomi. È un grande onore per me essere qui oggi davanti a tutti i distinti ospiti e i partecipanti di questo convegno mondiale.

L'evangelizzazione del mondo sanitario riguarda tutti noi che lavoriamo in ospedali come medici,

infermieri oppure come assistenti sanitari. Non riguarda solo i preti, le persone consacrate oppure i volontari che vengono in ospedale, ma riguarda tutti i laici, che con il battesimo sono diventati i testimoni di amore di Cristo. L'ambito particolarmente adatto per l'evangelizzazione è senza dubbio quello di un posto di lavoro nel quale le persone vivono in sofferenza. Il papa Paolo VI nella sua Esortazione Apostolica *Evangelii Nuntiandi* ribadisce: “*Più ci saranno laici penetrati di spirito evangelico, responsabili di queste realtà ed esplicitamente impegnati in esse, competenti nel promuoverle e consapevoli di dover sviluppare tutta la loro capacità cristiana spesso tenuta nascosta e soffoca-*

ta, tanto più queste realtà, senza nulla perdere né sacrificare del loro coefficiente umano, ma manifestando una dimensione trascendente spesso sconosciuta, si troveranno al servizio dell'edificazione del Regno di Dio, e quindi della salvezza in Gesù Cristo”¹.

Essere pieno di spirito di Vangelo significa attingere dalle parole del Signore, conoscerle, farsi formare da esse e diffonderle. Questo significa invitare Gesù in ogni attività che noi stiamo facendo per i malati, essere radicato in Cristo per dare la testimonianza personale. Grazie a questo fatto noi conosciamo la ragione del nostro lavoro, poiché “*l'amore di Cristo ci spinge*” (2Cor 5,14). Dal rapporto personale con Dio attin-

giamo la forza e l'amore per servire i malati. Dio tocca i malati personalmente, ma anche tramite noi, gli operatori sanitari. Siamo strumenti nelle mani di Dio.

Per poter eseguire il nostro lavoro abbiamo bisogno di una significante preparazione, oppure di un cosiddetto apprendimento permanente nell'ambito sanitario. Accanto al lato professionale, l'atteggiamento umano è la parte inseparabile, che è soprattutto richiesta da noi lavoratori sanitari. Ma come dovrebbe essere un assistente ospedaliero che è allo stesso momento anche un evangelizzatore? Quando si tratta soltanto della cura professionale per i malati oppure dell'evangelizzazione? Mi hanno toccato particolarmente le parole del Santo Padre Benedetto XVI nella sua Enciclica *Deus caritas est*: “Il servizio che le persone svolgono per i sofferenti, occorre innanzitutto la competenza professionale: i soccorritori devono essere formati in modo da saper fare la cosa giusta nel modo giusto, assumendo poi l'impegno del proseguimento della cura. La competenza professionale è una prima fondamentale necessità, ma da sola non basta. 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. Devono distinguersi per il fatto che non si limitano ad eseguire in modo abile la cosa conveniente al momento, ma si dedicano all'altro con le attenzioni suggerite dal cuore, in modo che questi sperimenti la loro ricchezza di umanità. Perciò, oltre alla preparazione professionale, a tali operatori 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 apre 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” (*Gal 5, 6*)². L'amore per il prossimo come conseguenza della nostra fede.

Vivo nella congregazione di Suore di Santa Elisabetta, il qua-

le carisma principale è quello dell'assistenza ai malati. La nostra patrona è Santa Elisabetta d'Ungheria, che festeggiamo nei prossimi giorni. Elisabetta, fu la principessa e la figlia di Andrea II re di Ungheria, che rinunciò all'eredità, fondò ospedali e lei stessa servì i malati. In questo modo ha compiuto la grande missione di amore alla quale ci invita tutti noi il Vangelo: “Ogni volta che avete fatto questo a uno solo dei miei fratelli più piccoli l'avete fatto a me” (*Mt 25,40*). Questo messaggio ha toccato nel XXVII secolo la nostra fondatrice Apollonia Radermecher. Lei, secondo l'esempio di Santa Elisabetta si è completamente dedicata al servizio per i malati. La madre Apollonia ha detto: *Per quello che Dio chiama l'uomo, gli dà la capacità e le necessarie grazie*³.

Dal vangelo sappiamo, che Cristo ha dedicato ai malati un'attenzione particolare. Dio ci ha chiamato per svolgere il servizio che ci avvicina a Lui. È un lavoro nobile, che Cristo ci ha consegnato tramite le sue parole: “Come il Padre ha mandato me, anch'io mando voi” (*Gv 20,21*). Prendendosi cura dei malati assolviamo il messaggio di Dio con il quale noi, gli operatori sanitari diventiamo i “samaritani misericordiosi” (parag. *Lc 10,30-37*). Il nostro lavoro diventa un servizio alla vita con il quale attraverso l'uomo serviamo Dio e in questo modo diventiamo i suoi collaboratori⁴.

Le infermiere, che svolgono una cura complessa, spendono con i pazienti la maggior parte del tempo. Proprio per questo motivo hanno la priorità di essere le prime, se non le uniche, con le quali il paziente potrebbe parlare dei suoi bisogni spirituali. Lavoro come infermiera nella clinica oncologica incontrando i pazienti che vivono nella paura e angoscia a causa d'incerta prognosi della loro malattia. I malati spesso devono combattere con il cambiamento del loro stile di vita e per via del ricovero vivono lontani dalle proprie famiglie. Per questo motivo si aspettano da noi l'empatia, il rispetto e l'accoglienza. Se gli dedichiamo del tempo, li ascoltiamo con molta volontà e attenzione, loro aprono i loro cuori e ci

permettono di entrare nei loro bisogni, che poi ci aiutano a mobilitare le loro forze⁵. Una malattia seria porta una persona a rivalutare tutti i valori ai quali fino a quel momento credeva. Se questo momento è percepito correttamente, può diventare uno dei più preziosi e fruttuosi periodi della vita⁶. Può trasformarsi in un periodo di preghiera personale, ricerca, un legame più stretto con Dio. Molti hanno trovato tramite la preghiera il sollievo, aiuto, liberazione e sono stati capaci di portare il peso della malattia e ad accettare quello, di cui non avrebbero avuto la forza⁷. Dobbiamo aiutare i malati a scoprire il vero significato di sofferenza affinché loro lo accettino e lo uniscano alla sofferenza di Cristo⁸. È difficile trovare le parole confortanti nella sofferenza, ma si possono compensare con l'attenzione, l'interesse personale, la preghiera per il malato oppure direttamente con lui. A prima vista queste sono delle piccole cose, che però, diventano per loro delle grandi manifestazioni d'amore. La soddisfazione dei bisogni dell'anima delle persone seriamente ammalate ha un ruolo assai importante. Qua vorrei rilevare l'importanza non soltanto della comunicazione verbale ma anche di quella non verbale, con la quale creiamo un rapporto con il paziente, che ci permette di comunicare al livello di sentimento. I malati ci parlano della loro famiglia, desideri, piani, domande non risposte, spesso però, ci parlano della loro vita spirituale. Prendersi cura del malato significa chinarsi a lui per sentirlo meglio, rimanere in silenzio per dividere la sua sofferenza. È un atteggiamento personale, che aiuta il malato a oltrepassare il sentimento di solitudine quando la sua strada sale erta⁹.

Un lavoratore sanitario – evangelizzatore è quello che è pieno di Spirito di Vangelo, è radicato in Cristo, cura la formazione del proprio cuore, serve Dio tramite l'uomo, entra nel mondo di valori e di bisogni degli altri e dona altruisticamente tutto ciò che si è ricevuto gratuitamente.

Vorrei chiudere il mio discorso parafrasando le parole della nostra fondatrice: “*Tutti i grandi*

atti di amore non sono altro che una continua decrescita ed estinzione per far crescere Cristo. Dipende solo dai sacrifici spontanei e dall'ubbidienza dei servitori di Dio, che alla sua chiamata piantano e irrigano. Tuttavia, valgono per sempre le parole di San Paolo: "Ora né chi pianta, né chi irriga è qualche cosa, ma è Dio che fa crescere" (1Cor 3, 7)¹⁰.

Proprio per questo dobbiamo donare altruisticamente quello, che ci è stato dato gratuitamente! ■

Bibliografia

- ¹ PAVOL VI, 1992. Evangelii nuntiandi. Zvolen: Združenie Jas, 1992. 45 s. ISBN 80-900548-4-6.
- ² BENEDIKT XVI, 2006. Deus caritas est. Trnava: SSV, 2006. 48-49 s. ISBN 80-7162-594-9.
- ³ BROSCHE, Jozef. 1997. Apolónia Radermecherová. Bratislava: vydavateľské družstvo LÚČ, 1997. 62 s. ISBN 80-71-14-215-8.
- ⁴ JÁN PAVOL II.: Talianskej federácií pracovníkov ortopedickej techniky, 19.11 1979. In: Insegnamenti II/2 (1979), 1207, č.4. Porov.: JÁN PAVOL II.: K účastníkom vedeckého kongresu, 21.5.1982. In.: Insegnamenti V/2 (1982), 1792, č.5.
- ⁵ ĎAČOK, Ján. 2000. Človek, utrpenie, nemocnica. Trnava: vydavateľstvo Dobrá Kniha, 2000. 75 s. ISBN 80-7141-300-3.
- ⁶ SVATOŠOVÁ, Marie. 1995. Hospice a umeňné doprovážet. Praha: ECCE HOMO, 1995. 38 s. ISBN 80-902049-0-2.
- ⁷ KRIVOHĽAVÝ, Jaro. 1991. Kresťanské peče o nemocné. PRAHA: ADVENT, 1991. 52 s.
- ⁸ HATOKOVÁ, Mária a kol. 2009. Sprevádzanie chorých a zomierajúcich. BRATISLAVA: vydavateľstvo DON BOSCO, 2009. 122-123 s. ISBN 978-80-8074-095-5.
- ⁹ ĎAČOK, Ján. 2000. Človek, utrpenie, nemocnica. Trnava: vydavateľstvo Dobrá Kniha, 2000. 125-126 s. ISBN 80-7141-300-3.
- ¹⁰ BROSCHE, Jozef. 1997. Apolónia Radermecherová. Bratislava: vydavateľské družstvo LÚČ, 1997. 74-75 s. ISBN 80-71-14-215-8.

4. Il Volontario. I volontari negli ospizi, negli ospedali e nelle case di cura per anziani in Polonia

SIG.RA ANNA JANOWICZ
Polonia

1. Il volontariato come parte di un gruppo di assistenza nelle istituzioni sanitarie e nelle case di cura

I volontari svolgono un ruolo importante nel processo di assistenza. Accompagnare i pazienti e le loro famiglie, ascoltare i loro bisogni senza distanza professionale: questi sono i valori aggiunti dai volontari adeguatamente preparati. I pazienti generalmente sentono una grande distanza dal dottore, dall'infermiere o dal cappellano. Un volontario, spesso diventa un amico del paziente e della famiglia che potrebbe essere di aiuto nel rispondere alle loro necessità¹. I volontari non sostituiranno i professionisti e attraverso l'addestramento sono informati che non è loro permesso entrare nelle competenze professionali dei formalisti assistenti. Tuttavia, là potrebbe esserci un "legame" prezioso in varie aree dell'assi-

stenza. Potrebbe essere usato nelle istituzioni e nelle case di cura solo quando fosse accettato dai professionisti e adeguatamente organizzato dai coordinatori dei volontari. Tale addestramento è stato preparato, condotto e pubblicato dai conduttori del gruppo dei volontari di cure palliative negli ospizi in Polonia². Può essere adattato per tutte le istituzioni dell'assistenza sanitaria e delle case di cura dove l'aiuto dei volontari verrebbe accettato dai gruppi di assistenza.

Le cure olistiche palliative negli ospizi, provano a rispondere alle diverse necessità dei pazienti offendendo cure mediche, psicologiche, sociali e spirituali, attuate dai vari professionisti nei gruppi di assistenza³. Il tempo offerto ai pazienti e alle famiglie dai volontari di cure palliative negli ospizi è un prezioso aiuto per tutti quegli elementi di cura interdisciplinare. Aiutando i pazienti nelle loro attività, guidando le discussioni, aiutando a risolvere i problemi quotidiani e rispondere alle diverse necessità dei pazienti e delle famiglie sono i compiti dei volontari. Riduzione dell'ansietà,

dell'incertezza, sensazione di solitudine sono elementi importanti delle cure non medicali. Il volontario offre al paziente il suo tempo, ascolta e può rispondere (personalmente) o dare informazioni professionali dal gruppo di cura quando è necessario.

Offrire il tempo per ascoltare le ansie, condividere le preghiere, le letture preferite, assistere i pazienti e le famiglie potrebbe essere un dono prezioso del volontario⁴. L'importanza di questi aspetti della cura è stato evidenziato dal Fondatore del Movimento Moderno dell'Ospizio, Cicely Saunders. Ella disse: "Niente altro importa perché tu sei ciò che sei. Niente altro importa nell'ultimo momento della tua vita. Noi faremo tutto quello che possiamo, non solo per aiutarti a morire in pace, ma anche per vivere fino a che tu muoia"⁴.

2. Il volontariato e il suo sviluppo nelle cure palliative negli ospizi in Polonia

Il volontariato per le cure palliative negli ospizi è stato crucia-

le nella creazione del *Movimento degli Ospizi* in Polonia. Durante il periodo difficile dei cambiamenti politici e *Solidarity*, le prime case di cura e gli ospizi sono stati creati con un grande sostegno da parte della Chiesa Cattolica e basati completamente sul servizio volontario del personale medico e non-medico. In Gdansk, il luogo natale di *Solidarity*, i lavoratori sanitari e gli studenti erano soliti riunirsi in chiesa. Nel 1983, durante La *Legge Marshall* in Polonia fu formato il primo gruppo per l'assistenza sanitaria negli ospizi, dando aiuto ai malati terminali e ai moribondi con un grande sostegno della Chiesa. Divenne un modello per creare più di 100 programmi per case di cura in Polonia basato sul lavoro volontario di medici, infermieri cappellani ed altri⁵ (p. 253). La Chiesa fu ed è ancora una sostenitrice molto forte dei programmi degli ospizi in Polonia. Nel 1987, il Papa Giovanni Paolo II riconobbe la grande mole di lavoro dei volontari negli ospizi quando usò queste parole durante l'incontro con i malati, i disabili, i volontari e gli operatori sanitari: "Io ammirò l'Hospice, che ha intrapreso il suo servizio in Gdansk e l'ha diffuso nelle altre città. È nato dall'interesse comune dal cappellanato e dei dottori che sono vicini ai letti dei loro pazienti per l'appropriato posto e per le condizioni dei pazienti alla fine delle loro vite. Questo interesse è espresso nella loro condivisa attenzione e nell'assistenza infermieristica delle persone malate nelle loro case, in sincero e disinteressato sacrificio di sé"⁶ (p. 37).

Nel XXI secolo, il sistema professionale ben organizzato di cure palliative negli ospizi in Polonia iniziò ad avere una carenza di volontari nel gruppo di assistenza. Il coinvolgimento della società è stata promossa come parte di una campagna nazionale "L'ospizio è anche vita". Uno degli scopi della campagna nazionale annuale è educare il pubblico generale e incoraggiare le persone dei diversi gruppi sociali e dei diversi gruppi di età per fare volontariato negli ospizi. Nel 2007-2010 il Cappellano Nazionale degli Ospizi e la Fondazione Hospice aveva con-

dotto a un programma nazionale per il volontariato per l'assistenza di cure palliative per gli ospizi che risultò nello sviluppo di un coinvolgimento di volontariato per l'assistenza a domicilio e per l'assistenza istituzionale di persone alla fine della loro vita⁶. Promuovere il volontariato tra i diversi gruppi sociali e di età provvedendo l'addestramento e fornendo materiale educativo per i coordinatori dei volontari produsse che ciascuno dei centri di cure palliative negli ospizi che parteciparono al programma riportò un aumento del numero dei volontari e la loro cooperazione permanente con il gruppo di assistenza.

La qualità di assistenza per i pazienti e le loro famiglie è migliorata, molte persone verso la fine della vita sono state coperte con adeguate cure attraverso il sostegno dei volontari dei gruppi di assistenza. Il coinvolgimento sociale di molte persone che direttamente ha sostenuto le cure palliative negli ospizi come volontari, o hanno aiuto indirettamente (sostegno finanziario e organizzativo) mostrò che il programma era riuscito.

Molti più pazienti nelle istituzioni di cure palliative negli ospizi hanno avuto assistenza verso la fine delle loro vite e questo è stato lo scopo più importante di questo programma⁷.

Che cosa ha incoraggiato i volontari ad aiutare i pazienti negli ospizi con il progetto "Mi piace aiutare"? "Sono stata semplicemente condotta a fare volontariato all'ospizio dalla malattia terminale della mia amica Christine e da mia madre seriamente malata, insieme con mio marito (anche lui volontario nell'ospizio) le ha assistite entrambe per due anni (...). Per oltre due anni sono stata volontaria dell'ospizio nel gruppo Volontari 50+. Ho identificato il mio servizio con le parole di Madre Teresa di Calcutta "Tu puoi fare ciò che io non posso. Io posso fare ciò che tu non puoi. Insieme noi possiamo fare qualcosa di completamente meraviglioso per il Signore" (Jola).

"La mia malattia, impotenza, completa dipendenza sugli altri... e l'enormità della gentilezza e dell'aiuto umano, che mi ha

permesso di rimettermi ancora in piedi furono la base della mia decisione per fare volontariato. Così non potevo non dare agli altri ciò che gli altri avevano dato a me nei difficili giorni di malattia... Non sapevo se avevo abbastanza energia per lavorare in gruppo di cura nell'ospizio. Ho iniziato con il gruppo di assistenza domiciliare per i bambini. Tanta sofferenza ed enorme richiesta per la presenza e per l'amore. Non potevo aiutarli nella malattia, ma potevo dare loro il mio tempo – le storie, l'allegra, gli abbracci, l'ascolto. I loro genitori potevano avere un po' di riposo durante la mia presenza. (...). Oggi, io non posso immaginare che potevo non essere qui. Dando il mio cuore e il mio tempo sento che ricevo il doppio. La gioia di essere con i "nostri" pazienti non può essere paragonata con nessun'altra cosa. La mia vita Ha un tale significato con il servizio di volontariato!" (Teresa).

Il programma nazionale che richiede il volontariato per le cure palliative nell'ospizio ha avuto successo. Ha promosso attività di volontariato nelle scuole, nelle università provando a raggiungere i giovani (sempre) desiderosi di aiutare e che accettano la sfida connessa con il servizio nell'ospizio.

I lavoratori e i volontari dell'ospizio hanno creato dei programmi promozionali ed educativi con gli insegnanti e con i tutors educando sui problemi della fine della vita⁸. Un messaggio speciale è stato spedito al gruppo degli adulti chiamato gruppo Volontari 50+. I centri di cura palliativi dell'ospizio hanno raggiunto le parrocchie locali e le organizzazioni per pensionati mostrando alle persone le possibilità del volontariato. Il coinvolgimento di questo gruppo, spesso collegato alle parrocchie e ai gruppi di preghiera ha avuto un grande successo cambiando lo stereotipo del volontariato come un'attività per i giovani e per gli studenti, e formando un gruppo solido e fedele di assistenti affidabili nelle squadre di assistenza² (p. 35-38).

Tutte le azioni prese dal Cappellano Nazionale degli Ospizi e più di 100 gruppi di cure palliative negli ospizi in Polonia sono state

descritte insieme con la ricerca di azione mostrando quale ruolo importante svolgono i volontari nell'assistenza per coloro che sono nel bisogno. Leggiamo: "È un unico record di sforzi fatti dai coordinatori e dai lavoratori volontari in Polonia – soprattutto a livello locale, per elevare la consapevolezza sociale (circostante) rispondendo alle necessità delle persone verso la fine della loro vita. Le storie della vita scritte nel corso degli anni da molte (persone) nel paese e pubblicate come parte dei progetti passati, sono stati la fonte di ispirazione per la pubblica istruzione sull'assistenza alla fine della vita come anche per questo scritto, che fornisce una considerazione sulle attività di educazione sociale nelle cure palliative negli ospizi"⁷ (p. 170).

3. Il volontariato nei gruppi di assistenza pastorale nelle istituzioni di aiuto di San Giovanni di Dio

L'iniziativa, che si è focalizzata nel trasferimento di buone consuetudini ed esperienze concernenti provvedimenti di cure di qualità ai pazienti malati terminali ad altre istituzioni di cure sanitarie fu intrapresa dal Cappellano Nazionale per gli Ospizi nel 2009. La provincia polacca dell'Ordine di San Giovanni di Dio che celebrava i suoi 400 anni di servizio in Polonia⁹ ha intrapreso la decisione di segnare questo anniversario creando le squadre di volontari per l'assistenza pastorale nelle loro istituzioni sanitarie e di assistenza sociale. Hanno invitato esperti per addestrare i volontari e i loro coordinatori. Allo stesso tempo c'è stata una preparazione per creare una scuola post-laurea di assistenza pastorale di gruppo per preti, religiosi o laici assistenti e volontari. Conferenze internazionali hanno aiutato a imparare (da altri) quanto importante l'assistenza di gruppo pastorale potrebbe essere in vari ambienti di assistenza sanitaria e sociale¹⁰.

Con l'aiuto prezioso di Monsignor Zimowski e il *Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari* la selezione di articoli dalla Rivista Vaticana *Dolentium Ho-*

minum è stata pubblicata per la prima volta in polacco, dando un sostegno scientifico per la promozione per il volontariato e il lavoro pastorale di gruppo¹¹.

I gruppi di assistenza pastorale basata sui volontari in cooperazione con i cappellani sono stati creati in 10 istituzioni di aiuto di San Giovanni di Dio. Nel 2011-2012 la serie di iniziative di addestramento sono state intraprese, includendo le letture, i seminari, le visite di studio in ogni luogo delle attività di gruppo di assistenza pastorale e lo scambio internazionale di buone pratiche. Come conclusione dei due anni di preparazione e addestramento, la supervisione delle attività dei gruppi di cura pastorale, e assistenza nei loro bisogni, tutti i volontari e i loro coordinatori sono stati in una visita di studio in Granada, Spagna. L'incontro nel luogo sacro per l'Ordine di S. Giovanni di Dio, preghiere e conoscenze pratiche scambiate con i coordinatori volontari e i gruppi di assistenza hanno confermato le azioni prese dai gruppi di assistenza pastorale in Polonia¹². Il primo di questo tipo di iniziativa in Polonia ha dimostrato di avere successo anche durante le pratiche di pastorale clinica in cui gli studenti della scuola post-laurea del gruppo di assistenza pastorale hanno lavorato come interni nella cooperazione con i gruppi di assistenza pastorale *Bonifratres Volunteers*. Il risultato di queste iniziative, che tentano di arricchire l'assistenza pastorale per i pazienti assistiti maggiormente da indaffarati cappellani; sarà l'argomento di ulteriori ricerche e studi (La dissertazione PhD dell'autore studierà il coinvolgimento dei volontari nelle istituzioni sociali e sanitarie dell'assistenza pastorale in Polonia).

4. Sviluppo del volontariato parrocchiale per le persone anziane e per i pazienti alla fine della vita

Da quando l'iniziativa di volontariato per le cure palliative negli ospizi ha dimostrato di essere un successo, queste esperienze possono servire da modello per lo sviluppo della cura alla fine della vita

per pazienti che vivono nelle loro case o in istituzioni di assistenza residenziali lungo degenza. Nel 2010 il libro di testo per informali assistenti (famiglie, volontari) è stato pubblicato come uno strumento utile per coloro che hanno bisogno di assistere i loro cari a casa¹³. Nello stesso tempo è stata costituita la Fondazione *Mi piace aiutare*, per trasferire le buone pratiche di volontariato delle cure palliative negli ospizi ad altri tipi di assistenza istituzionale e domiciliare. La richiesta per questo strumento educativo ha incoraggiato gli autori ad invitare le principali organizzazioni caritative cristiane in Polonia (*Caritas*, *Diakonia*, *Eleos*) per avallare la nuova edizione di questo libro di testo e proporre seminari per famiglie e volontari. Di conseguenza, nel 2011 la seconda edizione ampliata è stata pubblicata e distribuita estesamente in Polonia¹⁴. Questi tentativi costituiscono un buon inizio ma c'è un bisogno per compiere passi ulteriori per mobilitare e reclutare persone in Polonia come partner attivi nell'assistenza alla fine della vita.

Dal 2011 con questo libro di testo e un film educativo sono stati condotti una serie di seminari per istituzioni cattoliche dalla *Caritas* e per centri protestanti da *Diakonia*. Nel programma Pastorale annuale per la Chiesa Cattolica per il 2011/2012 è stato pubblicato il rapporto riguardante l'urgente necessità di creare gruppi di volontariato nelle parrocchie e nelle comunità locali per aiutare le persone anziane e i malati cronici¹⁵. Dovrebbero essere intrapresi ulteriori passi per sviluppare queste forme di attività caritatevoli che sono presenti in molte comunità locali. Spesso le loro attività potrebbero essere migliorate da volontari e da coordinatori volontari professionalmente addestrati. In questo modo si potrebbe incrementare il livello di competenze e le motivazioni per servire le persone che ne hanno necessità (dalle comunità locali)¹⁶.

5. Conclusione

Con l'aumento del numero di persone anziane, disabili e perso-

ne malate terminali in Polonia e in Europa, affrontiamo nuove sfide. L'esempio del volontario per cure palliative negli ospizi in Polonia è un esempio realistico della possibilità di collaborazione tra la Chiesa, il sistema sanitario e i volontari che sono di grande aiuto per coloro che sono nel bisogno. La missione del Buon Samaritano continua, e l'assistenza delle squadre di volontariato pastorale in istituzioni di assistenza sanitaria/sociale è una risposta per le necessità spirituali ed emotive dei pazienti, delle loro famiglie e assistenti. Parole incoraggianti del Cardinale Stanislaw Dziwisz dà speranza che le squadre di assistenza pastorale aiuteranno i cappellani a far fronte alle varie necessità dei pazienti, aiutandoli a incontrare Gesù nei sacramenti¹⁷ (p. 7-11). Stiamo affrontando la realtà di un crescente numero di malati cronici e di persone anziane tra di noi. La Chiesa dovrebbe essere presente nelle discussioni e nelle azioni per le necessità dei malati terminali e dei disabili.

Collaborando con le strutture sanitarie, sostenendo i volontari in servizi diversi e dando supporto religioso e spirituale è una parte della missione Cristiana ed umana. A parte i cappellani e i professionisti nell'assistenza sociale e sanitaria ispirata ai valori cristiani c'è molto spazio per i volontari⁵ (p. 255-256).

Il Papa Benedetto XVI incoraggiò tutti i professionisti e i volontari in questo messaggio per la Giornata del Malato: "Mi piacerebbe incoraggiare gli sforzi di coloro che lavorano quotidianamente per assicurare che i malati incurabili e terminali, insieme con le loro famiglie, ricevano cure amorevoli e adeguate. La Chiesa, seguendo l'esempio del Buon Samaritano, ha sempre mostrato un interesse particolare per il malato. Attraverso i membri individuali e le istituzioni essi continuano a stare accanto ai sofferenti ed accompagnare i morenti, sforzandosi di preservare la loro

dignità in questi significativi momenti dell'esistenza umana. Molti professionisti, operatori pastorali e volontari per l'assistenza sanitaria individuale, in tutto il mondo sono instancabili servendo il malato, negli ospedali e nelle unità di cure palliative nelle strade della città, in progetti domiciliari e nelle parrocchie"¹⁸. Possono queste parole aiutare a costruire e supportare programmi di volontariato nelle parrocchie e nel quartiere, dove le buone pratiche e le esperienze di cure palliative negli ospizi potrebbero essere trasferite ad altre istituzioni e fornitori di assistenza.

È necessaria una maggiore ricerca per capire il ruolo del lavoro pastorale a squadre e la coordinazione dei volontari per provvedere una migliore assistenza nelle istituzioni e nel contesto dell'assistenza a domicilio. La Chiesa e i gruppi di altre fedi e le organizzazioni di assistenza sociale/sanitaria e nelle ONG con i volontari con i loro sforzi uniti proverebbero che le persone anziane e i malati terminali in Polonia potrebbero essere in grado di godere una migliore qualità delle cure alla fine della vita⁷ (p. 171). ■

Bibliografia

- ¹ KRAKOWIAK P., MODLIŃSKA A. (red.) (2008), Podręcznik wolontariusza hospicyjnego, [Hospice volunteer's handbook], Via Medica, Gdańsk.
- ² KRAKOWIAK P., MODLIŃSKA A., BINNEBESEL J. (red.) (2008), Podręcznik kordinatora wolontariatu hospicyjnego, [Hospice volunteer's coordinator handbook], Via Medica, Gdańsk.
- ³ BINNEBESEL J., JANOWICZ A., KRAKOWIAK P., PACZKOWSKA A. (red.) (2010), Pozamiedyczne aspekty opieki paliatywno-hospicyjnej, [Non medical aspects of hospice - palliative care], Via Medica Gdańsk.
- ⁴ DU BOULAY S., RANKIN M. (2009), Okno nadziei. Cicely Saunders – założycielka ruchu hospicyjnego, [Window of hope. Cicely Saunders – Founder of the Hospice Movement], Znak, Kraków.
- ⁵ KRAKOWIAK P. (2008), Dzieje pallotyńskiego hospicjum w Gdańsku, [History of pallottine hospice in Gdańsk], Via Medica, Gdańsk.
- ⁶ KRAKOWIAK P., JANOWICZ A., WOŹNIAK O. (2010), Lubią pomagać. Programrozwoju wolontariatu hospicyjnego 2007-2010, [I like to help. Hospice volunteer development program 2007-2010], Fundacja Hospicyjna, Gdańsk.
- ⁷ KRAKOWIAK P. (2012), Edukacyjne i społeczne funkcje opieki paliatywno-hospicyjnej. Badanie w działaniu 2002-2010, [Social and educational functions of hospice-palliative care]
- Action research conducted during 2002-2010, Fundacja Hospicyjna, Gdańsk.
- ⁸ BINNEBESEL J., JANOWICZ A., KRAKOWIAK P. (2009), jak rozmawiać z uczniami o końcu życia i wolontariacie hospicyjnym, [How to talk with students about end of life and hospice volunteering], Via Medica, Gdańsk.
- ⁹ BUIAK A., A., KLAG W., ORMAN A. (2009), Bonifratrzy. Z Andaluzji do Polski, [The Bonifratres, from Andalusia to Poland], Biały Kruk, Kraków.
- ¹⁰ Kapelan szpitalny I zespoły medyczne we wspólnej posłudze przy chorym. Zapis konferencji, Lagiewniki 14 marca 2009 (2010), [Hospital chaplain and medical teams in a common ministry of the sick. Conference Record, March 14, 2009 Lagiewniki], Medycyna Praktyczna, Kraków.
- ¹¹ MUZALA A., BINNEBESEL J., KRAKOWIAK P., KROBICKI M. (red.) (2011), Dolentium Hominum, Duckowni i świeccy wobec ludzkiego cierpienia, [Dolentium Hominum, Clergy and laity in front of human suffering], Prowincja Polska Zakonu Szpitalnego św. Jana Bożego – Bonifratrzy, Kraków.
- ¹² www. Bonifratrzy. Pl (10.2012).
- ¹³ KRAKOWIAK P., KRZYŻANOWSKI D., MODLIŃSKA A. (2010), Przewlekle chory w domu. Poradnik dla rodzin i opiekunów, [Chronically ill at home. A guide for families and carers], Fundacja Hospicyjna, Gdańsk:
- ¹⁴ KRAKOWIAK P., KRYŻANOWSKI D., MODLIŃSKA A. (2011), Przewlekle chory w domu. [Chronically ill at home. Second Edition], Wyd. II zmienione I rozszerzone, Fundacja Lubią Pomagać Gdańsk.
- ¹⁵ KRAKPWIAK P. (2011), Opieka nad przewlekle chorymi, starszymi i niesamodzielnymi w parafii jako sposób realizacji hasła roku duszpasterskiego „Kościół naszym domem”, w: Sułkowski S. (red.) Kościół naszym domem. Program duszpasterki na rok 2011/2012, komisja Duszpasterka KEP, [Care for the chronically ill, the elderly and dependent in the parishes as a way to implementation of “Church as our home”], Poznań.
- ¹⁶ BOCHĘNSKA-SEWERYN M., KLUZOWA K. (2001), Motyw i formy pracy członków parafialnych zespołów charytatywnych. [Motives and forms of work of members of parish charitable groups].
- “Caritas Scientific Yearbooks”, V. Warszawa.
- ¹⁷ DZIWISZ S. (2011), Wstęp, [Introduction], w: Muszala A., Binnebesel J., Krakowiak P., Krobicki M. (red.) (2011), Dolentium Hominum, Duckowni i świeccy wobec ludzkiego cierpienia
- [Dolentium Hominum, Clergy and laity in front of human suffering], Prowincja Polska Zakonu Szpitalnego św. Jana Bożego – Bonifratrzy, Kraków.
- ¹⁸ BENEDICT XVI (8 December 2006), Message of his Holiness Benedict XVI for the Fifteenth World Day of The Sick, Vatican.

5. Il cappellano

DON WERNER DEMMEL

Cappellano,
Germania

Eminenze, Eccellenze, reveren-
di signori, venerabili sorelle,
gentili signore e signori!

1. Osservazioni preliminari

Fin dall'inizio delle mie riflessioni vorrei formulare alcuni pensieri di massima sulla situazione della pastorale in Germania, a differenza della maggioranza di realtà ecclesiastica.

1. La Riformazione di M. Lutero, la secolarizzazione e anche la riunificazione nazionale hanno inflitto delle ferite alla Chiesa tedesca indebolendola in parte anche gravemente.

La pastorale in Germania, su questo sfondo, si trova a dover affrontare grandi sfide, anche a causa dell'attuale inforestieramento della società.

2. Vi si aggiunga il fatto che la confusione e la cancellazione dei limiti e contenuti nell'insieme confessionale rendono fortemente insicuri molti fratelli cristiani o li spinge addirittura tra le braccia di diverse religioni sostitutive. Non trovano chiarezza e affidabilità nella dottrina cristiana e nella realtà vissuta.

3. Spesso si incontra una terrificante indifferenza religiosa.

4. L'estremismo religioso prevale sempre più su una sana posizione centrale.

2. Avvio professionale

1. Socializzazione ecclesiale

Quando, trenta anni fa, mi avviai al servizio sacerdotale nell'ambito ospedaliero, incontrai un ambiente socializzato ancora prevalentemente in senso cristiano-ecclesia-

le, il che mi facilitò notevolmente l'ingresso diciamo da "sacerdote fresco" – cioè appena ordinato – per realizzazione il mio compito.

Nelle cliniche, in cui lavoravo allora, spesso le funzioni direttive e sanitarie erano ancora svolte da suore e monaci che così determinavano il clima della struttura.

Il personale secolare, naturalmente, condivideva lo spirito del sostegno ecclesiale, svolgeva compiti pastorali e nel servizio sanitario aveva un occhio e anche un orecchio attenti alle esigenze spirituali dei malati gravi e moribondi, costruendo ponti umanitari, aiutando a superare le angosce e spianando la strada all'amministrazione dei sacramenti.

Altrettanto naturale era organizzare un coro religioso in clinica, svolgere regolarmente conversazioni bibliche dopo il servizio, avvalerci di collaboratori, ad esempio per i servizi liturgici, quali cantori o lettori, o per l'adorazione eucaristica durante il tri-duo pasquale.

2. Amministrazione dei sacramenti

Il mio operato era chiaramente e prevalentemente improntato al servizio dei sacramenti. Infatti, allora il desiderio di ricevere i sacramenti e l'accompagnamento pastorale erano molto più naturali e frequenti di oggi.

L'amministrazione del viatico, l'estrema unzione e il servizio della riconciliazione erano ancora in primo piano.

Le visite brevi erano favorite dalla lunga durata di permanenza poiché era ancora consentito un vero accompagnamento.

Trenta anni fa ho ancora lavorato in un ambiente nel quale l'80% era formato da cattolici. Oggi questi sono appena il 40%. Il 30% è composto da protestanti e il resto da musulmani o appartenenti a gruppi minoritari, nonché da chi non professa alcuna confessione religiosa.

3. Situazione attuale della pastorale ospedaliera

1. Trasformazione della clinica

Su questo sfondo, confrontando la mia situazione di lavoro attuale con quella di allora, è lecito parlare di un vero e proprio cambio di sistema e/o di paradigmata.

A causa di questo cambiamento delle condizioni generali, nel corso degli anni anche il mio servizio si è fortemente modificato, richiedendo un riorientamento e una ri-strutturazione.

Le cliniche si sono progressivamente trasformate nel senso di prestazioni di servizi e imprese economiche.

Sono elementi prioritari l'economia e la competenza tecnica, a scapito dell'ethos professionale.

Il paziente è considerato come un cliente a cui si vende un "pacchetto salute".

2. Conseguenze per la pastorale ospedaliera

Tutto ciò non manca di conseguenze per la pastorale ospedaliera.

La cappella della clinica, per ragioni di costo, ora non è a disposizione – una cosa impensabile in precedenza nella cattolica Baviera.

Al suo posto i sostenitori del nosocomio preferiscono un "spazio di silenzio", privo di simboli cristiani, aperto a tutti gli orientamenti di fede e, quindi, come risposta alla società "multi-culto".

Le considerazioni o le visioni di natura ecclesiale o inerenti alla pastorale non sono più tenute in conto, anzi sono spesso estranee alla direzione aziendale.

La durata media della degenza attualmente è ormai ridotta a 4,5 giorni.

Si inizia con la diagnostica anticipata. E la terapia segue immediatamente dopo.

Il trattamento riabilitativo è pure pianificato in anticipo.

Un accompagnamento pastorale di durata più lunga ormai è quasi impossibile, le visite brevi sono ridotte a frequenze assurde.

La pastorale ospedaliera si è, quindi, spostata nelle sale d'attesa degli ambulatori (per esempio nella radioterapia!).

4. Regresso della socializzazione ecclesiale

La socializzazione cristiana-ecclésiale è fortemente diminuita a livello sia di personale sia di pazienti. Ciò è da intendersi anche come effetto secondario della riunificazione tedesca per la quale siamo stati invasi da una massa di concittadini non battezzati e indifferenti alla religione.

Il rilevamento della confessio-ne e/o dell'appartenenza a un credo si effettua ormai solo sporadicamente, da un lato, per il fatto che si tratta di indicazioni volontarie dei pazienti e, dall'altro, perché è praticamente obliterato dalla tutela dei dati, a tal punto che per la parrocchia ormai è quasi impossibile organizzare un servizio di visite ospedaliere.

L'amministrazione dei sacramenti si è fortemente ridotta, ed è richiesta spontaneamente solo raramente. Nella realtà ospedaliera quotidiana risulta essere di qualche importanza soltanto l'estrema unzione. Purtroppo, tuttavia, in genere è richiesta quando è troppo tardi, per cui il sacramento si è ormai trasformato in una specie di rituale della morte invece della vita.

5. La pastorale ospedaliera in équipe

1. Attualmente, insieme a due addette laiche – assistente pastorale – mi occupo di una clinica generica con 490 letti e di una clinica tisiologica specializzata con 300 letti.

I soci sostenitori delle strutture sono rispettivamente due società per azioni.

2. Il nostro lavoro è sostenuto anche da donne che si occupano della pastorale a titolo volontario, formate preventivamente da me e poi accompagnate e specializzate;

offrendo visite regolari e trasmettendo a me il desiderio di ricevere un sacramento; esse costituiscono un ponte importante tra i degeniti e noi che esercitiamo la pastorale ospedaliera a tempo pieno.

3. A causa della notevole carenza o mancanza di sacerdoti, a occuparsi della pastorale ospedaliera sono sempre più frequentemente dei teologi laici, spesso non affiancati da un sacerdote nell'esercizio della loro responsabilità. È stata anche questa la ragione per cui in qualità di sacerdote mi è stata affidata una seconda clinica.

4. Per l'amministrazione dei sacramenti, i teologi laici necessitano di un servizio sacerdotale di base. Tuttavia, in caso di indisponibilità di un sacerdote, un laico può fare solo quello che gli è consentito di fare: accompagnare, pregare e benedire.

6. Possibilità di una nuova evangelizzazione

1. L'incontro come via verso l'evangelizzazione

Se in precedenza erano piuttosto l'intendimento ecclesiale e le azioni sacramentali a improntare il mio essere e il mio operato, oggi sarei propenso a intendere il mio servizio come costruttore di ponti umani e spirituali, agendo costantemente fra due mondi in una situazione di condensazione della vita nell'ambito clinico e in considerazione del decadimento di valori nella società, creando una rete di relazioni tra i collaboratori, i pazienti e i loro parenti, tra Dio e l'uomo.

Nei miei frequenti incontri, sia nelle stanze dei malati, in ufficio, in corridoio o nella cappella, malgrado tutto il cambiamento intervenuto nella situazione, esperisco me stesso e il mio operato come garante di un'altra realtà e pur sempre ancora dotato di un grande vantaggio in termini di fiducia.

I colloqui, siano essi programmati o casuali, sono di regola improntati al rispetto reciproco e aperti a un discorso più approfondito, a uno scambio religioso o al ricevimento di un sacramento.

Con il mio solo esserci, ma anche specificamente attraverso

il mio servizio sacramentale in qualità di sacerdote, consento alle persone in ospedale, siano essi pazienti, parenti o collaboratori, di aprirsi a un'altra dimensione.

Non di rado gli incontri, spesso apparentemente "soltanto" umani, si trasformano in momenti religiosi nei quali lo sguardo si riapre nuovamente alla presenza di Dio.

L'accompagnamento di malati gravi e morenti, persone in lutto e disperate, attraverso l'incontro umano apre un nuovo accesso alla vita, alla fede e a Dio.

2. Umanizzazione come preparazione all'evangelizzazione

Nel mio servizio da cappellano ospedaliero l'aspetto principale è costituito dal servizio di chiamata, cioè dalla disponibilità a intervenire 24 ore su 24 per emergenze di ogni genere.

Spesso la disperazione e l'angoscia dominano nella stanza, nel paziente e molto frequentemente anche nei parenti.

Tutti i giorni, soprattutto di notte, mi trovo a intervenire in situazioni in cui all'inizio non si capisce se l'interessato abbia bisogno di me in quanto sacerdote, ossia di un aiuto spirituale, o se mi voglia come accompagnatore umano che abbia tempo, che possa ascoltare sopportando la situazione, consentendo la riconciliazione con Dio o con i parenti, come qualcuno che aiuta a regolare le cose rimaste irrisolte.

Siccome da sempre sono solito andare da qualunque paziente, senza prima informarmi sulla sua religione o confessione, naturalmente non so mai in anticipo se il paziente sia cattolico, se sia uscito dalla Chiesa o se abbia un'altra fede.

Semplicemente accetto l'incontro. Finora non sono mai stato respinto. Persino i musulmani sono grati per una visita, per un colloquio edificante.

Tale apertura consente a molti collaboratori, anche quando non abbiano un riferimento concreto con la Chiesa, di richiedermi o informarmi come sacerdote, consentendo così di far dimenticare parecchi pregiudizi nei confronti della Chiesa e qualche ferita da questa inferta.

Sono all'ordine del giorno i colloqui approfonditi e/o gli scambi di natura religiosa con i collaboratori, siano essi impegnati nell'assistenza sanitaria, nell'amministrazione dell'ospedale o anche solo occupati a livello tecnico.

3. Offerte di specializzazione come ausili all'evangelizzazione

Da parecchi anni a questa parte offre ai collaboratori una specializzazione in etica professionale, incontrando continuamente grande interesse.

Tuttavia, devo purtroppo constatare anche un'inquietante perdita di identità per quanto riguarda la conoscenza dei valori e contenuti cristiani, come pure un calo dell'elemento ecclesiale in genere.

Di conseguenza considero tanto più importanti quelle offerte che mi consentono di trasmettere messaggi e valori in maniera non capziosa, richiamando alla memoria gli atteggiamenti tipicamente cristiani e risvegliando una sensibilità andata perduta per gli incontri e i bisogni religiosi.

L'immenso ricambio del personale e l'impiego di lavoratori a tempo determinato rendono estremamente difficile organizzare una pastorale continua, perché non si constata quasi più una vera identificazione con la struttura della clinica.

Per quanto riguarda la pastorale ospedaliera, in genere non ho più modo di fare conto su personale a me familiare che svolga un importante ruolo di mediazione nella pastorale.

4. La persona come esponente dell'evangelizzazione

Le trasformazioni intervenute nella società e nella Chiesa hanno reso evidente il ruolo che spetta alla personalità del sacerdote nella pastorale in genere e/o nell'evangelizzazione; e quanto importanti siano la mia propria fede, la mia spiritualità, per fare fronte a tutte le difficoltà che si frappongono nella pastorale, tenendo in considerazione le rispettive persone: per esempio l'immagine di Dio e dell'uomo che porto dentro

di me, la mia apertura e trasparenza nei confronti di Dio, la mia disponibilità a relazionarmi con gli altri e la mia affidabilità nell'incontro con le persone che si affidano a me.

Il sacerdote, oltre al compito svolto in relazione alla pastorale, sta diventando sempre più un "avvocato dell'umanità" e un ammonitore del rispetto per l'uomo a somiglianza di Dio.

Esserci, essere disponibile, come uomo e/o sacerdote – ecco che cosa sta diventando sempre più importante nel mondo ospedaliero odierno, in cui si risentono sempre più le carenze fondamentali in senso umano e anche religioso, in cui spesso l'istituzione perde il proprio ruolo naturale di mediazione, mentre è aumentata la rilevanza personale.

5. Offerte liturgiche a sostegno dell'evangelizzazione

Per quanto attiene all'offerta giornaliera di celebrazioni liturgiche, occorre non sottovalutare l'importanza del modo in cui viene celebrata la liturgia, in cui si prepara e si amministra i sacramenti, nonché il fatto che la spiritualità vissuta apre vie che consentono alle persone di accedere di nuovo alla divinità anche in situazioni di vita estreme.

La cappella ospedaliera offre a molte persone, oltre ai limiti posti dall'appartenenza confessionale, di pervenire alla tranquillità in uno spazio sacro, di poter nuovamente rivolgere lo sguardo a Dio, di avere un luogo in cui poter pregare e ringraziare, piangere e chiedere.

Ritengo molto importante l'esistenza di una cappella, soprattutto in cliniche tossicomane o riabilitazione, e considero una grande perdita il fatto che ai malati questa possibilità sia preclusa o tolta per ragioni di costo.

Uno "spazio di silenzio" dell'ordine di grandezza di una stanza non può sostituire mai una cappella consacrata.

Il ricevimento di un sacramento o la partecipazione alla santa eucaristia in un ospedale – nel corso di una malattia grave – possono liberare molte cose che spesso sono state celate per anni, consentendo

di far riaffiorare relazioni di fede che sembravano da molto tempo dimenticate (ad esempio: "Signor Parroco, sono già trenta anni che non mi sono più confessato. Può aiutarmi?"!)

Spesso la malattia può diventare un'occasione per ricominciare a porre di nuovo la propria vita e la propria fede su basi nuove.

Ai fini della pastorale ospedaliera, oltre alle visite ai malati, le funzioni liturgiche, le messe, i rosari, le meditazioni, le letture buone presso lo scaffale delle pubblicazioni sono e rimangono importanti ausili e strumenti che riescono ad aprire molti cuori induriti, riportando spesso gli uomini tra le braccia aperte del Padre.

7. Riflessioni conclusive

Eminenze, Eccellenze, signore e signori!

1. L'ospedale per me costituisce, per molteplici aspetti, **un riflesso della società** e una certa condensazione delle relazioni della vita sotto una certa riduzione e concentrazione all'essenziale, fino all'esalazione dell'ultimo respiro. Tutto ciò che non conta, qui ha perso il proprio valore.

2. La pastorale e l'evangelizzazione in un ospedale hanno un **altro valore prioritario** rispetto a quanto avviene, ad esempio, nella varietà della pastorale parrocchiale.

3. Tuttavia o forse proprio per queste sfide, la pastorale ospedaliera per me costituisce una particolare **opportunità per la Chiesa e l'evangelizzazione**, perché l'uomo qui è reso più sensibile rispetto al solito, ricettivo e grato per i messaggi di consolazione e speranza, e soprattutto per l'amore del Figlio di Dio che si è fatto uomo.

4. Per queste ragioni ritengo molto più necessario un **servizio volontario ben preparato su base ecclesiale e religiosa** proprio nell'ambito della pastorale ospedaliero che affidare la pastorale ai teologi laici incaricati a base d'un rapporto d'impiego.

Il cappellano ospedaliero da solo senz'altro è sovraccarico di requisiti e responsabilità condizionate dalla situazione; la cap-

pellania richiede un sostegno qualificato e impegnato per esempio da un gruppo neocatecumenario.

Diversamente da quanto avviene nella pastorale parrocchiale, dove ormai raggiungo soltanto il nucleo attivo dei fedeli, nello svolgere la pastorale ospedaliera incontro molte persone di diversa estrazione e caratterizzazione,

distanziate dalla Chiesa o ad essa interessate, praticanti o fuori dalla Chiesa, cattolici o protestanti.

5. Per questi motivi diventa indispensabile collegare la **pastorale ospedaliera con quella locale**, ossia con la pastorale parrocchiale.

Non soltanto per ripristinare i contatti che sono andati perduti, ma anche e proprio per sensi-

bilizzare nuovamente la consapevolezza della parrocchia per i suoi membri malati trasmettendo ai malati la sensazione che la comunità parrocchiale non li ha dimenticati, ma pensa a loro e prega per loro, perché fanno parte della chiesa locale e sono membri preziosi del corpo di Cristo risorto.

Grazie per l'attenzione. ■

VENERDÌ 16 NOVEMBRE

II. Etica ed Umanizzazione

Sanità tra essere e agire: bilanci di carità

FRA' MARIO BONORA,
P.S.D.P.

Presidente dell'Ospedale
Sacro Cuore Don Calabria
di Negrar – Verona.

Presidente Nazionale
dell'ARIS (Associazione
Religiosa Istituti Socio-Sanitari),
Italia.

Membro del Pontificio
Consiglio per gli Operatori
Sanitari,
Santa Sede

Eminenze, Eccellenze, reverenti Sacerdoti, cari Confratelli, Signore e Signori,

“Non è venuto per essere servito, ma per servire” (*Mt 20,27*). Mi piace iniziare con questa frase colta dal Vangelo di Matteo. Mi è stata compagna nei lunghi anni della mia professione religiosa; ha ispirato la mia scelta vocazionale; mi ha confortato nei tanti, tantissimi momenti duri di una vita trascorsa tra le corsie di un ospedale. In particolare però la frase di Matteo mi sembra possa riassumere il senso di ciò su cui stiamo riflettendo, la sintesi cristiana dell’essere e dell’agire *nella e per* la carità.

Cristo è venuto non per essere servito, ma per servire

Negli *Atti degli Apostoli* c’è, senza ombra di dubbio, l’indicazione dei destinatari di questo servizio, i poveri e gli ammalati. Fin dalle origini la Chiesa ha privilegiato ed elevato a ministero sacro proprio l’assistenza ai poveri e soprattutto a quegli infermi che, come ricorda Luca, Gesù raccomanda ai suoi discepoli quando

li invia “ad annunciare il regno di Dio” collegando con questa suprema missione quella di assistere gli ammalati : “...e a curare gli infermi” (*Lc 9,2*). Da allora, fino agli attuali moderni complessi sanitari, è stata tutta una fioritura di iniziative assistenziali che, proprio dai valori evangelici, traggono ispirazione e alimento.

Oggi, in una società segnata da fondamentali evoluzioni tecniche e legislative che tuttavia stenta a riconoscersi in quella globalizzazione tanto auspicata ma difficile da raggiungere, la presenza delle istituzioni socio-sanitarie gestite da enti e congregazioni religiose testimonia il permanente ideale della Chiesa di offrire al malato, insieme ad una prestazione generosa, instancabile, ineccepibile sotto il profilo sanitario e umanitario, soprattutto un segno concreto del prolungamento dell’amore e della sollecitudine di Cristo verso i sofferenti.

La memoria di quanto realizzato con fatica e sacrificio in questi anni di passaggio tra la fine di un’epoca e la nascita del terzo millennio, lascia intravedere piste di futuro e di progetti a conferma della vitalità e del dinamismo della presenza della Chiesa in questo spaccato della nostra epoca. L’apertura del nostro essere ad un panorama programmatico di grandissimo valore che, mentre sarebbe la conferma dell’esercizio tradizionale della carità verso i fratelli come naturale espressione della fede cristiana, eleverebbe tale attività alle dimensioni della stessa opera evangelizzatrice della Chiesa e della difesa della libertà religiosa, non marginali né secondarie in un mondo con-

temporaneo sempre più pluriconfessionale, più tecnicizzato e più attrezzato sul piano ideologico e comportamentale.

Ho volutamente usato il condizionale perché nella realtà sanitaria, quella italiana in particolare, non sono pochi gli ostacoli che si frappongono all’attuazione di una sintesi cristiana tra essere e agire nella prospettiva della carità. In linea di principio nulla da eccepire. Ma quando si scende sul piano pratico, allora ci si trova a fare i conti con una realtà nella quale si parla sempre più il linguaggio caro alla imperante logica del mercato. Anche nel campo della salute, o meglio della sofferenza umana. Che finisce per essere misurata in termini di costi e ricavi. Che non è il linguaggio del Vangelo. Allora, cosa succede? Basta prestare l’orecchio al grido d’allarme che, ormai da qualche anno, si leva dalle opere di sanità della Chiesa – perché tali sono le istituzioni socio-sanitarie gestite in Italia e nel mondo da enti e congregazioni religiose – per capire. Tagli, mancati riconoscimenti, chiusure, passaggi di mano a entità non ecclesiali, sembrano svuotare di significato questa parte non marginale della missione della Chiesa, guarire i malati. Una missione che se interpretata nel senso letterale, cioè la cura del corpo, non si può limitare alle pur indispensabili forme di assistenza spirituale, morale, condivisione e accompagnamento ma richiede naturalmente impiego di opere murarie, risorse tecnologiche, impegni contrattuali, rispetto dei diritti dei lavoratori. Che è poi quello che sta mettendo in difficoltà tantissime strutture.

Ma non è propriamente di questo che vogliamo parlare invocando l'etica nella gestione di quel rapporto tra essere ed agire nella sanità, o per dimostrare la sproporzione tra costi e ricavi o l'iniquità che discrimina la sanità equiparata cattolica da quella pubblica, che pur avendo gli stessi obblighi, beneficia di voci e interventi pubblici dai quali invece le strutture della Chiesa sono escluse. E non vogliamo neppure parlare di etica sanitaria per difendere le strutture cattoliche da accuse, il più delle volte retoriche, di mancata trasparenze di bilanci. Che di una simile trasparenza ci sia bisogno siamo i primi ad esserne responsabilmente convinti.

Intendiamo parlare di etica della sanità riferendoci alle persone che, per forza di cose, per agire in sanità spendono. Vogliamo cioè chiederci in quale contesto umano viene fatta la spesa di risorse materiali; attraverso quale stile di comportamento e di esistenza passa, quali sono le altre risorse che corredano, supportano e giustificano la spesa finanziaria.

La persona umana è la vera ricchezza

Va subito precisato a questo proposito che la prima risorsa di un istituto di cura, sia esso il grande ospedale o la più piccola residenza sanitaria per anziani, è la persona. Dunque eticamente positivo non è l'euro in più o in meno ma è la persona, il suo operato, la sua organizzazione per migliorare l'impiego delle ore che mette a disposizione nel suo servizio al malato. È questa la grande nostra risorsa: se investita bene essa ottiene risultati impensabili. Siamo convinti cioè che l'eticità nella sanità è nelle menti e nei cuori; attraversa le relazioni tra tutte le persone che costituiscono il cervello pensante, il laboratorio di progetti, il generatore di creatività, l'ingranaggio costantemente verificato per garantire alla struttura ricchezza di risorse umane, morali e psicologiche all'ospedale; e ai pazienti disponibilità, prontezza, sorriso, sostegno, delicatezza, accoglienza, accompagnamento. In una parola: *amore*.

È chiaro che per ottenere simili risultati bisogna agire sul nostro essere. Occorre una reale conversione dei cuori – cosa che tra l'altro in un ospedale cattolico non dovrebbe sorprendere – ma servirebbe anche l'umiltà nella ricerca della collaborazione e di un'intesa possibile, immancabili per un impegno che dovrebbe essere l'eccellenza del lavoro di squadra. Sarebbero i primi passi di un rinnovamento capace di aiutarci ad evitare che un clima aziendale esasperato finisca per trasformarsi in disinteresse verso i problemi reali della struttura ospedaliera, in un uso non rispettoso delle cose dell'ospedale, in un trattamento dei pazienti privo di umanità. Ciò, potrebbe portare anche inconsapevolmente ad un atteggiamento passivo, ad una pigrizia creatività, ad un senso di irresponsabilità o di non coinvolgimento davanti alla ricerca di un futuro. Possibilmente diverso.

La crisi non ci deve spaventare

C'è ed è sicuramente più grave della nostra immaginazione. Inutile nascondercelo. Ci dicono che possiamo superarla. Ma guai se ad andare in crisi fosse la solidarietà. Con il suo innato senso profetico Benedetto XVI nella *Caritas in veritate*, al numero 21 scrive: "Gli aspetti della crisi e delle sue soluzioni richiedono nuovi sforzi di comprensione unitaria e una nuova sintesi umanistica"; sposta cioè l'attenzione sulla questione antropologica. L'uomo si spaventa davanti alla crisi. Invece davanti alla crisi, anche la più pesante, dobbiamo imparare ad "assumere con realismo" – scrive ancora il papa nella sua encyclica – fiducia e speranza le nuove responsabilità a cui ci chiama lo scenario di un mondo che ha bisogno di un profondo rinnovamento culturale e della riscoperta di valori di fondo su cui costruire un futuro migliore". E ancora: "la crisi diventa così occasione di discernimento e di una nuova progettualità. In questa chiave fiduciosa piuttosto che rassegnata, conviene affrontare le difficoltà del momento presente". Ci sprona, Benedetto XVI, a ravvivare l'anelito segreto della ri-

nascita che è in ciascuno di noi per superare tutte le nostre paure. Dobbiamo puntare sulle nostre capacità di cambiamento per aprire la strada ad un cammino nuovo.

Un cammino che inizia dalla riscoperta che l'uomo è fatto per il dono, per il dono di se stesso. Il Papa però scrive anche che: "La logica del dono non esclude la giustizia e non si giustappone ad essa in un secondo momento". E poi definisce la solidarietà, che è anzitutto "sentirsi responsabili di tutti". E aggiunge. "Senza la gratuità non si riesce a realizzare nemmeno la giustizia". Vale forse la pena ricordare che i nostri Santi Fondatori e Fondatrici hanno fatto leva proprio sulla gratuità e sulla solidarietà. La loro unica risorsa era la carità. In tempi in cui tutto era incerto o inesistente era proprio la carità, la forza risolutrice dell'amore l'unica certezza sulla quale contare. Fortunatamente ancora oggi ci sono tante testimonianze di dono, di impegno personale gratuito.

Il Buon Samaritano

È la figura che emerge più di frequente nel pensiero di Papa Ratzinger. Non dobbiamo considerare il viandante malcapitato sulla strada di Gerico come una figura simbolica di una parola datata, e il samaritano, quello che ci ha rimesso del suo per aiutare il sofferente è l'unica figura che ancora oggi ha da dire una parola vera, autorevole e salvifica alla nostra società dei consumi; l'unica figura fisica o morale che sia, che può dare speranza al mondo. Non possiamo lasciare che il suo somarello, quello che lo portava sulla via di Gerico, si ammali e smetta di portarlo laddove il Signore lo chiama. Siamo noi quel somarello, forse affaticato o forse spacciato dal frastuono che lo circonda al punto da fargli perdere orientamento e non sentire più neppure la mano del padrone che lo guida. Il Signore, e dobbiamo esserne certi, continua a guidare i nostri passi affinché continuiamo a portarlo laddove c'è più bisogno di lui, ovunque un uomo soffre. "L'amore di Cristo – ci dice ancora Be-

nedetto XVI – ci chiama ad uscire da ciò che è limitato e non definitivo, ci da il coraggio di operare e di proseguire nella ricerca del bene di tutti, anche se non si realizza immediatamente, anche se quello che riusciamo a realizzare è sempre meno di ciò a cui aneliamo. Dio ci da la forza di lottare e di soffrire per amore del bene comune” (*Caritas in veritate*, n.78).

L’unità-comunione

E se ciò non bastasse dovremmo cercare la forza tra di noi, nell’unità. Un’unità che non può essere solo proclamata a parole ma che deve farsi prassi quotidiana di solidarietà tra le strutture. Sino ad oggi l’autoreferenzialità ci ha impedito di costruire autentiche ed efficaci reti tra noi e gli altri. La crisi sta

mostrando tutta la miopia che ci ha portato a questo punto. Riscopriamo perciò quell’unità che, riflesso dell’unità che in Cristo ci lega al Padre e allo Spirito Santo, è chiamata a farsi comunione visibile e ad avere riflessi missionari esplicativi. Allora sì che potremo finalmente tirare un bilancio di carità riflesso del nostro essere e del nostro agire. Grazie per l’attenzione. ■

Umanizzazione ed equità delle cure nelle strutture sanitarie

PROF. ENRICO GARACI
Presidente dell’Istituto Superiore di Sanità e del Consiglio Superiore di Sanità, Italia

Desidero in primo luogo ringraziare S.E. Mons. Zygmunt Zimoswki per essere stato invitato a partecipare come relatore della XXVII Conferenza Internazionale in questo importante convegno su “L’ospedale, luogo di evangelizzazione: missione umana e spirituale” che affronta un tema così rilevante per la tutela della dignità del paziente sofferente.

Un’analisi sull’umanizzazione e sull’equità delle cure nelle attuali strutture sanitarie non può prescindere dalle patologie prevalenti in questa epoca e in questa area del mondo.

In primo luogo è da tenere conto del dato anagrafico. La popolazione italiana ultra-sessantacinquenne, attualmente di circa il 20%, è destinata a diventare il 28% nel 2030 e il 34% nel 2050 se si mantiene l’attuale ritmo di crescita. Ciò comporta un aumentato rischio per le malattie che rappresentano le principali cause di mortalità: le malattie cardiovascolari, i tumori, lo *stroke*; patologie diverse quindi da quelle che si verificano nel sud del mondo,

principalmente rappresentate da AIDS, Malaria e Tubercolosi.

Indipendentemente dai diversi approcci e dalle diverse terapie c’è da chiedersi qual è il comportamento del medico di fronte alle varie malattie. La medicina è rivolta solo alla malattia intera come entità nosologica concettualmente astratta o è rivolta alla persona nel suo complesso?

Nel mondo occidentale tale problematica si rende più evidente considerando l’evoluzione sociale e il progresso tecnico-scientifico.

È superato infatti il concetto del Welfare inteso come dare tutto a tutti senza limiti e siamo entrati in pieno nella fase del Post-Welfarismo. Il paziente non è più un soggetto passivo che riceve farmaci ma un soggetto attivo, esigente, che vuole conoscere, essere informato, partecipare al processo curativo.

Inoltre, si è perso il concetto che se la Medicina solo talvolta cura deve tuttavia dare sempre sollievo e conforto. Si è perso il concetto che “il recare conforto” e il “prendersi cura” non possono essere disgiunti dal processo terapeutico e di miglioramento.

Rispetto a questi ultimi scopi, la Medicina ha fallito e bisogna quindi capire il motivo del fallimento.

La maggiore causa si può ascrivere alla perdita di una visione

olistica, diretta conseguenza del riduzionismo scientifico, a fronte di un problema di complessità sempre crescente che investe queste patologie.

L’atto medico non può essere de-personalizzato ma deve avere al centro del suo agire la persona e le relazioni che riesce ad instaurare. Proprio perché la mancata integrazione del “prendersi cura” con la “terapia” costituisce un modello poco efficace di pratica clinica, è necessario promuovere un modello olistico di cura che prenda in considerazione non solo la dimensione tecnico-scientifica ma anche la dimensione sociale, la dimensione antropologica.

Lo scientismo in Medicina impedisce l’adozione di una corretta visione olistica. Lo scientismo con la sua posizione dogmatica, considerando superiori a tutti gli altri i metodi d’indagine delle scienze fisiche, pretende di spiegare tutto quello che avviene intorno al malato, il significato della vita umana, delle sofferenze e della morte.

Il paziente ha necessità invece di attenzione, benevolenza, dignità e rappresenta complessivamente un’unità psico-fisica inscindibile. Ha una rete sociale di affetti e di amicizie, di relazioni con la famiglia, con gli amici e con le istituzioni, che non possono essere de-contestualizzate.

Per realizzare il percorso dell’u-

manizzazione è necessario un impegno diretto non solo del medico ma di tutti gli operatori sanitari per promuovere atti e condizioni che abbiano come esclusiva finalità il bene del paziente. I pazienti devono pertanto essere tutti trattati con dignità e devono essere a conoscenza delle decisioni che riguardano la loro salute.

Articolata e stimolante appare la definizione del Papa Giovanni Paolo II in un celebre convegno "Umanizzazione della Medicina" tenutosi a Roma nel 1987:

a) "Nell'ambito del rapporto individuale, ove umanizzazione significa apertura a tutto ciò che può predisporre a comprendere l'uomo, la sua interiorità, il suo mondo, la sua cultura. Umanizzare questo rapporto comporta insieme un dare e un ricevere, il cre-

are cioè quella comunione che è totale partecipazione."

b) "Sul piano sociale l'istanza dell'Umanizzazione si traduce nell'impegno diretto di tutti gli operatori sanitari a promuovere, ciascuno nel proprio ambito e secondo la sua competenza, condizioni idonee per la salute, a migliorare strutture inadeguate, a favorire la giusta distribuzione delle risorse sanitarie, a far sì che la politica sanitaria nel mondo abbia per fine soltanto il bene della persona umana."

In Italia sono state fatte politiche sanitarie importanti orientate all'equità in salute quali quelle delineate nel Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1998-2000: contrasto alle disuguaglianze di salute come principale obiettivo da raggiungere attraverso il raffor-

zamento delle capacità delle persone e delle comunità di adottare comportamenti sani e il miglioramento dell'accesso ai servizi.

PSN 2001-2003 e PSN 2003-2005: approccio ristretto ad alcuni soggetti deboli (immigrati e tossicodipendenti).

PSN 2006-2008: riaffermazione dell'universalità dei servizi e promozione dell'equità del sistema per il superamento delle disuguaglianze sociali e territoriali.

Si deve continuare lungo questa strada potenziando o promuovendo i processi di umanizzazione.

L'ospedalità religiosa, ampiamente presente in Italia e nel mondo intero, potrebbe essere capofila e guida di questo processo anche con la sperimentazione di modelli assistenziali più vicini alle esigenze dei pazienti. ■

L'ospedale: problemi bioetici e biopolitici

PROF. FRANCESCO D'AGOSTINO

Professore Ordinario di Filosofia del Diritto e di Teoria generale del Diritto, Università degli Studi di Tor Vergata, Roma, Italia

1. In un editoriale, rimasto giustamente famoso, della rivista da lui diretta, il *British Medical Journal*, Richard Smith poneva ai primi posti, tra le prime *Dieci verità della medicina*, la lapidaria affermazione, secondo la quale *gli ospedali sono luoghi pericolosi*. L'affiorisma non veniva ulteriormente spiegato da Smith, anche per la superfluità della spiegazione: una riflessione, ancorché elementare, fa rapidamente comprendere che gli ospedali sono pericolosi per la salute dei ricoverati, pericolosi per la salute dei medici, pericolosi per la salute dei visitatori, pericolosi per l'ambiente. Da parte mia,

vorrei aggiungere che sono *pericolosi* anche da un punto di vista bioetico e biopolitico, perché attivano questioni, alle quali la cultura oggi dominante non sembra in grado di dare risposte.

2. E ben noto come nel mondo antico l'istituzione ospedaliera fosse del tutto assente. Invano cercheremmo nel lessico-greco romano un termine che si potesse tradurre con il moderno vocabolo *ospedale*. Lo *xenodochium*, come ben indica l'etimologia della parola, era semplicemente una casa finalizzata all'accoglienza dello *straniero*: un ostello, quindi, un albergo, eventualmente caratterizzati anche da un peculiare colore e calore (nel caso, ad es., che lo straniero fosse un *pellegrino*). Ma nulla più di questo. La pratica medica era pensata come un rapporto rigorosamente *duale*, tra il medico e il suo paziente e il luogo della cura era fatto coincidere, con assoluta naturalezza, con la casa del malato: quella ca-

sa al di fuori della quale si svolgeva la vita *pubblica* e all'interno della quale, per gli antichi, era chiamata a svolgersi la vita privata, la *nuda vita*, scandita dai suoi caratteristici *ritmi*: la nascita, la procreazione, la malattia, l'invecchiamento, la morte. In questi ritmi, in specie per le classi agiate, penetrava con immensa autorevolezza, il medico, mosso non solo dal suo sapere, ma dalla sua *benevolenza* verso la sofferenza dei malati e in genere di tutti coloro che ricercassero il suo aiuto. A questa benevolenza alludevano i greci quando usavano il termine *philanthropia* o quando parlavano del caldo vincolo che doveva unire medico e paziente usando l'espressione *philia iatriké*. Ippocrate insegnava, precorrendo Pascal, che ben conosce solo chi ama: solo quando c'è *philanthropia* può esserci nel medico un autentico amore per la sua professione, cioè la *philotechnia*. Questo vincolo del medico alla casa (nel senso lato del termine greco *oikos*, che

indica più che le mura di un edificio l'insieme delle persone che lo abitano) ha fatto nascere il paradigma *paternalistico*: il medico si rapporta al paziente non solo con l'autorità di un *padre*, ma con quella di un *padre buono* (come dovrebbero essere, anche se non sempre lo sono, tutti i padri). A sua volta il paziente, percependo che il medico gli fa il dono non solo della sua professionalità, ma in qualche modo della sua amicizia, lo ricambierà con la *fiducia* e con la *gratitudine* che devono appunto nutrire i figli verso il padre. In un celebre passaggio del *De beneficiis* (VI.16). Seneca ci ricorda che non è possibile estinguere il debito che abbiamo col nostro medico semplicemente pagandolo, perché l'amicizia non ha adeguati corrispettivi. Al medico spetta la nostra *riconoscenza* e la riconoscenza, come è noto, è inestinguibile.

3. L'ospedale comincia a nasce nella tarda antichità, con la cristianizzazione del mondo mediterraneo. Ma non nasce come istituzione primariamente destinata all'ottimizzazione delle terapie, bensì come luogo di accoglienza dei poveri, degli anziani, dei derelitti e quindi *anche dei malati*. L'*hospitalitas* è la risposta che il cristianesimo dà sul piano della prassi, con lenta ma decisa e consapevole progressione, all'insegnamento veicolato dalla parabola del Buon Samaritano. La parabola ha evidentemente una preminente valenza teologico-dottrinale, alludendo a un amore fraterno che – modellandosi sull'amore divino – non esclude nessuno, non conosce vincoli di rango, non fa alcun calcolo di convenienza, si manifesta come pura gratuità. Nello stesso tempo, però, la parabola attiva nella mente dell'ascoltatore l'immagine dell'uomo che, trovandosi nello stato di più assoluto bisogno e pressoché vicino alla morte, trova chi si prende cura di lui, versa olio sulle sue ferite, lo aiuta in un cammino di convalescenza e di guarigione. All'albergatore, al quale viene affidato il corpo della vittima dei briganti, il Samaritano dà precise mansioni di *cura*. Si apre così nella storia un orizzonte assolutamente nuovo: lo *xenodo-*

chium cessa di essere luogo di accoglienza dello *xenos*, dello *straniero*, e diviene l'*Hôtel-Dieu*, il luogo di accoglienza del *prossimo*, su impulso di chi, come il Samaritano, *si è fatto prossimo*. L'*hospitalitas* cessa di essere un atteggiamento psicologico nobile, ma *soggettivo*: diventa il fondamento *oggettivo* dell'*ospizio* così come dell'*ospedale*; come vera e propria forza spirituale attiva confraternite, dà vita a regole e ad ordini religiosi, si intreccia in modo pressoché indissolubile con la pratica della medicina e diviene un versante straordinariamente eloquente della pietà cristiana e delle sue conseguenti pratiche di carità.

4. Pur non togliendole del tutto il carattere di *arte* e di calda relazione interpersonale, l'epoca moderna opera per fare della medicina una *scienza rigorosa*, nel contesto, sempre più allargato, delle scienze biologiche e delle scienze naturali *tout court*. L'ospedale *moderno* non può che risentire di questo nuovo orientamento, contemporaneamente epistemologico (perché fondato sul principio che solo il sapere scientifico è sapere autentico) e ideale (perché fondato sulla convinzione che solo attraverso la medicina scientifica il medico è in grado di garantire al malato le maggiori probabilità di sconfiggere la malattia che lo ha aggredito). Attraverso processi storici complessi, ma non difficili a ricostruirsi, gli ospedali divengono *machines à guérir*, trasformandosi in sistemi assistenziali *specializzati*, indifferenti alle dimensioni *sociali* delle malattie e attenti esclusivamente alle loro dimensioni *cliniche*. La separazione degli ospedali dai manicomii, dai ricoveri per i degeniti cronici e per gli anziani, dagli istituti per l'assistenza all'infanzia diviene rigida e trova la sua giustificazione nell'affievolirsi della vocazione filantropica e nel dilatarsi della professionalità clinica del medico. Di pari passo si consolida l'immagine dell'ospedale come luogo non solo di cura, ma anche di ricerca scientifica, a cui affidare la formazione delle nuove generazioni di medici: funzionale a questo scopo la tensione alla più compiuta razio-

nalizzazione delle strutture ospedaliere (si pensi ad es. alla nascita dei "reparti"), accompagnata da un inevitabile processo di burocratizzazione. La separazione della carità e dell'assistenza dalla cura si consolida definitivamente nel momento in cui il definitivo strutturarsi *sistemico* degli ospedali e la conseguente creazione di una vera e propria *classe dirigente* al loro interno ne fa emergere la dimensione *aziendaleistica*. A questo fenomeno se ne aggiunge un altro, conseguente anch'esso al nuovo carattere *sistemico* che caratterizza irreversibilmente l'ospedale *moderno*: esso diviene il luogo in cui si gestisce, in un difficile equilibrio tra *pubblico* e *privato*, il *morire*. Statistiche eloquenti mostrano il costante declino della *morte domestica* e il continuo e progressivo incremento della *morte ospedalizzata*. Le cause di questo fenomeno sono molteplici e certamente non difficili a individuare: da una parte la speranza che interventi di alta tecnologia – realizzabili solo in contesti ospedalieri – possano, se non sottrarre l'individuo alla morte, almeno donargli ulteriori possibilità di sopravvivenza; dall'altra la crisi della famiglia, che rende pressoché impossibile un'assistenza terminale da parte dei congiunti del morente (un'assistenza, peraltro ed ovviamente, del tutto impossibile per le famiglie composte da un unico individuo, fenomeno dilagante nei grandi centri metropolitani di tutto il mondo) allargata. Né va sottovalutato il paradossale rapporto con la morte che caratterizza l'uomo contemporaneo, basato sulla *rimozione*, tanto più efficace, quanto più si esclude la morte dal contesto domestico. L'ospedale assume pertanto il carattere di un luogo nel quale eventualmente *si muore*, ma nel quale *non si dovrebbe morire* e che pertanto ha il dovere di togliere alla morte ogni visibilità. Di qui uno dei caratteri più tipici delle istituzioni ospedaliere di oggi, percepibile a pieno solo in quelle più avanzate: l'estrema attenzione che in esse riceve l'aspetto alberghiero, pensato fin dal principio come finalizzato ad un'accoglienza non terminale, ma sempre temporanea e transitoria.

5. È qui che si radica la nuova serie di problemi bioetici degli ospedali di oggi, problemi che si manifestano sistematicamente come *dilemmatici*. Se gli ospedali potessero essere ridotti a strutture univocamente *funzionali*, questi problemi non sarebbero avvertibili. Pensarli però esclusivamente in questa chiave si rivela impossibile, perché indebitamente riduttivo. Gli ospedali hanno sempre e inevitabilmente un'identità multipla o almeno *duale*. Sono contemporaneamente luoghi di innovazione scientifica e tecnologica e luoghi di erogazione di servizi sociali: accolgono personale stipendiato e personale mosso da spirito di volontariato, ricevono finanziamenti pubblici e finanziamenti privati, hanno finalità aziendali e finalità umanitarie. Nel loro contesto si manifestano, nelle forme più estreme, i dilemmi bioetici più caratteristici: l'impossibilità, per la struttura ospedaliera, di fronteggiarli attraverso le proprie risorse interne e le proprie interne professionalità, spiega la sistematica presenza al loro interno di Comitati etici *independenti*. È comunque proprio negli ospedali che si manifestano nelle forme più estreme i problemi della desistenza delle cure che abbiano acquisito il carattere dell'accanimento, il problema dell'acquisizione del consenso informato alle terapie e alla sperimentazione, il problema dell'allocazione delle risorse (inevitabilmente scarse), il problema del trattamento dei minori, il problema dell'obiezione di coscienza del personale sanitario o comunque quello del rifiuto da parte di tale personale di porre in essere pratiche ritenute controindicate scientificamente o eticamente discutibili, ecc. ecc. L'elenco potrebbe andare avanti a lungo.

6. Problema tra i problemi è quello degli ospedali *under religious sponsorship*, per usare una tipica espressione anglosassone: ospedali che sia per la loro proprietà, che per la loro gestione o comunque per la loro immagine possono avere un'etichettatura religiosa. In Italia, ovviamente, essi vanno ricondotti, tranne rare eccezioni, alla Chiesa cattolica, ma in altri paesi, e segnatamente ne-

gli USA, è ben frequente trovare ospedali *islamici, luterani, avventisti, presbiteriani, metodisti* o riferibili ai *Testimoni di Geova*.

7. Naturalmente, non è il riferimento religioso in quanto tale a creare problema, anzi esso viene sempre più spesso auspicato come la soluzione ottimale per orientare il paziente a individuare il luogo di cura più coerente con la sua visione del mondo (in tal senso si è espresso, e con molta vivacità, Tristram Engelhardt jr.). Il problema sta nella tensione che viene inevitabilmente a istituirsi tra l'identità dell'ospedale *religioso* e la sua *vocatione*, quella cioè che viene in genere oggi espressa col termine *mission*. Chi ritenga che malattia, medicina e guarigione siano esperienze antropologiche fondamentali, esperite in modo fondamentalmente omogeneo da tutti gli uomini e meritevoli di essere affrontate in modo altrettanto omogeneo quale che sia l'identità religiosa del paziente, vedrà negli ospedali *religiosi* la semplice manifestazione del più puro spirito ippocratico, intriso di nobile ideologia e orientato sempre e comunque al bene del malato. Chi invece ritenga che l'esperienza della malattia, della medicina e quella della guarigione siano esperienze culturalmente orientate e antropologicamente *differenziate*, a partire da visioni del mondo ritenute irriducibilmente molteplici e reciprocamente irriducibili, vedrà negli ospedali religiosi la prova definitiva dell'irreversibile frantumarsi della medicina moderna, divenuta ormai definitivamente *post-ippocratica* e strutturalmente qualificata da un mero orientamento *funzionale*. In questa prospettiva il medico, da terapeuta, diviene un *tecnico del corpo* e il suo intervento assume una giustificazione non a partire dalla doverosa attenzione al *bene del malato*, ma dalla richiesta *formale* di una prestazione a base contrattuale, richiesta che può giungergli dal malato stesso oppure – quando è il caso – dal sistema sanitario istituito per legge, per finalità di ordine sociale. In questa seconda prospettiva, non esiste differenza *qualitativa* tra la medicina che cura il corpo e la medicina che lo potenzia, tra chirur-

gia terapeutica e chirurgia estetica, tra la terapia della sterilità posta in essere per garantire i cosiddetti *d diritti riproduttivi* o addirittura per mere finalità eugenetiche; la stessa categoria *medicina* viene di fatto – sempre in quest'ultima prospettiva – a perdere di identità, giungendo a identificarsi (senza alcun problema, né epistemologico, né etico) con la categoria *manipolazione*.

8. Possiamo tornare a questo punto all'inizio del nostro discorso. Gli ospedali *oggi* sono luoghi *pericolosi*, non solo per ragioni mediche – perché cioè nel loro ambito possono svilupparsi patologie inaspettate –, ma anche per ragioni *etiche*: sono i luoghi in cui si sta oggi combattendo una battaglia (probabilmente) decisiva per chi ha a cuore il futuro del paradigma ippocratico, con tutto ciò che questo paradigma porta con sé, in ordine a principi non solo bioetici, ma anche e soprattutto antropologici. Ad avviso di molti, infatti, sarebbe giunta l'ora di riconoscere che l'ospedale, per le caratteristiche funzionalistiche che sempre più lo contrassegnano nella modernità, sia la “prova provata” del superamento della medicina ippocratica e del trionfo della medicina funzionale. Chi cerca generosamente di contrastare questa dinamica con generosi tentativi di *eticizzare le strutture ospedaliere* non avverte probabilmente che il cuore della questione non è quello di dare alla scienza e alla tecnica una verniciatura di eticità, ma quello di *far emergere dall'interno stesso della scienza e della tecnica dimensioni di eticità*, che continuano ad essere sistematicamente marginalizzate, se non rifiutate. Anche sotto questo profilo, pertanto, sembra che si possa rilevare come alla radice della bioetica ospedaliera stiano gli stessi problemi, ampiamente irrisolti, che tormentano la bioetica generale: problemi irrisolti, perché *metabioetici*, perché in buona sostanza antropologici; problemi che concernono la nostra stessa identità, nati nel momento stesso in cui si è intravista la possibilità di procedere ad una manipolazione totale ed estrema del vivente, umano e non umano. ■

L’Ospedale custode della vita

PROF. RICCARDO MARANA

Direttore dell’Istituto Scientifico Internazionale “Paolo VI” – I.S.I. – di Ricerca sulla Fertilità ed Infertilità Umana per una Procreazione Responsabile, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Ospedale adeguato alla custodia della vita

Quando si parla di Ospedale e della sua funzione nella cura della salute pubblica, si fa riferimento a criteri di valutazione indicati da Organismi di riferimento a livello internazionale ed emergenti dal confronto delle esperienze di management sanitario dei vari Paesi e dalle evidenze della letteratura medico-scientifica.

In una pubblicazione del 2008 del *European Observatory on Health Systems and Policies* e del *World Health Organization* dal titolo *Assuring the quality of health care in the European Union*, vengono evidenziati i diversi criteri in base ai quali può essere fatta un’adeguata valutazione della qualità delle prestazioni offerte in campo sanitario, secondo gli standard più elevati: disponibilità e allocazione delle risorse, equità e oculatezza nelle scelte delle spese, organizzazione ed efficienza dell’uso delle risorse, adeguatezza nelle condotta clinica derivante dal confronto con l’evidenza scientifica, efficacia e sicurezza delle cure, attenzione al paziente, continuità nella conduzione, affidabilità e trasparenza di informazione, impatto sulla salute pubblica, soddisfazione delle aspettative pubbliche e degli operatori del settore ecc.

Tutto questo si chiede ad un Ospedale come il nostro, che, essendo all’interno di una Comunità Universitaria, è chiamato a dare un contributo di eccellenza nel servizio all’uomo e nel progresso

scientifico. Per raggiungere questi obiettivi è richiesto un continuo arricchimento culturale nel confronto con la realtà sociale in cui opera e con la comunità scientifica mondiale, ed una gestione oculata delle proprie risorse, al fine di valorizzarle ma anche di individuare le priorità su cui indirizzarle.

Quando poi ci si pone nell’ottica di un Ospedale che opera all’interno di una Università Cattolica, il suo impegno per la custodia della vita deve essere quanto mai puntuale, per le profonde motivazioni che sottendono alla sua esistenza. Si tratta di dare un contributo di eccellenza che, prima ancora di essere espresso in termini di statistiche di efficacia o di bilanci in positivo, si concretizzi in servizi sanitari all’avanguardia finalizzati alla custodia della vita umana dalle sue origini alla sua fine naturale.

La custodia della vita nascente rappresenta un impegno prioritario per una Università Cattolica.

Da anni la nostra Università si è distinta per l’attenzione riservata alla gravidanza nelle sue varie fasi e nella cura delle eventuali patologie che possono interferire con il suo normale processo fisiologico.

La nostra Scuola di Ostetricia e di Patologia Ostetrica ha una consolidata tradizione ed una capacità innovativa per cui è stimata a livello sia nazionale sia internazionale.

Lo scenario mondiale ha però posto oggi di fronte a noi delle sfide sempre più difficili nell’impegno assunto per la custodia della vita nascente.

Il 25 luglio 1978 è una data che è passata alla storia per la nascita, in Gran Bretagna, di Louise Brown, la prima bambina “prodotta” in provetta (*test tube baby*) con la tecnica della fecondazione in vitro ideata dal fisiologo Robert G. Edwards in collaborazione con il laparoscopista Patrick Steptoe.

Per una fortuita coincidenza in

quella stessa data la Chiesa Cattolica aveva promulgato dieci anni prima l’Enciclica *Humanae Vitae* sulla trasmissione della vita umana, in cui, partendo dalla natura stessa dell’uomo, si affermava la natura personale e relazionale della sessualità umana e la sua intrinseca finalità procreativa, per cui nell’atto coniugale tra l’uomo e la donna esiste per natura un legame indissolubile tra il suo significato unitivo e procreativo.

L’Humanae Vitae annunciava che la vita umana trova per natura le sue origini, secondo il disegno creativo di Dio, nell’atto di amore che unisce l’uomo alla donna.

Oggi possiamo cogliere meglio il valore profetico di questa Encyclica, che proclamava la dignità della procreazione in un’epoca in cui nessuno avrebbe immaginato che un giorno la vita umana potesse originare al di fuori del caldo nido dell’amore coniugale, per diventare un prodotto di manipolazione nelle mani di biologi e tecnici della riproduzione.

La possibilità da parte di soggetti esterni alla coppia di appropriarsi del mistero della vita, di diventare arbitri del suo destino, disponendone senza riserve, ha aperto il campo ad uno dei più accesi e inquietanti dibattiti che la storia dell’uomo potrà ricordare e che si può riassumere in questa domanda: “Quando inizia la vita umana?”.

Origine della vita: la fecondazione

La biologia, l’embriologia dello sviluppo e la genetica concordano da oltre quaranta anni nell’affermare che un individuo della specie umana comincia ad esistere dal momento della fecondazione, come riportato dalla famosissima e mai smentita *Chamber’s Encyclopedia*: “La gravidanza è il tempo in cui il feto si sviluppa nell’utero della madre, tra la fertilizzazione e il parto” (Jeffcoate, 1969); come

pure in un famoso trattato di medicina: “Per il nuovo individuo la vita comincia nell’ampolla della tuba uterina con l’atto della fertilizzazione” (Scuthorne 1976).

Che cosa è l’embrione umano? L’embrione umano è un individuo appartenente alla specie umana, come scrivono il genetista Angelo Serra e il biologo Roberto Colombo, “la induzione logica dei dati forniti dalle scienze sperimentali conduce all’unica possibile conclusione, e cioè che – a parte fortuiti eventi di disturbo – alla fusione di due gameti un nuovo reale individuo umano incomincia la propria esistenza, o ciclo vitale, durante il quale – date tutte le condizioni necessarie e sufficienti – realizzerà autonomamente tutte le potenzialità di cui è dotato. L’embrione, pertanto, dal tempo della fusione dei gameti è un reale individuo umano, non un potenziale individuo umano”.

È all’atto della fecondazione, cioè al momento dell’unione tra la cellula germinale maschile e quella femminile a livello del terzo distale della tuba, che avviene il mutamento sostanziale e si costituisce un nuovo essere umano con un patrimonio genetico individuale ed irripetibile, che gli consente di essere soggetto attivo della propria costruzione e intrinsecamente autonomo nella sua crescita continua, graduale, e coordinata. L’embrione è, quindi, individuo umano fin dalla fecondazione (Carrasco 2010, Ventura Juncà 2011).

In preparazione alla fecondazione, due cellule altamente specializzate, l’una derivante dall’uomo (lo spermatozoo) e l’altra dalla donna (la cellula uovo) sottostanno ad una serie di modificazioni che hanno due particolari obiettivi: preparare gli spermatozoi alla fecondazione (capacitazione), e ridurre in entrambe le cellule germinali il numero dei cromosomi alla metà di quello della cellula somatica cioè da 46 a 23 cromosomi (processo di meiosi). La riduzione è necessaria, altrimenti la fusione della cellula maschile con una femminile avrebbe come risultato un individuo provvisto di un numero di cromosomi doppio rispetto al normale (Savada 2010).

L’ampia variabilità garantita nei gameti dalla meiosi è data da due tipi di “rimescolamento” durante la prima divisione meiotica:

- distribuzione casuale dei cromosomi omologhi paterni e materni: durante la prima tappa della metafase, i cromosomi materni e paterni hanno la stessa probabilità di allinearsi da una parte o dall’altra, con possibilità quindi di “rimescolamento”;

- ricombinazione con scambio di porzioni di materiale genetico tra coppie di cromatidi (subunità di cui sono costituiti i cromosomi) materni e paterni attraverso il fenomeno meiotico chiamato “crossing-over” (fase di scambio) che incrementa ulteriormente la potenziale variabilità genetica dei gameti e della prole da questi derivate.

Il potenziale per la variabilità genetica risultante dalla meiosi è sbalorditivo.

Il numero possibile di combinazioni diverse per la segregazione indipendente di 23 paia di cromosomi in spermatozoi o ovociti è $2^{23} = 8.388.608$ cellule germinali diverse. (Klug 2007, Cain, *Discover Biology*, Third Edition, W. W. Norton & Co. © 2006)

Grazie ad una tale variabilità genetica tra i gameti, al momento della fecondazione si rende disponibile un enorme numero di combinazioni di cromosomi.

Considerando che nell’individuo umano (diploide), l’informazione genetica è contenuta sotto forma di coppie di cromosomi omologhi, uno di derivazione materna e l’altro di derivazione paterna, al momento della fecondazione si possono ottenere $2^{23} = 8.388.608 \times 2^{23} = 8.388.608 =$ oltre 70.368 miliardi di combinazioni genetiche possibili, a cui va aggiunto l’effetto del crossing-over; una variabilità praticamente illimitata che costituisce il meccanismo biologico sofisticatissimo su cui si fonda l’**unicità e irripetibilità di ogni individuo umano**, nonché la varietà e ricambio naturale della popolazione.

In una recente sentenza della Corte di Giustizia Europea (ECJ) del 18 ottobre 2011 a Lussemburgo è stato definito “embrione umano” ogni “ovulo umano fin

dalla fase della fecondazione” dal momento che “la fecondazione è tale da dare avvio al processo di sviluppo di un essere umano”. Per tale ragione, nella stessa sentenza è stata emessa la direttiva di non brevettabilità di un procedimento che, ricorrendo al prelievo di cellule staminali ricavate da un embrione umano nello stadio di blastocisti, comporti la distruzione dell’embrione stesso.

L’avvento delle tecniche di fecondazione artificiale

Negli ultimi 30 anni si è verificata una decisiva presa di potere da parte dell’uomo sulla vita e sull’uomo stesso, nella sua identità più recondita “genetico-germinal”; un potere, tanto esaltante, quanto sconvolgente e senza precedenti nella storia umana: la ricerca scientifica, e quella genetica in particolare, non si è limitata più alla conoscenza, al controllo e alla trasformazione responsabile della natura, come è sempre tradizionalmente avvenuto, ma è andata “oltre”. In Italia, la Legge 40 del febbraio 2004 ha cercato di stabilire dei limiti per mettere ordine al cosiddetto “far west procreativo” che si era venuto a creare. L’art. 2 riporta: “Il ricorso alla procreazione medicalmente assistita è consentito qualora non vi siano altri metodi terapeutici efficaci per rimuovere le cause di sterilità o infertilità”. Tra queste condizioni rientra in primo luogo la sterilità da patologia tubo-peritoneale.

In realtà, nella prassi quotidiana, prevale la tendenza a bypassare ogni sorta di approfondimento diagnostico nella coppia sterile e a considerare la cosiddetta “procreazione medicalmente assistita” una opzione di prima scelta.

L’art. 13 riporta le norme a tutela dell’embrione: il divieto della ricerca clinica e sperimentale, ammessa solo in vista della salute dell’embrione e il divieto di selezione eugenetica e di manipolazione su embrioni e gameti.

Nell’articolo 14, la Legge 40 vieta la crioconservazione degli embrioni. Tuttavia, in seguito ad una modifica dalla sentenza della Corte Costituzionale, al paragrafo 3 dello stesso articolo, è stato

indicato che il trasferimento degli embrioni debba essere effettuato “senza pregiudizio della salute della donna”, espressione che pone non pochi problemi interpretativi, lasciando aperta la possibilità, che, a discrezione dell’operatore, la crioconservazione degli embrioni possa avvenire anche come evento prevedibile e programmabile, e non solo in conseguenza di grave e documentata causa di forza maggiore, come indicato nella versione originale della Legge.

La regolamentazione delle Legge 40 non ha potuto comunque evitare che le coppie sterili decidano di recarsi in altre nazioni dove determinate pratiche sono utilizzate senza remore, praticando il cosiddetto “turismo riproduttivo” (De Geyter 2012).

Nei *social network* più famosi, infatti, non è raro visualizzare pubblicità che propongono donazione di gameti o tecniche di procreazione artificiale all'avanguardia. La complessità dei problemi, la delicatezza delle applicazioni e la rapidità con cui bisogna formulare le questioni e fornire le indicazioni dei riferimenti etici sono dunque chiare manifestazioni dell'emergenza di cui si fa voce la bioetica.

Confrontando il procedimento della FIVET (*Fecondazione in vitro ed Embryo transfer*) con il processo di riproduzione naturale, si evidenziano delle differenze sostanziali: solo il 5-7% degli ovociti ottenuti durante le procedure della FIVET esitano in gravidanza e solo per il 10-15% degli embrioni si ottiene il risultato della nascita di un bambino. Ciò significa che, per ogni bambino in braccio ottenuto mediante FIVET, si verifica la perdita del 80-85% degli embrioni prodotti (Kierkegaard 2012).

Il trasferimento di più embrioni ha avuto lo scopo di migliorare i risultati ma ha portato nello stesso tempo ad un aumento sensibile, negli ultimi 10 anni, del tasso di gravidanza multipla, con le conseguenti complicanze materne e fetalì.

La tendenza nel tempo è stata di ridurre il tasso di gravidanza gemellare dopo FIVET, mantenendo un buon tasso di natalità dopo FIVET.

A tale scopo è stata data sempre più importanza alla selezione embrionale, cioè a quella tappa che mira a individuare gli embrioni di migliore qualità con lo scopo di assicurare tassi più alti di successo.

La tecnica di selezione comunemente utilizzata si basa sull’osservazione microscopica delle caratteristiche morfologiche dell’embrione e del suo tasso di clivaggio.

Questa tecnica si è rivelata abbastanza efficace per l’identificazione di embrioni con un buon potenziale d’impianto, ma non è sempre in grado di individuare gli embrioni geneticamente anormali.

È noto che una proporzione relativamente alta di embrioni prodotti in seguito a IVF sono geneticamente anormali (Kierkegaard 2012). Essi possono tuttavia apparire all’esame microscopico con caratteristiche morfologiche normali.

Lo screening genetico preimpianto ha costituito successivamente una tecnica più sofisticata finalizzata ad identificare gli embrioni aneuploidi prima del loro trasferimento.

Nuove metodiche sono in corso di studio ma non ancora disponibili per uso clinico, per una selezione sempre più efficace degli embrioni finalizzata al miglioramento dei tassi di impianto. Una di queste tecniche, la *Time-lapse Monitoring*, consiste nell’osservazione continua dell’embrione mediante videocamera applicata all’incubatore per registrare in un filmato le dinamiche del suo sviluppo allo scopo di rilevarne i segni di défaillance o asincronismo nella suddivisione (Kierkegaard 2012).

Il miglioramento dei tassi di efficacia delle tecniche di fecondazione in vitro ha visto di pari passo una “caccia” sempre più accanita all’embrione difettoso a causa proprio della stessa procedura manipolativa. Come dire che se ne producono di più per selezionarne di più e migliorare gli standard produttivi.

Gli ultimi dati del Registro Europeo dell’ESHRE (*European Society of Human Reproduction and Embryology*) relative all’uso delle tecniche riproduttive in 36 Paesi

Europei, nel 2008, in 1051 cliniche, riportano un tasso di gravidanza (*pregnancy rate*) per aspirazione ovocitaria pari a 28,5% per la FIVET e a 28,7% per la ICSI. Nei cicli con reimpianto di embrioni congelati (97.120 su un totale di 532.260) il tasso di gravidanza per scongelamento è pari a 19,3%.

La percentuale di parti cumulativo per FIVET ed ICSI, è stato del 21,7%, pressoché sovrapponibile a quello riportato negli ultimi tre anni.

I dati italiani, pubblicati nella *Relazione del Ministro della Salute* del 28 giugno 2012, e relativi all’attività di 357 Centri di fecondazione artificiale nel 2010, riportano, per quanto riguarda le tecniche a fresco, cioè quelle in cui non c’è stato ricorso a scongelamento di embrioni o gameti, su un totale di 44.350 pazienti per 52.676 cicli iniziati, il tasso di gravidanza cumulativo per FIVET ed ICSI è pari al 23,1% per cicli con prelievi ovocitari. Prevale l’utilizzo della ICSI, corrispondente all’84% dei cicli con prelievi ovocitari. La percentuale cumulativa (FIVET + ICSI) di nati vivi per cicli di prelievi ovocitari è pari al 17,8%.

Dalla stessa relazione del Ministro della Salute si evince che a fronte di 103.587 embrioni trasferiti, sono state ottenute 11.964 gravidanze di cui 10.744 monitorate, con 8.163 parti (1772 parti plurimi) e 10.036 bambini nati vivi.

Si ritrova anche nei dati italiani l’enorme discrepanza, descritta in letteratura, tra costi in termine di embrioni, vale a dire di vite umane, e risultati assicurati. Il rapporto tra embrioni trasferiti e nati è di 10/1. È il caro prezzo pagato per assicurare il risultato atteso.

QUANDO LA NUOVA VITA NON INIZIA: SOLUZIONI ETICHE NEL CAMPO DELLA STERILITÀ

Il bilancio di trenta anni di uso delle tecniche di IVF, con i circa 4 milioni di bambini nati nel mondo in seguito a IVF dal 1978 ad oggi (Finn H, “The baby chase”, July 23, 2011, Wall Street Journal Online URL), di cui il 60% in Eu-

ropa, (Nygren & Lazzane WHO 2006) e gli interrogativi della comunità scientifica e della società, hanno fatto sempre di più emergere la necessità di soluzioni più congrue e sicure al problema sempre più emergente dell'infertilità.

L'infertilità è una condizione che riguarda 1 coppia su 7 (Templeton A. *Infertility – epidemiology, aetiology, and effective management*. Health Bull -Edinb- 1995, 53(5):294-298; Trolyce 2011).

Nel *World Report on Disability* del 9 giugno 2011 (WHO & The World Bank), l'infertilità viene definita "disabilità" sotto i vari profili fisico, cognitivo, mentale, sensoriale, emozionale, di sviluppo, anche in combinazione tra loro.

Nei Paesi in via di sviluppo l'infertilità secondaria viene considerata una delle sei condizioni di morbidità materna che rimangono ignorate nella tutela della salute materna (Hardee, Gay & Blanc (2012) "Maternal Morbidity: Neglected dimension of safe motherhood in the developing world" Global Public Health (2012), 1-15).

Nel *Report WHO Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*, "Infertility and social suffering" (pp. 384-385, Daar & Merali, 2001) si sottolinea che: "I media sono spesso responsabili della creazione di un'immagine molto promettente della IVF e di ciò che essa può offrire alla coppia infertile. Tuttavia, è ben noto che in molti paesi il pubblico manca di conoscenze di base circa l'infertilità, le sue cause e la sua prevenzione, come anche di una corretta informazione circa le possibilità realistiche di trattamento dell'infertilità".

Nel report relativo alla *Bertarelli Foundation's Second Global Conference*, a Praga il 16 e 17 novembre 2002, Lunenfeld (2004), un pioniere nel campo dell'infertilità, così si esprimeva:

"Negli ultimi anni i progressi nella tecnologia medica hanno offerto speranza a molte coppie sterili, soprattutto nel mondo sviluppato. Tuttavia, i progressi che sono stati fatti hanno sollevato nuove questioni mediche, etiche e sociali che richiedono attenzione non solo da parte dei professioni-

sti della salute ma anche da tutta la società.

[...] l'uso di queste tecnologie di riproduzione assistita non dovrebbe essere in sostituzione di un provato approccio medico attraverso l'esame e la diagnosi individuale".

In tale contesto si situa la funzione e l'originalità dell'**Istituto Scientifico Internazionale (ISI)** "Paolo VI" di Ricerca sulla Fertilità ed Infertilità Umana per una Procreazione Responsabile.

ISI "Paolo VI": Un Istituto per la tutela della vita alle sue origini

Nella ricorrenza degli ottanta anni dalla fondazione dell'Università Cattolica e del Grande Giubileo del 2000, il 9 novembre 2000, il Rettore Sergio Zaninelli dava a Sua Santità Giovanni Paolo II, presente all'inaugurazione dell'anno accademico, l'annuncio della costituzione da parte dell'Università di una Fondazione dedicata specificamente al settore delicato e decisivo della procreazione umana. L'iniziativa veniva presentata come risposta alle sollecitazioni fatte dal Santo Padre nel messaggio rivolto in occasione della Giornata per l'Università Cattolica il 5 maggio 2000 e per il Giubileo delle Università il 9 settembre 2000, in cui così si esprimeva: "Mirare a una cultura che assicuri la centralità della persona, i suoi inalienabili diritti, la sacralità della vita"; "Riaffermare l'esigenza di una cultura veramente umanistica; [...]. Impegnarsi alla costruzione di una cultura a misura delle persone umane, a non cedere al relativismo, al pragmatismo, all'erudizione fine a se stessa".

La Fondazione ISI "Paolo VI" di ricerca su fertilità ed infertilità umana fu costituita il 22 giugno 2001. Nel marzo 2003 fu avviata l'attività clinica con l'apertura dell'Ambulatorio ISI per il trattamento della sterilità di coppia, che veniva ad affiancarsi all'attività di ricerca.

La custodia della vita nell'esperienza dell'ISI coincide con la tutela della vita alle sue origini.

È un compito prioritario e deli-

cato perché si applica al momento stesso in cui la vita sboccia.

Settori di impegno dell'ISI

– **Settore operativo** afferente al *Centro Studi Regolazione Naturale della fertilità*, riguarda la fase in cui la coppia decide con una scelta responsabile di aprirsi o meno all'accoglienza di una nuova vita avvalendosi dei più moderni strumenti di conoscenza dei ritmi di fertilità (**metodi di regolazione naturale della fertilità di ultima generazione**). La conoscenza della fertilità apre ad un percorso di autoconsapevolezza e di responsabilizzazione della coppia che è **preparazione remota all'accoglienza della vita**.

Ciò si attua sia attraverso l'apporto professionale degli operatori del settore nell'ambito della consulenza alla coppia, della divulgazione e della didattica, sia attraverso gli studi scientifici nel campo della regolazione naturale della fertilità.

– Settore Clinico, afferente all'Ambulatorio ISI.

Le competenze specialistiche vengono concentrate al processo che è all'origine della vita, allo scopo di ottenere un concepimento naturale e favorire la normale evoluzione della gravidanza. La nostra opera è votata a custodire la vita seguendone in tempo reale le tappe che portano alla sua espressione, intervenendo professionalmente su quanto possa alterare il normale sviluppo di tale processo.

La gestione clinica riguarda: – **il trattamento dell'infertilità di coppia** attraverso un *protocollo diagnostico-terapeutico evidence-based*, che è innovativo per il fatto che coinvolge parallelamente entrambi i membri della coppia, mettendo in atto un approccio multispecialistico che prevede l'apporto di un'équipe di specialisti (ginecologo, andrologo, ginecologo esperto di chirurgia della riproduzione, endocrinologo, ecc.).

Nella nostra esperienza abbiamo visto che in molti casi è possibile rimuovere le cause di infertilità, ed in particolare ottenere un buon successo anche quando venga diagnosticata un'infertilità di origine tubarica o una disfunzio-

ne seminale (casi in cui prevale la tendenza generale a proporre solo una soluzione artificiale).

Il ripristino della normale funzione riproduttiva mette la coppia in condizione di fare un'esperienza completamente diversa da quella di una procreazione artificiale: la coppia può seguire lo sbocciare della vita come avvenimento naturale che la coinvolge profondamente nella percezione di un mistero.

– il trattamento della poliabortività. Dal momento che le cause di poliabortività possono essere molteplici e spesso tra loro confluenti, viene applicato un protocollo che prevede un lavoro di squadra, con il coinvolgimento del ginecologo, dell'endocrinologo, dell'ematoologo, del genetista ed altri specialisti.

L'esperienza dell'aborto ripetuto segna profondamente il visus della donna e della coppia. In questi casi si constata la complessità degli eventi con cui una nuova vita viene all'esistenza e la molteplicità di fattori che possono interferire con la sua normale evoluzione.

Ogni vita che si perde è una sconfitta per il medico che è chiamato a mettere a frutto le proprie conoscenze per custodire ogni vita dal suo nascere.

Lo sforzo che si mette in atto è proporzionato alla considerazione del valore di ogni vita nascente che viene affidata alle nostre cure.

– Settore della ricerca su Fertilità e Infertilità.

L'impegno dell'ISI in questo campo è fondamentale per l'avanzamento delle conoscenze sulla fisiologia della riproduzione, lo studio di cause tuttora sconosciute di infertilità femminile e maschile e il progresso nel processo diagnostico e nelle soluzioni terapeutiche nell'ottica della procreazione naturale.

Da questo settore dipende lo sviluppo futuro della proposta dell'ISI di fronte alla comunità scientifica.

L'attività ambulatoriale dell'ISI ha visto, da quando si è avviata, una crescente affluenza di coppie e un incremento costante delle prestazioni disponibili e dell'attività di ricerca correlata.

Riguardo ai punti-forza del nostro protocollo (chirurgia ricostruttiva e terapia andrologica), è utile esaminare gli aspetti più salienti delle patologie seguite, dei trattamenti intrapresi e dei risultati ottenuti.

Le malattie a trasmissione sessuale come fattore tubo-peritoneale di sterilità: diagnosi precoce e trattamento farmacologico

Il normale processo di captazione e fecondazione dell'ovocita rilasciato dal follicolo ovarico al momento dell'ovulazione richiede tutta una serie di prerequisiti: una superficie ovarica libera da aderenze, la porzione fimbriata-ampollare della tuba libera di abbracciare l'ovaio e, in aggiunta alla pervietà tubarica, una normale attività delle cellule ciliari e secretive all'interno della tuba ed una normale peristalsi della muscolatura tubarica.

Tale condizione di normalità altamente specializzata (è stata dimostrata la presenza di fattori chemiotattici che, liberati dal follicolo maturo, fanno avvicinare la parte terminale della tuba con le sue fimbrie al follicolo ovarico per facilitare la captazione dell'ovocita maturo liberato al momento dell'ovulazione), può essere compromessa come risultato di infezioni ascendenti a partire dal basso tratto genitale.

Malattia Infiammatoria Pelvica

Negli ultimi due decenni la crescente diffusione delle malattie sessualmente trasmesse ha messo a rischio, in molte donne, la possibilità di raggiungere la gravidanza per le vie naturali, alterando i sopra citati normali rapporti tra la tuba e l'ovaio.

La Malattia Infiammatoria Pelvica (PID), la più importante tra delle Malattie Sessualmente Trasmesse (STD), è dovuta all'ascesa di microrganismi patogeni dalla vagina e dalla cervice alle vie genitali superiori (endometrio, tube e strutture contigue) (Centre of Disease Control 1982).

Recenti dati epidemiologici (Haggerty 2010) indicano che la

Malattia Infiammatoria Pelvica colpisce l'1,7% delle donne tra i 16 e i 46 anni nel Regno Unito ogni anno, l'8% delle donne in età riproduttiva negli Stati Uniti, il 15% delle donne Svedesi nel corso della loro vita, con più di un milione di donne trattate annualmente negli Stati Uniti.

La prevalenza di sterilità di origine tubarica è del 12% dopo un episodio di PID, del 23% dopo due episodi e del 53% dopo tre episodi.

La prevenzione o la riduzione delle importanti sequele negative della PID acuta sull'apparato genitale femminile, richiede una diagnosi precoce e l'istituzione di una terapia antimicrobica tempestiva e appropriata.

Per questo è fondamentale che il personale medico che lavora all'interno della struttura ospedaliera conosca la più recente modifica delle linee-guida del *Center of Disease Control* di Atlanta (Georgia) relative alla PID pubblicate nel 2010.

Secondo le recenti linee-guida dovrebbero essere trattate per PID tutte le donne sessualmente attive con dolore a livello pelvico o dei quadranti addominali inferiori se non può essere identificata altra causa per lo stato morboso in presenza di uno o più tra i seguenti criteri di minima: dolore al movimento laterale della cervice uterina all'esplorazione bimanuale, dolorabilità uterina, dolorabilità annessiale.

Le stesse Linee-Guida suggeriscono gli appropriati protocolli di terapia antibiotica per infusione endovenosa, per trattamento orale e i criteri per l'ospedalizzazione delle pazienti con PID al fine di prevenire le conseguenze negative della PID sulla fertilità femminile.

Fattore tubo-peritoneale di sterilità: terapia chirurgica della sterilità femminile

La sterilità di origine tubarica è responsabile di circa il 25-35% dei casi di sterilità femminile.

La causa principale del fattore tubo-peritoneale di sterilità è il danno determinatosi in pregressi episodi di malattia infiammatoria pelvica, conseguente all'a-

scensione nel tratto riproduttivo di agenti infettivi sessualmente trasmessi. Tali episodi infettivi possono dare origine ad un quadro clinico conclamato o ad una forma subclinica; le ultime tre decadi hanno visto un notevole aumento di questa componente della sterilità femminile. Pregressi interventi chirurgici ed endometriosi sono altre due cause di aderenze pelviche.

Nel valutare i risultati della chirurgia ricostruttiva dobbiamo tener presente che, mentre è possibile ristabilire chirurgicamente le normali relazioni anatomiche distorte dagli esiti aderenziali del processo infettivo, non è invece possibile riparare il danno funzionale derivato dal processo infettivo (ad esempio, funzionalità dell'epitelio endotubario, capacità contrattile della muscolatura tubarica). Le percentuali di successo del trattamento chirurgico sono perciò strettamente correlate con il tipo di danno preesistente e la sua sede. I recenti perfezionamenti nella strumentazione laparoscopica e l'aumentata abilità dei chirurghi nella laparoscopia operativa permettono oggi di evitare la laparotomia nella maggior parte dei casi.

L'introduzione della salpingoscopia, che permette una valutazione diretta della mucosa tubarica, ha permesso una migliore selezione delle pazienti candidate alla chirurgia tubarica ricostruttiva, identificando quelle con una buona prognosi riproduttiva.

Infine per quanto riguarda i risultati della terapia chirurgica, in sintesi, possiamo affermare che l'occlusione prossimale della tuba, frequente causa di invio delle pazienti alla FIVET, si rivela un falso positivo in una percentuale probabilmente vicina al 96% (Al Jaroudi 2005). In caso di aderenze peri-tubariche la mucosa all'interno della tuba è conservato nell'80% delle pazienti e queste ultime si possono aspettare una possibilità di gravidanza a termine intorno al 70%. Pazienti con occlusione tubarica distale presentano una mucosa normale intorno al 40% e queste ultime hanno una probabilità di gravidanza a termine del 60%.

Sterilità associata a endometriosi

L'endometriosi, definita come la presenza di tessuto endometriale, ghiandole e stroma, in siti al di fuori della cavità uterina, è presente in circa il 7-10% della popolazione femminile in età riproduttiva. Nelle donne sterili, la prevalenza di endometriosi sale al 25-50%, mentre circa il 30-50% delle donne con endometriosi presenta sterilità (ASRM 2006).

La chirurgia laparoscopica conservativa, viene considerata il trattamento di prima linea dalle recenti linee guida e permette di ottenere una gravidanza in una percentuale variabile dal 50 al 60% dei casi.

Nell'esperienza dell'Istituto Scientifico Internazionale "Paolo VI", centoquarantatré pazienti con sospetta od accertata sterilità di origine tubo-peritoneale sono state sottoposte a laparoscopia diagnostica od operativa, con salpingocromoscopia, culturali peritoneali od endometriali, salpingoscopia (quando indicata), associata ad isteroscopia diagnostica od operativa. Nove sono state sottoposte a minilaparotomia per miomi intramurali-sottomucosi o voluminosi/multipli miomi intramurali, previa isteroscopia e salpingocromoscopia. Le pazienti sono state successivamente contattate telefonicamente per ottenere informazioni sull'eventuale insorgere di una gravidanza e sul suo esito. Il follow-up medio è stato di 49 mesi (range da 11 a 118 mesi).

Delle 152 pazienti, 61 donne hanno ottenuto la gravidanza (40%). Di queste, 27 pazienti hanno ottenuto più di una gravidanza. In totale, si sono ottenute 94 gravidanze. Ventitré gravidanze sono esitate in aborto (24%), 2 in gravidanza extrauterina ed una paziente ha deciso per IVG dopo una diagnosi di sindrome di Down. In totale il 32% delle pazienti ha ottenuto un "bambino in braccio".

Trattamento del fattore maschile di sterilità

Le terapie etiologiche dell'infertilità maschile, volte cioè ad eliminare la causa dell'infertilità ed

in tal modo ad ottenere il concepimento, presuppongono e seguono un attento momento diagnostico, volto a ricercare la patogenesi dell'infertilità.

Tra le situazioni eziologiche più frequentemente riscontrate nell'infertilità maschile vi sono le patologie endocrinologiche, quali l'ipogonadismo maschile, l'iperprolattinemia, la patologia tiroidea; le patologie infettive a carico dell'apparato genitale; il varicocèle, ossia una dilatazione dei vasi del plesso venoso testicolare.

Un approccio diagnostico-terapeutico corretto prevede pertanto la ricerca di tali situazioni causa di infertilità e l'intervento mediante terapia medica o chirurgica, volto al superamento di tali situazioni.

In presenza di alterazioni dei parametri seminali, anche severe, è necessario effettuare un completo iter diagnostico-terapeutico, che tenda a identificare e ove possibile risolvere le cause di tali alterazioni. Un tale approccio permette in molti casi un miglioramento della qualità e dei parametri seminali, che, pur non raggiungendo valori considerati "normali" (normospermia), esita in un concepimento spontaneo.

Tale dato è confermato dall'esperienza dell'Istituto Scientifico Internazionale "Paolo VI", pubblicata in un recente lavoro scientifico su *International Journal of Endocrinology*. L'analisi eseguita da Milardi et al. ha infatti dimostrato che solo il 35% dei concepimenti ottenuti dal 2003 al 2011 è avvenuto in presenza di normali parametri seminali, mentre nella maggior parte delle gravidanze (65%) il coniuge presentava alterazioni in almeno un parametro seminale; di questi il 9% mostrava una riduzione in combinazione da moderata a severa dei tre principali parametri seminali (oligoastenoteratospermia). Tale dato ha evidenziato che la riduzione dei parametri seminali non esclude la possibilità di un concepimento spontaneo. Ogni paziente dovrebbe pertanto poter avere accesso ad un'approfondita valutazione diagnostica e terapeutica, anche quando le prospettive di ottenere parametri seminali di "normalità" appaiano ridotte.

QUANDO LA VITA È INIZIATA

La corretta consulenza alle paure o rischi della gravidanza: il telefono rosso

È una linea telefonica dedicata a future e neo mamme. Si chiama *Telefono Rosso* ed è lo speciale servizio gratuito del *Centro Studi per la Tutela della Salute della Madre e del Concepito* dell'Università Cattolica di Roma, che offre informazioni e chiarimenti "a domicilio" per la prevenzione dei difetti congeniti del neonato e una valutazione dei rischi teratogeni (fattori che possono causare malformazioni dell'embrione), per esempio derivanti dall'assunzione di farmaci in gravidanza. Il *Telefono Rosso* fornisce consulenze mediche in fase preconcezionale, in gravidanza o durante l'allattamento a chiunque ne faccia richiesta: per esempio coppie, in particolare donne che desiderano avere un figlio o che si trovano nelle prime fasi della gravidanza, ma anche medici di base, farmacisti e altri operatori sociosanitari. La consulenza viene effettuata da medici specializzati in ostetricia e ginecologia con particolari competenze nel campo della medicina prenatale, delle gravidanze a rischio e della teratologia clinica. La valutazione del possibile rischio riproduttivo si avvale anche delle banche dati specifiche disponibili a livello internazionale. Il *Telefono Rosso* – è infatti integrato nella rete dei servizi omologhi (*Teratogen Information Service*) europei (ENTIS) ed extraeuropei (OTIS), con i quali esiste un rapporto continuo di scambio di informazioni relative soprattutto alle problematiche che risultano più rare o nuove.

Aborti ripetuti

Si parla di aborto ripetuto quando, nella storia ostetrica di una donna, si verificano due episodi consecutivi di aborto entro la 20^a settimana di gravidanza. Questa condizione si riscontra in circa l'1% delle coppie in età fertile. L'aborto ricorrente è, invece, definito come la presenza di tre o più episodi consecutivi di aborto

spontaneo. Attualmente, si parla genericamente di poliabortività e si attua uno screening in tal senso a partire dal secondo episodio consecutivo di aborto. Nella maggior parte dei casi di poliabortività non è possibile trovare una causa certa alla base di questa problematica. Tuttavia, tra le principali cause note come fattori predisponenti all'aborto ricorrente si individuano le anomalie cromosomiche (5%), le malformazioni uterine (dal 15 al 27%) e patologie materne (dal 20 al 50%), quali le infezioni del tratto genitale, le esposizioni a farmaci e tossine, le alterazioni endocrine, le trombofilie congenite ed acquisite.

L'ISI ha il precipuo compito di investigare le possibili cause di aborto ripetuto attraverso la ricerca clinica e di base e di suggerire nuovi approcci terapeutici allo scopo di ridurre l'incidenza di aborti ripetuti e di proteggere lo sviluppo iniziale del feto.

La gravidanza

La gravidanza è un condizione fisiologica accompagnata imprescindibilmente da una serie di modificazioni che riguardano tutto l'organismo femminile. In conseguenza di questi cambiamenti, durante la gestazione (e per un certo periodo anche dopo il parto) alcune patologie croniche possono temporaneamente cambiare il loro decorso (sia in senso peggiorativo che migliorativo), mentre altre patologie specifiche delle gravidanze possono insorgere. Pur nell'imprescindibile unità feto-materna, alcune di queste riguardano direttamente il feto e i suoi annessi, mentre in altri casi la sintomatologia è prevalentemente materna. Possiamo quindi riscontrare fenomeni neurovegetativi come nausea e vomito, tipici del I trimestre, con una incidenza anche del 60-80%. Tra le altre patologie che più comunemente insorgono troviamo il diabete gestazionale (con una prevalenza tra l'1 e il 3%), per cui si impone uno screening a tutte le gravide tra la 24^a e la 28^a settimana gestazionale tramite l'esecuzione della curva da carico glicemico. Una seconda patologia che si può incontrare

piuttosto frequentemente è l'ipertensione indotta dalla gravidanza, che coinvolge circa il 5-10% delle gestanti; si deve inoltre aggiungere che questa stessa condizione di può ulteriormente complicare evolvendo in pre-eclampsia/eclampsia (fino al 3-7% delle gravidate, comprendendo anche le forme lievi) o verso la più temibile sindrome HELLP (4-12% delle pazienti pre-eclamptiche), caratterizzata da un coinvolgimento multiorganico a possibile rapida compromissione. Una alterazione dei parametri epatici può, inoltre, essere presente nel quadro della cosiddetta "colestasi intraepatica della gravidanza", in cui si denota un innalzamento degli acidi bilirici e delle transaminasi; caratteristico rimane, però, il prurito che affligge le pazienti affette.

Sul versante terapeutico, in molti casi si andrà a curare il sintomo ed a suggerire comportamenti igienico-alimentari che aiutino la paziente ad affrontare la patologia. In ogni caso ci si dovrà sempre affidare alle classi farmacologiche ammesse durante la gestazione (come nella scelta degli anti-ipertensivi o degli antibiotici) e alle terapie più efficaci riconosciute dalle linee guida internazionali.

In considerazione di tutto ciò, diventa evidente come la prevenzione e l'educazione delle pazienti sia la prima linea da utilizzare. Prevenzione significa innanzitutto "consulenza preconcezionale", sia in termini generici riguardanti la gravidanza (e suggerimenti quali la semplice ma efficacissima supplementazione con acido folico), sia in termini specifici per ogni paziente; chi è sottoposto a terapia cronica ha necessità di raggiungere la gravidanza in condizioni fisiche ottimali, stabili, e con la scelta adeguata di farmaci, in particolare eliminando i teratogeni. Non è auspicabile dover cambiare terapie croniche in gravidanza senza poterne prevedere precisamente gli effetti.

Secondariamente in gravidanza, è necessario educare la donna all'attenzione dei propri sintomi e a dei comportamenti come, ad esempio, l'attenzione alla dieta, il controllo del peso corporeo, la compilazione di un diario pressorio; tutto questo serve per diminu-

ire i fattori di rischio per alcune tra le patologie più frequenti precedentemente dette e in secondo luogo a poter intervenire il più precocemente possibile al fine di evitare l'evoluzione e le complicanze più gravi. Tra queste, che possono riguardare sia il feto che la madre, citiamo per esempio, l'iposviluppo fetale, l'aborto tardivo, la prematurità neonatale, il distacco intempestivo di placenta, insufficienza renale, CID e in generale la mortalità *post partum* per quanto riguarda il complesso ipertensione/pre-eclampsia/eclampsia; in caso di diabete si rischia di andare incontro ad un aumento delle infezioni materne, un parto pretermine, il peggioramento del coinvolgimento del microcircolo, malformazioni fetalì (specialmente cardiache, del sistema nervoso, genito-urinarie e gastro-intestinali), morte fetale e perfino dismetabolismi e sequele in età pediatrica.

È evidente, quindi, come l'approccio alla gravidanza necessiti di una sorveglianza attenta, mirata e continua, per quanto semplice possa sembrare in assenza di fattori di rischio aggiuntivi, tutto ciò al fine di proteggere il feto e la madre, e quindi permetterle di vivere la gravidanza come un evento fisiologico, speciale e felice nella vita di una donna.

Le malformazioni fetalì: la procedura EXIT

L'acronimo EXIT indica la cosiddetta procedura di *Ex Utero Intrapartum Therapy* che letteralmente si riferisce ad un trattamento del feto al di fuori dell'utero materno durante il periodo del parto. Tale procedura si basa sul presupposto che in un particolare gruppo di patologie malformative fetalì (voluminose masse neoplastiche del collo o del polmone, anomalie delle laringe e della trachea, ernie diaframmatiche e cardiopatie congenite) esiste un'elevata probabilità di ostruzione delle vie aeree superiori tale da comportare, al momento del parto, l'impossibilità del neonato di respirare spontaneamente con il rischio di una severa riduzione dell'ossigenazione cerebrale e,

conseguentemente, di danni permanenti quando non anche il possibile decesso.

Le patologie malformative fetalì che possono richiedere una procedura di tipo EXIT al momento del parto sono rappresentate, come già detto, da: voluminose masse neoplastiche del collo o del polmone (come linfangiomi o teratomi del collo, malformazioni adenomatoidi cistiche del polmone), anomalie delle laringe (atresia laringea) e della trachea, ernie diaframmatiche e cardiopatie congenite. Si tratta di patologie ad incidenza molto bassa, in alcuni casi fino ad 1:100.000-200.000 nati vivi, quindi diagnosticate prima della nascita in maniera relativamente "sporadica" nel nostro paese; tuttavia, il ricorso sempre più diffuso alle politiche di screening "di massa" in campo ostetrico-perinatologico, che si è reso possibile nell'ultimo ventennio grazie al ricorso "sistematico" alla metodica ecografica già dalle prime settimane della gestazione, ha fatto sì che la diagnosi e, quindi, la richiesta assistenziale per questi casi altamente complessi sia in costante aumento.

La metodica EXIT si propone di trasformare un evento "critico" e ad alto rischio in una procedura controllata e sistematica, al fine di ridurre in maniera significativa la probabilità di gravi complicanze neonatali e può essere riassunta nelle seguenti fasi:

1. programmazione del parto con taglio cesareo;

2. anestesia generale della madre per garantire un maggior rilassamento dei tessuti materni;

3. estrazione parziale del neonato dall'utero (in genere soltanto la testa e le spalle) per consentire il mantenimento di un certo volume all'interno dell'utero stesso (anche grazie all'infusione di una soluzione salina riscaldata nella cavità amniotica) ed impedire il distacco della placenta.

Il taglio cesareo con procedura EXIT differisce sostanzialmente da un taglio cesareo tradizionale per il fatto che, nel parto con EXIT, la priorità assoluta è quella di impedire il distacco della placenta (che deve continuare a fornire sangue ossigenato al neonato durante le manovre sopra indica-

te) e la seconda esigenza fondamentale è quella di ottenere un sufficiente grado di anestesia del neonato, che può dover essere sottoposto anche a delle manovre chirurgiche nel caso di un'intubazione particolarmente difficile.

Da queste considerazioni nasce nel mese di luglio 2012 l'iniziativa congiunta di due importanti realtà mediche di livello internazionale, l'Università Cattolica del S. Cuore – Policlinico A. Gemelli e l'Ospedale Pediatrico B. Gesù di Roma, due istituzioni saldamente unite dall'ispirazione alla comune matrice cattolica e dalla costante ricerca dell'eccellenza, sia in ambito clinico-assistenziale che di ricerca scientifica, nei rispettivi campi di interesse. Tale iniziativa consiste nell'istituzione di un centro di riferimento a livello nazionale e nella creazione di un'équipe multidisciplinare "mista", costituita cioè da specialisti di entrambe le istituzioni, per la "presa in carico" e la gestione pre- e postnatale delle patologie malformative fetalì già ricordate e, in particolare, per l'utilizzo, in casi selezionati, della procedura EXIT.

La preparazione alla nascita

La gravidanza e il parto coinvolgono la donna, la coppia e l'ambiente che li circonda in un'esperienza che non è solo fisica e biologica, ma che interessa l'ambito psichico, affettivo, intellettuativo. L'Ostetricia si prefigge oggi non solo di assicurare alla donna l'assistenza medica necessaria alla gestazione, ma di fornire elementi igienico-sanitari ed etico-sociali che preparano alla gravidanza, ne sorvegliano l'armonica evoluzione fino al momento conclusivo del travaglio e del parto. Le gestanti spesso riferiscono di essere state informate con drammaticità sul dolore da parto; è compito dei corsi di preparazione al parto "sdrammatizzare" le problematiche relative al travaglio e parto e riportarle alle giuste dimensioni di una funzione naturale dell'organismo materno, creando quindi condizioni di serenità e di autocontrollo.

Il Corso di Preparazione al Par-

to prevede 7 incontri con frequenza settimanale, durante il corso uno degli incontri avrà luogo in Sala Parto al fine di favorire l'incontro con tutte le figure professionali che accompagneranno la coppia nell'ambito dell'esperienza della nascita: Ostetriche, Anestesiisti, Ginecologi, Neonatologi. I benefici del Corso di Preparazione al Parto sono l'opportunità di trascorrere del tempo con altre coppie, il maggiore coinvolgimento del padre nella gravidanza, l'occasione settimanale per porre domande tra una visita ostetrica e l'altra l'opportunità di sviluppare fiducia nelle proprie capacità di affrontare il travaglio e parto. Tutta la preparazione porta ad una riduzione dei tempi del travaglio, riduzione dell'agitazione psicomotoria in travaglio e conseguentemente un minor traumatismo a livello del pavimento pelvico.

Il ruolo dell'équipe ostetrica in sala parto: Ostetrica, Ginecologo, Neonatologo – urgenze ed emergenze in Sala Parto

L'équipe formata dall'ostetrica e dal medico di Sala Parto ha il compito di accogliere con empatia la gravida in travaglio e accompagnarla durante tutte le fasi del parto, valutando lo stato di benessere fetale durante le fasi del parto dilatativa ed espulsiva. Sebbene il parto sia un evento fisiologico, non esiste altro luogo dove si viva l'emergenza così frequentemente come la Sala Parto.

Le vere emergenze ostetriche

sono quelle che si verificano in maniera inattesa ed improvvisa, ovvero che emergono dal "normale". In pochi minuti lo scenario può diventare complesso e talvolta drammatico. Può essere difficile mantenere la lucidità necessaria per ricordare tutto ciò che è meglio fare o far fare, l'équipe deve essere preparata ad affrontare il prolacco di funicolo, il parto operativo ostetrico, la distocia di spalla, il parto podalico in emergenza, il distacco di placenta, l'embolia di liquido amniotico e l'emorragia del post-partum. Per affrontare l'emergenza tutto va predisposto, tutto va pianificato, anche la comunicazione va pensata e organizzata mediante la realizzazione di protocolli locali, pratici e condivisi.

CONCLUSIONI

Il percorso verso la nascita di una nuova vita umana si presenta come una conquista a cui si giunge attraverso tappe non sempre facili, che richiedono da chi si occupa del servizio alla vita nascente competenza, impegno, spirito di collaborazione e grande passione per la vita.

Ma, quando si parla delle origini della vita, si richiede forse una sensibilità ed un'attenzione maggiore, per una nuova vita che, prima ancora di rendersi visibile anche solo attraverso un esame diagnostico, è da pensare e da preparare favorendo il processo naturale da cui possa sbocciare in modo consono alla sua dignità.

Il servizio alla vita alle sue ori-

gini, a cui l'ISI è chiamato, riteniamo quindi sia molto importante ed attuale non solo per la nostra Università, ma anche per la Chiesa e per la società civile.

In un momento storico in cui predomina la logica dell'economia globale anche in materia sanitaria, la qualità del servizio alla vita è difficilmente valutabile in termini economici o di risultati quantizzabili.

Il documento già menzionato della WHO (*World Health Organization 2008, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies “Assuring the quality of health care in the European Union”*), mette in guardia, come altre pubblicazioni, sulle politiche sanitarie, dall'errore diffuso di basare il giudizio sulla qualità dei servizi unicamente sui risultati ottenuti in termini quantitativi, in quanto essi non costituiscono la miglior misura della qualità in campo sanitario. Inoltre, alcuni risultati di un'azione sanitaria si possono individuare spesso solo a distanza di tempo dal servizio offerto (WHO 2008, Wareham 2001, Brook, McGlynn e Melzer 2001).

Questo è quanto mai vero per tutti i servizi che un Ospedale come il nostro può attivare in difesa della vita più fragile che è quella nascente, a partire dalla sue origini.

L'impegno preferenziale per il sostegno economico a questi servizi è oggi assolutamente necessario e sarà, per il futuro, dimostrazione di qualità di un impegno che non sarà mai in perdita, perché la vita non potrà mai essere una questione di "mercato". ■

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

Georges Clemenceau, primo Ministro francese in carica dall'inizio fino alla fine della prima Guerra Mondiale, dichiarò: "La guerra è troppo importante per lasciarla ai generali". La stessa cosa può essere detta sulla salute: "La salute è troppo importante per lasciarla ai medici".

L'esistenza e la funzione delle commissioni etiche è espressione di tale fatto. Provvedere alla salute è davvero un interesse comune.

È impressionante come il giuramento di Ippocrate, durevole promessa dei medici di praticare una medicina morale, abbia luogo su un contesto comune, celestiale o terreno. Il medico giura su Apollo e Asclepio, e su tutte le divinità dinnanzi alla comunità. Solamente mantenendo fede a questo giuramento sacro, può sperare di godere del rispetto degli altri. "Se adempirò a questo giuramento, possa io godere dei frutti della vita e dell'arte, rispettato in perpetuo da tutti gli uomini". Gli dèi, la famiglia e la comunità sono chiamati a dare testimonianza della volontà di mantenere fede a questo sacro giuramento.

La dimensione sociale della salute può essere vista, in questo giuramento pagano, come fedele alla natura umana. Noi siamo creature sociali. La caratteristica sociale dell'assistenza sanitaria dovrebbe essere vista più chiaramente quando viene fornita dalla Chiesa, dal Corpo Mistico di Cristo. Siamo salvati nella comunità, in e attraverso il Corpo di Cristo. La forza morale di ogni membro della Chiesa rafforza l'intero Corpo; la morale turpitudine di ogni membro della Chiesa indebolisce

l'intero Corpo. Le commissioni etiche aiutano a mantenere il ministero di guarigione della Chiesa fedele a se stessa, fedele a Cristo. Una ragione per la quale i medici fanno giuramento è ricevere supporto umano e divino qualora fossero istigati a compiere atti sbagliati anche se per ottime ragioni. Si è tentati dall'eutanasia, per esempio, mossi non dall'odio nei confronti dell'umanità, bensì da un sentimento di compassione ed amore per la stessa, in particolare verso i pazienti che soffrono qui, davanti a me, ora. Ma poiché il medico potrebbe essere istigato a compiere qualcosa di errato per una buona causa, la comunità è lì per dargli sostegno, per riorientarlo, per far sì che onori il giuramento. "Io non somministrerò a nessuno nessun farmaco mortale, neppure se richiesto, né consiglio o altro", così come sancito nel Giuramento di Ippocrate. Ciò consente al medico di essere fedele alla sua vocazione anche quando un falso senso di compassione lo istiga a fare altrimenti. E una commissione etica potrebbe essere chiamata ad aiutare il medico a decidere se rimuovere o meno la sonda per l'alimentazione da un paziente in coma, in questa particolare circostanza, è eutanasia.

C'è un modo in cui le commissioni etiche negli ospedali danno testimonianza del carattere sociale dell'assistenza sanitaria e dell'inflessibile comitato della pastorale per la salute al servizio dei pazienti. Le commissioni etiche contribuiscono, insieme agli operatori e alle istituzioni sanitarie, alla tutela contro ogni violazione della dignità della persona umana. Le commissioni etiche possono sostenere coloro che operano nella sanità a sviluppare politiche istituzionali o protocolli tesi a chiarire le questioni circa la legge morale quando esse potrebbero non apparire così ovvie, per esempio, in una situazione di emergenza.

Negli Stati Uniti il più grande

operatore sanitario, dopo il governo, è la Chiesa Cattolica. E la Chiesa, più di qualsiasi altra istituzione oggi, è impegnata nei principi del Giuramento pre-cristiano di Ippocrate e nello spirito del Medico Divino, Gesù Cristo. Il giuramento di Ippocrate fu sempre accolto dai Cristiani come enunciazione dei requisiti della legge morale naturale nella pastorale della salute. Ne *Il Vangelo della Vita*, Papa Giovanni Paolo II fece riferimento all'"antico e sempre attuale Giuramento di Ippocrate, secondo il quale ad ogni medico è chiesto di impegnarsi per il rispetto assoluto della vita umana e della sua sacralità"¹.

La Chiesa Cattolica guarda avanti, poiché affronta discorsi etici di ogni età. Ciò è particolarmente vero riguardo l'erogazione dell'assistenza sanitaria e, in questo caso, riguardo all'ausilio di commissioni etiche. A partire dal 1973 i vescovi della Chiesa statunitense hanno preso delle commissioni etiche all'interno degli ospedali cattolici al fine di favorire l'erogazione dei servizi sanitari. D'altronde, 10 anni dopo, nel 1983, la Commissione presidenziale statunitense per lo studio dei problemi etici in medicina rilevò che solamente l'1% degli ospedali erano forniti di commissioni etiche². L'Associazione sanitaria cattolica, d'altro canto, fece un sondaggio tra gli ospedali membri e riscontrò che il 92% di essi disponeva di commissioni etiche ufficiali³. È solo adesso che l'agenzia accreditante gli ospedali negli Stati Uniti considera presupposto basilare per l'accertamento degli ospedali dare prova di una commissione etica funzionante⁴. In tale settore, la Chiesa Cattolica spianò la strada all'utilizzo di commissioni etiche nei suoi ospedali; pratica che è, infine, diventata virtualmente universale negli Stati Uniti.

Le commissioni etiche possono svolgere un ruolo molto utile all'interno degli ospedali, colla-

borando all'erogazione di cure sanitarie quanto più possibile umane. Fanno ciò soprattutto in un contesto educativo e consultivo. Questi compiti di natura educativa e consultiva traggono il loro carattere dalle istituzioni *Cattoliche*, poiché favorite dallo sviluppo di una tradizione altamente e moralmente sofisticata, affinata dalla Chiesa lungo il corso dei secoli. Poiché la Chiesa Cattolica fornisce assistenza sanitaria a corpi e menti sofferenti, non deve mai dimenticare che il suo fine ultimo è prestare aiuto a tutte le persone affinché raggiungano il loro ultimo obiettivo, ovvero la vita eterna con Dio vicino.

Negli Stati Uniti d'America, i vescovi esercitano il loro controllo pastorale sulla vasta pastorale sanitaria della Chiesa in parte attraverso un documento noto come le *Direttive etiche e religiose per i servizi sanitari*⁵ che essi stessi pubblicarono. Nel documento citato, i vescovi affrontano il tema dell'origine del loro sostegno etico circa l'assistenza sanitaria, essendo la legge morale naturale chiarita attraverso la divina rivelazione. "Gli insegnamenti morali che qui professiamo derivano principalmente dalla legge naturale, compresi alla luce della rivelazione che Cristo ha consegnato alla sua Chiesa"⁶. I vescovi proseguono segnalando che questi insegnamenti morali sono fondamentalmente ordinati oltre questa vita. "La dignità della vita umana deriva dalla creazione a immagine di Dio, dalla redenzione di Gesù Cristo e da un nostro destino comune di condividere una vita con Dio oltre ogni forma di corruzione. La pastorale sanitaria cattolica ha la responsabilità di curare chi ne abbisogna in modo che si rispetti la dignità umana e il destino eterno di tutti"⁷.

L'unica cosa che può mettere a repentaglio quel destino comune a tutti, quale ad esempio, una vita con Dio oltre ogni forma di corruzione, è il peccato, è l'agire contro la dignità della persona umana, o contro la propria dignità o quella di un amico. La tradizione morale della Chiesa è una guida essenziale per assistere ciascuno nel viaggio della vita verso quel fine ultimo. Le commissioni

etiche all'interno degli ospedali devono svolgere questo compito; non devono preoccuparsi di principi morali astratti o di un codice etico scaturito da una lunga burocrazia. Piuttosto sono le commissioni etiche ad essere preoccupate circa la salvaguardia della dignità della persona umana che è stata affidata alla pastorale cattolica. Come i Vescovi Americani affermano: "In primo luogo, la pastorale sanitaria cattolica è radicata in un impegno finalizzato alla promozione e alla tutela della dignità umana; questo è il fondamento della sua preoccupazione, ovvero rispettare la sacralità di ogni vita umana dal momento del concepimento fino alla morte".⁸ L'ultimo timore di ogni commissione etica, sia essa secolare o cattolica, dovrebbe essere rispettare la dignità della persona umana. È giusto che le istituzioni cattoliche comprendano non solo l'eterno significato di ciò, ma anche l'impagabile supporto ricevuto nello svolgimento del loro compito dalla divina rivelazione e dall'affidabile guida morale del magistero nella sua interpretazione della legge naturale.

Il ruolo delle Commissioni etiche

Eccetto in rari casi, le commissioni etiche non si assumono la responsabilità di azioni prese in un contesto sanitario; tale responsabilità spetta agli operatori sanitari nella pratica della loro arte curativa o agli amministratori che gestiscono le istituzioni sanitarie.

In ogni caso, le Commissioni etiche possono aiutare a stabilire protocolli, politiche istituzionali e linee guida al fine di assistere gli operatori. I medici, le infermiere e altro personale sanitario devono spesso agire velocemente in circostanze difficili e complesse. I protocolli spesso riflettono le attente e ragionate deliberazioni di un'istituzione sanitaria che lavora solitamente con l'ausilio di una commissione etica, allo scopo di assistere gli addetti ai lavori nello svolgimento dei loro compiti in conformità alla missione dell'ospedale al servizio dei più deboli e vulnerabili.

La composizione delle Commissioni etiche

Forse sarebbe bene menzionare brevemente la composizione ideale delle commissioni etiche prima di dedicarsi ai suoi compiti fondamentali. È ovvio che dovrebbero esserci rappresentanti dello staff medico ed infermieristico all'interno della commissione. Da quando l'amministrazione dell'ospedale è solita nominare i membri della commissione e la commissione etica risponde all'amministrazione dell'ospedale, dovrebbe esserci un rappresentante dell'amministrazione all'interno della commissione a fungere almeno da intermediario se non da partecipante attivo. In ogni caso, la composizione delle commissioni etiche dovrebbe anche rispecchiare la natura sociale dell'erogazione dell'assistenza sanitaria.

Ci sono molti più individui rispetto ai medici che hanno bisogno di fornire cure olistiche ai pazienti, e la commissione etica dovrebbe riflettervi. Dovrebbe essere descritto sul programma di cappellano, per esempio, e lavoro sociale. Dovrebbe esservi qualcuno addestrato all'etica. Nelle aree in cui vi è una popolazione etnica diversa, potrebbe essere importante notare la rappresentazione di questi gruppi dato che le differenze culturali spesso sono molto significative in quanto incidono sull'erogazione delle cure sanitarie. Alcune popolazioni tendono ad essere più passive in un ambiente ospedaliero, forse riluttanti a dedicarsi all'erogazione di servizi sanitari nonché a condividere informazioni che potrebbero essere vitali per la loro cura. Le commissioni etiche dovrebbero essere consapevoli e sensibili a tali questioni.

Sì è tentato a volte di estendere il partenariato di una commissione etica a soggetti esterni al contesto ospedaliero stesso, ma essenziali per la salvezza di vite umane e per l'assistenza, come i paramedici, o anche la polizia o i vigili del fuoco che spesso devono affrontare situazioni di emergenza. Tale rappresentazione assisterà la commissione nello svolgimento del suo lavoro.

Il compito educativo

Verosimilmente il compito più importante delle Commissioni etiche è educativo. La commissione non può dispensare consigli se i membri stessi non sono competenti nell'arte medica e nella tradizione morale. Allo stesso modo, il personale sanitario non può ascoltare o ricevere consigli da una commissione etica se i suoi stessi membri non sono educati e formati nell'arte di cui sopra.

Il compito educativo di una commissione etica può essere intrapreso in diversi modi. Solitamente è sufficiente che queste commissioni si riuniscano una volta al mese, ma un membro della stessa dovrebbe assumersi la responsabilità di educare i membri della commissione nonché della più ampia comunità ospedaliera e stabilire un programma educativo biennale o annuale. La Chiesa ha emanato molti documenti autorevoli di grande supporto in tale compito. Per esempio, una commissione etica potrebbe intraprendere uno studio sistematico della *Carta degli Operatori sanitari*, emanata dal Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari nel 1995. Vi sono documenti solenni molto utili, tra cui gli insegnamenti degli stessi Pontefici. Pio XII, Paolo VI, Giovanni Paolo II e Benedetto XVI hanno fornito encicliche ed allocuzioni su una vasta gamma di temi morali e medici. Ne sono un esempio la grande enciclica *Il Vangelo della Vita* o l'allocuzione di Papa Giovanni Paolo II alla *Società dei Trapianti* nell'agosto 2000 o la sua allocuzione sulla somministrazione di cibo e acqua ai pazienti in stato vegetativo permanente, consegnata nell'Aprile 2004. Vi sono anche documenti formali emanati dalla *Congregazione per la Dottrina della Fede*, come la *Dichiarazione sull'Eutanasia* del 1980, o *Donum Vitae* sui mezzi per vincere l'infertilità emanata nel 1987 o *Dignitas personae* del 2008. La *Pontificia Accademia per la Vita* ha anche consegnato un vasto numero di studi e analisi che possono essere di grandissimo aiuto nel compito educativo intrapreso dalle commissioni etiche.

Vi sono, inoltre, pubblicazioni di autori accreditati, come il Cardinale Elio Sgreccia e il suo grandioso lavoro, *Manuale di Bioetica*⁹ che è stato tradotto in inglese dal Centro Nazionale Cattolico di Bioetica con il titolo *Personalist Bioethics*. Vi sono certamente abbondanti e autorevoli pubblicazioni ecclesiastiche di eccezionale supporto ai compiti educativi di una commissione etica nonché programmi educativi sviluppati da diversi istituti, ne è un esempio *Ascension Health* negli Stati Uniti. Il Centro Nazionale Cattolico di Bioetica ha sviluppato un programma con certificazione annuale offerto principalmente su internet, che può essere utilizzato da qualsiasi persona in qualsiasi parte del mondo. Esso è indirizzato, in particolare, ai membri delle commissioni etiche. Qualunque sia il materiale utilizzato, dovrebbe svilupparsi per interesse della commissione stessa nonché di quegli operatori sanitari che prestano servizio in ospedale, un sistematico programma educativo.

Il ruolo consultivo

Quando si parla di commissioni etiche si è soliti pensare fin dal principio ai medici che si trovano di fronte a decisioni morali difficili piuttosto che al ruolo consultivo delle commissioni. Anche se questo non è il compito più comune della commissione etica, può essere di grande supporto per il personale sanitario nonché per la più ampia comunità ospedaliera. La consultazione può essere preventiva, immediata o retrospettiva. La consultazione preventiva è forse quella più utile giacché la commissione è capace di studiare e riflettere su temi etici che potrebbero verificarsi e assistere alla formulazione di protocolli e linee guida da adottare negli ospedali.

Purtroppo, il ruolo consultivo della commissione etica è, a volte, percepito ingannevolmente come un ruolo disciplinare. I medici, a volte, non consentiranno che il loro parere medico venga messo in discussione da coloro i quali non hanno parte attiva nella cura di un determinato paziente in una situazione difficile. In ogni caso,

le commissioni etiche non hanno poteri di controllo e non dovrebbero essere viste come se li avessero. Sono lì per assistere i loro consimili e colleghi nell'erogazione umana delle cure sanitarie. Alcune società professionali o corpi governativi, come le assemblee legislative, dispongono di commissioni etiche che agiscono in un modo disciplinato; questa è probabilmente l'unica ragione per la quale, a volte, essa è percepita come compito delle commissioni etiche ospedaliere.

Poiché una commissione etica fornisce pareri, bisogna ricordare che al centro del processo di guarigione delle cure fornite al malato vi è l'intimo e confidenziale rapporto che si instaura tra medico e paziente. La commissione etica può essere coinvolta in questa relazione al fine di facilitarla e/o migliorarla, ma solo se *invitata* a farlo. Nelle direttive dei vescovi degli Stati Uniti, riguardo a questo sacro legame tra medico e paziente, si legge: "La persona bisognosa di cure sanitarie dipende dall'operatore sanitario e dalla sua abilità ad aiutarlo a rimanere in vita e a promuovere la salute del corpo, della mente e dello spirito. Il paziente, dal suo canto, ha responsabilità nell'usare queste risorse fisiche e mentali al servizio di un obiettivo morale e spirituale al meglio delle di lui o di lei capacità"¹⁰. La commissione etica assiste semplicemente in questo intimo e sacro legame tra medico e paziente durante il processo di guarigione; non dovrebbe mai minarlo.

La *Dichiarazione sull'Eutanasia* tratta, tra gli altri temi, dei reciproci ruoli decisionali del paziente e del medico che devono essere rispettati. Il medico fornisce la propria competenza e abilità nelle arti mediche e il paziente determina quale genere di intervento è disposto ad accettare.

È necessario guardare alla capacità del medico di stabilire le terapie più appropriate. Come segnala la *Dichiarazione*: "Si potranno valutare bene i mezzi (terapeutici) mettendo a confronto il tipo di terapia, il grado di difficoltà e di rischio che comporta, le spese necessarie e le possibilità di applicazione, con il risulta-

to che ci si può aspettare, tenuto conto delle condizioni dell’ammalato e delle sue forze fisiche e morali”¹¹. Queste complesse questioni chiaramente ricadono nell’ambito di coloro che hanno la competenza professionale al riguardo. In ogni caso, la Dichiarazione parla anche dei “desideri ragionevoli del paziente” assistito dai “consigli dei dottori competenti in materia”.

La commissione etica, dunque, ha una ruolo molto circoscritto nell’assistere il medico e il paziente e forse i membri della famiglia allorquando devono prendere decisioni sanitarie. Ci sono molti compiti della commissione etica nell’espletamento della sua funzione consultiva. La commissione può chiarire la politica istituzionale per il medico ed il paziente, può sollevare domande e temi che non sono stati considerati da coloro che si sono rivolti alla commissione, può spiegare quali limiti legali o normativi possono esservi in un particolare caso preso in considerazione, può chiarire il giusto ruolo di colui che prende le decisioni per un paziente inabile, e può applicare le norme etiche della Chiesa per l’interesse di entrambi, medico e paziente¹².

Deve essere particolarmente chiaro che la commissione etica non ha l’autorità di prendere decisioni mediche. Il suo ruolo consiste nell’educare e fornire pareri a coloro che devono prendere le decisioni. Non deve intervenire per assumersi le responsabilità decisionali degli operatori sanitari o dei pazienti o dei loro sostituti. Un autore scrive: “[...] assegnare regolarmente alla commissione etica il compito di prendere decisioni sul trattamento a sostegno della vita potrebbe minare il riconoscimento degli obblighi di

coloro che ne dovrebbero essere principalmente i responsabili”¹³. E coloro che ne dovrebbero essere principalmente responsabili sono gli operatori sanitari e i pazienti. Essi non possono attribuire una responsabilità a una commissione etica. Vi sono delle giurisdizioni negli Stati Uniti che designeranno una commissione etica che fungerà da arbitro finale di questioni discusse che potrebbero essere sollevate in un ospedale. In generale, comunque, i membri delle commissioni etiche non si assumono alcuna responsabilità legale e non sono passabili di responsabilità legale per i consigli offerti¹⁴.

In ogni caso, in situazioni di emergenza che possono sorgere in qualunque momento – di notte e di giorno –, il presidente della commissione etica potrebbe essere convocato nel cuore della notte e obbligato a indire un incontro dei membri chiave della commissione per telefono o di persona. Appartenere a una commissione etica è un compito di servizio agli altri e dovrebbe essere compreso come tale.

Bisogna fare un breve cenno all’*Institutional Review Boards* o *Independent Ethics Committees*. Questi comitati sono chiamati ad approvare e monitorare ricerche biomediche e comportamentali su soggetti umani. Essi potrebbero essere anche coinvolti nel controllo etico dei test clinici. La maggior parte degli ospedali dovrebbe avere commissioni etiche cliniche; l’*Institutional Review Boards* è importante poiché insegna agli ospedali che possono ovviamente includere le istituzioni cattoliche. Inoltre, la loro fondamentale preoccupazione dovrebbe concernere la tutela e la salvaguardia della dignità umana nella ricerca e, pertanto, dovrebbero

avere la stessa motivazione delle commissioni etiche cliniche.

In quanto esseri umani, siamo nati e nutriti nella comunità. In quanto Cattolici siamo rinati attraverso il battesimo e nutriti nella comunità. L’erogazione di cure sanitarie, siano esse cattoliche o secolari, è inevitabilmente un compito sociale. Le commissioni etiche forniscono un servizio inestimabile nell’assistere gli operatori sanitari e le istituzioni rimangono fedeli alla loro sacra vocazione attraverso l’educazione e la terapia. ■

Notes

¹ *Evangelium vitae*, March 25, 1995, 89.

² *Deciding to Forego Life-sustaining Treatment: Ethical, Medical, and Legal Issues in Treatment Decisions*, President’s Commission, 1983, 443-449.

³ “Today’s Ethics Committees Face Varied Issues”, Lappetito, J. and Thompson, P., *Health Progress*, 1993 November; 74 (9): 34 – 9, 52.

⁴ Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals*. Oakbrook Terrace, IL: JCAHO, 1996.

⁵ *Direttive etiche e religiose per i servizi sanitari cattolici*, Washington, D.c. Conferenza dei Vescovi cattolici degli Stati Uniti, 5 edizione, 2009.

⁶ Ibid., Preamble.

⁷ Ibid., Introduction to Part Two.

⁸ Ibid., Introduction to Part One.

⁹ ELIO SGRECCIA, *Manuale di Bioetica Vol. I: Fondamenti ed etica biomedica*. 2007.

¹⁰ Op. cit., Introduction, Part Three.

¹¹ Congregation for the Doctrine of the Faith, *Bona et Jura*, May 1980, Part IV.

¹² See Daniel O’Brien, “HealthCare Ethics Committees: Purpose, Functions, and Structure”, *Catholic Health Care Ethics: A Manual for Practitioners* (Second Edition), Philadelphia: The National Catholic Bioethics Center.

¹³ PAUL W. ARMSTRONG, “Legal and Judicial Issues of Ethics Committees.” In *Ethics Committees: A Challenge for Catholic Health Care*, 44 – 54. St. Louis: The Pope John Center and Catholic Health Association, 1984

¹⁴ *Legal Aspects of Clinical Ethics Committees*, J. Hendrick, *Journal of Medical Ethics*, 2001 April; 27 (Suppl 1): 50 – 53.

TAVOLA ROTONDA

Gli ospedali cattolici in un mondo che cambia

1. Gli ospedali cattolici d'Africa in un mondo in trasformazione: “pozzi” di incontro con Cristo

**S.E. MONS.
JOACHIM NTAHONDEREYE**
Vescovo di Muyinga,
Responsabile della
Pastorale della Salute,
Burundi.
Consultore del Pontificio
Consiglio per gli Operatori
Sanitari

Introduzione

Lieto di rispondere alla richiesta che mi è stata fatta di apportare il mio contributo a questa tavola rotonda, cercherò di fare una modesta riflessione sulla problematica di adeguare i nostri ospedali cattolici d'Africa alla loro vocazione di luoghi di evangelizzazione in questo mondo in trasformazione. Lo farò con la consapevolezza che il tema di questa Conferenza è stato scelto appositamente per far condividere, a noi che siamo impegnati più o meno da vicino nella pastorale della salute, la preoccupazione della Chiesa per una nuova evangelizzazione. L'*Instrumentum Laboris* della XIII Assemblea Ordinaria del Sinodo dei Vescovi ci invitava a vedere in “ogni attività della Chiesa, un’essenziale nota evangelizzatrice” e a non separarla mai “dall'impegno per aiutare tutti a incontrare

re Cristo nella fede” (*IL*, 34). Il messaggio finale di quella stessa Assemblea ci interpella a trarre ispirazione dall’atteggiamento di Gesù al pozzo di Sicar al fine di rendere i nostri luoghi di ministero o di apostolato – compresi gli ospedali – dei luoghi in cui ci sediamo “accanto agli uomini e alle donne di questo tempo, per rendere presente il Signore nella loro vita, così che possano incontrarlo, perché solo il suo Spirito è l’acqua che dà la vita vera ed eterna”¹.

Ecco perché ritengo che sia importante riflettere sulla maniera con cui i nostri ospedali cattolici d'Africa cercano di rispondere a questa raccomandazione. E, tenuto conto della richiesta di rapportare il mio intervento alle mutazioni in atto nel nostro mondo, è opportuno tentare in seguito un’identificazione delle sfide legate all’impatto di queste mutazioni, di fronte alla vocazione di questi ospedali. Inoltre occorrerà verificare se non ci siano anche altre sfide da affrontare, inerenti le situazioni tipiche del nostro continente in virtù delle sue tradizioni culturali e del suo recente passato. E non possiamo non chiederci, infine, cosa bisognerebbe fare per far fronte a queste sfide e mettere effettivamente il ministero pastorale nei nostri ospedali sotto il segno della nuova evangelizzazione raccomandata dalla Chiesa.

I nostri ospedali cattolici di fronte alla loro vocazione oggi

Notiamo anzitutto ciò che tutti sappiamo o possiamo facilmente immaginare: in Africa, il numero degli ospedali in generale e degli ospedali cattolici in particolare, è lungi dall’essere sufficiente, in rapporto alla rapida crescita della popolazione e alla molteplicità delle malattie a cui bisogna far fronte. Lo stesso Benedetto XVI lo riconosce in *Africæ Munus* rivolgendosi al personale sanitario di questo continente: “Difficoltà di ogni genere sorgono sul vostro cammino: il numero crescente di malati, l’insufficienza dei mezzi materiali e finanziari, la defezione degli organismi che vi hanno lungamente sostenuto e vi abbandonano, tutto questo vi dà a volte l’impressione di un lavoro senza risultati tangibili”².

È in queste stesse condizioni che l’azione pastorale condotta negli ospedali cattolici cerca di aiutarli a rispondere alla loro vocazione evangelizzatrice articolando la testimonianza della carità, l’ascolto e la condivisione, l’annuncio esplicito del Vangelo e la celebrazione dei sacramenti³. Esistono indubbiamente differenze da un Paese all’altro o perfino da una zona all’altra, tanto dal punto di vista della quantità quan-

to da quello della qualità. Non potendo passarle tutte in rivista per identificarne le caratteristiche, mi limito a commentare una testimonianza ricevuta dal cappellano dell'ospedale di Bukavu nella Repubblica Democratica del Congo.

Leggendo la sua testimonianza, noto con gioia che, pur concentrandosi principalmente sulle attività della pastorale ordinaria, vale a dire l'esposizione della catechesi, la celebrazione dei sacramenti, l'animazione di varie devozioni e l'esercizio della carità, lo sforzo di evangelizzazione effettuato nel suo ospedale include la formazione dei dirigenti e del personale medico-sanitario e l'uso dei mezzi di comunicazione sociale. Si tratta già di due progressi incoraggianti nella considerazione delle esigenze dell'evangelizzazione in un'Africa che non è affatto al riparo dai contraccolpi della globalizzazione e della rivoluzione laicista occidentale. Quali sono queste conseguenze?

Le sfide ancora da affrontare

Mentre non si è ancora ripresa dagli effetti della crisi antropologica⁴ causata dallo choc culturale dell' "irruzione dell'occidente colonizzatore nella sua traiettoria storica"⁵, l'Africa oggi deve far fronte all'assalto degli "agenti transnazionali di trasformazione" che cercano di "cambiare le mentalità" per renderle permeabili al secolarismo⁶. Ciò fa dire a Benedetto XVI che "come il resto del mondo, l'Africa vive uno *choc* culturale che minaccia le fondamenta millenarie della vita sociale e rende talvolta difficile l'incontro con la modernità"⁷.

Tra le sfide legate all'elemento storico appena citato, le più significative sono praticamente quelle che la prima Assemblea speciale per l'Africa del Sinodo dei Vescovi deplora nel suo messaggio finale. Essa si rammarica, in particolare, di "una miseria spaventosa, cattiva amministrazione delle scarse risorse disponibili, instabilità politica e disorientamento sociale"⁸. Si comprende così che le difficili condizioni indicate all'inizio di questo intervento come con-

testo operativo dei nostri ospedali cattolici non sono cominciate ieri.

Ma alla base di queste sfide che saltano direttamente ai nostri occhi, ce ne sono altre tre che non posso non sottolineare per il potenziale che è in loro di incidere sulla vita e la gestione dei nostri ospedali.

Si tratta anzitutto della sopravvivenza di una concezione mitica della realtà, unita ad una mentalità di rassegnazione⁹. Intendo dire una concezione che vuole che dietro a ciò che cade sotto i nostri sensi, ci siano sempre invisibili forze misteriose che si devono conciliare, secondo le indicazioni di alcuni addetti ai lavori da consultare volenti o nolenti. La si può descrivere anche come una concezione magico-stregonesca. La mentalità di rassegnazione, a sua volta, è caratterizzata da una coscienza che si adegua alla sottomissione e alla preoccupazione di salvare capra e cavoli.

La seconda sfida della serie è che questa concezione e questa mentalità deplorabili purtroppo coesistono, in non pochi africani, con una coscienza dominata dal "complesso di assistenza". Piuttosto che fare affidamento sullo sforzo personale e l'orgoglio di volare con le proprie ali, essi si basano sul clientelismo, in cui il favore da parte di intermediari prevale sulla competenza e la professionalità. Di conseguenza, questo atteggiamento infelice fa pesare sui nostri Paesi il peso del clientelismo e della corruzione, a scapito del bene comune e dello sviluppo della comunità.

Infine, la terza sfida di base che non posso ignorare è quella delle ferite psicologiche molto profonde e dei ricordi violati che reclamano rispettivamente di essere curati e guariti. Credo che per tutto ciò non ci sia affatto bisogno di spiegazioni. Le guerre e tutte le altre forme di violenza che il nostro continente ha conosciuto, ne rendono conto a sufficienza.

Queste sono sfide che, a mio parere, ne sottendono molte altre. Anche esse sono legate tanto al passato culturale dei nostri Paesi quanto al disorientamento sociale [cioè anche etico] di cui sopra, risultante dallo choc della colonizzazione.

Trattandosi ora delle sfide legate alla globalizzazione, esse emanano facilmente da quelle che troviamo nel secondo capitolo dell'*Instrumentum Laboris* dell'ultimo Sinodo dei Vescovi o nel quarto capitolo dell'*Encyclica Redemptoris Missio* del Beato Giovanni Paolo II. Tenuto conto della questione degli ospedali che è oggetto della nostra attenzione, credo di dover citare anzitutto il secolarismo con il suo duplice corollario fatto di edonismo e di relativismo. C'è poi il pericolo di cadere nella trappola di ciò che l'*Instrumentum Laboris* dell'ultima Assemblea del Sinodo dei Vescovi chiama "la cultura dell'effimero, dell'immediato e dell'apparenza", veicolata dalle tecnologie informatiche e dalla comunicazione¹⁰. Un'altra sfida legata al fenomeno della globalizzazione è significativa per la pastorale nell'ambito ospedaliero va di pari passo con il proliferare delle sette e consiste nel rischio di una concezione utilitarista della religione che misura la sua autenticità al successo immediato e alla prosperità. Essendo queste le sfide lanciate all'evangelizzazione nei nostri ospedali, cosa fare per affrontarle e vincere la scommessa di conformare i nostri ospedali alla loro vocazione?

Prospettive future

Senza doverci soffermare su ciascuna delle sfide indicate, vi do subito alcuni suggerimenti d'azione che mi sono venuti in mente, per intuizione, mentre riflettevo sul contenuto di questo intervento. Essi sono principalmente d'ordine strategico e metodologico. Il primo si rapporta all'esigenza di coniugare i nostri sforzi per discernere e agire in sintonia. Il secondo, invece, riguarda l'esigenza della formazione e dell'accompagnamento spirituale e morale del personale medico-sanitario.

All'inizio del mio intervento, ho accennato alle difficili condizioni in cui operano i nostri ospedali. Nel rivolgere la mia attenzione ai comuni denominatori dei nostri Paesi africani, non ignoravo la grande diversità delle si-

tuzioni e sono ben consapevole della complessità delle sfide che vi sono inscritte. Credo pertanto che, per far fronte a queste sfide con maggiore possibilità di riuscire ad affrontarle, occorre che le nostre Conferenze Episcopali e i nostri operatori pastorali concertino il lavoro in sinergia e solidarietà. Come ci ricorda Benedetto XVI in *Africae Munus*, confermando quanto affermato dai Padri della Seconda Assemblea Speciale per l'Africa del Sinodo dei Vescovi, "la Chiesa è una comunione che genera una solidarietà pastorale organica"¹¹. È necessario che, in materia di pastorale della salute, "questa comunione appaia particolarmente nella collegialità effettiva ed affettiva tra i vescovi nelle loro province ecclastiche e a livello nazionale, regionale, continentale e internazionale"¹².

A questo riguardo, mi congratulo e ringrazio il Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari che ogni anno, attraverso questa Conferenza, approfondisce in noi Vescovi incaricati di questo ambito, il senso dell'importanza di questa solidarietà e ci interpella a realizzarla nei nostri rispettivi Paesi. Così facendo, mi permetto di chiedergli di più: **pensare ad organizzare, per il continente africano e le isole adiacenti, in collaborazione con lo SCEAM, un incontro integrato, sul modello di quello organizzato dal Pontificio Consiglio della Pastorale per i Migranti e gli Itineranti nel mese di settembre scorso a Dar es Salaam.** Un incontro di questo genere ci permetterebbe non soltanto di prendere molta più consapevolezza dell'importanza della sinergia e della solidarietà raccomandate, ma ci aiuterebbe anche a completarci nell'analisi delle sfide comuni da affrontare e a meglio discernere le vie e i mezzi per farlo.

Anche in relazione al secondo suggerimento, penso che questo stesso incontro sarebbe per noi l'occasione di uno scambio fruttuoso di esperienze su ciò che riusciamo già a fare nel campo dell'auspicata formazione perma-

nente. Esso ci offrirebbe, allo stesso tempo, la possibilità di aiutarci vicendevolmente a discernere ciò che resterebbe ancora da fare. Non ho dubbi che un tale evento avrebbe anche un effetto di emulazione ed incoraggiamento per i nostri coordinamenti diocesani e nazionali dei servizi sanitari.

L'esigenza di una formazione permanente per i dirigenti e il personale dei nostri ospedali non riguarda soltanto gli aspetti dottrinale, spirituale e morale, ma anche quello manageriale. Certo, come hanno sottolineato i Vescovi nell'ultima Assemblea Speciale per l'Africa del loro Sinodo, "dovremmo continuare a lavorare solo nel formare le coscienze e nel cambiare i cuori, tramite una catechesi efficace a tutti i livelli"¹³, ma anche le nostre diocesi e le loro opere "devono essere modelli di buon governo, di trasparenza e di buona gestione finanziaria".

Nello stesso ordine di idee, non possiamo dimenticare che i nostri Paesi e le nostre Chiese particolari accusano ancora un bisogno evidente di competenze mediche e manageriali. Occorre dunque investire molto nella formazione accademica iniziale per un migliore avvenire di funzionamento dei nostri ospedali. Sono lieto di sapere che il nostro Dicastero ha invitato dei rappresentanti delle nostre facoltà di medicina a questa Conferenza e ad una riunione a cui parteciperanno loro colleghi anche per uno scambio sulla situazione delle loro istituzioni e sulle prospettive future. Mi auguro che questa iniziativa possa contribuire a promuovere il rafforzamento della formazione accademica in questione e della ricerca scientifica di cui i nostri ospedali cattolici d'Africa hanno anche grandemente bisogno.

Conclusione

Concludo il mio intervento, auspicando che questa iniziativa contribuisca a promuovere il rafforzamento della formazione accademica in questione e della

ricerca scientifica di cui i nostri ospedali cattolici d'Africa hanno anche grandemente bisogno. Di fronte alle trasformazione in atto nel nostro mondo, i nostri ospedali non possono permettersi di funzionare come se l'Africa ne fosse al riparo. Il nostro continente è chiamato a trarre vantaggio, nella misura del possibile, dai progressi scientifici del nostro mondo, pur conservando gelosamente i valori per i quali Benedetto XVI vede in lui "il polmone spirituale dell'umanità". È necessario che, attraverso la sua azione pastorale, la Chiesa l'aiuti a mettere questi valori al servizio dell'umanità, in segno di gratitudine per i beni che esso riceve. Se Dio ha voluto che l'Africa fosse la "culla dell'umanità" come la conosciamo fino ad oggi, è perché essa l'aiuti a conservare il senso di tutti questi valori oggi minati dalla cultura secolarista che la globalizzazione trasmette. Spetta alla Chiesa far valere questa idea e trarne tutte le conseguenze pastorali. E mi sembra che, a questo riguardo, gli ospedali cattolici costituiscano un canale pastorale da privilegiare. ■

Note

¹ XIII Assemblea ordinaria del Sinodo dei Vescovi, Messaggio al Popolo di Dio, 1.

² BENEDETTO XVI, Esortazione post-sinodale *Africae Munus*, 140.

³ Cfr. XIII Assemblea ordinaria del Sinodo dei Vescovi, *Instrumentum Laboris*, 92.

⁴ Cf. F. EBOUSSI BOULAGA, La crise du Muntu: *Authenticité africaine et philosophie, Présence africaine*, Paris, 1977 et 1997.

⁵ Espressione presa in prestito da Kä MANA, *Théologie Africaine pour temps de crise*, 1993.

⁶ Cfr. l'intervento già citato di M. Peeters al colloquio di Abdjan.

⁷ BENEDETTO XVI, Esortazione post-sinodale *Africae Munus*, 11.

⁸ GIOVANNI PAOLO II, Esortazione post-sinodale *Ecclesia in Africa*, 40.

⁹ Cf. MICHEL KAYOYA, *Développement et mentalité rundi*. Conferenza pronunciata nel marzo 1971 a Bujumbura.

¹⁰ Cfr. XIII Assemblea ordinaria del Sinodo dei Vescovi, *Instrumentum Laboris*, 62

¹¹ BENEDETTO XVI, Esortazione post-sinodale *Africae Munus*, 105.

¹² Seconda Assemblea Speciale per l'Africa del Sinodo dei Vescovi, elenco finale delle proposizioni, 3.

¹³ Seconda Assemblea Speciale per l'Africa del Sinodo dei Vescovi, Messaggio finale, 19.

2. ASIA: gli ospedali cattolici in un mondo di sfide

S.E. MONS. BERNARD BLASIUS MORAS

Arcivescovo di Bangalore,
India.

Membro del Pontificio
Consiglio per gli Operatori
Sanitari

1. Introduzione

‘Essere sani’ ed ‘essere pienamente vivi’ è il sogno di tutti. È la spinta fondamentale dell'uomo. La missione di Gesù era quella di rispondere al desiderio umano fondamentale: “Io sono venuto perché abbiano la vita e l'abbiano in abbondanza” (*Gv 10,10*). Cristo ha affidato il mandato ai suoi discepoli dicendo, “andate e guarite” (Cfr. *Mt 10,1; Lc 9,1*). È una missione affidata dal Maestro. Questa missione principale della Chiesa è molto impegnativa e le necessità, allo stesso tempo, sono molto severe. Il Santo Padre Benedetto XVI, parlando ai partecipanti della Conferenza Internazionale organizzata dal Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute il 15 Novembre 2010, ha detto: “È necessario operare con maggiore impegno a tutti i livelli affinché il diritto alla salute sia reso effettivo, favorendo l'accesso alle cure sanitarie primarie”. Per poi aggiungere che la giustizia richiede che sia garantito l'accesso universale alle cure sanitarie e che la prestazione di livelli minimi di attenzione medica per tutti è comunemente accettata come un diritto umano universale.

In questo intervento, per prima cosa proverò ad illustrare a grandi linee lo scenario sanitario dell'India di oggi, con particolare riferimento alle sfide emergenti. La seconda parte sarà un tentativo di comprendere meglio la missione sanante di Gesù, mentre la

terza sarà dedicata ad una migliore comprensione della missione della Chiesa in India nel campo della salute e nel contesto di oggi. Infine, l'ultima sezione prenderà in esame le sfide affrontate dalle strutture sanitarie cattoliche in India.

2. Un aggiornamento dello scenario sanitario in India

In questo Paese, si è registrato un notevole miglioramento della situazione sanitaria della popolazione. C'è stata una crescita graduale e costante del personale, delle strutture sanitarie e della disponibilità di alcuni tra i migliori trattamenti e cure, il che ha contribuito positivamente alla situazione sanitaria della nostra popolazione.

2.1 Nuove tendenze, nuove realizzazioni

Attraverso gli interventi dei vari governi, e i tentativi da loro compiuti in questi anni per attuare diversi programmi sanitari a livello nazionale, il Paese ha raggiunto un grande progresso nella situazione sanitaria della popolazione. Di seguito riporto alcune cifre per capire questo progresso.

Il tasso grezzo di natalità (Crude Birth Rate, CBR) è sceso da 29,5 nel 1991 a 26,1 nel 1999, mentre nello stesso periodo il tasso grezzo di mortalità (Crude Death Rate, CDR) è diminuito da 9,8 a 8,7 per 1.000 abitanti.

Il tasso annuo di *crescita della popolazione* è sceso da 1,97 nel 1991 a 1,74 nel 1999. L'aumento della *speranza di vita* alla nascita è passato da 58,7 nel 1990 a oltre 62 nel 2001.

La *mortalità infantile* è diminuita in modo significativo passando da 146 nel 1951 a 64 per

1.000 abitanti nel 2001 (R. Misra, 2003, p. 12).

Il progresso sostanziale degli indicatori di salute è il risultato di molti fattori, tra cui il miglioramento dei servizi sanitari pubblici, la prevenzione e il controllo delle malattie infettive, l'accesso alle moderne pratiche mediche nella diagnosi e nel trattamento, così come un miglioramento complessivo della situazione socio-economica (cfr. *CBCI Health Policy*, 2005, p. 3). Secondo le statistiche governative, nel 1951 il numero degli ospedali nel Paese era di 2685, e nel 1997 è cresciuto fino a 13.692. Nello stesso periodo, sono sorti 23.015 nuovi dispensari.

La nuova politica di liberalizzazione economica del governo indiano ha portato un notevole cambiamento in tutti i settori della vita del Paese, in particolare nello sviluppo industriale, nella crescita delle esportazioni, nella produzione alimentare e nell'agricoltura, nell'utilizzo delle risorse naturali, e così via. La globalizzazione ha fatto nascere molti ospedali specialistici nel nostro Paese. Queste strutture all'avanguardia hanno dato vita a nuove tendenze nel settore sanitario, tra cui il ‘turismo medico’.

2.2 Una realtà sconvolgente

Le conquiste di cui sopra sono solo un lato della medaglia! Vi è una vasta maggioranza della popolazione, in particolare i poveri nelle zone insufficientemente servite, per i quali la sopravvivenza basilare è ancora una lotta quotidiana.

Oggi, nel nostro mondo globalizzato e altamente commercializzato, nonostante i numerosi progressi compiuti nella medicina preventiva e nelle capacità terapeutiche, per un ampio segmento della popolazione la salute è

ancora un sogno lontano, tanto come individui quanto come comunità. Molte persone non hanno accesso alle cure mediche a prezzi accessibili. Necessità fondamentali come acqua potabile, servizi igienici, ecc. non sono ancora disponibili.

Mentre le malattie prevenibili costituiscono ancora una preoccupazione importante in molte parti del Paese, le malattie croniche spesso legate allo stile di vita, al comportamento, ecc., sono in aumento, causando notevole sofferenza nella maggior parte della Nazione.

L'India ha più malati di *tubercolosi* di qualsiasi altro Paese al mondo. "Si calcola che circa 14 milioni di abitanti siano affetti da tubercolosi attiva, dei quali 3-3,5 milioni sono altamente infettivi. L'India rappresenta quasi un terzo dell'onere globale della tubercolosi e ogni anno conta più di 2 milioni di nuovi casi. Circa 2,9 milioni di persone muoiono di questa malattia ogni anno in tutto il mondo, e circa un quinto di loro solo in India. Quasi 500.000 persone muoiono di malattie prevenibili – più di 1.000 al giorno – quasi una ogni minuto".

"La diffusione dell'HIV/AIDS dovrebbe aumentare il numero dei casi di TBC e di morti" (Ministero della Salute, Rapporto, 2000-01, p. 53).

La *malaria* ha spazzato molte vite nel corso degli ultimi due o tre anni, in particolare negli Stati del nord. Secondo le statistiche ufficiali, i morti per malaria erano al di sotto di 500 l'anno fino al 1993, ma sono più che raddoppiati nel 1995, e continuano ad aumentare.

In India si stima che ci siano da 2 a 2,5 milioni di pazienti oncologici, con circa 0,7 milioni di nuovi casi ogni anno e quasi la metà muoiono ogni anno (J. Kishore, 2001, p. 98).

Da quando nel 1986 è stato identificato il virus dell'HIV in India, il tasso d'infezione è aumentato ad un ritmo allarmante, tanto da aver raggiunto 5,1 milioni di persone nel maggio 2004, con un tasso di prevalenza su adulti dello 0,9 per cento. Anche se l'India è ancora considerato un Paese a bassa prevalenza, il

numero assoluto dei casi di HIV in corso lo pone al secondo posto dopo il Sudafrica. Inoltre, considerata la dimensione della popolazione indiana, anche un punto decimale di aumento del tasso di prevalenza dell'HIV nella Nazione si tradurrebbe in un'aggiunta di circa mezzo milione di nuovi individui al totale di casi di HIV.

Ogni regione dell'India vive un forte aumento della diffusione del virus dell'HIV. L'infezione si è diffusa a partire da persone che praticano un comportamento ad alto rischio (lavoratori del sesso, tossicodipendenti e quanti intrattengono relazioni sessuali con persone dello stesso sesso) alla popolazione generale (casalinghe e bambini) e dalle città alle aree rurali. Se la diffusione continua al ritmo attuale, avrà effetti devastanti sull'intero tessuto sociale. Inoltre, se non viene controllata e se non si inverte la tendenza, è probabile anche che possa spazzare via decenni di sviluppo realizzati nel nostro Paese (CBCI HIV/AIDS Policy, 2005, p. 3).

In India vive il 61% dei malati di lebbra del mondo. Circa il 14-20% di questi pazienti sono bambini. L'India inoltre ha 60 milioni di diabetici, 40 milioni di malati di artrite e 40 milioni di epatite B (Hameed, 2002, p. 10)

I costi delle cure mediche hanno raggiunto livelli proibitivi, rendendo i servizi non disponibili a molti e ha indebolito notevolmente i sistemi sanitari. L'alta tecnologia ha un volto disumano che porta le persone a sentirsi isolate e frammentate. Nella medicina moderna la morte è vista come un fallimento ed è aggressivamente combattuta al punto tale che le persone non riescono a morire con dignità.

2.3 Analisi della realtà

Quando tentiamo un'analisi più ravvicinata di questo terribile scenario, ci rendiamo conto che nella società indiana prevalgono alcune forti sotto-correnti.

2.3.1 Disegualianza nell'accesso alle cure sanitarie

La ricerca rivela che il 20% più ricco della popolazione ha a

disposizione tre volte la quota di sovvenzione pubblica per la salute rispetto al quintile più povero. Il 20% più povero della popolazione ha più del doppio del tasso di mortalità, di fertilità e di livelli di malnutrizione rispetto al 20% più ricco. In media, i poveri spendono il 12% del loro reddito per l'assistenza sanitaria, mentre i ricchi spendono solo il 2% (R. Misra, p. 12). In poche parole, esiste un'ampia disparità di accesso alle strutture sanitarie e alla disponibilità di cure, sostegno e opportunità.

2.3.2 Il progresso che ignora i poveri

La globalizzazione ha certamente incoraggiato la crescita economica. Come risultato, sono nati numerosi ospedali soprattutto nelle grandi aree metropolitane, con attrezzature più moderne, tecnologie avanzate e strutture di trattamento sofisticate. Questo apprezzato progresso ha mantenuto non solo i poveri lontano dall'accesso alle cure mediche, ma peggio ancora, la forte concorrenza ha portato alla chiusura di molti nosocomi, tra cui alcuni di quelli fondati da istituzioni missionarie.

2.3.3 Povertà diffusa e migrazione incontrollabile

Il grande afflusso incontrollato di migranti rurali nelle aree urbane in cerca di migliori guadagni e opportunità di lavoro, li rende molto vulnerabili, in particolare i bambini di queste famiglie di immigrati. Le nostre metropoli e città sono sempre più affollate, mentre i villaggi sono sempre più vuoti.

2.3.4 Mancanza di monitoraggio e valutazione

C'è una differenza sostanziale tra gli Stati per quanto riguarda gli indici di salute. L'inefficienza del sistema, la mancanza di un vero impegno tra gli esecutori e, soprattutto, la corruzione diffusa, ha portato alla situazione deplorevole in cui milioni di poveri vengono privati dei bisogni sanitari di base. Vi è una carenza enorme di risorse umane nelle istituzioni, in particolare nelle aree rurali remote e tribali, dove i bisogni sanitari sono maggiori.

3. Gesù e il suo ministero sanante

Sulla base di quanto detto in precedenza, la missione sanante della Chiesa cattolica deve svolgere un ruolo fondamentale nell'occuparsi dei malati e nell'alleviare le loro sofferenze, in particolare di coloro che sono poveri e non possono permettersi cure adeguate. Cerchiamo prima di capire la missione sanante di Gesù in vista una migliore risposta.

3.1 L'intera tradizione biblica, mentre rivela l'intervento salvifico di Dio nella storia umana, sistematicamente si muove verso la missione redentrice di Cristo. Il Profeta Isaia, per esempio, predisse: “Egli si è caricato delle nostre sofferenze, si è addosso i nostri dolori. Il castigo che ci dà salvezza si è abbattuto su di lui” (*Is 53,4-5*). Nel Nuovo Testamento tutti gli evangelisti testimoniano il ministero sanante di Gesù.

Dei quattro Vangeli, quello in cui troviamo un maggior numero di episodi di guarigione è il vangelo di Luca, l'autore tradizionalmente chiamato il medico. In esso, Gesù è raffigurato come un guaritore per eccellenza (4,40; 7,11-17; 5,15; 6,18-19; 9,11; 13,10-13; 14,1-6; 17,11-19; 22,50-51). Chi si è avvicinato al Signore con fede salda e con fiducia, ha ricevuto una nuova vita di pace e serenità.

Gli *Atti degli Apostoli* riassumono tutta la vita e il ministero di Gesù: “Passò beneficiando e risanando” (10,38).

3.2 Contatto personale

“È stato osservato che il contatto personale è l'elemento più evidente nelle guarigioni. Cristo si mette in contatto fisico con i malati. Tocca gli occhi dei ciechi, tocca le orecchie dei sordi, tocca le mani dei malati, e così via. Possiamo vedere in questa attività una sorta di compassione da parte di Cristo stesso, una compassione nel senso più stretto del termine. Si tratta di una compassione che è efficace e che cura la malattia” (Barragán, 2002, p. 47).

3.3 Domanda di fede

Un altro elemento che è spesso evidente negli interventi di guarigione di Gesù è la domanda della vera fede in Dio da parte di coloro che gli si avvicinano per essere guariti. Cristo loda la fede di quanti accorrono a lui per essere guariti e talvolta anche di coloro che sono vicini ai malati. Pertanto, spesso richiede la fede come prerequisito per la sua attività di guarigione. “Tutti i miracoli hanno un solo scopo: annunziare che il regno di Dio è giunto, e questo regno ha il suo centro nella risurrezione di Cristo” (Barragán, 2002, p. 49).

3.4 Restaurare la dignità umana

Il rispetto, la tutela e la cura dovuti propriamente alla vita umana, derivano dalla sua singolare dignità. La maggior parte dei racconti sulle guarigioni di Gesù sono esempi del ristabilimento della perduta dignità dell'individuo e così della liberazione della persona totale.

3.5 L'attività di guarigione ha portato ad una esperienza liberatrice di Dio

L'attività di guarigione di Cristo ha aiutato le persone a fare un'esperienza unica di Dio, in particolare ad un divino intervento intensivo nel tempo del dolore e della sofferenza. Ne danno testimonianza il paralitico guarito e la folla. “Si avviò verso casa glorificando Dio. Tutti rimasero stupefatti e levavano lode a Dio; pieni di timore dicevano: ‘Oggi abbiamo visto cose prodigiose’” (*Lc 5,25-26*).

3.6 Il significato redentivo della sofferenza umana

“Ad uno sguardo semplicemente umano il dolore e la malattia possono apparire realtà assurde: quando, però, ci si lascia illuminare dalla luce del Vangelo, si riesce a coglierne il profondo significato salvifico” (Giovanni Paolo II, Udienza generale, 11 febbraio 2004).

La croce e la risurrezione di

Cristo affermano che il potere di guarigione di Dio non è rimanere a lato e al di sopra della realtà del dolore, delle ferite e della morte, ma si spinge fino al più profondo della sofferenza umana e creazionale portando luce e speranza nella profondità suprema delle tenebre e della disperazione. Tra le persone che soffrono si può incontrare l'immagine del Cristo risorto (*Mt 28,20* e *10,16*, *2Cor 12,9*, *Gv 15,20*).

4. La missione sanante della Chiesa

4.1 Missione sanante

Il mistero di Cristo fa luce su ogni aspetto della sanità cattolica: per vedere l'amore cristiano come il principio animatore dell'assistenza sanitaria, per vedere la guarigione e la compassione come una continuazione della missione di Cristo, per vedere la sofferenza come una partecipazione alla potenza redentrice della passione, morte e risurrezione di Cristo.

Per un cristiano, il coinvolgimento nel settore sanitario e il servire chi soffre non è solo una professione sociale, ma è anche una “missione”. Si tratta di una missione di evangelizzazione. Si è chiamati a discernere l'immagine stessa di Cristo nell'immagine del malato, ricordando sempre ciò che il Signore ha detto: “Ero malato e mi avete visitato” (*Mt 25,36*). “La duplice dimensione di questa missione – la cura dei malati e l'annuncio della Buona Novella – continua attraverso l'opera di tutti i cristiani. Prendersi cura dei malati non è solo una questione sanitaria o economica. È soprattutto un segno dell'amore di Dio, che Cristo vuole manifestare a ciascuno attraverso la Chiesa” (Gauer, 1994, p. 38).

Cristo, il “primo evangelizzatore”, ha annunciato il Vangelo soprattutto ai malati e ai poveri in spirito e corpo. “Evangelizzare la cultura significa in gran parte avere a che fare con esperienze di sofferenza, malattia e morte” (Angelini, 1994, p. 9).

Seguendo le orme del Guaritore Divino, Gesù, la Chiesa Cat-

tolica fornisce un servizio eccezionale nel settore della sanità da tempo immemorabile. L'assistenza sanitaria è uno dei servizi più importanti ed essenziali richiesti da tutti i cittadini indipendentemente dal ceto, dal credo e dallo stato. Cure di qualità ed adeguate possono salvare e cambiare innumerose vite.

Le istituzioni sanitarie cattoliche si basano sul messaggio e l'esempio di Gesù Cristo misericordioso, e seguono il suo mandato missionario di andare in tutto il mondo e predicare la buona novella della salvezza; i suoi discepoli predicarono la Buona Novelletta, scacciarono i demoni, unsero i malati e li guarirono.

4.2 Approccio olistico nel settore sanitario

La definizione di salute dell'Organizzazione Mondiale della Salute prevede tre dimensioni specifiche, come quella fisica, mentale e sociale. Il servo di Dio Papa Giovanni Paolo II ci ha permesso di comprenderlo ancor più profondamente, spiegando la salute come "[...] lungi dall'identificarsi con la semplice assenza di malattie [essa] si pone come tensione verso una più piena armonia ed un sano equilibrio a livello fisico, psichico, spirituale e sociale". Nell'era delle super-specializzazioni, la cura di tutta la persona viene spesso dimenticata, mentre nell'interpretazione cristiana si segue un approccio olistico, che include l'attenzione emotiva e spirituale del paziente.

Pertanto, un vero approccio cristiano sarebbe quello di vedere le esigenze della persona nella sua interezza e far sì che essa sia coinvolta nel recupero della propria salute. "La salute è il cuore di tutto lo sviluppo umano. Essa deve essere intesa in senso più ampio per includere tutti gli aspetti della vita umana: fisico, sociale, mentale e spirituale. Di conseguenza, la salute significa alimentazione e alloggio adeguati, acqua e aria pulite, buon ambiente sociale, e buone relazioni interpersonali e sociali. In breve: il soddisfacimento dei bisogni di base quali relazioni armoniose l'uno con l'altro, la natura e Dio. Insieme con gli aspetti

fisici e psicologici, devono essere adeguatamente curate le aree spirituali e pastorali" (*CBCI Health Policy*, 2005, p. 3).

4.3. Strutture sanitarie cattoliche

La *Catholic Health Association of India* (CHAI) è una delle organizzazioni non governative più grandi del mondo. Ne fanno parte 3.300 istituzioni, tra cui ospedali grandi, medi e piccoli, centri sanitari, e società diocesane di servizi sociali. La rete comprende 11 unità regionali, 600 suore medici, 25.000 suore infermiere e 10.000 paraprofessionali religiosi. Ogni anno hanno accesso alle strutture sanitarie della CHAI circa 21 milioni di persone.

La Chiesa cattolica ha 746 ospedali, 2.574 centri sanitari, 70 centri di riabilitazione, 107 centri per la cura della salute mentale, 61 centri per sistemi alternativi di medicina, 162 strutture sanitarie non formali, 115 centri di formazione infermieristica di cui 6 collegi medici.

Inoltre, sono presenti 165 centri per la lebbra, 416 centri di assistenza sanitaria per gli anziani, 62 centri per la tubercolosi e i malati terminali, 67 centri sociali di assistenza per le persone affette da HIV/AIDS e 60 centri di consulenza. È interessante notare che, grazie a questa vasta rete, e nonostante i cattolici costituiscano solo il 2% circa della popolazione dell'India, le nostre strutture sanitarie cattoliche rappresentano circa il 20% del servizio sanitario fornito in India.

Guardando la cosa dal punto di vista globale, l'India detiene intorno al 4% delle strutture sanitarie cattoliche disponibili nel mondo.

Mentre le strutture sanitarie cattoliche a livello globale continuano a svolgere il mandato di Cristo, i cambiamenti nel mondo che ci circonda richiedono una seria riflessione. Ci sono varie sfide che gli ospedali cattolici devono affrontare ovunque. Rimangono alcune domande fondamentali: quale dovrebbe essere l'identità di un ospedale cattolico? Quale dovrebbe essere il livello di testimonianza cristiana nella struttura cattolica di assistenza sanitaria? Come

possiamo farne un luogo privilegiato per l'evangelizzazione? Come possiamo continuare a rimanere più rilevanti in un mondo ove la commercializzazione delle cure sanitarie è diventata così estesa?

Ci sono numerose sfide che le strutture sanitarie cattoliche affrontano in tutto il mondo. La gestione delle cure sanitarie è diventata sempre più complessa. L'amministrazione di ospedali e istituzioni sanitarie è diventata una funzione tecnica e specializzata ad alti livelli. Le comunità religiose non sono in grado di fornire tutti questi professionisti altamente qualificati e al passo con i progressi tecnologici e le esigenze che impongono in termini di risorse umane e finanziarie. Il contenzioso medico è in aumento, il che rende difficile la prestazione di cure a basso prezzo basate sulla fiducia e un minor numero di test diagnostici.

4.4 Pastorale dei malati

Un elemento essenziale in un ospedale cattolico è la cura pastorale fornita ai pazienti. Anche se nelle nostre strutture sanitarie la stragrande maggioranza dei beneficiari sono persone appartenenti ad altre fedi, tutti fanno tesoro del conforto spirituale offerto, naturalmente nel rispetto del credo e del sentimento religioso di ciascuno di loro. "La pastorale è compassionevole, è cura spirituale offerta a persone che stanno attraversando momenti difficili. La pastorale aiuta le persone ad attingere alle risorse della fede per vedere attraverso di esse. Attraverso la pastorale, le comunità di fede possono fare il possibile per soddisfare le esigenze spirituali ed emotive delle persone colpite ..." (*HIV/AIDS Policy*, 2005, p. 44). "Quando la vita è messa in discussione da condizioni di malattia e dolore inspiegabile, è la costante e intima comunione con l'Assoluto che fa scaturire nella persona una speranza e una serenità persistenti" (Barragán, 2005, p. ix)

4.5 Opzione per i poveri

"Gesù Cristo si schierò decisamente a fianco dei poveri. Le isti-

tuzioni sanitarie gestite dagli operatori, che sono suoi discepoli, devono fare lo stesso. Oggi i costi delle attrezzature sono notevoli, alcuni farmaci speciali sono costosi, gli onorari dei medici sono alti e i poveri, a volte, non sono in grado di permettersi le cure di cui hanno bisogno. È qui che si vede il ruolo dell'ospedale cattolico, dove cioè attraverso un sistema di sana gestione i ricchi sovvenzionano le cure mediche dei poveri. Nessun povero deve allontanarsi da un ospedale cattolico a causa della mancanza di denaro, così come nessuno si allontanò dal Signore perché era povero" (Oswald Gracias, 2003, p. 88).

Al fine di rendere l'assistenza sanitaria più accessibile, disponibile e sostenibile, la Chiesa deve pensare seriamente all'introduzione di una sorta di regime di assicurazione sanitaria che si rivolga in particolare alla fascia di reddito più bassa nella società. Si potrebbero studiare le esperienze esistenti nei sistemi di assicurazione sanitaria e si potrebbe preparare un programma adattabile da poter attuare a livello diocesano o regionale.

4.6 Creare una cultura di cura umanizzante

Le parole di Giovanni Paolo II, nel messaggio per la Giornata Mondiale del Malato del 2003, sono molto significative in questo contesto: "Gli ospedali cattolici siano centri di vita e di speranza, dove si incrementino, insieme alle cappellanie, i comitati etici, la formazione del personale sanitario laicale, l'umanizzazione delle cure ai malati, l'attenzione alle loro famiglie ed una particolare sensibilità verso i poveri e gli emarginati. Il lavoro professionale si concretizzi in autentica testimonianza di carità, tenendo presente che la vita è dono di Dio, del quale l'uomo è soltanto amministratore e garante" (Giovanni Paolo II, 2003, n. 3).

La cultura assistenziale implica il rispetto e il valore della vita di ogni essere umano. La politica sanitaria spiega in chiari termini che "dal momento del concepimento, la vita di ogni essere umano va rispettata in modo assoluto [...] La vita umana è sacra perché, fin dal

suo inizio, comporta l'azione creatrice di Dio e rimane per sempre in una relazione speciale con il Creatore, suo unico fine ... Pertanto, il rispetto della sacralità della vita segna un elemento importante di un istituto sanitario cattolico. Ogni procedura medica, cura e trattamento deve essere orientato al miglioramento della qualità della vita del paziente" (*Health Policy*, 2005, p. 7).

5. Le sfide che le strutture sanitarie cattoliche devono affrontare

5.1 Cultura di morte

Nel mondo di oggi, la santità della vita umana è sottoposta ad un attacco che si manifesta sotto svariate forme. Che si tratti di minacce alla vita prima della nascita per mezzo dell'aborto, della decisione se una persona deve vivere o morire attraverso il movimento per legalizzare l'eutanasia, o della tendenza moderna a ridurre il valore umano alla sua cosiddetta capacità produttiva o relazionale, la dignità sacra della vita umana fatta a immagine e somiglianza del suo Creatore è minacciata da una cultura di morte.

5.2 Imperativo tecnologico/scientifico

La scoperta della penicillina e degli antibiotici, l'introduzione delle vaccinazioni, i progressi nella radiologia e nell'*imaging*, lo sviluppo della chirurgia mini-invasiva e dei trattamenti farmacologici, hanno trasformato l'assistenza sanitaria permettendo alle persone di vivere una vita più sana e più lunga. La sfida da affrontare è la distribuzione non uniforme dei frutti di questi progressi tecnologici a causa delle disegualanze globali.

5.3 L'assistenza sanitaria come un bene economico

Considerare l'assistenza sanitaria come un bene economico è una vera sfida. Ciò è in netto contrasto con l'insegnamento del Beato Giovanni XXIII che nella *Pacem in Terris* ha detto: "Ogni

essere umano ha il diritto all'esistenza, all'integrità fisica, ai mezzi indispensabili e sufficienti per un dignitoso tenore di vita, specialmente per quanto riguarda l'alimentazione, il vestiario, l'abitazione, il riposo, le cure mediche, i servizi sociali necessari..." (n. 6).

Il governo e il settore privato vedono sempre più l'assistenza sanitaria come una merce da gestire come un qualsiasi altro prodotto destinato a generare profitti su una base sostenibile.

5.4 Finanziamento

Il continuo tentativo a livello statale e federale per contenere la spesa pubblica per l'assistenza sanitaria, nonché i vincoli fiscali che emergono dal riallineamento delle assicurazioni private attraverso le cure gestite, hanno messo in discussione la stabilità finanziaria del ministero. Ciò è diventato ancor più grave a causa della recessione finanziaria che ha colpito diverse parti del mondo di oggi con la conseguenza di un'ulteriore diminuzione delle risorse stanziate dal governo per l'assistenza sanitaria. Allo stesso modo, molte agenzie impegnate nel finanziamento di iniziative per la salute dei Paesi in via di sviluppo, hanno ridotto significativamente i loro finanziamenti, il che a sua volta si ripercuote sulla fornitura di assistenza sanitaria.

5.5 Lavoro

La combinazione delle forti pressioni da parte dei sindacati e di altre forze per aumentare in modo significativo gli stipendi, così come la mancanza di infermieri professionali e di altri operatori sanitari, hanno posto una pressione incredibile sul sistema di assistenza sanitaria.

5.6 Genetica

Simile a precedenti rivoluzioni nel campo dell'assistenza sanitaria che hanno portato alla scoperta dell'anestesia e della penicillina, così come l'attuale rivoluzione nei modelli di pratica associati a notevoli realizzazioni in farmacologia (*designer drugs* ad esempio), siamo alla cuspide di una

nuova rivoluzione che risulta dalla mappatura del genoma umano. La genetica e la ricerca sulle cellule stanno trovando un nuovo modo di praticare la medicina e di distribuire l'assistenza sanitaria.

Il risultato di queste sfide e di quelle della tecnologia è che il volto stesso dell'assistenza sanitaria cattolica è cambiato. L'ospedale tradizionale, che negli ultimi tempi è stato il centro dell'assistenza sanitaria, oggi è spesso descritto come un dinosauro: un cimelio del passato che si trova nel mezzo di un futuro vibrante. La cura del paziente è sempre più fornita lungo un 'continuum assistenziale' che comprende centri di assistenza ambulatoriale, servizi diagnostici indipendenti, centri di riabilitazione, programmi di chirurgia ambulatoriali, case di cura, residenze assistite, cure a lungo termine e hospice. I servizi sociali sono spesso necessari per aiutare, soprattutto in ambito ospedaliero, il paziente e la famiglia ad accedere ai servizi di cui avranno bisogno, una volta che il paziente sarà stato dimesso dall'ospedale.

6. Conclusioni: la testimonianza nel mondo del malato è vera evangelizzazione

"La carità è il cuore della Chiesa; senza la carità la Chiesa non è la Chiesa di Gesù Cristo", ha detto il Beato Giovanni Paolo II. Ricordiamo anche il famoso detto di Sant'Agostino: "Se vedi la

carità, vedi la Trinità". La carità è la via privilegiata per rendere credibile il Vangelo. Il mandato affidato dal Signore "Curate i malati e dite loro: si è avvicinato a voi il regno di Dio" (*Lc 10,9*), ci costringe, come veri discepoli, ad essere testimoni credibili nel mondo dei malati e dei sofferenti. Questa testimonianza è vera evangelizzazione.

Il ministero di guarigione ha un ruolo più importante da svolgere nell'attuale situazione sanitaria del Paese, segnata da sfide poste dalle malattie trasmissibili e non trasmissibili, dai problemi di donne e bambini, così come dalle questioni ambientali. Il governo letargo e la sanità privata, orientata al profitto, non possono, da soli, riuscire a fornire cure accessibili, disponibili e accessibili alle persone. È in questo contesto che diventa ancora più importante che sia garantita la sostenibilità delle strutture sanitarie cattoliche.

La Chiesa in India è una piccola minoranza, appena il 2,3% della popolazione totale in questo vasto sub-continente. Il mandato di testimoniare la missione, morte e risurrezione di Gesù nel mondo dei malati può avere un forte impatto sulla vita dei malati stessi, la loro famiglia e la società intera, in quanto il tempo della croce e della sofferenza è quello più vicino all'Assoluto. S. Leone Magno ha scritto: "O mirabile potenza della croce! O ineffabile gloria della passione! Per suo mezzo, vien data ai fedeli la forza nella sofferenza, la gloria nell'umiliazione, la vita nella morte". ■

Riferimenti

PAPA BENEDETTO XVI, discorso ai partecipanti alla Conferenza Internazionale organizzata dal Pontificio Consiglio per la Salute il 5 novembre 2010.

PAPA GIOVANNI PAOLO II, Lettera Apostolica *Salvifici Doloris*, in Insegnamenti XII/1, 605-608.

PAPA GIOVANNI PAOLO II, Messaggio per la Giornata Mondiale del Malato, 11 Febbraio 2004, in *Health in Abundance*, January-March, 2004, vol. 2, n.1, p. 10-12

PAPA GIOVANNI PAOLO II, Messaggio per la Giornata Mondiale del Malato, 2000, *Contemplate the Face of Christ in the Sick*, August 6, 1999, p. 13.

ANGELINI, CARDINAL FIORENZO, "Cristo, primo Evangelizzatore, ha proclamato il Vangelo agli ammalati", *Dolentium Hominum*, 27 (1994), p. 8-12.

BARRAGÁN, CARDINAL JAVIER LOZANO, "In the Footsteps of Jesus, the Divine Healer: Healings in the Gospels" in Alex Vadakumthala (ed.), *Care and Compassion*, CBCI Commission for Health, 2002, p. 25-49.

BARRAGÁN, CARDINAL JAVIER LOZANO, 'Foreword', *Sharing the Fullness of Life, Health Policy of the Catholic Church in India*, CBCI Health Commission, 2005, p. ix

CBCI Commission for Health, Commitment to Compassion and Care, HIV/AIDS Policy of the Catholic Church in India, 2005.

CBCI Commission for Health, Sharing the Fullness of Life, Health Policy of the Catholic Church in India, 2005.

GAUER, ABBOT PHILIPPE, "Cristo Medico e la vocazione del medico cristiano", *Dolentium Hominum* 27 (1994) pp. 37-40.

GRACIAS, ARCHBISHOP OSWALD, Identità nella Fede negli Ospedali cattolici, in *Dolentium Hominum*, 52 (2003) 86-92. .

GUPTA, ASHUM AND NIDHI SINGHAL, 'Psychological Support for Families of Children with Autism', in Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal, Vol. 16, no. 2, 2005, pp. 62-83

(Ordinato sacerdote nel 1967, l'autore ha ricoperto vari incarichi in ambito clericale. Oltre ad essere Vescovo ed Arcivescovo, è stato Presidente della Commissione Pastorale della Salute della Conferenza Episcopale dell'India (CBCI), nonché Consulente Ecclesiastico dell'Associazione Sanitaria Cattolica dell'India (CHAI).

Riferimenti a diversi numeri di *Dolentium Hominum*, Health Action and www.cbcisite.in, www.catholicnewsagency.com)

3. America del Nord

**S.E. MONS. ROBERT J.
MCMANUS, D.D., S.T.D.**
Vescovo di Worcester
Vescovo Incaricato di Pastorale
della Salute,
U.S.A.

1. Introduzione

1.1 L'argomento di questa disertazione è “L'ospedale cattolico in un mondo che sta cambiando”. È indiscutibile che un cambiamento rapido, e spesso drammatico, è una caratteristica della società contemporanea e della nostra cultura. Uno dei fattori che sono alla base di questo cambiamento mondiale è l'avvento della tecnologia moderna, in particolare quella delle comunicazioni. Uno dei risultati più rilevanti di questa esplosione di mezzi di comunicazione altamente innovativi e sofisticati è il fenomeno della globalizzazione.

1.2 L'arrivo della tecnologia moderna ha effetti drammatici anche sugli ospedali cattolici. Nell'ultimo secolo, si è verificata una trasformazione radicale sul modo in cui gli ospedali cattolici operano e si organizzano, in larga misura a causa dei progressi significativi compiuti nel campo della tecnologia medica. Ciò che non è cambiato nella cultura e nell'operatività quotidiana degli ospedali cattolici, invece, e su cui si basa la continuità delle cure e dell'assistenza in queste istituzioni mediche, è la loro particolare missione cattolica, che le identifica. Questa missione trova fondamento nel ministero sanante di Gesù, che lo ha esercitato nel suo ministero pubblico duemila anni fa.

2. La missione di Gesù e la missione dell'ospedale cattolico

2.1 Tutti e quattro i Vangeli affermano che guarire gli infermi fu parte integrante del ministero pubblico di Gesù di Nazaret, che guarì i dieci lebbrosi (*Lc 17,11-19*), re-

stituì la vista ai ciechi (*Mt 20,29-34*), guarì gli storpi (*Mt 15,29*) e riportò persino in vita il figlio della vedova di Nain (*Lc 7,11-17*). Indubbiamente, le parole del profeta Isaia “Eppure si è caricato delle nostre sofferenze, si è addossato i nostri dolori; e noi lo giudicavamo castigato, percosso da Dio e umiliato” (53,4-5) si sono adempiute nel ministero sanante di Cristo.

2.2 Il ministero sanante di Gesù fu affidato anche agli Apostoli: “Convocò i Dodici e diede loro forza e potere su tutti i demoni e di guarire le malattie. E li mandò ad annunciare il regno di Dio e a guarire gli infermi” (*Lc 9,1-2*). Gli Atti degli Apostoli, che narrano la vita della prima comunità cristiana, parlano del ministero sanante degli apostoli. L'evangelista Luca riferisce che le persone portavano i malati per la strada e nelle piazze, anche sui letti e sulle barelle, perché “quando Pietro passava, almeno la sua ombra coprisse qualcuno di loro” (*At 5,15*) e potessero essere guariti.

2.3 Lungo i secoli la guarigione carismatica realizzata dai cristiani fu formalmente istituzionalizzata negli ospedali cattolici, spesso promossa dalle comunità religiose, che volevano perpetuare la missione sanante del Signore Gesù. Data che la Chiesa è il corpo di Cristo nel mondo, a cui è stata affidata la missione salvatrice di Cristo, fu del tutto appropriato che questa attività centrale nella proclamazione di Gesù della nascita del Regno di Dio dovesse perdurare attraverso la storia nell'esistenza del ministero pastorale della Chiesa.

3. Antropologia moderna e post-moderna

3.1 Così dice il salmista: “Che cosa è mai l'uomo perché di lui ti ricordi, il figlio dell'uomo, perché te ne curi? Davvero l'hai fatto poco meno di un dio, di gloria e di onore lo hai coronato” (*Sal 8,5-6*). La rivelazione biblica insegna che Dio è Creatore di tutto ciò che esiste, e che il culmine di questa atti-

vità di creazione è l'essere umano. Anche se la persona è creata ad immagine e somiglianza di Dio, essa rimane una creatura. Le facoltà umane dell'intelletto e della libertà rendono l'essere umano “a immagine e somiglianza di Dio”, ma non lo rendono divino. La partecipazione della persona umana alla divinità è il risultato della grazia.

3.2 Nella terminologia antropologica, lo status di creatura dell'essere umano può essere descritto come una persona che gode della “autonomia teonoma”. Per essere ciò che è chiamato ad essere, per raggiungere la pienezza dell'umanità che è la volontà di Dio per le sue creature umane, deve vivere la propria vita in relazione al Dio che è l'Autore di tutta la vita. Questo rapporto dipendente e metafisico tra Creatore e creature non mette in discussione la dignità fondamentale della persona umana, ma è in realtà la condizione stessa della possibilità per l'esistenza di questa nobile dignità umana.

3.3 Il riconoscimento del rapporto Creatore/creatura è stato parte integrante del patrimonio teologico e filosofico della cultura occidentale fino al periodo moderno, quando ha fatto la sua comparsa la filosofia di Immanuel Kant che ha introdotto la nozione di “rivolgersi al soggetto”. In qualche modo, il rivolgersi al soggetto kantiano ha fatto precipitare un cambiamento antropologico nella comprensione dell'essere umano. Il rapporto di dipendenza tra Dio e la persona non era più visto come un presupposto per la dignità dell'essere umano, ma piuttosto come la nascita di un tipo di rivalità tra il divino e l'umano. Se l'essere umano fosse dipendente da Dio, ovvero se la persona non fosse autonoma, allora gli uomini e le donne non sarebbero veramente liberi e veramente umani.

3.4 Lo spostamento antropologico da un'autonomia teonoma all'autonomia assoluta dell'essere umano diventa un presupposto indiscutibile nella filosofia e nella politica dell'Età dell'Illuminismo. La ragione, libera dalle catene di una

fede sorpassata, sarebbe libera di creare un mondo in cui gli uomini e le donne sono capaci di costruirsi. Nel periodo post-moderno, con la crescita di queste filosofie come il decostruzionismo, la capacità della ragione umana di costruire una società in cui la persona umana può svilupparsi è stata ben presto messa in discussione. Inoltre, con la fine di una metafisica tradizionale, sono state chiamate in causa le nozioni di una natura umana comune e della legge morale naturale che deriva dalle inclinazioni fondamentali di questa natura. Il significato stesso dell'esistenza umana è stato soggetto a varie speculazioni, e la capacità di conoscere la verità e la morale oggettiva è stata ampiamente messa in dubbio o addirittura respinta. Un esempio inquietante del rifiuto del significato oggettivo dell'esistenza umana che deriva dalla fede e dalla ragione si può trovare in una decisione della Corte Suprema degli Stati Uniti del 1992, che afferma: "Al centro della libertà è il diritto di definire il proprio concetto di esistenza, di significato, di universo e di mistero della vita umana..."¹.

4. La dittatura del relativismo

4.1 Lo spostamento antropologico avvenuto durante l'Illuminismo e nel periodo successivo, ha posto le basi filosofiche per quella che il Santo Padre Benedetto XVI ha ripetutamente definito durante il suo pontificato come "dittatura del relativismo". Questo fenomeno intellettuale e morale ha influenzato ogni dimensione della vita nella nostra cultura occidentale contemporanea, compreso il campo medico, e in particolare il rapporto medico-paziente. Negli ultimi 40 anni, il principio dell'autonomia del paziente² nel processo di *decision-making* riguardo l'uso o il non uso della tecnologia medica, è diventato predominante. Per usare un modo forse troppo semplificato di parlare, la presunzione che "il dottore sa cosa è meglio" ha lasciato il posto alla presunzione che "il paziente sa cosa è meglio".

4.2 Il principio dell'autonomia del paziente è intellettualmente e moralmente difendibile se questo esercizio implica una coscienza

ben formata nel prendere decisioni relative alla propria salute. In una cultura e in una società profondamente influenzate dal relativismo morale in cui non ci sono assoluti morali perché, in larga misura, non c'è una cognizione comune accettata della natura della persona umana, o un'accettazione della legge morale naturale, la presunzione che i pazienti hanno delle coscenze ben formate può prontamente essere chiamata in causa. Negli ospedali civili, si può ragionevolmente sostenere che i medici di queste strutture condividono la tendenza culturale prevalente verso il relativismo morale. Inoltre, anche se in questi ospedali civili è presente un comitato di etica che può essere interpellato per aiutare a risolvere un contenzioso riguardo le decisioni mediche che chiama in causa la morale, potrebbe accadere che almeno la maggioranza dei membri di questo comitato etico abbiano elaborato un ambito decisionale che è relativistico. Questo non è il caso di un ospedale cattolico, che è fedele alla sua missione di fornire cure e assistenza compassionevoli che rispettino e promuovano la dignità inviolabile della persona.

5. L'ospedale cattolico negli Stati Uniti d'America

5.1 Gli ospedali cattolici negli Stati Uniti d'America sono disciplinati da un documento, redatto dalla Conferenza Episcopale (*United States Conference of Catholic Bishops* – USCCB), e che attualmente è alla quinta edizione. Il documento ha per titolo: "Direttive etiche e religiose per i servizi sanitari cattolici" (*Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services* – ERD). È stato adottato come sorta di diritto particolare in molte arcidiocesi e diocesi degli Stati Uniti, e indica un insieme di principi morali sviluppato lungo i secoli. Nel Preambolo, lo scopo delle direttive è articolato in questo modo: "Lo scopo delle Direttive etiche e religiose è duplice: primo, riaffermare le norme etiche di comportamento in campo assistenziale che derivano dal Magistero della Chiesa sulla dignità della persona umana; secondo, for-

nire una guida autorevole su alcune questioni morali in campo sanitario che la Chiesa deve affrontare oggi".³

5.2 L'ERD affronta un certo numero di realtà correnti che sono parte integrante della missione di un ospedale autenticamente cattolico: 1) la responsabilità sociale dei servizi sanitari cattolici; 2) le dimensioni pastorali e spirituali della sanità cattolica; 3) il rapporto medico-paziente; 4) questioni medico-etiche riguardo l'inizio e la fine della vita e 5) il rapporto di partnership o di fusione dell'ospedale cattolico con le strutture sanitarie civili.

5.3 I principi morali che sono presentati nell'ERD come parte del patrimonio centenario della tradizione morale cattolica, cerca di fornire un quadro morale obiettivo in cui gli operatori sanitari e i pazienti possano formulare giudizi morali e decisioni. Leggiamo infatti che: "Gli insegnamenti morali che sono presentati in questo documento (ERD) derivano principalmente dalla legge naturale, interpretata alla luce della rivelazione che Cristo ha affidato alla sua Chiesa. Da questa fonte la Chiesa ha tratto la sua comprensione della natura della persona, degli atti dell'uomo, e degli obiettivi che danno forma all'attività umana".⁴

5.4 L'ERD è uno strumento prezioso per garantire che le decisioni morali riguardanti la pratica della medicina in un ospedale cattolico non siano soggette a calcolo o a una pratica decisionale che sia moralmente relativistica. Questa garanzia morale non è immediatamente disponibile negli ospedali civili degli Stati Uniti, in questo mondo che cambia così rapidamente.

6. Il ruolo del Vescovo diocesano in un ospedale cattolico degli Stati Uniti

6.1 Un punto conclusivo che è pertinente alla nostra discussione su "L'ospedale cattolico in un mondo che sta cambiando" è il ruolo del vescovo diocesano nella salvaguardia dell'identità e della missione di un ospedale cattolico che si trova sotto la sua giurisdizione. Le responsabilità pastorali

di un vescovo diocesano derivano dal "triplex munus" episcopale di insegnare, governare e santificare. Il documento ERD esprime sinteticamente il modo in cui queste responsabilità episcopali sono esercitate relativamente a un ospedale cattolico che si trova nell'ambito della Chiesa locale: "Il vescovo diocesano esercita le responsabilità che sono incluse nel suo ufficio di pastore, insegnante e sacerdote. Come centro di unità nella diocesi..., il vescovo diocesano promuove la missione dell'assistenza sanitaria cattolica favorendo la collaborazione tra gli operatori sanitari, i medici professionisti, i teologi e altri specialisti. Come pastore, il vescovo diocesano... incoraggia i fedeli ad una maggiore responsabilità nella missione sanante della Chiesa. Come insegnante, il vescovo diocesano garantisce l'identità morale e religiosa del ministero della salute.. Come sacerdote, il vescovo diocesano sovrintende la cura sacramentale dei malati..."⁵.

6.2 Il ruolo del vescovo diocesano non è quello di essere un 'Amministratore Delegato' nell'ospedale cattolico. La sua responsabilità è quella di garantire che l'ospedale cattolico sia autenticamente tale in tutte le dimensioni del suo funzionamento, aderendo ai principi morali obiettivi e fondamentali della tradizione morale cattolica. Il vescovo diocesano, a livello pratico, esercita i ruo-

li di insegnamento e di disciplina in relazione agli ospedali cattolici nell'ambito della chiesa locale, essendo l'interprete autorevole e finale delle Direttive Etiche e Morali e della loro corretta attuazione nella diocesi.

6.3 Un elemento che rientra nei ruoli di insegnamento e di governo del vescovo riguarda l'aumento delle fusioni e dei rapporti di collaborazione (*partnership*) degli ospedali cattolici con quelli civili, che possono porre sfide importanti alla conservazione dell'identità dell'ospedale cattolico e della loro attività assistenziale. Finora queste sfide non precludono automaticamente a livello morale la possibilità di questi tipi di collaborazione e di fusione. Il documento ERD offre diverse direttive per garantire che le proposte di partnership e di fusione tra ospedali cattolici e civili vengano attuate in un modo che sia moralmente giustificabile. Il punto 67 di tali direttive attesta che: "Le decisioni che possono portare a serie conseguenze per l'identità o la reputazione dei servizi sanitari cattolici, o che comportano un alto rischio di scandalo, devono essere prese consultando il vescovo diocesano..."⁶.

7. Conclusione

7.1 Nel 2003, il Beato Giovanni Paolo II, nel messaggio in oc-

casiōne della Giornata Mondiale del Malato, a Washington, D.C., scriveva che "Gli ospedali cattolici siano centri di vita e di speranza, dove si incrementino, insieme alle cappellanie, i comitati etici, la formazione del personale sanitario laicale, l'umanizzazione delle cure ai malati, l'attenzione alle loro famiglie ed una particolare sensibilità verso i poveri e gli emarginati"⁷. Un ospedale cattolico che si sforza di promuovere la missione articolata dal compianto e amato Beato Giovanni Paolo II è estremamente necessario in un mondo che sta attraversando un cambiamento, diventando sempre più secolare e indifferente nei confronti del Vangelo della Vita. ■

Note

¹ Planned Parenthood of Southeastern Pennsylvania, et al. vs. Casey, Governor of Pennsylvania, et al, giugno 1992.

² L'autonomia del paziente può essere definita come "il governo di sé secondo il proprio sistema di costumi e credenze". (Veatch, Robert M. Medical Ethics. Washington D.C.: Jones and Bartlett Publishers Inc. 1989)

³ United States Conference of Catholic Bishops. Ethical and Religious Directives for Health Care Services. Fifth Edition. Washington, D.C.: USCCB, 2009. p. 102.

⁴ Ibid., p. 2.

⁵ Ibid. p. 4-5.

⁶ Ibid., p. 31. Vedere anche *Directives 68-71*, pp. 31-32.

⁷ Cfr. *Dolentium Hominum*. Atti della XXVI Conferenza Internazionale. "La pastoreale della salute al servizio della vita alla luce del magistero del Beato Giovanni Paolo II. (Editrice VELAR, Gorle - BG, p. 75.

4. America del Centro-Sud

S.E. MONS. SEBASTIÁN RAMIS TORRENS, T.O.R.
Vescovo di Huamachuco,
Vescovo Incaricato
di Pastorale della Salute,
Perù

Uno sguardo alla realtà

Lo Stato riconosce un ritardo di 25 anni nelle strutture e nelle risorse umane dei suoi ospedali.

Si soffre una carenza di medicinali di base e di antiretrovirali, principalmente nelle province, come pure di farmaci per contrastare la tubercolosi, specialmente per i casi multi resistenti o estremamente resistenti.

L'attenzione specialistica si concentra nei capoluoghi.

Lo Stato si ritira progressivamente dalla responsabilità di garantire la salute a tutta la popolazione, preferendo incentivare meccanismi privati.

Gli ospedali cattolici

In America del Sud, gli ospedali cattolici coprono dal 15 al 50% dell'assistenza sanitaria e perfino una percentuale maggiore nei casi di ospedali psichiatrici, centri per

anziani, orfanotrofi, centri di accoglienza per ragazze madri e per malati cronici o terminali.

Attualmente c'è una preferenza per le opere di piccole dimensioni e di accompagnamento, e per i servizi di salute primaria ai settori poveri.

Esiste, inoltre, una difficoltà crescente nella prestazione dei servizi secondo l'attuale modello neoliberale, che pone in crisi molte cliniche e policlinici cattolici della regione, costringendoli a cercare di auto sostenersi o a chiudere, se non ci riescono.

Negli ospedali dello Stato scorgono anche cappellani e volontari cattolici¹.

Illuminando la realtà

Nel *Vangelo di Matteo* (4,23) leggiamo che “Gesù andava attorno per tutta la Galilea, insegnando nelle loro sinagoghe e predicando la buona novella del regno e curando ogni sorta di malattie e di infermità nel popolo”. Vediamo quindi che Gesù si preoccupa non solo della salute dei singoli ma anche di quella di tutta la popolazione. Egli promuove la salute pubblica.

Formazione del cuore

L'ospedale è uno spazio d'azione e promozione della Pastorale della Salute² ed è importante che operi con organizzazioni sociali di base, leader di comunità, famiglie e associazioni di malati.

L'ospedale è una scuola di formazione per futuri professionisti sanitari. È importante anche che si responsabilizzi nel formare operatori pastorali, famiglie, ammalati e anche persone sane. È richiesta una “formazione del cuore” (*Deus caritas est*, 31a) e una salute preventiva.

Luogo privilegiato di evangelizzazione

Nel *Vangelo di Luca* (10,31), Gesù descrive due personaggi: un sacerdote e un levita che “passano oltre” di fronte a situazioni di dolore e di perdita della salute senza dare priorità alla persona nel bisogno.

Gli ospedali e le cliniche cattoliche devono tener presente che essi sono luoghi privilegiati di evangelizzazione, ove il personale sanitario dovrà distinguersi per una solida formazione umana, cristiana e sociale.

Sfide

Bisogna non passare oltre di fronte alle situazioni che vivono il malato e la sua famiglia, ma è necessario promuovere l'umanizzazione e il servizio integrale.

Nella gestione ospedaliera, gli aspetti umano e spirituale devono essere prioritari rispetto a quelli economico e amministrativo.

Quando esistono collaborazioni con istituzioni sanitarie governative, occorre “assicurare che l'obiezione di coscienza sia integrata nelle legislazioni e verificare che sia rispettata dalle amministrazioni pubbliche” (Documento di Aparecida 469 i).

Organizzazione della pastorale ospedaliera come parte della pastorale organica della diocesi e della pastorale della salute delle Conferenze Episcopali.

Non perdere di vista la profonda unità corporale, affettiva, intellettuale, spirituale, sociale e ambientale degli esseri umani³.

Una medicina che veda e serve la persona intera, una medicina che abbia al centro la persona.

Un sistema sanitario dal volto umano che promuova questa culturale nuova che tenga conto

della persona malata e anche di quella sana al fine di prevenire le malattie.

Organizzare e far parte dei comitati d'etica ospedaliera. Promuovere la conoscenza della bioetica a partire dai criteri del Magistero ecclesiale.

Umanizzazione

Individuale, mediante l'apertura a tutto ciò che aiuti a comprendere la persona, la sua interiorità, il suo mondo e la sua cultura.

Sociale, mediante l'impegno diretto di tutti gli operatori sanitari e pastorali volto a promuovere, ciascuno nel proprio ambito, condizioni idonee per la salute, migliorare le strutture, favorire la giusta distribuzione delle risorse sanitarie e far sì che la politica sanitaria abbia come fine il bene della persona umana.

La nuova evangelizzazione

Richiede la partecipazione di tutti i battezzati, nei diversi ambiti pastorali, inclusa una relazione fraterna con le altre chiese, gli organismi e i movimenti che lavorano nel vasto mondo della salute al fine di rendere realtà il messaggio di Gesù: “Sono venuto perché tutti abbiano vita, e vita in abbondanza”.

Note

¹ SE Mons. Carlos Aguilar Retes, Vescovo di Texcoco, Messico; Presidente del Consiglio Episcopale Latinoamericano, CELAM.

² Discípulos Misioneros en el Mundo de la Salud, Guía para la Pastoral de la Salud en América Latina y el Caribe, Consejo Episcopal Latinoamericano, 210, pág. 96 y 97.

³ *Dolentum Hominum* No. 76-2011. Caritas in veritatis. Per una cura della salute equa ed umana.

5. Europa

**S.E. MONS.
EDOARDO MENICHELLI**
Arcivescovo Metropolita
di Ancona-Osimo,
Assistente Ecclesiastico
Nazionale dell'A.M.C.I.
(Associazione Medici
Cattolici Italiani),
Italia

Il mio intervento si articolerà sotto tre sguardi.

Innanzitutto, in qualità di assistente nazionale dell'AMCI, mi soffermo sulla figura del medico e del medico cattolico in particolare, in un'Europa e un'Italia che appaiono sempre più secolarizzate.

1. Quale ruolo può e deve svolgere il medico cattolico all'interno delle strutture sanitarie?

Un breve sguardo sui Paesi europei. Come sappiamo le legislazioni appaiono sempre meno rispettose della vita umana, soprattutto nelle fasi iniziali e finali della stessa.

Ciò pone un problema serio di natura morale che va al di là delle singole leggi e che ripropone ancora una volta il conflitto tra norma giuridica e norma etica.

Il diritto che dovrebbe essere garanzia di moralità per il bene comune, stenta ad esserlo ancora, dal momento che sembra essersi messo a servizio non del bene comune, ma del bene individuale. Tale conflittualità, mentre nei tempi passati si riferiva ad eventi e leggi che hanno ottenuto poi l'unanime riprovazione della comunità (alludo, ovviamente, alle leggi razziali), oggi riguarda scelte esistenziali, quali l'aborto e l'eutanasia, che trovano un consenso sempre più ampio nella collettività soprattutto nei cosiddetti "casi estremi", come ad esempio il concepimento di un bambino affetto da patologie non curabili o una lunga fase terminale della vita. Questo non ci esime da due responsabilità.

Innanzitutto quella della *proximità educante* che, come credenti, siamo sempre chiamati a esercita-

re anche e, soprattutto nei confronti di chi sbaglia. Sarebbe un grave errore trasformare la Chiesa in un tribunale che affligge l'umanità sentenziandone la colpevolezza.

Il Vangelo è annuncio di verità e di grazia e, quindi, di misericordia.

Chi sbaglia deve trovare sempre in noi il volto misericordioso del Padre, non quello arcigno di un giudice. E poiché tali eventi si "consumano" a vario titolo in ambito sanitario dovranno essere proprio gli operatori sanitari a testimoniare la verità e la misericordia di Dio.

In secondo luogo, la pur doverosa enfasi sui problemi di inizio e fine vita, non deve farci trascurare ciò che c'è tra tale inizio e tale fine, cioè la vita nella sua integralità.

Purtroppo a volte, la nostra voce si leva alta solo nei confronti di questi problemi che, potremmo dire, ruotano intorno al V comandamento, trascurando le gravi transgressioni morali degli altri nove: pensiamo all'onestà sul lavoro, alla corruzione, alle tante e nuove forme di furto, al neo-razzismo travestito da etnocentrismo, alle politiche che non tengono nel debito conto la famiglia, agli irrisolti problemi dei giovani, alle tante e diversificate illegalità...

Cosa c'entrano i medici con tutto questo, potremmo chiederci?

C'entrano nella misura in cui essi custodiscono e vivono, come cittadini e professionisti la unitotalità del mistero della vita. Del resto in una delle versioni del giuramento di Ippocrate il medico promette "difenderò il malato da ogni cosa ingiusta".

2. E andiamo ora alla nostra Italia.

In questa prospettiva vorrei evidenziare tre punti che, a mio avviso appaiono di una certa urgenza.

a) L'identità cristiana rischia di non essere più motivante e illuminante.

Ciò avviene non a motivo delle accresciute e diverse presenze culturali, ma perché i credenti

non sanno più "rendere ragione della speranza che è in loro" come ricorda nella sua prima lettera Pietro (cfr. *1Pt 3,14-17*).

L'identità cristiana non teme in alcun modo il confronto culturale e religioso, né tantomeno il caderne nella omologazione. L'identità cristiana ha la forza per confrontarsi con le altre religioni, con un dialogo rispettoso, fruttuoso ed educante. Un luogo privilegiato di tale confronto è proprio l'ospedale o "il territorio sanitario" dal momento che, come appare evidente, oggi non tutti vanno in chiesa ma tutti passano dal tempio del dolore.

*b) La professionalità degli operatori sanitari risulta, ormai, parrossisticamente tecnicizzata e sempre più lontana da quella *humanitas* che è parte integrante della "ars curandi". Urge che al sapere, al saper fare, si unisca la terza componente della professionalità, cioè il "saper essere". È vero che si parla molto di "umanizzazione dell'assistenza", di "medicina narrativa", di *high tech and high touch* come dicono gli inglesi, cioè di alta tecnologia unita ad alta umanità, tuttavia dobbiamo constatare che tutto questo sembra non realizzato in modo capillare.*

c) La testimonianza operativa che richiede competenza, serietà, correttezza, presenza, dialogo e dono.

Questa testimonianza non è riservata al luogo (penso alle strutture sanitarie ecclesiastiche) quanto piuttosto alla persona, alla sua ricchezza vocazionale laicale che è propria del medico e di ogni laico: così dice il Concilio Vaticano II quando affida al laico "l'animazione cristiana dell'ordine temporale" (cfr. *Apostolicam Actuositatem* n. 7). Valgano per tutti le parole che Giuseppe Moscati, medico santo, rivolse alla capsula che gli chiedeva pressanteamente di recarsi in chiesa per una celebrazione religiosa. Di fronte alla sua insistenza il santo medico rispose: "Suora, Iddio si serve lavorando".

Inoltre questa testimonianza deve essere illuminata dalla speranza.

Come ricorda il nostro Santo Padre Benedetto XVI, nella sua enciclica *Spe salvi*, il cristiano è sempre e comunque uomo di speranza (cfr. *Spe salvi*, n. 31). Questa speranza che si nutre tangibilmente dei tanti, quotidiani e spesso misconosciuti esempi di umanità e santità, è particolarmente richiesta a quanti sono vicini al malato spesso ferito e tentato dalla “désespoir” (disperazione). Questa è sicura via, non solo di testimonianza, ma anche della santità del medico.

3. Mi si consenta ora il terzo sguardo che mi piace anche pensare come un nuovo grande compito nei confronti del quale, tutti e in particolare gli uomini e le donne che si ispirano al Vangelo e che

su di esso costruiscono le scelte di vita, debbono porre attenzione.

a) La nostra società occidentale, come si sa, è secolarizzata, economicizzata ed efficientista. Dentro questo cerchio, a mio modo di vedere, non può ricadere l’organizzazione sanitaria che non può essere sottoposta alla pura efficienza produttiva. Più una persona malata viene curata e recuperata alla società, più la società cresce. In questa prospettiva la spesa sanitaria non è mai una spesa inutile. Sembra assurdo che da qualche parte si voglia comunicare al paziente dimesso non solo le cure che hanno risolto il suo problema, ma anche il costo delle stesse. Occorre che l’Associazione dei medici cattolici si faccia voce di dissenso contro tutto ciò che vorrebbe rendere solo economicistico il recupero della salute.

b) Questo tema tocca anche le

strutture sanitarie che ricadono sotto l’autorità ecclesiastica o che comunque sono gestite da famiglie religiose.

Non entro specificatamente nel tema, ma penso che sarebbe di assoluta testimonianza, umana e cristiana, se si recuperasse il messaggio del capitolo 25 di San Matteo (le famose *Opere di Misericordia*) e anche il genio caritativo di alcuni santi fondatori che hanno visto nel malato la figura del Cristo sofferente.

Comprendo che il tema è delicato e che avrebbe necessità di approfondimenti al di fuori di questa assemblea: non posso tuttavia non ricordare a me stesso e a tutti loro che “la gratuità” e la “compartecipazione” darebbero nuova immagine alla “sanità” dei nostri giorni.

Con gratitudine per il vostro ascolto. ■

6. Oceania

**S.E. MONS.
DONALD SPROXTON**
Vescovo Ausiliare di Perth,
Vescovo Incaricato
di Pastorale della Salute,
Australia

Eccellenza, Reverendi Padri, fratelli e sorelle in Cristo, è una grande gioia essere con voi quest’oggi – in questo Anno della Fede per la Chiesa universale, e anno di grazia per la Chiesa in Australia, la Grande Terra del Sud dello Spirito Santo – per parlare del ruolo degli ospedali cattolici in un mondo che sta cambiando. Desidero inoltre ringraziare per la sua presenza Rowena McNally, Presidente del Consiglio di amministrazione responsabile di *Catholic Health Australia*, che si è unita a noi per questi importanti lavori.

In numerosi Paesi occidentali, gli ospedali cattolici – insieme con le scuole, l’assistenza agli

anziani e le organizzazioni cattoliche che operano nel campo dei servizi sociali – stanno ormai diventando il luogo ove si viene a contatto con la Chiesa. Poiché la società sta cambiando, e con essa sta cambiando anche l’adesione religiosa, i nostri ospedali, le nostre scuole e le nostre organizzazioni assistenziali diventano alcuni dei segni più visibili dell’amore di Cristo nella comunità.

Per la Chiesa in Australia, l’assistenza sanitaria – con una opzione preferenziale per i poveri, i deboli, i vulnerabili e gli emarginati – risale a più di 180 anni fa. E, a differenza di altre zone del mondo, il sistema sanitario cattolico è in crescita. Attorno alla fine del secolo scorso, in Australia c’erano 55 ospedali cattolici, ora ce ne sono 75. I nostri 550 servizi assistenziali per anziani aumentano rapidamente, in quanto noi, come la maggior parte del mondo, ci troviamo di fronte all’in-

vecchiamento della popolazione. I nostri servizi impiegano all’incirca 40.000 dipendenti, quasi tutti laici.

Questo è un aspetto di come, in un mondo che cambia e in cui meno donne, in particolare, entrano nella vita religiosa, si trasformi anche l’assistenza sanitaria cattolica. Mentre, solo pochi decenni fa, i nostri reparti ospedalieri erano pieni di suore che avevano scelto questo cammino per glorificare Dio, oggi è un gruppo impegnato di laici che porta avanti questa eredità, e lo fanno in un modo di cui quelle suore sono estremamente orgogliose e grata.

L’Ordine di San Giovanni di Dio, che ha prestato assistenza sanitaria in Australia Occidentale – il mio Paese natale – per quasi 120 anni, è un ottimo esempio di come le Suore di San Giovanni di Dio abbiano creato e gestito servizi sanitari per i bisognosi dopo il loro arrivo in un nuovo avam-

posto a migliaia di chilometri dai centri di Sydney e Melbourne.

Oggi, i leader sanitari laici dell'Ordine continuano la missione delle Suore e dei Fratelli di San Giovanni di Dio. Tra poche settimane inizieranno i lavori di un ospedale pubblico di 307 posti letto in una zona meno ricca di Perth, che funzionerà insieme ad un nuovo ospedale privato con 60 posti letto.

Durante una gara d'appalto istituita dal Governo dell'Australia Occidentale, diverse istituzioni che operano in campo sanitario si sono proposte come scelta migliore come partner governativi. I *Fatebenefratelli*, con la loro storia di assistenza ai bisognosi, sono stati davvero una buona scelta per un'area come il Midland, una zona in cui vivono – in una economia in forte espansione, come a Perth – alcune delle persone più svantaggiate. Essi hanno firmato un contratto di 23 anni con lo Stato per prendersi cura di quella comunità. Con l'apertura degli ospedali nel 2015, si creeranno un migliaio di nuovi posti di lavoro come parte dell'impatto positivo sugli abitanti di Perth.

Ciò che i *Fatebenefratelli* sono in grado di ottenere nell'Australia Occidentale è ciò che gli altri operatori sanitari cattolici fanno da decenni negli stati dell'Australia Orientale. Nei tre centri principali della costa orientale – Melbourne, Sydney e Brisbane – gli ospedali cattolici si sono affermati per l'assistenza da loro prestata e spesso è a loro che la gente ricorre quando ha bisogno di un medico.

Il 5% di tutti i posti letto pubblici in Australia appartengono a strutture cattoliche. Nel Territorio della Capitale Australiana, gli ospedali cattolici forniscono il 40% dei posti letto pubblici per una popolazione di circa 350.000 persone. Altrove, gli ospedali cattolici forniscono la maggior parte dei servizi di maternità, come ad esempio nei nostri ospedali specializzati di Brisbane. E, se vi uniamo i nostri rinomati ospedali privati, i servizi sanitari cattolici rappresentano un decimo di tutti i posti letto negli ospedali del Paese.

Oltre alla qualità delle cure, le nostre organizzazioni di assistenza sanitaria sono considerate an-

che partner di grande utilità, in quanto hanno dimostrato di fornire servizi a costi più convenienti rispetto a quelli gestiti dagli ospedali governativi. Nel caso del *St. John of God Midland Campus*, si prevede che il Governo dell'Australia Occidentale economizzerà 1,3 miliardi di dollari per tutta la durata del contratto, con un risparmio del 20% sulla spesa pubblica prevista.

Questo modello di ospedali finanziati con denaro pubblico e gestiti da organizzazioni cattoliche può, quindi, diventare sempre più comune. In effetti, il Governo dello stato più popoloso dell'Australia, il Nuovo Galles del Sud, ha trattato con le reti sanitarie cattoliche per vedere se, con bilanci statali molto limitati, possono andare oltre, coinvolgendo i servizi cattolici. La Chiesa in Australia è bene attrezzata per cooperare con tale modello.

Naturalmente, non tutte le persone che vivono in un mondo che sta cambiando – con la crescente influenza del secolarismo e dell'ateismo – sono sensibili a questo sistema. Come è stato osservato, nella società c'è chi si trova a disagio con l'idea che le organizzazioni che prestano assistenza sanitaria possano essere confessionali. Alcuni politici e gruppi di atei erano tra coloro che ritenevano che il rispetto costante della Chiesa per la vita fosse in qualche modo incompatibile con l'assistenza sanitaria pubblica. Secondo quanto da loro obiettato, solo un'organizzazione che fornisce un insieme completo di servizi dovrebbe essere in grado di gestire un ospedale pubblico. Essi, però, erano apparentemente ignari del fatto che praticamente nessun ospedale in Australia – pubblico o privato – offre, in realtà, tutti i servizi possibili.

È probabile che le altre organizzazioni cattoliche invitata a gestire gli ospedali pubblici in altre parti del Paese dovranno affrontare un'obiezione simile, ma siamo fiduciosi che tali voci rappresentino solo un piccolo settore della comunità. Le storie di successo degli ospedali pubblici cattolici in tutta l'Australia hanno dimostrato che il modello di partnership funziona. Un altro modo in cui il mon-

do sta cambiando e che incide sul ruolo degli ospedali cattolici è il cambiamento demografico, drastico e imminente, del Paese. Con i cosiddetti *Baby Boomers* che entreranno presto negli anni della pensione e i tassi di natalità che si aggirano attorno al livello di ricambio, la percentuale di anziani è destinata a crescere notevolmente e a mettere a dura prova le risorse del Paese.

Sono orgoglioso della leadership di *Catholic Health Australia*, che gestisce 550 servizi assistenziali per anziani, presenti in tutta la Nazione, in risposta alle implicazioni sanitarie conseguenti a questo cambiamento demografico. In realtà, il *Catholic Health Australia* è stato una voce di primo piano nella ricerca di riforme per gli anziani che permettesse agli australiani avanti con gli anni di godere del livello di cure, compassione e dignità che meritano, il tutto in un sistema finanziariamente sostenibile.

Come per altri aspetti delle cure della persona umana, le organizzazioni cattoliche hanno lavorato con particolare impegno per assicurare che eventuali proposte al vaglio del Governo Federale fossero esaminate in base al loro possibile impatto sui poveri, i deboli, i vulnerabili e gli emarginati tra i più anziani.

Una questione associata con l'invecchiamento della popolazione che l'Australia si trova ad affrontare, è chi si prenderà cura di queste persone man mano che avanzano negli anni.

Gli ospedali cattolici svolgono già un ruolo importante nella formazione dei medici e degli infermieri di domani, e nella preparazione pratica degli infermieri, in particolare. Alcuni ospedali cattolici già sostengono i nuovi medici nel tirocinio, mentre negli ultimi mesi, altri si sono detti disposti ad affrontare la mancanza di posti di formazione disponibili per laureati in medicina. Date le richieste di personale ospedaliero, sono necessarie idee creative sul modo migliore di offrire tale formazione, anche se esistono già dei piani formativi.

Ovviamente, però, l'assistenza sanitaria cattolica è qualcosa di più di un semplice prendersi cu-

ra del corpo di una persona. Essa riguarda anche la sua cura spirituale, e il mondo che cambia presenta delle sfide in questo ambito.

Come per il calo del numero di religiosi, l’Australia vive un calo anche nel numero dei sacerdoti diocesani. Da una prospettiva pastorale in ambito medico, ciò ovviamente presenta alcune implicazioni, più significative per quanto riguarda la cappellania e l’amministrazione dei sacramenti.

Mentre la Chiesa ha avuto la fortuna di trovare un certo numero di persone impegnate – alcune delle quali teologicamente formate – disposte a eseguire numerosi compiti pastorali svolti in precedenza dai ministri ordinati, ci sono chiare delimitazioni tra ciò che un sacerdote può fare e quello che invece può fare un laico. Soltanto i sacerdoti possono amministrare l’estrema unzione, a cui oggi la Chiesa più comunemente si riferisce come Unzione degli Infermi. E mentre i ministri straordinari possono offrire la Comunione alle persone malate e che non possono partecipare alla Messa, solo un sacerdote può celebrare l’Eucaristia per coloro che sono in grado di seguire la Messa nella cappella dell’ospedale o della struttura per anziani. Si tratta di un argomento che i Vescovi in Australia, e senza dubbio anche in altri Paesi, hanno ben presente.

Il mondo in mutazione porta anche ad un mix molto più diversificato dei pazienti e dei ricoverati negli ospedali cattolici e nelle strutture di assistenza per anziani. I giorni in cui la maggior parte dei pazienti erano cattolici o di un’altra denominazione cristiana sono sempre più un ricordo del passato. La straordinaria reputazione delle nostre strutture significa che persone di tutte le fedi, e anche senza fede, spesso ricorrono ad un ospedale cattolico per la cura – medica e personale – che sanno di ricevere. Per questo gli ospedali cattolici sono sovente alla ricerca di una collaborazione con i servizi di cappellania di altre chiese e confessioni al fine di garantire che i bisogni spirituali di ogni paziente o residente siano soddisfatti nel modo culturalmente più appropriato.

Qui possiamo ritrovare tanti dei principi sostenuti dai Padri Conciliari 50 anni fa, durante il Concilio Vaticano II. Quegli uomini si resero conto che il mondo stava cambiando e che la Chiesa poteva plasmare e illuminare questo stesso mondo con un maggiore impegno nei confronti della società e, in questo contesto, delle persone di un altro credo. Probabilmente 50 anni fa, era impensabile la presenza di un cappellano buddista o indù in un ospedale cattolico, ma questa è la realtà di oggi.

Cristo stesso ci ha mostrato la

via da percorrere nella parola del Buon Samaritano, che ha ispirato la *Dichiarazione di obiettivo comune* recentemente adottata dal *Catholic Health Australia*. Il ruolo di un ospedale o di un servizio per anziani di matrice cattolica è quello di vedere la donna nel bisogno, di vedere l’uomo che chiede aiuto, di essere il buon samaritano che li solleva da terra e che cerca di fornire loro il benessere fisico e spirituale.

Questa visione è condivisa dagli operatori sanitari cattolici di tutto il mondo, e siamo quindi favorevoli all’idea del Pontificio Consiglio di prendere in considerazione il ripristino di una federazione internazionale delle associazioni sanitarie cattoliche. Il modello del *Catholic Health Australia* si è dimostrato un incredibile successo, e noi crediamo che un gruppo internazionale possa costituire una valida rete operativa.

Così ci troviamo, in questo terzo Millennio, a rispondere alle sfide del tempo in maniera autenticamente cattolica. I nostri ospedali e le nostre strutture di assistenza per anziani sono fonte di grande orgoglio per i Vescovi dell’Australia, che si prendono cura delle persone che serviamo in un mondo che sta cambiando, ma che è ancora mosso da quanti portano avanti il lavoro compas-sionevole e amorevole di Gesù. ■

III. Spiritualità e Diaconia della Carità

La cappella dell'ospedale: un cuore pulsante della missione della Chiesa per gli infermi

FRA' RENÉ STOCKMAN, F.C.
*Superiore Generale
 dei Fratelli della Carità,
 Belgio*

Introduzione

Quando parliamo di un ospedale cattolico, una delle sue caratteristiche per antonomasia è la cura pastorale. Un ospedale cattolico che dovrebbe dedicarsi a prestare delle buone cure mediche e dovrebbe riuscirvi, senza prestare attenzione alla struttura pastorale, compie solo una parte della sua missione, e dovrebbe infatti esserci un segnale di insoddisfazione a tutti i livelli. Ciò si verifica nei paesi dove l'assistenza sanitaria è generalmente ben sviluppata e dove gli ospedali cattolici hanno la loro ragione di esistere oggi, oltre che nell'erogare terapie e cure di qualità che mettono il paziente in primo piano, anche e soprattutto nel prestare più attenzione a due aspetti, ovvero la cura pastorale e la politica medico-etica, orientata sull'etica cattolica. Gli ospedali cattolici, specialmente nei paesi occidentali, operano affrontando una concreta insidia. Essi devono infatti concentrarsi puramente su terapie ed assistenza sanitaria di qualità, resistere alla competizione con altri ospedali, perseverare nella ricerca di particolare attenzione per le cure ai poveri, da sempre questione delicata negli Stati Uniti e grazie alla quale essi riescono tutt'ora a creare un profilo di pregio. E tutto ciò lavoran-

do nella massima neutralità etica e confinando l'attività pastorale ai margini. Sta diventando sempre più difficile, in certi paesi, mantenere persino un profilo etico in conformità alle linee guida della morale cattolica. Bisogna avere il coraggio di andare controcorrente e, a volte, di azzuffarsi con il sistema legislativo, che è anche il finanziatore dell'assistenza sanitaria. Spesso non ci sono mezzi disponibili per la pastorale in un sistema sanitario sempre più determinato dal bilancio. In paesi che mancano ancora dell'erogazione di cure e dove la Chiesa continua ad avere un ruolo pionieristico per ciò che concerne la sanità, si applica la stessa massima: qui, l'ambito sanitario rappresenta un luogo preminente in cui la Chiesa può agire tramite un'assistenza pastorale ad hoc, piuttosto che limitarsi ad un mero sviluppo della stessa assistenza sanitaria.

Il titolo che io diedi agli organizzatori, "La Cappella dell'ospedale, cuore pulsante della missione della Chiesa per gli infermi", sebbene suonò un po' strano all'inizio – persino un po' allarmante – implica un'enorme sfida su cui desideriamo sviluppare questo contributo: come possiamo noi, in qualità di ospedale cattolico, continuare a creare lo spazio necessario per la pastorale, per essere presenti come un cuore pulsante?

1. Come possiamo descrivere la pastorale oggi?

Possiamo descrivere la pastorale come di ispirazione giudaico-

cristiana, cura esistenziale e spirituale per persone alla ricerca di un significato per la loro esistenza quotidiana e in lotta con le domande esistenziali ultime¹.

Questa definizione presenta già due punti di vista o prospettive a partire dai quali la pastorale può essere affrontata: il generale desiderio umano sul significato della vita e l'ispirazione giudaico-cristiana che cerca di fornire una risposta.

Da un lato, la pastorale può essere affrontata a partire dal generale desiderio umano per il significato della vita e l'esistenziale lotta contro le questioni ultime circa la vita. Le persone cercano sempre di dare alla loro esistenza e co-esistenza un significato e, in determinati momenti della vita, le persone iniziano esplicitamente a porsi domande sul significato della vita. Nella malattia e nella sofferenza, queste domande emergono con grande intensità, ed è importante che una persona possa trovare un'altra persona disposta ad ascoltare, allo scopo di dare sfogo a queste domande. Ciò riguarda chiaramente la dimensione esistenzialistica-spirituale della vita, che richiede un diretto e diverso approccio che – proprio come quello somatico, mentale e sociale – dovrebbe essere affrontato attraverso modi e punti di vista individuali. Conosciamo l'insidia della pastorale che consiste nell'ascoltare le questioni esistenziali e nel voler rispondere ad esse attraverso la psicoterapia. Le questioni esistenziali verranno analizzate in seguito. D'altro canto, la pastorale può essere affrontata

partendo dalla fede nel significato della vita malgrado ogni cosa, e attraverso i modi che ci sono offerti e attraverso la fede per cercare e continuare a cercare il significato in tutte le circostanze della vita. Le risposte offerte a questo generale desiderio umano dalla tradizione giudaico-cristiana e, in particolare, la teologia della salvezza che la religione cristiana ci propone, offrono una prospettiva personale che nessun'altra ideologia della vita può fornire. Le persone possono generosamente evincere da ciò il loro personale modo di agire circa le questioni esistenziali e trovare forza ed ispirazione nel liberatorio rapporto con Dio che è l'essenza.

La pastorale in un ospedale coinvolgerà sempre le due dimensioni: da un parte creare un clima e uno spazio effettivo per esprimere ed ascoltare le questioni sul significato della vita in situazioni che mettono in pericolo la vita stessa – malattia e sofferenza – e, d'altra parte, offrire risposte appropriate attraverso parole, simboli e rituali, senza imporle o meglio senza volerle negare. Sarà sempre lo stare vicino, in modo umile, senza essere dissuasi da questa umiltà o senza essere limitati, ad offrire, dire e, in particolare, a condividere la nostra fede.

2. Come possiamo sperimentare e vivere la pastorale oggi?

La pastorale inizia sempre da ciò che noi chiamiamo un'attitudine basilare pastorale: ascoltare umilmente le domande che nascono nella gente e poi, con profondo rispetto, far riferimento al contesto in cui vogliamo collocarle, nella speranza che le risposte possano aumentare e dare conforto alle persone.

La pastorale è divisa in diversi momenti, chiamate funzioni che hanno il loro stesso valore e che fanno parte di ciò che noi definiamo la pastorale. Bisogna affermare, inoltre, che la pastorale è certamente una disciplina separata dal contesto ospedaliero e, quindi, richiede un contesto individuale di persone specializzate; tutti gli operatori sanitari si aspettano di avere attenzione pastora-

le, e non è possibile che una persona malata faccia riferimento ad un altro operatore quando egli o ella pone domande più profonde. Dopo tutto, si sa che certi operatori sanitari trovano difficoltà ad affrontare questioni esistenziali, poiché esse toccano sempre l'esistenza stessa dell'operatore. Altri ritengono che, in qualità di operatore, bisogna arenarsi nella propria disciplina e non entrare mai in questioni riguardanti la fede in ragione della cosiddetta neutralità e distanza terapeutica che colui/colei che richiede assistenza sanitaria e l'assistente dovrebbero mantenere. Altri ancora si sentono in imbarazzo e non riescono semplicemente a trovare le parole per affrontare tali questioni, poiché ogni cosa che coinvolge l'esistenza e la fede non fa più parte del loro territorio di vita a causa del loro contesto fortemente secolarizzato. Quindi, quello che noi chiamiamo funzioni della pastorale viene applicato agli operatori pastorali specializzati nonché agli assistenti in quanto tali se questi ultimi desiderano continuare ad onorare l'idea secondo cui sono lì per l'uomo nella sua interezza, non solo per il suo corpo malato!

Nella pastorale, ogni cosa inizia dall'amorevole e rispettoso atto di presenza nei confronti degli infermi. Si ascolta la situazione in cui vive quotidianamente il paziente e si mostra la disponibilità a rimarginarvi su. Potremmo chiamare questa pastorale dell'incarnazione, la pastorale della quotidianità. Recentemente, è stata sviluppata al riguardo una nuova teoria che, a mio avviso, ben concorda con la riflessione sulla nostra pastorale: la teoria della presenza². Questa teoria, che si basa principalmente sulle persone con problemi mentali, concerne l'essere presenti lì per una persona, essere presenti nella quotidianità in modo attivo, ascoltando alacremente e prendendo seriamente quanto proposto da questa persona. Sarà sempre lì in qualità di assistente con il proprio background e la propria disciplina, sebbene questa, all'inizio, sia messa da parte. Non usa la propria conoscenza, la propria cornice teoretica e teologica di pensiero, ma ascolta semplicemente, trova il tempo per

il malato. Siamo, di nuovo, giunti a un punto molto intricato del nostro attuale sistema sanitario: molti assistenti non trovano più il tempo di ascoltare il malato. Conosco una casa di riposo per anziani dove gli assistenti hanno 9 minuti per assistere ogni paziente. Prova a farlo! Mi rendo conto di quanto sia difficile avere una conversazione tranquilla oggigiorno e non essere costantemente interrotti dai cellulari. Quando ero sull'autobus a Roma l'altro giorno, ho notato che quasi tutti stavano parlando, ma non fra di loro, erano tutti al telefono, ed io potevo sentire ogni cosa che veniva detta. Udii per caso un argomento sulla famiglia. Non c'è mai stato probabilmente un tempo per la comunicazione, realmente poche persone si ascoltano l'un l'altra. Certi ospedali sono diventati compagnie mediche, centri medici, dove tecnicamente viene fornita una buona assistenza sanitaria, ma dove ogni cosa è ridotta al trattamento più efficiente possibile della malattia e l'infermo come essere umano è a mala pena considerato. Sarà molto dura applicare questa teoria e praticare la pastorale negli stessi luoghi. Gli operatori della pastorale dovranno sperimentare i cosiddetti momenti del "rallentare", del relax, e dedicarsi solamente a visitare gli infermi, senza fare nulla. La *teoria della presenza* afferma, altresì, che non si dovrebbe agire da specialisti, ma semplicemente da esseri umani, da amici. Concetto abbastanza difficile da realizzare in un ambiente ospedaliero dove ognuno gode nel camminare con indosso il camice bianco o di altri colori e un cartellino per mostrare chiaramente ad amici e colleghi che si ha qualcosa da dire a livello professionale. A questo punto, la guida pastorale non dovrebbe essere una guida pastorale nel senso stretto del termine, bensì qualcuno che è incondizionatamente lì per l'altro, specializzato in eventi quotidiani, storie del momento, al fine di spianare la strada a una maggiore assistenza pastorale. Infine, la teoria della presenza afferma che bisognerebbe disporre di un programma aperto, che non si focalizzi direttamente sulla risoluzione dei problemi, ma sola-

mente sull'esserci per l'altro. E, quindi, la strada per il lavoro pastorale è spianata. Adesso è giunto il momento di approfondire: approfondire un determinato problema, una certa questione che richiede chiarimenti. È, inoltre, il momento in cui la guida pastorale può presentare la sua stessa formazione religiosa, pur sempre attenta a non formulare troppo velocemente risposte da dare all'altro. A questo punto, è importante ripetere quanto affermato dall'infermo al fine di rendere chiaro a lui o a lei che tu sei sulla stessa lunghezza d'onda. Il terreno della psicoterapia ci fornisce il termine "terapia", descritta dal rinomato psicoterapista Rogers come segue: "Il rapporto di assistenza è quello in cui il calore dell'accettazione e l'assenza di forme di coercizione o pressione personale del consulente sulla parte consente la massima espressione di sentimenti, attitudini e problemi da parte del terapeuta. In questa unica esperienza di libertà emotionale all'interno di un contesto ben definito, il paziente è libero di riconoscere e capire i suoi impulsi e i suoi modelli, siano essi positivi e negativi, come in nessun altro rapporto"². È un bene, pertanto, che gli operatori pastorali, nel loro tirocinio e nella loro formazione, imparino questa teoria della presenza e questa terapia come attitudini basilari al lavoro pastorale in quanto tale.

Non entriamo nell'ambito di una pastorale liturgica e catechetica al fine di mantenere il classico impegno che, invece, troverà il suo perché in un contesto ospedaliero. Ritengo più interessate dilungarsi sulle diverse funzioni della pastorale, ovvero guarigione, assistenza, consiglio e riconciliazione³. La funzione della guarigione della pastorale a dire il vero risale a Gesù, che per professione e pratica, agì come un guaritore. Le persone superano le loro sofferenze, le loro malattie, la loro paura mortale e vogliono sfogarsi e trovare conforto in una parola o in un gesto di un'altra persona che prova a capirli. Nella guarigione è importante per le persone esprimere le loro paure e ferite ed essere guidati nelle profondità delle stesse. Il consulente pastora-

le può, in tal caso, come parte integrante del suo tirocinio e della sua formazione, trovare supporto nel campo della psicoterapia e logoterapia senza bisogno di essere uno psicoterapista o un logoterapista. Ma ottenere le competenze necessarie per agire come guaritore.

A volte guarire non è possibile, ma lo è solo assistere e consolare. A questo punto, il consulente pastorale non può fare altro che stare con l'altro, tenerlo d'occhio, come un pastore, una guida, stargli vicino e offrire consolazione. È l'immagine degli amici di Giobbe che andarono da lui per offrirgli consolazione, sebbene fossero, in quell'occasione, più "lamentosi" consolatori. San Paolo ci incoraggia, attraverso la perseveranza e la consolazione, ad avere speranza (*Rm 15,4*). Consolazione e speranza appartengono l'uno all'altro: significa mantenere la speranza in situazioni difficili.

La Pastorale significa anche guidare, e noi stiamo parlando di guida spirituale offerta alla persona a partire da un determinato contesto, da una filosofia di vita nella speranza di trovare risposte a questioni esistenziali. La guida spirituale è sempre un discorso delicato: da un lato, qualcosa che dovrebbe essere offerto, e dall'altro che non dovrebbe essere imposto. Bisognerebbe essere più di uno specchio riflettente, ed essere sempre prudenti per non iniziare a pensare per l'altro e finire, così, per deludere l'altra persona. Possiamo usare, probabilmente, l'immagine del rapporto tra il Padre ed il Figlio tratta dal Nuovo Testamento: come Gesù fa sempre riferimento al Padre per conoscere la Sua Volontà, così egli giunge a decisioni da solo e li realizza. Questo è l'ideale della guida: offrire, ascoltare, crescere e decidere. Il consulente pastorale dovrebbe essere il 'fratello' o la 'sorella' dell'infermo, non l'uomo o la donna che sa ogni cosa, ma colui che ispira fiducia, che sa ascoltare e dare spazio, che è affidabile e che sostiene ciò che egli o ella afferma, una persona a cui fare riferimento, o meglio, un persona con cui identificarsi.

Infine, la pastorale significa riconciliare. Le persone diventano

estranei a loro stessi, agli altri, a Dio. È la frattura presente in ogni essere umano, perché siamo dominati dal peccato. Nelle situazioni di malattia e grave sofferenza, ci si sente a pezzi. Ogni senso di integrità ed unità è perduta. A quel punto, si tratta di aiutare le persone e di venire a patti con se stessi, con gli altri, con Dio. Questo è il lavoro della riconciliazione: essere capaci di riconciliarsi ancora una volta con un corpo malato, riconciliare rapporti falliti da tempo, essere capaci di scoprire Dio di nuovo come un Padre misericordioso che è lì con la sua clemenza, etc.

Guarigione, assistenza, guida e riconciliazione: questo è ciò che potremmo definire il quadrifoglio della pastorale, di cui essa avrà sempre bisogno.

Altri approfondimenti sulla pastorale sono certamente possibili, ma a causa dell'esiguo tempo a nostra disposizione e prendendo in considerazione il tema in quanto tale, non possiamo dilungarci ulteriormente sull'argomento.

Ciò che possiamo fare, è fare riferimento all'abbondante letteratura disponibile al riguardo.

E, quindi, arriviamo alla domanda finale.

3. Quale spazio possiamo e dobbiamo dare all'aspetto religioso in quanto tale nella nostra pastorale?

La pastorale significa molto di più ed è diversa dal lavoro sociale o dalla psicoterapia, anche se il lavoro sociale e la psicoterapia saranno sempre coinvolti. Così come abbiamo detto nella nostra definizione, la pastorale implicherà domande esistenziali che dovranno individuare un contesto religioso in cui trovare risposta. E questo contesto religioso dovrebbe essere offerto attraverso la pastorale.

Mi piacerebbe formulare due osservazioni al riguardo.

In primo luogo, sulla persona dell'assistente pastorale. Lavorare nell'ambito della pastorale richiede una spiritualità individuale. Coloro che veramente desiderano essere un pastore per un paziente in fin di vita non saranno mai

capaci di esserlo se non sono in grado di affrontare la loro stessa morte e di affrontare questa inevitabile realtà in modo cristiano. La pastorale esige un rinnovamento costante ed una profonda vita spirituale, una vita di preghiera per essere capaci invero di essere quel guaritore, quella guida e quel conciliatore. La domanda principale è: in qualità di operatore pastorale, come ottengo la forza di essere come San Paolo che, attraverso tutte le prove e le tribolazioni, rimane un uomo integro grazie alla fede ferma in Cristo? La pastorale e la spiritualità possono, quindi, non essere mai separate l'una dall'altra, e oltre alle diverse competenze che ognuno deve avere e che è possibile ottenere attraverso il tirocinio e la formazione, il più grande bisogno nella pastorale rimane lo sviluppo della propria spiritualità. Su questo tema, Nouwen affermò: "La pastorale non è un lavoro da svolgere dalle 9 alle 17; è essenzialmente uno stile di vita. Ai nostri giorni, si assiste a una grande fame di nuova spiritualità che esiste in una nuova esperienza di Dio nella nostra stessa vita. Pregare diventa vivere; la preghiera e la pastorale convergono e non possono essere mai separate"⁴. Ciò che è particolarmente vero per il consulente pastorale dovrebbe esserlo anche per ogni operatore in un ospedale Cattolico: l'attenzione che egli o ella dovrebbe avere per la sua stessa vita spirituale per essere in grado di avere a che fare con la sofferenza di ogni giorno senza lasciarsi andare o cadere nell'indifferenza. Curare l'infermo rimane una vocazione per l'altro, e proprio come ogni altra vocazione, può solo crescere se alimentata da una vita spirituale.

In secondo luogo, un breve cenno sull'offerta della fede all'interno di un rapporto pastorale. La fede non può mai essere imposta – siamo tutti concordi nel ritennero – ma non siamo troppo imbarazzati nel constatare ai giorni nostri che la fede è a mala pena discussa, anche in un rapporto pastorale? È come se fossimo rimasti bloccati su un lavoro preli-

minare, non raggiungendo mai il reale compito. In altre parole, dovranno mantenere la ricchezza della nostra fede e la straordinaria potenza che la fede emana nei momenti di malattia e sofferenza delle persone: non è questo il fiore più bello che può fiorire, la terapia più particolare da offrire in un ospedale cattolico? Il Cristianesimo ha offerto modelli esemplari di persone che, proprio a partire dalla loro fede, furono capaci di dare alla loro malattia, alla loro sofferenza e alla morte un profondo significato. Rimango sempre colpito da come i giovani, come ad esempio Chiara Badano, sperimentino la crescita spirituale nella loro sofferenza, vista come un semplice atto d'amore, considerando loro stessi compagni di salvezza sulla croce del Signore. Il Beato Papa Giovanni Paolo II ne fu un grande esempio per molte persone. Durante la sua vita e, in particolare, durante il suo pontificato, egli sperimentò un periodo di grande sofferenza, di cui parlò nella sua enciclica *Salvifici Doloris*. In essa, il pontefice prova a descrivere il significato cristiano della sofferenza in un modo eccezionale. Questa enciclica dovrebbe essere una lettura da richiedere a chiunque lavori in un ospedale cattolico, ed è forse il compito degli operatori della pastorale guidare i loro collaboratori in ciò. Comunque, è principalmente nel periodo della sua malattia e durante il lungo periodo di sofferenza che egli scrisse un'enciclica senza parole, così come splendidamente espresso nel libro *Let Me Go to the Father's House*, arricchito della potente testimonianza del Cardinale Dziwisz⁵. In riferimento all'attentato del 31 Maggio 1981, Papa Giovanni Paolo II, alla fine del suo libro *Memory and Identity*, scrisse quanto segue: "La sofferenza di Dio Crocifisso non è soltanto una forma di sofferenza accanto alle altre... Cristo, soffrendo per tutti noi, ha conferito un nuovo senso alla sofferenza, l'ha introdotta in una nuova dimensione, in un nuovo ordine: quello dell'amore. La passione di Cristo sulla croce ha dato

un senso radicalmente nuovo alla sofferenza, l'ha trasformata dal di dentro. È la sofferenza che brucia e consuma il male con la fiamma dell'amore. Ogni sofferenza umana, ogni dolore, ogni infermità racchiude una promessa di salvezza; il male esiste nel mondo anche per risvegliare in noi l'amore, che è dono di sé in un generoso e disinteressato servizio a chi è visitato dalla sofferenza"⁶. In riferimento a questo testo, Papa Benedetto XVI, nel messaggio di Natale rivolto alla Curia e pronunciato nel 2005, affermò: "Dobbiamo anche fare di tutto perché gli uomini possano scoprire il senso della sofferenza, per essere così in grado di accettare la propria sofferenza e unirla alla sofferenza di Cristo"⁷. Il misticismo della croce non è un misticismo da quattro soldi, ma richiede esattamente di scandagliare l'essenza della nostra stessa fede, ovvero che Gesù divenne uomo per consegnarsi a noi attraverso la sua sofferenza e che questa opera di salvezza continua oggi, e rende possibile mettere la nostra stessa sofferenza sulla croce con Gesù. La pastorale può, dunque, essere il luogo in cui questa grande prospettiva – chiamiamola gioia – può essere condivisa. Lascia che la cappella dell'ospedale continui ad essere un luogo aperto in cui il malato, le loro famiglie e i loro consulenti possono essere con il Signore in preghiera e ricevere l'unica vera consolazione. Sì, la cappella come il cuore pulsante della missione della Chiesa per gli infermi. ■

Note

¹ HEITINK, G., *Pastorale zorg: theologie, differentiatie, praktijk*. Kampen, Kok, 1998, p. 41.

² BAART, ANDRIES, *Een beknopte schets van de presentietheorie*. Onuitgegeven tekst 2010, pp. 4.

³ HEITINK, GERBEN, *Pastoraat als hulpverlener*. Kampen, Kok, 1979, pp. 412.

⁴ NOUWEN, HENRI, *Pastoraat en spiritualiteit*. Tielt, Lannoo, 2010, pp. 349.

⁵ DZIWISZ, STANISLAW, a.o., *Let me go to the Father's house*. Boston, Pauline, 2006, p. 33.

⁶ JOHN PAUL II, *Memory and Identity*. Weidenfeld and Nicolson, 2005, p. 189.

⁷ L'Osservatore Romano, December 23, 2005, p. 4.

Vocazione alla vita consacrata e testimonianza carismatica nei luoghi di cura

**MADRE LAURA BIONDO,
F.S.C.**

Superiora Generale,
Istituto delle Figlie
di San Camillo,
Italia

Questo contributo vuole essere un apporto alla riflessione sul modo di testimoniare il carisma camilliano nei luoghi di cura, oggi. Si tratta di richiamare il senso del "carisma" della Vita Consacrata camilliana, e quindi dire come le Religiose camilliane sono chiamate ad esprimere oggi nei luoghi di cura, in una società secolarizzata. I due punti da raccordare sono il "carisma" camilliano e il mondo della salute di oggi.

Tutti i carismi della Chiesa nascono dal cuore di Dio che "chiama" alcuni suoi figli e figlie ad esprimere qualcosa della sua "cura" per l'umanità. La missione perciò che scaturisce dal carisma ha origine in Dio e la persona è chiamata ad accogliere e assimilare il sentimento di Dio e "testimoniarlo", ossia esprimere, attuarlo nei confronti dei destinatari della missione.

Il progresso tecnico scientifico applicato alla medicina, in questi ultimi decenni ha fatto passi da gigante. La medicina scientifica ha ampliato il concetto di "salute-malattia", vedendolo articolato su una pluralità di dimensioni: organica, psichica, sociale e spirituale. Sicché si parla ormai di medicina olistica o psicosomatica, che comprende quindi la globalità della persona umana. È il soggetto umano nella sua interezza è nel "mal-essere" e non soltanto una sua dimensione.

Tuttavia a tale progresso non ha corrisposto un'adeguata attenzione alla dimensione propriamente umana del malato. Il punto critico della medicina occidentale oggi sta, appunto, nella scarsa "umanizzazione". Gli operatori sanitari, oggi più che mai, "non hanno

tempo" di ascoltare il malato più di tanto... Molto si parla e si scrive su questo fenomeno, ma ancora deboli sono i rimedi.

In questo intervento, partendo dall'esperienza dell'Istituto delle figlie di San Camillo, mi limiterò a proporre qualche spunto di riflessione sul contributo specifico che la Vita Consacrata, chiamata a prendersi cura degli ammalati, offre nel processo di "umanizzazione" dell'arte medica e infermieristica di oggi.

Se tutti gli operatori sanitari, credenti e non credenti, sono sollecitati ad accrescere l'attenzione a questo fattore, quale potrà essere il tipo di "umanizzazione" che offre chi è "consacrato" attraverso una professione di vita religiosa, a questo servizio? Qual è il "proprium" di umanizzazione che proviene dalla persona "consacrata"?

Parlando della professione religiosa il Concilio Ecumenico Vaticano II afferma esplicitamente che il fedele che con voto si "obbliga all'osservanza dei tre predetti consigli evangelici, egli si dona totalmente a Dio sommamente amato, così da essere con nuovo e speciale titolo destinato al servizio e all'onore di Dio [...] e viene consacrato più intimamente al servizio di Dio" (*LG* 44a). La vita religiosa, dunque, nella sua essenza è un donarsi totalmente a Dio e dedicarsi pienamente al suo servizio. Nel *Perfectae caritatis* si ribadisce lo stesso concetto: "La vita religiosa è innanzitutto ordinata a far sì che i suoi membri seguano Cristo e si uniscano a Dio con la professione dei consigli evangelici" (n. 2e). "I membri di qualsiasi Istituto ricordino anzitutto di aver risposto alla divina chiamata con la professione dei consigli evangelici, in modo che essi, non solo morti al peccato, ma rinunziando anche al mondo, vivano per Dio solo. Tutta la loro vita, infatti, è stata posta al servizio di Dio" (n. 5a).

Dialogo e umanizzazione

Oggi le scienze del linguaggio hanno dimostrato quanto la "umanizzazione" dell'individuo dipenda dalla comunicazione interpersonale. L'io prende coscienza della propria identità davanti ad un "tu". È l'altro/l'altra che sveglia l'autocoscienza dell'io. Ciò avviene appunto nell'incontro attraverso *l'ascolto e la parola*. Per tale via si scopre che la struttura antropologica del soggetto umano è "dialogica". Il bambino cresce e matura la sua identità attraverso il rapporto con la mamma, con il papà, con gli altri membri della famiglia.

Ma ciò vale, in maniera diversa, anche dell'adulto: è solo la "compagnia", la frequentazione degli altri, la partecipazione alla vita comunitaria e sociale che consente all'uomo di maturare nella percezione del sé, che gli consente anche di conoscere e sviluppare le sue potenzialità. La chiusura su se stessi è quanto c'è di più deleterio per lo sviluppo e il mantenimento d'una personalità adulta, matura, capace d'inserirsi in maniera costruttiva nel tessuto della vita umana.

Il dialogo con la persona inferma

Ci sono però circostanze della vita che possono impedire o comunque ostacolare questo dinamismo di comunicazione. Situazioni nelle quali l'individuo rischia di tornare a chiudersi dentro di sé. Le ragioni possono essere le più varie – solitudine, isolamento forzato, emarginazione, insuccessi, problemi psichici o neurologici, disgrazie, lutti, ecc. Anche la malattia organica provoca ripiegamenti egocentrici, per il semplice fatto, direbbero certi studiosi della fenomenologia, che essa "chiama all'attenzione", ossia ad essere "attenti a sé", per potersi curare. Ogni patologia d'una

certa gravità tende a deteriorare profondamente lo spazio interiore del soggetto. Tutto diventa problematico, confuso. Il futuro pare sbarrato, né si riesce a progettare qualcosa. È tutto un turbinio di pensieri, di preoccupazioni, di paure che si abbattono sull'individuo. I "perché" si susseguono, l'angoscia può invadere l'anima, l'insicurezza proietta la vita verso un vuoto di senso...

Come reagire, come rispondere, da parte di chi è chiamato a "prendersi cura" di questa persona? Qui si vede chiaramente che l'atto medico o infermieristico non può ridursi alla prestazione sanitaria. Perché, come ho già accennato, la malattia altera la persona umana nella sua interezza: corpo e spirito, dimensione organica e dimensione psichica, relazionale, spirituale.

Forse il richiamo al comportamento di una mamma con il suo piccolo può aiutare a capire: il neonato, dicono gli esperti, dispone di un apparato predisposto per la messa a punto della visione e comprensione della realtà esterna, ma da solo è inadeguato ad attuarlo, necessita della mediazione empatica della madre. Essa sa accogliere le esigenze del bambino e rispondervi adeguatamente.

Non accade qualcosa di simile anche all'adulto quando è agitato e preoccupato, quando una grave paura o una malattia seria incombe su di lui e avverte prepotente il bisogno di confidarsi, né sempre riesce ad esprimersi correttamente? In tal caso l'altro, *se davvero l'ascolta* – cioè accoglie quello stato d'animo, quelle apprensioni, né si affretta a voler per forza capire e a capire tutto, né lo blocca con un giudizio, con una sentenza che ha la pretesa d'una interpretazione esatta – in tal caso l'altro, dicevo, costituisce una sorta di "cassa di risonanza" che contiene la folla d'emozioni, di sentimenti, di paure che hanno invaso l'animo del sofferente. E questi, pian piano, un po' s'acquieta: quell'ascolto gli ha consentito di organizzare in forma nuova le sue emozioni, il suo mondo interiore, aprendolo ad un futuro di senso e di speranza. Proviamo ad applicare questo meccanismo altamente umanizzante alla fede cristiana.

Il dialogo nella fede cristiana

In che modo questo processo può esser letto nella fede cristiana? Come si esprime nel credente, in chi vive la fede cristiana da "persona consacrata"? In che modo risponde alla sua "vocazione" di "testimoniare la sua identità carismatica"?

Ovviamente la prima risposta è che Dio stesso educa il discepolo al dialogo: Dio parla e l'uomo ascolta, e viceversa. È l'imperativo centrale della Bibbia: "Ascolta, Israele!". Nel Nuovo Testamento il discepolo di Gesù è descritto come "*uditore della parola*" (*Rm 1,5; 15,18; 16,26*). "Tutta la Scrittura è utile per insegnare, convincere, educare..." (*2Tm 3,16*). I carismi, che sono costitutivi dei vari Istituti religiosi, sono "esperienze dello Spirito" (*Mutuae relationes* n.11) che fanno incontrare Cristo "o mentre contempla sul monte, o annunzia il regno di Dio, o risana i malati..." (*Lumen gentium* n. 46). Rintracciando nei testi della rivelazione quel determinato volto di Cristo che esprime la caratteristica del proprio Istituto, la persona consacrata assimila quei sentimenti del Signore che esprime poi nell'esercizio della sua missione.

Tenere in evidenza questa verità e di importanza fondamentale. Per una scelta del genere non c'è altra giustificazione che Dio e il suo Cristo. In caso contrario ogni qualvolta ci si viene a trovare di fronte a qualche cambiamento importante, a qualche deficienza organizzativa, a qualche limitazione dovuta alla insufficienza o alla rigidezza delle strutture, e, magari, a qualche obbedienza particolare (vedi una figlia di S. Camillo che, invece di una corsia di ospedale ha come luogo di "lavoro" la stanza dell'economato; o un "missionario" inviato in una casa di formazione; o un "eremita" nominato procuratore!), si entra in crisi e si mette in discussione la vocazione stessa. "Noi vorremmo", dice Paolo VI ad un gruppo di suore, che voi portaste ai quattro angoli del mondo la convinzione che una professione religiosa impegnà ad un livello di tale profondità, che i cambiamenti di strutture, di attività, non hanno che una impor-

tanza relativa, quand'anche se ne avesse a soffrire. L'essenziale è di conservare una coscienza vivissima dell'appello di Cristo che sceglie egli stesso i suoi amici".

La vocazione religiosa nasce da un incontro così intimo e personale con Dio e con il suo Cristo, che l'anima ne resta rapita. Si ripete lo schema dell'innamoramento: il fedele si sente preso in un modo così profondo che non può far altro che aderire a *Lui solo* e rinunciare, quindi, a tutto il resto (*VC 19*). Come l'innamorato dice alla sua amata: "tu sei la mia vita", così il chiamato sente di poter ripetere nel modo più pieno le parole di Paolo: "per me vivere è Cristo" (*Fil 1,21*). Propriamente parlando non si rinuncia a beni così preziosi e necessari per essere più disponibili ad una determinata attività, per quanto nobile essa sia, ma è perché si è rinunciato che si è più disponibili, e si è rinunciato perché chiamati e presi da Cristo. La rinuncia a tutto il resto non è che una conseguenza della esperienza diretta di Dio, della conversione totale a Lui. Lo si vive nella fede, nella speranza, nell'amore, come possesso supremo, come destino supremo.

La Suora camilliana sa bene che il nucleo centrale della sua identità carismatica sta nel "testimoniare l'amore misericordioso di Cristo"¹ verso coloro dei quali è "chiamata a prendersi cura". Si noti l'affermazione: "*testimoniare l'amore misericordioso di Cristo*": essa deve testimoniare e attualizzare l'amore di un Altro, di Gesù Cristo. Il "carisma" infatti è "dono" che viene da un Altro. A chi lo riceve è chiesto di accogliere e assimilare il sentimento di un Altro, cioè di Gesù Cristo.

Il "*proprium*" quindi dell'aiuto che la Suora deve offrire alla persona inferma sta nell'esprimere, nel testimoniare il coinvolgimento di Dio, di Gesù Cristo in questo prendersi cura. Non è casuale che l'apostolo Paolo, parlando della "consolazione" che deve offrire il discepolo di Gesù, dichiari con forza che si tratta di "*consolare chi è in ogni genere di afflizione, con la consolazione con cui egli stesso è stato consolato da Dio*" (*2Co 1,3-4*). È dunque quel tipo di "consolazione" che la persona

consacrata sperimenta nel suo incontro con Dio che ora deve riversare su coloro dei quali è chiamata a prendersi cura.

Ma si badi bene, questo riferimento all'agire di Dio, non significa la negazione di quanto le scienze umane ci hanno detto. Piuttosto lo presuppone: il dinamismo dialogico illustrato dalle scienze umane, va integrato nel dinamismo teologale. Ed è proprio di quel dinamismo umano che Dio "ha bisogno" perché il suo aiuto possa raggiungere la persona inferma. Dio agisce attraverso la mediazione di chi si prende cura dell'altro. Il credente "sa" questa verità, a differenza magari di chi non crede o non ci pensa... Tanto più lo "sa" la persona consacrata: essa è consapevole del "tesoro" dell'operare di Dio che essa porta in sé, nel suo "vaso di argilla" (2Co 4,7), ossia nella sua fragilità e debolezza, nella povertà del linguaggio umano. La fede le attesta e la assicura di questo misterioso operare di Dio in lei. Ed essa ne fa esperienza nei tempi di preghiera e di contemplazione per trasmetterlo poi nell'esercizio della sua missione.

Se infatti nella Bibbia c'è un'affermazione riguardo alla "cura" della malattia, è appunto la dichiarazione già anticostamentaria che Dio è "il Signore che guarisce"², che "si prende cura"³: guarigione e cura vengono da Dio, il quale si serve di mediatori e mediatici, sia uomini che donne "di Dio" (profeti) e sia "medici" come è detto nei libri storici e sapienziali⁴.

Nel Nuovo Testamento Gesù è presentato anche come il *terapeuta*. Se le guarigioni sono considerate, nei vangeli, come "miracoli", "opere potenti" e dimostrano quindi la verità del suo messaggio e della sua divinità, in effetti sono anche *segni della sua misericordia e compassione, segni della sua premura e tenerezza verso l'umanità dolente*. Questo significa, annota un eminente esegeta che i suoi gesti di cura "hanno un legame più intimo con il Regno di Dio", cioè con la presenza, in lui, dell'agire salvifico e misericordioso di Dio⁵. L'uso più frequente, nei vangeli, del termine *terapeuein* (curare) rispetto a *iasthai*

(guarire) a giudizio di molti esegeti vuol dire che Gesù oltre e più ancora del "guarire", si è "preso cura, ha curato, ha servito e onorato" le persone inferme.

L'insistenza dei vangeli sul ministero di cura e di guarigione di Gesù, fa capire l'importanza che la sua dedizione ha per affermare la presenza del Regno di Dio nel mondo. E dunque l'esegeta ora citato può aggiungere: "tutte le persone consurate che operano nel mondo della salute vi possono trovare ispirazione e incoraggiamento"⁶.

La "*con-passione*" che Gesù durante la sua vita pubblica dimostra verso i malati e i sofferenti, raggiunge poi il vertice quando Gesù stesso è "nella sofferenza", ossia nella sua passione. La "preghiera sacerdotale" che leggiamo nel vangelo di Giovanni (17,1-26), rivela che Gesù ha visto la sua passione come consacrazione: "*per loro io consacro me stesso*" (17,19), ossia mi metto "a disposizione dell'amore del Padre per amare fino alla fine" (Gv 13,1), che vuol dire: fino a dare la vita per loro (Gv 15,13). Ed è questo il motivo che giustifica, per noi Religiose camilliane, la professione del "IV voto": servire i malati "anche con rischio della vita"⁷.

Ciò è possibile solo e in quanto la Suora assimila davvero quest'atteggiamento di Cristo che porta a vedere "Cristo presente nella persona inferma" – "*l'ave-te fatto a me*" (Mt 25,36.40) – e "Cristo presente" in colei che presta il servizio nel suo nome (Lc 10,29-37)⁸.

Come non esiste la vocazione cristiana in astratto, ma solo concretamente incarnata nella vocazione specifica personale; così non esiste vocazione religiosa se non concretamente incarnata in un carisma congregazionale che, a sua volta ciascuno vivrà personalmente.

Ma anche il carisma congregazionale avrà come contenuto proprio e centrale non un particolare stile di vita fondato su determinate virtù oppure un servizio particolare da compiere, ma *la persona di Cristo*. Se così non fosse non sarebbe una vocazione cristiana che è sempre una chiamata a vivere di Cristo per diventare

, come lui, figli, e così partecipare la vita trinitaria.

Il Concilio ci aiuta a capire il carisma specifico di un Istituto quando, riprendendo un pensiero già espresso da Pio XII nella encyclica *Mystici Corporis*, afferma: "I religiosi pongano ogni cura, affinché per loro mezzo la Chiesa abbia *ogni giorno meglio da presentare Cristo* ai fedeli e agli infedeli, o mentre Egli contempla sul monte, o annunzia il regno di Dio alle turbe, o risana i malati e i feriti e converte a miglior vita i peccatori, o benedice i fanciulli e fa del bene a tutti, e sempre obbedisce alla volontà del Padre che lo ha mandato" (LG 46 a).

Da queste parole si deduce facilmente che il carisma di un istituto non consiste semplicemente nel compiere certe determinate opere, ma nel *ripresentare Cristo che le compie*. Si tratta, dunque, di una particolare conformazione a Cristo che vive un qualche aspetto della sua missione. Si tratta, in altri termini, di conformarsi a Cristo che in castità, povertà, obbedienza, predica il Vangelo, converte i peccatori, accoglie i bambini, cura i malati, ecc... S. Camillo non abbraccia la carità, ma Cristo nel malato; S. Francesco non abbraccia la povertà, ma Cristo povero; S. Domenico non abbraccia la predicazione, ma Cristo che predica. Tutti i cosiddetti Santi della Carità sono stati conquistati da Cristo che si è mostrato loro in quel determinato atteggiamento di servizio, se ne sono innamorati, si sono conformati a lui e hanno continuato a mostrarlo presente nella storia, o meglio, Cristo attraverso di loro ha continuato a rendersi visibilmente presente.

Ne segue che non basta avere una particolare inclinazione a compiere un determinato servizio umanitario, ad esempio la cura degli infermi, per parlare di vocazione camilliana. Bisogna che ci sia una particolare attrazione di Cristo e verso Cristo, innanzitutto.

Ma non basta nemmeno che sia presente la chiamata a vivere in castità povertà obbedienza come Gesù, per poter parlare di vocazione camilliana. È necessario anche incontrare e partecipare Gesù nell'atteggiamento di compassio-

ne e dedizione verso gli infermi. Chi non partecipa questo, forse può avere vocazione per un altro istituto, ma non per le Figlie di S. Camillo. È questo modo di amare di Gesù (la compassione!) che la Figlia di S. Camillo deve partecipare e, poi, trasmettere al malato. Rimane vero che ella deve saper vedere Gesù nell'altro, ma è soprattutto vero che ella deve andare con l'amore di Gesù all'altro. Di questo amore deve sentirsi portatrice. Ma questo potrà farlo solo se lo riceve da Lui attraverso una profonda comunione personale. Capire questo è fondamentale. Prima che servire Gesù malato nell'altro, è necessario portare Gesù misericordioso all'altro. È questo, in fondo, il contenuto proprio della sua missione: portare Gesù e farlo conoscere come amore misericordioso. E per far questo è necessario essersi conformati, quasi identificati con Lui.

Se viene a mancare questo, almeno come desiderio profondo del cuore, si potrà, forse, essere brave infermiere, ma non vere Figlie di S. Camillo.

È importante non confondere l'attività, nobile e importante, come la cura degli infermi, con il carisma dell'istituto. Uno può avere delle doti che lo rendono particolarmente adatto a compiere la professione di infermiere, ma questo non significa che abbia la vocazione camilliana. Alla base di tutto ci deve essere la conformazione a Cristo misericordioso e la passione a renderlo oggi visibilmente presente nella storia.

A questo punto sarebbe da aprire un nuovo paragrafo per rispondere alla domanda: *come rendere il "luogo di cura" spazio di "testimonianza del carisma dell'Istituto" là dove, insieme con le Religiose, operano anche laici, credenti o non?...* In tale contesto infatti di-

viene più difficile esprimere la "logica" propria della testimonianza della Vita Consacrata, che è la *gratuità*. Oggi il mondo sanitario diviene sempre più complesso e richiede competenze specifiche e un alto numero di operatori sanitari che le Religiose da sole non sempre possono sostenere... Ma questo è, appunto, un altro capitolo che non è possibile sviluppare in questo intervento. ■

Note

¹ Costituzione delle Suore Figlie di San Camillo, art. 1.

² Es 16,21; Sl 103,3; 107,20; Tb 5,4.

³ Sl 8,5; 144,3; Gb 7,17-18; Eb 2,6-9.

⁴ 2Re 1,1-17; 20,1-7; 5,1-19; Sir 1-15.

⁵ A.VANHOYE, *Vita consacrata sanitaria*, in: AA.VV., *Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria*, Ed.Camilliane, Torino 1997, p. 1391.

⁶ Id., p. 1392.

⁷ Costituzioni delle Suore Figlie di san Camillo, art. 12.

⁸ Id., art. 13.

L'assistenza domiciliare per i malati

**DOTT.
KONSTANTY RADZIWILL**
Presidente del
Comitato Permanente
dei Medici Europei (CPME),
Polonia

Anzitutto vorrei esprimere il mio ringraziamento per avermi invitato a questa Conferenza. È un grande onore e un privilegio per me e per la mia organizzazione. È anche una sfida importante in quanto, in qualità di rappresentante del Comitato Permanente dei Medici Europei (CPME), associazione europea che raggruppa le organizzazioni mediche nazionali più significative, so che nei tempi di oggi soffocati dall'economia, è sempre più difficile percepire la dimensione etica o semplicemente umana dell'assistenza sanitaria. Anche le organizzazioni mediche, a volte giustamente, sono accusa-

te di rappresentare soltanto gli interessi specifici della professione. Tuttavia, in oltre cinquant'anni di esistenza, il CPME si preoccupa del bene dei pazienti e della loro sicurezza nel corso delle cure e di fornire un'assistenza sanitaria di alta qualità. Inoltre, una delle nostre priorità è sempre stata l'etica medica come dimensione integrante della pratica della medicina.

Ringrazio sentitamente gli organizzatori di questo convegno per avermi invitato a parlare di assistenza domiciliare per i malati. Il fatto è che la stragrande maggioranza degli studi e delle relazioni in materia di cure sanitarie e di medicina si realizza nel settore della medicina ospedaliera intensiva. Ciò che accade al paziente una volta tornato a casa dopo la dimissione, è un ambito molto meno conosciuto e rappresentato.

D'altro canto, è noto che la maggior parte delle persone, non

solo in salute ma anche quando sono malate, trascorre buona parte della vita non negli ospedali, ma nel proprio ambiente familiare. Come medico di famiglia che pratica la professione da 30 anni, so quante possibilità e sfide sono associate a questo fatto. Un medico di famiglia si prende cura dei propri pazienti nel loro ambiente (famiglia, scuola e quartiere) per molti anni. Ciò significa che, oltre ad un aspetto della sua pratica medica, egli deve tener conto anche di altre dimensioni della cura: buoni contatti con le famiglie dei suoi pazienti che spesso deve sostenere, conoscenza dell'ambiente del paziente (casa, scuola, posto di lavoro, ecc.) e così via. Egli può anche, nell'accezione del termine, diventare loro amico.

Ci sono diversi modelli di cura per i pazienti che, per svariati motivi, rimangono nelle loro case. In alcuni paesi europei il medico

di famiglia è responsabile della cura dei pazienti, ma ha anche il compito di coordinare un'équipe di professionisti sanitari e sociali. Ci sono tuttavia altre soluzioni, in cui la cura dei malati a domicilio è affidata più ai professionisti e alle istituzioni che operano al di fuori del sistema sanitario. Senza voler giudicare quale sia la soluzione migliore, vorrei concentrarmi sulla mia esperienza personale di medico di famiglia in questo campo. In Polonia, è ancora il medico di famiglia che visita i malati nelle loro case.

Quanti necessitano di cure a domicilio possono essere suddivisi in vari gruppi:

- coloro che sono costretti a letto da una malattia acuta (tra cui i pazienti che hanno subito interventi chirurgici seri);
- persone con disabilità fisica e un problema di salute;
- pazienti affetti da malattie croniche, che, a causa del loro stato di salute, non sono in grado di recarsi da un medico;
- malati terminali (tra cui pazienti di tutte le età, compresi neonati gravemente ammalati, e bambini terminali);
- residenti in case di cura.

Il medico di famiglia visita pazienti che sono generalmente sani ma che, a causa di una patologia acuta, hanno chiesto di essere curati a casa. In tali situazioni, un medico, oltre a dare consigli, ha un'ottima opportunità per comprendere meglio il paziente e rendersi conto del suo ambiente. Questa potrebbe rivelarsi una preziosa informazione e un'esperienza per il futuro, utile ad esempio per la diagnosi di problemi psicosomatici. Egli cerca anche il sostegno dei membri della famiglia, necessario per le cure. L'osservazione del paziente nella sua stessa casa, circondato dai membri della sua famiglia, fa comprendere al medico un sacco di cose che possono determinare i problemi sanitari del paziente, al momento e in futuro.

Affidati alle cure del medico di famiglia, ci sono sempre delle persone con disabilità fisiche, che di tanto in tanto hanno bisogno di cure mediche. In questi casi, la visita a domicilio permette al medico di identificare meglio la loro

reale necessità di servizi sociali basilari, e di organizzare un ambiente circostante e di sostegno necessari per le cure mediche future. È importante che la disabilità non diventi un motivo per peggiorare la salute.

Un numero maggiore di pazienti richiede la visita a domicilio del medico di famiglia a causa di una disabilità fisica causata da una malattia cronica o dalla vecchiaia. Poiché questa disabilità aumenta nel tempo, essi non solo richiedono un'assistenza medica e infermieristica, ma anche il supporto di altri operatori sanitari. Il modo migliore per fornire loro una cura continua e premurosa è aiutare i familiari nel loro impegno quotidiano. Se un paziente vive da solo, il medico di famiglia diventa il suo migliore amico e, talvolta, l'unico interlocutore in un dialogo serio su argomenti che riguardano la vita, la famiglia o il futuro.

La grande sfida per il medico di famiglia è la cura del malato terminale e morente, il quale spesso ha bisogno di assistenza fuori dai consueti orari di lavoro (es. per telefono), e ciò vale anche per chi si occupa di questi malati. Un medico dovrebbe essere pronto a questo. È estremamente difficile il momento in cui un medico comincia a rendersi conto che un paziente ha bisogno di maggiori cure e di trattamenti sintomatici (come nella riduzione del dolore, depressione, nausea e vomito, vertigini, prurito, costipazione, ecc), piuttosto che di diagnosi e trattamenti intensivi. Informarsi con un certo tatto sulle condizioni di salute, prendere una decisione sulle cure palliative, è una cosa apparentemente normale, ma di certo non è un compito facile. In questi casi, si tratta anche di decidere riguardo i preparativi per attendere la morte a casa. A quel punto, il medico deve "guadagnarsi" la fiducia del paziente attraverso cure attente e competenti. Nasce allora uno stretto rapporto con il paziente, che si fa sempre più importante, e non basta avere solo conoscenze e competenze mediche sufficienti. Ciò che conta di più è la capacità del medico di avere un atteggiamento empatico e di accompagnare il paziente, oltre a saper intuire le sue reali esi-

genze. Non bisogna dimenticare poi di dare una risposta, con tatto e con grande sensibilità, ai bisogni emotivi e religiosi del paziente, che a volte sono nascosti. Un medico non deve assumere l'atteggiamento di chi impone le proprie idee, ma non vi è alcuna ragione per nasconderle. Un rapporto basato sulla trasparenza e sulla verità è sicuramente la cosa migliore per il paziente. È ovvio che questo è anche un momento per dimostrare l'importanza del paziente e la santità della vita, indipendentemente dalla qualità.

Visitare i pazienti che vivono nelle case di cura è un compito difficile per un medico di famiglia. Questi pazienti spesso soffrono di numerose malattie, e la loro ripresa è lenta e difficile. In questi casi, i problemi più evidenti sono la solitudine, la nostalgia di una vera casa e dei propri cari. Il compito di un medico e degli altri operatori sanitari non può essere solo quello di prestare le cure mediche, perché questi pazienti hanno bisogno di un'altra persona, della sua vicinanza e amicizia. Forse più degli altri, questi malati hanno bisogno anche di un sostegno spirituale, di parlare delle questioni più gravi, del contatto profondo con un altro essere umano.

Come abbiamo visto con gli esempi di cui sopra, il medico di famiglia, oltre all'obbligo evidente di assolvere al meglio i compiti professionali derivanti dalle sue conoscenze e competenze, deve essere in grado di trattare con il proprio paziente sofferente, come fosse un ospite cordiale in casa di un'altra persona. I rapporti di lunga data, con una certa conoscenza reciproca, rendono più facile comprendere le esigenze del malato, ma allo stesso tempo aumentano il coinvolgimento emotivo del medico, che spesso diventa davvero totale. Il medico di famiglia non dovrebbe evitare di entrare in un rapporto più stretto con i suoi pazienti, limitandosi al contatto professionale, e in particolare durante la visita ai malati gravi al loro domicilio. Al fine di accrescere la possibilità di diventarne amico, deve essere un uomo buono; successivamente può anche testimoniare la sua fede.

Il medico di famiglia non opera in uno spazio vuoto. Senza dimenticare che ogni paziente ha il diritto di autonomia decisionale riguardo la propria salute e la cura, il medico dovrebbe assumere il ruolo di coordinatore amichevole della cura stessa. Deve collaborare con gli altri operatori sanitari, con gli assistenti sociali e spirituali (parroci e laici). Dovrebbe cercare di coinvolgere al massimo i parenti del paziente, incoraggiarli a prendersi cura del malato, sostenendoli nel contempo nella difficile situazione che stanno attraversando. Spesso, nonostante la volontà di aiutare, ci si sente impotenti di fronte alla sofferenza e alla disabilità di una persona cara. Il medico, e gli altri operatori sanitari, dovrebbero aiutare i familiari del malato a svolgere questo difficile ruolo. Non si

deve poi tralasciare di preparare la famiglia del paziente al momento della morte, e poi alla morte stessa del loro caro.

In sintesi, un paziente sofferente che richiede assistenza al proprio domicilio, ovviamente merita anzitutto cure mediche interamente professionali. Ma, a causa della sua situazione particolare, spesso ha un disperato bisogno semplicemente di un altro essere umano. Quanti operano nel campo della medicina, in particolare il medico di famiglia, dovrebbero essere pronti a svolgere questo compito.

E, per finire, tre citazioni di Giovanni Paolo II, che come sempre indica nel migliore dei modi la strada giusta da percorrere, soprattutto quando si tratta di malati terminali:

“Come affrontare il declino

inevitabile della vita? Come atteggiarsi di fronte alla morte? Il credente sa che la sua vita sta nelle mani di Dio ... e da lui accetta anche il morire ... Come della vita, così della morte l'uomo non è padrone” (*Evangelium Vitae*, 46)

“Del resto perfino la morte è tutt'altro che un'avventura senza speranza: è la porta dell'esistenza che si spalanca sull'eternità e, per quanti la vivono in Cristo, è esperienza di partecipazione al suo mistero di morte e risurrezione” (*Evangelium Vitae*, 97).

Se gli operatori sanitari raggiungeranno questo livello, sarà possibile che anche nelle situazioni più difficili, comprendano che “la morte possa essere fonte di vita e di amore” (*Fides et ratio*, 23)

Siamo pronti a testimoniarlo ai nostri pazienti? ■

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

Introduzione

Saluto cordialmente tutti i partecipanti a questa Conferenza Internazionale del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, il cui Presidente, Mons. Zygmunt Zimowski ringrazio sinceramente per la possibilità che mi ha offerto di poter condividere con voi la mia esperienza come cappellano in un ospedale.

Sono un fratello di San Giovanni di Dio già da alcuni anni e la mia formazione e spiritualità sono state molto segnate dall'assistenza ai malati e ai bisognosi. In questo momento lavoro nel servizio

di attenzione religiosa dell'Ospedale San Giovanni Calibita – più conosciuto come Ospedale “Fratelbefratelli” dell'Isola Tiberina qui a Roma. Il mio servizio come cappellano si integra nell'équipe di assistenza spirituale e religiosa su cui conta l'Ospedale. Questa équipe è formata da due cappellani a tempo pieno e un altro a tempo parziale, una suora e una volontaria. Con questa équipe collaborano anche quattordici ministri straordinari dell'eucaristia e i membri di tre comunità religiose vincolate all'Ospedale, che portano avanti varie iniziative programmata dall'équipe.

Devo dire che essere oggi cappellano in un ospedale non è affatto facile, giacché seguire pastoralmente le persone malate in un contesto ospedaliero comincia ad essere un'attività molto complessa per diversi motivi. È complessa per i progressi medici e per l'applicazione di tecniche all'avanguardia che fanno che i processi terapeutici siano più efficaci. Ma incide anche in questa complessità

il fatto che oggi si lavora con nuovi modelli di attenzione che contemplano la persona nella pluralità delle sue dimensioni. Tutta questa realtà fa che il servizio di attenzione alle necessità spirituali e religiose deve riflettere profondamente e talvolta superare modelli già obsoleti per trovare il suo spazio in cui poter dar vita al mandato del Signore Gesù che invia i suoi discepoli a curare i malati con un abbordaggio integrale di tutti gli aspetti che incidono nella persona malata, sia somatici che psicologici, sociali e spirituali, come chiede la medicina del secolo XXI.

1. Evangelizzare nel mondo della salute e della malattia

La pastorale ospedaliera è avanzata nel tempo, giacché non possiamo fare una pastorale della salute centrata solo sull'amministrazione dei sacramenti. Camminiamo verso una pastorale di équipe che accompagna i processi in situazioni personali di speciale vulnerabilità

tà. Per questo quando parliamo di “cappellania” dobbiamo intendere una équipe pastorale che lavora dentro l’istituzione sanitaria¹. Per questo, talvolta sarebbe meglio parlare di équipe pastorale che riporta alla corresponsabilità di coloro inviati dalla Chiesa, i quali si occupano della cura pastorale delle persone malate.

Un ospedale non è solo un edificio, una organizzazione o una tecnologia avanzata; è una realtà molto più complessa, giacché il termine evoca persone e patologie, vissuto e esperienze, malati e professionisti che li curano. E tutto questo in un tratto esistenziale specialmente critico per le persone malate e per il loro ambiente.

Molte volte ci facciamo, come cappellani e come équipe, domande non facili da rispondere: Come evangelizzare in un ambiente scolare e nell’ambito professionale altamente qualificato e tecnificato? Come fare che le persone malate sperimentino la salvezza cristiana come offerta della salute integrale e vita piena? Come incarnare in questo mondo della salute i valori del Vangelo, rispettando sempre l’autonomia delle realtà terrene e le legittime opzioni personali?

A tutti questi interrogativi desidera dare risposta il servizio di attenzione spirituale e religiosa di un ospedale, sempre con sufficiente umiltà per riconoscere che le risposte non sono tanto chiare e che alcune volte ci accompagna il silenzio, “lasciando che parli solo l’amore”².

Il servizio della pastorale tenta di farsi presente nello stesso modo in cui lo fece Cristo, incarnando la salvezza nei segni portatori di salute, essendo sacramento universale di salvezza, efficace e credibile, portando alla realtà concreta i segni e i gesti di salute, incarnandoli e implicandoli negli avvenimenti che quotidianamente viviamo.

Per un cappellano ospedaliero è importante riflettere e ascoltare con fedeltà queste parole che Gesù indirizza ai suoi discepoli: “Quando entrerete in una città.....curate i malati che vi si trovano e dite loro: È vicino a voi il regno di Dio” (Lc 10,8-9).

Questo è l’incarico che riceviamo: entrare nella città, entrare nell’ospedale – lì dove la maggio-

ranza delle persone accorrono davanti a processi patologici gravi – curare e liberare i malati di oggi.

Alla luce del comportamento di Gesù con i malati noi tenderemo a entrare in sintonia con questo mondo dell’ospedale. Nessuno pone in dubbio che il Signore Gesù mostrò una vicinanza speciale al mondo delle persone malate e indifese. A queste persone si avvicina Gesù a coloro che non contano in questo mondo, a coloro che sono fuori della linea della normalità, a coloro che si sentono attanagliati dal dolore e spediti ai margini della società. A questi si avvicina, li accoglie, li tocca e li cura. E lo fa con la totale gratuità (cfr. Mt 10,7-8). Gesù non è mosso né da un dovere professionale, né da interessi di proselitismo; agisce mosso dall’amore, un amore profondo per i più indifesi. E lo fa avvicinandosi e cercando l’incontro con la persona. Potremo dire che dall’esterno è capace di addentrarsi nella più profonda interiorità della persona malata, offrendo una cura integrale sia del corpo che dello spirito.

Gesù accoglie, ascolta e comprende i malati e gli emarginati. Però soprattutto trasmette loro la sua fede nel Padre, nella cui bontà e misericordia è sempre possibile trovare accoglienza. Li libera dal peccato con la possibilità di riconciliarsi con Dio, offrendo loro il perdono (Cfr. Mc 2,5).

L’apporto di salute di Gesù è a un livello profondo, liberando la persona da tutto quello che minaccia la sua vera umanità. E questa azione liberatrice nei malati costituisce potremo dire, il nucleo essenziale del regno di Dio. Questi gesti liberatori che Gesù realizza rivelano che questo mondo inferno contraddice i disegni di Dio e proclama la salvezza totale e piena per tutti gli uomini.

2. La Chiesa e i malati

La Chiesa con il mandato di Gesù ha continuato ad evangelizzare il mondo del dolore e della malattia con la forza liberatrice e salvatrice dell’esperienza di salvezza che vive tutta la persona che evangelizza³.

Nell’ospedale non ci sarà una

buona evangelizzazione se non vi sono credenti impegnati con questa esperienza viva della salvezza che Dio dà per mezzo di Gesù Cristo. Il nostro servizio si fonda in Gesù, nell’essere servitori del Vangelo in questo mondo. E non possiamo impoverire o ridurre tutta la nostra azione a un puro servizio sanitario o in un lavoro professionale.

Tutti noi che lavoriamo nella pastorale della salute siamo annunciatori di ciò che abbiamo visto, udito o sperimentato, e la nostra testimonianza deve rimettersi direttamente al nostro Salvatore e Signore, ciò che si dice che “*passeggiando e risanando*” (At 10,38).

Ma la nostra domanda più radicale come servitori del Vangelo, come annunciatori del Vangelo sarà questa: Possiamo offrire oggi ciò che Cristo offre?

Sottolineo tre atteggiamenti fondamentali della Chiesa di oggi, ciascuno di quelli che sono inviati ad evangelizzare, deve riflettere sulla sua azione pastorale nel mondo della salute, seguendo l’esempio di Cristo:

Evangelizzare con Amore

Gesù quando vede i malati agisce perché “si commosse profondamente”. Tutta l’azione di Gesù è dall’amore e attraverso l’amore. Ha una preoccupazione per il malato e la volontà di fargli del bene. Non sarà facile curare se non mettiamo tutta la nostra coscienza e la nostra affettività, perché per Gesù curare è un modo di amare.

Evangelizzare nella gratuità

Gesù non agiva per un interesse economico né per dovere professionale, ma per l’amore che praticava a tutti i malati e gli indifesi. Così deve essere la nostra azione in questo mondo del dolore. Non possiamo proclamare che Dio è vicino se non lo facciamo con un servizio gratuito, perché questo è uno dei segni più significativi per rendere presente Dio che ci ama gratuitamente. La nostra disponibilità e vicinanza saranno gesti evangelizzatori che dicono molto più delle belle parole. L’amore e il servizio, la tenerezza e l’affet-

to, la parola che anima e rasserra, offerti con gratuità, sono segni dell'amore sempre gratuito di Dio.

*Evangelizzare
assistendo la persona
nella sua totalità*

Gesù non fa solo una offerta della salute biologica, ma offre una guarigione integrale, diretta alla totalità dell'essere umano. Non dobbiamo occuparci del malato considerando solo gli aspetti somatici del processo patologico, ma cercando la guarigione di tutta la persona, in tutte le sue dimensioni. Siamo chiamati come operatori della pastorale, ad aiutare a guarire tutto ciò che produce dolore nella vita del malato, quello che lo disumanizza e lo ferisce in qualsiasi dimensione del suo essere personale, fomentando alcune sane relazioni con gli altri e con Dio. Se noi avviciniamo il paziente con un atteggiamento di servizio e di disponibilità totale, lui stesso ci farà scoprire quali sono le sue necessità e in che cosa possa realizzarsi per lui la "Buona Notizia" di cui siamo portatori da parte del Signore Gesù.

La nostra missione come continuatori della missione di Gesù, come evangelizzatori nel tempo presente, deve essere accompagnata dall'amore gratuito, dal rispetto totale per la persona, dalla pazienza e da molto affetto. Chi pretende di parlare in nome di Dio deve essere cosciente del mistero profondo di ciascun essere umano. Cercheremo solo di raccogliere e trasmettere con la nostra vita questo amore insondabile di Dio a tutte le persone, specialmente ai malati. Il nostro lavoro sarà sempre con umiltà, con la pazienza, e anche con la fede e la speranza in Dio, che può darci la salvezza in pienezza.

3. Gli operatori dell'assistenza religiosa/spirituale nell'ospedale

L'incarico di Gesù di assistere e curare i malati si indirizza a tutta la Chiesa, poiché formiamo la comunità cristiana. Tutti partecipiamo in modo corresponsabile a questa missione, secondo i diversi

carismi, ministeri e servizi che lo Spirito Santo suscita nella Chiesa.

I vescovi sono i primi responsabili di promuovere e organizzare una pastorale della salute nelle diocesi.

I professionisti cristiani, che in virtù del loro Battesimo partecipano alla missione della Chiesa hanno un ruolo insostituibile. L'esercizio della loro professione si trasforma per la loro vicinanza al malato e alla sua testimonianza, in autentico servizio alla evangelizzazione. Ad essi tocca prestare un accurato servizio professionale, assistere con umanità la persona malata e vegliare perché le organizzazioni sanitarie abbiano sempre come centro il servizio ai malati.

I volontari, con il loro spirito solidale e la loro testimonianza di gratitudine, prestano ai malati un valido aiuto, e possono essere anche inestimabili operatori dell'evangelizzazione, visitando, ascoltando e accompagnando i malati e i loro familiari.

Con la loro presenza e il loro servizio, i ministri straordinari dell'Eucarestia, completano il lavoro dei cappellani, portando ai malati il Pane della Parola e il Pane dell'Eucaristia, manifestando la vicinanza del Signore Gesù che rafforza e dà la pace.

Gli stessi malati con la loro esperienza personale, con le loro sofferenze e lotte con l'accettazione serena delle loro limitazioni, con la fede e l'amore, possono aiutare altri a porre la loro fiducia nel Signore della Vita, aprendo un orizzonte di speranza per chi talvolta vive nell'angoscia e nel dolore.

Anche i cappellani vicini a coloro che soffrono, sono con la loro stessa presenza sacramento di Cristo. Celebrando i sacramenti, offrendo la Parola di Vita, facilitando spazi di orazione e di dialogo profondo, i cappellani portano in nome del Signore, salute e vita, pace e sanità alle persone malate.

4. Una spiritualità con lo sguardo rivolto al Signore che cura e fa il bene

Quando riflettiamo sulla spiritualità nella quale devono appoggiarsi gli operatori della pastorale

della salute, il nostro sguardo si indirizza al Vangelo per scoprire in esso l'atteggiamento che Gesù ebbe con tutte le persone che con Lui si incontrarono e specialmente con i malati. Questo atteggiamento si trasforma per noi in un imperativo espresso con vigore ed esigenza nella conclusione della parola del Buon Samaritano: "Va' e anche tu fa' lo stesso" (Lc 10,37).

Un avvicinamento ai Vangeli mostra con ogni chiarezza che Gesù consacrò gran parte del suo tempo alle persone afflitte da diverse malattie, e quando inviava i discepoli in missione li incaricava di consolare e curare i malati. È risaputo che in quel contesto le persone malate erano anche frequentemente emarginate a causa di pregiudizi sociali e religiosi. La sollecitudine di Gesù verso i malati, le sue azioni di guarigione e le sue parole di consolazione sono una manifestazione di Dio. Attraverso i suoi gesti di compassione e di misericordia Gesù ci rivela che Dio è un Padre compassionevole, pieno di tenerezza, che conosce le sofferenze del suo popolo e vuole salvarlo.

Anche oggi la missione della Chiesa, attraverso i suoi operatori della pastorale, è una rivelazione dell'amore di Dio che risana e riabilita prolungando nel tempo la missione di Gesù e la sua speciale dedizione a coloro che soffrono per qualsiasi causa.

Pertanto l'operatore della pastorale deve essere un evangelizzatore capace di rispondere alle inquietudini degli uomini e delle donne di oggi, illuminando la vita con la luce del Vangelo ed essendo responsabile con un impegno di fede, di rendere presente Gesù Cristo nel mondo. Tre aspetti sono importanti nel ruolo dell'operatore della pastorale⁴:

1. La sua identità si comprende dall'adesione a Cristo;
2. Vive sostenuto dall'esperienza di fede;
3. Si impegna nel servizio agli altri.

L'operatore della pastorale vive e manifesta una spiritualità peculiare, in modo da seguire Gesù e di vivere secondo lo Spirito, che possiamo sintetizzare nei tratti seguenti.

– Ha come riferimento Cristo, accentuando la dimensione di guarigione e liberazione del messaggio evangelico, espresso nelle parole e nei gesti del Signore Gesù e si sente unto e inviato con una missione concreta.

– Si centra nel mistero Pasquale. La croce che illumina la sofferenza e la risurrezione che motiva e ispira lo sforzo per la salute e la vita.

– Si forgia con la propria esperienza di sofferenza, con le sue ferite, che lo rendono capace di avvicinarsi e aiutare coloro che soffrono, nella dinamica della incarnazione (Cfr. Eb 4,15).

– Si arricchisce nel servizio concreto al malato nelle sue necessità.

– Si verifica con i valori del Regno, che non sono l'efficacia o il successo, ma il riconoscimento di ciò che è apparentemente insignificante, la densità del quotidiano, la persona e la sua concreta realtà e l'opzione per i più bisognosi.

– Riconosce il malato e chi si avvicina a lui nel nome di Cristo come rappresentanti e destinatari entrambi della pastorale. Entrambi danno e ricevono, per questo l'operatore si lascia guidare dal malato, si lascia anche evangelizzare da lui.

– Vive e coltiva il senso comunitario della sua missione, si sente inviato dalla Chiesa ad assistere i malati, i bisognosi e non lavora isolatamente ma in unione e in coordinazione con il resto della comunità.

– Cerca spazi per la celebrazione e la preghiera, per la riflessione e lo studio sia a livello personale che di gruppo.

– Il suo servizio pastorale è una fonte di allegria e di gioia ed è occasione di crescita personale. Ispirandosi al modo di agire di Gesù e incarnando i tratti che abbiamo segnalato come propri della sua spiritualità peculiare, l'operatore della pastorale sarà capace di manifestare nella sua vita e nella azione pastorale che gli viene affidata gli atteggiamenti che consideriamo fondamentali per realizzare la sua missione nella Chiesa, che sono: il servizio generoso, la gratuità, la solidarietà, la speranza, assumere la croce e la misericordia.

5. Destinatari dell'azione pastorale nel contesto dell'ospedale

Il servizio religioso in un ospedale accompagna i membri della comunità cristiana, ma anche entra in contatto con persone che appartengono ad altre confessioni religiose, e perfino con i non credenti. Per tutti questi, con la parola e le opere, l'operatore della pastorale deve essere testimonianza del Vangelo di Gesù Cristo.

I destinatari principali sono i **malati** ai quali l'operatore della pastorale si avvicina con rispetto, con un atteggiamento di ascolto, attento alle loro necessità spirituali, disposto ad aiutarli per vivere con senso la malattia, offrendo anche consigli nelle decisioni etiche che possono essere problematiche.

L'esperienza della malattia non si vive in solitudine. Oltre al malato, chi si sente più colpito da essa sono i familiari prossimi. Non si potrebbe comprendere una buona assistenza spirituale senza mettere in conto le **famiglie** dei malati, tenendo presente le loro necessità e offrendo loro quell'attenzione pastorale di cui hanno bisogno in ogni momento. Si dovrà prestare una attenzione molto speciale ai momenti più critici del processo, includendo anche l'aiuto per accettare la perdita degli esseri cari ed elaborare adeguatamente il lutto.

Il nostro servizio deve anche prestare attenzione a tutto il personale, curando la dimensione umana e spirituale nell'esercizio professionale, come un importante contributo alla crescita personale e a una maggiore qualità del servizio che si presta alle persone malate.

Il nostro sguardo deve arrivare anche alla **Istituzione** ospedaliera, contribuendo a sensibilizzare tutta l'organizzazione perché presti una assistenza integrale ai malati, alle loro famiglie e al personale lavoratore, vigilando perché il malato occupi sempre il luogo centrale che gli corrisponde e collaborando allo scopo di umanizzare l'assistenza.

6. L'azione pastorale concreta

La nostra attenzione pastorale si basa sullo stile con cui Ge-

sù trattava i malati. Ci interessa sottolineare soprattutto, la vicinanza, la tenerezza e l'offerta di guarigione integrale che caratterizzano il comportamento del Signore Gesù in relazione ai malati. Sappiamo che il processo di una malattia segnala un punto critico e una esperienza molto significativa nella vita delle persone.

Molte volte è il momento chiave per prendere contatto con l'esperienza religiosa per risvegliare, accompagnare e aiutare il processo di avvicinamento alla fede. In questa esperienza si possono realizzare le seguenti attività nel servizio pastorale⁵.

Visita pastorale

Si deve sottolineare la grande importanza che ha l'incontro personale con il malato e per questo la nostra visita deve farsi con una preparazione adeguata e con un certo metodo che ci aiuta e che la visita sia gratificante, sia per il malato che per l'operatore. In tale visita sarà bene distinguere le diverse necessità che si pongono per ogni malato e realizzare con ciascuno la visita più appropriata che sarà ciò che potremo chiamare "visita amichevole" o una relazione più orientata all'aiuto pastorale. È importante non fare una visita improvvisata ma che si deve realizzare entro il piano pastorale, una delle cui linee fondamentali sarà facilitare a tutti i malati l'incontro con l'operatore pastorale.

In questa visita è molto importante il massimo rispetto alla religiosità di ciascun malato – affermazione che vedo confermata nella mia propria esperienza quotidiana come cappellano – rispettando i ritmi personali e non imponendo i nostri stili. Questo incontro è molte volte occasione per realizzare insieme un cammino, che non è il cammino dell'operatore della pastorale ma quello che Dio vuole per portare la persona all'incontro con Lui. Si deve fare un esercizio continuo di approssimazione alle diverse situazioni di fede (perfino all'assenza di essa), situandosi con umiltà e semplicità vicino alla persona malata, principalmente per ascoltarla. In questa visita pastorale è dove realmente accade l'evan-

gelizzatione, perché un incontro personalizzato, molte volte con un dialogo confidenziale, rispettoso e nella libertà permette di arrivare nel profondo della persona e aprirsi all'esperienza della fede.

La preghiera con e per il malato

Si è sempre detto che la malattia è un momento propizio per la preghiera. Nasce in modo spontaneo nel malato e anche nella famiglia, la necessità di pregare. Questa preghiera acquista modi diversi, accenti che hanno molto a che vedere con il personale cammino di fede e la situazione presente, ma che acquista nella persona malata una grande profondità e sincerità. Per tutto questo, la preghiera è uno dei mezzi più importanti per l'operatore della pastorale, poiché con la preghiera possiamo creare un clima di fiducia e di pace, trovando nella preghiera la forza per sopportare il dolore e l'angoscia che accompagna la malattia. Una preghiera che si apre anche alla riconoscenza gioiosa per i doni ricevuti. E la speranza, quando il malato si prepara per fare il passo decisivo verso la casa del Padre.

Essendo uno dei momenti importanti la preghiera con il malato mette in evidenza alcuni punti che credo non dobbiamo evitare:

- deve sorgere dalla necessità e dal desiderio del malato;

- si deve saper ascoltare il malato stesso nel suo vissuto, i suoi stati d'animo e aiutarlo ad esprimere nella preghiera tutto ciò che vive nel suo mondo interiore;

- dobbiamo tener presente l'esperienza di fede del malato e il suo modo di esprimere nella preghiera senza forzare modi o stili;

- gli accenti della preghiera devono essere in sintonia con la situazione esistenziale del malato che prega, esprimendo il lamento, la riconoscenza, la dedizione fiduciosa, la supplica e l'intercessione, l'azione di grazie e la lode;

- il nostro modello di orazione sarà sempre Gesù. A Lui noi dobbiamo ispirarci, ed è Lui che ci accompagna nell'aiuto al malato.

Dobbiamo anche curare la preghiera per il malato, dimensione che la Chiesa ha sempre coltivato con particolare attenzione. Gli

operatori della pastorale pregano con il malato, ma anche sanno pregare per lui.

Celebrazione dei sacramenti

I sacramenti che accompagnano il cristiano nella esperienza della malattia sono la Riconciliazione, l'Eucaristia-Comunione e l'Unzione degli Infermi. Dobbiamo valorizzare i sacramenti in tutto il loro significato, superando comprensioni riduzioniste. Sono segni che mostrano l'amore di Dio al malato e anche la vicinanza della comunità cristiana, dimensione che deve essere tenuta in conto quando si celebrano nel contesto dell'ospedale.

L'offerta di celebrazione si deve fare prestando attenzione alla situazione di fede di ciascun malato e alla sua vita sacramentale. Il malato dovrà essere il protagonista ed è lui che deve sollecitare, e nel suo caso accettare, il sacramento. Sappiamo che questo non è sempre così, e in alcuni casi è la famiglia che chiede la celebrazione sacramentale. Si deve discernere con cura le diverse situazioni con il massimo rispetto alla persona malata e offrendo anche l'opportuna catechesi perché i sacramenti siano compresi e vissuti adeguatamente, compito questo di una più lunga portata e che influenza tutto il processo di formazione nella fede.

Attenzione pastorale alle famiglie dei malati

Si tratta di un aspetto essenziale, giacché le famiglie si vedono molto influenzate dalla malattia di un essere caro. La vicinanza, l'ascolto e l'attenzione alle sue necessità spirituali sono anche compito dell'operatore della pastorale che deve saper valutare le famiglie come un aiuto pastorale molto importante per servire adeguatamente il malato. Con le famiglie si lavora intensamente perché possono affrontare le situazioni più dolorose, e in molti casi aiutandoli a preparare il momento della separazione del malato con speranza e pace. Il nostro servizio si concretizza in offrire loro una vicinanza rispettosa, ascolto e orientamento, mettendo a loro

disposizione gli aiuti della fede. Sono molto diverse le situazioni e le esperienze che attraversano, e per questo l'attenzione deve essere personalizzata e adeguata a ciascun caso.

Attenzione pastorale al personale sanitario

Curare le persone che si dedicano alla cura di altre è un dovere importante anche per il servizio pastorale. È un modo indiretto di contribuire a un miglior servizio ai malati. La nostra attenzione pastorale si concretizza nella disponibilità per lavorare insieme all'équipe e nel tratto rispettoso e semplice nel quale si mostra la nostra visione cristiana della vita. L'operatore della pastorale può contribuire a dare un senso al lavoro che i professionisti realizzano facendo loro scoprire i valori etici e spirituali che devono orientare la loro azione e condividendo con essi spazi di riflessione sulle questioni di ordine etico-religioso che si possono progettare. L'équipe della pastorale deve contribuire a creare un modello di ospedale umanizzato che lungi dal soffocare la persona nelle sue strutture valorizzi lo sforzo dei professionisti e si orienti sempre alla migliore attenzione dei pazienti. E tutto questo fondamentalmente dal contatto vicino e assiduo sapendo anche valorizzare gli incontri programmati e perfino offrendo spazi di preghiera e di celebrazione per chi dentro la struttura ospedaliera condivide la fede cristiana.

Il nostro contributo come operatori della pastorale negli argomenti di competenza etica sarà illuminare queste situazioni da una prospettiva filosofica-cristiana, seguendo gli orientamenti del magistero della Chiesa e collaborando alla formazione etica dei professionisti. Dobbiamo essere anche nelle condizioni di offrire consulenze etiche ai malati, alle loro famiglie, al personale e alla stessa istituzione, quando ci sia sollecitata. Sicuramente questa sarà una delle missioni più delicate e difficili nel contesto di un ospedale, che richiede una idonea formazione sia a livello teologico-morale che in quello scientifico.

Collaborazione nella umanizzazione della struttura ospedaliera

Una delle grandi sfide di oggi per qualsiasi struttura ospedaliera è che veramente sia un luogo di ospitalità e accoglienza dove la persona malata non si senta estranea. L'équipe della pastorale dell'ospedale dovrà essere sensibile a questo compito e collaborare apportando tutta la novità del Vangelo nel modo di trattare e assistere il malato. Per una buona umanizzazione nelle strutture sanitarie si necessita che si realizzi il sogno che realmente il malato sia il centro di tutta l'organizzazione, e non che gli interessi politici, ideologici o perfino la stessa tecnica occupino questa centralità che spetta solo al malato.

L'équipe della pastorale può collaborare a questo compito con la sua testimonianza di umanità e professionalità, ma anche sostenendo tutte quelle azioni che da altre istanze vanno orientate all'umanizzazione.

7. Verso una attenzione integrale

Noi operatori della pastorale dobbiamo collaborare alla ricerca di una salute totale e integrale per tutti gli uomini.

Perché esista un'assistenza integrale si rende necessaria da parte di tutti una collaborazione interdisciplinare, nella quale si assiste il malato nella sua totalità. Non possiamo ignorare i progressi spettacolari che si sono prodotti nella scienza medica e che tanti benefici apportano. Ma si deve anche fomentare il dialogo con altre discipline come l'antropologia, la psicologia, l'etica, la teologia ecc. in una comprensione antropologica che riconosca una pluralità di dimensioni di ciò che è umano. La collaborazione interdisciplinare esige oggi di valorizzare il carattere multidimensionale dell'assistenza al malato, assumendo da ciascun settore la responsabilità che le è propria nell'attenzione integrale alla persona.

Sappiamo, d'altra parte, che ogni malato qualunque sia la sua visione della vita, la sua fede, o la

sua confessione religiosa, ha diritto ad essere rispettato e assistito nelle sue richieste di natura spirituale. Molte volte i malati passano per esperienze forti che segnano la persona nella sua intimità. Il malato sente la necessità di affrontare qualcuna di queste necessità che chiamiamo di ordine spirituale e sicuramente in questi momenti delicati è dove si deve sanare questa dimensione che chiamiamo spirituale, come un servizio in più nelle cure sanitarie che si orientano alla totalità della persona.

Abbiamo l'obbligo come operatori della pastorale di facilitare a ogni malato l'assistenza spirituale a cui ha diritto. Affermiamo il valore della persona in qualsiasi circostanza e lo facciamo con un accompagnamento spirituale con l'aiuto necessario perché tutti possano vivere in un modo più degno, responsabile e speranzoso, qualunque sia la sua situazione esistenziale. Il senso e la ragione ultima del nostro servizio nell'ospedale è offrire la grazia salvatrice di Cristo agli uomini che soffrono.

Conclusione

Ho tentato di presentare il lavoro dell'équipe della pastorale nell'ospedale che è allo stesso tempo compito evangelizzatore e sforzo di umanizzazione nel mondo della salute. Il centro dell'attenzione dello sforzo dovrebbe essere sempre la persona malata, perché al contrario come affermava Fra. Pierluigi Marchesi, P. Generale dei Fratelli di San Giovanni di Dio, *"Se il malato non è il centro dell'Ospedale, il centro di interesse di tutti coloro che agiscono in lui, altri occupano il suo posto"*⁶.

L'ampiezza del tema e la diversità di prospettive che si possono affrontare mi hanno indotto a presentare la mia esperienza nell'ambito di una cappellania ospedaliera con alcune linee di forza e modelli di lavoro che sono ampiamente condivisi.

L'operatore della pastorale che lavora con un équipe nell'ospedale deve essere adeguatamente preparato a livello teologico-spirituale, ma anche deve essere capace di stabilire un dialogo profondo con la cultura del mondo della salute.

L'azione pastorale nell'ospedale non deve essere improvvisata. Si deve programmare utilizzando gli strumenti che abbiamo a nostra disposizione e progredendo nella convinzione che il buon funzionamento di tutto il meccanismo dipende in gran parte dalla capacità di lavorare in équipe, sia con gli altri operatori della pastorale che con gli altri professionisti dell'ospedale partecipando in équipe multidisciplinari che curano tutte le dimensioni della persona.

L'attenzione integrale che è oggi uno degli orientamenti fondamentali nel mondo della salute reclama che il nostro modello assistenziale sia interdisciplinare. E questo richiede una adeguata organizzazione, metodi di lavoro che rendano possibile questo modello e una squisita sensibilità per l'attenzione e l'assistenza delle persone contemplate in modo integrale⁷.

L'attenzione spirituale, la cura pastorale, è un diritto di cui il malato non può vedersi privato nel contesto di una struttura ospedaliera. E la Chiesa, fedele al mandato del Signore, deve porre tutto il suo impegno e sforzo per essere vicina alle persone che soffrono a causa della malattia, continuando così la missione di Cristo Buon Samaritano, che anche oggi si avvicina attraverso il ministero della Chiesa, *"a tutto l'uomo che soffre nel suo corpo o nel suo spirito, e cura le sue ferite con l'olio del consiglio e il vino della speranza"*⁸. ■

Note

¹ EDOARDO GAVOTTI, *La cappellania come modello di azione pastorale*, Convegno Internazionale Camilliano, Roma 2005.

² BENEDICTO XVI, *Deus caritas est*, n°31.

³ Cfr. per questo paragrafo, JOSÉ ANTONIO PAGOLA, *Evangelizar el mundo de la salud y la enfermedad*, Madrid, 2004 pag. 149-168.

⁴ Cfr. AA.VV., *Pastoral de la salud. Acompañamiento humano y sacramental*, Dossiers CPL 60 (1993) 181.

⁵ Cfr. COMISION EPISCOPAL DE PASTORAL DE ESPAÑA. *La asistencia religiosa en el hospital: orientaciones pastorales*, Madrid 1987, Algunos puntos de este apartado están inspirados en este documento.

⁶ FRA. PIERLUIGI MARCHESI, OH, *La Humanización*, Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio, Roma 1981.

⁷ Cfr. *La Orden Hospitalaria, comunidad evangelizadora, desde los excluidos*. Fratelli di San Giovanni di Dio, Provincia San Rafael, Barcelona 2003.

⁸ Misal Romano, Prefazio Común VIII de la edición en lengua española de 1988.

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,
Santa Sede

Eccellenza, signore e signori
partecipanti a questa Conferenza,
cosa mai può servire a chi opera
nel mondo della malattia oltre ad
una preparazione professionale?

Possiamo cogliere quanto sia necessaria una preparazione umana e spirituale da una bella intuizione di Mons. Zimowski, Presidente del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari: “L'affidarsi alla Provvidenza divina significa così continuare a dare un senso e uno scopo alla nostra vita, nonostante il dolore. Molte volte però la disperazione sembra attanagliare il malato, una disperazione nella quale non è facile portare una parola di aiuto. Le parole sembrano vuote e non riescono a creare un rapporto: solo la presenza e il gesto possono esprimere qualcosa. Ma proprio a partire da questa situazione di assoluta povertà, magari riconoscendo le mani di Dio nella presenza e il gesto di un operatore professionale o pastorale, Dio può essere riconosciuto e amato”¹.

Se la presenza e il gesto possono far riconoscere e amare Dio, chi opera, sia esso professionalmente preparato o semplice volontario, ha la grande responsabilità di essere umanamente e spiritualmente predisposto per porsi nei confronti del malato come portatore di speranza.

Il volontariato ospedaliero diffuso

Ho voluto incentrare la mia relazione sul volontariato ospeda-

liero non in senso classico, e cioè sul volontario che opera all'interno di un ospedale, ma in senso più ampio, tenendo conto dell'evolversi della figura del volontario ospedaliero che si occupa di ammalati lungodegenti o disabili in strutture come ospedali ed istituti ma anche sul territorio con una prossimità che non tiene conto del luogo ma della persona e del male endemico di questa nostra era che è la solitudine.

Parlerò dunque di **volontariato ospedaliero diffuso**, prendendo spunto dall'esperienza della associazione che mi onoro di presiedere, l'**Unitalsi**² che ha avuto nei suoi 110 anni di vita una evoluzione del modo di intendere e prestare un servizio alla persona ammalata, disabile, anziana, povera e sola.

È un volontariato che più di ogni altro può definirsi “cristiano”.

Il “volontariato”, interpretato come libera prestazione di servizio a quanti si trovano in qualsiasi necessità, perché abbia la connotazione di “cristiano” deve avere come fondamento e modello Cristo Gesù, il quale, “pur essendo di natura divina, non considerò un tesoro geloso la sua uguaglianza con Dio, ma spogliò se stesso assumendo la condizione di servo e divenendo simile agli uomini”³.

Egli ci ha dato l'esempio del servizio lavando i piedi agli apostoli⁴ e ci ha consegnato il “comandamento nuovo”, “che vi amiate gli uni gli altri come io ho amato voi”⁵.

Questa specificazione “come io ho amato voi” rappresenta l'originalità dell'amore cristiano, che deve essere un amore gratuito, di donazione, di condivisione trasformatrice, universale.

È un'azione ispirata alla carità e con Mons. Pompili possiamo dire: “L'azione della Chiesa ispirata alla carità si conferma il nocciolo duro di resistenza al fenomeno dilagante della secolarizzazione ma è pure molto di più. È il principio fondante del cristianesimo, e la condizione di possi-

bilità perché l'umanità sopravviva a se stessa”⁶.

L'**Unitalsi** sin dalle sue origini ha improntato il servizio dei propri barellieri, sorelle di assistenza, medici, infermieri e cappellani sullo stile di chi opera in ospedale: per cui il treno, con la vettura barellata, diventava treno-ospedale, i luoghi di accoglienza degli ammalati a Lourdes (Accueil e St. Frai) erano vere e proprie corsie di ospedale, e gli orari e turni erano cadenzati sul tipo di una struttura ospedaliera.

Negli anni tale modo di vedere il servizio si è evoluto, si è compreso che il volontario svolge un servizio di prossimità che va al di là della struttura ospedaliera, e così la metodologia utilizzata dalle azioni che fanno capo a **Unitalsi** è connotata soprattutto come maggiore “prossimità” e possibilità di entrare in relazione per riconoscere i bisogni che la persona in difficoltà avverte come prioritari, al fine di costruire un rapporto che possa essere da stimolo per un successivo progetto di miglioramento delle proprie condizioni di vita.

Perché Lourdes è in ogni casa, in ogni famiglia, in ogni luogo di cura sia esso l'ospedale o la casa di riposo o l'Hospice o la Residenza Protetta, dove ci si prende cura e carico (non si cura soltanto) della persona fragile. E la si ama e si rispetta per quello che è.

Gli strumenti operativi sono stati:

– **“l'accoglienza”**: incondizionata, scevra da qualsiasi contratto;

– **“l'ascolto”**: inteso come ascolto empatico volto al riconoscimento della persona e alla comprensione del suo disagio, mettendo a tacere il proprio dialogo interiore per potersi avvicinare a chi si ha di fronte, senza giudizio e senza richieste, riconoscendo e rimandando all'altro la competenza sui propri bisogni;

– **“la relazione”**: instaurata attraverso il contatto mirato al soddisfacimento dei bisogni manifestati;

– **“la mediazione”** nei rapor-

ti tra i beneficiari del Servizio, gli attuatori dello stesso ed i volontari in genere;

– “**Il lavoro di rete**” finalizzato alla mappatura e attivazione delle risorse della comunità locale e delle realtà che possono promuovere azioni di sostegno e inclusione della persona in difficoltà.

Questa evoluzione si è consolidata attraverso il lavoro quotidiano perché è emerso chiaramente dal contatto con le persone incontrate che esse raramente esprimono un'unica domanda o sono portatrici di un unico bisogno.

Spesso il limite degli interventi è quello di venire incontro alle richieste delle persone in maniera settoriale, privilegiando solo il “problema” di stretta competenza, non potendo ovviamente prendere in carico in toto un problema, e la sfida per molti volontari è stata quella di attivare sia le risorse e le competenze della persona coinvolta che di tutta la sua rete per poter cercare di risolverlo.

Il processo che ha portato alla costruzione di un “sistema di servizi”

A livello nazionale, dall’analisi dei dati elaborati a seguito della rilevazione tramite un questionario, finalizzato ad evidenziare l’impiego del tempo libero delle persone malate, disabili e/o anziane e la qualità-frequenza delle interazioni sociali si evince che molte di queste persone sono escluse, nel contesto in cui vivono, dalla vita sociale e solo occasionalmente prendono parte attiva a questa, spesso possono contare su una scarsa rete amicale e non sempre le famiglie sono coinvolte nelle attività ricreative, ma concentrate nella soddisfazione dei bisogni primari, per cui si avvertiva la necessità di sviluppare strategie di contrasto all’esclusione attraverso azioni che prevedano un’attività sociale permanente, lo scambio e l’attivazione di buone pratiche.

Le azioni di sistema realizzate

L’**Unitalsi** ha operato per costruire le basi del sistema dei ser-

vizi realizzando i seguenti obiettivi:

- la creazione di un percorso comune, rivolto ai volontari, che ha permesso a tutti i partecipanti di implementare le loro conoscenze in relazione al fenomeno dell’esclusione sociale e di acquisire competenze relativamente alle problematiche di cui le persone in difficoltà sono spesso portatrici;

- l’avvio o l’implementazione, partendo dalla fotografia dell’esistente, di buone prassi utili a fornire indicazioni sulla promozione di processi di autonomia, sulla fruizione di significative opportunità di svago per persone disabili, anche attraverso esperienze di residenza comunitaria temporanea, attivando il più possibile le loro capacità residue;

- la realizzazione di servizi di sollievo per familiari di persone disabili.

Alcuni servizi realizzati

In particolare a Roma l’Unitalsi collabora con gli ospedali Bambino Gesù e Policlinico Gemelli, in particolare con i reparti di pediatria dei suddetti poli ospedalieri.

Abbiamo in questi anni di proficua collaborazione favorito l’integrazione tra il personale sanitario, i familiari e i volontari impegnati nell’assistenza; al centro di questo lavoro sinergico c’è il primario ed esclusivo interesse del bambino e della famiglia.

I volontari che ogni giorno vengono a contatto con la realtà della malattia di un bambino vengono prima formati da più punti di vista, è nostra premura fornire loro degli strumenti utili per la relazione con i familiari e con i bambini stessi.

Per questo abbiamo partecipato in questi anni a vari corsi, tutti rivolti a formare e ad approfondire, in particolare poniamo una particolare e doverosa attenzione alle ripercussioni psicologiche ed emotive che questo tipo di servizio può provocare nei volontari soprattutto nei più giovani.

La dimensione migliore per meglio sostenere situazioni di estrema difficoltà e dolore è certamente quella di preservare lad-

dove e fin dove possibile l’equilibrio psicologico ed emotivo di chi ha scelto di servire il prossimo in questo particolare frangente.

Tutti i corsi e gli incontri che organizziamo sono occasioni in cui i volontari hanno modo di acquisire informazioni di base utili per il loro servizio e competenze relazionali specifiche. Non è mai facile entrare in relazione con persone che vivono situazioni di grande e grave difficoltà.

Per coloro che fanno servizio presso le case di accoglienza del progetto bambini abbiamo pensato ad una formazione specifica, la presenza dei volontari infatti deve sostenere e supportare ma con la dovuta discrezione indispensabile per lasciare alla famiglia autonomia ed intimità.

Anche per rispondere al call center del numero verde occorre essere formati non solo per poter fornire informazioni corrette, ma anche è importante stabilire da subito un contatto familiare, gli utenti devono poter percepire già dal primo approccio una realtà di servizio inteso come dono di sé totale e gratuito nella logica cristiana.

Il nostro non è assistenzialismo o semplice volontariato, è esperienza di servizio alla sequela di Cristo, ad imitazione dello spirito caritatevole che ha animato Gesù, gli apostoli e quanti nel Suo nome proseguono l’opera dell’edificazione del Regno dei Cieli.

Questo è il nostro orizzonte, questo il nostro carisma, operiamo a favore dei bisognosi per essere quella porzione di Chiesa che cammina a fianco ai nostri amici in difficoltà piccoli e grandi.

I corsi di formazione, utili e a volte indispensabili, sono uno strumento di cui avvalersi per servire, ma il motore del nostro servizio è la fede è la sequela di Cristo servo per amore.

Per questo abbiamo a cuore anche la formazione spirituale dei nostri volontari perché possano ricevere nutrimento dalla Parola di Dio, dall’Eucarestia, perché la loro opera sia sempre orientata ai principi del magistero della Chiesa.

Il rispetto della persona, della dignità di ogni individuo, il rispetto del proprio corpo come tempio dello Spirito, sono solo alcuni dei

punti affrontati su cui ciascuno ha potuto riflettere e ragionare e portare la propria esperienza.

La formazione non è dunque prerogativa dei volontari, ma è rivolta a tutti, anche a coloro che fruiscono del nostro servizio, proprio perché attraverso la quotidiana condivisione di esperienze e problematiche è possibile costruire un clima davvero familiare che è l'obiettivo della nostra associazione.

Le attività svolte dai volontari dell'Unitalsi Toscana presso l'Ospedale Pediatrico Meyer, che oggi vengono comunemente denominate "Progetto Meyer Bambini e Famiglie", sono il frutto di un lungo percorso iniziato più di 10 anni fa.

Si poneva il problema di riuscire ad offrire a coloro, i bambini ammalati ed i loro genitori, che forse più di altri potevano veramente averne necessità, l'opportunità di fare una "meravigliosa esperienza di fede e condivisione".

Certamente il luogo per noi più adatto a presentare questa proposta era rappresentato dall'Ospedale Pediatrico Meyer di Firenze che ogni giorno vede passare dalle sue corsie tante persone colpite dalla sofferenza, ma sempre desiderose di speranza.

Ma non era semplice.

Trovammo grandi difficoltà nel riuscire a presentare "la nostra proposta".

Provammo a contattare altre associazioni già introdotte nella struttura, ma non riuscimmo a trovare chi veramente parlava la nostra lingua. Chi non voleva soltanto svolgere il proprio servizio all'interno dell'Ospedale, ma al contrario voleva, come noi, portare una parola di speranza, farsi prossimo dell'altro senza nulla chiedere e nulla pretendere. E parlare di Dio, magari con discrezione, ma parlare di Dio.

E come spesso succede nella vita, le occasioni, le opportunità, si presentano soltanto quanto i tempi sono maturi e magari quando il Signore decide che è giunto il momento più adatto. E tutto ciò spesso accade nel modo più semplice, più spontaneo, non perché lo decidono "i vertici", ma perché delle persone si incontrano, si conoscono, si apprezzano e decidono di iniziare insieme un percorso.

È quanto è accaduto tra Giulio e Federica, i genitori del piccolo Andrea affetto da una malattia genetica, e Padre Guglielmo, il Cappellano del Meyer.

Federica, oggi Presidente della Sottosezione di Pistoia, ebbe l'idea di ricordare ciò che lei e suo marito avevano vissuto alcuni anni prima quando dopo la nascita del figlio le era stato detto che la malattia che lo aveva colpito era "incompatibile con la vita".

Federica si ricordò del suo desiderio di allora, di portare alla Grotta di Lourdes la sua preghiera che, non potendo partire, aveva affidato agli amici dell'Unitalsi.

Da qui l'idea, subito sposata dall'Unitalsi Toscana e dalla Cappellania del Meyer, di promuovere per le corsie dell'Ospedale l'iniziativa chiamata "PICCOLI TESTIMONI DI FEDE".

Un'idea semplice, ma geniale al tempo stesso: grazie al contributo dei volontari di alcune Sottosezioni garantire presso l'Ospedale una presenza continua durante la quale proporre ai bambini ed ai loro familiari la possibilità di lasciare un loro pensiero, una loro preghiera oppure semplicemente un disegno o una foto su un "LIBRO BIANCO".

Bianco nel vero senso della parola, perché il volume, o meglio i volumi, visto che alla fine uno soltanto non fu sufficiente, venivano progressivamente scritti dai bambini e dai loro genitori con le loro invocazioni di aiuto o di ringraziamento a Maria.

L'iniziativa trovò grande favore presso il Cappellano Padre Guglielmo e presso i suoi aiutanti della Cappellania; ci sentimmo accolti con le braccia spalancate, e cominciammo così ad affiancarci a loro nel servizio, che da allora non ha trovato soluzione di continuità: oggi diverse nostre sottosezioni, anche fisicamente distanti, si impegnano con alternanza e periodicità ad essere presenti al Meyer.

Il servizio vero e proprio richiede di avere una spiccata sensibilità umana e cristiana: si tratta di bussare ad una porta dietro la quale non si sa che tipo di sofferenza si potrà incontrare, ma sicuramente troveremo sofferenza, quella più difficile da accettare e da capire, quella dei bambini.

Non si tratta semplicemente di allietare i bambini con giochi, ma di entrare in punta di piedi spesso per ascoltare quello che i bambini ed i loro genitori hanno da dire e magari recitare insieme una preghiera. Poi la proposta del Libro che raramente viene rifiutata anche da chi non ha una fede consapevole o magari non parla la tua lingua. Ognuno è libero di scrivere o disegnare quel che crede. Il risultato è una splendida raccolta di lodi a Dio ed alla Madonna di bellezza indicibile.

Ti ritrovi davanti a quello che mai ti aspetteresti, tanta sofferenza, ma anche tanta speranza e voglia di vivere.

L'Unitalsi si fa così garante di presentare a Maria questi libri carichi di sofferenza, ma anche di speranza, di sconforto, ma anche di lode, durante la Messa alla Grotta del Pellegrinaggio a Lourdes in giugno, che appunto è caratterizzato dalla presenza dei bambini e delle loro famiglie, estendendo così lo spirito e la vocazione intrinseca dell'Associazione, quella di portare a Lourdes i malati.

La continua presenza presso la struttura Ospedaliera è poi motivo di ispirazione per tante nuove idee.

Una delle più recenti e più belle è stata quella di far realizzare ai bambini degenti dei disegni sui Misteri del Rosario che diventassero delle illustrazioni per un Libretto che è stato realizzato su iniziativa del Vice Assistente Nazionale Unitalsi Don Danilo Priori.

Il Libretto è stato un importante sussidio per la Recita del Rosario durante i Pellegrinaggi a Lourdes dell'Unitalsi che appunto avevano come tema pastorale proposto dal Santuario proprio: "Pregare il Rosario con Bernadette".

Anche in questo caso la fantasia dei bambini nell'interpretare i vari Misteri del Rosario ha portato alla raccolta di veri "piccoli capolavori" non solo artistici, ma soprattutto di vera fede.

Le azioni territoriali

Il diffondersi di condizioni di disagio fisico e materiale ha accompagnato lo sviluppo delle città e delle metropoli, e molte per-

sone con bisogni specifici, ma con una serie di fattori comuni quali la grave situazione di povertà, l'isolamento sociale, la rottura dei legami sociali e familiari ed il deterioramento fisico, rischiano spesso di produrre gravi situazioni di emarginazione.

L'approccio a queste situazioni si presenta da sempre complesso e per questo richiede interventi specifici di carattere sociale secondo una logica di accoglienza, di servizio e di tutela delle persone in difficoltà.

I servizi attivati, proprio per la loro capacità di entrare in relazione con le persone che vivono in condizione di disagio, si sono confermati come particolarmente adeguati ad agganciare anche le persone più irraggiungibili e prive di protezione, offrendo loro l'opportunità di poter uscire. Pertanto, le molte persone disabili e/o anziane che hanno usufruito del servizio hanno potuto riappropriarsi di spazi sociali, di opportunità culturali, sportive, ricreative e spirituali importanti che hanno sicuramente generato percorsi di inclusione significativi.

I rapporti con la rete cittadina

È da sottolineare dunque che l'idea di creare o potenziare una rete di servizi flessibili e sostenibili, strutturata sull'idea della solidarietà e gestita con personale volontario, si è rivelata vincente anche perché in molte realtà si è operato per mettere in rete competenze e risorse tra l'Unitalsi, altre Associazioni e le istituzioni Pubbliche e ciò ha permesso di realizzare azioni sinergiche di inclusione sociale rivolte alle persone che spesso erano in contatto con tutte le varie entità.

In alcune realtà si sono consolidate le relazioni esterne, con le Istituzioni e la rete delle realtà cittadine che si occupano di disagio sociale in particolar modo di persone disabili o anziane, cercando anche di definire modalità di collaborazione e modalità di riconoscimento, definendo ambiti di competenza, promuovendo una operatività comune, nel rispetto dei singoli ruoli e autonomie.

Nel corso dello svolgimento

delle attività, sia nelle fasi di organizzazione e di verifica che in quella più operativa, si sono sempre tenute presenti le finalità e gli obiettivi da raggiungere in quel momento, in quel determinato contesto.

La costruzione delle relazioni con le persone destinatarie ed i volontari che hanno svolto le attività, è stato l'elemento fondamentale che ha permesso di:

- orientare, inviare, accompagnare molte persone presso alcuni servizi territoriali;
- raggiungere e contenere alcune situazioni di rischio;
- fornire informazioni e strumenti per la tutela della persona;
- rafforzare la rete dei servizi;
- costruire un ponte operativo utile per gestire in modo più efficace richieste e bisogni che colpiscono persone che vivono in condizione di difficoltà a causa delle loro condizioni fisiche o per la loro età.

È emerso inoltre che la novità del lavoro ha provocato inizialmente una certa preoccupazione sull'impostazione del lavoro amministrativo richiesto ed un notevole "affanno" iniziale per la gestione contabile delle attività svolte a livello locale, che da sempre venivano svolte in maniera informale.

Sicuramente questo lavoro è servito anche a conoscere, sperimentare e sviluppare un sistema di comunicazione e rilevazione dei dati più preciso ed attento.

Ciò ha portato per la prima volta ad avere una conoscenza "vera" delle molteplici attività svolte sul territorio nazionale ed ha consentito a tutti i soggetti interessati di capire la reale mole del lavoro svolto in favore delle persone malate, disabili o anziane, che quotidianamente vengono assistite dai volontari dell'Associazione.

La formazione

Questo percorso, oltre ad avere come finalità quella di attivare un complesso di azioni per tutelare e favorire l'inclusione nella società di persone disabili o anziane, ha dimostrato di essere capace anche di restituire loro la dignità di u-

mini e di garantire l'esigibilità e la fruibilità dei diritti di cittadinanza.

L'impegno dell'Unitalsi è innanzitutto quello di continuare a costruire percorsi di incontro e riconoscimento; riconoscimento della persona, che è sempre e comunque persona, in qualsiasi condizione si trovi a vivere perché la persona non è mai tutto e soltanto ciò che fa o la condizione in cui vive, ma è prima di tutto **persona**, con problemi e potenzialità, risorse, volontà e capacità, che in quel momento, in quel contesto specifico sono più o meno attivate.

Il bisogno di riconoscimento è il primo bisogno dei bambini; così anche per gli adulti: chi non è riconosciuto come uomo/donna diventa invisibile, marginale, muore.

Questo è per l'Unitalsi molto importante: riconoscere le persone nella loro complessità e globalità, non pensare a loro nei termini dei problemi che portano, ma solo e soltanto come persone da incontrare, conoscere e riconoscere.

Per costruire questi percorsi di incontro e riconoscimento bisogna necessariamente curare la formazione umana e spirituale dei volontari, perché la formazione può ben considerarsi uno dei pilastri portanti della cultura della qualità.

Noi scontiamo spesso un vero e proprio ritardo culturale, confondendo spesso la formazione con l'addestramento, e puntando a fornire una serie di nozioni senza preoccuparci di coinvolgere il volontario, che deve poter acquisire non solo i dati necessari per la sua azione e la conoscenza dei documenti ecclesiali, ma deve essere messo in condizione di riversare nel suo servizio tutta la propria spiritualità, intelligenza e capacità di collaborazione.

Una formazione interattiva, quindi, non solo cattedratica, che deve stimolare, deve coinvolgere, deve anche giudicare, e che comporta anche dei costi per la scelta dei formatori.

"Se credete che la formazione sia costosa, provate con l'ignoranza".

Una formazione sicuramente ecclesiale e non neutrale, che spazi a tutto campo, e certamente non una formazione che abbia per

obiettivo quello di convincere i soci sulla validità delle decisioni dei vertici associativi, una formazione che abbia lo spazio per la critica, come contributo costruttivo alla realizzazione di una associazione ecclesiale funzionale all'uomo povero e sofferente, occorrendo che la nostra "classe dirigente" superi la concezione della "direzione per autorità" per approdare alla "direzione per consenso".

Certo si tratta di una mutazione culturale profonda, che richiede innanzitutto una grande credibilità dei vertici associativi ed una condizione di serenità.

Ma sono proprio i momenti di crisi di partecipazione, come quello che stiamo attraversando, che presentano la maggiore opportunità per intraprendere o accelerare questo processo di mutazione culturale ed organizzativa.

Bisogna sempre aver presente che la formazione deve produrre elevazione spirituale e culturale in senso lato in quanto la qualità è un atteggiamento di fronte al proprio dovere in tutti gli atti della nostra vita, infatti se un aspetto della qualità equivale ad un maggior livello civile, è inimmaginabile pensare che una persona possa comportarsi in modo etico, come viene richiesto dalla qualità, solo nell'associazione.

Certamente la formazione va ben oltre gli incontri di gruppo o la lettura di sussidi ma esige un continuo desiderio e una costante volontà ad alimentarsi alla sorgente della fede e chiama i credenti ad una convinta partecipazione alla vita della comunità parrocchiale e diocesana diventando soggetti propositivi di pastorale, e membri attivi degli organismi di partecipazione.

"La Chiesa locale è il luogo in cui l'economia della salvezza entra più concretamente nel tessuto della vita umana... La catechesi è il momento centrale di ogni attività pastorale, di ogni solidarietà e istituzione ecclesiale, di ogni struttura che possa contribuire alla edificazione del Corpo Mistico di Cristo"⁸.

La catechesi non è tutto, ma tutto nella Chiesa ha bisogno di catechesi: la liturgia, i sacramenti, la testimonianza, il servizio, la carità.

Premessa indispensabile: impegno e appartenenza

"Volontario è il cittadino che liberamente, non in esecuzione di specifici obblighi morali o doveri giuridici, ispira la sua vita – nel pubblico e nel privato – a fini di solidarietà. Pertanto, adempiuti i suoi doveri civili e di stato, si pone a disinteressata disposizione della comunità, promovendo una risposta creativa ai bisogni emergenti dal territorio con attenzione prioritaria per i poveri, gli emarginati, i senza potere. Egli impegna energie, capacità, tempo ed eventuali mezzi di cui dispone, in iniziative di condivisione realizzate preferibilmente attraverso l'azione di gruppo. Iniziative aperte ad una leale collaborazione con le pubbliche istituzioni e le forze sociali; condotte con adeguata preparazione specifica: attuate con continuità di interventi, destinati sia a servizi immediati che alla indispensabile rimozione delle cause di ingiustizia e di ogni oppressione alla persona"⁹.

Nelle varie analisi non si mette l'accento sulla gratuità e si sostiene che la specificità di un'organizzazione di volontariato sta nella costruzione di relazioni tra le persone: è questo che differenzia l'azione autenticamente volontaria dalla beneficenza o dalla filantropia. "La forza del dono gratuito non sta nella cosa donata o nel quantum donato [...] ma nella speciale qualità umana che il dono rappresenta per il fatto di essere relazione".¹⁰ Ciò comporta che l'azione volontaria costruisce relazioni nuove, improntate a reciprocità, gratuità, solidarietà. Tale azione è pertanto condizione di una società più umana, ne costituisce per così dire l'anima più evidente.

In effetti, c'è un grande mondo, minore e sconosciuto, di opere di bene che contribuisce in modo altrettanto rilevante alla qualità della vita sociale: si pensi a chi orienta la propria attività di lavoro al bene ed al servizio pubblico, oppure proprio al volontariato ospedaliero diffuso, i cui operatori dedicano la propria vita all'assistenza di persone bisognose ed operano silenziosamente per ascoltare le sofferenze, attenuare i contrasti, sanare le ferite.

«...L'uomo infatti, quando coltiva la terra col lavoro delle sue braccia o con l'aiuto della tecnica, affinché essa produca frutto e diventi una dimora degna dell'universale famiglia umana, e quando partecipa consapevolmente alla vita dei gruppi sociali, attua il disegno di Dio, manifestato all'inizio dei tempi, di assoggettare la terra e di perfezionare la creazione, e coltiva se stesso; nello stesso tempo mette in pratica il grande comandamento di Cristo di prodigarsi al servizio dei fratelli»¹¹.

Ogni cammino di Speranza¹² parte dalla rivelazione di una Bellezza che rapisce l'anima: abbagliati, c'è il rischio di restare adolescenti vagabondi della fede senza mai diventare pellegrini adulti consapevoli della meta e dell'impegno... il nostro "rito di passaggio", da vagabondi a pellegrini, ci deve condurre dall'emozione dell'evento straordinario all'entusiasmo della quotidiana ferialità, ponendo come condizione indispensabile una precisa scelta di appartenenza... appartenenza alla Chiesa e all'associazione!

La nostra appartenenza alla Chiesa origina dalle promesse battesimali che rendono ciascuno "profeta sacerdote e re"¹³, profeta nell'annuncio, sacerdote nel vivere offerto a Dio, re nel servire.... la nostra appartenenza all'associazione origina dalle stesse promesse e genera lo stesso impegno: essere profeta, sacerdote e re!

Il percorso di appartenenza nella nostra associazione è burocraticamente definito: parte dalla casualità dell'incontro, passa attraverso la qualifica di socio ausiliario e approda alla agognata qualifica di socio effettivo, che ad oggi significa sostanzialmente essere elettore ed eleggibile.

Per essere eleggibili bisogna fare attenzione alla situazione anagrafica e allo stato di famiglia, per essere soci effettivi bisogna aver pagato quote e viaggiato sui treni (o sugli aerei!), il resto è spazio discrezionale a volte usato e abusato! ...essere profeta sacerdote e re... mi pare che c'entri poco con le condizioni richieste!

Credo invece che, come accade anche in altre associazioni, vada definito un percorso di crescita e

di “avvicinamento” che porti dalla promessa all’impegno.

La scansione dei tempi c’è già, così come è già previsto il passaggio da uno stato di attesa e di formazione ad uno di appartenenza consolidato, il problema sta nel riempire di contenuto questa struttura esistente, definendo con coraggio quale cammino bisogna aver fatto, quali valori aver introiettato, quali esperienze aver vissuto, quali verifiche bisogna aver superato, per poter essere e “sentirsi” soci effettivi e quindi membra vive del nostro corpo associativo.

Il socio effettivo dice un sì spontaneo ad una realtà che cambia la vita, dice un sì consapevole dopo aver conosciuto a fondo la realtà associativa e aver compreso l’entità dell’impegno, dice un sì informato e “illuminato” alla Chiesa universale e alla Chiesa locale!

“Il volontariato si presenta intimamente venato dalla dimensione dell’Avvento... Ma perché il volontariato cristiano dispieghi tutte le sue potenzialità e produca tutti i frutti che porta dentro, è necessario che esso recuperi le sue dimensioni costitutive”, così da evitare che si riduca “all’organizzazione di servizi”, che assorbono interamente nella “valenza di promozione umana”¹⁴.

Responsabilità dell’associazione è mettere a disposizione gli strumenti di formazione e di verifica per poter correttamente portare a termine il percorso da socio ausiliario a socio effettivo: proposte formative culturalmente sensate e teologicamente fondate, opportunità di servizio e di conoscenza dei progetti, occasioni di preghiera comunitaria e di riflessione, verifiche in itinere e finali, un noviziato insomma, che possa trasformarsi in appartenenza con una promessa solenne, uguale per tutti, anche formalmente definita.

Per seguire questo percorso, (che dovrebbe essere garantito dai responsabili locali) ma anche per tante altre cose, sarebbe opportuno, a mio avviso, fare affidamento sulla supervisione di un gruppo di persone che ragionino con lo stesso cuore, che aderiscano in pienezza allo stesso Progetto e che siano di collegamento fra vertici e base: formatori, informatori, testimoni, comunicatori, messagge-

ri... e, per quel che è possibile... profeti, sacerdoti e re!

Molti problemi generano da una oggettiva difficoltà di comunicazione che porta, come nel gioco del telefono senza fili, ad una distorsione del messaggio iniziale.

Il progetto complessivo deve invece arrivare a tutti nella sua autenticità, evitando filtri e censure, perché il sì richiesto ai volontari deve essere preceduto da una informazione corretta, perché va garantita una omogeneità di opportunità e di condizioni, perché nessuna potenzialità va sprecata¹⁵.

Pur dovendo soggiacere alle logiche territoriali che vogliono che la struttura di vertice guardi più alla geografia che alle persone, si può però immaginare una struttura tecnica-operativa (ma pensante!), intermedia e direttamente collegata alla presidenza, che si muova sul territorio e che garantisca la doppia trasmissione dal vertice alla base e viceversa.

A proposito poi dei “quadri”, si impone ovviamente che le condizioni richieste ai soci siano dati acquisiti e condivisi per chi è chiamato a servizi di responsabilità nell’associazione; infatti la capillarizzazione del Progetto (anche formativo) è affidata ai referenti locali, che debbono essere testimoni e maestri per i soci e per la comunità.

È necessario un “corso di aggiornamento” per i responsabili, in una logica di formazione permanente che dovrebbe essere più facilmente accettata e non dovere offendere la suscettibilità di nessuno!

Percorso formativo per i responsabili

L’Unitalsi è nella Chiesa e della Chiesa, ma connotata per vocazione e ministero.

Il nostro progetto formativo deve perciò partire dal nostro battezzismo ma deve tener conto anche delle nostre origini associative; deve partire dalla conoscenza delle “fonti universali”, ma senza ignorare la conoscenza delle “nostre fonti”.

Gli orientamenti della Chiesa post-conciliare, indirizzati al-

la comunità eucaristica e dei battezzati, sono esplicitati nei piani pastorali a valenza decennale e verificati nel corso dei grandi convegni nazionali ecclesiali di metà decennio.

Segnano in modo inequivocabile, per ogni fedele e per ogni realtà associativa, la strada da percorrere per essere “nella” Chiesa e “della” Chiesa:

– Negli anni Settanta: piano pastorale “Evangelizzazione e Sacramenti” – Convegno di Roma (1976) su “Evangelizzazione e promozione umana”;

– Negli anni Ottanta: piano pastorale “Chiesa italiana e prospettive del paese” – Convegno di Loreto (1985) su “Riconciliazione Cristiana e comunità degli uomini”, le encicliche *Sollicitudo rei socialis* – *Salvifici doloris*;

– Negli anni Novanta: piano pastorale “Evangelizzazione e testimonianza della carità” – Convegno di Palermo(1995) “Il Vangelo della Carità per una nuova società in Italia”;

– Nel 2000 il grande Giubileo – *Tertio millennio adveniente – Novo millennio ineunte*;

– Nel primo decennio del duemila: piano pastorale “Comunicare il Vangelo in un mondo che cambia” e Convegno di Verona (2006) “Testimoni di Gesù Risorto, Speranza del mondo”, l’enciclica *Deus caritas est*;

– Nel secondo decennio del duemila: orientamenti pastorali “Educare alla vita buona del Vangelo”, *Caritas in veritate*.

Le fonti ufficiali

La natura, i contenuti, il metodo per un percorso formativo sono definiti dal **Progetto Catechistico Italiano** che parte dalle quattro costituzioni teologiche conciliari: **Dei Verbum**, **Lumen Gentium**, **Sacrosanctum Concilium**, **Gaudium et Spes**.

Esso è riassunto nel documento di base “Il Rinnovamento della Catechesi” pubblicato dai Vescovi italiani nel 1970 e nella successiva “Lettera di riconsegna” del 1988 e negli otto volumi del “Catechismo per la vita cristiana” nelle sue varie edizioni fino a quella del 1997.

Ultima pubblicazione per una più immediata comprensione è il **Compendio del Catechismo**.

Evangelii nuntiandi – Apostolicam actusositatem – Catechesi tradendae – Christifideles laici dettano inequivocabilmente le linee guida di ogni progetto per l'apostolato laicale. “**Comunicare il Vangelo in un mondo che cambia**” indica gli orientamenti pastorali della CEI per il primo decennio del terzo millennio entro cui tracciare ogni percorso individuale e associativo del credente.

La Nota Pastorale di Pentecoste 2005 dei Vescovi italiani sul **“Primo Annuncio del Vangelo”** riconferma la chiamata ad evangelizzare che è per ogni cristiano

Il Direttorio Generale per la catechesi asserisce senza possibilità di dubbio:

“*La catechesi attingerà sempre il suo contenuto alla fonte viva della Parola di Dio, trasmessa nella Tradizione e nella Scrittura, giacché la Sacra Tradizione e la Sacra Scrittura costituiscono l'unico deposito inviolabile della Parola di Dio, affidato alla Chiesa*”¹⁶.

Il Documento di Base indica questo cammino:

“*A fondamento sta la legge della fedeltà alla parola di Dio e della fedeltà alle esigenze concrete dei fedeli. Fedeltà a Dio e fedeltà all'uomo: non si tratta di due preoccupazioni diverse, bensì di un unico atteggiamento spirituale, che porta la Chiesa a scegliere le vie più adatte per esercitare la sua mediazione fra Dio e gli uomini*”¹⁷.

“*La esperienza catechistica moderna conferma ancora una volta che prima sono i catechisti e poi i catechismi; anzi, prima ancora, sono le comunità ecclesiali. Infatti, come non è concepibile una comunità cristiana senza una buona catechesi, così non è pensabile una buona catechesi senza la partecipazione dell'intera comunità*”¹⁸.

Quale pedagogia

La fede è un fatto relazionale e nasce e si sviluppa nella libertà con l'iniziativa gratuita di Dio e la disponibilità a recepire dell'uomo. Fuori di questo dinamismo non c'è fede, anche se ci può es-

sere istruzione religiosa. Perciò una proposta di catechesi a persone adulte, già radicate in ruoli di responsabilità, richiede una strategia pedagogica “di accompagnamento” verso questa mentalità diversa, che apra ad incontrare un Dio dal volto storico, relazionale e comunitario.

Il volontario racconta attraverso le opere la sua vocazione e la sua scelta di Dio; il suo modello è il volto di Cristo che soffre nella Passione e che traluce nella Resurrezione regalandoci a tutti la Speranza¹⁹; quindi il percorso catechetico deve essere fortemente radicato nella concretezza delle opere, ispirato alla teologia della speranza e della carità, aperto ad un messaggio attivo e creativo.

Una ricerca di Dio come essere trascendente fuori dal tempo strappa l'uomo dalla concretezza della sua vicenda, Dio invece si rivela attraverso una storia intessuta di avvenimenti e di parole e rinvia l'uomo dentro la sua ferialità e quotidianità. La fede cristiana, nel suo primo e nel suo definitivo Testamento, annuncia il volto di un Dio che si lega all'uomo ponendo davanti a ciascuno il proprio Figlio e chiamando non ad un “mistico naufragio”, ma ad un rapporto libero e responsabile.

L'impegno per noi, è quindi quello di raccontare un Dio che comunicandosi senza riserve e rimanendo se stesso provoca a un rapporto storico, responsabile e fraterno.

La nostra spiritualità si irradia a partire dal volto di Gesù, profondamente uomo ma totalmente Dio, la nostra storia è intessuta di azioni a volte drammaticamente concrete ma guidate dalla irrazionale certezza della possibilità del miracolo, il nostro atto di fede accetta lo scandalo del dolore e la certezza della Speranza.

Il volontario ospedaliero (così come l'ho definito: cioè diffuso) ha scelto di raccontare il Gesù-Uomo-Dio anche con le proprie mani e rimanendo dentro la storia, perciò è solo rispettando questo dinamismo che una proposta formativa può avere risposta

Certamente non esiste annuncio che non scaturisca dalla Parola. La Chiesa nasce dalla Parola ascoltata, celebrata, vissuta;

ma bisogna liberare l'annuncio da una eccessiva ritualizzazione e recuperare invece la dimensione relazionale della fede.

La Parola è infatti sempre la rivelazione di un appello alla libertà umana come risposta ad un Dio che si autocomunica nel Figlio. Va recuperata perciò una pastorale basata sempre più sui rapporti personali, sulle esperienze di relazione e sempre meno sulle strutture.

Quali formatori

Appare importante un tentativo di “laicizzare” l'annuncio, facendo uscire la catechesi da una sindrome intraecclesiale e affidando a laici adulti l'impegno di raccontare il Vangelo di salvezza di Gesù Cristo, fuori da un linguaggio metafisico, ma ancorandolo alle esperienze di vita e di servizio.

“Ma anche i laici, essendo partecipi dell'ufficio sacerdotale, profetico e regale di Cristo, all'interno della missione di tutto il popolo di Dio hanno il proprio compito nella Chiesa e nel mondo. In realtà essi esercitano l'apostolato evangelizzando e santificando gli uomini, e animando e perfezionando con lo spirito evangelico l'ordine temporale, in modo che la loro attività in quest'ordine costituisca una chiara testimonianza a Cristo e serva alla salvezza degli uomini. Siccome è proprio dello stato dei laici che essi vivano nel mondo e in mezzo agli affari profani, sono chiamati da Dio affinché, ripieni di spirito cristiano, esercitino il loro apostolato nel mondo, a modo di fermento”²⁰.

I formatori dovrebbero essere figure non più concepite in chiave di delega, ma dovrebbero essere intese come espressione di accompagnamento offerto alla comunità ed essere capaci di sostenere un agire pastorale “estroverso” che, pur articolato su luoghi, situazioni, circostanze diverse, garantisca sempre l'omogeneità dell'annuncio.

Quali obiettivi

Ai responsabili si chiede un sì pieno e convinto di appartenenza alla propria associazione, che può

prescindere dalla condivisione incondizionata dei programmi, ma che deve originare dalla adesione piena al progetto di Dio per noi, che ci ha voluto fratelli nella stessa comunità.

È necessario:

- avere conoscenza approfondita del Progetto complessivo e dei singoli progetti dell'associazione, di condividerne le modalità di realizzazione, le finalità ed il senso;

- essere aperti alla proposta formativa dell'associazione e disponibili ad un personale cammino di crescita per poter essere poi riferimento e guida per i soci;

- vivere attivamente nelle comunità parrocchiali e diocesane testimoniando carisma e ministero dell'associazione;

- vivere in pienezza la vita associativa, nelle sue proposte locali e nazionali.

Conclusione

Una formazione umana e spirituale deve avere delle tappe, o meglio dei momenti di verifica e di avanzamento che individuo in due momenti particolari:

1) Momenti di confronto dei formatori per incontrare sia i responsabili locali, e così aggiornare le spinte evangelizzatrici secondo il percorso fatto e le restituzioni operate, sia un'assemblea allargata per una proposta di cammino omogeneo che porti

dalla promessa all'impegno (senso di appartenenza).

2) Elaborazione di "mappe di itinerari di laicità" sia per ambiti di esperienza e di servizio che su riflessioni spirituali e dottrinali, da inviare periodicamente e che partano dai temi trattati negli incontri nazionali. Dovrebbero essere proposte "popolari" per coniugare la qualità della formazione con una modalità comunicativa semplice e adatta a tutti e che i responsabili locali potrebbero utilizzare come traccia di lavoro con i volontari.

La formazione che intendiamo perseguire vuol cogliere tutti i colori della carità, colori che si spiegano dalle tante attività personali ed associative, partendo dal bianco del nostro battesimo verso l'azzurro di Maria, il verde della Speranza, il rosso dell'Amore, e così via via per costituire un arco-baleno del Dono che porti ad una Fede incarnata nelle opere. ■

Note

¹ MONS. ZYGMUNT ZIMOWSKI: Sulla via dell'uomo che soffre, Libreria editrice vaticana, pag. 65.

² Unione Nazionale Italiana Trasporto ammalati a Lourdes e Santuari Internazionali, fondata nel 1903 da G. B. Tomassi e riconosciuta dalla C.E.I. nel 1997 quale Associazione Ecclesiale Pubblica.

³ Fil 2,6-7.

⁴ Gv 13,15.

⁵ Gv 15,12.

⁶ Mons. Domenico Pompili, sottosegretario e direttore dell'Ufficio Nazionale per le

comunicazioni sociali, presentazione avvenuta a Roma il 14 giugno 2012 del volume "Opere per il bene comune".

⁷ Derek Bok, già Presidente della Harvard University.

⁸ RdC 143.

⁹ L. TAVAZZA, voce "Volontariato", in Nuovo Dizionario di sociologia, a.c. Demarchi F., Ellena A., Cattarinussi B., Paoline, Milano, 1987.

¹⁰ S. ZAMAGNI, Volontariato ed economia sociale: quale rapporto, Studi Zancan, 1, 2002.

¹¹ Concilio Vaticano II, *Gaudium et spes*, n. 57.

¹² Cf BENEDETTO XVI, *Spe salvi*, LEV, 2007, 2: «Speranza, di fatto, è una parola centrale della fede biblica – al punto che in diversi passi le parole "fede" e "speranza" sembrano interscambiabili».

¹³ LG 10.

¹⁴ Mons. Mariano Crociata, Segretario Generale della CEI nell'ambito dell'Assemblea della "Focisiv-Volontari nel mondo" del 4/12/2011.

¹⁵ Orientamenti pastorali per il primo decennio del Duemila, Comunicare il Vangelo in un mondo che cambia, già ribadiva come...la fede nasce dall'ascolto della parola di Dio contenuta nelle Sante Scritture e nella Tradizione, trasmessa soprattutto nella liturgia della Chiesa mediante la predicazione, operante nei segni sacramentali come principio di vita nuova e che pertanto...ci pare che compito assolutamente primario per la Chiesa, in un mondo che cambia e che cerca ragioni per gioire e sperare, sia e resti sempre la comunicazione della fede, della vita in Cristo sotto la guida dello Spirito, della perla preziosa del Vangelo; Cfr EPISCOPATO ITALIANO, Comunicare il Vangelo in un mondo che cambia, Paoline, 2001, 3 e 4.

¹⁶ DGC 94-96.

¹⁷ RdC 160.

¹⁸ RdC 200.

¹⁹ BENEDETTO XVI, *Deus caritas est*, LEV, 2006, 32: «...è ormai risultato chiaro che il vero soggetto delle varie Organizzazioni cattoliche che svolgono un servizio di carità è la Chiesa stessa — e ciò a tutti i livelli, iniziando dalle parrocchie, attraverso le Chiese particolari, fino alla Chiesa universale».

²⁰ Decreto sull'apostolato dei laici Apostolicam actusositatem, 2.

La spiritualità come risorsa nelle situazioni di malattia in una società secolarizzata

PROF. ARNDT BÜSSING

Cattedratico in materia di Qualità di vita, Spiritualità e Perfezionamento, Centro di Medicina Integrativa, Facoltà della Salute, Università "Witten/Herdecke", Germania

In risposta alle malattie croniche e mortali, i pazienti si trovano di fronte alla questione del significato e dello scopo nella vita, e a ciò che può dare speranza e fiducia. Per molti di loro, la spiritualità /religiosità (SpR) è una risorsa importante, anche in un'Europa secolarizzata¹⁻⁷.

Tuttavia, non possiamo trascurare il fatto che un numero crescente di pazienti rifiutano la religiosità istituzionale, in particolare nelle società secolarizzate, anche se potrebbero avere specifiche necessità spirituali che, nella maggior parte dei casi, non sono trattate né riconosciute dal sistema sanitario.

Nei nostri studi abbiamo preso in esame pazienti tedeschi con malattie croniche (malattie croniche che comportano dolore, come ad es. il cancro, e altre). Questi pazienti hanno mostrato di ritenerne utile la propria SpR per gestire la vita in modo più consapevole, per un rapporto più profondo con gli altri e con l'ambiente circostante, per la pace e la forza interiore, per affrontare meglio la malattia e recuperare la salute mentale e fisica⁸. Indipendentemente dal fatto che queste percezioni possano essere dimostrate o meno, il punto cruciale è che i pazienti ritengono che la propria spiritualità è stata utile a gestire la vita, la malattia e la sofferenza.

Anche se la ricerca ha dimostrato che l'impegno religioso può essere utile⁹, non si può ignorare che in Europa la secolarizzazione e la personalizzazione sono in crescita. Il 50% dei nostri pazienti non si considerano praticanti (nono-

stante si dicono cristiani l'82%). In realtà, il 42% si considerano R-S-, l'8% come R-S+, mentre il 32% affermano di essere R+ S- e il 18% R+ S+. Anche tra gli studenti di 17/18 anni provenienti da scuole superiori cristiane, il 65% non si considerano praticanti (nonostante si dicono cristiani il 92%), vale a dire il 53% sono R-S- e il 12% R-S+, mentre solo il 23% si considerano R+ S- e l'11% R+ S+¹⁰.

Per questo, dobbiamo affermare che una gran parte di tedeschi non si considererebbe praticante. Potremmo forse supporre che si siano allontanati dalla religiosità 'istituzionale', ma potrebbero comunque essere interessati ad approcci individuali di spiritualità privata?

Per venire incontro a quei pazienti che sono alla ricerca della SpR come fonte importante, e che potrebbero confidare in un maggiore sostegno, abbiamo analizzato i dati di 848 pazienti con malattie croniche. Il questionario SpREUK, che è stato utilizzato in questi studi, evita termini specifici come Dio, Gesù, Chiesa, ecc., e quindi può essere utilizzato anche per quelle persone che possono non sentirsi a proprio agio con la religiosità istituzionale.

Abbiamo scoperto che solo il 29% cercano un sostegno o l'accesso alla SpR, mentre il 53% già ha fiducia in una guida o fonte superiore. Per il 51%, la malattia può avere una connotazione positiva, vale a dire che essi sono in grado di considerarla come un'indicazione per riflettere su ciò che è essenziale nella vita e sul fatto che le priorità possono essere importanti^{1,11}. Anche se ci sono state differenze significative rispetto al sesso e all'età, la maggior parte di esse può essere spiegata con la denominazione religiosa dei pazienti¹¹. Analisi invariate indicano che la denominazione, piuttosto che il sesso (femminile), l'età

e l'istruzione, ha avuto l'impatto più forte sulla ricerca dei pazienti e sulla riflessione, mentre per la fiducia sono state di notevole rilevanza sia la denominazione religiosa sia la (maggiore) età¹¹.

In linea con questa osservazione, quando si chiede l'impegno dei pazienti nelle pratiche spirituali/religiose, è evidente che le pratiche religiose (spirituali) mente-corpo erano di minore rilevanza, mentre quelle umanistiche o esistenziali hanno maggiore importanza^{12,13}. È ovvio che particolarmente quelli che si considerano R-S- hanno i punteggi più bassi di gratitudine e devozione – il che è semplicemente una questione 'emotività' di cuore.

Cosa dobbiamo sapere di questi pazienti non religiosi/non spirituali?

Se guardiamo alla fede dei pazienti negli Angeli Custodi (Tabella 1), che sono molto popolari anche nelle società secolarizzate, emerge chiaramente che le persone religiose spesso o di frequente si affidano a questa fonte di sostegno emotivo; ma è abbastanza sorprendente che anche il 38% dei pazienti R-S- spesso credono agli Angeli Custodi (Büssing et al., in fase di pubblicazione). Naturalmente non c'è e non può esserci una prova scientifica dell'esistenza degli Angeli Custodi, ma anche gli scettici sperano di essere guidati e protetti da un 'essere superiore', che si prenda cura di loro incondizionatamente. Ciò potrebbe essere interpretato come una 'prova' implicita della loro speranza che ci sia un 'piano superiore', che racchiuderebbe il senso della vita e della malattia.

Per chiarire l'impatto di un atteggiamento R-S-, ci siamo concentrati su pazienti con sclerosi multipla relativamente giovani (Wirth et al., in preparazione). Questa malattia è caratterizzata dal fatto che la successiva fase acuta può

Tabella 1: Credono negli Angeli Custodi

Credono negli Angeli Custodi	Genere *		auto-classificazione SpR **				Tutti (%)
	Donne (%)	Uomini (%)	R+S+ (%)	R+S (%)	R-S+ (%)	R-S- (%)	
mai	16	29	7	9	30	32	20
raramente	24	23	16	26	16	30	24
spesso	31	26	31	32	24	28	30
di frequente	28	22	45	33	30	10	26
tutti (n)	401	150	110	174	50	216	551

N=576 (significa età 51.3 ± 15.4 anni; 75% condizioni di dolore cronico, 7% cancro, 15% disturbi psichiatrici, ed altro).

I risultati differiscono in modo significativo con ** $p<0.0001$ e * $p = 0.013$ (Pearson's Chi2)

avvenire più o meno improvvisamente, e che non vi è alcuna cura. Circa il 70% dei 125 pazienti tedeschi (età media 40 ± 10 anni) sottoposti finora alla ricerca, si considerano R-S-. Anche se la soddisfazione di vita e di realizzazione di vita positiva sono risultate simili nei gruppi SpR, è stato sorprendente vedere che coloro che non hanno un atteggiamento spirituale mostrano capacità significativamente più basse di considerare la malattia come occasione di cambiamento, di nuove priorità nella vita e anche per lo sviluppo personale; inoltre la fede come fonte ha avuto un impatto significativo anche sui sentimenti di gratitudine e venerazione dei pazienti, più profondi in individui che hanno la fede come risorsa di speranza e orientamento nella vita.

vo sulla capacità di considerare la malattia come occasione di cambiamento, di nuove priorità nella vita e anche per lo sviluppo personale; inoltre la fede come fonte ha avuto un impatto significativo anche sui sentimenti di gratitudine e venerazione dei pazienti, più profondi in individui che hanno la fede come risorsa di speranza e orientamento nella vita.

Così, anche se nel mondo occidentale per molte persone le risorse legate alla nostra tradizione sembrano essere dimenticate e i rituali e i simboli religiosi possono aver perso il proprio significato, e anche se la preghiera, la partecipazione ai riti religiosi, la lettura delle Scritture, ecc., possono non essere sufficienti in tutti i pazienti, il loro beneficio potrebbe essere 'ridestato' e appreso di nuovo. Dobbiamo soltanto promuovere le esperienze vitali dei pazienti!

Permettetemi di fare una citazione interessante di una band irlandese, i Primordial, che potrebbe essere importante per la vostra riflessione:

Non sono mai stato un uomo religioso

Allora perché dovrei riporre la mia fede in te?

Hai bruciato i ponti molto tempo fa

Io sono un pagano, alla ricerca della sua anima

(Alan Averill, Primordial:
Gallows Hymn)

L'ostacolo sembra essere l'intelletto razionalista e l'impressione che Dio abbia "bruciato i pon-

ti", che indica una mancanza di esperienza vitale. Evidentemente, gli autori sanno che manca qualcosa di importante, ma non riescono a trovare il modo per avere accesso alla loro 'anima'.

Cosa possiamo fare per aiutare l'archetipo 'anima persa'? Chi aiuta a spostare le montagne, quando l'anima persa sta soffrendo? Mons. Zimowski ha affrontato in modo chiaro un problema molto importante (Stockbridge, Massachusetts, 6 maggio 2011): "Anche se la medicina riesce a identificare e a trattare la sofferenza fisica, non sempre riesce ad identificare e ad arrivare alla sofferenza morale, che è il dolore dell'anima".

I bisogni spirituali nel sistema sanitario

L'assistenza sanitaria si concentra sui bisogni fisiologici dei pazienti. Naturalmente, le esigenze informative dei pazienti sono riconosciute come un problema importante nel settore sanitario (ad esempio, per quanto riguarda le scelte di trattamento, la promozione della salute, gli effetti collaterali, i risultati, le aspettative, ecc. per consentire di prendere una decisione). Eppure, dobbiamo affermare che i pazienti con malattie croniche e in stato avanzato spesso hanno esigenze specifiche. Secondo un importante studio realizzato negli Stati Uniti, il 72% dei pazienti malati di cancro allo stato avanzato riferisce che il sistema sanitario è venuto incontro solo minimamente ai loro bisogni spirituali, o addirittura per nulla, mentre il 47% ritiene di essere supportato molto poco o affatto dalla comunità religiosa che dovrebbe farsene carico¹⁴. Di notevole importanza è il fatto che il sostegno spirituale è risultato significativamente associato alla qualità della vita (psicologica) dei pazienti^{14,15}. Così, la maggior parte dei pazienti sente che i propri bisogni spirituali non sono soddisfatti, e nessuno sembra preoccuparsene. Ciò significa che i medici dovrebbero almeno sapere che i bisogni spirituali di alcuni dei loro pazienti potrebbero non essere soddisfatti. Anche nella Germania laica, la maggior parte dei pazien-

ti malati di tumore vuole che il proprio medico si interessi al loro orientamento spirituale¹⁶. I nostri studi, realizzati su pazienti affetti da malattie con dolore cronico, hanno evidenziato che il 23% di loro vorrebbe parlare con un cappellano sulle proprie necessità spirituali, il 20% non ha nessuno con cui parlare, e per il 37% è stato importante parlare con il proprio medico su questo argomento². Tuttavia, i medici potrebbero non avere il tempo, le competenze o l'interesse per scoprire e rispondere a queste esigenze.

La maggior parte delle ricerche sulle necessità spirituali è stata portata avanti tra pazienti ad uno stadio avanzato di malattia o prossimi alla morte, mentre sono stati realizzati soltanto pochi studi per soddisfare le esigenze spirituali

dei pazienti con malattie croniche, soprattutto quelle non letali. Per far fronte a queste esigenze si rimanda ad un quadro concettuale che può essere correlato al modello ERG di Alderfer (Tabella 2).

Sulla base di questo modello, abbiamo sviluppato uno strumento adatto sia per i pazienti religiosi, sia per quelli non religiosi con malattie croniche: il questionario sulle necessità spirituali (Spiritual Needs Questionnaire – SpNQ)^{19,20}. Utilizzando questo strumento, abbiamo scoperto che le esigenze specifiche legate a stati di pace interiore e alla parentela sono stati valutati al livello più alto tra i pazienti tedeschi, mentre i bisogni religiosi, tra cui il perdono, a quello più basso. Utilizzando dei fattori per la categorizzazione, è

risultato evidente che le necessità religiose ed esistenziali sono importanti soprattutto per i pazienti malati di cancro, ma non per quelli con altre malattie, per i quali invece contano la pace interiore e il dono/la generatività²⁰. Risultati simili sono stati riscontrati nei malati di cancro in prevalenza non religiosi provenienti dalla Cina, mentre nei pazienti polacchi, quasi tutti cattolici, anche i bisogni religiosi sono importanti (Büssing et al., in preparazione).

Le esigenze di cui sopra relativamente al dono/alla generatività significano che i pazienti vogliono essere di conforto per gli altri, trasmettere le proprie esperienze di vita, ed essere rassicurati che la vita è densa di significato e di valore. Sembra che vogliano abbandonare il modello di ‘malato passivo’ per farlo diventare ‘attivo’, un individuo che trova l’auto-realizzazione ed è in grado di dare e di aiutare gli altri (malgrado la malattia). Ciò si adatta alla fase di sviluppo psico-sociale di Erikson, quella della ‘generatività’, che si riferisce alla capacità di prendersi cura degli altri e di guidare la generazione successiva²¹. Infine, significa che i pazienti, siano essi provenienti dalla Germania laica, dalla Cina non religiosa o dalla Polonia cattolica, sentono un legame con gli altri e avvertono la responsabilità di prendersene cura.

Le esigenze religiose degli scettici

Quali sono i bisogni religiosi degli ‘scettici’? Tra 213 pazienti, tutti di Berlino, con condizioni di dolore cronico (Büssing et al., in preparazione), il 28% ha dichiarato che “in quanto persone razionali” essi “non hanno bisogno di credere in una presenza superiore”; il 55% ha respinto l'affermazione (“non scettici”) e il 18% sono indecisi (Tabella 3). È interessante notare che il 13% di questi scettici ha dichiarato di aver bisogno di pregare per se stessi e anche di partecipare ad una funzione religiosa, sebbene si siano identificati come persone “razionali” che non hanno bisogno di credere in una presenza superiore. Inoltre, hanno espresso la neces-

Tabella 2: Categorie di necessità spirituali collegate al modello ERG di Alderfer

Categorie di necessità spirituali ¹⁷	Necessità secondo il modello ERG di Alderfer ¹⁸
Pace (pace interiore, speranza, equilibrio, perdono, angoscia, paura di recidive, ecc.)	Esistenza (Salvezza)
Legami (amore, appartenenza, alienazione, comunicazione con il partner, ecc.)	Parentela
Trascendenza (risorse spirituali, rapporto positivo/negativo con Dio/Sacro, pregare, ecc.)	
Significato/Scopo (senso della vita, auto-realizzazione, funzione del ruolo, ecc.)	Crescita

Tabella 3: Bisogni specifici di 213 religiosi ‘scettici’ e ‘non scettici’

	Bisogni tra:		valore-p (Chi2)
	scettici (%)	non-scettici (%)	
Pregare con qualcuno	7	33	.035
Qualcuno che prega per me	10	33	.076
Pregare da solo	13	42	.003
Partecipare alle funzioni religiose	13	32	n.s.
Leggere libri spirituali/religiosi	3	28	.005
Rivolgersi ad una presenza superiore	8	40	.001
Perdonare qualcuno	27	36	n.s.
Essere perdonato	24	33	n.s.

sità di perdonare e di essere perdonati. Anche se si può suggerire che questa intenzione di perdonare non deve necessariamente avere una connotazione religiosa, essa indica chiaramente il desiderio di risolvere le situazioni di conflitto e i rapporti difficili: i motivi sono simili.

Prospettive

Il punto cruciale è come si possa offrire sostegno spirituale/pastorale quando, nelle società secolarizzate, fino al 50% dei pazienti con malattie croniche si considera R-S-3. Eppure parecchi di loro hanno necessità spirituali. Poiché vediamo il volto di Cristo in ogni persona, anche in coloro che rifiutano la chiesa come istituzione, dobbiamo chiederci: come potremmo realmente venire incontro a queste persone ed aiutarle? Chi dovrebbe prendersi cura dei loro bisogni spirituali? Dobbiamo cambiare come operatori sanitari e come cappellani?

Quando i pazienti hanno problemi con l'istituzione, ma hanno specifiche esigenze spirituali, dovremmo rispettare la loro situazione e offrire il nostro aiuto per consentire esperienze vitali. I risultati degli studi di cui sopra hanno evidenziato fino a cinque temi principali che potremmo utilizzare come punto di partenza per sostenere esperienze vitali dei pazienti "vissute a distanza", e cioè:

Il Santo Padre Benedetto XVI ha

chiaramente affermato nella Lettera Apostolica "Porta Fidei": "Anche oggi è necessario un più convinto impegno ecclesiale a favore di una nuova evangelizzazione per riscoprire la gioia nel credere e ritrovare l'entusiasmo nel cominciare la fede. [...] La fede, infatti, cresce quando è vissuta come esperienza di un amore ricevuto e quando viene comunicata come esperienza di grazia e di gioia"²².

Come medici, infermieri, assistenti sociali, cappellani, vescovi, come persone sensibili che hanno il compito di aiutare e assistere gli altri, dobbiamo affrontare i loro bisogni spirituali e rispondervi in modo adeguato. È un compito impegnativo per un sistema sanitario moderno, e lo è anche per la nostra Chiesa! In questo senso, abbiamo bisogno di strutture organizzative, di competenze professionali e della compassione, per agire come 'Samaritani'. ■

Ringraziamenti

Sono grato a tutti coloro che hanno offerto la propria collaborazione: Andreas Kopf Annina Jank e Eberhard Lux; Anne-Gritli Wirth, Knut Humbroich, e Kathrin Gerber-shagen; Franz Reiser, Anne Zahn e Klaus Baumann; Wenbo Peng e Zhai Xiao-feng; Kazimierz Franczak e Janusz Surzykiewicz.

Note

¹ BÜSSING A, OSTERMANN T, MATTHIESSEN PF: Role of religion and spirituality in medical patients: confirmatory results with the SpREUK questionnaire. *Health Qual Life Outcomes* 2005; 3: 10 (pp. 1-10).

² BÜSSING A, OSTERMANN T, KOENIG HG. Relevance of religion and spirituality in

German patients with chronic diseases. *Int J Psychiatry Med.* 2007; 37: 39-57.

³ BÜSSING A, MICHAELSEN A, BALZAT HJ, GRÜNTHNER RA, OSTERMANN T, NEUGEBAUER EAM, MATTHIESSEN PF: Are spirituality and religiosity resources for patients with chronic pain conditions? *Pain Medicine* 2009; 10: 327-339

⁴ ZWINGMANN C, WIRTZ M, MÜLLER C, KÖRBER J, MURKEN S. Positive and negative religious coping in German breast cancer patients. *J Behav Med.* 2006; 29: 533-547.

⁵ ZWINGMANN C, MÜLLER C, KÖRBER J, MURKEN S. Religious commitment, religious coping and anxiety: a study in German patients with breast cancer. *Eur J Cancer Care* 2008; 17: 361-370.

⁶ DEZUTTER J, LUYCKX K, SCHAAP-JONKER H, BÜSSING A, HUTSEBAUT D: God Image and Happiness in Chronic Pain Patients: The Mediating Role of Disease Interpretation. *Pain Medicine* 2010; 11: 765-773.

⁷ APPEL C, MÜLLER C, MURKEN S: [Strain experience and religiosity. A comparison of patients with chronic pain and breast cancer.] *Schmerz* 2010; 24: 449-457.

⁸ BÜSSING A, KOENIG HG: The Benefit through spirituality/religiosity scale – A 6-item measure for use in health outcome studies. *Int J Psychiatry Med* 2008; 38: 493-506.

⁹ CHIDA Y, STEPTOE A, POWELL LH: Religiosity/spirituality and mortality. A systematic quantitative review. *Psychother Psychosom*. 2009; 78: 81-90.

¹⁰ BÜSSING A, KERKSCHEK P, FÖLLER-MANCINI A, BAUMANN K: Aspects of spirituality and ideals to help in adolescents from Christian academic high schools. *International Journal of Children's Spirituality* 2012a; iFirst article (DOI:10.1080/1364436X.2012.680882)

¹¹ BÜSSING A: Spirituality as a Resource to Rely on in Chronic Illness: The SpREUK Questionnaire. *Religions* 2010; 1: 9-17.

¹² BÜSSING A, MATTHIESSEN P.F., OSTERMANN T: Engagement of patients in religious and spiritual practices: Confirmatory results with the SpREUK-P 1.1 questionnaire as a tool of quality of life research. *BMC Health Qual Life Outcomes* 2005; 3: 53 (1-11)

¹³ BÜSSING A, REISER F, MICHAELSEN A, ZAHN A, BAUMANN K: Engagement of Patients With Chronic Diseases in Spiritual and Secular Forms of Practice: Results with the Shortened SpREUK-P SF17 Questionnaire. *Integrative Medicine: A Clinician's Journal* 2012b; 11: 28-38.

¹⁴ BALBONI TA, VANDERWERKER LC,

Intenzione	Esempi di azione	Referimento
La possibilità di trovare speranza, orientamento e ispirazione	Offrire e favorire colloqui di consulenza/contemplazione	Giovanni 14,7: "Se conoscete me, conoscerete anche il Padre: fin da ora lo conoscete e lo avete veduto."
La capacità di essere aperti	Consentire e favorire forme di preghiera riflessiva/contemplazione	Luca 22,42: "Non sia fatta la mia, ma la tua volontà"
L'esperienza di essere guidati	Consentire e favorire la preghiera/contemplazione	Salmo 25,5: "Guidami nella tua verità e istruiscimi, perché sei tu il Dio della mia salvezza."
La volontà di perdonare, di essere perdonati e di cambiare	Favorire la preghiera riflessiva/meditazione guidata, conseguente allo stato di pace interiore	Giovanni 8,11: "Và e d'ora in poi non peccare più"
Incoraggiare a prendersi cura degli altri	Assistere e guidare la contemplazione riflessiva/meditazione e le azioni concrete con conseguente esperienza vitale di legame	Luca 10,33: "... lo vide e n'ebbe compassione"

BLOCK SD, PAULK ME, LATHAN CS, PETEET JR ET AL: Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol* 2007; 25: 555-560.

¹⁵ WINKELMAN WD, LAUDERDALE K, BALBONI MJ, PHELPS AC, PETEET JR, BLOCK SD, KACHNIC LA, VANDERWEELE TJ, BALBONI TA: The relationship of spiritual concerns to the quality of life of advanced cancer patients: preliminary findings. *J Palliat Med*. 2011; 14: 1022-2028..

¹⁶ FRICK E, RIEDNER C, FEGG MJ, HAUF S, BORASIO GD: A clinical interview assessing

cancer patients' spiritual needs and preferences. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2006; 15: 238-243.

¹⁷ BÜSSING A, KOENIG HG: Spiritual needs of patients with chronic diseases. *Religions* 2010; 1: 18-27

¹⁸ ALDERFER CP: Existence, Relatedness, and Growth; Human Needs in Organizational Settings. Free Press, New York, 1972

¹⁹ BÜSSING A, BALZAT HJ, HEUSSER P: Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer – validation of the spiritual needs questionnaire. *Eur J Med Res* 2010; 15: 266-273.

²⁰ BÜSSING A, JANKO A, KOPF A, LUX EA,

FRICK E: Zusammenhänge zwischen psychosozialen und spirituellen Bedürfnissen und Bewertung von Krankheit bei Patienten mit chronischen Erkrankungen. *Spiritual Care* 2012; 1: 57-73

²¹ ERIKSON EH: Dimensions of a new identity; Norton: New York, NY, USA, 1974.

²² BENEDETTO XVI: Lettera Apostolica in forma di Motu Proprio PORTA FIDEI del Sommo Pontefice Benedetto XVI, con la quale si indice l'Anno della Fede; Libreria Editrice Vaticana 2011, 7. ([http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/motu proprio_2011011_porta-fidei_en.html](http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/motu proprio/documents/hf_ben-xvi_motu-proprio_2011011_porta-fidei_en.html))

La missione per i sofferenti della “*União das Misericórdias*”

DOTT. MANUEL DE LEMOS

Presidente Nazionale della
“*União das Misericórdias*”,
Portogallo

Al nome mio personale e per conto della “*União das Misericórdias*” del Portogallo, desidero ringraziare il Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari e in modo particolare il suo Presidente, Sua Eccellenza Mons. Zygmut Zimowski, per averci concesso questa opportunità di essere qui con voi per illustrare almeno in parte il lavoro realizzato dalla “*União das Misericórdias*” del Portogallo nel campo della cura e dell’assistenza, negli ultimi cinque secoli.

La prima riflessione che vorrei condividere con voi riguarda il nostro impegno, che nasce dall’opera di misericordia che esorta noi cattolici a “prenderci cura degli infermi”, indipendentemente da colore, etnia, credo o status sociale della persona che soffre.

Infatti, dal 1516 sotto il regno di Re Giovanni II, fino ai giorni nostri, e senza alcuna interruzione, le *Casas de Misericórdia* si sono sempre prese cura dei malati. Come riconoscimento per questo impegno, il popolo portoghese ha iniziato a chiamarle case ‘sante’. Per questa ragione, in tutto il

mondo scoperto dai portoghesi le *Casas de Misericórdia* sono conosciute come *Santas Casas de Misericórdia*. In Brasile, dove ci sono circa 2.200 Case di Misericordia, esse sono conosciute semplicemente come *Santas Casas* (Case Sante), e occupano un posto di rilievo nella cura e nell’assistenza dei malati acuti.

Come ho già detto, la nostra presenza nel campo delle cure e dell’assistenza sono il risultato di un orientamento etico, i cui valori fanno parte della nostra missione. Dato che la nostra presenza risale a diversi secoli fa, in Portogallo, Brasile, Angola e São Tome non è necessario spiegare cosa sono le Case di Misericordia e cosa fanno. Sono nate assieme alle comunità locali, e sono rispettate, amate e protette da loro.

Dopo la Rivoluzione dei Garofani del 1974, il governo portoghese decise di nazionalizzare gli edifici e la gestione dei nostri ospedali, e di creare un sistema sanitario pubblico, un Servizio Sanitario Nazionale. Tuttavia, nel nord del Paese, 3 ospedali su 100 da noi gestiti riuscirono a sfuggire alla nazionalizzazione e rapidamente acquisirono una reputazione di affidabilità, basata sulla qualità e sull’umanizzazione dei loro servizi sanitari, tanto che negli anni ’80 i principali partiti de-

mocratici (Cristiano Democratici, Socialdemocratici e Socialisti) iniziarono a parlare nei loro programmi elettorali del trasferimento di questi ospedali ai legittimi proprietari, le Case di Misericordia. Pertanto, molto lentamente il processo di trasferimento ha avuto inizio.

La restituzione di ogni singolo ospedale è stata una storia di successo: in termini di qualità, di costi (sono almeno il 30% meno cari degli ospedali pubblici); e in termini di umanizzazione. Oggi operiamo in 19 ospedali, e nel settembre 2012 il governo ha deciso di avviare un processo, attualmente in corso, per la restituzione di un numero che va dai 15 ai 30 ospedali.

Prima di questo, il governo portoghese aveva già deciso di stipulare un accordo con la “*União das Misericórdias*” del Portogallo, dove le Case di Misericordia sarebbero state coinvolte nella formazione di una rete operativa a livello nazionale per cure assistenziali a lungo termine. In sei anni le Case della Misericordia hanno costruito e attrezzato 120 unità per un totale di 4.000 posti letto, l’equivalente di oltre il 50% della rete nazionale. Alcune di queste unità sono già state certificate da parte della Commissione Congiunta Internazionale.

Per finire, il governo portoghese ha avviato uno studio per valutare le possibilità del settore sociale, e le Case della Misericordia si sono impegnate nella rete sanitaria nazionale per le cure primarie.

Cari amici, questa è una breve visione globale della nostra presenza nel settore delle cure e dell'assistenza sanitaria. Come ho già detto, è una presenza che perdura da oltre 500 anni, e che si basa di un insieme di valori che abbiamo assunto come nostra missione.

Pertanto, ciò che potrebbe risultare di vostro interesse è l'analisi delle ragioni che hanno determinato l'importanza di questa presenza, che sta sperimentando una rapida crescita.

La prima ragione è che le persone e i governi si stanno sempre più rendendo conto che "accudire i malati" non si addice perfettamente alla natura del settore privato, indipendentemente dall'adozione dei sistemi di gestione, dai ruoli e da principi di grande rigore ed esperienza. Sembra evidente a tutti che nel processo assistenziale c'è un momento – secondo me ce ne sono diversi – in cui la natura della missione e dell'organizzazione non è compatibile con il profitto. Forse è per questo motivo che in alcuni Paesi, come gli Stati Uniti, che a ragione hanno una lunga tradizione capitalista, i segmenti più qualificati del settore sanitario siano strettamente legati al cosiddetto Terzo Settore e alle ONG, come nel caso della *Mayo Clinic*, il *John Hopkins Hospital* o il *Kruger Care Hospital Foundation*.

Secondo me, la seconda ragione sta nel fatto che garantiamo l'umanizzazione. È chiaro che sia il settore pubblico, sia quello privato, hanno fatto uno sforzo enorme in questo senso, e oggi in tutte le unità sanitarie troviamo operatori professionali molto impegnati nel campo dell'umanizzazione. C'è però una chiara differenza tra assumere l'umanizzazione come particolarità o come valore, che è inherente la natura, l'identità e la cultura di un'organizzazione.

Terzo, le Case della Misericordia, a causa della dimensione e dell'importanza del contesto specifico del settore sanitario, costi-

tuiscono un caso unico in termini di permanenza nel tempo, e per questa ragione costituiscono dei buoni casi da studiare. Per me, è nell'interazione con la comunità di cui si occupano che possiamo trovare la ragione principale per cui le Case della Misericordia non sono state consegnate agli annali della storia. Bisogna tornare indietro al movimento di queste Case come strumento *per eccellenza* del concetto di solidarietà attiva. Indubbiamente, è nella coerenza di questo pensiero che abbiamo sempre posto il nostro intervento in termini di solidarietà e sussidiarietà, e cioè essere con lo Stato o con le persone. In ogni momento abbiamo tenuto presente che questi principi assumono un significato particolare se li comprendiamo secondo gli insegnamenti del Santo Padre Benedetto XVI nella sua enciclica *Caritas in veritate*: "*Il principio di sussidiarietà va mantenuto strettamente connesso con il principio di solidarietà e viceversa*, perché se la sussidiarietà senza la solidarietà scade nel particolarismo sociale, è altrettanto vero che la solidarietà senza la sussidiarietà scade nell'assistenzialismo che umilia il portatore di bisogno".

E, infine, un'altra giustificazione dell'importanza della presenza si può trovare nel concetto di volontariato disinteressato e altruista.

L'introduzione al primo 'memorandum' della Casa di Misericordia di Lisbona, dal 1498, si riferisce espressamente ai fondatori come persone che non avevano alcun "bisogno"; in altre parole, erano pronti ad aiutare gli altri senza aspettarsi niente in cambio. Proprio a causa di ciò, il memorandum della "*União das Misericórdias*" è conosciuto come gli Impegni, in quanto chiunque entri in una Casa della Misericordia si impegna nella sua missione, che è in sintonia con le circostanze del periodo.

In un momento storico in cui il mondo sta sperimentando una crisi senza precedenti a livello economico e in termini di valori, e in cui i sofferenti sono visti come dei falliti, istituzioni quali la Casa della Misericordia costituiscono e rappresentano un'ancora per le comunità e per le singole persone.

Certamente il fatto che siamo organizzazioni che si poggiano su un approccio etico per quanto riguarda il volontariato e hanno un forte fondamento nella carità, e affermano la verità di Gesù Cristo nella società, avendo la certezza che lo sviluppo, sia esso sociale o economico, non è concepibile senza "caritas", e cioè senza l'amore di chi ci sta vicino, tutto ciò pone l'operato delle Case della Misericordia ad un livello privilegiato, profondamente radicato nel Magistero sociale della Chiesa, e ripreso dalla *Caritas in veritate*.

Le nostre unità di cura e assistenziali sono un paradigma *per eccellenza* di questo approccio e di questa posizione privilegiata!

Anche per le persone che non si rivolgono per ricevere aiuto, il semplice fatto che esse esistono, che ci sono, è un tipo di rassicurazione, uno strumento di sollievo che il settore privato chiaramente non può dare, e che quello pubblico, in molti Paesi, non può più fornire.

Permettetemi un commento personale: la crescente attenzione dei media e persino il rinnovato interesse degli intellettuali per l'opera delle Case della Misericordia, e per cosa esse significano, sono un esempio di ciò che ho appena detto.

La verità è che l'impegno nel campo del dialogo civile, come afferma l'Unione Europea, si basa sul principio della diversità – tanto più dell'essenza della vita, che appartiene alla biodiversità – che si manifesta in tutti gli atti dell'uomo, dall'economia al diritto, dalla religione alla fratellanza e alla salute.

Un riconoscimento di questo fatto ci porta alla realtà che ogni essere umano costituisce, assieme a tutti gli altri, un insieme, un'unità, un "solidum", così come il tempo lo colloca. E questa idea che tutti noi, nella nostra individualità, abbiamo una comune natura, origine e fine, è la consustanziazione dell'idea fondamentale di solidarietà, del rapporto di corresponsabilità tra tutti i membri di uno e dello stesso "solidum".

Senza entrare nella classificazione dei modelli stabiliti di società – la subordinazione della società, il coordinamento della

società e la solidarietà della società – mi sembra evidente che, visto il fallimento dei primi due modelli, dobbiamo urgentemente inventare/sviluppare un nuovo paradigma della società basato sulla società della solidarietà o, se preferite, sulla fratellanza che, senza concettualizzare, le Case della Misericordia hanno già fatto proprio, ovviamente in rapporto ai tempi e al luogo.

In realtà, indipendentemente dal fatto che trasformiamo la solidarietà in molto più di un imperativo etico o un torrente di emozioni e le diamo uno status basato su veri diritti e doveri, o che il nostro cammino comune possa portare a sconvolgimenti completamente inaspettati, nel periodo attuale tutto ciò appare molto chiaro, e i cattolici portoghesi si vedono riflessi in questi valori, come mostra la nostra attenzione verso i sofferenti che si tramanda da secoli.

La storia delle Case della Misericordia deriva, sin dagli inizi, dalla sua stessa dimensione nella società solidale, e ciò ha avuto dei riflessi nell'amalgamazione secolare dei concetti dell'ospedale (del tempo) e dell'istituzione stessa.

Amici miei, mi accingo a concludere, ma prima di farlo vorrei fare tre breve annotazioni.

La prima è che negli ultimi 30 anni la scienza, e in particolare quella medica, ha spinto i limiti della vita molto più avanti. Oggi la tecnologia può prolungare la vita; in alcuni casi attenua la sofferenza e riesce persino ad aumentare il benessere. Gli ospedali sono istituzioni complesse di fascia alta, con una tecnologia estremamente costosa, e che richiedono una forte concentrazione di risorse. Allo stesso tempo, però, questa tecnologia ha reso i trattamenti accessibili, a buon mercato e sicuri per un buon numero di patologie.

La seconda è che negli ultimi 30 anni abbiamo assistito ad un notevole aumento dell'aspettativa di vita. Abbiamo aggiunto anni alla vita, ora dobbiamo dare più vita ai nostri anni, ma ciò comporta anche un investimento in termini di risorse nel settore della salute. In Portogallo 30 anni fa solo il 10% della spesa in campo sanitario era destinata ai malati cronici; oggi questa cifra supera il 70%.

La terza annotazione è una conseguenza della seconda, e si basa anch'essa sugli effetti dell'aumento dell'aspettativa di vita. È vero che viviamo più a lungo, ma è aumentato anche il numero delle situazioni di dipendenza, sia riguardanti la sfera fisica, sia

quella mentale. Ad esempio, sono aumentate in modo esponenziale le demenze; nel 2009 erano circa 7.300.000 le persone alle quali era stata diagnosticata una forma di demenza, 153.000 solo in Portogallo. La rete per le cure palliative continue a livello nazionale sta diventando sempre di più un pilastro del sistema sanitario, vista l'incapacità delle famiglie di prendersi cura dei propri cari, perché non hanno le risorse né la struttura o la capacità necessaria per farlo.

E in questo contesto che vede ogni giorno migliaia di persone sofferenti, che la nostra missione sta assumendo dimensioni più vaste e che la distinguono nel contesto sanitario. Fornire buone cure e assistenza, con qualità e competenza, dare affetto ad un bambino o a una persona anziana, dedicare del tempo ad ascoltare i suoi ricordi, tenere la mano di un morente: sono ciò che le Case della Misericordia fanno naturalmente e come nessun altro.

Per queste ragioni, siamo orgogliosi del nostro passato, attenti al presente e sicuri che le nostre istituzioni hanno un grande futuro.

In questo luogo santo, invoco la protezione di Maria, Madre di Misericordia, così come ha sempre fatto lungo i secoli. ■

L'impegno umanitario e missionario dell'Ordine di Malta

**S.E. BARONE ALBRECHT
FREIHERR VON BOESELAGER**
Grande Ospedaliero
del Sovrano Ordine Militare
di Malta,
Germania.
Membro del Pontificio
Consiglio per gli Operatori
Sanitari,
Santa Sede

Vorrei anzitutto ringraziare S.E. Mons. Zimowski, Presidente del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, per avermi dato l'opportunità, di presentare le attività umanitarie realizzate a livello internazionale dall'Ordine. Vorrei iniziare con alcuni fatti generali che possono illustrare, in modo chiaro, l'impegno quasi millenario della nostra Istituzione.

Si tratta del più antico Ordine cavalleresco, fondato nella metà dell'XI secolo con la missione di

assistere i malati e i pellegrini feriti in un ospedale di Gerusalemme. Esso, poi, è l'unico Ordine di cavalieri ancora in esistenza. Le sue prime costituzioni come Ordine religioso laicale furono approvate da Papa Pasquale II nel 1113. La sua missione era rappresentata dal seguente principio umanitario: l'assistenza ai poveri e agli ammalati, a prescindere da religione, origine o etnia – un principio che oggi consideriamo moderno, ma che per l'Ordin-

ne di Malta ha quasi un millennio di vita. Papa Pasquale II accordò all'Ordine un'indipendenza di vasta portata dalle altre autorità, e quando l'Ordine si stabilì nell'isola di Rodi nel 1310, questa indipendenza divenne sovranità. Dopo la perdita di Rodi nel 1522, l'Ordine divenne sovrano dell'isola di Malta. Allorché Napoleone occupò Malta nel 1798, l'Ordine perse il proprio territorio, ma la sua sovranità fu confermata dal trattato di Amiens nel 1802.

I primi crociati arrivarono in Terra Santa nel 1099 e molti cavalieri si unirono all'Ordine, che a quel tempo si chiamava Ordine di San Giovanni di Gerusalemme.

La storia militare derivata dal suo sviluppo è ben nota. Vorrei però sottolineare il fatto che l'assegnazione dell'Ordine per i suoi compiti umanitari caritativi non è mai scesa, durante tutta la sua storia, al di sotto del 60% del suo budget totale in qualsiasi momento. Questo è certamente il motivo principale per cui l'Ordine di Malta esiste ancora. La sua ragion d'essere non è scomparsa con la perdita della Terra Santa.

Oggi l'Ordine di Malta è diffuso in tutto il mondo come mai prima. Ha proprie strutture in 55 Paesi di tutti i continenti, e attività in circa 120 Nazioni. Le attività contano sulla collaborazione di 13.500 membri, 80.000 volontari permanenti e circa 25.000 dipendenti. Di tanto in tanto si aggiungono molti altri volontari per attività speciali. L'Ordine mantiene relazioni diplomatiche con 104 Paesi, ha un Ambasciatore presso la Commissione Europea e un Osservatore Permanente presso le Nazioni Unite.

La descrizione delle nostre attività, molteplici e diverse, pone una sfida. Primo, la struttura dell'Ordine è decentralizzata. I singoli enti nazionali – Associazioni – dell'Ordine detengono la responsabilità operativa su quanto fatto nei rispettivi Paesi. Secondo: l'Ordine è attivo in ambienti molto diversi, che vanno da Paesi altamente sviluppati e ricchi a regioni estremamente svantaggiate e povere. Abbiamo adattato le nostre attività di conseguenza, ponendo l'enfasi sui bisogni medici e sociali come da tradizione.

In Europa l'attenzione è rivolta alla direzione di istituzioni sanitarie e sociali, ad esempio ospedali, cliniche e case di riposo per anziani e persone gravemente handicappate, e alla gestione di organizzazioni di volontariato con missioni paramediche e sociali. Ad esempio, in Germania l'Ordine gestisce 10 ospedali, in Francia ha 15 case per persone gravemente handicappate o non autosufficienti, in Inghilterra 73 case di riposo per anziani, e in Italia un ospedale e molte cliniche specializzate nella cura del diabete.

Per secoli l'Ordine di Malta è stato un pioniere nel campo della *medicina*, specialmente nella cura delle ferite e nel trattamento delle malattie infettive. La parola "quarantena" deriva dal tempo in cui, a Malta, l'Ordine isolava quanti avevano malattie infettive su un'isola nella baia della Valletta per quaranta giorni. L'isola si chiama ancora Quarantena. Ma ciò per cui l'Ordine divenne ancor più famoso è il tipo di cura prestata ai malati. Le regole in materia di cure nell'ospedale dell'Ordine divennero famose. Secoli prima che ciò divenisse la norma in Europa, l'Ordine insisteva sul fatto che ogni paziente avesse il proprio letto.

Nei tempi moderni l'Ordine di Malta ha svolto un ruolo importante nella lotta contro la lebbra. In molti Paesi europei oggi ci concentriamo sull'assistenza ai malati. In Inghilterra e Germania l'assistenza agli anziani malati di demenza senile è diventata un ambito in cui svolgiamo nuovamente un lavoro pionieristico. In Inghilterra le case di riposo hanno sviluppato uno schema particolare in cui le stanze vengono allestite in vecchio stile, come quando gli anziani erano giovani. Sono chiamate "stanze della reminescenza". Tale innovazione ha un effetto calmante e una riduzione misurabile della medicazione. In Germania l'Ordine coopera con la fondazione svedese Silviahemmet, creata dalla Regina Silvia per promuovere l'assistenza agli anziani con deterioramento cognitivo. L'Ordine ha creato un centro specializzato a questo scopo. Nel 2010 la Regina Silvia ha aperto il primo reparto ospedaliero specialistico per pazienti con vari tipi di infermità, ma tutti sofferenti di demenza, che ora è diventato un modello visitato da molti specialisti. A marzo è stato aperto un primo centro diurno per malati di demenza in Germania, gestito dall'Ordine. Dipartimenti ospedalieri per la geriatria e unità di cure palliative completano il campo delle cure al termine della vita.

Un altro ambito di interesse è quello rivolto all'attenzione sociale per i più poveri. Vi darò alcuni esempi di una vasta gamma di servizi forniti dall'Ordine. L'aiuto ai *senzatetto* è sempre più in primo piano. Nella maggior parte d'Europa ora gestiamo progetti per loro. L'Associazione francese ha messo a disposizione dei senzatetto con cani un vecchio barcone a Parigi che funge da rifugio per loro – si tratta dell'unico luogo in cui possono portare i loro animali. In un certo numero di città tedesche offriamo ai senzatetto giornate speciali che chiamiamo "Wolhfühlmorgen" o "mattinate di benessere", ove possono farsi la doccia, lavare i vestiti, sottoporsi a controlli medici o trattamenti di base, e ci sono anche veterinari che si occupano dei loro cani. L'Associazione australiana sostiene il progetto "The Coats for the Homeless Project" (cappotti per i senzatetto), un progetto internazionale che consiste nella distribuzione di cappotti per tutte le stagioni, specificamente disegnati e prodotti per i senzatetto. In Belgio, in particolare a Bruxelles e Liegi, la Malta Assistance gestisce due case, le "La Fontaine Houses", che forniscono cure mediche, strutture ove lavarsi e lavare i vestiti, servizi di barbiere, cucito, caffè e compagnia a 18.000 senzatetto, assistiti da 130 volontari.

L'assistenza a coloro che sono *in cerca di asilo* e a quanti sono immigrati illegalmente è un altro ambito crescente in molti Paesi. In Italia il nostro personale medico lavora a bordo delle imbarcazioni della guardia costiera, per fornire soccorso medico ai boat-people arrivati in migliaia negli scorsi anni. In Germania e in Italia gestiamo piccole cliniche per curare persone senza status lega-

le. Disposizioni particolari con le autorità locali e la polizia permettono loro di accedere alle nostre cliniche senza paura di essere arrestati. Questi servizi, oltre all'aspetto umanitario, sono importanti per salvaguardare la salute pubblica. L'Associazione francese dell'Ordine, con le sue attività nei Paesi francofoni dell'Africa occidentale, aiuta quanti sono stati rimpatriati nel loro Paese d'origine.

L'Ordine inoltre assiste i giovani tossicodipendenti e gli anziani che vivono soli nelle loro case. I Rom e i Sinti in Ungheria e nei Paesi limitrofi formano un altro ambito di attività. I servizi ai prigionieri o ai loro parenti sono nuove attività in Cambogia e negli Stati Uniti. La maggior parte di questi servizi sono svolti da volontari. Il lavoro dei volontari che non sono membri dell'Ordine è un contributo molto importante a quasi tutte le attività dell'Ordine stesso. La maggior parte dei volontari sono organizzati in corpi di soccorso e servizi ambulanze dell'Ordine. Essi svolgono missioni di pronto soccorso, e forniscono servizi sociali e in caso di disastri. Inoltre, nelle organizzazioni di soccorso di 30 Paesi viene svolto un grande lavoro con i giovani. Dalla creazione dei primi corpi di ambulanza in Irlanda oltre 70 anni fa (1938), l'operazione dei servizi di soccorso è diventata una delle più importanti funzioni dell'Ordine. Ci sono anche gruppi di volontari al di fuori dell'Europa, nell'America settentrionale e meridionale. Nel continente africano sono stati istituiti i primi gruppi in Nigeria e Sudafrica. La creazione e lo sviluppo di corpi di volontari ha avuto molto successo anche nell'Europa centrale e dell'est dopo la caduta della cortina di ferro. Ad esempio, attualmente ci sono circa 10.000 volontari che lavorano nei servizi di soccorso dell'Ordine in Ungheria, il secondo gruppo più grande dopo la Germania, che può contare su 35.000 volontari e circa 9.000 giovani cadetti.

Le popolazioni degli ex Paesi comunisti hanno vissuto per due o più generazioni sotto un regime dittoriale, in cui era impossibile organizzarsi in associazioni priva-

te a scopo sociale. In molte di queste società la situazione finanziaria della popolazione è tale che spesso devono fare più lavori per poter guadagnare abbastanza da sostenere la famiglia. In effetti troviamo situazioni in cui ci sono esempi meravigliosi di solidarietà privata e aiuto ai vicini, ma dove non c'è una tradizione di associazioni organizzate privatamente. È una realtà in cui il lavoro dei volontari è marginale rispetto al bisogno di guadagnarsi la vita. In questo ambiente ci proponiamo di lavorare alla creazione e allo sviluppo di un impegno sociale del volontariato, specificamente nel campo del lavoro sociale. Tale impegno sociale è anche uno degli strumenti più importanti nella costruzione di società libere e democratiche. Lo sviluppo sociale e i benefici che ci si attende in questi Paesi è pertanto particolarmente importante per la strategia futura delle nostre organizzazioni. L'importanza data alla creazione e al sostegno di libere iniziative sociali nell'ambito della salute e dell'attenzione sociale è uno dei fattori essenziali per una società libera; lo Stato ha la grande responsabilità di fornire un quadro di sostegno giuridico e finanziario.

I nostri giovani volontari si concentrano in attività con persone con *handicap fisici*. Negli ultimi trenta anni, è stato organizzato un campus internazionale di vacanza annuale per disabili in un Paese europeo. Nel 2011 si è tenuto in Italia, quest'anno i giovani si sono riuniti in Ungheria e il prossimo anno il campus sarà in Irlanda. Un'iniziativa del tutto speciale è l'organizzazione, in Libano, di campus di vacanza per i giovani locali con handicap fisici e mentali. La partecipazione a questi campus può offrire loro l'opportunità unica di condividere momenti di riflessione spirituale e per godere del tempo libero e praticare attività sportive.

In America del Sud le attività dell'Ordine, oltre a quelle legate al soccorso in caso di calamità, riguardano principalmente progetti umanitari per bambini e madri che vivono in baracche, fornendo loro cure mediche, assistenza sociale ed istruzione. L'Associazione brasiliana di San Paolo e del Sud del Brasile, attraverso il "Centro

Asistencial Cruz de Malta", svolge diverse attività che riguardano salute, istruzione, alimentazione, servizi sociali per bambini, ragazze madri, giovani e anziani.

Parlerò ora delle nostre attività in Medio Oriente e quindi di quelle umanitarie a livello internazionale.

Uno dei nostri progetti pilota è l'*Holy Family Maternity Hospital* di Betlemme. Due anni fa abbiamo festeggiato il 50.000° bambino nato nell'ospedale dal 1990. Sono oltre 3.000 i neonati venuuti al mondo ogni anno. La Commissione Europea ha contribuito finanziariamente al rinnovamento dell'ospedale e ha dato occasionalmente altro sostegno finanziario. Inoltre, il governo belga ha finanziato le attrezzature di un moderno reparto neonatale. Molte altre istituzioni e finanziatori privati sostengono questa iniziativa; ciò nonostante l'Ordine deve contribuire ai costi di gestione dell'ospedale con circa 1,5 milioni di euro annui.

La maggior parte dei pazienti palestinesi non ha assicurazione medica e non è in grado di pagare nemmeno le spese, che sono relativamente basse. Le autorità palestinesi spesso non pagano le spese dei pazienti che ci inviano. Ma l'ospedale è un'oasi di pace in una regione turbolenta. La percentuale di bambini prematuri è alta a causa dello stress psicologico permanente a cui sono esposte le madri. L'ospedale fornisce anche posti di lavoro in una zona con un alto livello di disoccupazione.

Oltre al summenzionato progetto per i giovani diversamente abili, in Libano l'Ordine gestisce 10 cliniche in cooperazione con altre confessioni religiose comprese le comunità di Drusi, Sanniti e Sciiti. Nel sud cooperiamo con una fondazione sciita e sarete probabilmente sorpresi nel sentire che il personale medico sciita indossa un abito di servizio con la nostra Croce. Quando si stabilisce la fiducia, si può fare molto per rinsaldare la pace tra le varie comunità religiose attraverso progetti comuni. Altri esempi di questo tipo sono l'iniziativa di donne bosniache e uno schema similare applicato in Afghanistan, entrambi cofinanzia-

ti dall'ECHO. Purtroppo abbiamo dovuto porre fine ai progetti in Afghanistan dopo che tre membri del nostro personale locale sono stati uccisi dai Talebani.

L'Ordine ha vari enti istituzionali a sua disposizione per fornire aiuti umanitari e sostegno ai Paesi in via di sviluppo. Essi includono: la *Direction internationale de l'Ordre de Malta France*, che gestisce centri sanitari e ospedali specialmente in tutta l'Africa occidentale francofona; la fondazione CIOMAL dell'Associazione svizzera la cui missione è la lotta alla lebbra, attualmente è attiva principalmente in Cambogia; "Malta Belgium International" si è distinta nella fondazione di ospedali nella Repubblica Democratica del Congo. Ci sono poi dozzine di progetti bilaterali di donatori, in cui un'Associazione sostiene direttamente un progetto in una parte nel mondo in via di sviluppo.

La più importante di queste organizzazioni è *Malteser International*, agenzia di soccorso internazionale dell'Ordine. Il suo obiettivo è il coordinamento, il soccorso e la riabilitazione per uno sviluppo completo e integrato. Essa è attiva nei campi della salute, della fornitura di acqua potabile, dell'igiene, dell'organizzazione in caso di disastro e progetti di prevenzione, mezzi di sussistenza e programmi di nutrimento, microcredito e microscemi di assicurazione sanitaria.

Malteser International opera attualmente in Africa, Asia e America centrale e del sud, ed ha portato servizi vitali a otto milioni di persone in 20 Paesi.

Come fa l'Ordine, anche Malteser International basa tutte le sue operazioni sui principi di imparzialità e indipendenza dalla politica e dagli interessi economici. Con l'obiettivo dichiarato di aiutare le persone in stato di bisogno, essa è un partner credibile per tutte le parti e nelle zone di conflitto, come il suo lavoro attuale nel Sud del Sudan, nel Congo orientale e in Pakistan, perfino nella Swat Valley. Un'agenda aperta e trasparente e un alto livello di affidabilità consentono a Malteser International di svolgere operazioni di soccorso in zone quali il Congo

meridionale, ove quasi nessun altro ha accesso sicuro.

A Malteser International è stato permesso di operare nel Myanmar dal 2001, quando era ancora estremamente difficile lavorare in quel Paese per le ONG straniere. Tale permesso fu concesso nonostante i progetti sanitari che Malteser International fornisce per i Karen che hanno lasciato il Myanmar per motivi politici e vivono in campi profughi lungo il confine tra Thailandia e Burma. Grazie a questa posizione, Malteser International è stata una delle poche organizzazioni internazionali in grado di iniziare operazioni di soccorso immediate dopo che il ciclone Nargis si era abbattuto sul Paese.

L'agenzia di soccorso internazionale dell'Ordine è anche molto attiva in favore dei cosiddetti sfollati interni (cioè persone costrette ad abbandonare le proprie case e le proprie vite a causa di conflitti, guerre e disastri naturali) offrendo loro un rifugio in campi specificamente costituiti per emergenze umanitarie, assistenza medica e psicologica, igiene e cibo.

Solo per menzionare alcune azioni dell'Ordine in favore degli sfollati interni nel 2012, possiamo ricordare i suoi interventi nel Rakhine State, Myanmar, in cui oltre 90.000 persone sono state sfollate a causa di conflitti etnici; nel Burkina Faso dove oltre 65.000 rifugiati del Mali sono fuggiti in seguito alla crisi politica nel loro Paese, e nella Repubblica Democratica del Congo ove, dopo una serie di attacchi da parte di gruppi di ribelli armati nel gennaio 2012, migliaia di persone sono fuggite dalla provincia di Shabunda nel Kivu Sud.

Attualmente Malteser International è fortemente impegnata nell'aiuto ai rifugiati in Siria e Libano. Dall'inizio di luglio, in collaborazione con l'*International Blue Crescent*, sua organizzazione partner, ha sostenuto 1.200 famiglie in fuga a Damasco con beni di soccorso di emergenza. Ora, con l'avvicinarsi della stagione invernale, 500 famiglie nelle città siriane di Homs e Hama riceveranno abiti caldi, coperte e stufe. Inoltre, oltre 15.000 sfollati ad Aleppo, Damasco, Hamas e

Homs riceveranno kit per l'igiene e per la sopravvivenza, compresi coperte, materassi, utensili da cucina, sapone, pannolini e creme per bambini. In Libano, l'Ordine continuerà a sostenere il centro socio-medico dell'Associazione libanese di Khaldieh, dove i rifugiati siriani possono ricevere cure mediche gratuite. Finora sono stati curati circa 600 rifugiati. A partire da novembre, 500 rifugiati riceveranno kit di emergenza di soccorso e abiti invernali.

Nel Sudan meridionale Malteser International è attiva dal 1997 con programmi di emergenza in favore dei rifugiati e delle vittime delle guerre civili. Dopo l'indipendenza nel 2011, Malteser International lavora per rafforzare le strutture sanitarie locali, in particolare nella regione dei laghi e negli Stati equatoriali occidentali, costruendo un totale di 35 nuovi centri sanitari attrezzati con latrine, pozzi e serbatoi per la raccolta di acqua piovana nelle regioni di Maridi e Rumbek e offrendo agli impiegati sanitari governativi formazione in argomenti quali gestione della droga e salute materna e infantile.

Vorrei ricordare poi l'attività dell'Ordine nella Repubblica Democratica del Congo ove, durante e dopo anni di guerra civile, i civili, spesso giovani donne, ragazze e a volte ragazzini, sono stati le vittime innocenti di violenza sessuale e stupri ad opera dei miliziani e dei ribelli. Dal 2007 l'Ordine lavora con le vittime a Ituri, Haut Uélé e Bukavu/Kivu Sud per prevenire o curare le malattie sessualmente trasmissibili e fornire counseling psicologico per affrontare questo ulteriore trauma.

L'Ordine non è solo interessato a seguito di guerre, conflitti o crisi politiche, ma interviene anche con i suoi corpi nazionali e internazionali per aiutare le popolazioni colpite da disastri naturali, quali terremoti, tsunami, inondazioni ... Nelle prime fasi di questo tipo di emergenze, qualsiasi risposta è concentrata sull'aiuto alle persone con sopravvivenza di base. Programmi incentrati su aiuti di emergenza medica o sulla distribuzione di articoli di soccorso – quali mezzi per la depurazione e la conservazione dell'acqua, arti-

coli per la casa, kit per l'alloggio e razioni alimentari di base – sono i "primi strumenti di risposta".

Una volta soddisfatti questi bisogni basilari, lo scopo successivo è quello di ridurre ulteriormente la vulnerabilità e fornire alle comunità colpite da crisi e disastri programmi sostenibili di ricostruzione e riabilitazione, che promuovano una prospettiva di forte sviluppo. Le componenti dei rispettivi programmi includono la ricostruzione effettiva di case ed edifici pubblici come pure misure di riabilitazione sociale, come assistenza psicologica ai sopravvissuti e il reintegro dei rifugiati nel loro paese d'origine.

Gli interventi successivi ai terremoti ad Haiti nel 2010 e in Italia nel 2009 e 2012, al terremoto e allo tsunami in Giappone nel 2011 e dopo le frequenti inondazioni e cicloni in diversi Paesi asiatici (Cambogia, Myanmar e Sri Lanka) sono solo alcuni esempi delle attività svolte dall'Ordine nel contesto dell'emergenza umanitaria legata a calamità naturali.

Ma il racconto di questi successi non deve far perdere di vista la nostra preoccupazione generale circa l'osservanza dei principi umanitari nei moderni conflitti armati. Cento anni fa il 90% delle vittime di guerra erano soldati;

oggi il 90% delle vittime dei conflitti armati sono civili. Il tempo è troppo breve per approfondire qui questo argomento. Ma le conseguenze delle cosiddette guerre asimmetriche, l'uso improprio di strutture protette civili o religiose, l'uso di scudi umani ma anche l'accettazione di danni collaterali – la formulazione eufemistica è perfida di per sé – e le minacce al personale umanitario, richiedono sforzi permanenti per migliorare l'osservanza di questi principi umanitari di vitale importanza.

L'Ordine ha anche lanciato una nuova iniziativa per migliorare la questione dei finanziamenti per i bisogni trascurati. ■

Coinvolgere gli operatori sanitari cattolici per espandere la diagnosi e il trattamento dell'HIV

SIG. GREGG H. ALTON

Vice Presidente Esecutivo
Corporate and Medical Affairs,
Gilead Sciences,
U.S.A.

Circa "Gilead Sciences"

"Gilead Sciences, Inc." è una società biofarmaceutica che si occupa della ricerca, dello sviluppo e della commercializzazione di terapie innovative in aree dove i bisogni di assistenza medica non sono soddisfatti.

Per oltre un decennio, "Gilead Sciences" è stata leader nella produzione di antiretrovirali (ARV) per la cura dell'HIV/AIDS, con particolare attenzione al miglioramento e alla semplificazione del trattamento dell'HIV per i pazienti. I suoi ricercatori hanno sviluppato sei farmaci anti-HIV disponibili in commercio, che comprendono gli unici regimi di trattamento completo per infezione da HIV in un'un-

ica compressa giornaliera e la prima pillola ARV orale per ridurre il rischio di contrarre l'infezione da HIV in alcuni adulti ad alto rischio. Stiamo anche portando avanti una consistente pipeline di opzioni terapeutiche nuove e innovative.

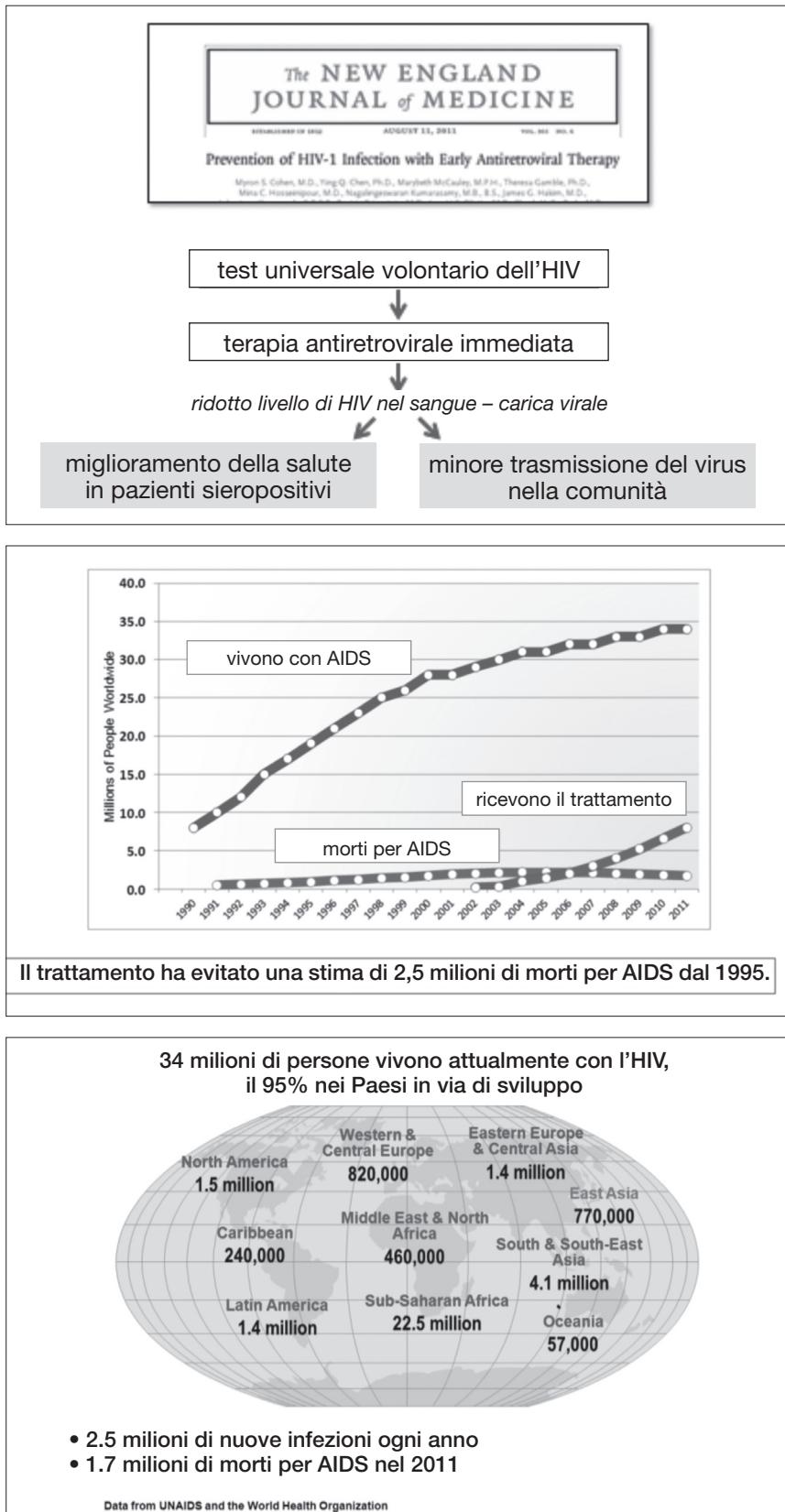
La missione aziendale della "Gilead" consiste nel trasformare la cura per l'HIV e altre malattie mortali. La società ritiene, inoltre, che tutte le persone dovrebbero avere accesso alle medicine di cui hanno bisogno, indipendentemente da dove vivono o dalle capacità economiche. Per raggiungere questi obiettivi, crediamo che l'innovazione debba riguardare non solo la scoperta di farmaci, ma anche la ricerca di nuovi metodi per ottenere medicinali a prezzi accessibili il più rapidamente possibile per coloro che ne hanno bisogno.

In tale ottica, abbiamo stabilito programmi e partnership innovativi per accrescere l'accesso globale ai nostri farmaci, riconoscendo che le zone meno sviluppate del mondo sono quelle che hanno maggiore bisogno di trattare l'HIV. Oggi, 4.3

milioni di persone in tutto il mondo ricevono terapie "Gilead" contro l'HIV; di queste persone 3.5 milioni vivono in Paesi a basso e medio reddito.

I progressi nel trattamento dell'HIV/AIDS

L'HIV, che era una condanna a morte quasi certa, è stato trasformato in una malattia cronica gestibile grazie all'azione sociale e alla scienza. Una terapia antiretrovirale efficace per i pazienti sieropositivi fornisce benefici che includono un'aspettativa di vita quasi normale e una necessità di ricovero ridotta, e può consentire a molte persone con infezione da HIV di tornare al lavoro e avere una migliore qualità di vita. Inoltre, una terapia antiretrovirale efficace offre notevoli vantaggi per le famiglie, mantenendole intatte, permettendo ai genitori sieropositivi di prendersi cura dei figli e riducendo la spesa familiare per l'assistenza sanitaria.



Per di più, un'efficace terapia ARV iniziata precocemente ha il potenziale di ridurre il rischio di trasmissione del virus. Nel maggio 2011, i ricercatori del National

Institutes of Health (NIH) hanno annunciato i risultati di uno studio clinico molto importante tra coppie eterosessuali in Africa, in cui un partner era sieropositivo e uno

sieronegativo. Lo studio ha evidenziato che nelle coppie in cui il partner HIV-positivo ha iniziato il trattamento precocemente, il tasso di trasmissione del virus al partner HIV-negativo era del 96 per cento inferiore rispetto alle coppie in cui il partner sieropositivo ha iniziato il trattamento più tardi.

Dopo la pubblicazione di questo studio sul New England Journal of Medicine, c'è stato un crescente sostegno all'approccio alla diagnosi e al trattamento da parte dei leader politici, religiosi e sanitari. Secondo il Catholic News Service, nel 2011, l'Arcivescovo Zygmunt Zimowski, che guidò la delegazione della Santa Sede alla 65a Assemblea Mondiale della Sanità, si disse colpito dai risultati. Margaret Chan, direttore dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'ex segretario di Stato Hillary Clinton hanno reso pubbliche dichiarazioni in cui approvano l'uso di farmaci antiretrovirali per ridurre la trasmissione del virus HIV.

Nell'ultimo decennio, la comunità internazionale ha compiuto enormi progressi nella fornitura di farmaci ARV: tra il 2002 e il 2011, nei Paesi a basso e medio reddito il numero di individui che ricevono la terapia antiretrovirale è aumentato del 2.600 per cento, passando da 300.000 a oltre 8 milioni di individui. Il trattamento ha evitato una stima di 2,5 milioni di morti per AIDS dal 1995.

Eppure rimangono esigenze sostanziali, e continuare ad espandere il trattamento è una priorità sanitaria e umanitaria superiore. Le Nazioni Unite hanno fissato l'obiettivo di raggiungere almeno altre 7 milioni di persone con la terapia ARV, per arrivare ad un totale di 15 milioni di persone entro il 2015.

Le esigenze di trattamento HIV persistono

Trent'anni dopo l'individuazione dei primi casi, l'HIV/AIDS rimane una delle sfide sanitarie più importanti del mondo. Circa 30 milioni di persone sono morte di AIDS, e più di 34 milioni di persone vivono attualmente con l'HIV.

Nove persone sieropositive su 10 risiedono nei Paesi in via di sviluppo e anche la stragrande

maggioranza delle nuove infezioni si verificano nel mondo in via di sviluppo. L'HIV è un ostacolo allo sviluppo sociale e alla crescita economica in quanto riduce l'aspettativa di vita, destabilizza le famiglie e aumenta la povertà. In assenza di un vaccino e di una cura, diagnosticare il virus e fornire il trattamento a coloro che sono infetti è una strategia primaria per controllare l'epidemia.

La risposta globale della Chiesa cattolica all'HIV

I servizi sanitari cattolici costituiscono una vasta rete che abbraccia più di 100 Paesi e che comprende circa 5.000 ospedali, 17.000 dispensari e 15.000 case per malati e anziani; molti di questi servizi si occupano di quanti sono affetti dal virus. Infatti, attraverso questa rete, le istituzioni cattoliche e di volontariato forniscono assistenza sanitaria a una su ogni 4 persone con infezione da HIV in tutto il mondo.

L'impegno della Chiesa cattolica circa il trattamento dell'HIV ha coinvolto anche la sua gerarchia più alta. Rivolgendosi ai partecipanti alla Conferenza internazionale del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari del 1989, Sua Santità Giovanni Paolo II affermò che l'HIV lancia una "duplicata sfida ... la prevenzione della malattia e l'assistenza di coloro

che ne sono colpiti. Un'azione veramente efficace ... deriva da una visione costruttiva della dignità della persona umana". Più di recente, e precisamente nel 2011, Papa Benedetto XVI ha chiesto una "risposta medica e farmaceutica" all'HIV/AIDS.

Collaborazione sul progetto di diagnosi e trattamento in Tanzania

La "Gilead" crede nella forza attraverso la partnership. Collaborazioni di tutti i tipi - con partner nel campo della scienza, del mondo accademico, degli affari e delle comunità di fede locali - sono al centro del nostro lavoro. La partnership migliora la nostra capacità di sviluppare farmaci innovativi e fornirli alle persone che ne hanno bisogno nel modo più efficiente possibile.

Un esempio di questo impegno per quanto riguarda le comunità religiose è un progetto pilota realizzato in collaborazione con il Vaticano e con la Conferenza Episcopale della Tanzania, attualmente in atto in un luogo rurale di Bugisi, Tanzania. Il progetto ha lo scopo di dimostrare come, mediante l'attuazione di test volontari universali dell'HIV nelle strutture sanitarie e collegando immediatamente gli individui trattati ad una terapia antiretrovirale efficace, sia possibile ridurre

la carica virale, migliorare la salute di coloro che sono affetti da HIV e diminuire la trasmissione dell'HIV nelle comunità.

A Bugisi, il progetto mira ad aumentare lo screening dell'HIV nelle strutture sanitarie cattoliche in 35 villaggi, dove vivono circa 75.000 persone, con diretto rinvio alla terapia per i pazienti con diagnosi di sieropositività. Ci aspettiamo che il progetto tratterà 20.000 pazienti, fornendo loro e alle comunità benefici diretti che si ottengono quando si riduce il carico virale. Inoltre, il programma fornirà dati fondamentali per l'analisi dei ricercatori che li aiuterà a progettare iniziative di diagnosi e trattamento più efficaci in futuro. Interrogativi importanti a cui il progetto contribuirà a rispondere sono: come ampliare efficacemente il test, come capire quali sono gli ostacoli per un inizio precoce della terapia antiretrovirale, la necessità di infrastrutture adeguate, compresi gli operatori sanitari, e come continuare ad ottimizzare la terapia per ridurre i costi.

Riteniamo che questa collaborazione sia una opportunità fondamentale per dimostrare non solo l'efficacia del trattamento dell'HIV come prevenzione, ma anche per mostrare come i leader dell'industria e della Chiesa possono compiere progressi tangibili nell'affrontare un'epidemia che colpisce maggiormente i più bisognosi. ■

Conclusioni

MONS. ANDREA PIO

CRISTIANI

Fondatore del
Movimento "Shalom",
Italia.
Consultore del
Pontificio Consiglio per
gli Operatori Sanitari,
Santa Sede

Tessere in breve le conclusioni di un convegno così straordinario – come è stato questa XXVII Conferenza Internazionale del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari – è indubbiamente un impegno considerevole, sia per la portata mondiale dell’evento nel quale tutti i cinque continenti erano rappresentati, sia per l’altissima qualità degli interventi tenuti dai numerosi relatori, dotti ed illustri. Il tema suggerito dal Santo Padre era attuale e globale: “*L’Ospedale luogo di evangelizzazione, missione umana e spirituale*”. Gli argomenti sono stati in piena sintonia con l’anno straordinario della fede per ricordare il Giubileo d’oro del Concilio Vaticano II.

Abbiamo idealmente attraversato le soglie delle porte che l’umanità varca quando si ammala e soffre.

Abbiamo posto l’attenzione ai molteplici luoghi dove si affronta la malattia. È come se fossimo venuti da 65 Nazioni del pianeta a chiederci chi incontriamo oltre quelle porte e che cosa esattamente vi cerchiamo.

Ogni malato si attende, con uno stato d’animo frammisto di timore e di speranza, un’accoglienza calda ed una cura efficace. Non sempre è così. Può succedere di non essere trattati come persone, ma come “numeri” sui quali si deve intervenire nel minor tempo possibile e con minor costi possibili.

Il globo è costellato di ospedali, case di cura, dispensari sorti nei secoli per volere di Gesù: “*Curete i malati*” (Lc 10,9) La prima cosa che dobbiamo chiederci è se chi entra nelle nostre strutture incontra veramente Lui in questi luoghi dove “*ancor oggi come*

buon samaritano, viene accanto ad ogni uomo piagato nel corpo e nello spirito e versa sulle sue ferite l’olio della consolazione e il vino della speranza” (cfr. Prefazio comune VIII MR).

Chi opera come discepolo di Cristo nell’ambito della salute non lavora per acquistare fama, prestigio e, tantomeno, per arricchirsi. I “talenti” gli sono stati donati. La prova più grande della bontà della causa che servono è la gratuità dei loro operare. È uno spettacolo deprimente quando assistiamo alle speculazioni sulla salute, al taglio dei fondi per la ricerca, per la sanità, per il sociale in genere. Di questa situazione a farne le spese sono sempre gli ultimi. Per i ricchi e per i potenti, anche nell’attuale crisi, ci saranno sempre i migliori medici e le migliori cure.

Questa XXVII Conferenza Internazionale non è stata soltanto uno scambio di vedute sulle varie problematiche scientifiche, antropologiche, sociali, pastorali o spirituali, ma si è trattato, come ci si attende da un congresso promosso da un Dicastero Pontificio, di vera e propria “Teofanìa”.

Siamo venuti da tutti i continenti per godere del respiro universale di questa nostra Chiesa Cattolica fondata su Pietro. A prescindere dagli interventi che si sono susseguiti nelle varie sessioni del Congresso e dal valore delle personalità religiose e civili che ci hanno onorato con la loro costante presenza, si è percepito che l’unico vero moderatore e animatore è stato Gesù. La presenza consolante e illuminante del Suo Spirito ha contagiato tutti i convenuti.

L’annuale “Pentecoste” del nostro Dicastero ha avuto inizio, al mattino, con la celebrazione inaugurale in San Pietro presieduta da S. Em.za il Cardinale Tarcisio Bertone e si è conclusa con l’incontro con il Pontefice che ha incoraggiato tutti gli intervenuti con la sua parola illuminante. È stata una grande seminagione gettata sul globo intero che porterà indubbiamente frutti abbondanti.

Gli ambiti dove si cura la salute umana dovrebbero essere dei veri e propri “santuari” a partire dalle università, dove la ricerca deve essere intesa come individuazione delle molteplici possibilità che il Creatore ha posto nella natura, offrendo all’intelligenza umana la capacità di compiere guarigioni in una progressiva ed esaltante crescita di successi. Appena qualche tempo fa, certi interventi chirurgici, ma anche terapeutici, sarebbero apparsi come miracoli incredibili. In modo concorde i tre sinottici riferiscono che Gesù incaricò gli Apostoli di “scacciare gli Spiriti immondi (ritenute cause dei mali) e di guarire ogni sorta di malattie e di infermità” (Mt 10,1 – Mc 3,1 – Lc 6,13). Questo mandato rivolto ai Dodici è, anche, un chiaro invito alla Chiesa tutta a sviluppare le conoscenze che sollevano il dolore umano e migliorano la qualità della vita rendendola libera e bella.

Dagli interventi è emerso con chiarezza come evangelizzare sia un impegno prioritario per tutti gli operatori sanitari cristiani. Evangelizzare è anzitutto denunciare le scandalose differenze fra gli innumerevoli miserabili e i pochi opulenti. È un’ingiustizia insopportabile che un bambino muoia per la mancanza di un antibiotico in paesi dove la aspettativa di vita non supera i quarant’anni, mentre altrove l’accanimento terapeutico non aiuta più la persona ma prolunga solo le sue sofferenze. Si è affermato, con forza e ripetutamente, il principio dell’uguaglianza della persona umana e del suo diritto inalienabile alla salute. È come se la Chiesa, forte della sua Dottrina Sociale, avesse tracciato un progetto politico mondiale attorno al quale far convergere le volontà dei Governi nazionali e delle istituzioni religiose e civili.

Forte nell’aula sinodale è risuonata la condanna della visione dell’uomo affermata dalle neo concezioni nichiliste e materialiste. Queste filosofie riducono l’essere umano ad un infimo prodotto

biochimico, un incidente prodotto dal caso che ha preso forma attraverso una lunga evoluzione nel magma cosmico, un “semplice” composto di cellule che si sono autorganizzate per necessità.

Nell’animalismo, divenuto oggi di moda, non c’è differenza di diritti fra la bestia e la persona. Nella confusione del mondo contemporaneo gli animali devono morire di vecchiaia, mentre per gli uomini si propugna l’eutanasia. A questo proposito, il soffio dello Spirito, che aleggiava nell’aula, ha riconfermato il Vangelo dell’Uomo, il suo essere uscito dal cuore di Dio, fatto a Sua immagine e somiglianza, dotato di coscienza, di intelligenza, di libertà. Tutto l’essere si esprime in un’anima immortale che è il sigillo della sua unicità, irripetibilità ed eternità. Sono le sue facoltà spirituali che suggeriscono all’uomo un destino ultraterreno.

Egli, come afferma Papa Benedetto XVI nel *Gesù di Nazaret*, è in attesa di una guarigione completa “*Chi vuole veramente guarire l’uomo deve vederlo nella sua interezza e deve sapere che la sua definitiva guarigione può essere solo l’amore di Dio*”.

Evangelizzare è apparso come l’urgenza di ridare all’uomo la sua vera dignità.

Alla fine dei lavori è stato necessario interrogarci sulla missione che ci aspetta a casa, cioè quella di essere banditori non solo della visione autentica dell’uomo, ma anche di come Dio si “incarni” nell’ammalato. È nostro compito dire al mondo che curare l’ammalato è rendere culto a Dio stesso. Il contatto con sofferente è come un Sacramento, sorgente di grazia e di salvezza. Anche coloro che non hanno ricevuto il dono della fede ma amano e servono con dedizione il malato saranno salvati come

racconta il Vangelo di Matteo (cfr. 25, 31-46). La più bella sorpresa sarà per coloro che non lo sapevano e non si erano accorti che nel malato c’era Dio; è quel “quando ti abbiamo curato?” che ci lascia sperare la salvezza eterna per tutti coloro che si donano.

Nel passo del Vangelo di Matteo la premiazione dei giusti è annunciata in tre proposizioni: la benedizione del Padre, il possesso del regno, la vita eterna.

Collegato all’adempimento della “vocazione” al servizio sanitario c’è il vero successo di una vita. Nella verifica ultima non ci sarà richiesto scienza prodotta e guarigioni ottenute, tantomeno la quantità del denaro accumulato. Giunti alla soglia della porta dell’Eternità ad accoglierci troveremo i pazienti assistiti, che gettata la “maschera terrena”, ci mostreranno il volto radioso del Signore che dirà: “*Ero io, l'avete fatto a me*”. ■

Riflessioni conclusive e raccomandazioni

PADRE JACQUES SIMPORÉ, M.I.

Rettore dell’Università
San Tommaso d’Aquino,
Ouagadougou, Burkina Faso.
Consultore del Pontificio
Consiglio per gli Operatori
Sanitari,
Santa Sede

Introduzione

Oggi più che mai, sotto la guida delle scienze, della biomedicina, della biotecnologia moderna e dei sistemi di gestione numerica, i nostri ospedali tendono a perdere un volto umano per diventare progressivamente, per alcuni operatori sanitari, luoghi di business e, per i malati, spazi d’anonimato, di solitudine, d’angoscia e di morte senza speranza. Alcuni Paesi hanno legalizzato l’eutanasia e la pra-

ticanò già; altre società si agitano attualmente per convalidarla allo scopo di rifiutare il nulla o di colmare il vuoto indotto nei cuori dei pazienti ricoverati.

Tuttavia, l’ospedale, che è un luogo ove i pazienti interrompono le loro stressanti attività quotidiane, dovrebbe essere un luogo di pace interiore, di riflessione sulla vita, sul senso dell’esistenza e sul divenire dell’uomo.

In questi giorni, nel corso di questa Conferenza Internazionale, abbiamo seguito con grande interesse numerosi interventi, come: “*L’ospedale luogo di una nuova evangelizzazione; il ruolo dell’ospedale nella politica sanitaria internazionale; l’ospedale, tempio dell’umanità e crocevia dei popoli; genesi degli ospedali; ricerca biomedica; telemedicina; spiritualità e diaconia della carità; etica e umanizzazione...*”. Questi molteplici contributi alla riflessione ci mostrano, da una parte, come so-

no seguiti e trattati i nostri fratelli malati: neonati, giovani, adulti o anziani, ricchi o poveri, atei o credenti, e, dall’altra, come questi pazienti soffrono, guariscono o muoiono in quei “*templi della vita*” che dovrebbero essere gli ospedali.

Come riflessioni conclusive, sintetizzeremo, a partire dai temi dei diversi interventi, le sfide degli ospedali di oggi. In seguito, le nostre raccomandazioni per l’ospedale come struttura sanitaria e di vita, partiranno dalle riflessioni personali basate sull’esperienza tradizionale africana dell’assistenza ai malati e sulla visione personalistica dell’uomo.

1. Le sfide da raccogliere negli ospedali di oggi

Le scienze e la medicina moderne hanno rivoluzionato la salute umana spingendola a compiere un progresso significativo

dal punto di vista della qualità e della speranza di vita. Tuttavia, questa ricerca di efficacia terapeutica, utilizzando gli strumenti moderni della ricerca, ha destabilizzato l'assistenza medica tradizionale dei pazienti negli ospedali. Abbiamo così diverse sfide da raccogliere:

1.1 Sfida di elaborazione di una politica ospedaliera territorializzata

Le politiche di salute (o politiche sanitarie, o ancora politiche di salute pubblica) comprendono l'insieme delle scelte strategiche dei poteri pubblici e privati per migliorare lo stato di salute delle popolazioni di cui hanno la responsabilità. Si tratta qui: 1) di determinare le zone e i campi di intervento; 2) di precisare gli obiettivi da raggiungere, 3) di compiere scelte giudiziose in materia di priorità e 4) di programmare i mezzi che saranno impiegati a questo livello di responsabilità collettiva. La sfida da raccogliere, a questo livello, è l'elaborazione di una politica ospedaliera territorializzata che abbia, da una parte, un uguale accesso alle cure sull'insieme del territorio allo scopo di lottare contro le disparità regionali e, dall'altra, un'organizzazione interna medica e una gestione che pongano la persona stessa del malato al centro degli interessi dell'ospedale.

1.2 Sfida di trasformazione dell'ospedale in 'business center'

Come sottolinea il giornale *Le temps* del 21 ottobre 2012, “l'ambito della salute è in pieno subbuglio”. Gli ospedali e le cliniche devono affrontare sfide enormi, che potranno essere raccolte soltanto con una gestione di qualità mirata. A causa della competitività di oggi, gli ospedali e le cliniche – che siano imprese grandi, piccole o medie (PME), o istituzioni pubbliche o private – sono costretti a migliorare la loro efficacia rendendo pubblica, con trasparenza, la qualità dei loro risultati. L'ospedale rischia allora di diventare un “business center”, un settore di commercio in cui il

malato può essere allo stesso tempo cliente e oggetto di negoziazioni. Ciascun malato riceve le cure in funzione del proprio portafoglio. In quest'ottica, la qualità delle cure diventa proporzionale alla capacità finanziaria del paziente!

1.3 Sfida di sperimentazioni farmaco-cliniche

Tutti i progressi biotecnologici sul “dominio della vita” come nel caso della procreazione medicalmente assistita, ci fanno pensare a questa celebre frase del Prof. Jacques Testard: “Abbiamo lasciato un cavallo senza briglie né morsi, nella natura...”. Eccoci di fronte a nuove sfide etiche insospettabili, che rimettono in causa le fondamenta stesse dell'etica generale, della nostra eredità universale di saggezza!

1.4 Sfide di laicizzazione e secolarizzazione

Al giorno d'oggi è stata decifrata un'etica “laica”, senza fondamento nel Trascendente, chiamata “etica globale”. Essa sta minando dall'interno l'etica biomedica, e trova nell'ospedale un luogo favorevole alla diffusione dei suoi principi.

1.5 Sfida della solitudine e della disperazione

Nell'ospedale il malato diventa sempre più un numero. Nessuno lo chiama con il suo nome. Inoltre, egli è spesso abbandonato dai suoi genitori che sono troppo impegnati nelle loro attività sociali. A volte, di fronte alla disperazione, non gli resta che una soluzione: chiedere di morire in dignità. L'allarmante legalizzazione dell'eutanasia ci invita a rivisitare le ragioni profonde di questa crisi sociale. Quali risposte cristiane adeguate dare all'isolamento, all'esclusione e alla solitudine che in numerosi malati portano disperazione e tentazione del suicidio?

2. Raccomandazioni

2.1 A partire dalla visione che l'uomo africano aveva della malattia, del malato e delle cure da

prestargli, potremo suggerire alcune raccomandazioni propizie ad una migliore umanizzazione dell'ambito ospedaliero.

Secondo il Professor Joseph Ki-Zerbo¹, “Ogni cultura porta in sé i germi delle più grandi realizzazioni, anche nella fede. Ciò è particolarmente vero della cultura africana che, nonostante alcune tare, presenta aspetti notevolmente positivi in materia di devozione ai malati”. Secondo il Professore, l'impegno fisico degli africani nei riguardi dei loro malati deriva da una civiltà principalmente agraria. Così, in quest'Africa di altri tempi, l'ospedale era ovunque e in nessun posto. Non c'erano hospice per le persone anziane, né ricoveri per malati di mente. In questo senso, l'idea stessa della segregazione dei malati era impensabile, sia perché non si aveva ancora un'idea precisa delle malattie infettive, sia soprattutto perché era un dovere sacro essere fisicamente presenti presso un genitore o un amico malato. Così, nell'Africa tradizionale, si rinunciava ad ogni sorta di obbligo per assistere fisicamente i malati, anche se nella vita normale si trattava di avversari. Poiché secondo loro, la malattia grave di un avversario segna automaticamente l'ora della tregua sociale. In tutti i casi, questo impegno fisico si notava nel corpo a corpo che l'africano accettava con il malato come per sfidare la malattia invece del paziente. Non vediamo forse spesso uomini o donne che si pongono dietro il malato, se lo mettono tra le gambe e se lo addossano al petto per alleviarlo, nutrirlo meglio, dargli da bere, proprio come si faceva per la circoncisione e il parto? C'era un patto, una sorta di trilogia tra il guaritore, la medicina tradizionale e il malato. Infatti, avendo ricevuto gratuitamente le ricette terapeutiche dalla divinità, ogni ‘tradipraticien’ [medico tradizionale] chiedeva onorari simbolici ai propri pazienti: tre noci di kola o di sale o tre balle di tabacco. Era un controsenso, una confusione di linguaggio, parlare di un ‘tradipraticien’ ricco in quanto il suo ‘sacerdozio’ era soltanto in favore dell'umanità sofferente.

A partire da queste considerazioni sulla cultura tradizionale

africana, quali raccomandazioni possiamo formulare nei riguardi delle nostre società e dei nostri ospedali?

1. Per il personale sanitario:

- “Più con il cuore in mano”;
- Porre la persona stessa del malato al centro degli interessi dell’ospedale.

2. Per il paziente:

– Vivere nella speranza poiché, come dice un proverbio del Burkina Faso: “Se Dio non uccide il malato, il ‘tradipraticien’ non lo ucciderà affatto”, o ancora: “il medico cura, ma è Dio che guarisce!”

3. Per la società:

- Prendere disposizioni affinché il malato non sia lasciato solo;
- Sostenere sempre il malato fisicamente, moralmente e finanziariamente;
- Dire alla società:
 - che i medici non hanno ancora l’elisir dell’immortalità,
 - che la vita appartiene soltanto a Dio,
 - e che l’acanimento terapeutico riduce l’aspetto umano nell’uomo.

2.2 A partire dalla concezione personalistica dell’uomo, quali raccomandazioni possiamo formulare per l’ospedale come struttura di salute e di vita?

Secondo la concezione personalistica, la vita umana è un valore fondamentale, sacro e intangibile. La vita è un dono di Dio. E la persona umana creata ad immagine di Dio è un essere psicosomatico, cioè corpo e spirito. In questo modo, per la corrente personalistica, l’essere umano è il valore più importante del mondo creato. La sua vita inizia dalla fecondazione e si conclude alla sua morte.

A partire da questa visione personalistica dell’uomo, formuliamo una serie di raccomandazioni per l’ospedale:

- formazione, aggiornamento del personale ospedaliero sulle nuove tecnologie mediche;
- formazione del personale

ospedaliero sui principi, i fondamenti e i valori della bioetica;

– formazione dei cappellani d’ospedale in bioetica e in pastorale sanitaria;

– creazione di équipe pastorali di cappellani;

– celebrazione dei sacramenti negli ospedali;

– creazione negli ospedali di luoghi di svago e divertimento sani per i malati;

– sensibilizzazione della società civile al sostegno dei malati negli ospedali;

– sviluppo di sistemi di controllo del dolore per sbarrare la strada all’eutanasia;

– promuovere il rispetto della vita negli ospedali: dal concepimento della persona umana fino alla morte;

– portare il malato a vivere cristianamente la propria malattia così che egli diventi, a sua volta, evangelizzatore del suo ambiente.

ponenti hanno bisogno di cure.

Nel *Motu Proprio “Porta Fidei”*, Papa Benedetto XVI ha annunciato un “Anno della fede”. Anche se oggi vediamo con dispiacere le nostre chiese, i nostri santuari, le nostre cattedrali e le nostre basiliche vuotarsi perché molti ai giorni nostri persegono ormai con ardore il mondo degli affari e non hanno tempo per Dio, il Maestro della Vita è sempre presente. Egli li aspetta al varco, negli ospedali, *“Templi della Vita”* e crocevia dei popoli, ove un giorno saranno al riposo, immobilizzati e con tutto il tempo, quindi, per parlare loro **“cuore a cuore”**.

Ai giorni nostri, vedendo ciò che si vive e si fa nei nostri ospedali, siamo tentati di dire che: *“l’Homo sapiens ha troppa scienza ma poca saggezza”*. Per questo, oggi il mondo ospedaliero soffre in quanto ha bisogno di un nuovo approccio di evangelizzazione che tenga conto delle realtà della nostra epoca. Così tutti, nell’ospedale, hanno paura di ritrovarsi soli nel nulla. Tuttavia, non c’è paura senza speranza, così come non c’è speranza senza paura (Beato Giovanni Paolo II).

L’ospedale, *“tempio della vita”*, specchio della società, custode della vita e luogo di incontro tra cielo e terra, dovrebbe essere un luogo di sollecitudine e non di solitudine. Al di là di ogni tendenza politica, filosofica, etica e ideologica di un Governo, ogni Nazione dovrebbe sempre promuovere non soltanto una migliore organizzazione e gestione degli ospedali, ma anche impartire disposizioni pratiche affinché ciascun paziente sia ben curato, circondato dai suoi cari e possa vivere la propria fede.

Ringraziamo Padre Joseph SA-WADOGO, di San Vincenzo de’ Paoli, del Burkina Faso, per il suo contributo nella redazione di questo intervento. ■

Nota

¹ KI-ZERBO J, 1982. Culture africaine et charisme camillien, dans *Fidélité et Renouveau*, n°122.



Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari (per la Pastorale della Salute)

[Home](#)

[Presentazione](#)

[Compiti](#)

[Pubblicazioni](#)

[Giornate Mondiali](#)

[Fondazione](#)

[Il Buon Samaritano](#)



Particolare de Il Buon Samaritano, mosaico di Padre M.I. Rupnik S.I.

Volume dell'Arcivescovo Zimowski sulla pastorale della salute

Dio ha visitato il suo popolo. Sulla via dell'uomo che soffre



"Anche la clinica e l'ospedale, come ogni malato e sofferente, sono luoghi e persone interessati alla nuova evangelizzazione. È emerso nella presentazione, alla vigilia del Sinodo dei vescovi, di un volume di Zygmunt Zimowski (Dio ha visitato il suo popolo. Sulla via dell'uomo che soffre, Libreria Editrice Vaticana, 2012, pagg. 200 - 18 euro). Arcivescovo presidente del

XXVIII Conferenza Internazionale

del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari

"La Chiesa al servizio della persona anziana malata: la cura delle persone affette da patologie neurodegenerative"

Città del Vaticano, 21-23 novembre 2013

Cerca...

Cerca...

Vai

In Evidenza

In calendario

14-15 giugno, Città del Vaticano. Convegno di Studio su "Il bambino come persona e come paziente. Approcci terapeutici a confronto" organizzato dal Pontificio Consiglio Operatori Sanitari- Fondazione Il Buon Samaritano.

15-16 giugno, Roma e Città del Vaticano. Celebrazione della Giornata della Evangelium Vitae dedicata al tema: "Credendo abbiamo la vita".

Altre notizie

Intervention of the Holy See Delegation to the 66th World Health Assembly (20-28 May 2013, Geneva, Switzerland)

Messaggio dell'Arcivescovo Z.Zimowski per la VI Giornata Mondiale sull'Autismo (Español) (Français) (English)

Preghiera per la XXI Giornata Mondiale del Malato (English) (Français) (Deutsch) (Español)

Annunciati i temi delle Giornate Mondiali del Malato 2014, 2015 e 2016

Login Form