



DOLENTIUM HOMINUM

N. 82 – anno XXVIII – N. 2, 2013

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

Direttore

S.E. MONS. ZYGMUNT ZIMOWSKI

Redattore Capo

MONS. JEAN-MARIE MUPENDAWATU

Comitato di Redazione

DOTT. ANTONINO BAGNATO

DON MARCO BELLADELLI

DOTT. DANIEL A. CABEZAS GÓMEZ

SUOR ANNA ANTIDA CASOLINO

PROF. MAURIZIO EVANGELISTA

PADRE BONIFACIO HONINGS

DOTT.SSA BEATRICE LUCCARDI

DOTT.SSA ROSA MEROLA

SIG. LUIGI NARDELLI

MONS. JACQUES SUAUDEAU

Direzione, Redazione, Amministrazione:

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

e-mail: opersanit@hlthwork.va

www.holyseeforhealth.net

Pubblicazione quadrimestrale. Abbonamento: 32 € compresa spedizione

Realizzazione a cura della Editrice VELAR, Gorle (BG)

In copertina: Vetrata di P. Costantino Ruggeri

Poste Italiane s.p.a. Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. In L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 2, DCB Roma

Sommario

XXI GIORNATA MONDIALE DEL MALATO
11 FEBBRAIO 2013

- 4 *Messaggio del Santo Padre
Benedetto XVI in occasione della
XXI Giornata Mondiale del Malato
11 Febbraio 2013
«Va' e anche tu fa' lo stesso» (Lc 10, 37)*
- 6 **Lettera del Santo Padre Benedetto XVI
a S.E. Mons. Zimowski**
- 7 **Cronaca delle celebrazioni della
XXI Giornata Mondiale del Malato
Altötting, 11 Febbraio 2013
Mons. Dariusz Giers**
- 9 **Omelia:
Come fece Maria,
fare del bene al sofferente
S.E. Mons. Zygmunt Zimowski**
- 12 **La solenne consegna della reliquia
del beato Papa Giovanni Paolo II
ad Altötting
S.E. Mons. Zygmunt Zimowski**
- 13 CONVEGNO INTERNAZIONALE
PROMOSSO DALL'UNIVERSITÀ CATTOLICA
DI EICHSTÄTT SU:
“FARE DEL BENE A CHI SOFFRE”
7-8 FEBBRAIO 2013
- 13 **1. Sintesi dei risultati del Convegno
e Prospettive
Prof. Dott. Christoph von Ritter**
- 16 **2. Riflessione e Raccomandazioni
sui lavori del Convegno Internazionale
Dott.ssa Rosa Merola**

17 ARGOMENTI

- 18 **Dolore-Piacere-Gioia.
Dal soma allo Pneuma.
Una visione medico-teologica integrata
dell'uomo
Prof. Pierluigi Zucchi, S.O.
Prof. Bonifacio Honings, O.C.D.**
- 35 **I nuovi orizzonti della pastorale
della salute in Italia.
Da cenerentola a regina?
Padre Leonardo Nunzio Di Taranto**
- 39 **Cura dei malati e delle malattie
infettive nella storia della Chiesa
Padre Fidel González Fernández, mcccj**
- 53 TESTIMONIANZE
- 54 **La missione del medico cattolico oggi
Mons. Jean-Marie Mupendawatu**
- 60 **50 anni di Medicus Mundi
International
Dott. Edgar Widmer**
- 63 SIMPOSIO INTERNAZIONALE BIOETICA
E REALTÀ AFRICANE
COTONOU, BENIN, 10-14 GIUGNO 2013
- 63 **1. Raccomandazioni
Prof. Jean Soubrier**
- 64 **2. Intervento del Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari
Padre Pierre Jean Welsch**

XXI GIORNATA MONDIALE DEL MALATO

Altötting, Germania

11 Febbraio 2013

MESSAGGIO DEL SANTO PADRE BENEDETTO XVI
IN OCCASIONE DELLA XXI GIORNATA MONDIALE DEL MALATO
11 FEBBRAIO 2013

«Va' e anche tu fa' lo stesso» (Lc 10, 37)

Cari fratelli e sorelle!

1. L'11 febbraio 2013, memoria liturgica della Beata Vergine Maria di Lourdes, si celebrerà in forma solenne, presso il Santuario mariano di Altötting, la XXI Giornata Mondiale del Malato. Tale giornata è per i malati, per gli operatori sanitari, per i fedeli cristiani e per tutte le persone di buona volontà, «momento forte di preghiera, di condivisione, di offerta della sofferenza per il bene della Chiesa e di richiamo per tutti a riconoscere nel volto del fratello infermo il Santo Volto di Cristo che, soffrendo, morendo e risorgendo ha operato la salvezza dell'umanità» (GIOVANNI PAOLO II, *Lettera istitutiva della Giornata Mondiale del Malato*, 13 maggio 1992, 3). In questa circostanza, mi sento particolarmente vicino a ciascuno di voi, cari ammalati che, nei luoghi di assistenza e di cura o anche a casa, vivete un difficile momento di prova a causa dell'infermità e della sofferenza. A tutti giungano le parole rassicuranti dei Padri del Concilio Ecumenico Vaticano II: «Non siete né abbandonati, né inutili: voi siete chiamati da Cristo, voi siete la sua trasparente immagine» (*Messaggio ai poveri, ai malati e ai sofferenti*).

2. Per accompagnarvi nel pellegrinaggio spirituale che da Lourdes, luogo e simbolo di speranza e di grazia, ci conduce verso il Santuario di Altötting, vorrei proporre alla vostra riflessione la figura emblematica del Buon Samaritano (cfr Lc 10,25-37). La parabola evangelica narrata da san Luca si inserisce in una serie di immagini e racconti tratti dalla vita quotidiana, con cui Gesù vuole far comprendere l'amore profondo di Dio verso ogni essere umano, specialmente quando si trova nella malattia e nel dolore. Ma, allo stesso tempo, con le parole conclusive della parabola del Buon Samaritano, «Va' e anche tu fa' lo stesso» (Lc 10,37), il Signore indica qual è l'atteggiamento che deve avere ogni suo discepolo verso gli altri, particolarmente se bisognosi di cura. Si tratta quindi di attingere dall'amore infinito di Dio, attraverso un'intensa relazione con Lui nella preghiera, la forza di vivere quotidianamente un'attenzione concreta, come il Buon Samaritano, nei confronti di chi è ferito nel corpo e nello spirito, di chi chiede aiuto, anche se sconosciuto e privo di risorse. Ciò vale non solo per gli operatori pastorali e sanitari, ma per tutti, anche per lo stesso malato, che può vivere la propria condizione in una prospettiva di fede: «Non è lo scansare la sofferenza, la fuga davanti al dolore, che guarisce l'uomo, ma la capacità di accettare la tribolazione e in essa di maturare, di trovare senso mediante l'unione con Cristo, che ha sofferto con infinito amore» (Enc. *Spe salvi*, 37).

3. Vari Padri della Chiesa hanno visto nella figura del Buon Samaritano Gesù stesso, e nell'uomo incappato nei briganti Adamo, l'Umanità smarrita e ferita per il proprio peccato (cfr ORIGENE, *Omelia sul Vangelo di Luca XXXIV*, 1-9; AMBROGIO, *Commento al Vangelo di san Luca*, 71-84; AGOSTINO, *Discorso 171*). Gesù è il Figlio di Dio, Colui che rende presente l'amore del Padre, amore fedele, eterno, senza barriere né confini. Ma Gesù è anche Colui che "si spoglia" del suo "abito divino", che si abbassa dalla sua "condizione" divina, per assumere forma umana (*Fil 2,6-8*) e accostarsi al dolore dell'uomo, fino a scendere negli inferi, come recitiamo nel *Credo*, e portare spe-

ranza e luce. Egli non considera un tesoro geloso il suo essere uguale a Dio, il suo essere Dio (cfr *Fil* 2,6), ma si china, pieno di misericordia, sull'abisso della sofferenza umana, per versare l'olio della consolazione e il vino della speranza.

4. *L'Anno della fede* che stiamo vivendo costituisce un'occasione propizia per intensificare la diaconia della carità nelle nostre comunità ecclesiali, per essere ciascuno buon samaritano verso l'altro, verso chi ci sta accanto. A questo proposito, vorrei richiamare alcune figure, tra le innumerevoli nella storia della Chiesa, che hanno aiutato le persone malate a valorizzare la sofferenza sul piano umano e spirituale, affinché siano di esempio e di stimolo. Santa Teresa del Bambino Gesù e del Volto Santo, "esperta della *scientia amoris*" (GIOVANNI PAOLO II, Lett. ap., *Novo Millennio ineunte*, 42), seppe vivere «in unione profonda alla Passione di Gesù» la malattia che la condusse «alla morte attraverso grandi sofferenze». (*Udienza Generale*, 6 aprile 2011). Il Venerabile Luigi Novarese, del quale molti ancora oggi serbano vivo il ricordo, nell'esercizio del suo ministero avvertì in modo particolare l'importanza della preghiera per e con gli ammalati e i sofferenti, che accompagnava spesso nei Santuari mariani, in speciale modo alla grotta di Lourdes. Mosso dalla carità verso il prossimo, Raoul Follereau ha dedicato la propria vita alla cura delle persone affette dal morbo di Hansen sin nelle aree più remote del pianeta, promuovendo fra l'altro la Giornata Mondiale contro la Lebbra. La beata Teresa di Calcutta iniziava sempre la sua giornata incontrando Gesù nell'Eucaristia, per uscire poi nelle strade con la corona del Rosario in mano ad incontrare e servire il Signore presente nei sofferenti, specialmente in coloro che sono "non voluti, non amati, non curati". Sant'Anna Schäffer di Mindelstetten seppe, anche lei, in modo esemplare unire le proprie sofferenze a quelle di Cristo: «il letto di dolore diventò... cella conventuale e la sofferenza costituì il suo servizio missionario... Confortata dalla Comunione quotidiana, ella diventò un'instancabile strumento di intercessione nella preghiera e un riflesso dell'amore di Dio per molte persone che cercavano il suo consiglio» (*Omelia per la canonizzazione*, 21 ottobre 2012). Nel Vangelo emerge la figura della Beata Vergine Maria, che segue il Figlio sofferente fino al supremo sacrificio sul Golgota. Ella non perde mai la speranza nella vittoria di Dio sul male, sul dolore e sulla morte, e sa accogliere con lo stesso abbraccio di fede e di amore il Figlio di Dio nato nella grotta di Betlemme e morto sulla croce. La sua ferma fiducia nella potenza divina viene illuminata dalla Risurrezione di Cristo, che dona speranza a chi si trova nella sofferenza e rinnova la certezza della vicinanza e della consolazione del Signore.

5. Vorrei infine rivolgere il mio pensiero di viva riconoscenza e di incoraggiamento alle istituzioni sanitarie cattoliche e alla stessa società civile, alle diocesi, alle comunità cristiane, alle famiglie religiose impegnate nella pastorale sanitaria, alle associazioni degli operatori sanitari e del volontariato. In tutti possa crescere la consapevolezza che «nell'accoglienza amorosa e generosa di ogni vita umana, soprattutto se debole e malata, la Chiesa vive oggi un momento fondamentale della sua missione» (GIOVANNI PAOLO II, Esort. ap. postsinodale *Christifideles laici*, 38).

Affido questa XXI Giornata Mondiale del Malato all'intercessione della Santissima Vergine Maria delle Grazie venerata ad Altötting, affinché accompagni sempre l'umanità sofferente, in cerca di sollievo e di ferma speranza, aiuti tutti coloro che sono coinvolti nell'apostolato della misericordia a diventare dei buoni samaritani per i loro fratelli e sorelle provati dalla malattia e dalla sofferenza, mentre ben volentieri imparto la Benedizione Apostolica.

Dal Vaticano, 2 gennaio 2013

BENEDICTUS PP XVI

Lettera del Santo Padre Benedetto XVI a S.E. Mons. Zimowski

*AL VENERATO FRATELLO
ZYGMUNT ZIMOWSKI
ARCIVESCOVO-VESCOVO EMERITO DI RADOM
PRESIDENTE DEL PONTIFICIO CONSIGLIO
PER GLI OPERATORI SANITARI*

La Chiesa ha sempre portato conforto agli ammalati e mai cesserà di venire incontro alle loro necessità. Essa ricorda infatti le numerose raccomandazioni con le quali il Maestro Divino mandò gli Apostoli ad evangelizzare, tra le quali c'è questa: «Guarite i malati, che vi [in città] si trovano, e dite loro: “È vicino a voi il regno di Dio”» (*Lc* 10, 9). Infatti, Egli stesso, prima di insegnare, era solito guarire i malati (cfr *Mt* 8,16; 12,15; 14,14). Questo autentica premura per la salute delle anime stimola tutti i fedeli ad unirsi più strettamente al Signore Gesù nelle sofferenze e ad avere una cura più sollecita e costante per gli ammalati.

Ogni volta pertanto che Noi possiamo esercitare la nostra responsabilità pastorale verso quanti soffrono, lo facciamo volentieri, cosicché essi si sentano rafforzati e quelli che hanno cura di loro svolgano più fedelmente la loro missione.

Con gioia dunque accogliamo la tua preghiera, Venerato Fratello, con la quale umilmente ci hai chiesto di mandare un Inviato ad Altötting in Germania affinché, nelle celebrazioni della Giornata Mondiale del Malato, la nostra presenza sia avvertita come più vicina. Accogliendo questa tua rispettosa domanda, Noi pensiamo a Te, Venerato Fratello, proprio perché pensiamo che Tu, in quanto Presidente del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, potrai in modo significativo rendere consapevoli i partecipanti a questo evento della grande carità con cui amiamo gli ammalati e della sollecitudine con cui eleviamo preghiere per loro e per quanti hanno cura di loro.

Perciò con questa Lettera Noi ti nominiamo nostro Inviato Speciale per la celebrazione della XXI Giornata Mondiale del Malato, che si terrà l'11 Febbraio prossimo.

Ti esortiamo, pertanto, ad annunciare a tutti i partecipanti la luce della verità evangelica e l'unica via di salvezza, cioè Gesù Cristo. Inoltre, in tale occasione, parlerai dell'affettuoso legame di amore con il quale siamo uniti a loro. Celebrando poi felicemente l'Anno della fede, da Noi indetto in Piazza San Pietro, potrai invitarli a professare la fede in Dio con rinnovata speranza, poiché “credendo” gli infermi sono anche più fortemente “difesi” (S. Agostino, *De Utilitate credendi*, 1,2). La fede cristiana ci spinge a proclamare senza esitazione il Vangelo a tutti i popoli della terra (cfr *Mt* 28, 19) e a testimoniare il vero senso del dolore e della sofferenza. Infatti attraverso le pene di questa vita ognuno viene condotto alla vera libertà e alla sincera donazione di se stesso.

Tu, Venerato Fratello, porterai questo nostro messaggio e inviterai i partecipanti a rafforzare la fede con la quale nella più piena libertà si affidano a Dio e rispondono al comandamento dell'amore insegnato da Suo Figlio. Porterai il nostro saluto a tutti coloro che sono convenuti, in particolare all'Amministratore Apostolico della Diocesi di Passau e agli altri Vescovi, ai presbiteri, ai religiosi e alle religiose e a tutti i fedeli laici. Vogliamo inoltre che tu estenda le parole della nostra benevolenza anche alle Autorità civili e a tutti i partecipanti.

Noi infine, Venerato Fratello, ti accompagniamo nell'adempimento della tua missione con la preghiera e ti affidiamo all'intercessione della Beata Vergine Maria Immacolata, Mediatrix di tutte le grazie, impartendoti volentieri l'Apostolica Benedizione, e desideriamo che Tu la trasmetta a tutti i partecipanti alle celebrazioni.

Dato a Roma, presso San Pietro, il giorno 10 del mese di Gennaio, dell'anno 2013, ottavo del nostro Pontificato

BENEDETTO PP. XVI

Cronaca delle celebrazioni della XXI Giornata Mondiale del Malato

EICHSTÄTT-MÜNCHEN-ALTÖTTING, 7-11 FEBBRAIO 2013

MONS. DARIUSZ GIERS

Ufficiale del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, Santa Sede

La XXI Giornata Mondiale del Malato è stata celebrata in forma solenne, l'11 febbraio scorso, Memoria Liturgica della Beata Vergine di Lourdes, presso il Santuario Mariano di Altötting in Baviera, terra natia del Santo Padre Benedetto XVI.

L'Annuncio dell'evento

La Giornata Mondiale del Malato 2013 è stata accompagnata e illuminata, nel significato e nei contenuti, dal *Messaggio* del Papa intitolato: «*Va' e anche tu fa' lo stesso*» (Lc 10, 37).

La Conferenza di presentazione del *Messaggio* si è tenuta presso la Sala Stampa della Santa Sede, martedì 29 gennaio con la partecipazione di S.E. Mons. Zygmunt Zimowski, Presidente del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari; di Mons. Jean-Marie Mupendawatu, Segretario del medesimo Pontificio Consiglio; del Rev. P. Augusto Chendi, M.I., Sotto-Segretario del Dicastero; di Mons. Ludwig Limbrunner, Rettore del Santuario di Santa Maria delle Grazie di Altötting; del Rev. Prof. Dott. Janusz Surżykiewicz, Docente dell'Università Cattolica di Eichstätt-Ingolstadt.

Nell'occasione è stato presentato il programma delle celebrazioni previste in Baviera che, seguendo lo schema delle precedenti edizioni solenni della Giornata, avrebbe compreso tre momenti principali: culturale, con un Convegno presso l'Università Cattolica di Eichstätt-Ingolstadt, pastorale, con visite nei luoghi di cura, e liturgico, con il suo culmine nella solenne Eucaristia dell'11 febbraio ad Altötting.

Benedizione del Santo Padre

In occasione dell'Udienza generale del 6 febbraio, il Presidente del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, l'Arcivescovo Zygmunt Zimowski, ha avuto un breve incontro con il Santo Padre, ricevendo una speciale benedizione da estendere a tutti gli eventi e a tutte le persone che avrebbero preso parte alla Giornata Mondiale del Malato in Germania.

Lettera di nomina

Nella *Lettera* di nomina del Capo Dicastero ad Inviato Speciale per la celebrazione della XXI Giornata Mondiale del Malato, il Santo Padre, tra l'altro, ha scritto: «Ti esortiamo a proclamare a tutti i presenti la luce della verità evangelica e l'unica via di salvezza, Gesù nostro Cristo (...) Tu, Venerabile fratello, porterai questo Nostro messaggio e inviterai i partecipanti a confermare la loro fede e che più che liberamente si affidino a Dio e rispondano al precetto di amore dato dal Suo Figlio».

Primo momento – aspetto culturale (7-8 febbraio)

Il primo momento della Giornata Mondiale del Malato in Germania ha avuto luogo nella Diocesi Eichstätt-Ingolstadt nei giorni di giovedì 7 e venerdì 8 febbraio. L'Inviato Speciale del Santo Padre ha ricevuto una calorosa accoglienza nella Clinica universitaria di Eichstätt da parte delle Autorità federali e locali, dei dirigenti, degli operatori sanitari e dei malati qui ricoverati. Dopo aver presentato un indirizzo di saluto, l'Arcivescovo Zimowski si è recato nella cappella interna del nosocomio dove ha pregato insieme ai vescovi, ai sacerdoti, ai religiosi, ai lai-

ci e agli operatori impegnati nella pastorale della salute. Con la visita ai malati nei reparti ospedalieri si è concluso il primo momento forte della prima giornata della delegazione vaticana in Baviera.

Nel pomeriggio, presso la sede dell'Università Cattolica di Eichstätt, ha preso il via il Convegno Internazionale di Medicina e di Teologia Pastorale dal titolo: «*Far del bene a chi soffre*» (*Salvifici doloris*, 30)». L'Inviato Speciale del Santo Padre è stato accolto dall'Ordinario del luogo, S. E. Mons. Gregor Maria Hanke, O.S.B., dal Preside dell'Università, il Prof. Richard Schenk, nonché dal Segretario del Dipartimento della Salute, il Dott. Thomas Ilka, giunto appositamente per l'occasione da Berlino.

Erano presenti al Convegno circa 200 persone, tra cui 32 relatori esponenti di diverse discipline: teologia, pastorale sanitaria, antropologia, spiritualità, psicologia medica, politica sanitaria, epidemiologia, sanità pubblica, economia e gestione ospedaliera. Un primo riassunto delle principali questioni e riflessioni emerse dal Convegno è stato presentato dal Prof. Christoph Von Ritter, Consulatore del Dicastero che ha sottolineato che la figura di "buon Samaritano" rimane un esempio sempre valido con il quale gli operatori sanitari devono confrontarsi ed ispirarsi.

L'intervento conclusivo è stato affidato a Sua Em. il Cardinale Reinhard Marx, Arcivescovo di Monaco e Frisinga e Gran Cancelliere dell'Università che, citando la Lettera apostolica *Salvifici doloris* del Beato Giovanni Paolo II, ha sottolineato la necessità di una nuova Evangelizzazione, specialmente nell'ambito della Pastorale della Salute, capace di accompagnare la persona malata o sofferente a percepire il proprio bisogno di spiritualità, in un per-

corso di fede che apra il cuore alla speranza in Cristo.

Il Convegno è stato un'occasione preziosa per riflettere, con un approccio interdisciplinare, sulla figura dell'operatore sanitario chiamato oggi ad essere un "buon Samaritano" per i fratelli sofferenti seguendo l'esempio del nostro Signore Gesù Cristo medico del corpo e dell'anima.

Secondo momento – aspetto pastorale (9-10 febbraio)

Il secondo momento si è svolto a Monaco di Baviera ed ha avuto inizio nella chiesa di San Michele, nella quale sono custodite le reliquie dei Santi Medici Cosma e Damiano. La Santa Messa è stata presieduta dal Cardinale Marx, con il quale hanno concelebrato l'Arcivescovo Zimowski, il Nunzio Apostolico in Germania, Arcivescovo Jean-Claude Pélissier, Monsignor Mupendawatu, Monsignor Krzysztof Nykiel, Reggente della Penitenzieria Apostolica e numerosi prelati e sacerdoti. Hanno partecipato alla funzione numerosi operatori sanitari, sociali e pastorali, nonché malati e volontari.

A Monaco ha avuto luogo un incontro dell'Inviato Speciale del Papa con alcuni Vescovi e Delegati incaricati della Pastorale Sanitaria provenienti dall'Europa, dalla Terra Santa e dall'Africa. Questi, compresi i sacerdoti della delegazione vaticana, sono stati ricevuti nel Palazzo Arcivescovile dal Cardinale Marx insieme ai suoi più stretti collaboratori. La seconda parte dell'incontro, stavolta aperto al pubblico, inteso a preparare le raccomandazioni da proporre al Santo Padre circa la Pastorale della Salute si è svolta il giorno successivo nel Convento dei Carmelitani.

Sempre nella capitale bavarese sono state effettuate altre visite in varie strutture sanitarie. La prima nel nosocomio di Grosshadern, che ospita la Clinica dell'Università di Monaco (LMU) ed è una delle più grandi strutture ospedaliere d'Europa. L'Inviato Speciale del Santo Padre, con il suo seguito, ha visitato il moderno Centro Interdisciplinare di Medicina Pal-

liativa, dove è operativo il servizio denominato *Spiritual Care*, diretto da P. Eckhard Frick, S.J., primo cattedratico nel settore in Germania. La seconda visita ha avuto luogo nella Clinica di Schwabing, ove l'Inviato del Papa ha presieduto la celebrazione della Santa Messa domenicale nella cappella ospedaliera, che funge anche da chiesa parrocchiale.

Terzo momento – aspetto liturgico (10-11 febbraio)

Nel pomeriggio di domenica 10 febbraio, l'Inviato Speciale del Papa è giunto con il suo seguito ad Altötting, cuore della Baviera ("Herz Bayerns") per partecipare alla Veglia di preghiera presieduta dal Vescovo emerito di Passau, S.E. Mons. Wilhelm Schraml. Lo stesso Presule ha guidato successivamente la processione *aux flambeaux*, portando nelle mani la statua miracolosa della Madonna. Dopo averla riposta nella Cappella delle Grazie, dove normalmente dimora, il Vescovo Schraml, davanti all'altare della Madonna, ha invitato i fedeli presenti alla recita di una preghiera mariana da lui composta per l'occasione.

La solenne Celebrazione dell'Eucaristia, in occasione della XXI Giornata Mondiale del Malato è iniziata alle ore 10.00 dell'11 febbraio nella Chiesa grande, antistante la Cappella della Madonna delle Grazie. Con l'Arcivescovo Zimowski hanno concelebrato numerosi vescovi e sacerdoti tedeschi e stranieri.

Il Nunzio Apostolico ha dato lettura della Lettera Pontificia di nomina di S.E. Mons. Zygmunt Zimowski ad Inviato Speciale per quest'occasione.

Nel corso della celebrazione l'Inviato Speciale del Santo Padre, dopo aver ricordato nell'omelia i tratti principali del *Messaggio* papale per la presente Giornata, ha rievocato i legami spirituali di Benedetto XVI «con il santuario della sua gioventù» assicurando la Sua vicinanza e l'unione spirituale con i concittadini ed i fedeli partecipanti all'evento.

Un momento forte e commovente è stato l'amministrazione

del Sacramento dell'Unzione degli Infermi conferito dai presuli: Cardinale Marx, Arcivescovi Zimowski e Pélissier, Vescovo Schraml, alle persone anziane e malate riunite ai piedi dell'altare.

Dopo la preghiera *post-communio*, l'Inviato Speciale del Papa ha presentato i temi delle tre prossime Giornate Mondiali del Malato, annunciando che l'edizione solenne dell'11 febbraio 2016 avrà luogo a Nazareth. S.E. Mons. Giacinto-Boulos Marcuzzo, Vescovo ausiliare di Gerusalemme dei Latini, venuto ad Altötting in rappresentanza di Sua Beatitudine il Patriarca Fouad Twal, ha ringraziato per il felice annuncio ed ha esteso ai presenti un cordiale invito in Terra Santa.

Al termine della Santa Messa l'Inviato Speciale del Santo Padre ha regalato al Santuario una reliquia del sangue del Beato Giovanni Paolo II, quale segno di riconoscenza per l'istituzione della Giornata Mondiale del Malato che ha avuto la sua ventunesima solenne edizione in Germania. La reliquia, ricevuta con commozione dai custodi del Santuario, è stata collocata nella Cappella della Madonna delle Grazie, accanto alla rosa d'oro donata da Papa Benedetto XVI durante il suo pellegrinaggio in Baviera nel 2006. Questo fatto, ha spiegato S.E. Mons. Zimowski, si può interpretare «quale simbolo di quella devozione mariana che unisce la memoria di Papa Wojtyła al magistero di Benedetto XVI, il quale in questa Cappella ha maturato e alimentato la piena consapevolezza della sua vocazione al servizio della Chiesa di Cristo».

Conclusione

La solenne celebrazione della Giornata Mondiale del Malato 2013, simile alle precedenti nei suoi tre aspetti fondamentali, è stata tuttavia anche eccezionale perché, come ha detto l'Inviato Speciale del Papa, «siamo stati sulle tracce di Benedetto XVI, le tracce della sua spiritualità, della sua dimensione mariana, perché Egli si affida sempre a Maria Santissima». ■

Come fece Maria, fare del bene al sofferente

OMELIA DI S.E. MONS. ZYGMUNT ZIMOWSKI, PRESIDENTE DEL PONTIFICIO CONSIGLIO PER GLI OPERATORI SANITARI, INVIATO SPECIALE AL SANTUARIO MARIANO DI ALTÖTTING, A CONCLUSIONE DELLA XXI GIORNATA MONDIALE DEL MALATO, 11 FEBBRAIO 2013

Vostra Eminenza, Eccellenze, Reverendissimo Signor Nunzio, cari confratelli nel servizio sacerdotale e nel diaconato, tutti i membri delle comunità monastiche e degli istituti della vita benedetta, caro personale preposto alla cura della salute, alla medicina e all'assistenza, e soprattutto Loro – cari malati e persone provate dalla sofferenza!

1. Introduzione alla XXI Giornata mondiale del malato

Nella giornata odierna, l'intera Chiesa Cattolica celebra la XXI Giornata mondiale del malato. Seguendo la volontà del nostro Santo Padre, Benedetto XVI, lo facciamo qui ad Altötting, nel suo amato santuario della Madre di Dio, la Madonna nera bavarese. Oggi guardiamo alla figura e alla persona della Madre di Dio, *“una donna vestita di sole; con la luna sotto i suoi piedi, sul suo capo una corona di dodici stelle”* (Apocalisse 12, 1). Tuttavia oggi cantiamo anche: *“Tota pulchra es Maria...”*.

La Giornata mondiale del malato fu istituita da Papa Giovanni Paolo II nel 1993 a ricordo di tutte le persone colpite dalla malattia. È celebrata annualmente in data 11 febbraio, il giorno in cui si commemora la Nostra Signora di Lourdes. Il beato Giovanni Paolo II voleva che questa giornata particolare ricordasse a tutto il popolo di Dio l'assoluta necessità di migliorare la cura e l'assistenza ai malati e ai sofferenti, la dimensione fisica ma anche sovrannaturale della sofferenza, affinché la Giornata fosse di impulso sia per la cura d'anime nel servizio sanitario, nelle diocesi, nelle parrocchie, nelle comunità monastiche e negli istituti della vita benedetta di tutto il mondo, sia per la

promozione del volontariato, per la specializzazione del personale paramedico e infermieristico, per l'assistenza alle famiglie colpite, ma anche per tutte le persone di buona volontà che vivono e lavorano con i malati e i sofferenti, e si occupano di loro a vario titolo.

Il Santo Padre, Benedetto XVI, nel suo messaggio per l'odierna Giornata mondiale del malato, si è richiamato alle parole del suo predecessore scrivendo: *“Questa Giornata è per i malati, per gli operatori sanitari, per i fedeli cristiani e per tutti gli uomini di buona volontà, un importante momento di preghiera, dello stare insieme, dell'abnegazione, della sofferenza per il bene della Chiesa e dell'esortazione, rivolta a tutti, di riconoscere nel volto del prossimo ammalato il volto di Cristo che ha operato la salute dell'umanità attraverso la propria sofferenza, la propria morte e la propria resurrezione”* (Giovanni Paolo II, Lettera per l'inaugurazione della Giornata mondiale del malato, 13 maggio 1992, 3).

2. L'annuncio della chiamata di Maria

Torniamo alla tavola della parola divina, soprattutto al Vangelo che ci ha rappresentato la scena dell'annuncio, ricordando la chiamata di Maria. Per realizzare i suoi piani di salvezza, Dio sceglie persone del tutto concrete e le invia. Anche Maria è stata chiamata per compiere una missione particolare nella storia della salvezza: *“Al sesto mese l'angelo Gabriele fu inviato da Dio in una città della Galilea di nome Nazareth da una vergine. L'angelo entrò da lei e disse: «che tu sia salutata, colpita dalla Grazia, il Signore è con te». Essa si spaventò per quell'annuncio e rifletté su ciò che potesse si-*

gnificare quel saluto. Allora l'angelo le disse: «non temere, Maria, perché hai trovato la grazia presso Iddio. Concepirai un bambino, partorirai un figlio: gli darai il nome di Gesù» (Lc 1,26-31). Questa scena biblica ci è ben nota fin dalla nostra infanzia. È questo il mistero che ci ricorda la bella veneranda tradizione bavarese della preghiera *“Der Engel des Herrn”* (L'Angelo del Signore) che il Papa suole recitare anche in Vaticano ogni domenica insieme ai pellegrini. Quante volte abbiamo già provato a penetrare questo mistero della chiamata della madre di Dio Maria, nella preghiera del Rosario, nei pellegrinaggi ai santuari, nelle messe dell'Avvento o nelle devozioni mariane? Quindi, qual è il significato più profondo dell'Annuncio? È dunque una specie di chiamata divina per una missione particolare. Coi che è chiamata è, quindi, consapevole del fatto che il suo ruolo e insieme il suo onore sono radicati in Dio. A questa chiamata Maria e molte altre persone chiamate da Dio hanno risposto con un generoso *“sì – fiat”*.

Alla misteriosa chiamata di Dio la Vergine rispose: *“Siami fatto secondo la tua parola”* (Lc 1, 38). Questa risposta coraggiosa da Nazareth avrebbe avuto molte conseguenze. Dopo l'annuncio, Maria va da sua cugina Elisabetta per aiutarla. L'ultima conseguenza è la grande sofferenza della madre sotto la croce del proprio figliolo.

Perciò, il Santo Padre nel suo messaggio per la giornata odierna scrive: *“Nel Vangelo è posta in rilievo la figura della beata Vergine Maria che segue il proprio figlio sofferente fino al sacrificio estremo sul monte Golgota. Essa non perde mai la speranza nella vittoria di Dio sul male, sulla sofferenza e sulla morte; essa è capace di accogliere il figlio di Dio, nato nella grotta di Betlemme e morto*

in croce con lo stesso abbraccio della fede e dell'amore. La sua ferma fiducia nel potere divino è illuminata dalla resurrezione di Cristo, che ai sofferenti dona la speranza e rinnova la certezza della vicinanza e della consolazione del Signore".

L'atteggiamento servente della Madre di Dio non è cessato dopo l'assunzione in cielo, ma è attuale ancora oggi. Anche adesso, qui ad Altötting, Maria ci dona il proprio sorriso: *"Nel sorriso della più straordinaria delle creature, che si è rivolta a noi, si rispecchia la nostra dignità in quanto figli di Dio, quella dignità che nemmeno un malato perde mai. Questo sorriso, un vero riflesso della gentilezza di Dio, è la sorgente di una speranza invincibile.*

...Chi potrebbe esserci più vicino e intimo di Cristo e della sua santa madre, l'Immacolata Concezione? Essi sono capaci più di qualsiasi altro di comprenderci e di cogliere la durezza della lotta contro il male e la sofferenza".

3. La figura del buon Samaritano

Per porre in risalto il particolare senso spirituale e il contenuto teologico della grande festa odierna in questo meraviglioso santuario, il Santo Padre ci invita a fare una riflessione approfondita sulla figura emblematica del buon Samaritano, rappresentato in modo molto impressionante dall'evangelista Luca.

Naturalmente si tratta della parabola evangelica, che proprio oggi dimostra la propria attualità e atemporalità, sia nella vita della Chiesa che si trasforma sia nella società moderna, in particolare nell'ambito della promozione della cura, ma anche dei diretti interessati: i malati e i sofferenti.

Perciò, in occasione dell'inaugurazione della XXI Giornata mondiale del malato presso l'Università Cattolica di Eichstätt, ci poniamo questioni molto serie alle quali dovremmo dare risposte valide per il futuro: *"Come fare del bene a chi soffre?" (Salvifici doloris 30):*

– Come può riuscire oggi il compito interdisciplinare della

cura e dell'assistenza di fronte alla malattia e alla sofferenza?

– Quale importanza hanno la fede religiosa e la spiritualità personale nel processo della guarigione?

– Una cura tanto globale è finanziabile e sostenibile dal punto di vista economico-organizzativo?

Seguendo il tema conduttore della Giornata mondiale del malato, l'immagine biblica del buon Samaritano, gli scienziati si sono occupati di reperire delle risposte circa i modi in cui sia possibile garantire ai malati, nelle circostanze reali del nostro sistema di previdenza, la migliore assistenza possibile. Egli, colui che soffre in quanto soggetto nella sua angoscia, speranza e fiducia, e l'altro, colui che aiuta in quanto soggetto dell'agire tecnico e umano, non devono scomparire dalla scena della Chiesa e della società. Deve instaurarsi un dialogo dinamico tra la ragione e la fede (*Fides et Ratio*), tra la scienza e la prassi, in modo da dare spazio alle varie discipline che possano illuminare i dati attuali forniti dalla ricerca e dai campi operativi, come anche le esigenze più profonde, anzi spirituali, dell'uomo, in uno scambio di riflessione, onde poter dischiudere nuove vie da percorrere.

Benedetto XVI, nel suo messaggio attuale, dopo una breve riflessione esegetica sulla persona del Samaritano, sottolinea l'ultima frase pronunciata da Gesù, che per un verso comporta una risposta di sfida alla domanda *"Allora che cosa devo fare oggi?"*, mentre per un altro verso costituisce una specie di chiamata per tutti noi, cioè: *"Va' e anche tu fa' così!" (Lc 10, 37).*

Questo processo riesce bene soltanto se rimaniamo vicini alla sorgente di questo agire: *"Perciò si tratta soprattutto di attingere la forza dal suo amore infinito attraverso un rapporto intenso con Dio nella preghiera, come fece il buon Samaritano, per andare incontro giorno per giorno con attenzione concreta a colui che è ferito nel corpo e nell'anima o che chiede aiuto, anche se è sconosciuto e privo di mezzi. E ciò non vale solo per coloro che sono at-*

tivi nella cura d'anime e per gli operatori sanitari, ma anche per tutti gli altri, anche per i malati stessi che possono vivere la propria condizione in una prospettiva di fede".

Il nostro Papa, nel suo messaggio, reagisce anche ai problemi attuali della società, in cui un numero sempre maggiore di persone crede di poter aiutare i sofferenti procurando loro un termine artificiale della vita. Egli ci rammenta la sua prima enciclica scrivendo: *"non è evitando la sofferenza, né fuggendo davanti alla sofferenza che si guarisce l'uomo, ma con la capacità di accettare la sofferenza e maturando in essa, trovando un senso attraverso l'unione con Cristo che ha sofferto con infinito amore" (Spe salvi, 37).*

"Va' e anche tu fa' così!" – Ecco un compito per tutti noi: prestare le nostre mani, i nostri piedi, le nostre orecchie, i nostri occhi e la nostra bocca a Gesù, affinché il Signore faccia di noi dei buoni samaritani e continui a operare attraverso di noi curando i malati e i sofferenti.

4. L'anno della fede – una buona occasione per essere un buon samaritano

L'odierna Giornata mondiale del malato viene celebrata in un periodo particolare per la Chiesa. Il Santo Padre, esattamente quattro mesi fa, inaugurò l'anno della fede, esortandoci tutti a riscoprire l'atteggiamento del buon Samaritano. Anche noi dobbiamo imparare ciò che significa: *"guardare con amore a colui che ha bisogno di aiuto e cure".* L'anno della fede costituisce, quindi, un'occasione unica per riflettere sulla fede e approfondirla, ma anche per viverla in modo attivo, trasformandola nella propria diaconia dell'amore.

Su questa via di rinnovamento e dispiegamento della fede, può esserci utile un'analisi approfondita e una riflessione sulla vita dei veri testimoni della fede, che hanno posto la propria vita al servizio dei malati e dei sofferenti.

Il Papa ne ha menzionati alcuni: Santa Teresa del Bambino Gesù, il Servo di Dio Luigi Novarese, che sarà beatificato fra tre mesi,

Raoul Follerau, la Beata Madre Teresa di Calcutta e naturalmente anche una grande santa donna della Baviera – Anna Schäffer di Mindelstetten. Benedetto XVI ha parlato con sincera commozione di lei, figlia di questa terra, indicandola come esempio di unione della propria sofferenza con la sofferenza di Gesù Cristo: *“così il giaciglio della malattia per lei è diventata la cella conventuale e la sofferenza un servizio missionario. Dapprima si lamentava della propria sorte, ma in seguito intese la sua situazione come una chiamata amorevole del Crocifisso, affinché ne iniziasse la successione. Fortificata dalla comunione quotidiana, divenne un’instancabile interceditrice nella preghiera e uno specchio dell’amore di Dio per molte persone che le chiedevano consiglio. Il suo apostolato della preghiera e della sofferenza, del sacrificio e dell’espiazione valga da luminoso esempio per i fedeli della sua patria e le sue preghiere corroborino il movimento cristiano dell’ospizio nella sua azione benefica”* (Santificazione, 21 ottobre 2012).

Maria, la madre di Dio, è la più importante testimone di fede e amore: Maria, che seguì con coraggio il proprio figlio sofferente

sulla via che lo portò al sacrificio sulla croce e visse la grande gioia della resurrezione. Questo grandioso atteggiamento di Maria, la sua fiducia nella potenza di Dio, che è più forte del peccato e della morte, è stato scelto dal Santo Padre per concludere il proprio messaggio nel quale egli ci affida tutti all’intercessione della nostra cara Signora di Altötting, *“affinché accompagni sempre l’umanità sofferente nella sua ricerca di conforto e ferma speranza, aiutando tutti coloro che partecipano all’apostolato della misericordia a diventare dei buoni samaritani per i loro fratelli e le loro sorelle, provati dalla malattia e dalla sofferenza”*.

5. Conclusione

Cari fratelli e sorelle in Cristo!

Mercoledì scorso, durante l’udienza, potei parlare con il Santo Padre, presentandogli nuovamente il ricco programma della XXI Giornata mondiale del malato, e chiesi la sua benedizione.

Posso assicurarvi che il nostro amato Papa Benedetto XVI imparì con grande gioia a tutti noi la sua benedizione apostolica. Mi pregò anche di trasmettervi i suoi più fervidi voti personali, promet-

tendo di pregare per noi. Il Santo Padre ci ha anche ringraziati per le nostre preghiere, il nostro impegno, la nostra sofferenza che noi sacrifichiamo alla sua intenzione come anche a favore della Chiesa.

Consentitemi, per favore, a questo punto, di ringraziare nuovamente tutti gli organizzatori della XXI Giornata mondiale del malato, in particolare l’ordinario della diocesi di Passavia, l’amministratore apostolico, il vescovo Wilhelm Schramml, come anche i suoi collaboratori, per averci invitati col cuore aperto e con sollecita disponibilità ad Altötting, prendendosi cura in modo esemplare di noi come ospiti. Dio ve ne renda merito!

Vorrei terminare la mia lunga riflessione con una preghiera di sant’Ignazio di Loyola, in cui intercede in modo particolare a favore dei malati e dei sofferenti.

Soprattutto voi, cari malati, sentite la vicinanza del cuore amorevole di Gesù e attingete fede e gioia a questa sorgente pregando: *“Acqua del costato di Cristo, lavami! Sofferenza di Cristo, fortificami! Buon Gesù, esaudiscimi! Proteggimi nelle tue ferite! Amen”* (Preghiera di sant’Ignazio di Loyola). ■

La solenne consegna della reliquia del beato Papa Giovanni Paolo II ad Altötting

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

Cari pellegrini e pellegrine, partecipanti alla XXI Giornata mondiale del malato!

È una vecchia tradizione della Chiesa che i cristiani si ritrovassero presso le tombe dei santi e dei martiri, celebrandovi la santa messa. Questa tradizione si è mantenuta in particolare a Roma, con le preghiere nelle catacombe sotterranee presso le ossa degli eroi della Chiesa. Ora vorrei riallacciarmi a questa venerabile tradizione presentandovi un pellegrino sorprendente.

Certamente lo conoscete molto bene per il fatto che è giunto qui personalmente ad Altötting in pellegrinaggio, precisamente nell'anno 1980, e allora disse quanto segue: *“A te, madre, io affido il futuro della fede in questo*

antico paese cristiano; e memore delle afflizioni dell'ultima terribile guerra, che ha inferto ferite tanto profonde soprattutto ai popoli dell'Europa, ti affido la pace del mondo. Possa fra questi popoli nascere un nuovo ordine, che si fondi sul pieno rispetto del diritto di ogni singola nazione e di ogni singolo uomo nella sua nazione, un ordine veramente morale, nel quale i popoli possano vivere insieme come in una famiglia attraverso il dovuto equilibrio di giustizia e libertà. Questa preghiera io rivolgo a te, regina della pace e specchio della giustizia, io, Giovanni Paolo II, Vescovo di Roma e successore di san Pietro e la lascio in eredità al tuo santuario di Altötting a ricordo perenne. Amen”.

Egli era un fervente adoratore della madre di Dio, soprattutto della Madonna nera – sia di questa di Altötting, sia di quella del santuario di Czestochowa in Polonia, la sua patria. Egli affidò tutta la sua vita a Maria: **TOTUS TUUS MARIA!**

Oggi torna nuovamente ad Al-

tötting, come un eterno pellegrino.

Come spesso accade, gli uomini si recano in pellegrinaggio qui ad Altötting, per pregare, per lodare Dio, per riconciliarsi con lui, e dopo il pellegrinaggio tornano di nuovo a casa loro.

Il grande Papa – il beato Giovanni Paolo II – vuole rimanere vicino a voi per sempre e perorare, ai piedi della madre di Dio Maria nella cappella delle Grazie di Altötting, la causa di noi tutti, in particolare dei malati, dei sofferenti e disperati.

Perciò ora, in qualità di Inviato Speciale del Santo Padre, vorrei consegnare con un atto solenne al reverendissimo amministratore apostolico della diocesi di Passavia, il vescovo Wilhelm Schraml, la reliquia del sangue di un pellegrino speciale e Papa, il beato Giovanni Paolo II. Essa mi è stata affidata a Roma dal postulatore del processo di santificazione, il prelado Oder, per consegnarla ad Altötting.

Eccellenza, nelle sue mani affido ora la reliquia del Pellegrino apostolico. ■

Convegno Internazionale promosso dall'Università Cattolica di Eichstätt su: *“Fare del bene a chi soffre”* (Salvifici Doloris, 30) in occasione della XXI Giornata Mondiale del Malato

EICHSTÄTT, GERMANIA, 7-8 FEBBRAIO 2013

1. Sintesi dei risultati del Convegno e Prospettive

PROF. DOTT. CHRISTOPH VON RITTER

Consultore del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari

Il Convegno Internazionale si è svolto sotto il titolo *“Fare del bene a chi soffre”*, tratto dall'Enciclica *Salvifici Doloris* di Papa Giovanni Paolo II.

In concreto, si è trattato di dare risposte ai tre seguenti complessi quesiti:

1. Di fronte alla malattia e alla sofferenza, come può svolgersi oggi il compito interdisciplinare della cura e dell'assistenza?

2. Quale importanza hanno la fede religiosa e la spiritualità personale nel processo di guarigione?

3. Un approccio olistico alle cure è finanziabile e sostenibile dal punto di vista economico-organizzativo?

La Parabola del Buon Samaritano, proposta come spunto di discussione, ha dimostrato la sua straordinaria efficacia nel presentare la relazione *“bisognoso di cure-curante-luogo di cura”*: trasposta nell'era moderna, malato-medico-struttura, legati, come nella Parabola, da una scrupolosa ed amorevole attenzione e presa

in carico. Attraverso il significativo parallelo, le parole del Nuovo Testamento hanno stimolato, durante il Convegno, una serie di riflessioni.

Il Prof. Montgomery, Presidente dell'Ordine Nazionale dei Medici della Germania, proseguendo nella metafora, ha ravvisato nella figura dell'oste la presa in carico e la gestione del sofferente, per il ripristino e il mantenimento delle buone condizioni generali di salute, affermando che il personale sanitario e parasanitario ha bisogno di risorse professionali, finanziarie e strutturali per poter dispiegare tutta l'energia necessaria ad un'adeguata assistenza ai malati.

Nessi esistenti tra condizioni generali di ordine economico-politico ed una buona assistenza ai malati li aveva già evidenziati il Beato Giovanni Paolo II quando, 27 anni fa, istituì il Dicastero per la Pastorale degli Operatori Sanitari.

Tale Dicastero della Curia romana, attraverso la pastorale degli operatori sanitari, organizza le sue attività coinvolgendo Organismi Internazionali come l'OMS, Istituzioni sanitarie, politiche, strutture ospedaliere, organizzazioni di sostegno, in breve... gli osti! Tutti costoro possono e devono contribuire e prodigarsi, ciascuno nel suo ruolo, ad aiutare i sofferenti.

Sotto la guida del suo Presiden-

te, l'Arcivescovo Zimowski, il Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari organizza, fra le altre importanti iniziative, la Giornata Mondiale del Malato, quest'anno celebrata ad Eichstätt, a Monaco e ad Altötting, ed ogni anno, in novembre, un Convegno internazionale, durante il quale si riuniscono tutti gli operatori sanitari, in un proficuo confronto con i Rappresentanti Istituzionali pubblici del settore Sanità, al fine di individuare ed attuare efficaci interventi e strategie operative. Un messaggio importante e meraviglioso questo: tutti possono partecipare all'assistenza ai malati, preoccupandosi del fatto che i malati siano ben accuditi e per questo siano disponibili mezzi adeguati. Tutti possono prendere parte al grandioso compito che consiste nel fare del bene a chi soffre.

Ecco un ulteriore aspetto importante emerso: in molti contributi degli intervenuti al Convegno era predominante la domanda, pressante sulle coscienze: come potremo, anche in futuro, fare del bene a chi soffre, in una società sottoposta a limiti economici e che ubbidisce alla rigorose regole del profitto?

Nella Parabola del Buon Samaritano, a causa di regole severe imposte, il sacerdote passa oltre, davanti al sofferente. Come è pos-

sibile aiutare il sofferente in una società in cui vi è una cronica penuria di tempo, l'assistenza deve essere misurata sulla cadenza di minuti e in cui predominano i vincoli posti da termini prestabiliti? Questi vincoli sono appunto ciò che nella Parabola del Buon Samaritano obbligano anche il levita, il servitore del Tempio, a passare incurante innanzi al malato! Il futuro forse non ci pone inevitabilmente nel ruolo del sacerdote e del levita?

Ci si chiede come si potrà fare del bene a chi soffre, considerando le trasformazioni demografiche pronosticate, la vecchiaia in aumento, un numero crescente di persone bisognose di assistenza e cure, un numero crescente di persone affette da disturbi funzionali della mente; come si potranno sostenere in futuro i costi dell'assistenza ai malati, in considerazione di problemi tanto grandi? Tantomeno sarà possibile stabilire delle priorità che vedrebbero, paradossalmente, scegliere i giovani e gli abili, che offrono un contributo attivo alla società e pagano le imposte, piuttosto che i vecchi che causano solo costi! Si arriverebbe a promuovere l'aiuto attivo alla morte o almeno il suicidio assistito, per risparmiare agli uomini la sofferenza nella vecchiaia e nel contempo scaricare gli enormi costi causati alla società dagli ultimi anni di vita! Ed ancora, si impedirebbe che la sofferenza entri nella vita umana attraverso la selezione alla procreazione, la PID o la selezione, mediante l'aborto, di soggetti con handicap ancora prima della nascita e la venuta al mondo di disabili destinati solo a soffrire infinitamente e a causare notevoli costi alla società!

Per una società che spesso osserva, analizza ed agisce con cinismo e superficialità, fare del bene a chi soffre – a prescindere dalla questione dei costi – è un'idea romantica superata; una società siffatta arriva a porre un termine alla sofferenza e si organizza in tal senso! “Eradication of genetic diseases” reclamò due anni fa l'Europarlamento. Le tecniche le possediamo: ad esempio, mediante il nuovo test prenatale LifeCodexx, abbiamo la possibilità di rivelare nel sangue della madre la trisomia

21 e altre mutazioni genetiche del nascituro e, infatti, siamo riusciti a eliminare quasi del tutto la trisomia 21 mediante l'aborto in base all'indicazione di un'embriopatia!

Di questo passo, non dovremmo nemmeno più fare del bene, ma semplicemente eliminare la sofferenza!

Tutto questo è sconvolgente: Papa Benedetto XVI è molto preoccupato al riguardo. Nel suo messaggio alla nostra Giornata Mondiale del Malato, tratto dalla sua seconda Enciclica *Spe salvi*, egli cita il passo: “*non è evitando la sofferenza, né fuggendo davanti alla sofferenza che si guarisce l'uomo, ma con la capacità di accettare la sofferenza*”.

Ma la nostra società pensa in modo positivista: essa vive nella convinzione che tutto può essere organizzato, che essa è auto-determinata, anzi che si crea da sola, essendo essa stessa il proprio creatore; non conosce il condizionamento del diritto naturale; non vuole rispettare l'ecologia dell'uomo, come si è espresso il Papa Benedetto nel suo discorso a Berlino.

In questa società, sono numerosi coloro che considerano sbagliato o per lo meno superato il fatto di accettare la sofferenza, anzi, la compassione corrisponde a una mancanza di empatia, è considerata come cinismo. Una società, che non conosce più la compassione, vuole solo che la sofferenza cessi rapidamente; perciò gli anziani e i nascituri vengono uccisi per “compassione”. Siccome non si sopporta più la sofferenza, si eliminano i sofferenti, lasciando predominare la cultura della morte, come giustamente si è espresso Giovanni Paolo II.

La nostra società soffre! Essa giace sfruttata e nuda al margine della strada, privata dei suoi valori, spogliata della propria dignità, senza speranza, senza un futuro, alla ricerca di un senso! La nostra società soffre, è decaduta e spera in un aiuto!

Fare del bene a chi soffre significa, da buoni samaritani, aiutare questa società sofferente a fare del bene a se stessa, consapevolizzandola che una società così, che riconosce le sue finalità materialistiche finire nel vuoto,

è una società disperata che, vista la mancanza di senso delle sue concezioni materiali e l'evidente fallimento della sua fiducia positivista, cade in preda al panico. Questa società soffre di un *burnout* collettivo.

Viviamo in una società che ricerca soltanto l'utilità, in quanto pensa in modo utilitaristico. Le preoccupazioni riguardano l'aspetto materiale, il mercato, il business, non l'uomo. Questi nessi si possono cogliere leggendo il meraviglioso libro “Il Capitale” del Cardinale Reinhard Marx.

Tuttavia, noi possiamo e dobbiamo fare del bene a questa società sofferente. Come? Molto semplicemente! Questa società anela ad avere valori e senso. Esattamente come lo scriba che, all'inizio dell'episodio del Buon Samaritano, chiede a Gesù la via per la vita eterna, proprio allo stesso modo la società chiede del senso della vita, della via verso la felicità. Con la parabola del Buon Samaritano, dobbiamo dare la risposta alle sue domande insistenti. La risposta è semplice, come nel Vangelo: “*Va' e anche tu fa' così!*” (Lc 10, 37). Solidarietà invece di avidità, aiutare invece di sfruttare, compatire invece di uccidere! Semplicemente “Ama il tuo prossimo!”

La parabola del Buon Samaritano indica la via, come 2000 anni fa. È il messaggio dell'amore e della gentilezza dell'essere umano: dell'anziano, infermo, deprivato, nudo; del piccolo, non appariscente, nascituro; del depresso e del demente. La gentilezza di tutti noi, creature di Dio, con tutti i nostri difetti!

Questo messaggio cristiano non è un arido elenco di divieti, come spesso viene considerato, ma è la chiave per una vita attiva, libera e felice. Basti osservare la gioia dei giovani alle Giornate Mondiali della Gioventù: non sono persone che soffrono sotto divieti imposti, ma consapevolmente e felicemente si aprono una via attraverso la vita. E anche, ahimè, il tanto discusso ambito della sessualità! Aiutiamo la società sofferente con la meravigliosa teologia del corpo: questa è la lieta novella di come la sessualità ci arricchisce; di come questa meravigliosa forza

della sessualità ci conduce al matrimonio, alla famiglia, all'unione tra uomo e donna, un'unione che ci rende felici, trasmettendoci facoltà divine, cioè la capacità di concepire figli. È questa la lieta novella che impedisce che questo meraviglioso dono della sessualità, questa forza grandiosa sfoci in ottusa bramosia, in un'arida dipendenza istintuale e una pornografia priva di interesse in disprezzo dell'umanità.

Noi dovremmo, come è detto nella meravigliosa preghiera del Vescovo Schraml per la Giornata Mondiale del Malato:

*“essere noi stessi una luce per altri sofferenti
e irradiare la speranza”.*

Fare del bene a chi soffre: non è soltanto il nostro compito, ma la nostra missione e il nostro grande privilegio. Noi che siamo attivi nel servizio ai malati, non dovremmo lamentarci! Noi siamo oltremodo privilegiati. La nostra vocazione di essere attivi come samaritani è un privilegio. La parabola del Buon Samaritano ci dimostra che l'attività nel servizio ai malati è una via meravigliosa verso la felicità eterna. Esiste forse una professione più bella? Abbiamo la possibilità di aiutare le persone nel bisogno, abbiamo a nostra disposizione i mezzi per fare del bene a chi soffre.

Ma c'è di più: conosciamo la

sofferenza. Spesso non è facile, spesso è un'incombenza pesante; tuttavia, è soprattutto un privilegio. Possiamo imparare dai nostri pazienti come accettano la malattia e la sofferenza, come essi attribuiscono un senso alla loro sofferenza. “Liberare la forza salvifica della sofferenza”, come si legge nell'Enciclica *Salvifici Doloris* di Giovanni Paolo II. E il Prof. Frick constata in modo meraviglioso che la ferita del guaritore, l'onere a cui si espone il samaritano liberano forze salvifiche.

In questo senso siamo privilegiati, e quindi tanto più fortemente sollecitati! “L'ospedale come luogo per una nuova evangelizzazione”: questo è stato il titolo scelto dall'Arcivescovo Zimowski per il Congresso Internazionale del Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, svoltosi a Roma, nel novembre 2012. Noi, nel servizio ai malati, abbiamo il compito di dare un esempio alla società sofferente, con il servizio al “signore malato”, come l'Ordine di Malta aveva richiesto già 900 anni fa ai Membri dell'Ordine. Oggi, nel servizio ai malati, deve riacquisire nuova validità il servire amorevole, il riconoscere i bisogni spirituali, come ci dimostrano, nelle rispettive relazioni, il Prof. Frick e il Prof. Büssing in base ai loro studi clinici.

Immagino il Buon Samaritano come un uomo felice di vive-

re: egli gioisce nel fare del bene a chi soffre, non dispera al cospetto della sofferenza, perché vede in essa un'opportunità per fare del bene, per dare buona prova di sé; impiega tutti i propri mezzi per mitigare la sofferenza e ciò lo gratifica: si potrebbe quasi dire che egli si arricchisca attraverso la propria generosità e sia gratificato dal proprio amore per il prossimo. Il Prof. Mang, nel suo contributo, sottolinea che nessun sistema contabile della sanità moderna riesce a eguagliare questo compenso spirituale.

Occorre menzionare ancora un ultimo aspetto che è stato discusso in uno dei sei workshop nell'ambito del dibattito vivo: il Buon Samaritano non è un professionista della sanità. Egli aiuta in modo del tutto non professionale, pulisce le ferite con vino e olio. Egli non ha un diploma di gestore delle ferite, ha altri compiti e, poi, prosegue per la propria strada. Questo significa che ognuno ha la possibilità di diventare felice attraverso le buone azioni rese al prossimo, di riconoscere la gentilezza del prossimo, ognuno ha la possibilità di gratificare se stesso rivolgendosi amorevolmente al prossimo. Questa è la nostra Lieta Novella. Lanciamo questo messaggio da questo convegno in occasione della XXI Giornata Mondiale del Malato in un mondo disperato, dandogli così una speranza! ■

2. Riflessione e Raccomandazioni sui lavori del Convegno Internazionale

EICHSTÄTT, GERMANIA, 7-8 FEBBRAIO 2013

DOTT.SSA ROSA MEROLA

Psicologa, Psicoterapeuta,
Consultore del Pontificio
Consiglio per gli Operatori
Sanitari

La celebrazione della XXI Giornata Mondiale del Malato ad Altötting (Germania) ispirata alla parabola del Buon Samaritano *"Va' e fa' anche tu lo stesso"*, richiama l'Umanità al Mistero della Sofferenza: *"riconoscere nel volto del fratello infermo il Santo Volto di Cristo che soffrendo, morendo, risorgendo ha operato la salvezza dell' Umanità"* (Giovanni Paolo II, Lettera istitutiva della Giornata Mondiale del Malato, 13 Maggio 1992, 3).

Le solenni funzioni liturgiche eucaristiche, per l'occasione celebrate dai Cardinali e dai Vescovi responsabili della pastorale della salute, presiedute da S.E. Mons. Zygmunt Zimowski, Presidente del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, svoltesi nel santuario mariano di Altötting, sono state un momento di vibrante preghiera per tutti i convenuti.

Altrettanta significatività hanno avuto le importanti iniziative pastorali, culturali e scientifiche promosse dall'Università Cattolica di Eichstätt che ha organizzato un Convegno Internazionale in armonia al tema della Giornata Mondiale del Malato 2013: *"Fare del bene a chi soffre"* (*Salvifici Doloris*, 30) mirato all'individuazione di risposte concrete all'esigenza di garantire ad ogni malato il rispetto della propria dignità; un'assistenza integrata anche nell'ambito degli odierni sistemi sanitari nazionali, troppo spesso carenti per le scarse coperture finanziarie pubbliche.

Il Prof. von Ritter, Consultore del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, ha tratto la sin-

tesi del Convegno poi magistralmente conclusa dal discorso del Cardinale R. Marx che, citando l'Enciclica *Salvifici Doloris*, del Beato Giovanni Paolo II, ha sottolineato la necessità di una nuova Evangelizzazione, specialmente nell'ambito della Pastorale della Salute, capace di accompagnare la persona malata o sofferente a percepire il proprio bisogno di spiritualità, in un percorso di fede che apra il cuore alla speranza in Cristo.

Da un'attenta riflessione sui lavori del Convegno, si delineano le seguenti possibili Raccomandazioni:

1. Collegamento *in rete* tra operatori addetti alla pastorale della salute; tra Organizzazioni territoriali centrali e periferiche;

2. Creazione di una *rete interdisciplinare* tra operatori pastorali ed operatori sanitari, compresi amministrativi, istituzionali, di volontariato cattolico e laico per sostenere, in applicazione ai principi di solidarietà e sussidiarietà, la centralità della persona malata o sofferente e la tutela della sua dignità;

3. Rivalutazione del ruolo e dell'organizzazione delle realtà locali territoriali (parrocchie – associazioni di volontariato) per rendere l'assistenza ai bisognosi più capillare ed efficiente;

4. Incremento e rivitalizzazione, nei luoghi di cura e di sofferenza, comprese le carceri, dell'organico degli assistenti spirituali per la Catechesi e dei sacerdoti per le celebrazioni liturgiche e l'assistenza ai Sacramenti;

5. Riorganizzazione e rinnovo spirituale degli Ordini al Servizio dei sofferenti;

6. Coinvolgimento del malato nell'Opera Pastorale;

7. Rilancio e divulgazione della funzione consolatoria della preghiera per l'accettazione della sofferenza e dei propri limiti umani;

per la percezione del proprio bisogno di spiritualità;

8. Implementazione del servizio di assistenza spirituale come importante elemento integrativo della cura sanitaria;

9. *Impegno a mediare* della Pastorale Sanitaria con la responsabilità dei poteri politici sulla giustizia sociale quale forma di carità e fondamento per edificare la Società della Pace e dell'Amore solidale;

10. Creazione di servizi di accoglienza per dare ospitalità ai familiari bisognosi e lontani dalle proprie residenze, che devono assistere i loro congiunti sofferenti;

11. Formazione specifica e mirata per gli operatori spirituali da assegnare al servizio della pastorale della salute selezionati, oltre che per preparazione teologica, per predisposizione, motivazione, capacità-abilità relazionali e di resilienza; counselling per prevenzione burn-out; rotazione incarichi nelle diverse realtà sanitarie onde evitare la cristallizzazione ambientale.

Obiettivo principe di una Evangelizzazione della Pastorale Sanitaria rinnovata è quello di sensibilizzare le coscienze all'amore di Cristo, affinché si avvii, nella persona, un processo di cambiamento interiore che conduca, senza pregiudizi, al rispetto gli uni degli altri in una reciproca donazione, all'amore per il prossimo che diventa servizio o sollievo alla sofferenza dell'altro; un cammino di rinnovamento spirituale che renda l'uomo capace di saper ascoltare con il cuore e come il Buon Samaritano capace di essere caritatevole e misericordioso nei confronti dei più bisognosi, di chi chiede aiuto, di chi è sofferente nel corpo e nello spirito. *Evangelizzare non è parlare, ma fare.* ■

ARGOMENTI

*Dolore – piacere – gioia
Dal soma allo pneuma
Una visione medico-teologica integrata dell'uomo*

*I nuovi orizzonti della
pastorale della salute in Italia
da cenerentola a regina?*

*Cura dei malati e delle malattie infettive
nella storia della Chiesa*

Dolore-Piacere-Gioia. Dal soma allo Pneuma

Una visione medico-teologica integrata dell'uomo

PROF. PIERLUIGI ZUCCHI, S.O.

Docente di Fisiatria e di Malattie dell'Apparato Locomotore della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Firenze e di Fisiopatologia e Terapia del Dolore e delle Cefalee dell'Università Campus Bio-Medico di Roma

PROF. BONIFACIO HONINGS, O.C.D.

Professore Emerito di Teologia Morale della Pontificia Università Lateranense, Roma.
Consultore del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari e
Membro Ordinario ad vitam della Pontificia Accademia per la Vita, Santa Sede

PRESENTAZIONE

Presento volentieri nella Rivista "Dolentium Hominum" il lavoro "Dolore-Piacere-Gioia. Dal soma allo Pneuma. Una visione medico-teologica integrata dell'uomo" di Zucchi e Honings, dove emergono nuovi contributi, soprattutto per gli Studiosi che esaminano la letteratura medico-teologica su questo argomento.

Sotto il profilo medico, nel lavoro emerge il nuovo concetto di sinapsi algo-antalgica, come "fulcro mediatore di ogni sensazione di dolore e di piacere". In tal modo, gli Autori sostengono che per il dolore e il piacere vi sia una sola unità recettoriale di partenza, con proprietà modulanti il dolore o il piacere, a seconda della intensità dello stimolo iniziale, indipendentemente dalla morfologia anato-funzionale dei singoli recettori (Corpuscolo di Meissner:

tatto; Corpuscolo di Pacini: pressione; Corpuscolo di Ruffini: calore; Corpuscolo di Krause: freddo; Terminazioni libere: dolore).

Un altro aspetto interessante e nuovo che emerge nel lavoro è che, similmente ai recettori e alla sinapsi, anche le vie periferiche e centrali di conduzione della sensazione dolore-piacere sono in comune, e, a seconda dello stimolo, doloroso o piacevole, danno luogo all'evento finale nocicettivo (dolore) o antinocicettivo (piacere).

Gli Autori hanno riportato in due schemi molto esemplificativi (Fig. 4 e Fig. 6) i diversi tipi di nocicezione (dolore) e di antinocicezione (piacere) (Fig. 4) e il paradigma clinico-teologico dell'evoluzione del concetto delle entità dolore e piacere (Fig. 6), da parametro immanente a valore trascendente, con i corrispettivi substrati neuro-anatomici.

Viene eseguita la definizione e l'interpretazione medico-teologica di dolore e piacere empatico.

Nel lavoro, emerge anche l'originale definizione dell'Effetto Carezza e la spiegazione embriologica dello stretto rapporto esistente tra cute e cervello, definiti in maniera molto appropriata *gemelli ectodermici*.

Un altro aspetto molto attuale che viene indagato come forma estrema e sbagliata di piacere è l'alimentazione smoderata, che può condurre alla frequente patologia dell'obesità. In questo ambito viene preso in esame il peccato di gola sotto il profilo morale, con le sue ovvie ripercussioni cliniche.

La visione medico-teologica veramente integrata dell'uomo nel lavoro emerge esaminando l'aspetto della castità, in relazione al valore morale del piacere della sessualità.

Al proposito, viene sottolineata un concetto presente nel *Catechismo della Chiesa Cattolica* (CCC) che esprime come "la castità diventi la virtù che trasfor-

ma la sessualità in valore morale e spirituale trascendente", e che "la sessualità... diventa personale e veramente umana allorché è integrata nella relazione da persona a persona, nel dono reciproco totale e illimitato nel tempo, dell'uomo e della donna".

Viene ribadito che, come premessa fondamentale per combattere i vizi, per esempio il peccato di gola, e mantenere le virtù, per esempio la castità, occorra esercitare la virtù morale cardinale della forza. Nel testo, infatti, si sottolinea che "per la trasformazione moderatrice della castità nei riguardi della attrattiva dei piaceri sessuali, e per la trasformazione restauratrice della temperanza nei riguardi dei piaceri alimentari, occorre un animo forte. In una parola ci vuole la virtù morale cardinale appropriata, la forza... che ci rimanda alla fiducia di poter partecipare alla vittoria del mistero pasquale di Cristo, vale a dire, alla trasformazione del dolore e del piacere in valori trascendenti morali e spirituali della gioia pasquale. In effetti il mistero pasquale ha trasformato il dolore e la morte in Croce, nella vittoria della Risurrezione e nella gioia della Ascensione al cielo, per sedere alla Destra del Padre".

Come studioso e ricercatore, trovo che questo lavoro offra non solo dei dati originali medici da un punto di vista fisiopatologico, ma indichi una visione ermeneutica medico-teologica veramente integrata dell'uomo, in difesa della qualità della vita, ma soprattutto della sua sacralità, trasformando il dolore e il piacere da parametri immanenti in valori trascendenti, perché, come dice Sant'Agostino, *Dio è felice, Dio ci vuole felici, Dio ci fa felici*.

PROF. DON STEFANO TAROCCHI

Preside della Facoltà Teologica dell'Italia Centrale

INTRODUZIONE

Dolore e piacere sono due entità strettamente connesse tra loro che, presenti e pressanti nell'organismo dell'uomo, hanno nella nostra vita quotidiana un ruolo fondamentale e insostituibile. Scopo del presente lavoro è: a) *da un punto di vista teologico*, spiegare l'evoluzione del concetto della entità dolore e piacere da parametro immanente a valore trascendente, con i corrispettivi substrati neuro-anatomici. A tal proposito, gli AA. offrono un paradigma clinico-teologico (Fig. 6); b) *da un punto di vista medico*, spiegare e sottolineare la nuova acquisizione, in ambito neurofisiologico di: recettore unico; di sinapsi algodantalgica; di vie in comune, sia per il dolore che per il piacere.

Questo studio, come già quelli precedenti, si distingue perché nel campo medico-teologico si applica una antropologia che spiega l'ordine della Creazione in stretta relazione con quello della Redenzione.

L'*Ordo Creationis* designa che l'uomo unisce nella sua natura il mondo materiale (corpo) e il mondo spirituale (anima-pneuma). Per questa unità del suo essere, l'uomo è capace di un rapporto trascendente con il suo Dio-Creatore. Di fatto, dopo averlo creato buono, Dio costituì l'uomo, maschio e femmina, subito in un rapporto di amicizia con Sé. Adamo ed Eva sono stati costituiti in uno stato di santità e di giustizia originale. Dio li pose nel Paradiso.

L'*Ordo Redemptionis* designa non solo la restituzione del rapporto trascendente dell'uomo con Dio, perduto a causa del peccato, ma la nuova creazione in Cristo lo supera. Al posto della grazia adamitica, l'uomo partecipa alla *gratia capitis* di Cristo (il nuovo Adamo). Quindi, l'ordine della redenzione eleva l'ordine della creazione al suo massimo livello.

Tuttavia, quando l'uomo malato e sofferente ha, mediante la fede e la preghiera, questo rapporto con Dio, si effettua l'innalzamento della soglia del dolore, il potenziamento dell'effetto dei farmaci, il miglioramento della sua salute in toto.

In sintesi, nell'Ordine della Re-

denzione di Cristo, l'ordine della creazione di Adamo eleva l'uomo al suo massimo livello. Questa nostra impostazione designa la fisionomia originale dei nostri studi antropologici, medico-teologici in sintonia con il CCC che al n. 374 afferma: "L'uomo non è solo creato buono, ma è anche costituito in una tale amicizia con il suo Creatore e in tale armonia con se stesso e con la creazione, che saranno superati soltanto dalla nuova creazione in Cristo (Redenzione)".

DEFINIZIONE DI DOLORE E DI PIACERE

Definizione di dolore e di piacere

Per quanto riguarda le definizioni di dolore che compaiono nella letteratura internazionale, gli Studiosi, solitamente, fanno riferimento a quella della International Association for the Study of Pain (I. A. S. P., 1979, 1982) e a quella della Scuola Algologica Fiorentina (Algologia, 1983).

Definizione clinica del dolore

Il dolore è una esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata ad un danno reale e potenziale del tessuto o descritto con termini riferentisi a tale danno (1979, 1982). Questa definizione si distacca dalla impostazione sherringtoniana e sottolinea che non è necessario che sia evidenziabile una lesione organica e neppure uno stimolo nocivo perché l'individuo possa percepire dolore.

Definizione antropologica del dolore

La Scuola Internistica-Algologica Fiorentina propone una definizione più ampia, affermando che il dolore può essere definito una entità psicofisica con valenze universali (in quanto provato da tutti i soggetti), nella cui percezione sono in causa fattori individuali, culturali e religiosi diversi ed al cui inquadramento partecipano non solo le branche della medicina e della biologia, ma anche le scienze umane (Algologia, 1983).

Da queste definizioni, si comprende come il dolore possieda tre componenti importanti:

1) sensitiva, oggettiva, rappresentata dal *danno* (trauma, frattura, malattia: *algos*, dolore fisico, che nella lingua inglese si identifica nella parola *disease*);

2) affettiva, soggettiva, personale, rappresentata dal *sensu* (interiorizzazione del dolore fisico in sofferenza morale: *pathos*, che nella lingua inglese si identifica nella parola *illness*) attribuito a tale spiacevole evento diversamente interpretato e vissuto a seconda dell'impostazione culturale e religiosa individuale;

3) extrapersonale, come sensibilizzazione e percezione sociale di una nuova forma di costume (*ethos*, che nella lingua inglese si identifica nella parola *sickness*) che conduce a normare regole diverse nella società (*nomos*; per esempio, legge in Italia sugli oppiacei: 15 Marzo 2010).

Definizione teologica del dolore

Il dolore è una entità valoriale nella cui fisionomia si compenetrano, sia nell'Ordine della Creazione sia in quello della Redenzione, obbligatoriamente gli elementi costitutivi dell'uomo: *soma* (corpo), *psyche* (anima), *pneuma* (spirito).

Definizione clinica del piacere

Il piacere è una percezione determinata da condizioni estremamente gradite o conseguente al superamento di condizioni fisiche o psichiche dolorose o spiacevoli.

Definizione teologica-antropologica del piacere

Il piacere vero è quella entità sensoriale-morale che viene provata dal soggetto come il risultato culturale e religioso del dono di sé, che arriva a esaudire gratuitamente l'essere che si dona.

Dalle definizioni di piacere si deduce che questa entità non è solo una sensazione da provare o da sentire; infatti, quando esso viene ricercato unicamente per sé stesso, genera insoddisfazione e impoverimento, dando luogo a un ripiegamento della persona su sé stessa.

Il piacere, d'altro canto, è una entità che crea anche relazione tra gli esseri viventi, tenendo conto che Dio, la Felicità Assoluta, è l'Essere in relazione. Dalla rela-

zione dell'uomo con Dio, la Felicità Assoluta, nell'uomo si attua la relazione con gli altri uomini e con gli altri esseri della Creazione (piacere empatico).

DOLORE E PIACERE: ASPETTI STORICI E TEOLOGICI

La storia della filosofia preannuncia questi concetti, anticipando di secoli le scoperte che verranno evidenziate dalla moderna neurofisiologia. Platone nel *Fedone* descrive il sollievo dal dolore quando a Socrate vengono tolte le catene. Socrate riferisce agli amici che prima sentiva dolore e dopo piacere, sì che le due sensazioni “*sembrano avere origine da uno stesso capo, pur essendo due*”. Il dolore può succedere, quindi, al piacere, ma la sensazione spiacevole può coesistere anche con quella piacevole. Per la spiegazione di questa ultima condizione ci viene in aiuto sempre Platone, che nel *Dialogo* descrive che, quando un soggetto compie un atto molto naturale come il bere, perché ha sete, simultaneamente prova piacere e dolore. Dolore perché il soggetto prova la sensazione di sete, e piacere perché nel bere viene soddisfatta la mancanza causata dalla sete.

Il periodo storico in cui l'uomo ha iniziato a pensare in modo diverso nei confronti della valutazione del dolore e del piacere e della contemplazione dei valori lirici della natura e dello stretto rapporto esistente tra queste componenti risale alla nascita del Cristianesimo.

Il Cristianesimo ha introdotto nel mondo un mutamento radicale, e, quindi, uno stile di vita diverso da quello esistente fino allora, identificando il dolore e il piacere come entità percepite dal corpo in stretta unione con l'anima (Fig. 1). Questi due tipi di percezione costituiscono una nuova forma di sapere non esente da ansie.

Il Cristianesimo orienta il dolore e il piacere verso la gioia.

Un piccolo dolore distrettuale (algia) può trasformarsi in do-

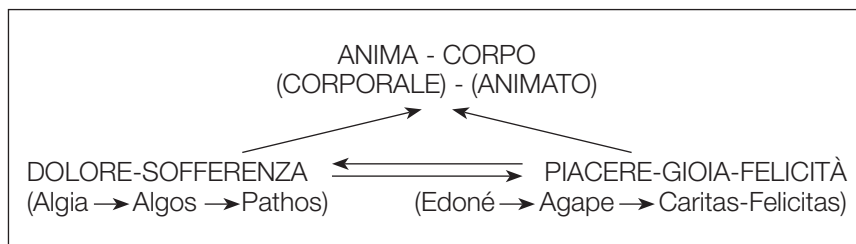


Fig. 1. Nesso ontologico tra dolore-piacere e anima (corporale)-corpo (animato), come entità duale-unitaria-trascedente.

lore fisico più ampio (*algos*) che può interiorizzarsi (*pathos*). Anche nel piacere avviene una evoluzione analoga. L'*edonè*, puro piacere sensoriale, si trasforma in *agape*, per poi assurgere alla *caritas* ed alla sua forma assoluta che si identifica nella *felicitas* di Dio. Ecco perché, in una visione antropologica medico-teologica integrata, dolore e piacere possono divenire autentici valori morali.

Il dolore e il piacere, in questi passaggi ora descritti, costituiscono l'anima (corporale) e il corpo (animato) come entità duale-unitaria-trascedente (Fig.1).

Dolore, piacere, gioia pasquale: aspetti teologici

Dolore e piacere acquisiscono valore, come entità trascendente di gioia, unicamente nella Passione sulla Croce, Resurrezione e Ascensione di Cristo. La Croce, infatti, è la dimostrazione non della forza della potenza di Dio, ma della forza dell'amore e del dolore di Dio. La Croce, quindi, non rappresenta l'amore della forza, ma la forza dell'amore e dell'accettazione del dolore da parte di Cristo, per amore del Padre, e, quindi, per piacere al Padre (Zucchi, Honings, 2001; Zucchi, 2002). Questo concetto è ben presente in Sant'Agostino, che afferma “*Fortitudo Christi te creavit, infirmitas Christi te recreavit*”, ossia la potenza divina di Cristo ti ha creato, la debolezza della passione di Cristo ti ha ricreato, e in Luca (24-26) che dice “*Per crucem ad lucem*”, dove il significato della croce dell'impotenza suprema rappresenta la strada obbligata alla vita suprema.

Scrivendo Giovanni Paolo II: “Completo nella mia carne – dice l'apostolo Paolo, spiegando il

valore salvifico della sofferenza – quello che manca ai patimenti di Cristo, in favore del suo corpo che è la Chiesa”¹. Per cogliere la radice ontologica della connessione tra il sentimento del piacere e la gioia, San Tommaso d'Aquino insegna: “*il motivo per cui si cerca il bene è identico al motivo per cui si cerca il piacere e la gioia, non essendo questi che l'acquiescimento del tendere nel bene, così come è in virtù di una medesima forza naturale che il grave tende verso il basso e sulla terra giace*”². Un santo abate spiega questa connessione in un modo veramente magistrale: “*Se l'uomo vuole amare se stesso di amore autentico non si lascia corrompere da nessun piacere della carne. Per non soccombere alla concupiscenza della carne, rivolga ogni suo affetto alla dolcezza del pane eucaristico. Inoltre per riposare più perfettamente e soavemente nella gioia della carità fraterna, abbracci di vero amore anche i nemici. Perché questo fuoco divino non intiepidisca di fronte alle ingiustizie, guardi sempre con gli occhi della mente la pazienza e la pacatezza del suo amato Signore e Salvatore*”³. La Croce, quindi, rappresenta la sintesi del Dolore e dell'Amore di Cristo come forma più alta di onnipotenza e capacità di Dio di farsi impotenza. Ovviamente, il significato di questo mistero si può condividere solo nella fede. Infatti, non è un Dio crocifiggente l'uomo, ma un Dio Crocifisso per l'uomo, perché questi superi il dolore e il piacere e viva perennemente nella gioia-amore. Dolore e piacere acquisiscono valenza trascendente quando il dolore (*algos*) si trasforma in una con-sofferenza (*pathos*) del Crocifisso e, parimenti, il piacere dei sensi (*edonè*) si trasforma in una gioiosa con-risurrezione

(*amor benevolentiae* → *agape* → *Caritas-Felicitas*) del Kyrios. Potremmo, in un certo modo, dire: “*Patior, ergo cum Christo sum*”, in parallelismo con “*Amo, ergo cum Christo sum*”. Pertanto, il nostro interesse riguarda sia il dolore, con la sua terapia appropriata, sia l’equilibrio del piacere per una loro connessione con la gioia pasquale, trasformandoli in valori gioiosi trascendenti morali-spirituali.

Scienze Antropologiche e Neuroscienze a confronto

Dolore e piacere rappresentano categorie antropologiche prese in esame non solo dalla Filosofia e dalla Teologia, ma anche dalle Neuroscienze. A tal proposito, tra le definizioni di dolore e di piacere comparse in letteratura, quelle da noi proposte tengono conto delle esigenze dell’uomo-persona, anche in base ai quesiti culturali attuali, richiesti nell’ambito della scienza medica e di quella teologica. Dolore e piacere sono due entità fisiologiche peculiari e rappresentano il risultato della proiezione dello stimolo esterno che si trasforma in input interno su un unico circuito neuro-anatomico, che caratterizza sia la nocicezione che l’antinocicezione (Fig. 2).

Proprio per questo, dolore e piacere caratterizzano i parametri della connaturalità, perché appartengono al corpo, creando, quando sono in equilibrio tra loro, una vera e propria cinestesi, obbligatoria per la crescita esperienziale e di ben-essere. Il dolore e il piacere sono elementi fondamentali nell’agire dell’uomo, e, proprio perché connaturali con la sua stessa esistenza, rappresentano componenti necessarie per la sua completezza. Contribuiscono allo sviluppo armonico e integrale dell’essere umano, e costituiscono motivo di integrazione reciproca. È proprio, infatti, la condizione spiacevole o piacevole che crea un livello di conoscenza del corpo da parte dell’individuo che permette al ricercatore clinico una interpretazione dei meccanismi fisiopatologici che, in tal modo, portano a una terapia sicuramente appropriata dal punto di vista medico. La percezione del dolore e del piacere, insita nella natura dell’uomo, è talmente soggettiva che rappresenta l’epifania dell’individualità psico-somatica della persona. Nessuno può affrontare l’esperienza del dolore e del piacere senza attribuire a ciascuna di loro un senso personale. A proposito del dolore, Erodoto era solito affermare *ta pathema-*

ta mathemata, ossia trasformare i patimenti in insegnamenti, noi aggiungiamo, di amore. E nell’Ecclesiaste si legge “*Qui auget scientiam, auget et dolorem*”, ossia “*Chi aumenta il suo grado di conoscenza accresce anche la sofferenza*”. Tuttavia, per capire ancora meglio l’ontogenesi e la filogenesi dell’unità dolore-piacere come parametro unico, che appartiene non solo alla fisicità del corpo, ci viene in aiuto il *phylum* evolutivo delle due entità cliniche che appartengono non solo al corpo, ma anche all’anima. In questo senso, l’unità dolore-piacere crea una interpretazione del parametro biologico che lo mette in sintonia con quello epistemologico. Il dolore e il piacere come linguaggio del corpo rappresentano percezioni fondamentali e obbligatorie, che pongono l’uomo in condizioni sempre nuove, per le quali è bene attuare una ermeneutica terapeutica che, se pur diversificata, tende al bene unico della persona. È solo nell’opportunità di questo particolare linguaggio e, quindi, nelle condizioni di espressioni fonetiche omologhe, che nel dolore e nel piacere si verifica la sintesi, nella quale ciascun uomo è posto nella fisionomia di vera persona. È proprio per la caratteristica di unicità percettiva che il dolore e il

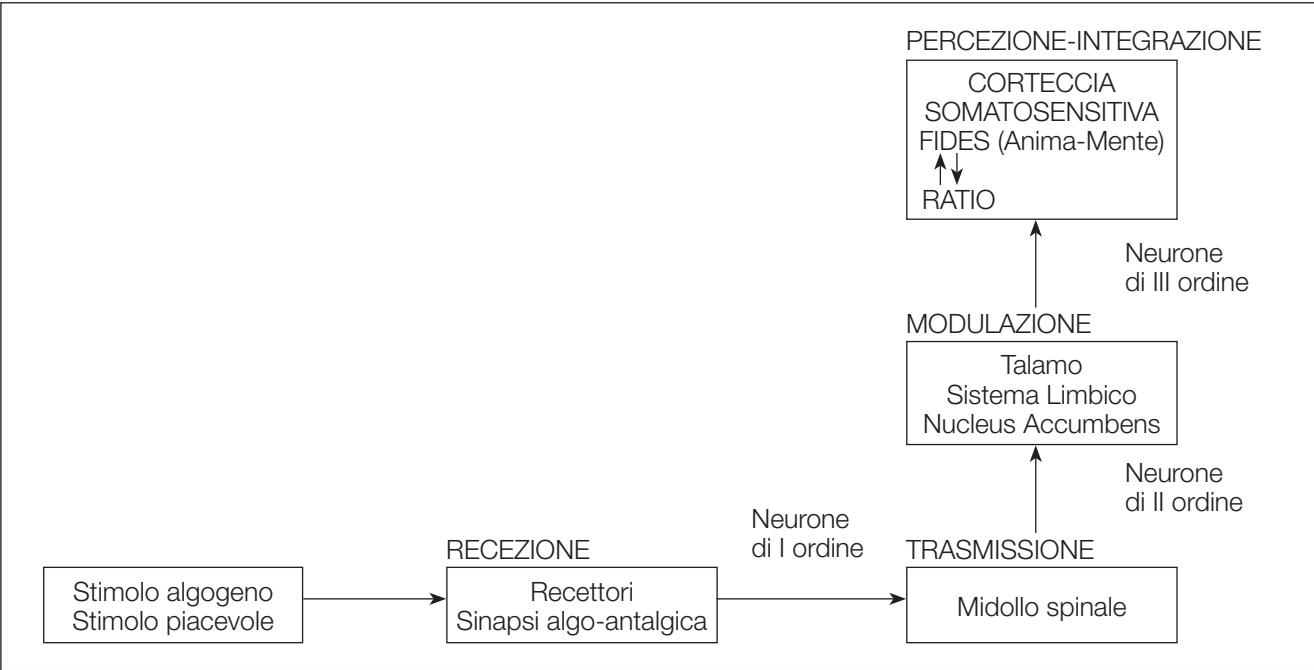


Fig. 2. Rappresentazione schematica delle stazioni anatomiche seguite dallo stimolo algogeno (Nocicezione) e dallo stimolo piacevole (Antinocicezione).

piacere imprimono in ciascun individuo, che al medico e all'operatore sanitario non deve importare tanto che tipo di dolore o di piacere provi quell'uomo, ma, soprattutto, che tipo di uomo provi quel determinato dolore o piacere.

Dolore e piacere sono strettamente collegati tra loro, al punto che la verifica di tale collegamento così intimo si evidenzia, soprattutto, in ambito medico nella valutazione di una grave malattia, per la quale è necessario intervenire chirurgicamente. Ovviamente, l'intervento chirurgico rappresenta una condizione di dolore e di preoccupazione, ma attraverso questa condizione terapeutica il soggetto recupera un piacere, cioè la guarigione.

Aspetti Neurofisiologici

La sinapsi. La via dolore-piacere

In ambito neurofisiologico la sinapsi, con i recettori e i mediatori neurochimici liberati a livello intersinaptico, rappresenta il fulcro di ogni sensazione rapportabile a dolore o a piacere. Quindi, viene da noi ipotizzata un'unica unità modulante il dolore e il piacere, a seconda dello stimolo iniziale. Tale unità è stata da noi definita come *sinapsi algo-antalgica* (algogena-antalgica) (Fig. 3), anche se è ancora oggetto di studio il processo di trasduzione nocicettiva e antinocicettiva a livello del nocicettore; tuttavia è impossibile escludere la presenza di una cellula recettrice presinaptica non in sintonia con una cellula recettrice postsinaptica, come da noi ideata.

Sostanze chimiche del dolore e del piacere

I mediatori chimici della trasduzione nocicettiva (dolore) sono: l'acido lattico, gli ioni idrogeno (H⁺) e potassio (K⁺), tutti e tre responsabili, soprattutto, del dolore muscolare; la serotonina, la bradichinina, l'istamina, le prostaglandine (della serie E), i leucotrieni, le prostaciline, i radicali liberi dell'ossigeno, l'ossido nitrico, che partecipa all'iperalgia primaria; il Calcitonine Gene Related Peptide (C. G. R. P.),

potente vasodilatatore; le sostanze rilasciate dalle fibre del Sistema Nervoso Simpatico. Queste sostanze algogene possono essere liberate a livello interstiziale, in seguito ad uno stimolo esogeno (trauma) o a un input endogeno (abbassamento della soglia del dolore, per esempio per malattia mentale, come può essere la depressione), riducendo il pH e contribuendo al mantenimento e al potenziamento della scarica dolorosa (nocicettiva). Le sostanze antalgiche vengono liberate, verosimilmente, negli stessi siti dove vengono liberate le sostanze algogene. La diversità della liberazione della sostanza è insita nella natura dello stimolo, algogeno o antalgico, sulla cellula recettrice presinaptica.

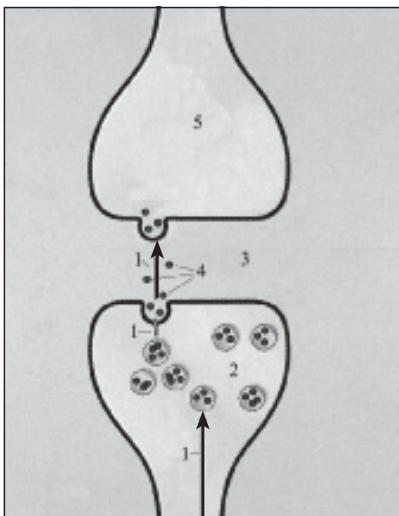


Fig. 3. Ipotesi di sinapsi algo-antalgica (algogena-antalgica): 1) input algogeno o antalgico; 2) cellula recettrice postsinaptica; 3) spazio intersinaptico; 4) liberazione di sostanze algogene o antalgiche a livello dello spazio intersinaptico; 5) cellula recettrice presinaptica.

I mediatori chimici della trasduzione antalgica (piacere) sono rappresentati fondamentalmente dalla famiglia delle encefaline, sostanze endogene, cioè create dall'organismo, di natura oppiacea (oppioidi endogeni), con azione equivalente a quella dei farmaci somministrati, come, per esempio, può essere la morfina (oppioidi esogeni). Si fa risalire

la conoscenza di alcune sostanze trovate in natura con azione oppiacea a 6000 anni fa, come risulta da reperti archeologici della civiltà dei Sumeri, dei Babilonesi, degli Egiziani. Altri mediatori chimici della trasduzione antalgica sono rappresentati da sostanze esogene, per esempio, i derivati cortisonici, estratti dalla corteccia surrenale nei primi anni del 1900, e, largamente impiegati dal 1920 in poi. Anche gli Anestetici locali e i Farmaci Antiinfiammatori Non Steroidei (F. A. N. S.) sono sostanze ad azione antalgica esclusivamente esogena, cioè introdotti dall'esterno perché non si ritrovano fisiologicamente nel nostro organismo. È bene ricordare che: 1) il capostipite dei F. A. N. S. è rappresentato dall'aspirina (acido acetilsalicilico), prodotto agli inizi del 1900; 2) alcuni F. A. N. S. (Paracetamolo e Metamizolo) sono risultati attivi sull'ossido nitrico (NO), mentre altri (Ketorolac) inibiscono sia l'ossido nitrico che le prostaglandine.

Condizioni piacevoli, come ascoltare musica gradita, ammirare una bella opera d'arte o un paesaggio (Zucchi, P. L., Honings, B., Voegelin, M. R., 2005) o condizioni spirituali, come quelle rappresentate dalla lettura meditativa di un brano evangelico (Zucchi, P. L., Honings, B., Voegelin, M. R., 2001; 2003; 2008), tendono ad abbassare il tono del Sistema Nervoso Simpatico a favore di una attivazione del Sistema Nervoso Parasimpatico, predisponendo al rilascio di sostanze come le endorfine e la dopamina.

Le endorfine e la dopamina, definite anche sostanze del piacere, sono neurotrasmettitori che attivano siti recettoriali di una area del cervello, denominata *Nucleus Accumbens*, che riveste un ruolo basilare nella trasmissione e nella modulazione della percezione del piacere e del dolore, come sostenuto anche da altri ricercatori (Zubieta, 2007).

Via dell'unità dolore-piacere

Da un punto di vista neurofisiologico, il dolore, così come il piacere, sono dovuti all'attivazione di recettori, di sinapsi algo-antal-

giche e di vie afferenti periferiche e centrali in comune, che costituiscono, a seconda dello stimolo, doloroso o piacevole, la nocicezione (dolore) o la antinocicezione (piacere) (Fig. 2).

cicezione o Antinocicezione Riflessa); a questo livello il neurone di I ordine entra in sinapsi con il neurone di II ordine che informa il Talamo (Nocicezione o Antinocicezione Inconscia). Dal Talamo

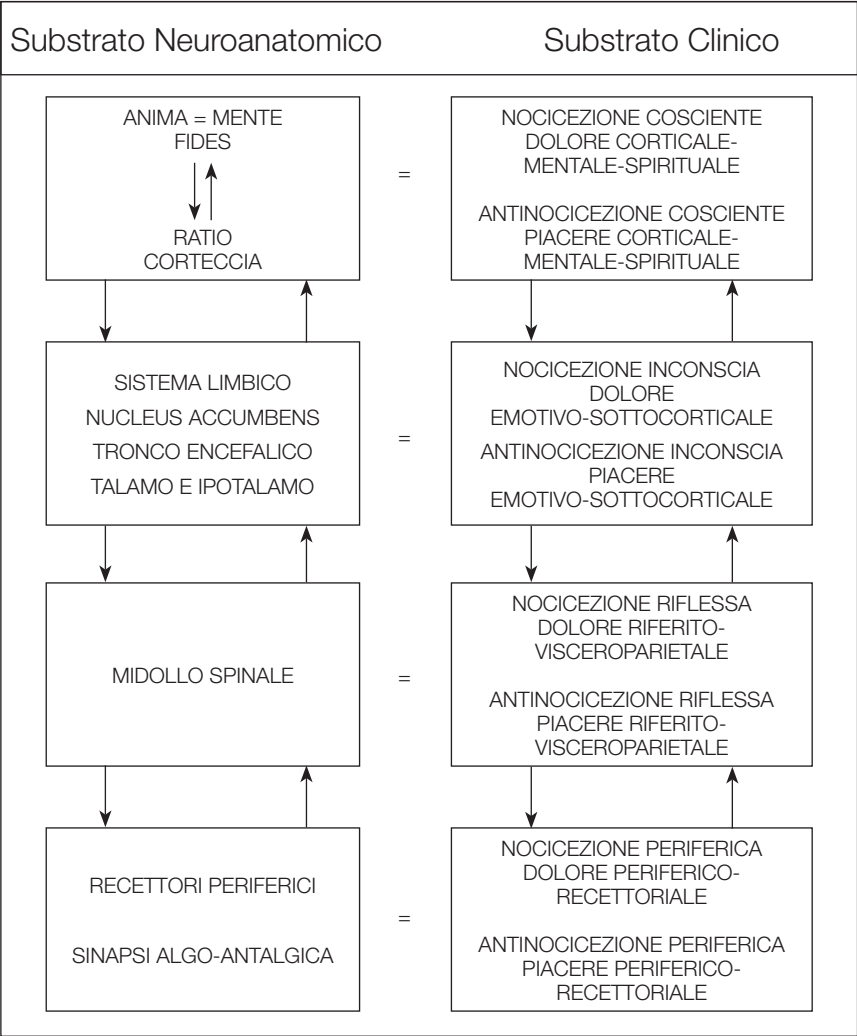


Fig.4. Diversi tipi di Nocicezione (Dolore) e di Antinocicezione (Piacere) con il corrispettivo substrato neuro-anatomico.

Il recettore è una struttura che trasforma in fenomeno elettrico, cioè in una sequenza di potenziali d'azione, l'energia termica, l'energia meccanica, l'energia chimica e l'energia luminosa. La stimolazione algica o antalgica crea a livello dell'organismo una condizione anatomica dei tessuti con liberazione di sostanze algogene o antalgiche, che stimolano l'apparato di ricezione (Nocicezione o Antinocicezione Periferica), che trasforma lo stimolo in input, doloroso o piacevole, che, attraverso il neurone di I ordine, giunge al midollo spinale (No-

il neurone di III ordine proietta l'input doloroso o piacevole alla corteccia somatoestesica (Nocicezione o Antinocicezione Cosciente), dove si attua la sinapsi tra la mente e l'anima in un linguaggio armonioso e reciproco, per l'uomo in *gratia*, tra *ratio et fides* (Fig. 2-4).
È bene, quindi, sottolineare che gli organi di trasmissione (recettori, sinapsi, vie spinali, centri sottocorticali e corticali) devono essere considerati, soprattutto, strumenti di neuromodulazione della percezione finale, costituita dal dolore e dal piacere, che rap-

presentano le sensazioni più importanti della nostra vita.
Proprio perché sensazione provata dal corpo, l'esperienza fisiologica del dolore e del piacere, appartiene alla Medicina, sia come interpretazione fisiopatologica sia come finalità terapeutica della malattia e, quindi, dello stato di salute. Tuttavia, essendo il corpo un tutt'uno con l'anima, dolore e piacere, percepiti dal corpo, possono assurgere alla entità trascendente della gioia pasquale, creando un nesso ontologico veramente inscindibile tra loro. In questa interpretazione antropologica integrata, medico-teologica, le due entità fisiologiche corporali creano una nuova acquisizione clinica, morale e spirituale, nell'ambito delle Neuroscienze e della Teologia Morale.
Negare questa nuova entità valoriale del dolore e del piacere per la loro stretta connessione con l'anima, per l'uomo in stato di grazia, sarebbe, davvero, una grave deviazione di ordine morale e spirituale.
Dall'Ordo Creationis all'Ordo Redemptionis: aspetto teologico-morale
Il discorso morale sul dolore e sul piacere parte dal concetto che essi sono paragonabili alle passioni. Essi appartengono, come le passioni, al patrimonio umano e cristiano, sono componenti naturali della psiche umana e fanno da tramite e assicurano il legame tra la vita sensibile e la vita dello spirito. Sono emozioni o moti della sensibilità, che spingono ad agire o a non agire in vista di ciò che è sentito o immaginato come buono e cattivo⁴. Ma, ed è quanto interessa, come le passioni, anche le percezioni del dolore e del piacere, in se stesse, non sono né buone né cattive. Pertanto, queste entità fisiologiche non devono guidare le azioni e, meno ancora, lo stile di vita. Esse ricevono una qualificazione morale nella misura in cui dipendono effettivamente dalla ragione e dalla volontà. Per quanto i sentimenti del dolore e del piacere siano grandi, non sono loro a decidere della moralità e, meno ancora, della santità delle persone

che soffrono e che godono. Dolore e piacere sono moralmente buoni, quando contribuiscono ad un'azione buona e sono spiritualmente santificanti, quando partecipano al mistero pasquale. Essi diventano valori morali quando fanno parte del comportamento e dello stile spirituale di una vita cristiana, poiché, allora, il piacere è conforme ad una temperanza prudente e il dolore, a una forza prudente, e ambedue partecipano, per mezzo dell'amore, alla gioia pasquale. In tal modo, il dolore e il piacere rappresentano non solo entità di valori morali e di crescita spirituale, ma sono anche validi supporti terapeutici alla salute e all'armonia dell'unità corpo-anima dell'essere umano.

L'input spiacevole o piacevole dalla periferia raggiunge il Nucleus Accumbens e il Sistema Limbico, dove viene elaborata una prima integrazione ad opera, soprattutto, dell'Ipotalamo (la parte più importante del Sistema Limbico). Nell'Ipotalamo, infatti, la percezione di dolore e di piacere, a seconda dell'intensità dello stimolo iniziale, si traduce in una attivazione o del Sistema Nervoso Parasimpatico (atto al recupero di energie) o del Sistema Nervoso Simpatico (atto all'attivazione di energie). Dall'Ipotalamo l'input arriva già modificato alla Corteccia, dove si attua l'integrazione finale, che dà luogo alla sensazione definitiva di dolore o di piacere, percepita dall'individuo, che diviene, per il credente, entità interiorizzata ad opera dell'anima (Fig. 2). Quando *algos*, *pathos*, *amor amicitiae* (*philia*) e *felicitas* si fondono in uno stile di vita virtuosa, dolore e piacere non possono più deviare, né per *excessum*, né per *defectum*, perché le due entità fisiologiche fanno ormai parte di un ordinamento di spiritualità trascendente. Il CCC conferma questa impostazione pasquale, insegnando: *"Nella vita cristiana, lo Spirito Santo compie la sua opera mobilitando tutto l'essere, compresi i suoi dolori, i suoi timori e le sue tristezze, come è evidente nell'Agonia e nella Passione del Signore. In Cristo, i sentimenti umani possono ricevere la loro perfezione nella carità e nella beatitudine divina"*⁵. Questa

perfezione morale, ed è determinante, consiste nel fatto che l'uomo non sia indotto al bene soltanto dalla volontà, ma anche dal suo appetito sensibile, secondo queste parole del Salmo: *"Il mio cuore e la mia carne esultano nel Dio vivente"* (Sal 84,3)⁶. Nella nostra visione antropologica, medico-teologica integrata, le due entità fisiologiche sono, dal punto di vista morale, delle percezioni neutrali.

Pertanto, affinché queste entità possano partecipare alla gioia del mistero pasquale e divenire entità valoriali trascendenti di ordine morale e di livello spirituale, proponiamo il passaggio medico-teologico riportato in Fig. 6.

Dolore e Piacere: da valenze immanenti (fisiologiche) a valori trascendenti (spirituali)

Per impostare in radice questo passaggio valoriale, dobbiamo tener presente che *"Dio «lasciò» l'uomo «in balia del suo proprio volere» (Sir 15,14) perché potesse aderire al suo Creatore liberamente e così giungere alla beata perfezione"*⁷. L'agire libero appartiene all'uomo in proprio⁸ e fa di lui un soggetto morale. Scelti in base a un giudizio di coscienza, gli atti liberi dell'uomo sono moralmente qualificabili: sono buoni o cattivi⁹. Dio gli ha dato questo potere di agire o di non agire e di porre così da se stessi azioni libere, per aderire a Lui e giungere alla beata perfezione. Il CCC precisa ancora: *"la persona umana si ordina alla beatitudine con i suoi atti liberi: le passioni o sentimenti che prova possono disporla a ciò e contribuirvi"*¹⁰. Quindi, ed è quanto interessa rilevare, le percezioni fisiologiche del dolore e del piacere non solo possono disporre e contribuire, ma dispongono e contribuiscono davvero per aderire a Dio e giungere, con atti liberi, alla beata perfezione. Ci sentiamo, più che mai, spinti dal monito dell'apostolo: *"Tutto quello che è vero, nobile, giusto, puro, amabile, onorato, quello che è virtù e merita lode, tutto questo sia oggetto dei vostri pensieri"* (Fil 4,8). Infatti, l'oggetto del nostro pensiero è seguire l'iter della trasformazio-

ne del dolore e del piacere da valenze immanenti in valori morali e spirituali trascendenti. Essendo entità moralmente neutrali, il punto di partenza è il concetto di virtù, che ha appunto una funzione moralizzante. Infatti, *"la virtù è una disposizione abituale e ferma a fare il bene. Essa consente alla persona, non soltanto di compiere atti buoni, ma di dare il meglio di sé. Con tutte le proprie energie sensibili e spirituali la persona virtuosa tende verso il bene, lo ricerca e lo sceglie in azioni concrete"*¹¹. Uno dei grandi Padri Greci, San Gregorio di Nissa osa affermare: *"Il fine di una vita virtuosa consiste nel divenire simili a Dio"*¹². Tuttavia, per il momento ci fermiamo sulle virtù umane che hanno come funzioni, a livello individuale, di restituire l'armonia intra-personale e, a livello sociale, di restituire l'armonia inter-personale. In effetti, *"le virtù umane sono attitudini ferme, disposizioni stabili, perfezioni abituali della intelligenza e della volontà che regolano i nostri atti, ordinano le nostre passioni e guidano la nostra condotta secondo la ragione e la fede. Esse procurano facilità, padronanza di sé e gioia, per condurre una vita moralmente buona. L'uomo virtuoso è colui che liberamente pratica il bene. Sono i frutti e i germi di atti moralmente buoni; dispongono tutte le potenzialità dell'essere umano ad entrare in comunione con l'amore divino"*¹³. Delle virtù, quattro sono dette "cardinali", perché tutte le altre si raggruppano attorno a loro: sono la prudenza, la giustizia, la forza e la temperanza. Ora, siccome tocca a queste virtù di trasformare le entità fisiologiche del piacere e del dolore in valori morali trascendenti, ci fermiamo, prima sulla temperanza per il piacere e, poi, sulla forza, per il dolore. Da notare ancora, perché molto importante, ambedue queste virtù necessitano, per essere virtù morali, della loro forma, che è la prudenza.

La virtù morale cardinale della temperanza e il piacere

Un detto classico recita: *in medio scientiae stat definitio*, vale

a dire, chi capisce la descrizione dell'argomento, possiede già quanto può o vuole sapere. Per questo, ecco la definizione della temperanza: *“È la virtù morale che modera l'attrattiva dei piaceri e rende capaci di equilibrio nell'uso dei beni creati. Essa assicura il dominio sugli istinti e mantiene i desideri entro i limiti dell'onestà. La persona temperante orienta al bene i propri appetiti sensibili, conserva una sana discrezione, e non segue il proprio «istinto» o propria forza assecondando i desideri del proprio «cuore» (Sir 5,2)”*¹⁴. Ecco chiaramente espresso il valore morale della virtù della temperanza nei riguardi della valenza del piacere. In quanto entità fisiologica, il piacere non è, dunque, da evitare e meno ancora da proibire, ma va trasformato in un valore morale da valenza unicamente immanente. Moderando l'uso del bene, creato piacevole, il piacere fisiologico diventa un valore morale, perché ordinato al bene. Quindi, la virtù della temperanza assicura all'uomo temperante di godere dei beni creati in modo onesto e lecito dal punto di vista morale. La temperanza è spesso lodata nell'Antico Testamento «Non seguire le passioni, poni un freno ai tuoi desideri» (Sir 18,30)¹⁵. Nel Nuovo Testamento è chiamata «moderazione» o «sobrietà». Noi dobbiamo «vivere con sobrietà, giustizia e pietà in questo mondo» (Tt 2,12). Esaminando i piaceri sessuali, introduciamo la virtù della castità, come strumento di trasformazione valoriale morale del piacere stesso. La castità, in effetti, è strettamente dipendente dalla temperanza, che mira a far condurre dalla ragione le passioni e gli appetiti della sensibilità umana¹⁶.

La castità ed il valore morale del piacere della sessualità

Gesù è venuto per restaurare la creazione nella purezza delle sue origini. Nel Discorso della montagna dà una interpretazione rigorosa dei progetti di Dio. *“Avete inteso che fu detto: «Non commettere adulterio»; ma io vi dico: chiunque guarda una donna per desi-*

derarla, ha già commesso adulterio con lei nel suo cuore” (Mt 5,27). L'uomo non deve separare quello che Dio ha congiunto (cfr. Mc 19,6). Ora, la tradizione della Chiesa, alla interpretazione di Gesù del sesto comandamento, e così entriamo *in medias res*, ha considerato come inglobante l'insieme della sessualità umana e, quindi, anche l'entità fisiologica del piacere sessuale¹⁷. La castità diventa, così, la virtù, che trasforma la sessualità in valore morale e spirituale trascendente. *“La castità esprime la positiva integrazione della sessualità nella persona e conseguentemente l'unità interiore dell'uomo nel suo essere corporeo e spirituale”*¹⁸. *“La persona casta conserva l'integrità delle forze di vita e di amore in lei. Tale integrità assicura l'unità della persona e si oppone ad ogni comportamento che la ferirebbe, non tollera né doppiezza di vita, né doppiezza di lingua”*¹⁹. A scanso di equivoci, vanno precisati due aspetti: il primo, per indicare che la castità distingue le persone nei loro differenti stati di vita: le une nella verginità o nel celibato consacrato, un modo eminente di dedizione più facile a Dio solo con cuore indiviso; le altre, nella maniera quale è determinata per tutti nella legge morale e secondo che siano sposati o celibi. Le persone sposate sono chiamate a vivere la castità coniugale; le altre praticano la castità nella continenza²⁰; il secondo aspetto che deve essere precisato è per togliere il pregiudizio di una certa fobia, e sottolinea che la sessualità, nella quale si manifesta l'appartenenza dell'uomo al mondo materiale e biologico, diventa personale e veramente umana allorché è integrata nella relazione da persona a persona, nel dono reciproco totale e illimitato nel tempo, dell'uomo e della donna. Quindi, la virtù della castità comporta l'integrità della persona e la integralità del dono²¹. In sintesi, la castità capacita la persona sessuata di trasformare la sessualità in valore spirituale trascendente e il piacere sessuale in valore morale trascendente. Il CCC insegna: sotto l'influsso della carità, la castità appare come una scuola del dono della persona. La padronanza

di sé è ordinata al dono di sé. La castità rende colui che la pratica un testimone, presso il prossimo, della fedeltà e della tenerezza di Dio²². La virtù della castità indica al discepolo come seguire ed imitare colui che ci ha scelti come suoi amici (cfr. Gv 15,15), che si è totalmente donato a noi e ci rende partecipi della sua condizione divina. Allora, dispiegata e coltivata come vera amicizia sia tra persone dello stesso sesso che di sesso diverso, la castità costituisce un grande bene per tutti, perché conduce alla comunione spirituale²³.

Introduciamo, adesso, la riflessione morale sulla sobrietà e il piacere dell'alimentazione. È molto importante, quindi, fermarci prima sulla riflessione medico-dietetica dell'alimentazione.

Piacere, dolore e alimentazione: aspetti medici

Un arricchimento dietetico con determinate sostanze, per esempio la cioccolata contenente alte dosi di cacao, dolci, cibi piccanti contenenti peperoncino (capsaicina) e, recentemente anche l'acqua²⁴, provoca piacere, creando le condizioni di liberazione di sostanze antalgiche e, quindi, di formazione di energia fisico-chimica, che promuove l'innalzamento della soglia fisica (*algos*) e psichica (*pathos*) del dolore. È bene sottolineare che il cacao è l'alimento con più alto contenuto di flavonoidi e polifenoli (una classe di sostanze antiossidanti contro il dolore) e più la cioccolata è amara più alta è la concentrazione di cacao e, quindi, di sostanze antiossidanti. Sperimentalmente si è visto che questi alimenti, agendo sul Rafe Magnus, situato nel Tronco Encefalico, e, definito la via del dolore, riducono la risposta di un topo a uno stimolo caldo. Si è notato, inoltre, nel dolore cronico emicranico, che una dieta a base di mais, povera, quindi, di una sostanza antalgica, che è il Triptofano, abbassa la soglia di percezione del dolore, mentre una singola iniezione di L-triptofano può annullare l'ipersensibilità dolorifica, ritornando a una condizione di normalità e, quindi, anche di piacere. I livelli ce-

rebrali di Triptofano dipendono dalla quantità di Triptofano presente nel sangue e che deriva dal metabolismo delle proteine della nostra dieta. Tuttavia, per un meccanismo di feedback, dopo assunzione abbondante di sostanze proteiche, si ha un decremento di Triptofano a livello cerebrale. Questo fenomeno si spiega con la presenza, in una dieta ad alto contenuto proteico, di altri aminoacidi (Tirosina, Fenilalanina, Leucina, Isoleucina, Valina) che entrano in competizione, a livello dei recettori cerebrali, con il Triptofano. Dopo un pasto, invece, ad alto contenuto in carboidrati, i livelli di Triptofano a livello cerebrale sono elevati perché l'insulina, increta dal pancreas, in risposta ai carboidrati, diminuisce i livelli degli altri aminoacidi rispetto al Triptofano. È bene sottolineare anche che mangiare cibi graditi stimola il rilascio di betaendorfina che esaltano l'umore e creano piacere. D'altro canto, condizioni come quelle di fumare, di bere dosi eccessive di alcool, di stare ad esposizioni inquinanti o solari eccessive, di assumere dosi eccessive di alimenti contenenti tiramina (formaggi fermentati, conserve di pomodoro, pesce affumicato o in salamoia, lievito, salsicce, fegato, caviale, avocado, lamponi, birra), di assumere dosi eccessive di alimenti contenenti istamina (formaggi fermentati, salumi in genere, cacciagione, crostacei, fegato di maiale, aringa affumicata, acciughe, tonno, spinaci, crauti, conserve di pomodoro), di assumere dosi eccessive di alimenti liberatori di istamina (fragole, pesche, pomodoro, uova) provocano nel nostro organismo liberazione notevole di radicali liberi, che sono i principali responsabili dei processi di invecchiamento, soprattutto, della pelle, dell'instaurarsi di malattie cardiovascolari, di malattie dolorose e, addirittura, cancerigene. Da queste considerazioni si comprende quanto sia importante uno stile di vita corretto per una buona salute del corpo e dell'anima. *Mens sana in corpore sano*, diceva giustamente Ippocrate e asseriva, inoltre, che "... il cosmo penetra nell'uomo con l'aria, con le bevande e coi ci-

bi, sostanze tutte che diventano parte integrante del suo organismo; e gli umori di cui questo si compone sono trasformazioni dei cibi e delle bevande ingerite". A tal proposito, si possono indicare delle vere e proprie norme dietetiche e delle abitudini di vita, con funzione terapeutica antalgica, che conducano a una condizione di soddisfazione e di piacere. Esse sono:

1. Assunzione di carboidrati nel 60% delle calorie totali;
2. Assunzione limitata di proteine (15% delle calorie totali);
3. Assunzione di frutta, verdure, pane integrale e cereali ricchi di fibre;
4. Aumento del consumo di liquidi (2-4 litri di acqua al giorno);
5. Piccola assunzione di carboidrati prima di dormire;
6. Controllare le calorie per raggiungere il peso corporeo ideale;
7. Limitato consumo di caffeina;
8. Assunzione di composti plurivitaminici e di sali minerali;
9. Assunzione di composti integratori a base di: tirosina, lecitina, colina, d-fenilalanina, d-leucina, cianocobalamina, piridossina, acido ascorbico, acido folico, carnitina;
10. Assunzione di 1 gr. di L-Triptofano prima di dormire.
11. Assunzione di 60-100 mg. di vitamina C al giorno.

Queste norme sono ottimali per l'organismo purché la regolazione di produzione di leptina da parte della cellula adiposa avvenga normalmente. Infatti, come si legge nel lavoro ben articolato di Carlo Manfredi, comparso sulla Rivista Toscana Medica (2010), la leptina, prodotta dall'adipocita in risposta ad un aumento della massa grassa nel soggetto normopeso, ha un ruolo anoressigeno in quanto, agendo nell'area tegmentale ventrale mesencefalica, determina un aumento di dopamina nel Nucleus Accumbens e una conseguente riduzione del senso di fame. Nel soggetto obeso, purtroppo, si verifica una disregolazione della produzione di leptina che comporta una riduzione del livello di dopamina nel Nucleus Accumbens con un conseguente aumento del senso di fame. Al di là di questi aspetti di natura organica ad impronta squisitamente

disendocrina, nell'alimentazione, tuttavia, bisogna adottare uno stile di vita che ci riporti alla virtù della temperanza, e, più propriamente, alla sobrietà. *"Protesi alla gioia pasquale sulle orme di Cristo Signore seguiamo l'austero cammino della Santa Quaresima... Sia parca e frugale la mensa sia sobria la lingua e il cuore"*²⁵. Questo testo della liturgia quaresimale, ed è quanto ora interessa, ci propone uno stile di vita, in grado di trasformare la valenza terapeutica antalgica delle norme dietetiche e delle abitudini di vita, in valori morali.

La sobrietà come stile di vita moralizzante il piacere alimentare smoderato: aspetti teologici

*"È necessaria ed urgente una grande opera educativa e culturale, la quale comprende l'educazione dei consumatori ad un uso responsabile del loro potere di scelta [...]. È necessario costruire stili di vita, nei quali la ricerca del bello, del vero e del buono e la comunione con gli altri uomini costituiscano momenti per una crescita degli investimenti [...]. La scelta di investire in un luogo piuttosto che in un altro, in un settore produttivo piuttosto che in un altro, è sempre una scelta morale e culturale"*²⁶. Affrontando i grandi problemi mondiali della globalizzazione: lo sviluppo, la pace, la fame, Papa Karol Wojtyła, insiste sulla urgente necessità di costruire appropriati stili di vita sia a livello personale che sociale. Ci limitiamo alla sobrietà del piacere e dell'alimentazione, proponendo uno stile di vita, secondo la virtù della sobrietà, che riteniamo la più appropriata. La sobrietà ha certamente un significato economico, ma anzitutto e soprattutto un spiccato valore antropologico. Infatti, in questa virtù si manifesta una premura per l'altro, perché un "io" consapevolmente sobrio vuole "condividere", rifiutando l'ebbrezza dei consumi, dell'accumulo e del possesso. L'uomo sobrio è così un "io" rispettoso dei limiti dell'uso dei beni creati piacevoli del mangiare, del bere, del vestire, del divertirsi. Uno stile di vita

sobrio comprende dunque importanti dimensioni antropologiche: umane, morali, culturali, economiche e politiche. Ecco perché il cristiano ed ogni uomo di buona volontà non possono rinunciare al fondamento etico del vivere a livello personale e sociale²⁷. In questo senso, la sobrietà ristora l'armonia intra-personale, e quindi anche inter-personale e cosmica. Infatti, una persona sobria è un "io" equilibrato, armonico perché, nelle sue scelte dei beni piacevoli, è ordinato al vero bene morale. La sobrietà non condanna, dunque, l'uso moderato dell'alcool, ma l'abuso; l'alcolismo che crea dipendenza, obnubila la coscienza e in fase cronica, produce gravi danni all'organismo e alla mente²⁸. Lo stesso vale per il tabacco, poiché *"l'illiceità etica non concerne l'uso in se stesso, ma l'abuso. È oggi accertato che l'eccesso di tabacco è molto nocivo per la salute e crea dipendenza. Il che conduce ad abbassare sempre più la soglia dell'abuso"*. La virtù della sobrietà forma, inoltre, un "io" attento ai bisogni dell'altro, molto premuroso delle sue necessità materiali, morali e spirituali. E, ancora più importante, la virtù della sobrietà non costruisce solo lo stile di vita che plasma l'identità e l'alterità di una persona, ma costruisce anche uno stile di vita rispettoso del cosmo, della natura, per collaborare a promuovere un mondo sostenibile, in grado di promuovere il bene comune cioè quell'insieme di condizioni della vita sociale che permettono di raggiungere il vero progresso integrale, vale a dire, di ogni uomo, di tutto l'uomo e di tutti gli uomini³⁰. Tuttavia, per la scelta di un simile stile di vita improntato alla sobrietà, è necessario che la vita di ogni persona si leghi strutturalmente al sistema sociale che vorrebbe cambiare³¹. Del resto, questo stile di vita corrisponde, in pieno, al disegno del Creatore. *"L'uomo e la donna sono chiamati a «dominare» la terra come «amministratori» di Dio. Questa sovranità non deve essere un dominio arbitrario e distruttivo. A immagine del Creatore, «che ama tutte le sue creature» (Sap 11,24), l'uomo e la donna sono chiamati a partecipare alla Provvidenza*

*Divina verso le altre creature. Da qui la loro responsabilità nei confronti del mondo che Dio ha loro affidato"*³².

Riflessioni scientifiche sul rapporto tra dolore e piacere

La ricerca scientifica ha cercato di evidenziare il rapporto dolore-piacere attraverso studi sugli animali. A nostro avviso, tuttavia, va sottolineato che gli esperimenti eseguiti sugli animali, in ambito neurofisiologico, neurofarmacologico o neurochirurgico, non possono essere rapportati direttamente all'uomo senza incorrere in errori di analisi quantitativa e qualitativa, anche tenendo conto, obbligatoriamente, della differenza tra uomo e animale.

1) Aspetti clinico-sperimentali

Importanti sono nell'animale gli studi comportamentali, perché meglio rapportabili all'uomo. Infatti, dalla Teoria dei Riflessi Condizionati di Pavlov si deduce che, in ambito animale, *il piacere* coincide con i comportamenti positivi legati alla ricompensa, e, nell'uomo, con i risultati ottenuti legati a una forte motivazione, mentre *il dolore* è legato a comportamenti negativi col danno subito nel corso dell'esperimento. Il dolore per tutta la serie animale rappresenta una tutela filogenetica, in assenza del quale ogni singolo individuo e la specie sarebbero destinati all'estinzione,

come accade nell'Analgotimia congenita, dove il soggetto muore in età infantile per mancanza di recettori del dolore (nocicettori). Tuttavia non esiste specie animale, dal protozoo all'uomo, che non abbia un sistema di segnalazione di condizioni nocive e nella quale non sia presente anche un sistema di inibizione del dolore. Nell'uomo l'origine della via del dolore è rappresentata, classicamente, dal nocicettore e dalle fibre nervose a piccolo diametro, mieliniche A-delta e amieliniche C, che possono venire contrastate dalle fibre A, di grosso diametro. È dall'equilibrio che si instaura tra le fibre a piccolo diametro e quelle a grosso diametro in favore di queste ultime che lo stimolo doloroso non riesce a procedere oltre il midollo spinale per raggiungere i centri superiori, come evidenziato nella *Gate Control Theory* di Melzack e Wall (1965). (Fig. 5).

La rappresentazione della nocicezione e dell'antinocicezione, in una visione più moderna (Fig. 2, 4), può essere individuata in un unico sistema, modulante la percezione del dolore e del piacere, che potremmo definire *Sistema Algo-Antalgico*. Abbiamo prospettato, in un paradigma clinico-teologico, l'evoluzione del concetto della entità dolore e piacere nelle loro diverse tipologie e con i loro corrispettivi equivalenti anatomici, che meglio inquadrano non solo il piacere ma, soprattutto, lo stretto rapporto che questa entità ha con l'entità dolore (Fig. 6).

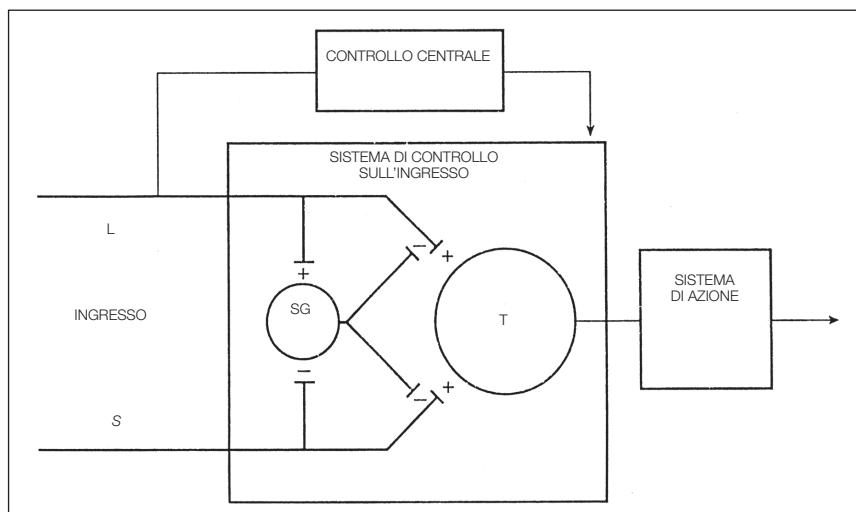


Fig. 5. Gate control theory di Melzack e Wall (1965).

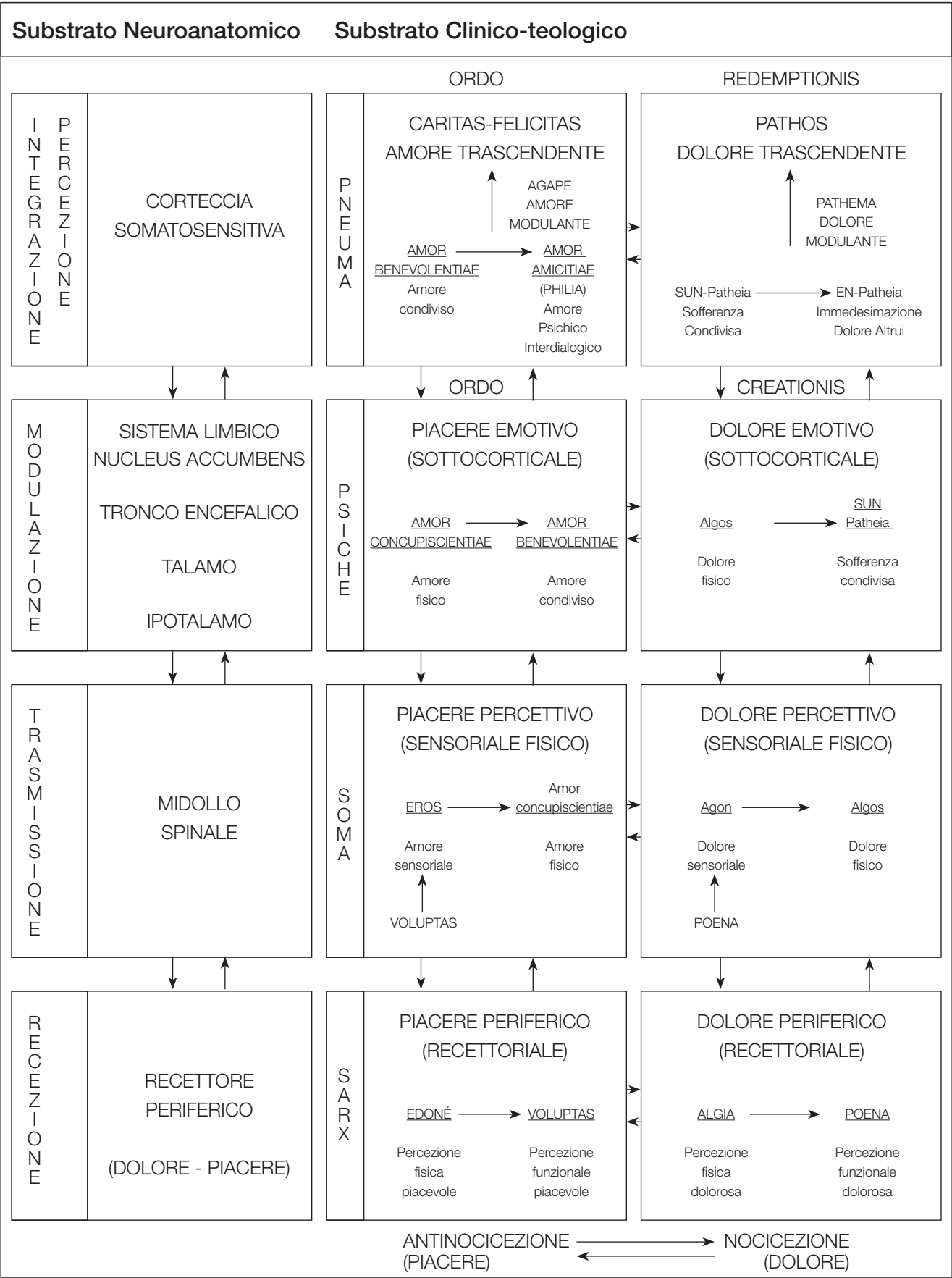


Fig. 6. Evoluzione del concetto della entità dolore e piacere da parametro immanente a valore trascendente. Paradigma clinico-teologico. (Lettura in senso verticale ascendente).

Si può, infatti, osservare che a livello del recettore periferico (*Recezione*) si raccoglie la percezione fisica (**SARX**) piacevole (*Edoné*) che si trasforma in percezione funzionale piacevole (*Voluptas*); d'altro canto, lo stesso recettore può funzionare in senso algico, trasformando la percezione fisica dolorosa (*Algia*) in percezione funzionale dolorosa (*Poena*).

Passando da questo primo livello recettoriale, rappresentato dalla recezione dello stimolo piacevole o spiacevole (*Recezione*) si arriva ad un secondo livello, rappresentato dalle vie ascendenti del midollo spinale (*Trasmissione*); questi fasci nervosi trasportano l'impulso piacevole rappresentato dalle condizioni che si instaurano nell'amore sensoriale (*Eros*) che si trasforma in amore fisico (*Amor concupiscientiae*), e, per il dolore trasportano l'impulso nocicettivo rappresentato dalle condizioni che si instaurano nel dolore sensoriale (*Agon*) in dolore fisico (*Algos*) a livello del corpo (**SOMA**).

Il terzo livello (**PSICHE**) è rappresentato dalla *modulazione* dell'input del dolore e del piacere che si attua a livello dell'Ipotalamo, del Talamo, del Tronco Encefalico, del Nucleus Accumbens e del Sistema Limbico. In queste sedi anatomiche si attuano il piacere e il dolore emotivo (sottocorticale) che per il piacere è rappresentato dall'amore fisico (*Amor concupiscientiae*) che può diventare amore benevolo (*Amor benevolentiae*), e per il dolore è rappresentato dal dolore fisico (*Algos*) che può diventare sofferenza condivisa (*Sun-Patheia*).

Il quarto livello (**PNEUMA**) è rappresentato dalla *integrazione-percezione* del dolore e del piacere, che si attua nella zona più nobile del Sistema Nervoso Centrale, rappresentata dalla Corteccia Somato-Sensitiva. A questo livello si attua per il piacere l'interiorizzazione dell'amore fisico condiviso (*Amor benevolentiae*) che si trasforma in Amore psichico interdialogico (*Amor Amicitiae-Philia*), che tramite l'amore modulante (*Agape*) conduce all'Amore Trascendente (*Caritas-Felicitas*). Per il dolore, la sofferenza condivisa (*Sun-Patheia*) si trasforma in immedesimazione

del dolore dell'altro (*En-Patheia*), che tramite il dolore modulante (*Pathema*), porta al Dolore Trascendente (*Pathos*).

Da un punto di vista clinico la *sun-patheia* e la *en-patheia* possono identificarsi nella Sindrome di burn-out, così frequente negli operatori sanitari.

Il dolore ed il piacere possono identificarsi come entità valoriali nel fenomeno dell'empatia.

**IL DOLORE E IL PIACERE
EMPATICO: ASPETTI
TEOLOGICI**

**IL DOLORE EMPATICO
di DIO-UOMO**

Il termine empatia deriva dal greco *empathia* (*en*= dentro; *pathos*= sofferenza, sentimento) quale espressione di immedesimazione della sofferenza altrui senza, però, viverla in prima persona.

Sotto il profilo teologico, possiamo affermare che Dio, divenuto uomo come noi, si è reso empatico in Gesù di Nazareth ed in ciascun uomo.

Sotto il profilo clinico, questo rapporto empatico nell'uomo-Cristo, nell'uomo sofferente-orante e Dio crea le condizioni di innalza-

mento della soglia del dolore totale, fisico, psichico e spirituale.

In Cristo nell'orto del Gethsemani, tramite un rapporto empatico immediato (diretto) con Dio Padre e nell'uomo comune, altamente sofferente, attraverso la preghiera (empatia mediata-indiretta) si creano le condizioni di immedesimazione di Dio nel dolore del figlio Cristo-uomo e nel dolore dell'uomo comune.

Come in Cristo agonizzante si creano le condizioni di un passaggio più sereno al Padre, così nell'uomo comune le condizioni per la sopportazione più dignitosa del dolore, soprattutto, quando questa entità si verifica nel finevita.

**IL PIACERE EMPATICO
(GIOIA-FELICITAS)
di DIO-UOMO**

Empatibilità della gioia della creatura con la felicità del proprio Creatore.

Dio, tramite la grazia attuale, trasforma nell'uomo il piacere sensitivo in gioia spirituale, diventando la creatura empatica con la felicità del proprio creatore, come Gesù nel Padre, nel giorno della Resurrezione-Ascensione.

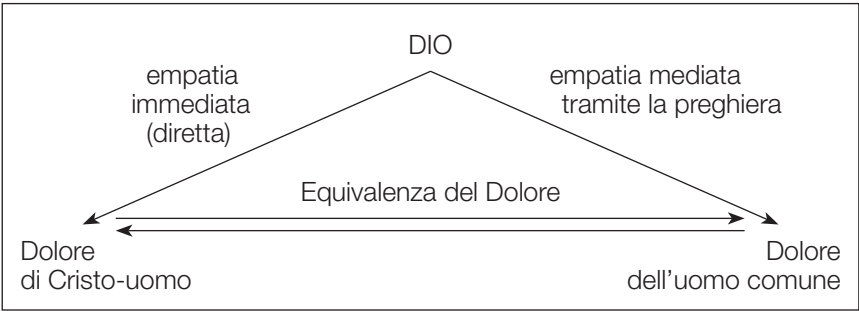


Fig. 7. Interpretazione del dolore empatico di Dio-uomo. Empatibilità di Dio nel dolore di Cristo-uomo e nel dolore dell'uomo comune.

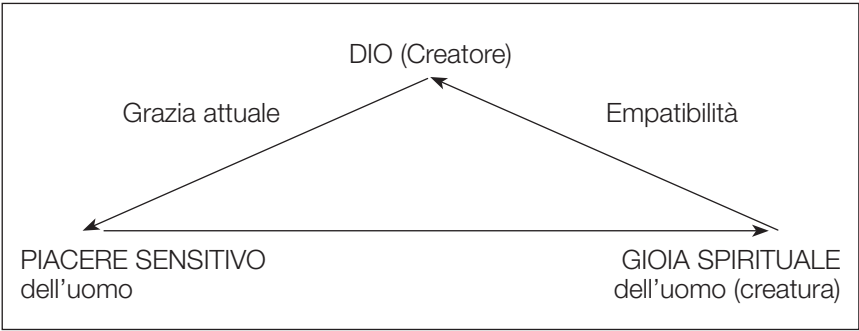


Fig. 8. Interpretazione del piacere empatico di Dio-uomo. Empatibilità della gioia della creatura con la Felicità del proprio Creatore.

2) Aspetti neurochimici

Da un punto di vista neurochimico, la liberazione di oppioidi endogeni (endorfine) concorre a neutralizzare il dolore. Il legame tra tali sostanze e i recettori di esse costituisce la base neurochimica della particolare sensazione che definiamo piacere, neuroanatomicamente da noi identificata nella sinapsi antalgica. Gli oppioidi, infatti, sono sostanze dotate di effetto euforizzante e che possiedono un effetto analgesico, cioè bloccante le sensazioni dolorifiche. La morfina, derivante dall'oppio, è nota per il suo potente effetto analgesico, per le sue proprietà ansiolitiche e per suscitare sensazioni di piacere. A riprova di questa condizione "piacevole" esiste una folta popolazione di tossicodipendenti da morfina, perché abusatori. Le endorfine, prodotte dai neuroni cerebrali o increte da alcune ghiandole endocrine, detengono la funzione specifica di neurotrasmettitori chimici del piacere, innalzando automaticamente la soglia del dolore, creando, quindi, uno stretto rapporto tra le due sensazioni, dolore e piacere. Per le emozioni piacevoli o spiacevoli importante è il Sistema Limbico, localizzato nella faccia anteromediale del telencefalo, costituito: dalla parte mediale del lobo frontale, parietale e temporale (aree che formano una striscia continua di corteccia a cerchio – Limbo significa cerchio – di strutture grigie e bianche rappresentanti la parte interna degli emisferi cerebrali situate attorno al Corpo Calloso e al Terzo Ventricolo); dalla Circonvoluzione del Corpo Calloso; dall'Ippocampo; dalla Circonvoluzione Paraippocampica; dall'Amigdala; dai Nuclei del Setto; dal Nucleus Accumbens; dai Nuclei Basali del Proencefalo e dell'Ipotalamo; dai Nuclei Talamici Anteriori; dai Nuclei Dorsomediali del Talamo. Di tutte queste strutture, l'Ipotalamo, l'Ippocampo, l'Amigdala, il Nucleus Accumbens e la Corteccia Prefrontale hanno un ruolo precipuo nel Sistema Limbico (Fig. 9) per la percezione di sensazioni come il dolore e il piacere, alle quali contribuiscono, quindi,

strutture cerebrali, corticali e sottocorticali.

3) Aspetti clinico-teologici integrati

“Dotata di un'anima spirituale, d'intelligenza e di volontà, la persona umana fin dal suo concepimento è ordinata a Dio e destinata alla beatitudine eterna. Essa raggiunge la propria perfezione nel «cercare» ed «amare il vero

e il bene»”³³. Eseguire una buona azione è un atto etico per la persona che lo compie e terapeutico per la persona che lo riceve. Infatti, ogni qual volta noi facciamo una carezza a qualcuno che sta male, gli procuriamo un sollievo dal dolore fisico e dalla sofferenza morale. Il contatto con l'altro e il buon agire non ha solo un valore morale, ma rappresenta l'interpretazione della valenza ontogenetica del nostro essere. L'embriologia, a

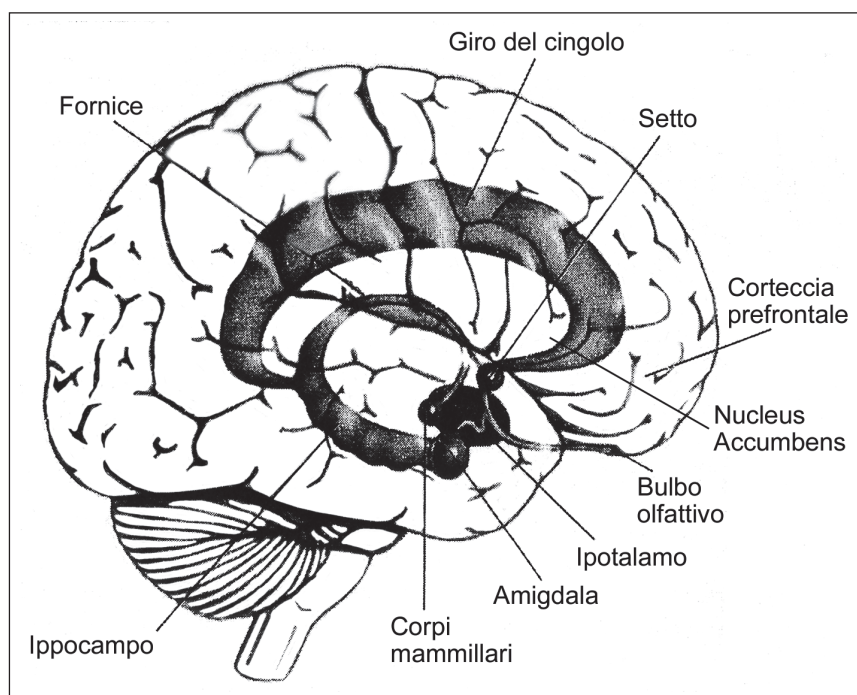


Fig. 9. Strutture anatomiche costituenti il Sistema Limbico.

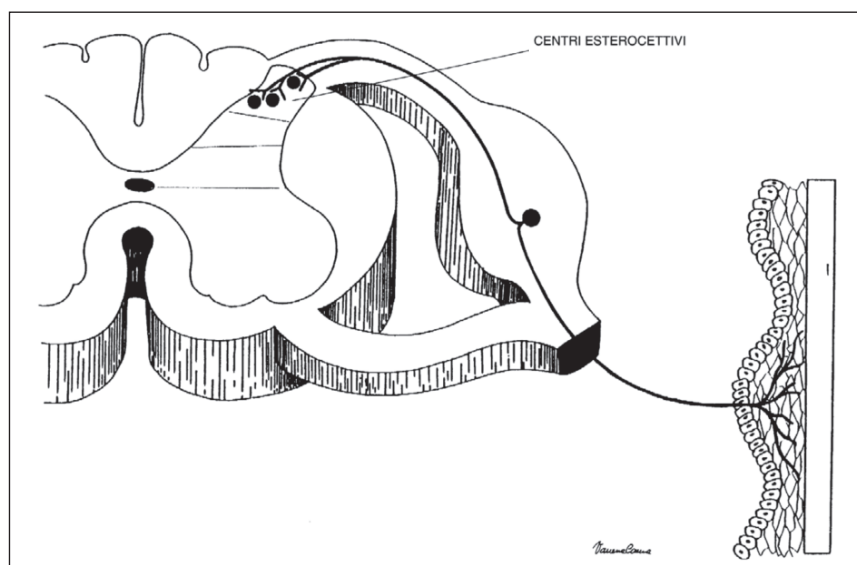


Fig. 10. Rappresentazione schematica del midollo spinale, e, più in particolare, della testa del corno posteriore, sede dei centri esterocettivi, dove arrivano gli input dolorosi o piacevoli, raccolti dalla cute.

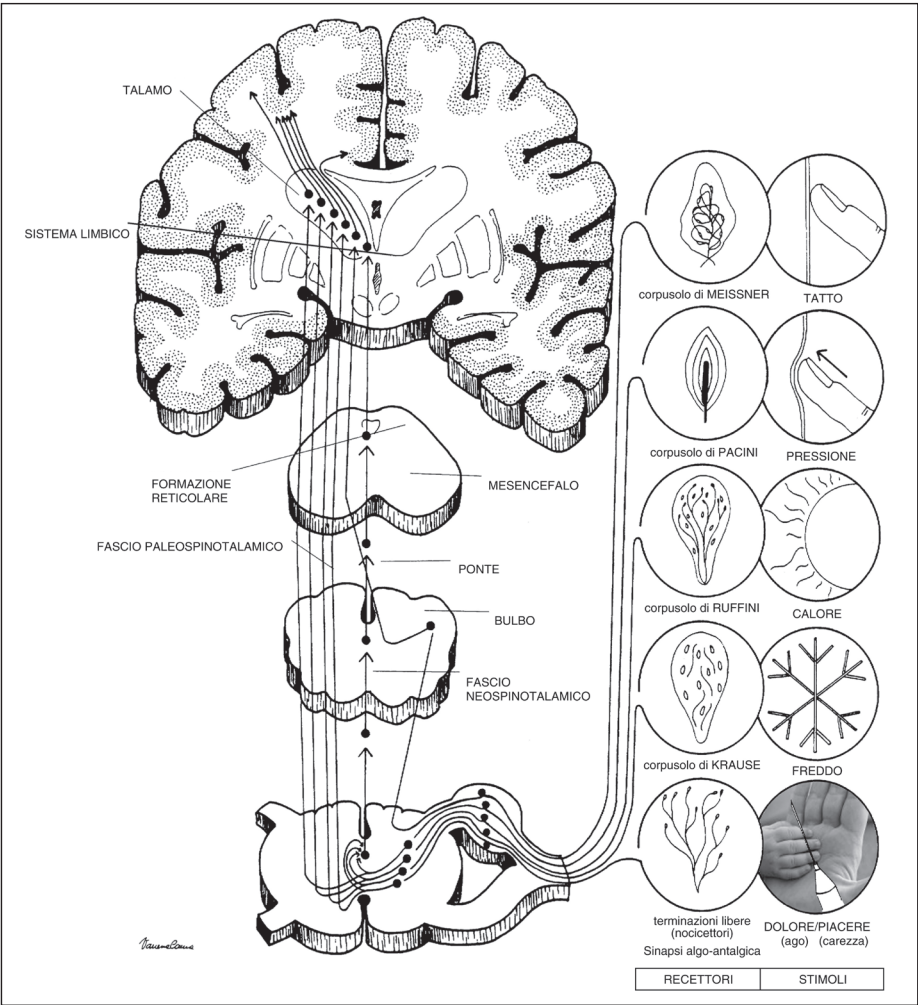


Fig. 11. Rappresentazione anatomica degli stimoli, dei recettori, delle vie e dei centri modulatori della percezione dolore-piacere.

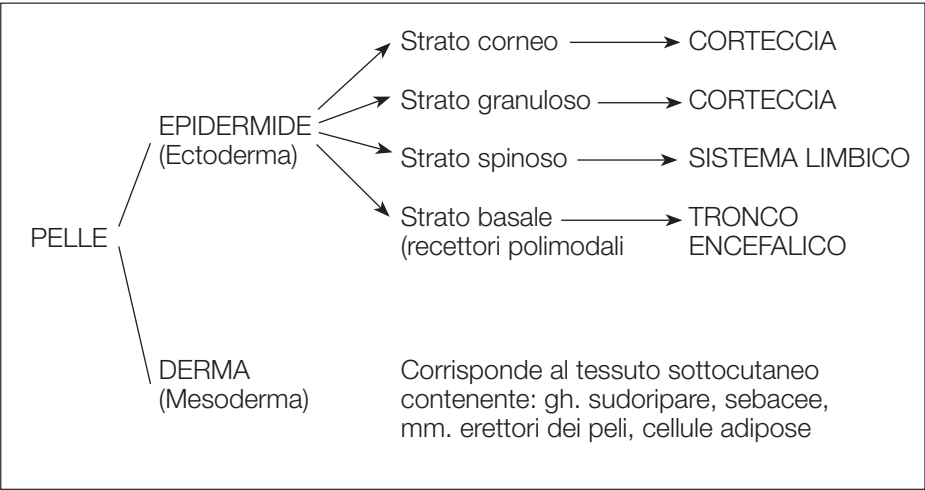


Fig. 12. Rappresentazione schematica dei costituenti della pelle.

tal proposito, ci viene in aiuto per spiegare il meccanismo fisiopatologico del fenomeno da noi definito come “*EFFETTO CAREZZA*”. L’effetto carezza è il risultato di

una reazione positiva psicofisica che ciascun individuo ha quando va incontro al piacevole evento. Questa condizione è tutt’altro che da sottovalutare perché costitui-

sce, per esempio, in ambito clinico-pediatrico, quando il neonato è sottopeso, uno stimolo neurosensoriale facilitatorio per la crescita. A riprova di ciò, infatti, la cute, o epidermide, che ricopre tutto il corpo umano, non ha una funzione solo esterna di difesa microbiologica, ma rappresenta una complessa interfaccia nervosa tra la parte esterna e la parte interna del corpo stesso. Per capire meglio questo concetto fisiologico bisogna rifarsi a un concetto ontogenetico, sottolineando che embriologicamente la cute deriva dallo stesso foglietto embrionale denominato *ectoderma*, così come le strutture del Sistema Nervoso Centrale e del Sistema Nervoso Periferico. A tal proposito, specifichiamo meglio. La pelle è costituita da due strati: l’epidermide e il derma.

Gli stimoli raccolti dalla cute raggiungono una particolare area del midollo spinale (Fig. 10), e, più precisamente la testa del corno posteriore, centro midollare degli stimoli esterocezionali (cutanei), per poi arrivare alle stazioni più alte del Sistema Nervoso Centrale (Ipotalamo e Corteccia, Fig. 11).

Alcuni neurobiologi, in base a studi elettrofisiologici, tendono a sottolineare il rapporto tra i diversi strati cutanei ed alcune aree del Sistema Nervoso. La cute, o epidermide, può essere, quindi, rappresentata da: 1) strato corneo e 2) strato granuloso correlati con la Corteccia; 3) strato spinoso correlato con il Sistema Limbico; 4) strato basale correlato con il Tronco encefalico.

In questo ultimo strato, soprattutto, sono localizzati i recettori polimodali (sensibili ai diversi livelli di pressione e di temperatura; Corpuscoli di Pacini: pressione; Corpuscoli di Ruffini e di Krause: temperatura +/-; Corpuscoli di Meissner: tatto) e i recettori modulanti la percezione dolore/piacere (Fig. 10-11).

L’altro strato, costituente la pelle sottostante l’epidermide, è il derma, embriologicamente di origine mesodermica, costituito da tessuto sottocutaneo che ospita le ghiandole sudoripare, quelle sebacee e i minuscoli muscoli erettori dei peli (Fig. 12).

La funzione della cute può essere paragonata a quella dell'occhio e dell'orecchio. Infatti, come l'occhio e l'orecchio trasportano gli input visivi o auditivi dall'esterno all'interno dell'encefalo per poter essere integrati ai vari livelli corticali e sottocorticali, così la cute trasporta le sensazioni del mondo esterno all'interno dell'encefalo. La cute, o epidermide, con gli strati in essa presenti, costituisce una struttura nervosa accessoria, collegata ai vari livelli del Sistema Nervoso Centrale, soprattutto, della corteccia, con i quali ha in comune la stessa origine embriologica (ectoderma) (Fig. 12). In base a quanto detto, possiamo definire cute e cervello due gemelli ectodermici.

Da un punto di vista clinico, è giusto rilevare che uno stimolo tattile piacevole, come quello costituito da una carezza, uno stimolo auditivo piacevole, come quello costituito dall'ascoltare una musica gradita, o uno stimolo visivo altrettanto piacevole, come quello costituito dall'apprezzare una bella opera d'arte, pittorica o scultorea, o uno stimolo spirituale, rappresentato dal rapporto dialogico tra Dio e l'uomo, attraverso la preghiera, innalzino la soglia del dolore fisico (*algos*) e psichico (*pathos*), dando luogo a una condizione di percezione di piacere (Ratzinger, J., Bertone, T., 2000; Zucchi, P. L., Honings, B., Voegelin, M. R., 2001, 2005). All'opposto, condizioni psichiche o fisiche, causate da uno stimolo spiacevole, creeranno la percezione di dolore, per una soglia nettamente abbassata in senso algico.

La virtù della forza e il rapporto dolore-piacere

L'aspetto etico dello stretto rapporto tra piacere e dolore ci porta a mettere in sintonia la virtù della temperanza con la virtù morale cardinale della forza. Affrontiamo la spiegazione del nesso esistente tra le due entità. Per la trasformazione moderatrice della castità nei riguardi della attrattiva dei piaceri sessuali, e per la trasformazione restauratrice della sobrietà nei riguardi dei piaceri

alimentari, occorre un animo forte. Tuttavia, anche per superare l'aggressiva resistenza al dolore, ci vuole, ancora di più, un animo forte. In una parola, ci vuole la virtù morale cardinale appropriata, la forza. Poiché *“la forza è la virtù morale che nelle difficoltà assicura la fermezza e la costanza nella ricerca del bene. Essa rafforza la decisione di resistere alle tentazioni e di superare gli ostacoli nella vita morale. La virtù della forza rende capace di vincere la paura, perfino della morte, e di affrontare la prova e le persecuzioni. Dà il coraggio di giungere fino alla rinuncia e al sacrificio della propria vita per difendere una giusta causa”*. *“Mia forza e mio canto è il Signore”* (Sal 118,14), *“Voi avete tribolazione nel mondo, ma abbiate fiducia: io ho vinto il mondo”* (Gv 16,33)³⁴. È vero che, in questa definizione, si rileva come la funzione trasformatrice della virtù della forza ci può portare al massimo livello. Eppure, ed è proprio quanto c'interessa, la virtù della forza ci rimanda alla fiducia di poter partecipare alla vittoria del mistero pasquale di Cristo, vale a dire, alla trasformazione del dolore e del piacere in valori trascendenti morali e spirituali della gioia pasquale. In effetti, il mistero pasquale ha trasformato il dolore e la morte in Croce, nella vittoria della Risurrezione e nella gioia dell'Ascensione al cielo, per sedere alla Destra del Padre. Il profeta Neemia proclama: *“Questo giorno è consacrato al Signore vostro Dio; non fate lutto e non piangete! Perché questo giorno è consacrato al Signore nostro, non vi rattristate, perché la gioia del Signore è la vostra forza”* (Nem 8,9,10). E San Leone Magno dice in un discorso: *“All'annuncio del Vangelo si rinvigorisca dunque la fede di voi tutti, e nessuno si vergogni della croce di Cristo, per mezzo del quale è stato redento il mondo. Nessuno esiti a soffrir per la giustizia, nessuno dubiti di ricevere la ricompensa promessa, perché attraverso la fatica si passa al riposo e attraverso la morte si giunge alla vita, avendo egli assunto le debolezze della nostra condizione, anche noi se persevereremo nella con-*

fessione e nell'amore di lui, riporteremo la sua stessa vittoria e conseguiremo il premio promesso. Quindi, sia per osservare i comandamenti, sia per sopportare le contrarietà, risuoni sempre alle nostre orecchie la voce del Padre, che dice: «Questi è il Figlio mio prediletto, nel quale mi sono compiaciuto. Ascoltatelo» (Mt 17,5)³⁵. Ma cosa vuole dirci? Tutta la ricchezza della mia vita è destinata ad ogni uomo e costituisce il bene di ciascuno. Non ho vissuto per me stesso, ma dalla mia Incarnazione per voi uomini e per la vostra salvezza, e fino alla mia morte per i vostri peccati (cfr. 1Cor 13,5); sono risorto per la vostra giustificazione (cfr. Rm 4,25). E anche adesso sono il vostro avvocato presso il Padre. (cfr. 1Gv 2,1) *“essendo sempre vivo per intercedere”* a vostro favore (Eb 7,25). Con tutto ciò che ho vissuto e sofferto per voi una volta per tutte, resto sempre *“al cospetto di Dio in vostro favore”* (Eb 9,24)³⁶. Ecco perché, ed è la ragione di fondo della trasformazione della valenza medica del dolore e del piacere, in valori morali e spirituali trascendenti, *“tutte le sue membra devono sforzarsi di conformarsi a Lui finché in esse, «non sia formato Cristo»* (Gal 4,19). *Per giungere a questa somiglianza, veniamo assunti alle sue sofferenze e soffriamo con lui per essere con Lui glorificati”*³⁷.

Conclusione

Nella nostra visione antropologica, medico-teologica integrata, siamo partiti dal dato clinico che il dolore e il piacere sono due entità strettamente connesse tra loro. Presenti e pressanti nell'organismo dell'uomo, hanno nella nostra vita quotidiana un ruolo fondamentale. Il dolore è una entità psicofisica con valenze universali e il piacere è una percezione provata dal corpo (fisica) e dall'anima (psichica) determinata da condizioni estremamente gradite o conseguente al superamento di condizioni fisiche o psichiche dolorose o spiacevoli. Dolore e piacere sono due entità fisiologiche, nelle cui percezioni, entrano in

causa fattori individuali, culturali e religiosi diversi. Al loro inquadramento partecipano non solo le branche della medicina e della biologia, ma anche quelle delle scienze umane e della teologia morale. Da questo ultimo punto di vista, il dolore e il piacere sono paragonabili alle classiche passioni concupiscibili e irascibili. Quindi, anche il dolore e il piacere sono entità moralmente neutrali, cioè in sé, non sono buone né cattive. Per questo possono, come le passioni, tramite specifiche virtù morali, divenire valori morali e spirituali trascendenti. Infatti, per quanto riguarda il piacere, vi sono due virtù, strettamente dipendenti dalla virtù morale cardinale della temperanza, che hanno questa funzione moralizzante. La virtù della castità trasforma il piacere della sessualità in valore morale di amore coniugale, verginale o celibatario, perché esprime la positiva integrazione della sessualità nella persona e, conseguentemente, l'unità interiore dell'uomo nel suo essere corporeo e spirituale. La virtù della sobrietà trasforma nell'uomo i piaceri alimentari in valori morali di armonia intra-personale, interpersonale e cosmica, perché crea la capacità di dominare se stesso e di donarsi. Ci vuole, come per le altre virtù morali, sempre la prudenza come ragione pratica del "giusto mezzo", ma più specificamente, la virtù morale cardinale della fermezza. Poiché, non solo l'attrattiva concupiscibile dei piaceri, e, soprattutto, quelli della sessualità, dell'alcool e del tabacco, ma anche l'aggressività irascibile della resistenza al male dei dolori, necessitano l'aiuto della virtù della fermezza. Inoltre, *last not least*, nel piano salvifico di Dio, tutto l'essere ed agire dell'uomo sono ordinati alla partecipazione della gioia pasquale di Cristo e, quindi, alle opere del suo amore redentore. Quindi, per giungere alla massima osmosi morale e spirituale trascendente, anche dolore e piacere devono essere protesi nella gioia pasquale di Cristo. Questi, infatti, è nato per noi, ha vissuto per noi, ha sofferto per noi, è morto per noi, è risorto per noi, siede alla destra del Padre per noi. E tutto ciò, ap-

punto, perché l'uomo possa partecipare alla sua gloria celeste. Il Figlio di Dio desidera una certa partecipazione e anche un'estensione e continuazione in noi dei suoi Misteri salvifici mediante le grazie che vuole comunicarci e li vuole completare in noi. Perciò noi dobbiamo sviluppare continuamente e, infine, completare in noi, gli stati e i misteri di Gesù. Dobbiamo pregarlo che lui stesso li porti a compimento in noi³⁸. Ecco perché Giovanni precisa: "La legge fu data per mezzo di Mosé, la grazia e la verità vennero per mezzo di Gesù Cristo" (Gv 1,17). In Lui si sono compiute le promesse delle figure profetiche e ha trovato attuazione il senso dei precetti legali, la sua presenza dimostra le profezie e la grazia rende possibile l'osservanza dei comandamenti. Seguire i tuoi comandi è gioia vera³⁹. "Se la tua legge non fosse la mia gioia, sarei perito nella mia miseria. Mai dimenticherò i tuoi precetti. Per essi mi fai vivere (Sal 119 [118],92). Preghiamo con Davide: "Un cuore puro crea in me, o Signore, rinnova in me uno spirito saldo" (Sal 51,12) e cerchiamo di mettere in pratica quello che l'Apostolo scrive ai Tessalonicesi: "Fratelli vi preghiamo e supplichiamo, nel Signore Gesù; avete appreso come comportarvi in modo da piacere a Dio, e così già vi comportate; cercate di agire sempre così per distinguervi ancora di più. Dio infatti non ci ha chiamati all'impurità, ma alla santificazione" (1Tes 4,1.7), per sentire la voce del Signore che dice: "Entra nella gioia del tuo Signore" (Mt 25,21). Con queste parole il Signore ha voluto insinuare misticamente che quella gioia eterna non è solo nel nostro cuore, ma ci circonda e ci assorbe da ogni parte e ci sommerge come un abisso infinito⁴⁰. In base a quanto esposto in vista di questa profonda gioia beatificante, crediamo che il nostro studio abbia evidenziato che il Verbo di Dio si è fatto Carne – figlio dell'uomo – perché l'uomo in Lui, e Lui nell'uomo, potesse comprendere tutti i valori umani immanenti, anche nelle valenze più quotidiane del dolore e del piacere, trasformate in valori di-

vini trascendenti di ordine morale e spirituale.

La croce e, quindi, il dolore sono in stretta connessione e finalizzati al *pathos* e alla *felicitas* perché, come afferma Sant'Agostino "Dio è felice; Dio ci vuole felici; Dio ci fa felici". Ecco perché, dolore e piacere costituiscono momenti di una osmosi perfetta con la gioia pasquale. Poiché, indirizzati all'amore oblativo e guidati dalla prudenza, essi possono fondarsi in una sintesi armoniosa con il mistero della morte e risurrezione di Cristo. Il nostro studio evidenzia così non soltanto la entità fisiologica delle patologie dolorose del corpo e quella delle percezioni piacevoli dei sensi, ma anche la loro connessione con l'entità trascendente delle esperienze gioiose della vita cristiana. Dolore, piacere, gioia sono così tre entità, aventi una stessa radice ontologica nell'uomo, redento da Cristo. Poiché, chi accetta il proprio dolore come completamento delle sofferenze di Cristo lo sublima e lo rende salvifico. ■

Bibliografia

- GENSINI, G. F., CONTI, A. A., *Antioxidant strategy for cardiovascular disease*, Lancet, 357 (2001) 1704.
- International Association for the Study of Pain (I. A. S. P.), *Pain terms. A list with definitions and notes on usage*, Pain, 6 (1979) 249; 14 (1982) 205.
- MANFREDI, C., *Il piacere e la ricompensa*, Toscana Medica, 6 (2010) 24-25.
- MASON, P., FOO, H., *Comfort food: chocolate, water reduce pain response to heat*, Journal of Neuroscience, 4 (2009).
- MELZACK, R., WALL, P. D., *On the nature of cutaneous sensory mechanisms*, Brain, Pain, 85 (1962) 331-356.
- MELZACK, R., WALL, P. D., *Pain mechanisms: a new theory*, Science, 150 (1965) 971-979.
- PAVLOV, I. P., *I riflessi condizionati*, Boringhieri, Torino, 1994.
- PLATONE, *Dialogo*, Delphi, Torino, 1976.
- PLATONE, *Fedone*, La Scuola, Brescia, 1982.
- RATZINGER, J., BERTONE, T., *Istruzione circa le preghiere per ottenere da Dio la guarigione*, (CDF), Libreria Editrice Vaticana, 2000.
- S. AGOSTINO, *Le Confessioni*, Città Nuova, Roma, 1975.
- SHERRINGTON, W., *The integrative action of the nervous system*, 2nd ed., Yale University Press; New Haven, 1947.
- S. TOMMASO D'AQUINO, *Summa Theologica*, Salani Editore, Firenze, 1949.
- SCHÖNBORN, C., *La felicità delle piccole cose*, Vita e Pensiero, 6 (2003) 74-79.
- SERAFINI, M., BUGIANESI, R., MAIANI, G., VALTUENA, S., DE SANTIS, S., CROZIER, A., *Plasma antioxidants from chocolate*, Nature, 424 (2003) 1009-1013.

SGRECCIA, E., *Bioetica*, Vita e Pensiero, Milano, 1986.

WAGENER, T. D., SCOTT, D. J., ZUBIETA, J. K., *Placebo effects on human mu-opioid activity during pain*, *Neuron*, 55 (325-336) 2007.

ZUCCHI, P.L., VIVALDI FORTI, C., MILANESI, E., OBLETTER, G., *Definizione del termine dolore. In: Test di personalità proiettivi (Rorschach, T.A.T.) e non proiettivi (M.M.P.I.) nella cefalea psicogena e nella cefalea da tensione muscolare. Indirizzi terapeutici*, *Algologia*, 1 (1983) 41-82.

ZUCCHI, P. L., HONINGS, B., *Dolore fisico e sofferenza morale di Gesù nel Gethsemani: il fenomeno della ematoidrosi. Aspetti clinici e teologici*, *Dolentium Hominum*, 47 (2001) 24-33.

ZUCCHI, P. L., HONINGS, B., VOEGELIN, M. R., *Pain Faith Prayer. Therapeutic effect of Faith and Prayer on subjects with painful pathologies. Blind study on a group of 1104 patients*. *Compendium of Pain Semantics*, 11 (2001) 1-384.

ZUCCHI, P. L., *Il Volto dolente di Cristo. Algos e Pathos nel Gethsemani*, *Il Volto dei Volti*, 2 (2002) 46-55.

ZUCCHI, P. L., HONINGS, B., VOEGELIN, M. R., *Pain, Music, Prayer*, *Dolentium Hominum*, 60 (2005) 14-30.

Note

¹ GIOVANNI PAOLO II, Lett. Apostolica sul senso cristiano della sofferenza umana, *Salvifici doloris*, Introduzione, 1.

² *Summa Theologica*, I-II, q. 2, a. 6.,

³ Dallo «Specchio della carità» di sant'Alfredo, abate. Lib.3,5: PL, 195, 582

⁴ Cfr. *Il Catechismo della Chiesa Cattolica* (CCC), n.1763-1764

⁵ CCC, 1769.

⁶ CCC, 1770

⁷ CCC, 1743.

⁸ Cfr. CCC, 1744-1745.

⁹ Cfr. CCC, 1749.

¹⁰ CCC, 1762.

¹¹ CCC, 1803.

¹² San Gregorio di Nissa, *Orationes de beatitudinibus*, I: PG 44, 1200D.

¹³ CCC, 1804.

¹⁴ CCC, 1809.

¹⁵ Cfr. Sir 37, 27-31.

¹⁶ Cfr. CCC, 2341.

¹⁷ Cfr. CCC, 2336. e 1614.

¹⁸ CCC, 2337

¹⁹ CCC, 2338.

²⁰ Cfr. CCC, 2349.

²¹ CCC, 2337.

²² Cfr. CCC, 2346.

²³ Cfr. CCC, 2347.

²⁴ Cfr. Lo studio pubblicato sul *Journal of Neuroscience* da due ricercatori, Paggy Mason e Hayley Foo, dell'Università di Chicago.

²⁵ Dalle Lodi mattutine durante la Quaresima.

²⁶ GIOVANNI PAOLO II, Enc. *Centesimus Annus*, 36.

²⁷ Cfr. BENEDETTO XVI, Lett. enc. *Caritas in veritate*.

²⁸ Cfr. Carta degli Operatori Sanitari, Città del Vaticano, 1995, n. 97.

²⁹ Carta, n. 99.

³⁰ Cfr. GS, 26.

³¹ Cfr. ANTONIO NANNI, *La sobrietà come stile di vita*, www.vicariatusurbis.org, p.8. Mi sono più volte ispirato a questo ponderato saggio.

³² CCC, 373.

³³ CCC, 1711.

³⁴ CCC, 1808.

³⁵ Dal Discorso, 51, 4 di San Leone Magno, papa: PL 54, 212,

³⁶ Cfr. CCC, 519.

³⁷ CCC, 793.

³⁸ Cfr. CCC, 521.

³⁹ Liturgia delle Lodi, Lunedì, terza settimana in Quaresima, Brevier, II, p. 203.

⁴⁰ Cfr. SAN BERNARDINO, Discorso 2 su San Giuseppe, Opera 7, p. 37.

I nuovi orizzonti della pastorale della salute in Italia. Da cenerentola a regina?

PADRE LEONARDO NUNZIO DI TARANTO

Cappuccino

Cappellano presso il

"Policlinico Consorziale" di Bari

Direttore dell'Ufficio diocesano per la pastorale della salute, Bari, Italia

Le mete raggiunte dalla pastorale della salute, oggi

Nella seconda Nota pastorale, la Commissione episcopale per il servizio della carità e la salute, dando uno sguardo ai decenni passati, afferma: *"Il cammino percorso in Italia dalla pastorale della salute dopo il concilio Vaticano II è stato notevole. È cresciuta la sensibilità ecclesiale verso i problemi della sanità, portando a un coinvolgimento più efficace di tutti i membri della comunità nel servizio verso chi soffre e nelle iniziative volte alla promozione della salute. La letteratura in questo settore ha conosciuto un significativo sviluppo e si sono moltiplicati i centri per la formazione degli operatori pastorali. Più aperto e costruttivo è diventato il dialogo con gli organismi e le istituzioni che a livello sociale e politico si occupano della cura dei malati e della promozione della salute"*¹.

La meraviglia, la gioia e la soddisfazione della Chiesa italiana, quindi, scaturiscono da tre eventi specifici positivi che hanno portato alla crescita della nostra pastorale della salute: la sensibilità e il coinvolgimento dell'intera comunità verso il mondo della sanità, la moltiplicazione delle opportunità formative accompagnate dalla crescita della bibliografia di settore e il sensibile miglioramento del rapporto con istituzioni e organismi sanitari.

Gli obiettivi operativi già individuati

Un indice specifico della significatività raggiunta dalla pastorale

della salute in questi anni è costituito dai numerosi obiettivi individuati dalla prima Nota pastorale del 1989², che possono essere suddivisi in *tre grandi ambiti*:

1) *malati e familiari* (prendersi cura del malato, sostenere i disabili e portatori di handicap, essere vicini alla famiglia dei malati, prestare attenzione ai malati trascurati dalla società);

2) *cultura e politica* (sensibilizzare il territorio, promuovere una cultura della vita, collaborare con gli organismi pubblici e privati che distribuiscono servizi sanitari e formano professionisti, influire sulle istanze politiche che presiedono alla legislazione sanitaria);

3) *umanizzazione ed evangelizzazione* (favorire la professionalità degli operatori sanitari, contribuire all'umanizzazione, preparare progetti di catechesi, illuminare i problemi del mondo della sanità con la fede)³.

La seconda Nota pastorale del 2006, da parte sua, ha avuto il merito di sottolineare in vari punti del documento altri obiettivi: la coniugazione della cura del malato con la promozione della salute, la responsabilità specifica della parrocchia, la valorizzazione esplicita del diacono e della donna, il ruolo importante dei Ministri straordinari della Santa Comunione e l'importanza assunta dalla Giornata mondiale del malato, l'aggiornamento degli organismi di comunione e di animazione, le sfide del mondo della sanità⁴...

I dieci nuovi orizzonti: "camminando s'apre un cammino"

La soddisfazione, però, non deve portare alla sosta e alla pigrizia, come affermava Giovanni Paolo II all'inizio del nuovo millennio⁵. Per questo è necessario volgere lo sguardo ai nuovi ambiti operativi che richiedono risposte urgenti e creative da parte di

tutta la comunità cristiana. Ne ho individuati dieci, che chiamo sentieri o "viottoli", perché si tratta di tracciare nuovi percorsi, alcuni assolutamente inediti: "camminando si apre un cammino".

1. La centralità del malato come soggetto pastorale

Già Giovanni Paolo II, nella lettera apostolica postsinodale sulla vocazione e missione dei laici nella chiesa e nel mondo, aveva individuato nel malato *"un operaio mandato nella vigna del Signore"* per la missione evangelizzatrice della Chiesa⁶. Anche la prima Nota pastorale aveva indicato nel malato il secondo soggetto della pastorale della salute, subito dopo quello della comunità cristiana, offrendo anche indicazioni concrete: inserimento negli organismi ecclesiali, difesa dei diritti del malato, coinvolgimento nella conoscenza della situazione della propria infermità e delle terapie assicurate, la non emarginazione dalla famiglia e dalla società⁷.

Da parte sua, l'Ufficio nazionale ha dedicato la XIV Giornata mondiale del malato (11 febbraio 2006) al tema *"Alla scuola del malato"*, preparando un utile sussidio in cui, tra l'altro, viene ribadito che il malato testimonia, educa e chiede.⁸ Le riviste e la bibliografia di settore ritornano continuamente sul malato come soggetto attivo nella comunità cristiana⁹. Non è mancata la voce di Benedetto XVI, che nell'enciclica sulla speranza ha usato parole severissime contro una società definita *"crudele e disumana"* se non riesce ad accettare i sofferenti e non è capace di contribuire mediante la com-passione a far sì che la sofferenza venga condivisa e portata anche interiormente¹⁰.

Nei prossimi anni, l'attenzione della nostra Chiesa dovrà focalizzarsi sui progetti pastorali che indichino i compiti del malato in

seno alle parrocchie e negli ospedali, sulla promozione delle associazioni ecclesiali di malati e non solo quelle per i malati¹¹, sui “diritti” e sui “doveri” della persona sofferente in seno alla comunità. Si potrà cominciare dalla riflessione sui cinque volti assunti dal malato in questi ultimi decenni: colui che è aiutato, colui che aiuta con la preghiera e l’offerta della sofferenza, colui che evangelizza, colui che insegna dalla cattedra della Croce, colui che aiuta l’altro malato¹².

2. Il ruolo della donna, presenza mariana nel mondo sanitario

Nella storia della carità della Chiesa, la donna ha svolto un ruolo di primo piano nel servizio ai malati, sia nelle strutture ospedaliere che a domicilio. Il suo spirito di sacrificio, il suo senso materno, la sua carità compassionevole, la sua dedizione viscerale verso chi soffre si sono espressi in modo mirabile proprio accanto ai sofferenti¹³. Giovanni Paolo II non ha lesinato parole e scritti per esaltare il “genio” femminile e per auspicare nuovi spazi di presenza e azione per le donne, sia nella società che nella comunità cristiana¹⁴. La seconda Nota pastorale ha riservato un paragrafo al contributo originale della donna nella sanità e nella sofferenza¹⁵.

Negli organismi di comunione e di corresponsabilità del mondo sanitario, quali il consiglio pastorale e la cappellania, la donna, sia nel suo stato coniugale che in quello di particolare consacrazione, trova un posto specifico dove può mettere a frutto il ruolo femminile e materno ed il contributo originale¹⁶. Negli Uffici e Consultazioni, nazionali, regionali e diocesane, molte donne già offrono la loro collaborazione all’animazione e alla programmazione dell’attività pastorale, anzi, in alcune diocesi, sono state chiamate anche alla responsabilità di guida di un Ufficio. Però qualche lingua (maligna) aggiunge: “Bastano gli omaggi floreali. E ora di far crescere la fiducia nella donna, soprattutto affidandole compiti dirigenziali e di responsabilità”. Il

mondo della salute è un campo dove le caratteristiche della donna possono fruttificare in modo concreto e creativo.

3. L’identità dei nuovi operatori pastorali

Per tradizione, l’azione pastorale negli ospedali è stata sempre svolta unicamente dal cappellano ospedaliero, per lo più appartenente ad una famiglia religiosa. La suora infermiera e caposala spesso diventava una sua preziosa collaboratrice, preparando i pazienti all’accoglienza del servizio spirituale, e in particolare alla ricezione dei tre sacramenti del tempo della malattia.

Con l’evoluzione e il rinnovamento della pastorale della salute, iniziata soprattutto con la *Salvifici doloris* (1984), l’azione della comunità cristiana per i malati si è allargata al diacono, alle suore, ai laici uomini e donne, sia nella cappellania ospedaliera che nel consiglio pastorale. La reintroduzione del ministero straordinario della Santa Comunione ha visto i laici, soprattutto le donne, assumersi questo ministero che sta portando benefici frutti a favore dei malati domiciliari.

Nei prossimi anni sarà necessario approfondire, sia teologicamente che pastoralmente, l’identità di questi nuovi operatori pastorali, perché possano trovare spazi e compiti specifici della loro azione ministeriale: l’originalità di ciascuno di essi potrà arricchire sia l’organismo pastorale che li riunisce sia la stessa missione evangelizzatrice. Quindi non semplici coadiutori del parroco e del cappellano, ma autentici operatori pastorali, collaboratori e corresponsabili.

4. La crescita nella comunione, collaborazione e corresponsabilità

Le tre “C”, che connotano l’identità e la vita di una comunità cristiana dei nostri tempi, sono maturate lentamente nella vita della Chiesa italiana, soprattutto dopo il concilio Vaticano II. Si è partiti dalla “koinonia” che l’e-

vento ecclesiale del ventesimo secolo ha messo in evidenza nei suoi documenti, e che attende ancora di essere compresa più intimamente e concretizzata in forme di vita. Si è poi passati alla collaborazione e integrazione dei vari carismi e ministeri per il raggiungimento della finalità comune dell’evangelizzazione e testimonianza della carità. Quindi, da alcuni anni si parla maggiormente di “corresponsabilità”, cioè di comune responsabilità nella progettualità e nei singoli programmi pastorali.

A tale proposito eccezionalmente rivoluzionaria, nella sua serena semplicità, appare l’affermazione dei vescovi italiani (2005): “*far passare i carismi dalla collaborazione alla corresponsabilità, da figure che danno una mano a presenze che pensano insieme e camminano dentro un comune progetto pastorale*”¹⁷. E dopo il IV convegno ecclesiale nazionale, è stato specificato il senso profondo dell’integrazione delle tre “C”: “*La corresponsabilità è un’esperienza che dà forma concreta alla comunione, attraverso la disponibilità e condividere le scelte che riguardano tutti... La partecipazione corale e organica di tutti i membri del popolo di Dio non è solo un obiettivo, ma la via per raggiungere la meta di una presenza evangelicamente trasparente e incisiva*”¹⁸. La pastorale della salute ha bisogno di percorrere queste tre piste per diventare più feconda e per raggiungere le sue numerose finalità.

5. La promozione della salute in parrocchia e in ospedale

Superata la convinzione che la pastorale della salute si identifichi solo con la pastorale dei malati, ora si tratta, dopo aver riconfermato l’importanza del servizio verso chi soffre, di esplorare le possibilità della parrocchia e della cappellania di farsi promotrici del valore “salute” nei diversi stadi della vita. La seconda Nota pastorale ripetutamente afferma la necessità di coniugare insieme la cura dei malati e la promozione della salute, ma non indica né può indicare i percorsi concre-

ti per raggiungere questo obiettivo. Per questo, uno dei compiti del presente e dei prossimi anni della comunità ecclesiale sarà quello di cercare e sperimentare progetti per promuovere la salute nei giovani, negli adulti e negli anziani, identificando prima il suo senso globale personalistico e poi approfondendo il contenuto del Vangelo della salute. L'abbozzo è stato già preparato: aiutare i giovani a un sano sviluppo umano e spirituale, accompagnare gli adulti nel superare con equilibrio le crisi della loro età, offrire agli anziani risorse che li aiutino a vivere serenamente la vecchiaia¹⁹.

La scelta dell'attenzione all'educazione fatta dalla Chiesa italiana attraverso gli *Orientamenti pastorali* per il nuovo decennio del Duemila aiuterà i pastori e gli operatori pastorali a scoprire e valorizzare la portata educativa della pastorale della salute nell'accoglienza e difesa della vita, nella promozione della salute, nella valorizzazione della dimensione salvifica della sofferenza-malattia, nella lettura della morte alla luce del mistero pasquale²⁰.

6. La crescita della pastorale delle persone in lutto

Le molteplici varietà del morire oggi, soprattutto quelle improvvise o violente (infarti o incidenti stradali, malattie neoplastiche o omicidi), fanno trovare sempre più indifesi e impreparati i soggetti coinvolti in questi eventi: si soffre non solo per la perdita di una persona cara, ma si resta "traumatizzati" dalle modalità del suo venir meno. La conseguenza è che sempre più soggetti non riescono a vivere la perdita nei tempi e nei modi ordinari, ma si scatenano in essi meccanismi psicologici che bloccano la crescita della vita e il ritorno alla vita ordinaria precedente.

Da oltre dieci anni, in Italia si è avviata una rinnovata attenzione verso il lutto attraverso un Coordinamento dei gruppi di mutuo aiuto per l'elaborazione delle perdite e attraverso l'Associazione "Figli in cielo". Nella loro diversità e complementarità, sono di aiuto e di stimolo alle comunità cristiane,

perché si realizzi un risveglio di attenzione e di cura delle persone nel dolore. La Chiesa italiana, e la pastorale della salute in particolare, scopriranno nei prossimi anni quanto sia importante che le persone, dopo la perdita, recuperino nuovamente il senso della vita e la capacità di reinvestire le loro risorse fisiche, psichiche, familiari, spirituali e pastorali per se stesse e per la propria comunità²¹.

7. Lo sviluppo del cammino ecumenico e dialogo interreligioso

La sofferenza e la malattia sono esperienze universali: appartengono all'umanità, sono quasi coesistenti con la vita umana. Il processo della globalizzazione investe tutti e sta portando all'incontro e alla convivenza di razze e di tradizioni religiose, scaturiti dal flusso migratorio. Si moltiplicano le esperienze di incontro dei valori e dei bisogni delle persone che "vengono da lontano" e che attendono risposte pastorali da parte della Chiesa. Il cammino ecumenico e il dialogo interreligioso si fanno strada anche nella pastorale della salute, che spinge i pastori e gli altri responsabili a coinvolgersi attivamente in questo ambito pastorale.

La sfida dei prossimi anni, ma già presente oggi, sarà quella della formazione specifica degli operatori pastorali, dell'acquisizione dello spirito dialogico, della conoscenza degli altri modi di "dire Dio", della necessità del confronto costruttivo, del superamento della sindrome della fede unica e di una sola religione. Poco o nulla esiste a questo riguardo da parte del magistero ecclesiale: ciò cresce l'urgenza di una riflessione teologica e pastorale che porti a proposte pastorali coerenti col Vangelo e con lo spirito del Concilio Vaticano II.

8. L'apertura alla dimensione europea della pastorale della salute

Se a livello politico ed economico l'Europa ha raggiunto una unità di intenti e di lavoro, a li-

vello di pastorale della salute essa non viene percepita minimamente come realtà socio-politica e religiosa. Sono poche le persone che avvertono l'urgenza di dialogare con le altre comunità europee nel nostro campo pastorale. Eppure, già esiste un movimento di collaborazione e di dialogo nelle diverse nazioni, ma l'Italia finora è rimasta praticamente fuori: non si riesce a comprendere i benefici che potrebbero scaturire dal confronto e dalla condivisione delle esperienze.

Sono convinto che sia giunta l'ora per gli organismi nazionali e regionali (Ufficio e Consulta) di iniziare ad allacciare rapporti con tale Movimento, a partecipare ai convegni europei, ad inserirsi in un cammino che risulterà sempre più indispensabile. Anche l'Associazione Italiana di Pastorale Sanitaria (AIPaS), che nel passato ha espresso concreta attenzione verso la pastorale delle altre nazioni europee (Francia, Spagna, Germania, Inghilterra, Paesi dell'Est...), potrebbe muoversi in questa direzione prendendo iniziative culturali e formative.

Ricca della sua lunga storia, l'AIPaS potrebbe offrire un servizio preziosissimo alla Chiesa italiana, aprendo varchi sempre più larghi di conoscenza, di arricchimento e di crescita nella formazione dei sacerdoti e degli altri operatori pastorali nell'orizzonte europeo.

9. La cura pastorale dei migranti nella malattia

Nel 2010, la Consulta regionale pugliese di pastorale della sanità e l'AIPaS²³ hanno affrontato la ricca tematica della cura pastorale dei migranti nella stagione della malattia, e non sono mancati stimolanti contributi nelle relazioni e nei gruppi di studio. Il sottoscritto ha cercato anche di prospettare possibili piste nella pastorale delle istituzioni sanitarie e in quella del territorio²⁴. Ma è urgente approfondire la riflessione personale e comunitaria nel settore, perché gli eventi politici e sociali degli ultimi anni e mesi ancora in fase evolutiva, non ammettono ritardi e negligenze.

L'arrivo in Italia degli immigrati, che aumenteranno in progressione sempre maggiore, ci stimola a elaborare strategie e progetti di risposte da parte di cappellani ospedalieri e parroci. L'evento della malattia su tutte le latitudini e longitudini segna profondamente l'equilibrio interiore e spirituale dei soggetti, e richiede la carità delle opere che può scaturire solo dalla coscienza civile e dalla forza dello Spirito.

10. Le risposte della bioetica ai nuovi interrogativi

La bioetica, pur essendo giovane come nome e come scienza a sé nel panorama della teologia e della filosofia, in pochi decenni si è conquistata un posto qualificato nel mondo formativo e culturale dei nostri giorni. E questo è avvenuto sia a livello laico che a livello religioso ecclesiale.

La pastorale della salute, sin dalla fine degli anni '80, ha rivolto la sua attenzione alla bioetica, proponendola tra i suoi principali obiettivi. La Nota pastorale del 1989, nell'elenco dei propri obiettivi, la collocava al primo posto, perché essa ha il compito di "illuminare con la fede i problemi del mondo della sanità, sottesi alla ricerca, alle acquisizioni scientifiche e alle tecniche di intervento, e in cui sono implicate la natura e la dignità della persona umana"²⁵; e sottolineava la "rilevanza dei problemi morali" sollevati dal "progresso scientifico e tecnico verificatosi nel mondo della sanità"²⁶.

A sua volta, la Nota pastorale del 2006, ritornando sulla stessa bioetica, osservava che "l'affievolirsi delle evidenze etiche e il soggettivismo delle coscienze, unitamente al pluralismo culturale, etico e religioso, portano facilmente a relativizzare i valori, e quindi al rischio di non poter più fare riferimento a un ethos condiviso, soprattutto in ordine alle grandi domande esistenziali, riferite al senso del nascere, del vivere e del morire"²⁷.

Da questa base, la pastorale della salute può ripartire, sia per assicurare un'adeguata formazione agli operatori sanitari e pastorali in campo bioetico (e questo già

avviene sia nel *Camillianum* di Roma che nel Centro di Bioetica della Facoltà di Medicina e chirurgia "A. Gemelli" di Roma) sia per preparare sussidi utili per aiutare i malati, i loro familiari e gli operatori delle comunità ospedaliere a conoscere le risposte della Chiesa, illuminate dal Vangelo²⁸.

I nuovi orizzonti: stimolo e creatività

Come si evince da questo elenco, i nuovi orizzonti della pastorale della salute per i soggetti pastorali "costituiscono uno stimolo a mantenere costante la volontà di compiere ulteriori passi, rinvigorendo lo slancio spirituale e apostolico e affinando metodi e strategie pastorali, tenendo sempre fisso lo sguardo su Gesù Cristo, buon samaritano, nella consapevolezza che l'impegno nella promozione della salute e nella cura amorevole dei malati contribuisce efficacemente alla realizzazione del regno di Dio"²⁹.

Soprattutto i parroci ed i cappellani, insieme alle rispettive comunità, sapranno accogliere questi "segni dei tempi" che lo Spirito invia alla sua Chiesa e trovare le risposte giuste ai giusti bisogni del cuore umano.

Non sappiamo se nei prossimi anni la pastorale della salute cesserà di essere *cenerentola* e diventerà *regina*: non interessa il titolo, ma è importante che entri come dimensione ordinaria di una "pastorale integrata" nella vita della comunità cristiana. ■

Note

¹ COMMISSIONE EPISCOPALE CEI PER IL SERVIZIO DELLA CARITÀ E LA SALUTE, Nota pastorale "Predicare il vangelo e curare i malati". La comunità cristiana e la pastorale della salute, 4 giugno 2006, n. 68. In seguito: *PVCM*.

² Cf. CONSULTA NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, Nota pastorale *La pastorale della salute nella chiesa italiana. Linee di pastorale sanitaria*, 30 marzo 1989, n. 20. In seguito: *PSCI*.

³ Cf. DI TARANTO L. N., *Fare pastorale della salute in Italia*, oggi, CVS, Roma 2010, pp. 73-83.

⁴ Cf. *PVCM*, nn. 2. 48-67. 58. 65. 66. 5-18,...

⁵ Cf. GIOVANNI PAOLO II, Lettera apostolica *Novo millennio ineunte* al termine del grande Giubileo dell'anno Duemila, 6 gennaio 2001, n. 15.

⁶ Cf. GIOVANNI PAOLO II, Esortazione apostolica postsinodale *Christifideles laici* su vocazione e missione dei laici nella chiesa e nel mondo, Roma 30 dicembre 1988, nn. 53-54. In seguito *CfL*.

⁷ Cf. *PSCI*, nn. 26-32.

⁸ Cf. UFFICIO E CONSULTA NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE DELLA SALUTE, 14ª Giornata mondiale del malato 11 febbraio 2006 *Alla scuola del malato*, Camilliane, Torino 2005.

⁹ A titolo esemplificativo ricordo: *Dolentium Hominum*, *Camillianum*, *Insieme per servire*, *L'Ancora della salute*... Per la bibliografia è sufficiente scorrere quella accesa ai libri che affrontano le problematiche del settore o consultare la biblioteca del *Camillianum* di Roma.

¹⁰ Cf. BENEDETTO XVI, Lettera enciclica *Spe salvi* sulla speranza cristiana, Roma 30 novembre 2007, n. 38.

¹¹ Per esempio il Centro Volontari della Sofferenza (CVS), che fondamentalmente è costituita da malati fisici e psichici.

¹² Cf. DI TARANTO L. N., *Fare pastorale della salute in Italia*, oggi, op. cit., p. 38-45.

¹³ Cf. MESSINA R., *Storia della Carità cuore della Chiesa*, Camilliane, Torino 2001.

¹⁴ Cf. GIOVANNI PAOLO II, Lettera apostolica *Mulieris dignitatem* su dignità e vocazione della donna in occasione dell'Anno Mariano, 15 agosto 1988; *IDEM*, Lettera *Alle donne*, 29 giugno 1995.

¹⁵ Cf. *PVCM*, n. 58.

¹⁶ Cf. *PSCI*, n. 79-80; *PVCM*, n. 66.

¹⁷ CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, Nota pastorale *Il volto missionario delle parrocchie in un mondo che cambia*, Roma 30 maggio 2004, n. 12.

¹⁸ CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, Nota pastorale "Rigenerati per una speranza viva" (1Pt 1,3): testimoni del grande "sì" di Dio all'uomo dopo il IV Convegno ecclesiale nazionale, Roma 29-6-2007, n. 24.

¹⁹ Cf. *PVCM*, n. 51.

²⁰ Cf. CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, Orientamenti pastorali *Educare alla vita buona del Vangelo* per il decennio 2010-2020, Roma 4 ottobre 2010.

²¹ La bibliografia in questo settore si va ampliando continuamente: mi piace ricordare, tra i tanti, i volumi di PANGRAZZI A., *Il lutto: un viaggio dentro la vita*, Camilliane, Torino 1991; PERUGIA L., *L'abbraccio del mantello*, Monti, Saronno (VA) 2002; PANGRAZZI A., *Aiutami a dire addio. Come sostenere chi è in lutto*, Erickson, Trento 2002; SCARAMUZZI O., *Dall'isola all'arcipelago. Il gruppo per l'aiuto psicorelazionale nel lutto*, Camilliane, Torino 2004.

²² Urso F. (a cura di), *Migranti e salute*, Atti del convegno della Consulta regionale pugliese di pastorale della sanità svolto presso l'ospedale "Miulli" di Acquaviva delle Fonti (BA), 12 giugno 2010, Servi della Sofferenza, S. Giorgio Jonico (TA) 2010.

²³ INSIEME PER SERVIRE, Rivista dell'Associazione Italiana di Pastorale della salute (AIPaS), n. 86 – 2010, Atti del Convegno nazionale "Il bacio del lebbroso. Evangelizzazione e pastorale dell'accoglienza", Porziuncola/Assisi (PG), 11 – 14 ottobre 2010, pp. 9-60.

²⁴ DI TARANTO L. N., *La comunità cristiana e la cura pastorale degli immigrati nel tempo della malattia*, in Urso F. (a cura di), *Migranti e salute*, op. cit., pp. 69-105.

²⁵ *PSCI*, n. 20.

²⁶ *Idem*, n. 21.

²⁷ *PVCM*, n. 16.

²⁸ *Idem*.

²⁹ *Idem*, n. 68.

Cura dei malati e delle malattie infettive nella storia della Chiesa

PADRE FIDEL GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, MCCJ

Docente di Storia Ecclesiastica nelle Pontificie Università Urbaniana e Gregoriana, Consultore delle Congregazioni per le Cause dei Santi e per l'Evangelizzazione dei Popoli, Rettore emerito del Pontificio Collegio Urbano di Propaganda Fide

I. L'UOMO DAVANTI ALLA MALATTIA E LA MORTE

1. "Se vuoi puoi guarirmi" (Mc 1, 40)

"Se vuoi puoi guarirmi" (Mc 1,40): tale è il grido di un uomo colpito da una malattia incurabile che si aggrappa a Gesù di Nazareth. "Che cosa è veramente in gioco nella sua imperiosa richiesta di guarigione?". Di fronte alla malattia che inesorabilmente porta alla morte è possibile chiedere l'impossibile, e cioè la guarigione, senza spingere chiacchiera nel "vicolo cieco di un delirio di onnipotenza"? Cosa significa curare? Si può davvero sempre guarire?!. Queste domande si fanno ancora più drammatiche nel caso di malattie considerate "pericolose", come le malattie infettive, spesso considerate inguaribili, e che sono state spesso causa di disumana discriminazione.

Di fronte a queste domande essenziali ed essenziali, cosa ha risposto Cristo e come ha risposto la Chiesa lungo i secoli? Cristo, che ha voluto essere in tutto simile a noi, tranne che nel peccato, non poteva ignorare questa situazione umana e lo stesso quindi la Chiesa, suo sacramento nello spazio e nel tempo. Infatti la vita di Cristo, come ci viene descritta dai Vangeli, si snoda in un continuo rapporto con i malati, con il do-

lore dell'uomo e si presenta come una risposta a tale dramma umano, con un'azione precisa di misericordia e di compassione: guarendo i malati e lenendo ogni tipo di dolore umano, perdonando i peccati e donando la salvezza. La maggior parte dei suoi miracoli sono precisamente una risposta a questo dramma umano che non poteva essere marginale nella vita di Cristo, come non lo è stato mai nella storia della sua Chiesa.

L'incontro di Cristo con i malati è uno degli aspetti più umani che troviamo nei Vangeli. L'incontro è per la salvezza globale della persona e non soltanto per donare la semplice salute, superare la malattia fisica e quindi evitare "di insabbiarsi nell'impossibile traguardo di sconfiggere definitivamente la morte"². L'incontro di Cristo con i malati è nei Vangeli per una guarigione della persona nella sua totalità, e quindi con una dimensione di eternità. La guarigione clinica sarà sempre temporanea, perché la persona ha un destino *metastorico*, che passa attraverso la morte. L'esito è la definitiva consegna nelle braccia del Padre, luogo della definitiva salvezza della persona. In questo senso "guarire" non è un'utopia, ma una realtà³.

2. Salute, malattia, guarigione e salvezza

Infatti i temi della salute, della malattia e della guarigione non possono essere separati dal tema della salvezza, che costituisce il centro di gravità del tutto. La vita dell'uomo va vista alla luce della sua nascita e del suo senso, e non si può capire senza la prospettiva della morte fisica inevitabile. Ma la domanda che immediatamente un cristiano si pone è se la malattia e la morte siano evento personale o puro perire⁴. "Ciò che finisce è ciò che nella vita vi è di

*ineluttabile: la sofferenza diffusa ovunque, la sofferenza degli infermi e dei deboli; la sofferenza degli animali, della creatura muta, [...] il fatto che non vi si può cambiare nulla, che non si può togliere di mezzo. Così è così sarà. E qui sta la gravità della cosa"*⁵.

Come segnala bene Scola⁶, nel clima culturale di oggi si intrecciano due risposte al problema della morte e quindi della malattia e della sofferenza. La prima è sintetizzata in un verso di Rainer Maria Rilke: "Dà, o Signore, a ciascuno la sua morte. La morte che fiorì da quella vita, in cui ciascuno amò, pensò, soffrì". Cioè, il poeta "invoca" il dono di una morte "personale", sigillo di una vita autenticamente personale. L'io deve morire, nessuno può dedurre la propria morte da quella degli altri, rimanendo tuttavia imprevedibile. Tanto è, così come descrive Levinas: "nella morte sono esposto alla violenza assoluta, all'omicidio nella notte"⁷. Questa esperienza terrificante accomuna certamente tutti gli uomini.

L'altra risposta, oggi più diffusa, è quella ben espressa con le parole di Adorno "criticamente feroci" della posizione di Rilke: "La distruzione biologica, che avviene nella morte, è fatta propria dalla volontà sociale consapevole. Un'umanità a cui la morte è divenuta non meno indifferente dei suoi membri può impartirla per via amministrativa a un numero illimitato di esseri umani. La famosa preghiera di Rilke è un miserevole inganno con cui si cerca di nascondere il fatto che gli uomini, ormai crepano e basta"⁸.

Gesù, nei Vangeli, appare continuamente impegnato con uomini e donne segnati dalla malattia, dal dolore, dalla morte, dal travaglio nel corpo e nell'anima. Egli dà una risposta al bisogno fondamentale dell'uomo: quello della salvezza globale, senza elimi-

nare alcun fattore della vita e del dramma. Se la Chiesa è il corpo vivo di Cristo nella storia spazio-temporale, ne consegue che nella missione della Chiesa si attualizza l'Avvenimento di Gesù Cristo nella sua totalità: la missione della Chiesa non è quella di essere inviata dall'esterno negli ambienti dell'esistenza quotidiana degli uomini, ma è una missione che si inserisce nella totalità interna della vita degli uomini con tutti i suoi problemi esistenziali e quotidiani concreti. Ogni cristiano diventa così "Avvenimento" di Cristo nella realtà, con tutta la sua persona, segno operativo – per grazia – della sua Presenza⁹.

In questo senso, il cristiano non può essere indifferente al dramma della malattia o del dolore degli uomini o rimandarli all'ambito spirituale. Egli è chiamato ad ascoltare il grido che il profeta Isaia attribuisce al re Ezechia in fin di vita: *"Guariscimi e rendimi la vita"* (Is 38,16). *O con altre parole: "fammi durare!; salvami, guariscimi...!"* Che cosa chiedono i malati se non la salute? E cosa si intende per salute se non la felicità e la pienezza di vita?

È quanto chiedevano a Gesù i malati che incontrava lungo le strade della Palestina ed è ciò di cui la Chiesa, fin dai tempi apostolici, ha avuto chiara e forte coscienza: *"Io non ho né argento né oro, ma quello che ho, io te lo do: in nome di Gesù Cristo Nazareno, sorgi e cammina"* (Atti 3,6), disse Pietro allo storpio che chiedeva l'elemosina alle porte del tempio di Gerusalemme.

Quindi, lungo la sua storia, la Chiesa si è trovata continuamente di fronte al dramma della vita, della malattia e della morte. Questo dramma si è fatto ancora più forte in certi periodi e in certe situazioni della storia, soprattutto di fronte ai momenti in cui le pesti, le guerre e le grandi epidemie hanno fatto delle autentiche stragi e "mattanze". In quelle circostanze, forse più che mai, la persona si è vista profondamente e strutturalmente legata ad un tempo all'infinito e alla finitudine espressa dalla malattia e dalla morte.

La domanda che la persona malata e vicina alla morte, specialmente in casi così dramma-

tici come nelle epidemie e nelle malattie considerate senza via di uscita umana, fa al medico, fa agli amici, fa a Dio è sempre la stessa: *"fa' che io viva!"*. Mi permetto di citare un brano della *Peste* di Camus, quando ad Orano, di fronte all'imperversare dell'epidemia, il dr. Rieux *"sapeva bene che il suo compito era diagnosticare: scoprire, vedere, descrivere, registrare, ordinare l'isolamento. Delle spose gli prendevano il polso urlando: «Dottore, gli dia la vita». Ma lui non era là per dare la vita... A che serviva l'odio che allora leggeva sui volti? «Lei non ha cuore», gli avevano detto un giorno. Ma sì, ne aveva uno; gli serviva a sopportare le venti ore al giorno in cui vedeva morire uomini fatti per vivere; gli serviva a ricominciare ogni giorno. Ormai, aveva proprio quanto cuore bastava per questo; e come sarebbe bastato a dare la vita"*¹⁰.

Cosa c'è veramente in questa domanda se non l'esigenza di salvezza, affermata dal senso religioso di ogni uomo e di ogni popolo? Non c'è gesto umano che non sia permeato da questo desiderio di totale salvezza. Ogni gesto di amicizia o di affetto esprime il senso dell'infinito che è Dio stesso: questa è la domanda di salvezza. Per l'uomo biblico, e quindi per i cristiani, questo desiderio parte dalla conoscenza della propria storia di peccato e di limite, della ferita che portiamo dentro e che chiamiamo "peccato originale" (cfr. Rom 5-7), il tarlo che l'uomo da solo è incapace di sradicare o di strappare dal proprio cuore: la salvezza viene da un Altro. La richiesta di salute è quindi sempre un segno di una situazione che richiede una domanda di durata, di radicale salvezza dalla finitudine stessa; indica in definitiva la richiesta di essere salvati dalla stessa morte.

Questo desiderio e questa domanda non sono pura illusione? L'esperienza cristiana e la fede che la esprime ci dice di no; anzi, che corrisponde alla più genuina realtà. La morte non si capisce senza la nascita; ambedue però hanno un senso *metastorico*; per questo anche il binomio salute e salvezza sono inscindibili. Ecco allora il senso profondo del man-

dato di Gesù quando manda i discepoli: *"Andate [...] e guarite gli infermi che vi sono, e dite loro: sta per venire a voi il regno di Dio"* (Lc 10,9). Quindi, nella sua storia, la Chiesa ha obbedito a questo mandato di Gesù come parte integrante della sua missione; e l'ha fatto soprattutto attraverso le sue opere di carità e dei suoi santi. La storia del cristianesimo, quella della santità e della carità cristiana, quella dei miracoli, sono una prova verificabile in ognuna delle sue pagine. Questo tipo di missione non ha niente a che vedere con azioni di pura filantropia, di interventi magici fuori della realtà o di ogni altra forma di religiosità ambigua. *"Se non parte dalla realtà la missione non ha ragioni adeguate per durare"*¹¹.

La Chiesa, fin dagli inizi, ha assunto questa missione nell'ambiente dove ha vissuto, con uomini e donne che in maniera variegata hanno avuto la grazia, il dono o il ministero di questa precisa preoccupazione; ma già a partire dal battesimo il cristiano è chiamato a tale compito. E questo per una ragione ovvia: *"A che cosa si ridurrebbe la compagnia di Dio al destino se non risolvesse l'insopportabile contraddizione che attraversa tutta la realtà e che nell'uomo – costretto a morire, pur conoscendo ciò che è immortale – raggiunge la sua punta più acuta? O il cristianesimo risolve questa contraddizione radicale oppure non risolve nulla"*¹². Vivere in Cristo (*"en Christoi"*) significa per noi testimoniare, fin nel singolo atto o momento della vita, che fede, speranza e carità non si spezzano in nessuna circostanza, neppure nelle più drammatiche come la malattia, il dolore più traumatico o la morte.

Vediamo come hanno vissuto questa realtà l'uomo e la medicina da una parte, e la fede della Chiesa lungo la sua storia dall'altra. Nel primo aspetto, daremo uno sguardo limitandoci all'ambito della cultura occidentale, anche perché ad un certo momento avrà un rapporto particolare con la storia del cristianesimo. Nel secondo aspetto ci limiteremo a dare degli accenni, sia riguardo al modo in cui i cristiani hanno visto e trattato i malati, sia a come

la Chiesa ha applicato in concreto il mandato evangelico di “guarire i malati”.

II. COME L'UOMO OCCIDENTALE HA AFFRONTATO LA MALATTIA

1. La storia della medicina come risposta antropologica al senso dell'uomo

La storia della medicina costituisce un fatto dimostrativo della continua domanda dell'uomo sul senso della vita e la ricerca della risposta al bisogno concreto di vivere in salute. Ma non sempre la storia della medicina è stata una risposta al bisogno globale dell'uomo; spesso si sono date risposte parziali, dipendenti dalla visione antropologica sottostante; alcune volte la medicina è stata anche riduttiva nei confronti dell'uomo; altre ha cercato in un mondo “esoterico” la risposta alla domanda di salute; altre, infine, ha tentato di abbracciare l'uomo nella sua totalità, includendo così la dimensione religiosa come parte essenziale dello stesso. In questo senso, l'esperienza cristiana ha dato un contributo fondamentale. Il motivo è chiaro: l'esperienza cristiana si interessa di tutto l'umano e non soltanto di una parte della problematica umana, come quella che potrebbe essere la dimensione rituale religiosa, l'anima o l'aldilà. Se si interessa di tutta la persona, si deve interessare di ogni persona che cerca di capire il senso della sua sofferenza, ovvero il nesso tra la vita e il destino per cui si sente creata. “La malattia è il segno di questo senso definitivo delle cose, se esiste, è più grande di noi stessi. La malattia è il richiamo, l'ultimo e il più terribile, a ricercare questo senso...”¹³.

La storia della conoscenza delle malattie è stata sempre drammatica, come lo è stato il rapporto tra l'uomo e la malattia in ogni cultura¹⁴. “La malattia, prima che un oggetto di ricerca è stata una minaccia subita per secoli e secoli potendo fare poco o nulla. La sua descrizione ha avuto innanzitut-

to lo scopo di individuarla precocemente e di evitarla...”¹⁵. In tutti i popoli si è tentato di dare una spiegazione all'origine delle malattie, considerate spesso come un fenomeno innaturale, legato a fatti di rottura di tabù, a fenomeni religiosi, a maledizioni e situazioni che contrastavano il pacifico crescere dell'uomo. Per cui spesso il guaritore era legato al mondo della religione (sacerdoti), della magia (indovini, stregoni, ecc.). Questa visione è ancora persistente in molte regioni, dove antiche visioni culturali e religiose perdurano nel cuore delle persone.

Con l'andare del tempo, nel mondo occidentale soprattutto, la preoccupazione principale è stata quella di descrivere la malattia con lo scopo di individuarla e di evitarla. Quindi la preoccupazione preventiva (evitare la malattia) è stata logicamente e cronologicamente precedente a quella del trattamento, soprattutto di fronte alle grandi epidemie e pesti di cui la storia è piena di episodi drammatici, periodici e cronici, anche fino ai nostri giorni.

Nell'antichità gli ammalati, soprattutto quelli affetti da certe malattie (basta ricordare la lebbra, le diverse pesti...), erano allontanati perché pericolosi, in quanto considerati portatori di morte e di disgrazie varie. Il malato era considerato una persona colpita, maledetta. Una certa visione in questo senso perdura ancora oggi perfino in ambienti considerati evoluti, spesso con ricorsi a pratiche magiche in cerca di guarigione e con il diffondersi della superstizione.

2. Malattia, medicina e salute nel mondo antico greco-romano

L'uomo ha sempre cercato di individuare l'origine del male, e quindi della malattia. Ha cercato anche dei rimedi per vincere il male o gli effetti del male nel suo corpo, di superare la morte, di sopravvivere. Spesso l'ha cercato in cause preternaturali o nel mondo del “mistero”. I mezzi per superarlo li ha quindi individuati o cercati nello stesso ambito. Ma in fondo la sua ricerca è dipesa sem-

pre dalla sua visione antropologica e religiosa della realtà.

Così, la storia della medicina occidentale è legata a **Ippocrate** e alla sua scuola (s. V-IV a.C.) che cercava di scoprire attraverso l'osservazione attenta le disfunzioni dell'organismo umano per poter arrivare ad una opportuna cura. La salute veniva intesa come equilibrio (*eucrisia*) e la malattia come squilibrio (*discrasia*) tra i quattro liquidi o umori contenuti nel corpo (sangue, flemma, bile chiara, bile nera). Da qui nacque la *teoria umorale* dei processi patogeni. Per stare bene, era necessario un equilibrio fra i quattro umori, e la preminenza di uno o la mancanza di un altro determinavano la patologia o il carattere della persona.

Un altro caposcuola della medicina occidentale è stato **Galeno di Pergamo**, che lavorò anche a Roma nel II s.d.C.; egli aggiunse alle dottrine ippocratiche una concezione del sistema anatomico-fisiologico che metteva insieme una teoria degli spiriti (naturale, vitale, animale) con osservazioni derivate da esperienze anche di natura anatomica-comparativa. Egli introdusse una sorta di metodo sperimentale nell'indagine medica; nonostante questo aspetto assai importante nella storia della medicina, Galeno è stato vittima di una critica anatomica-comparativistica mordace da parte delle scuole mediche a sfondo agnostico, che lo accusarono di aver svolto un ruolo di biologo-teologo con influssi nefasti fino ai tempi del Rinascimento. Proprio questa critica veniva dalle tendenze che hanno disumanizzato l'attività del medico. “L'opera di un uomo infatti non può essere separata dalla concezione che la anima e la fa insorgere, ma deve essere considerata innanzitutto alla luce di questa ipotesi di partenza. La religiosità, che pure può essere piena di errori, è tuttavia l'unico fattore razionale che, ammettendo un ordine delle cose corrispondente all'io, invita l'uomo a scoprirlo senza abbandonare i dati dell'esperienza umana”¹⁶.

3. Lungo il medioevo

Dopo il crollo della civiltà classica, fu la tradizione cristiana a

sostenere e a ricostruire un mondo dove si salvarono i valori migliori del mondo antico greco-romano, e questo anche in campo scientifico. Per molti secoli, i monasteri prima e i conventi in seguito furono le sedi privilegiate per la pratica della medicina, per la conservazione della tradizione ippocratica-galenica, per la raccolta delle fonti mediche, per lo studio farmacologico (le farmacie nei monasteri e nei conventi furono vere fucine di medicina farmacologica), per gli scambi con le conoscenze venute dall'Oriente attraverso l'Impero bizantino e quello dei califati musulmani; in una parola, furono luoghi dove si tentava di conoscere l'uomo per guarirlo dei suoi mali, sia spirituali sia fisici.

Dal punto di vista della medicina, nel medioevo queste scuole monacali la svilupparono utilizzando erbe e piante a scopo medicinale; le loro osservazioni e proposte venivano trasmesse oralmente e anche per iscritto, prima dai monaci e in seguito dai frati e da altri scrittori cristiani, con trattati che raccoglievano la tradizione e l'esperienza mediche dall'Egitto, dal mondo ebraico, dall'Assiria, dalla Fenicia, dalla Grecia e da altre culture orientali. L'erboristeria monacale arrivò all'età moderna e si sviluppò con le scoperte geografiche europee a partire del XV secolo. Oggi, dopo un periodo in cui fu messa da parte, è stata di nuovo riscoperta e valorizzata.

A questo periodo medioevale risale la Scuola Medica Salernitana che, a mo' di leggenda, si dice essere stata fondata da un ebreo, un greco, un arabo e un latino, a testimonianza dell'ecumenismo e dell'universalità della scienza medica¹⁷.

III. LA NASCITA DEGLI OSPEDALI FU UN FATTO CRISTIANO

La vera novità del Medioevo però è la creazione degli ospedali¹⁸. Questi nacquero anzitutto come risposta ad un bisogno: la mobilità delle popolazioni lungo le strade della giovane Europa che nasceva, e che legavano

i grandi centri di pellegrinaggio; questi ospedali sorgono accanto alle chiese e ai monasteri per accogliere i pellegrini ammalati. Il loro nome "*hospitales*" esprime proprio questo senso di accoglienza del pellegrino ospite "come Cristo che passa"; questi "*hospitales*" nascono anche come risposta al dramma di tante pestilenze e quindi al bisogno di accogliere e di assistere gli incurabili, gli ammalati contagiosi come i lebbrosi ecc.; sono luoghi di accoglienza dei poveri, dei viaggiatori lontani dalle loro case. Nei monasteri esistevano i cosiddetti "*hospites*", dove le regole monastiche e canonicali chiedevano di accogliere queste persone indiscriminatamente. A volte sorgono in luoghi impensati, in valichi di montagna, accanto a piccolissime chiese, anche quelle rurali, spesso situate nei crocevia, nelle campagne; spesso nascono anche grazie a lasciti di carità da parte di cristiani preti o laici, dove si pensava, con apposite regole, al modo migliore per accogliere questi bisognosi: dall'acqua da fornire loro, alla minestra calda, alla legna per riscaldarsi...¹⁹.

Nel XII secolo, Guido di Montpellier diede vita all'Ordine Ospedaliero dello Spirito Santo, specificamente consacrato alla cura degli ammalati. L'Ordine venne approvato nel 1198 da Innocenzo III che lo sostenne; aveva allora già dieci case in Francia e una sede centrale a Roma, l'Ospedale dello Spirito Santo in Sassia, ricavato da un luogo di accoglienza di pellegrini anglosassoni; l'ospedale è arrivato fino ad oggi. La regola dell'Ordine fissava nella cura dei malati e dei poveri il primo compito dei suoi membri. L'opera si sviluppò in tutta l'Europa occidentale dove furono creati ospedali filiali di quello romano e che seguivano la stessa regola romana. Un altro di questi ospedali paradigmatico fu quello di San Giovanni in Laterano, modello e punto di riferimento di molti ospedali in Spagna e in seguito nell'America Latina. Questi ospedali avevano grandi sale molto aerate, e addirittura si facevano operazioni sui nervi e sul cranio, che oggi ci causano stupore; si trattava di individuare cer-

te malattie, come quelle di origine venerea e si usavano perfino raggi infrarossi nella cura del vaiolo. Questi ospedali, anche architettonicamente, erano concepiti come luoghi santi, come grandi chiese; sempre caratterizzati da un grande altare centrale nelle sale, con tele o dipinti che mettevano in risalto i Misteri della Vita di Cristo, specialmente il suo rapporto con il dolore e con i malati.

Nacquero anche numerose confraternite per la cura dei malati e il sostentamento degli ospedali un po' dovunque²⁰. Per la prima volta nella storia dell'umanità, gli ammalati non furono uomini o donne da allontanare, da evitare, ma da accogliere, da amare, e da assistere. Certo, in alcune occasioni, l'assistenza ai malati costituiva un gesto eroico di carità, in quanto le infezioni e le malattie contagiose non avevano dei rimedi; chi assisteva questi ammalati sapeva di rischiare la propria vita, ma accettava il rischio con piena consapevolezza cristiana, sapendo che la morte, come dice un antico inno spagnolo "*no era la palabra final*", l'ultima parola sull'esistenza. Nonostante le durissime condizioni di vita, i cristiani vivevano una speranza più grande, che rendeva la vita più umana e più vivibile nei rapporti, anche se scarna e mancante di mezzi.

IV. QUANDO L'UOMO VUOL DIVENTARE "MISURA DI TUTTE LE COSE"

1. L'utopia rinascimentale e il suo crollo

Nel Rinascimento sorge un nuovo interesse per il corpo umano dal punto di vista anatomico, artistico (bellezza ed armonia) e umanistico, anche perché l'uomo diventa sempre di più "misura di tutte le cose". L'opera di anatomia del professore all'università di Padova, il fiammingo Andrea Vesal, *De humani corporis fabrica libri septem* (Basilea 1543), esprime tale interesse anatomico che parte della riscoperta della cultura classica nelle sue diverse dimensioni.

Ma questo interesse portò a tra-

scurare gli ammalati, quasi a disprezzare i corpi “difettosi”, a voler nascondere – e in alcuni casi addirittura a proibire – la mendicizia e utopisticamente quasi a voler “nascondere” la povertà in quanto disturbatrice di quella sognata armonia. Le opere artistiche del tempo mettono in luce la bellezza e l’armonia dei corpi, non i loro difetti o le loro deformazioni. Le opere artistiche e letterarie nel rinascimento sono un canto all’armonia e al godimento, in contrasto con la realtà dolorosa e spesso traumatica della società del tempo. Molti ospedali furono trascurati e lasciati all’ incuria, specialmente nei luoghi dove si è imposta con più forza la mentalità rinascimentale. Un certo crollo di questa mentalità – e che riflette la stessa pittura di Michelangelo nella Capella Sistina – fu il sacco di Roma ad opera dei Lanzacchenechi, nel 1526. Fu come il segno della fine di una idealità utopica e irreale. Nonostante il manierismo susseguente, la tragica storia europea di un secolo solcato da eserciti e da guerre lascerà le sue profonde e dolorose tracce e spiegherà anche l’età barocca successiva, anche nell’arte.

2. L’emblematico caso di Paracelso

Un altro personaggio rappresentativo dell’epoca rinascimentale fu il medico, naturalista e filosofo dell’università di Basilea, Theophrast von Hohenheim, detto Paracelso (1493-1541); egli soffrì a causa dei duri contrasti con i suoi colleghi e i farmacisti, per cui sarà cacciato da quell’Università. Nonostante tutto, Paracelso ha dato un notevole contributo allo sviluppo della medicina, anche se venne accusato di stregoneria. Paracelso accusava i medici di disamore verso l’umanità e attaccava con speciale accanimento le scuole mediche del suo tempo, che diminuivano l’importanza dell’osservazione e ritenevano che ormai la scienza medica fosse arrivata al suo apice²¹. Paracelso ha una concezione *arcanomisterica* della malattia, legata a concezioni magico-astrologiche; gli astri erano considerati da lui

origine di tutti i fenomeni naturali: “così, mentre nella medicina tradizionale scolastica, che aveva proseguito la tradizione ippocratico-galenica, l’equilibrio veniva ristabilito attraverso la terapia dei contrari, secondo Paracelso la terapia si doveva basare sulla reintegrazione degli identici, individuati nei minerali o nei vegetali che subivano o esprimevano le stesse influenze astrali. Da cui la sua provocazione ai farmacisti, attraverso la tanto nuova quanto sospetta procedura di produrre farmaci attraverso tecniche di trasformazione alchemica delle sostanze naturali”²². Queste posizioni contribuirono alla creazione della fosca fama di avvelenatore che ebbe questo personaggio.

3. Il metodo sperimentale

Ma la grande novità per la scienza medica fu l’imporsi del metodo sperimentale introdotto da Galileo²³ contro i cosiddetti peripatetici (aristotelici e scolastici), che ritenevano di non dover imparare nulla dall’osservazione dei fenomeni. Egli richiamava il bisogno di “*anteporre l’esperienza a qualsivoglia discorso*”, e quindi elementi del suo metodo di conoscenza erano le “*sensate esperienze e certe dimostrazioni*”: qui entrava in gioco il potenziamento dei sensi, la capacità critica e l’invenzione di ogni strumento tecnico che poteva aiutare in questo compito. L’appello all’esperienza non è un richiamo alla passività, ma ad un processo attivo, “*capace di vagliare la realtà e di trovare in essa corrispondenze e rapporti [...]. L’esperienza richiede come base della procedura scientifica il riconoscimento di un ordine cosmico che deve essere esplorato e valutato da un criterio che l’esperienza stessa esercita nel momento in cui avviene, come indispensabile premessa alla riflessione*”²⁴. Ecco perché la scienza lavora anche con ipotesi che, con ulteriori verifiche, possono dimostrarsi sbagliate, ed ecco perché il metodo scientifico esige la possibilità della ripetitività degli esperimenti. Il metodo di Galileo è un metodo fondamentalmente matematico, diverso da quello filoso-

fico e teologico; il primo fornisce sempre teorie “*di carattere provvisorio e limitato..., relativi e sottoposti al vaglio sperimentale*”.

Il metodo galileiano si trova alla base di tutta la mentalità scientifica moderna e di molta diffidenza della filosofia antica o della teologia. Ma la realtà, sappiamo, non si esaurisce nel tipo di sperimentazione proposta da questo metodo, precisamente a partire dalla stessa esperienza invocata dallo stesso. L’uomo non è soltanto composto di parti organiche, di membra che possano essere esaminate a sé, ma forma un complesso che noi chiamiamo precisamente “uomo” o “donna”, dove entrano in un’unità inscindibile numerosi elementi indissociabili.

4. I grandi progressi tecnici della medicina di fronte al problema perenne dell’uomo

A partire da Galileo la medicina fece grandi progressi tecnici, come ci attesta la storia della medicina moderna. Le malattie cominciarono ad avere punti di partenza, cause, processi, sbocchi... L’anatomia fece anche notevoli progressi e le diagnosi sulle malattie diventarono sempre più precise. Un po’ alla volta, a partire dall’illuminismo nacque la medicina del lavoro (Bernardino Ramazzini da Carpi); nacque la psichiatria (Chiarugi e Philippe Pinel) che liberò i malati di mente dalle catene. Scoperte, come la vaccinazione (E. Jenner), avviarono verso la medicina preventiva; presero il via anche la sanità pubblica e l’igiene (J.P. Frank); si iniziarono a studiare le cause delle morti; si crearono quindi le Scuole di sanità per promuovere la sanità e l’igiene anche pubblica, come un diritto primario del cittadino (già nella Francia rivoluzionaria, nel 1794). La salute diventò così un fatto di responsabilità pubblica.

Una vera rivoluzione nel campo della salute avviene però a partire dell’Ottocento, quando la medicina entra a far parte della vita della salute pubblica; ma una vera svolta avverrà soltanto a metà del secolo con lo studio della patologia cellulare, grazie anche alle

tecniche microscopiche e all'introduzione della medicina sperimentale²⁵. Lo studio dei germi e la microbiologia introducono una vera rivoluzione nel campo della salute e della medicina (Semmelweis, Wendell, Pasteur, Koch, Hansen, Neisser, Fraenkel, Klebs, Nicolaier, Yersin, Kitasato, Bruce, Schaudinn, Ricketts...). La medicina aveva scoperto le cause di numerose malattie infettive, e un po' alla volta i rispettivi rimedi, e aveva portato all'ingresso nella medicina, già nel XX secolo, di un maggior potenziamento dei mezzi diagnostici e terapeutici (Riva Rocci, Röntgen...). *"I sensi su cui Galileo fondava la possibilità dell'esperienza sono oggi impegnati a percepire non solo qualcosa, ma anche i particolari di immagini artificialmente derivate da questo corpo [...]"*.

Ma nonostante tanto progresso, l'uomo continuò a farsi le domande di sempre, a voler risolvere enigmi che la sola ragione intuisce, ma ai quali da sola non riesce a rispondere. E cioè: rimangono ancora le incognite profonde di sempre, le loro contraddizioni e i problemi e le domande ultime dell'uomo: *"gli uomini... non possono eliminare il limite, la vera e propria condizione di dipendenza che la natura loro impone. Le possibilità di miglioramento e di aumento quantitativo della vita non appaiono infinite"*²⁶. L'organismo umano, a un certo punto, sembra crollare, può a volte essere aiutato a recuperare una certo grado di riabilitazione o di sanità, ma c'è sempre un termine ineluttabile, la morte, che manifesta drammaticamente il proprio essere creatura umana; e questo fatto ineluttabile lo richiama alla coscienza personale del proprio essere e del proprio destino.

V. LA CHIESA DI FRONTE ALLA MALATTIA²⁷

1. A partire da Cristo stesso

Il cristiano o la cristiana sono un uomo o una donna visitati dalla grazia di Cristo nel battesimo. Per questo si interessano a tutto l'uomo e non soltanto ad una parte

della problematica umana, come quella che potrebbe essere la dimensione rituale religiosa, l'anima o l'aldilà. Quindi, se si interessano di tutto, si devono interessare anche delle persone *"che cercano il senso della loro sofferenza, ovvero il nesso tra la vita e il destino per cui si sentono fatti. La malattia è il segno di questo senso definitivo delle cose, se esiste [questo senso], [e che] è più grande di noi stessi. La malattia è il richiamo, l'ultimo e il più terribile, a ricercare questo senso..."*²⁸.

Questa preoccupazione è presente fin dai primordi del cristianesimo e a partire da Gesù Cristo stesso. Basta osservare la vita di Gesù come ci viene raccontata dai Vangeli, per capire l'importanza che hanno nella sua vita il ministero della guarigione e l'attenzione ai malati, ai sofferenti, e a ogni persona sempre bisognosa di misericordia. L'evangelista Matteo ci dà una breve descrizione della sua attività in questo senso: *"E Gesù percorreva tutta la Galilea, insegnando nelle loro sinagoghe e predicando la buona novella del regno, e risanando ogni malattia e ogni infermità in mezzo al popolo. Si sparse così la sua fama per tutta la Siria e condussero a lui tutti i malati, travagliati da diverse infermità e dolori, indemoniati, lunatici, paralitici; ed egli li guarì"* (Mt 4,23-24).

"Gesù percorreva tutte le città e villaggi, insegnando nelle sinagoghe e proclamando la Buona Novella del Regno e guarendo ogni malattia ed ogni dolore" (Mt 9,35).

Spesso nei Vangeli vengono raccontati questi miracoli di guarigione con dettagli assai umani e commoventi. Marco ci offre una descrizione di queste guarigioni compiute da Gesù: *"E sbarcati che furono, gli abitanti subito lo riconobbero, e si misero a percorrere tutta quella regione e a portare sui lettucci gli ammalati, dovunque sentivano che fosse. E dovunque giungeva, nei villaggi, nelle città, nelle borgate, ponevano gli infermi nelle piazze, pregandolo che permettesse loro di toccargli almeno la frangia del mantello; e quanti lo toccavano, erano guariti"* (Mc 6,54-56).

Luca, nell'introduzione al Ser-

mone sulla Montagna, ci offre in un passaggio una descrizione analoga: *"E sceso con questi [i dodici], si fermò sopra un ripiano, dove era una grande folla di suoi discepoli e una grande moltitudine di gente, i quali da tutta la Giudea, da Gerusalemme e dalla riviera di Tiro e di Sidone erano venuti per ascoltarlo e per farsi sanare dalle loro infermità; e i vessati da spiriti immondi erano guariti; e tutta la folla cercava di toccarlo, perché usciva da lui una forza che sanava tutti"* (Lc 6,17-19).

Il ministero effettivo di questa misericordia in atto verso tutti i sofferenti costituisce parte della missione affidata da Gesù ai suoi discepoli. Si vede con chiarezza nel testo classico di Marco: *"E chiamati a sé i suoi dodici discepoli, diede loro potere di scacciare gli spiriti immondi, e di guarire ogni malattia e ogni infermità... Sanate infermi, risuscitate morti, mondate lebbrosi, scacciate demoni, gratuitamente avete ricevuto, gratuitamente date"* (Mt 10,1.8; cfr. Mc 3,13-19; 6,7-11; 9,1-5; 10,3-12).

Nel testo di Marco si dice che: *"Chiamati a sé i dodici, cominciò a mandarli a due a due, dando loro potestà sopra gli spiriti immondi... E quelli, andati, predicarono che si facesse penitenza; e scacciavano molti demoni e ungendo con olio molti infermi li guarivano"* (Mc 6,7.12-13).

Luca, da parte sua, sottolinea: *"Convocati i dodici, diede loro potere e autorità sopra tutti i demoni, e di sanare malattie. Poi li mandò a predicare il regno di Dio e a guarire gli infermi... I discepoli dunque partirono e andarono di villaggio in villaggio, annunciando dovunque la buona novella e operando guarigioni"* (Lc 9,1-2.6). E Gesù aggiunge più avanti il suo ordine: *"Entrando in una città, se vi accolgono... guarite gli infermi che vi sono, e dite loro: Sta per venire a voi il regno di Dio..."* (Lc 10,8-9).

Non c'è stata situazione di umano dolore che Gesù abbia incontrato lungo la sua strada che Egli non abbia toccato con la sua misericordia. È parte della sua missione e segno della sua autenticità come mandato dal Padre. Per limitarci al Vangelo secondo

Marco, troviamo già fin dall'inizio della sua missione la narrazione quasi continua di una serie di miracoli di guarigioni di malattie, che tra l'altro erano allora socialmente discriminatorie e senza via di uscita. Così Gesù insegna a Cafarnao e guarisce un indemoniato (Mc 1,21); dopo segue la guarigione della suocera di Simone (Mc 1,29-31) e molte altre guarigioni: *"Venuta la sera, dopo il tramonto del sole, gli portavano tutti i malati e gli indemoniati. Tutta la città era riunita davanti alla porta. Guarì molti che erano afflitti da varie malattie e scacciò molti demoni..."* (Mc 1,39).

Segue la guarigione di un lebbroso, che sarà la prima di una lunga serie (Mc 1,40-45), malattia altamente contagiosa e considerata segno di maledizione divina e oggetto di severe leggi discriminatorie. Dopo troviamo il racconto di un'altra serie di guarigioni di malattie di persone afflitte di handicap fisici e sociali, come il caso dei paralitici (cfr. Mc 2,1-12), ciechi (cfr. Mc 8,22-26; 10,46-52), sordomuti (cfr. Mc 7,31-36) affetti da diverse malattie come quelli chiamati o considerati indemoniati e di solito cacciati fuori dalla comunità (cfr. il caso dell'indemoniato geraseno in Mc 5,1-20; 7,24-30), epilettici (cfr. Mc 9,14-27), di persone con malattie senz'altro socialmente considerate "vergognose", come il caso dell'emorroissa (cfr. Mc 5,34). Addirittura risuscita dei morti, sempre come segno della sua messianicità e della sua misericordia (cfr. la figlia di Giàiro, Mc 5,35-43; il figlio di una vedova a Naim in Lc 7,11-17; di Labaro in Gv 11,1-44). Ovunque passasse, la gente gli portava *"sui lettucci quelli che stavano male, dovunque udivano che si trovasse..."* (Mc 6,53-56).

Quindi dall'inizio della sua vita pubblica: *"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. La sua fama si sparse per tutta la Siria e così condussero a lui tutti i malati, tormentati da varie malattie e dolori, indemoniati, epilettici e paralitici; ed egli li guariva"* (Mt 4,23-24).

Gesù guarisce i malati, ma si può dire che, secondo le narrazioni evangeliche, Egli abbia avuto una speciale cura e delicatezza in tutte quelle situazioni di discriminazione e di malattie socialmente allora discriminatorie ed "infettive", proprio come la lebbra. Egli stesso ricorda il senso di tutte queste guarigioni e il loro significato alla luce della sua missione messianica nella sinagoga di Nazareth, citando il profeta Isaia quando afferma che *"oggi si è adempiuta questa scrittura che voi avete udita con i vostri occhi"* (cfr. Lc 4,18-21).

2. Gli Apostoli e i loro immediati successori obbediscono al mandato del Signore

Gli Apostoli operavano le guarigioni mediante unzione con olio (cfr. Mc 6,13). Forse qui è prefigurato ed ha il suo fondamento il sacramento dell'unzione dei malati, nel senso in cui lo intende il Concilio di Trento, come vedremo; il Concilio si appella, per fondare tale sacramentalità, precisamente ai dati concreti della Scrittura. Il testo di Mc 6,7-13 fa un elenco dell'attività degli Apostoli mandati da Gesù in missione: predicazione della penitenza, caccia dei demoni ed unzione con olio e guarigione degli infermi. L'unzione con olio era in uso presso i Giudei come procedimento puramente medicinale. Essa doveva simboleggiare il potere sulle malattie, trasmesso da Cristo agli Apostoli. Un accenno all'unzione con l'olio profumato si vede anche nell'unzione che Cristo permise gli fosse fatta da una donna a Betania, a casa di Simone il lebbroso, prima della morte (Mc 14,3-9; Mt 26,6-13; Gv 12,1-8; Cfr. Lc 7,36-50). Molti autori hanno visto in questo gesto una prefigurazione del sacramento dei malati.

Gli Atti degli Apostoli mostrano come subito gli Apostoli e tutta la Chiesa ebbero chiara coscienza del significato di questo mandato di Gesù. La sua preoccupazione per i sofferenti di ogni infermità e di ogni miseria umana, quindi anche gli ammalati, al pari di tutta la sua azione salvifica, viene vi-

sta e realizzata come continuazione della missione di Cristo stesso. I suoi numerosi miracoli di guarigioni, al di là del momentaneo aiuto individuale, sono segni della nuova e definitiva era (*escaton*) di salvezza da lui iniziata, che riceverà nella *parusia* il suo ultimo completamente, forma perfetta che non conoscerà più malattia e morte. Appartiene quindi alla sua missione il conferire agli Apostoli il mandato di "guarire gli ammalati", "di sanare ogni malattia e ogni infermità" (cfr. Mt 10, 1, 7, 9-11; Mc 6,7-13; Lc 9,1s.). Anzi, la guarigione degli ammalati costituisce un elemento del mandato con cui Cristo invita gli Apostoli ad andare in tutto il mondo ed a predicare il Vangelo ad ogni creatura (Mc 16,15s.; Atti 3,1-16; 9,32ss.; 14,8ss.; 28,8s.). In questo contesto diede loro l'assicurazione: *"E questi saranno i miracoli che accompagneranno i credenti: nel nome mio scacceranno i demoni, parleranno lingue nuove, prenderanno in mano i serpenti e se berranno qualche bevanda mortifera non farà loro alcun male, imporranno le mani ai malati e questi saranno guariti"* (Mc 16,17 s.).

Negli Atti, Luca mostra nella prima parte l'attività di Pietro che compie numerose guarigioni come parte integrante della sua missione apostolica (cfr. At 3,6-7; 5,15-16; risuscita una donna: 9,40); nella seconda parte, la storia della missione apostolica gira attorno Paolo. Non potevano mancare dei miracoli compiuti dall'Apostolo delle genti, come parte della sua autorità apostolica: il paralitico di Listri (At 14,9-10; a volte per semplice contatto: 19,11-12; o il passo in cui risuscita un giovane caduto da una finestra: At 20,10).

Vediamo anche gli altri Apostoli e Discepoli compiere dei miracoli di guarigioni, come si dice di Stefano, che *"pieno di grazia e di forza, operava prodigi e segni grandi tra il popolo"* (At 6,8).

Lo stesso si dice di Filippo nel suo ministero nella Samaria: *"E le folle, unanimi, prestavano orecchio alle cose dette da Filippo, all'udirlo e al vedere i prodigi che faceva. Infatti da molti invasi uscivano gli spiriti immondi,*

gridando a gran voce, e molti paralitici e zoppi furono guariti. Così fu grande allegrezza in quella città" (At 8,6-8).

3. La dottrina nell'Apostolo Paolo

Paolo, da parte sua, annovera le guarigioni tra i carismi prodotti dallo Spirito (1Cor 12,9.28.30)²⁹. L'Apostolo parla esplicitamente di un "dono delle guarigioni" (vers. 9, 28, 30) e di persone che esercitano il ministero dei "guaritori". Ogni volta che egli parla, utilizza l'espressione *charismata iamaton* che significa «carismi delle guarigioni». Alcuni pensano che l'uso al plurale del termine faccia pensare che Paolo veda in ogni guarigione un carisma specifico. Così scrive F. Sullivan, s.j.: *"L'emploi répété de cette expression donne à penser que Paul voit en chaque guérison un charisme, ou don de la grâce. Mais sa déclaration à un autre les dons de guérisons et sa question tous ont-ils des dons de guérison? laissent supposer qu'en parlant de ceux qui ont des dons de guérison, Paul ne pense pas à ceux qui sont guéris mais à ceux qui sont d'une manière ou d'une autre impliqués dans la guérison des autres. La façon dont il en parle donne à entendre qu'il ne voit pas là un «don de guérison» permanent; cependant ses propos suggèrent que certains individus servent, avec quelque régularité, de canaux ou d'instruments aux guérisons qui se produisent. Si c'est bien là le cas, il semblerait alors légitime de dire de ces personnes qu'elles ont un ministère de dons de guérison pour les autres"*³⁰.

In realtà questo tipo di ministero costituisce una parte importante del ministero di Gesù e quindi anche dei suoi discepoli.

4. La testimonianza di Giacomo

La testimonianza più chiara della preoccupazione che la Chiesa ha per la salvezza degli ammalati è offerta da Giacomo (5,14 ss.). Il testo dice: *"È ammalato qualcuno tra voi? Mandi a chiamare i presbiteri della Chiesa, e faccia-*

no orazioni su di lui, ungendolo con olio nel nome del Signore. E la supplica della fede salverà il malato e gli darà sollievo il Signore e, se avesse commesso peccati gli saranno perdonati. Confessatevi dunque gli uni agli altri i peccati e pregate gli uni per gli altri, affinché siate guariti. Molto può la preghiera efficace del giusto" (Gc 5,14-16).

I "presbiteri" di cui qui si parla sono i responsabili della comunità. Essi devono pregare sull'ammalato, mentre gli fanno l'unzione con olio. Lo devono fare nel nome dei Signore. Questa formula può significare che l'azione risale ad una disposizione di Cristo od anche (il che è più probabile) che la preghiera e l'unzione avvengano in virtù di Cristo, e quindi la virtù salvifica di Cristo è presente ed agisce nell'atto dei presbiteri. Come frutto è indicata la salvezza del malato ed il suo sollievo da parte del Signore. Ci si chiede se si tratti di una salvezza e di un sollievo corporale oppure spirituale. Il perdono dei peccati è menzionato soltanto come conseguenza ipotetica della preghiera e dell'unzione. Anche se l'ammalato non ha commesso peccati, i presbiteri devono pregare su di lui ed ungerlo. Questo fatto attesta che il passo mira in primo luogo alla guarigione corporale.

Se si interpreta il passo di Giacomo nell'orizzonte di tutto il Nuovo Testamento, cioè di tutto il pensiero di Gesù attestato dagli scritti neotestamentari, si deve dire che Gesù vuole dare sempre tutta la salvezza all'uomo, non soltanto la sanità corporale. Le guarigioni corporali operate da Cristo non erano mai disgiunte dalla guarigione spirituale. Erano sempre in rapporto vivo con il perdono dei peccati, in quanto la guarigione della malattia era il punto di partenza o la conferma del perdono dei peccati. Anche nel nostro testo la salvezza ed il sollievo dovranno essere intesi come salvezza totale dell'uomo, quantunque la guarigione corporale stia nel primo piano della visuale. Evidentemente, la sanità corporale e quella spirituale stanno in un rapporto indissolubile tra loro. Per l'uno può essere tale il ritorno alla vita, per l'altro la mor-

te sollecita. Il vero bene è la venuta dei Signore, il possesso del regno di Dio. Se il conseguimento di questo bene esige la dilazione della morte, questa verrà differita da Dio. Se esso esige l'acceleramento della morte, questa verrà affrettata da Dio. La preghiera e l'unzione con olio non producono quindi soltanto la sanità del corpo, ma la salvezza di tutto l'uomo unito a Cristo.

5. Preghiera ecclesiale, unzione degli infermi e cura dei malati nella Chiesa primitiva

Negli scritti di alcuni Padri, appaiono riferimenti alla salute e alla malattia come parte delle cose "indifferenti" che non sono in sé né buone né cattive, ma che secondo la disposizione di ciascuno possono essere di profitto per il bene o possono essere occasione di male, anche se la salute corrisponde allo stato originale dell'uomo creato. La malattia viene vista come un male, in quanto appare come una conseguenza del peccato originale e quindi come qualcosa di opposto al bene voluto da Dio; ma questo male viene sempre considerato a livello della natura fisica dell'uomo. Per cui, a volte, la malattia può costituire paradossalmente un bene in ordine alla salvezza (Basilio di Cesarea, Giovanni Casiano, Giovanni Crisostomo, Gregorio Nazianzeno...). È lo stesso atteggiamento suggerito da sant'Ignazio di Loyola nei suoi esercizi spirituali davanti ad ogni realtà e situazione terrena³¹.

Quindi, la malattia può avere anche un senso positivo. Ma questa positività viene riconosciuta dalla persona se ha un senso della trascendenza, altrimenti sarà vista sempre sotto un aspetto negativo e disperante. Un atteggiamento del genere, non solo non dà sollievo al corpo, ma accresce il dolore e la disperazione dell'anima e diventa "un dolore perso" (Crisostomo). Per questo, i Padri insistono sulla ricerca del senso della malattia per poter vivere quella situazione dolorosa in senso salvifico (Massimo il confessore, Gregorio di Nazianzo...). *"Hacer filosofía de la propia enfermedad y del propio*

sufrimiento consiste en primer lugar para el hombre en considerar lo que se le está revelando sobre su condición”³². Quindi, la malattia può costituire per il cristiano occasione di conversione e di santificazione (Crisostomo, Giovanni Climaco e i numerosi scrittori ascetici e mistici orientali antichi). In questo senso, la malattia è una manifestazione della Provvidenza ed un’opportunità per un progresso spirituale. Il malato deve per questo mendicare continuamente la grazia di Dio per vivere quella situazione della quale, con le sole forze della natura, non riuscirà mai a capire il significato. Dio, che veglia sul malato, non vuole che questo si perda, vuole la sua salvezza e secondo il bene della sua anima dona sempre il bene migliore (anche la salute fisica quindi) in ordine alla salvezza a coloro che lo chiedono nella fede. Ecco quindi l’importanza della pazienza nel malato e della preghiera.

In questo contesto si inserisce anche l’azione sacramentale della Chiesa in favore dei malati, della sua preghiera per essi, della richiesta di guarigione globale, sempre in ordine alla salvezza totale dell’uomo. Scrive san Isacco Sirio: *“La preghiera è l’aiuto più forte per la malattia”*. Nella preghiera, e soprattutto in quella fatta sacramentalmente dalla Chiesa, l’uomo si unisce a Dio e si apre alla grazia; riceve da Lui ogni aiuto e ogni bene. Per questo, molti antichi Padri (come Dorotheo di Gaza) si preoccupano se il malato rimane in preghiera e in atteggiamento di ringraziamento. Spesso il malato vive però in una situazione tale di dolore o di impotenza che una preghiera nel senso abituale gli è assai difficile; gli rimane quindi soltanto la possibilità di vivere silenziosamente nella presenza del Signore e affidarsi alla preghiera della Chiesa, che prega per il malato, l’assiste e implora la sua guarigione totale, secondo il volere di Dio.

Nel suo *«Adversus haereses»*, sant’Ireneo (II sec.) segnala che uno dei segni per identificare un eretico era che questi non riusciva ad operare dei miracoli di guarigione compiuti dai cristiani, perché gli mancava la potenza

di Dio. Egli mostra come il tema della guarigione degli ammalati sia stato una preoccupazione fondamentale nella vita della Chiesa fin dagli inizi in maniera variegata: *“Altri guariscono gli ammalati imponendo loro le mani e loro recuperano la salute”*. Dal testo di denuncia delle nascenti eresie si deduce non solo la preoccupazione della Chiesa per i malati, ma il fatto delle guarigioni “miracolose” che avvenivano in seno alla Chiesa.

La Chiesa primitiva, appoggiandosi in un certo modo alle attese salvifiche dell’apocalittica giudaica ed anche difendendosi dagli incantesimi per gli infermi, ampiamente diffusi nell’ambiente pagano, usò sovente olio consacrato contro le malattie³⁴. La *Traditio Apostolica* di Ippolito (databile intorno al 215 d.C.) accenna anche alla preghiera per la consacrazione dell’olio degli infermi. Risale al sec. IV una preghiera di consacrazione tramandata da Serapione di Thmuis. Essa dice: *“Noi invochiamo te, che possiedi ogni forza e potere, salvatore di tutti gli uomini, padre dei nostro Signore e Salvatore Gesù Cristo, e ti preghiamo di mandare dal cielo su quest’olio la virtù salutare dell’Unigenito, affinché serva a coloro che con esso vengono unti, oppure ricevono questi doni della tua creazione, per scacciare ogni male ed infermità, come antidoto contro ogni demone, per la espulsione di ogni spirito impuro, per la repressione di ogni spirito maligno, per l’estinzione di ogni ardore febbrile e di ogni freddezza e debolezza, per la buona grazia e per il perdono dei peccati, come rimedio della vita e della salute, per la sanità e integrità dell’anima, del corpo e dello spirito, per il perfetto risanamento. Tema, o Signore, ogni forza satanica, ogni demone, ogni attentato dell’avversario, ogni pena, ogni colpo od urto od ombra dannosa, dinanzi al tuo santo nome, che noi ora invochiamo, e, dinanzi al nome dell’Unigenito. Si ritirino dall’anima e dal corpo di questi tuoi servi, affinché sia glorificato il nome di colui che per noi è stato crocifisso e risuscitò, Gesù Cristo, che ha preso su di sé le nostre malattie e debolezze (Mt 8,17) e*

che verrà per giudicare i vivi e i morti (2Tim 4,1). Infatti per mezzo suo è a te l’onore e la forza nello Spirito Santo ora e per tutti i secoli. Amen”.

Da parte sua, Origene (III sec. d.C.) nel suo *Contra Celsum* parla dei cristiani che *“scacciano gli spiriti cattivi e operano molte guarigioni”*. Egli spiega gli effetti della preghiera dei cristiani fatta in nome di Gesù: *“il nome di Gesù può ancora eliminare i disturbi della mente degli uomini, scacciare i demoni, e anche allontanare le malattie”*; *“poiché in questo modo abbiamo visto molte persone liberate da terribili sofferenze, disturbi mentali, follia e innumerevoli altre infermità”*³⁶.

Nel V secolo, sant’Agostino, afferma come ci fossero ancora delle guarigioni di natura straordinaria come risposta alla preghiera. Egli, in alcune sue opere della prima parte della sua vita di convertito, esprime una sua opinione riguardo al fatto che – secondo lui – l’età dei miracoli sia già terminata; ma questa opinione sembra che egli la corregga in seguito al suo ministero episcopale a Ippona, dove egli asserisce che in un periodo di soli due anni e nella sua propria diocesi, c’erano state circa sessantadue guarigioni miracolose bene documentate³⁷. Anche nelle sue *Confessioni*, Agostino descrive gli interventi di Dio nella sua vita e come usava ogni situazione gioiosa o dolorosa come un’opportunità per donare la sua grazia.

Altri Padri della Chiesa Primitiva e i Padri del Deserto (monaci, asceti...) parlano spesso della malattia, degli atteggiamenti dei cristiani di fronte ad essa, insistendo soprattutto sull’aspetto di opportunità per una “conversione” attraverso la preghiera e la mendicanza della grazia divina in ordine alla salvezza totale³⁸. Molti dei Padri, specialmente quelli del Deserto (asceti, specialmente dei secoli IV al VI), e anche donne che si convertivano a questo stile di vita nei cenobi e monasteri nei deserti dell’Egitto e del Medio Oriente, ci hanno trasmesso tutta una esposizione sulla preghiera per chiedere la grazia della guarigione interiore³⁹.

L’esperienza cristiana delle

guarigioni dei malati in seguito alla preghiera è una costante nella vita della Chiesa, come testimoniano i santuari, i pellegrinaggi, le testimonianze dei miracoli richiesti per la santità canonizzata. Ci è sufficiente ricordare che Dio, in risposta alla preghiera, concede sempre grazie speciali, che spesso sono vere guarigioni miracolose nel senso tecnico e teologico del termine. Questo fatto, anche se spesso nella storia della Chiesa è legato alla devozione e intercessione dei santi, alla venerazione delle loro reliquie e alle peregrinazioni a santuari cristologici, mariani o di santi, a luoghi di speciale rilevanza cristiana, come luoghi di apparizioni riconosciute dalla Chiesa, non è però un fatto esclusivo di tale aspetto. Non è nostro compito dare qui un'esposizione sul tema della malattia e della cura dei malati presso la Chiesa dei primi secoli. Ciò che ci interessa sottolineare è come la Chiesa abbia visto la cura dei malati quale parte integrante della sua missione, in obbedienza al mandato di Cristo. "L'unzione dei malati" fu la forma chiara in cui fin dai tempi apostolici si è manifestata tale preoccupazione.

6. Testimonianze lungo il Medioevo fino al concilio di Trento

Nel Medioevo bisogna distinguere gli interventi sul tema della malattia, della cura dei malati e dell'azione della Chiesa a vari livelli. Prima di tutto, si continua l'antica tradizione dei Padri in rapporto alla concezione della malattia in una globalità della persona, dell'uomo caduto e redento da Cristo, e quindi del suo valore salvifico. Si insiste sulla malattia come occasione di "conversione" e di elevazione a Dio; si prega per i malati e si insiste sul fatto che questi vivano la loro malattia come un'opportunità di unione maggiore a Dio e del bisogno della grazia per vivere la loro circostanza dolorosa; si curano i malati – e in questo senso inizia la storia propriamente detta degli ospedali, una storia di carità specifica che ha come oggetto diretto della sua attenzione i malati di ogni

genere; ma si cerca anche la cura dei malati attraverso la preghiera liturgica (unzione degli infermi) in vista sia della richiesta di guarigione totale sia del passaggio alla vita eterna (*viaticum*); si insiste anche sulla preghiera personale per chiedere a Dio il miracolo della guarigione del malato. In questo senso il papa san Gregorio Magno (590-604) considera i miracoli di guarigione come un anticipo del paradiso e come un segno dell'unione dell'umanità con Dio, scopo della vita dell'uomo. In questo senso i miracoli sono per lui "segni" escatologici. La preghiera d'intercessione rivolta ai martiri, ai santi e fomentata dal Santo Dottore e Papa, diventa un denominatore comune della storia ecclesiale taumaturgica dell'Alto Medioevo, una età tipicamente convinta che i miracoli fossero i segni più chiari della santità canonizzata. In questo contesto bisogna anche leggere l'importanza data in Occidente all'unzione dei malati, anche in senso sacramentale, spesso unito alla pratica della penitenza e del viatico verso la vita eterna. Forse influì in questo senso anche la convinzione che nel momento della morte si concentri l'ultima decisione circa il destino eterno e perciò l'atto della morte debba essere protetto mediante un proprio sacramento. San Tommaso d'Aquino affronta la questione della guarigione dei malati e quindi dei miracoli di guarigione nella terza parte della *Summa Theologica*. Per Tommaso, i miracoli sono prove della verità evangelica, prove della divinità di Cristo e del suo insegnamento, per cui praticamente considera in questo senso i miracoli del Vangelo. Anche i miracoli di ogni tempo vanno considerati in questa prospettiva salvifica, come egli afferma: "*L'anima è più importante del corpo [...] Quando l'anima ha un valore maggiore del corpo, altrettanto il perdono dei peccati è un'opera più grande della guarigione del corpo; tuttavia, poiché il primo è invisibile, [Dio] compie l'atto meno importante e più evidente allo scopo di dimostrare quello più grande e più invisibile*"⁴⁰.

È interessante notare che una concezione simile a quella di Tommaso si trova in alcuni ri-

formatori come Lutero e Calvino, che credevano che i miracoli accaduti nei primi secoli avessero lo scopo di rafforzare la predicazione evangelica, mentre nei tempi successivi si era insistito maggiormente sull'insegnamento degli uomini in ordine alla loro conversione, per cui i riformatori insisteranno soprattutto sulla "fede" e la preghiera interiore. La teologia di Calvino ha una visione provvidenzialista radicale su ogni avvenimento e realtà della storia, quindi anche sulla malattia: tutto ciò che avviene nella vita di una persona è voluto da Dio ed è segno di una elezione o di un rifiuto (predestinazione), per cui tale visione poteva alimentare la rassegnazione di fronte alla malattia, ritenuta come frutto della volontà di Dio, per cui difficilmente una persona convinta di questa visione teologica poteva lottare contro la malattia o chiedere un miracolo. Da parte della Chiesa cattolica, si vide allora il bisogno di puntualizzare tutta la teologia sacramentale e il valore della preghiera d'intercessione, il senso dei miracoli e il valore delle opere e in concreto della carità cristiana. Si arriva così alle definizioni dogmatiche e alle disposizioni disciplinari del Concilio di Trento in materia⁴¹.

In quanto alla prassi ecclesiale nella vita della Chiesa, dopo Trento, si continuò la riflessione teologica sui sacramenti e si focalizzò meglio la dottrina sui miracoli, applicati soprattutto alle Cause di Canonizzazione, da una parte; dall'altra i grandi santi del momento diventarono efficaci strumenti di rinnovamento della vita ecclesiale e nella pratica anche spesso veri taumaturghi *in vita et post mortem*. Alcuni, come san Giovanni di Dio, san Filippo Neri e san Camillo de Lellis, san Vincenzo de' Paoli, ecc., si sono distinti nella vita della Chiesa come strumenti di Dio nella Chiesa e nella società per venire incontro ai drammi sociali del tempo nel campo della salute, specialmente di fronte a malattie di cui la società del tempo non si preoccupava o discriminava. Nasce, a partire dall'epoca moderna, tutta una grande storia di santità canonizzata, specialmente di donne che si

sono consacrate alla cura dei malati, con una predilezione, assai specifica e speciale, per i casi più disperati e segregati dalla società. Si impegnarono nel ministero della cura dei malati, crearono opere ospedaliere, fondarono compagnie di fratelli e sorelle e ordini religiosi consacrati totalmente alla cura degli ammalati, specialmente quelli discriminati, contagiosi e quindi abbandonati da tutti. Questi santi si consacrano di persona a questi malati che consideravano come Cristo stesso, e anche spesso sono avvenute guarigioni miracolose attraverso la loro intercessione, già in vita. Quindi non si dimenticò mai la prassi della consacrazione al servizio dei malati, anche implorando la loro guarigione e procurando la loro cura con la preghiera e con ogni tipo di azione caritativa e attiva. Carità che è *coesenziale* alla natura stessa della Chiesa⁴².

VI. STORIA DELLA CARITÀ VERSO I MALATI E DISCRIMINATI

1. La carità si fa opera lungo la storia della Chiesa soprattutto nei santi

Lungo la storia della Chiesa, i cristiani hanno avuto la preoccupazione di seguire le tracce di Gesù Cristo di fronte ai bisogni delle persone; fra questi si trovano l'assistenza ai poveri, agli orfani, alle vedove e a tutti i bisognosi. Questa cura si trova già nelle indicazioni degli Atti degli Apostoli quando si parla dell'istituzione dei diaconi, di alcuni miracoli degli Apostoli stessi e della raccolta di elemosine per assistere quanti, nella comunità cristiana, versavano in condizioni di bisogno. Le stesse preoccupazioni si trovano nelle lettere paoline e nel resto delle lettere apostoliche con le collette fatte in favore dei poveri, specialmente della Chiesa di Gerusalemme e nella lettera di Giacomo (cfr. *Gc* 2). La cura dei malati e di tutti i bisognosi entra quindi a far parte dell'attività caritativa della Chiesa fin dai suoi primi passi⁴³.

Un luogo dove si vede mes-

sa in atto l'azione dello Spirito Santo nella concreta storia della Chiesa è nella vita dei santi, uno svelarsi nello spazio e nel tempo del Mistero di Cristo⁴⁴. Ebbene, in questo svelarsi della presenza di Cristo c'è un aspetto particolarmente incisivo: il santo intercede in favore dell'uomo o della donna bisognosi di misericordia, di perdono, di aiuto fisico e spirituale; la sua carità diventa opera di misericordia e di promozione dell'uomo; spesso il santo opera letteralmente dei miracoli di guarigione. In questo senso, la storia della santità canonizzata dimostra l'importanza globale di tutta la persona e della sua cura. Ecco perché, anche nello studio del tema: "Cura dei malati discriminati e affetti da malattie considerate *infeziose* nella storia della Chiesa", non si può prescindere dallo studio dell'opera dei santi che si sono consacrati a queste persone ammalate, hanno fondato delle opere in loro favore e spesso hanno anche compiuto dei veri miracoli, nel senso teologico, in loro favore. Accenniamo ad alcuni casi e momenti della storia.

2. Il monachesimo e le opere di misericordia

La storia della Chiesa è costellata di fatti che illustrano i suoi interventi in favore dei malati e dei discriminati di vario genere, fin dai tempi della Chiesa primitiva. È anche la storia di una carità operosa dei santi in favore del povero, specialmente del più discriminato dei malati come il lebbroso. Storie, come quella di san Martino di Tours che ad Amiens, ancora soldato, dona metà del suo mantello a un povero (che in seguito Cristo identificherà con se stesso)⁴⁵, sono notissime; episodi del genere si ripeteranno spesso nella storia dei santi, come in san Francesco di Assisi, san Camillo de Lellis, ecc...

Ma ben presto, nella storia della Chiesa nascono anche delle istituzioni consacrate alla carità dei più bisognosi. Nella Chiesa primitiva troviamo le istituzioni di tali opere da parte dei vescovi in favore degli orfani, delle vedove, dei pellegrini, degli ammalati bisognosi, di coloro senza tetto e di tutti i po-

veri. La storia del monachesimo è anche una storia di carità operante. Basta ricordare la storia del monachesimo occidentale ad opera di san Benedetto. Esso non fu soltanto determinante nella diffusione missionaria del cristianesimo medievale, ma lo è stato anche nella costruzione di una nuova dimora di popoli, la *Christianitas* europea: accogliendo tra le sue fila monaci provenienti tanto dalle popolazioni romane quanto da quelle germaniche, il monachesimo benedettino incarna in se stesso il dialogo tra due mondi, reso possibile all'interno di una visione cristiana. Esso eserciterà quindi una funzione educativa per i nuovi popoli europei, attuando così dal suo interno la vera unificazione dell'Occidente, e ponendo la vera base dell'unità europea. Ma c'è un altro aspetto fondamentale in questa esperienza. I monaci, con il loro lavoro, dissodano e bonificano vaste zone incolte trasformandole in fertili campi; insegnano ai nuovi popoli ad amare la terra e a coltivarla. Presso i monasteri accorrono le plebi rustiche "attratte dalla protezione e dall'esempio di quegli insoliti pionieri di una civiltà industriale e riparatrice"⁴⁶. I monasteri esercitano inoltre una funzione sociale, non solo in quanto centri di arti e mestieri, ma anche per l'esercizio dell'ospitalità e per la cura e l'accoglienza dei malati, specialmente con la fondazione di ospizi, lazzaretti e dei primi ospedali della storia. In questo senso, i monasteri diventano i principali depositari della cultura, della carità e della risposta ai problemi del mondo occidentale, anche in campo sanitario. Basti ricordare il loro ruolo nella storia della medicina e della farmacologia, con la creazione in ogni monastero di apposite infermerie, farmacie e veri luoghi di studio e di assistenza in questo senso. I monaci sono per questo nell'Alto Medioevo, specialmente nei tempi più ardui, un segno di umanità e di preghiera contemplativa calato all'interno di una società violenta, integrando magistralmente il loro motto "*ora et labora*"⁴⁷. Essi sono un richiamo alla gente del tempo della memoria di Cristo. Un po' alla volta i monasteri diventano,

in una società sconvolta e violenta, le vere “città” di pace e di incontro, anche per coloro che sono totalmente emarginati anche dal punto di vista sanitario; in questo, la pratica delle opere di misericordia è parte privilegiata della loro vita monastica.

3. Ordini, confraternite e congregazioni ospedaliere nei tempi medioevali⁴⁸

Con l'andar del tempo nascono nella Chiesa anche degli ordini religiosi, dei gruppi di cristiani, radunati nel nome di Cristo, per assistere tutti coloro che versavano in particolari situazioni di necessità. Se nella Chiesa dei primi secoli, nelle singole comunità, si dava ampio spazio alla cura di quanti ne avevano bisogno, col passare dei secoli, specialmente nel medioevo, assistiamo alla nascita del fenomeno degli ordini religiosi, alcuni di matrice monacale, altri canonica e più avanti troviamo ordini che nascono sull'alveo degli ordini cavallereschi, di redenzione degli schiavi cristiani (come i trinitari e i mercenari...), ospedalieri, mendicanti e simili. L'attività di questi ordini era sorretta dalle confraternite laicali di uomini e donne vicini all'Ordine, che fondano ospedali, ospizi, lebbrosari e luoghi di accoglienza per tutti quanti si trovano in situazioni di disagio, discriminazione sociale e anche colpiti da malattie considerate appunto infettive, in luoghi spesso di frontiera religiosa, culturale e politica. Li troviamo ormai fiorenti a partire dal secolo XI. L'indirizzo religioso di questi ordini (di uomini e di donne) significa esercizio delle opere di misericordia, svolto insieme da uomini e donne, rivolte ai malati e ai pellegrini e al riscatto degli schiavi. Per esempio, va ricordato l'ordine di san Labaro, che gestisce un ospedale per i lebbrosi a Gerusalemme e che dopo la seconda crociata si trasforma in ordine militare (1142). Un caso simile è quello del Santo Sepolcro, o quello Teutonico (1198). Con le crociate, sono sorti infatti diversi ordini consacrati al servizio dei malati, come quelli di lebbra, raccolti in ospedali o lazzaretti, co-

me quello vicino a San Giovanni d'Acri (1190), che, con l'andar del tempo, si trasforma in un ordine con l'approvazione di Clemente III (1191) e si organizza sotto Innocenzo III (1199) “*juxta modum Templi in clericis et militibus et ad exemplum Hospitaliorum in pauperibus et infirmis*”⁴⁹. Un altro ordine che si dedicherà anche al servizio dei malati e dei pellegrini ammalati è quello spagnolo di San Giacomo, nel secolo XII.

Fu proprio il secolo XII che vide fiorire l'attività delle opere di misericordia, promosse dal movimento della vita apostolica canonica nei centri abitati e lungo le vie di pellegrinaggio e commerciali, per l'assistenza spirituale e materiale ai malati⁵⁰. Queste persone consacrate si occupano di rispondere a tutti i bisogni, anche a quelli materiali, di questi ammalati e di questi pellegrini che, viaggiando lontano dalla propria patria, si trovano in un mare di disagi. Si creano così degli ospizi, si forniscono strutture di accoglienza per coloro che cadono ammalati lungo le vie, e perfino si costruiscono dei ponti nei luoghi di passaggio. Un caso assai noto è legato alla città castigliana di Santo Domingo de la Calzada (Spagna). San Giacinto è l'umile barcaiolo al quale, traghettando i pellegrini, capita anche di servire il Cristo lebbroso, che lo porta con sé alla vita eterna, dopo che ha baciato la lebbra. “È una necessità “sociale” dello sviluppo della cristianità quello di costruire le *domus leprosororum*, gli *hospitalia pauperum*, di garantire sicurezza alle vie di comunicazione, di provvedere alla base economica degli ospedali e alla vita dei loro inservienti. La riforma degli ospedali è uno dei punti della riforma di Innocenzo III e dei suoi legati, nei concili che precedettero il concilio generale Laterano IV. Questa riforma viene fatta all'insegna di un motto: il malato, il povero, il lebbroso è “il signore dell'ospedale” e, di conseguenza, gli inservienti dell'ospedale sono i suoi servi”⁵¹. L'organizzazione degli ospedali si organizza a livello locale sotto la guida del Vescovo, oppure a livello universale sotto la dipendenza del papato. Gli inservienti dell'ospedale

(uomini e donne) possono essere religiosi o laici devoti.

Si diffondono così numerose confraternite, ordini religiosi e altre congregazioni dedite alla cura degli ammalati. Per esempio, si moltiplicano le cosiddette “suore grigie” consacrate alla cura dei malati. Ricordiamo per esempio, i Crociferi o Crocigeri, i Fratelli della Santa Croce a Bologna (1169), le *Sorores* di Santa Isabella di Turingia (+1231) a Marbourg. È stato tramandato un bell'augurio diretto a coloro che accudivano i lebbrosi: “*salute, pace e pazienza a voi che vi curate sul Cristo lebbroso, cioè sul malato*”. Coloro che si dedicano al servizio dei malati, di Cristo malato, devono condurre una vita degna dell'opera che svolgono... L'ospedale è un luogo pio e i suoi inservienti devono essere votati alla pietà. I concili medioevali si preoccupano della cura dei malati, degli ospedali. Si ricorda in proposito come si insiste sul lavoro di carità di questi ordini ospedalieri; il loro maestro si ritiene come il *servus pauperum Christi* e tutti i fratelli, *ad servitium pauperum venientes*, si fanno schiavi dei “signori” malati⁵³.

Dentro l'ospedale sono accolti uomini, donne, lebbrosi, e al loro servizio si mettono chierici e laici, uomini e donne e buoni medici. Vi si trovano anche delle “suore” che si curano dei malati, soprattutto donne, come a Gerusalemme, e dopo a Valencia in Spagna. Crescono così gli ordini ospedalieri. Tale organizzazione a servizio della pubblica sanità appare compatta, e poggia sull'essenzone e su una solida base economica. Gli ospedalieri di san Giovanni sarebbero il primo istituto che pone la vita religiosa *ex professo* a servizio degli ospedali. Altre istituzioni simili le troviamo a Roma: è la storia dell'ospedale di Santo Spirito in Sassia, unito a quello di Montpellier (1170-1180)⁵⁴. L'ospedale, ricostruito da Innocenzo III per rimediare a una cattiva azione dei suoi nipoti e anche per salvare i bambini gettati nelle onde del Tevere, si trova ancora oggi in vita.

In questo tempo, ormai in pieno periodo di trasformazioni sociali europee, con il secolo XIII tro-

viamo una nota schiera di donne che si consacrano al servizio totale di Cristo nel povero, nel malato, nell'appestato, nel lebbroso... Si ricordano, fra le molte, Isabella di Ungheria, Margherita, figlia di Bela IV, Edvige, Anna di Slesia, Salome di Galizia, Cunegonda di Polonia, Agnese di Boemia, Isabella de Töis, Isabella di Aragona, tutte regine e nobili, spesso dirette dai nuovi ordini mendicanti (domenicani, francescani...), che consumano la vita negli ospedali nel nome della carità, soprattutto fra i più discriminati. Sorgono anche nuove confraternite di gruppi che si associano in attività simili, nel nome di Cristo e con un profondo senso di fraternità. Spesso si prendono cura degli ospedali e di tutte quelle opere di carità che rispondono alle nuove situazioni emergenti nella vita sociale europea. Ormai ferve l'attività ospedaliera in tutta la cristianità, animata dai mendicanti e da altri movimenti di rinnovamento cristiano. Nascono nuovi ospedali sul modello di quello romano di Santo Spirito in Sassia⁵⁵. Accanto a questi ospedali, sorgono quindi nuove confraternite e anche nuove opere in favore della redenzione degli schiavi presso i musulmani. Siamo ormai al tramonto del Medioevo e arriviamo così agli inizi della cosiddetta modernità o epoca moderna. Nuovi e gravi problemi si pongono alla società europea. Dal punto di vista sanitario scoppieranno vere tragedie, come le grandi pesti e pandemie che colpiranno il mondo occidentale. ■

Note

¹ Tale è anche il titolo di un saggio di ANGELO SCOLA, "Se vuoi, puoi guarirmi". La salute tra speranza e eutopia, Siena: Cantagalli, 2001, 134 pp. L'Autore, Cardinale Patriarca di Venezia (è stato Vescovo di Grosseto, Rettore Magnifico della P.U.Lateranense), affronta il tema della malattia e del desiderio inciso nel cuore dell'uomo che sente la malattia e la morte come qualcosa contro la sua stessa natura e quindi contro il desiderio di eternità.

² A. SCOLA, *ibidem*, 5.

³ Cfr. GIOVANNI PAOLO II, *Lettera Apostolica sul senso cristiano della sofferenza umana, Salvifici Doloris*, dell'11 febbraio 1984, e quello della CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Istruzione circa le preghiere per ottenere da Dio la guarigione*, del 14 settembre del 2000.

⁴ A. SCOLA, *ibidem*, 7.

⁵ R. GUARDINI, *Ritratto della malinconia*, Brescia, 1990, 37; cit. in SCOLA, 7.

⁶ *Ivi*, 8-10.

⁷ E. LEVINAS, *Totalità e infinito. Saggio sull'esteriorità*, Milano, 1980, 238, cit. in SCOLA, *ivi*, 9.

⁸ T. W. ADORNO, *Minima moralia*, Torino 1988, 264, cit. in SCOLA, *ivi*, 9.

⁹ Questi aspetti vengono ricordati nei documenti del Magistero citati: cfr. *Salvifici Doloris*, cap. III; *Istruzione della C. della Fede*, nn. 1-2.

¹⁰ A. CAMUS, *Opere. La peste*, Milano 1988, 520-521, cit. in SCOLA, *ivi*, 11.

¹¹ SCOLA, *ivi*, 14.

¹² SCOLA, *ivi*, 14-15.

¹³ G. CESANA, *Il "Ministero" della salute. Note introduttive alla medicina*, Firenze: Studio Editoriale Fiorentino 2000, 8. Seguo questo Autore nei dati fondamentali di storia della medicina e della sua interpretazione. A lui mi lega una amicizia che lascio qui patente.

¹⁴ Cfr. B. ZANOBBIO - G. ARMONCIDA, *Storia della medicina*, Milano: Masson 1997.

¹⁵ G. CESANA, *ivi*, 13.

¹⁶ G. CESANA, 17.

¹⁷ *Il Flos Medicinae Salerni*, poemetto in versi leonini del s. XI-XII secolo, contenente i precetti fondamentali della *Regola Sanitaria Salernitana*, esprime le sue radici cristiane; cfr. versione ital. di F. GHERLI, in: Roma: Tascabili economici Newton, 1993; le introduzioni di C. GATTO TROCCHI e di R. M. SUOZZI, danno una lettura totalmente astorica a carattere "laicista"; cfr. CESANA, 29-30, nota 10.

¹⁸ Cfr. H. WOLTER, *L'ospedale in Occidente durante l'alto Medioevo*, in *Storia della Chiesa. La civitas medievale*, a cura di H. JEDIN, Milano: Jaca Book, vol. VI/1, pp. 260-266.

¹⁹ Così è stabilito da apposite regole per un ospedale, consacrato a Sant'Anna, creato da un pellegrino medioevale francese verso Santiago, a Saucedo (Soto) de Aller (la mia valle) dove sorgeva una chiesa dedicata a San Martino di Tours; egli stesso rimase a servire in quel luogo e a lui si aggiunsero altri sacerdoti e laici del posto.

²⁰ Non posso dimenticare che, nella mia valle nativa di Aller sulle montagne della Cordillera Astur-Cantabra (Asturias, Spagna), furono fondati in questo periodo almeno per quanto ne so io, due ospedali, da parte di laici e preti, con relative confraternite, e un proprio regolamento, spesso per accogliere ammalati inguaribili e contagiosi. Alcuni degli aspetti sopracitati li ho visti proprio in questi regolamenti.

²¹ PARACELSO, *Contro i falsi medici: sette autodifese*, a cura di M. L. BIANCHI, Roma-Bari: Laterza, 1995.

²² CESANA, 20-21.

²³ L. GEYMONAT, *Problemi di epistemologia e di metodo*, in *Galileo Galilei*, Torino: Einaudi, 1980.

²⁴ CESANA, 21.

²⁵ Cfr. in questo senso l'opera di CLAUDE BERNARD, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, 1865.

²⁶ CESANA, 28.

²⁷ Dal punto di vista della storia della teologia cfr. diversi trattati sul sacramento dell'unzione dei malati; in modo speciale ricordo il tratto che ne dà M. SCHAMUS, *Dogmatica Cattolica*, Ediz. Ital. a cura di Natale Bussi, Marietti: 1966, vol. IV/1, 636-661.

²⁸ G. CESANA, *Il "Ministero" della salute. Note introduttive alla medicina*, Firenze: Studio Editoriale Fiorentino 2000, 8. Seguo questo Autore nei dati fondamentali di storia della medicina e della sua interpretazione.

²⁹ Cfr. per una esposizione completa

sull'argomento: FRANCIS A. SULLIVAN, s.j., *Charismes etrenouveau charismatique. Une étude biblique et théologique. Préface du cardinal Léon Joseph Suenens*, Éditions du Lion de Juda, Collection Chemin Neuf Pneumatique, 1988; versione originale inglese, Servant Book, ann Arbor, Michigan 48107, 1982.

³⁰ F. SULLIVAN, s.j., *ivi*, 249-250.

³¹ Cfr. JEAN-CLAUDE LARCHET, *Théologie de la maladie*, Paris: Éditions du Cerf, 1994 (seconda edizione); IDEM, *Del buen uso de la enfermedad seg ún los Padres de la Iglesia. La ambivalencia de la enfermedad*, in "Communio" (Revista Católica Internacional, 19, julio-agosto, (1997), 279-288.

³² LARCHET, in "Communio", *ivi*, 281.

³³ Seguo in questo quadro generale la sintesi che offre SCHAMUS, *Dogmatica Cattolica*, *ivi*.

³⁴ Cfr. *Didachè* 10, 7.

³⁵ FUNK, *Didasc. et Const. Apost.*, 2, 190.

³⁶ Cit. BRIDGET MARY MEEHAN, *Il potere di guarigione della preghiera*, Milano: Grubaudi, 2001, 32.

³⁷ *Retractiones*, 12, 7; 13, 5, cfr. anche in *De Civitate Dei*, 22, 8.

³⁸ Abbiamo fatto già un accenno sopra. Qui elenchiamo alcuni nomi in ordine alfabetico e opere seguendo l'elenco offerto da JEAN-CLAUDE LARCHET, in "Communio", *ivi*, 287-288: Barsanufio e Giovanni di Gaza (s. VI): Correspondance, Éditions de Solesmes, 1971; Basilio di Cesarea (330-379), soprattutto nelle sue opere *sullo Spirito Santo* e sul tema che *Dio non è l'autore del mali*; Cipriano di Cartagine (s. III) nei suoi trattati *sulla virtù della pazienza* (SC 291) e in quello *sulla morte* (PDF 14); Diadoco di Fotica (s. V) nelle *centurie sulla perfezione spirituale* (SC 5bis; PDF 41); Doroteo di Gaza (s. VI): nelle sue *opere spirituali* (SC 92); Gregorio Nazianzeno (s. IV): nei suoi *discorsi teologici* su temi diversi (cfr. in SC, anche in PDF; 61) Gregorio Palamas (1296-1359) nelle sue *omelie* (*Homelies*, trad. Française: Ymca-Press/Oeil, 1987); Isaac il Sirio (s. VII), nei suoi *trattati spirituali* (*Oeuvres spirituelles*, DDB, 1981) che ebbero grande influsso in Oriente; Giovanni Casiano (360-435), monaco orientale che, arrivato in Occidente, ebbe un grande influsso sulla vita monacale nelle sue *Conferenze* (SC 42, 54, 64) e nelle sue *Istituzioni*; Giovanni Crisostomo (s. IV): nelle sue *Omelie sulla Provvidenza di Dio* (SC 79) e i *Comenti alle epistole paoline* (PDF 35-36); Giovanni Climaco (tra il 579-654), anacoreta e monaco: nella sua *Scala spirituale* (Ed. Monte Casino, 1990) con grandissimo influsso sui monasteri orientali; Giovanni Damasceno (tra il 650-750), monaco a Mar Saba, nei pressi di Gerusalemme, difensore del culto dell'immagine all'epoca della iconoclastia e che scrive una sintesi sui Padri Greci; Macario di Egitto (tra il 300-390), monaco e anacoreta nel deserto egiziano di Escetea e che ci lascia i suoi *Apotegmata dei Padri* (SC 387); Massimo il Confessore (tra il 580-662): ultimo Padre Greco, difensore delle due volontà in Cristo nelle sue *Centurie sulla carità* (SC 9) e nelle *Meditazioni sull'agonia di Gesù*; Nicetas Stetatos (tra il 1005-1079), discepolo del místico Simeone il Nuovo Teologo, che scrisse la sua vita ed altri trattati spirituali (SC 81); Poemen (s. V), monaco del deserto di Escetea, autore di *Apotegmi* (SC 387); Simeone il Nuovo Teologo (949-1022), monaco e místico bizantino: nelle sue *catechesi* (SC 96, 104, 113) e *inni* (SC 156, 174, 196); Sincretica (morta verso il 400), una donna anacoreta nel deserto dell'Egitto, autrice di apotegmi (cfr. J.-C. GUY, *Paroles des anciens*, Paris: Ed. Seuil, Point-Sagesses, 1976). SC = *Sources Chrétiennes*, Paris: Ed. du Cerf;

PDF = Pères dans la Foi, Ed. Migne, diffusion Brepols.

³⁹ Molti passi in questo senso sono stati raccolti per scopi diversi da autori moderni, come il famoso P. ALONSO RODRIGUEZ, S.J., *Ejercicio de perfección cristiana*; cfr. BARBARA BOWE et alii, *Silent Voices, Sacred Lives*, Paulist Press, 1992.

⁴⁰ III.44.3, ad 1 e 3.

⁴¹ Sess. XIV: introduzione e cap. I; DENZ. 1694-1695; cfr. DENZ. 794 (833); 860, 1259, 1310, 1324, 1601, 1694, 1695-1700, 1716ss, 1718, 1864, 2536, 3448 ed inoltre il *CIC* del 1917, can. 937-947; *CIC* del 1983, can.998-1007. La traduzione italiana del testo tridentino qui riportata è quella dell'ediz. Italiana della *Dogmatica Cattolica* dello SCHMAUS, IV/1, 636-637.

⁴² FRANCIS A. SULLIVAN, sj, *Charismes et renouveau charismatique. Une étude biblique et théologique*, 257-258.

⁴³ Cfr. BENEDETTO XVI, *Deus caritas est*, Lettera enciclica del 25.12.2005: dedica la seconda parte a delle considerazioni sull'esercizio dell'amore da parte della Chiesa come "comunità di amore" (nn. 19-42) con ri-

ferimenti concreti alle diverse fasi storiche e modalità di tali interventi.

⁴⁴ Sull'aspetto storico dei Processi di canonizzazione: cfr. GIOVANNI PAPA, *Le Cause di Canonizzazione nel primo periodo della Congregazione dei Riti (1588-1634)*, Roma: Urbaniana University Press, 2001; P. DELOOZ, *Sociologie et Canonizations. La sélection des Saints*. Faculté de Droit, Liège - Martinus Nijhoff, La Haye 1969.

⁴⁵ Cfr. SULPICIO SEVERO, *Vita Sancti Martini*, 3, 1-3, *SCh* 133, 256-258, cit. anche in BENEDETTO XVI, *Deus caritas est*, n. 40.

⁴⁶ L. STEFANINI, *La Chiesa Cattolica*, Morcelliana, Brescia 1952.

⁴⁷ J. LEQUERCO, *La spiritualità del Medioevo (VI-XII secolo)*. Da S. Gregorio a S. Bernardo, EDB, Bologna 1986.

⁴⁸ *Atti del secondo congresso italiano di storia ospedaliera*. S. Vincent 1961, Torino 1962.

⁴⁹ E. JOACHIM - W. HUBASTSCH, *Regesta ordinis Sanctae Mariae Theutonicorum*, Göttingen 1948-1950.

⁵⁰ GUERRA, *De locis piis, de hospitalibus*, I, 237-253; A. AGUSTIN, *Epitome Iuris Pontificii*,

pars II, lib. 2 *De monasteriis, et xenodochiis, sive hospitalibus et aliis locis*, Lucae 1771, 6, 25-40: sulla cura spirituale dei malati.

⁵¹ E. SASTRE SANTOS, *La vita religiosa nella storia della Chiesa e della società*, Ancora, Milano, 1997, 370.

⁵² In E. SASTRE SANTOS, o.c., 370.

⁵³ Cfr. In E. SASTRE SANTOS, o.c., 371. Sastre ricorda la storia di Saladino che rimane colpito dalla carità degli ospedalieri. Tra vestito da povero e malato, bussa alla porta dell'ospedale a Gerusalemme. Viene ospitato e accudito, e come "signore dell'ospedale", ordina una zuppa preparata con la carne del cavallo del maestro. Gli ospedalieri sacrificano il cavallo del maestro per soddisfare il desiderio di un povero malato musulmano (*ivi*, p. 389, nota 83).

⁵⁴ L'unione dei due ospedali viene segnata dalla Carta Magna dell'attività ospedaliera: *Inter opera pietatis*, 19 giugno 1204, POTTHAST, 2248; PETRA, II, 134-139, cit. in E. SASTRE SANTOS, o.c., 389, nota 86.

⁵⁵ Cfr. G.G. MERLO (a cura di), *Esperienze religiose e opere assistenziali nei secoli XII e XIII*, Torino 1987.

TESTIMONIANZE

La missione del medico cattolico oggi

50 anni di Medicus Mundi International

Simposio Internazionale Bioetica e Realtà Africane:

1. Raccomandazioni

2. Intervento del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari

XV Congresso della Federazione Asiatica delle Associazioni dei Medici Cattolici

BALI, INDONESIA – 18-21 OTTOBRE 2012

La missione del medico cattolico oggi

**MONS. JEAN-MARIE
MUPENDAWATU**

Segretario del Pontificio
Consiglio per gli Operatori
Sanitari,
Santa Sede

Introduzione

È una grande gioia e un onore per me rappresentare il Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari in questo XV Congresso della Federazione Asiatica delle Associazioni dei Medici Cattolici. Vi porto i saluti e la benedizione del nostro Presidente, l'Arcivescovo Zygmunt Zimowski, che mi ha chiesto di trasmettervi le sue scuse per non essere qui con noi quest'oggi, in quanto partecipa al Sinodo dei Vescovi sulla Nuova Evangelizzazione, che ha luogo in questi giorni in Vaticano. Egli ha, ad ogni modo, assicurato le sue preghiere per tutti voi ed ha espresso l'auspicio che i vostri lavori siano fruttuosi.

Ringrazio gli organizzatori di questo Congresso per aver esteso alla mia persona l'invito a partecipare a queste giornate di riflessione, condivisione e apprendimento, che riguardano in particolare le sfide dei medici cattolici in un mondo che sta cambiando. La mia sincera gratitudine va al Paese che ci accoglie, l'Indonesia, e in particolare alla bellissima città di Bali per la meravigliosa ospitalità e organizzazione.

L'argomento che mi è stato assegnato non è facile. Si può parlare della missione del medico cattolico oggi in modo generale, o formulando teorie che non soddisferebbero nessuno. Parlare oggi di questo argomento a persone che

hanno sei secoli di storia dell'arte della medicina (quattro in più rispetto all'Europa occidentale), può apparire presuntuoso. Mi limiterò quindi a presentare alcune linee che meritano un maggiore esame nel dialogo che avrà luogo nel corso dei prossimi giorni.

1. La missione del medico e i cambiamenti nell'arte della medicina

-La sacralità dell'arte della medicina – Il giuramento di Ippocrate

Chiediamoci, prima di tutto, se esiste ancora quella che viene definita la **missione del medico**. La storia dell'etica medica ci mostra chiaramente che l'arte della medicina era considerata una forma particolare di servizio, sia di tipo religioso che laico. La pratica della medicina è giustamente indicata come una professione, e un'analisi di questo termine può aiutarci a cogliere il messaggio che dovrebbe trasmettere. Il termine professione ha un'origine religiosa e deriva dalla parola Latina *profiteor*, professare. Tradizionalmente, era usata per descrivere la professione pubblica della fede o consacrazione religiosa. Così, chi professava era una persona consacrata ad un ministero o che lo confessava pubblicamente. Pertanto un medico era, come il sacerdote, una persona consacrata ad una forma di ministero e questo fatto era pubblicamente riconosciuto. Di qui, la pratica di allacciare un patto o fare un giuramento e quindi promettere di esercitare la propria professione in maniera corretta. In questo senso, si può certamente parlare di missione¹. Il medico, come

il sacerdote, aveva Dio come testimone e garante della rettitudine della sua attività professionale. Basti pensare all'arte della medicina della Cina, della Mesopotamia, dell'Egitto, della Grecia e di Roma. Tutto era circondato da un'aura sacra, per cui il medico era visto come un sacerdote.

Il giuramento di Ippocrate è stato giustamente considerato il paradigma dell'arte della medicina come missione. Con esso un giovane medico si impegna a rispettare una serie di regole e regolamenti. Queste *“norme prevedono l'impegno di astenersi dall'arrecare danno, di agire per il maggior beneficio del paziente, di esercitare la professione in maniera pia e pura, di essere fedele al principio del segreto professionale, di astenersi dal praticare l'aborto, e così via. Con la dichiarazione pubblica di questo giuramento il novizio poteva entrare nella categoria di coloro che «professavano», o in altri termini, degli operatori professionali”*².

Questa tradizione, tramandata nei secoli, è stata accolta e apprezzata nella storia del cristianesimo fino ai nostri giorni. Non possiamo presentare qui tutta la storia dell'assistenza sanitaria. Mi limiterò a citare i nomi di San Benedetto, San Camillo, San Riccardo Pampuri, San Giuseppe Moscati, il Beato Damiano e la Beata Teresa di Calcutta. Altre figure della storia dell'assistenza sanitaria, come Galeno, Percival, Nightingale e Dunant, appartengono ad altre tradizioni più “laiche”, ma anch'esse hanno difeso una certa immagine di “servizio”.

- Paternalismo medico

La posizione di Ippocrate è stata per lungo tempo classificata co-

me 'paternalismo medico'. In verità Ippocrate, nei suoi scritti, ha delineato una fisionomia del medico come alleato del paziente, rispettoso del suo maestro e dei suoi colleghi.

Il paternalismo risale al XIX secolo con Thomas Percival (1740-1804) che, nel libro *Etica medica*, ritrasse il medico come un gentiluomo, un 'ministro dei malati' in senso laico, conservando per lui tutto il potere decisionale per quanto riguardava il trattamento e la cura del paziente. Al centro di questa tradizione stava l'ideale della professione medica intesa come un corpo di persone dedite principalmente al servizio verso gli altri, piuttosto che all'interesse personale. Si tratta di una visione che ha influenzato tutta l'etica medica negli Stati Uniti d'America e in Occidente fino alla metà del secolo scorso. È sottinteso che alcuni medici non erano in grado di vivere secondo questa etica. D'altronde, quando ciò si verificava, essi erano riconosciuti moralmente colpevoli e la loro azione non veniva mai legittimata o difesa come alternativa moralmente accettabile.

- La visione secolare della medicina e l'autonomia del paziente

Oggi, questa visione si oppone all'autonomia o meglio all'autodeterminazione del paziente, con un capovolgimento correlato dell'etica medica. Il ribaltamento dell'etica medica risale alla fine degli anni '60. Una lettura di questo cambiamento è stata compiuta da Edmund Pellegrino e David Thomasma nel libro *Helping and Healing*, tradotto anche in spagnolo e italiano. Nel corso degli ultimi trent'anni (oggi possiamo dire 50), scrivono questi autori, nell'etica medica hanno avuto luogo più cambiamenti che non nella storia dei precedenti venticinque secoli.

Dal famoso giuramento di Ippocrate, che ha confermato la sacralità dell'arte della medicina, e, da una certa lettura recente, dal cosiddetto paternalismo medico, ci sono stati un movimento verso una visione laica della medicina e una forte enfasi sull'autonomia del paziente, con conseguenze che sono sotto gli occhi di tutti.

Oggi, quasi ogni principio della norma etica tradizionale è messo in discussione. Alcuni interpretano il rapporto tra medico e paziente come un contratto giuridico, invece che come un patto morale, altri preferiscono considerarlo un prodotto di transazione o un esercizio di biologia applicata. In molti Paesi gli aborti sono legali, la riservatezza può essere violata in determinate circostanze, l'autonomia del paziente prevale su quella del medico, l'interesse personale del medico è usato per limitare i costi nei sistemi sanitari, secondo alcuni psichiatri i rapporti sessuali con i pazienti possono far parte di un regime terapeutico, mentre altri difendono il suicidio assistito, così come l'eutanasia diretta e indiretta.

*"La cosa più significativa in tutto questo è la sfida all'ideale di una professione come un gruppo sociale dedicato ad un modo speciale di vita, una vita di servizio in cui l'interesse personale soccombe all'altruismo. Esercitare la professione medica equivaleva a una vocazione in senso religioso"*³. C'è una crescente tendenza a considerare la professione medica come qualsiasi altra occupazione. La medicina come carriera (mezzo di sussistenza, prestigio, potere e progresso) era secondaria alla medicina come chiamata e vocazione.

Per molti, questi ideali sono insostenibili nell'ambiente socio-culturale contemporaneo. Nei vari ambiti della vita pubblica, nel mondo degli affari, della politica e del governo, stiamo vivendo un'erosione dei valori morali, tanto che per un numero crescente di persone ciò sembra una realtà accettabile. Molti hanno abbandonato l'idea della medicina come professione e vocazione, tanto che in ambito medico c'è stata una progressiva discesa dalla vocazione verso la carriera. Pellegrino e Thomasma osservano che la comune devozione a un ideale è stata sostituita da confusione, dubbio, dissenso e depressione. Inoltre, come conseguenza, è in dubbio il futuro dell'etica medica. C'è una crescente convinzione che professioni antiche come la medicina o il ministero sacerdotale non siano essenzialmente differenti dagli affari o dalle sue occupazioni, e quindi

perché dovrebbero essere mantenute ad un livello di altruismo? Eppure la medicina è in generale un'attività morale; essa richiede una persona vulnerabile che abbia fiducia nella competenza e buona volontà di chi professa di aiutare. Si tratta di un rapporto fondato sui bisogni dell'umanità ferita.

1.1. Le cause di questa trasformazione

Le cause di questa trasformazione possono essere ricondotte a tre fattori: la gestione democratica del potere (autoritarismo benigno non più accettabile); l'istruzione pubblica (demistifica le professioni; i trionfi e le carenze della vita professionale vengono rivelate nei programmi televisivi, nei mezzi di comunicazione stampata, nelle soap opera); e il pluralismo morale (dilemmi della moderna assistenza medica e crescita di una diversità morale, sistema di valori omogeneo (basato su un'etica ebraico-cristiana) il che pone una sfida – medici e pazienti non possono presumere un consenso della questione fondamentale sulla vita umana, il suo significato, scopo, e valore – perciò l'individualismo morale)⁴. Medici e pazienti risolvono sempre più le controversie morali in tribunale. L'autonomia del paziente sostituisce la beneficenza come principio dominante in etica medica. La professione è divisa in diverse questioni: specifiche problematiche morali dell'aborto, eutanasia volontaria, tecnologie riproduttive e natura del rapporto medico-paziente. A tutto ciò deve essere aggiunto un quarto fattore, cioè la trasformazione degli ospedali e delle case di cura in aziende che devono essere "gestite".

Tenendo conto di questi fattori, l'etica medica non può essere intesa come lo era fino agli anni '60. Al di là del fatto che molti problemi che erano una questione di etica medica rientrano oggi nel campo della bioetica, la relazione tra medico e paziente, che è centrale nell'approccio dell'etica medica, non deve più intendersi nel modo tradizionale.

È necessario riformulare il concetto di professione e gli obblighi morali che ne derivano.

1.2. *Fiducia tra medico e paziente come soluzione al conflitto tra l'autonomia del paziente e il dovere del medico*

Il conflitto tra autonomia del paziente e dovere del medico può trovare soluzione solo in un rapporto di fiducia reciproca. "Benefit in trust" è la formula usata da Pellegrino e Thomasma per esprimere questa relazione.

Ma a causa dei cambiamenti di cui sopra, questa relazione non si limita più al medico e al paziente. La famiglia, altre figure professionali di assistenza sanitaria, il sistema di gestione dell'azienda sanitaria locale e le politiche sanitarie, sono tutti fattori entrati in gioco. A seguito di ciò, per semplificare, si può dire che l'etica medica riguarda almeno tre componenti: il paziente, il medico e altre figure professionali, e la società, in un ordine di importanza che è invertito rispetto al passato. Vedremo di seguito alcune connotazioni di questo rapporto.

Di fronte a questi cambiamenti, la tentazione sarebbe quella di dichiarare morta l'etica medica a causa di scelte relative alla carriera e/o alla remunerazione.

Per coloro che non hanno una visione religiosa della vita, osservano, invece, Pellegrino e Thomasma, è almeno possibile tenere presente una morale che nasce al di dentro del medico o (se si preferisce) della stessa professione sanitaria.

Nella nostra epoca, contrassegnata da un pluralismo morale e quindi dal rifiuto di un unico approccio morale, che nella tradizione occidentale di deontologia medica è l'approccio ebraico-cristiano, se non si vuole ridurre la medicina a ciò che essa già è per non poche persone, vale a dire una fonte di guadagno e un pretesto per la carriera, c'è ancora la possibilità di guardare a ciò che distingue l'assistenza sanitaria dalle altre professioni.

1.3. *Le quattro caratteristiche fenomenologiche su cui si fonda il carattere morale della medicina come professione*

Le quattro caratteristiche fe-

nomenologiche su cui si fonda il carattere morale della medicina come professione, secondo il pensiero di E. Pellegrino e D. Thomasma, sono le seguenti:

- la natura dei bisogni dell'essere umano (salute, saggezza, salvezza, giustizia);

- lo stato di vulnerabilità di coloro che essa serve (il rapporto tra medico e paziente non è di parità: il potere di aiutare o meno il paziente è nelle mani del professionista);

- le aspettative di fiducia che si generano (che si fondano sulla professione stessa del medico, sulla sua volontà di aiutare la persona malata e mettere a disposizione la sua conoscenza professionale);

- e il relativo patto sociale (o, per dirla con un'espressione anglosassone, tratta dall'immagine biblica, l'alleanza o il patto che si instaura tra il medico e il paziente)⁵. Qui viene indicato il quadro in cui l'arte della medicina può trovare il proprio splendore, sconfiggendo tentazioni nostalgiche, da un lato, e atteggiamenti che comportano abbandono, dall'altro.

Soffermandoci per un momento sulle caratteristiche sopra menzionate, si dovrebbe dire che, se la natura dell'uomo invoca la salute, la saggezza, la salvezza e la giustizia, queste esigenze diventano ancora più acute in uno stato di sofferenza o malattia. Un medico, o più in generale un operatore sanitario, non può abusare della sua "superiorità"; al contrario, è chiamato a venire incontro alla vulnerabilità del paziente, che ripone la propria fiducia in lui, e questa fiducia può essere revocata solo al momento della morte, o quando viene a mancare su entrambi i lati. Il rapporto tra l'operatore sanitario e il paziente non è di tipo commerciale, ma, piuttosto, acquisisce la caratteristica che uno dei più alti esponenti della bioetica moderna non esita a confrontare con l'alleanza tra Dio e il popolo eletto⁶. Questo ci porta alla seconda fase.

2. *La missione del medico cattolico*

Laddove, per ogni persona, una professione implica una pro-

pria moralità interna, per il medico cattolico si tratta di un'autentica missione. L'idea di professione porta un senso di particolare impegno. Una delle caratteristiche delle professioni intellettuali è quella di perseguire qualcosa che va oltre l'interesse personale. La fede religiosa, dall'altro lato trasforma una professione in una vocazione, allontanando i medici cattolici da una carriera. La vocazione è una chiamata a un modo di vita e, come tale, non può essere definita solo dalle attività che costituiscono una carriera. I medici cattolici hanno una vocazione alla vita cristiana. Questa comporta la trasformazione della loro attività al livello di una grazia, un modo di dare testimonianza del messaggio del Vangelo.

La *Carta degli Operatori Pastoral*i ci offre una buona strada attraverso cui delineare la missione del medico cattolico.

Per un sommario userò una presentazione di L. Cantoni⁷. L'introduzione, dal significativo titolo di "Ministri della vita" (nn. 1-10, pp. 7-18), indica nel servizio alla vita umana la natura dell'attività degli operatori pastorali. Essa costituisce una forma di testimonianza cristiana: "Modalità primaria ed emblematica di questo «prendersi cura» è la loro *presenza vigile e premurosa accanto agli ammalati*. In essa l'attività medica e infermieristica esprime il suo alto valore umano e cristiano" (n. 1). L'attività dell'operatore sanitario si fonda su una relazione interpersonale: "egli è il buon samaritano della parabola, che si ferma accanto all'uomo ferito, facendosi suo «prossimo» nella carità (cfr. Lc 10,29-37)" (n. 3). Viene poi rilevato che "il servizio alla vita è tale solo nella fedeltà alla legge morale, che ne esprime esigentemente il valore e i compiti" (n. 6). L'operatore sanitario "attinge le sue direttive di comportamento a quel particolare campo dell'etica normativa che oggi viene denominato bioetica. In esso, con vigile e premurosa attenzione, si è pronunciato il magistero della Chiesa, in riferimento a questioni e conflitti sollevati dal progresso biomedico e dal mutevole *ethos* culturale. Questo magistero bioetico costituisce per l'operatore sanitario, cattolico e non, una fonte di

principi e norme di comportamento che ne illumina la coscienza e la orienta – specialmente nella complessità delle odierne possibilità biotecnologiche – a scelte sempre rispettose della vita e della sua dignità” (n. 6).

Il primo capitolo, “Il generare” (nn. 11-34, pp. 19-33), analizza partitamente “La manipolazione genetica” (nn. 12-14), “La regolazione della fertilità” (nn. 15-20) e “La procreazione artificiale” (pp. 21-34).

Relativamente al tema della manipolazione genetica, vengono distinti con precisione gli interventi veramente e direttamente curativi, moralmente leciti, da quelli alterativi del patrimonio genetico, che “sono contrari alla dignità personale dell’essere umano, alla sua integrità e alla sua identità” (n. 13). Dopo aver richiamato i criteri per una valutazione morale dei metodi di regolazione della fertilità, e in particolare la natura insieme e inscindibilmente unitiva e procreativa dell’atto coniugale, il documento afferma che “mentre è lecito, per gravi motivi, avvalersi delle conoscenze della fertilità della donna, rinunciando all’uso del matrimonio nei periodi di fecondità, risulta illecito il ricorso ai mezzi contraccettivi” (n. 17). Il problema non è tanto quello di “una distinzione a livello semplicemente di tecniche o di metodi, in cui l’elemento decisivo sarebbe costituito dal carattere artificiale o naturale del procedimento”; “la ragione ultima di ogni metodo naturale non è semplicemente la sua efficacia o attendibilità biologica, ma la sua coerenza con la visione cristiana della sessualità espressiva dell’amore coniugale” (n. 18).

Quanto alla procreazione artificiale, la Carta sottolinea che “il desiderio del figlio, per quanto sincero e intenso, da parte dei coniugi, non legittima il ricorso a tecniche contrarie alla verità del generare umano e alla dignità del nuovo essere umano” (n. 25). In particolare, sono moralmente leciti esclusivamente quei “mezzi artificiali destinati unicamente sia a facilitare l’atto naturale, sia a procurare il raggiungimento del proprio fine all’atto naturale normalmente compiuto” (n. 23): è il

caso dell’inseminazione artificiale omologa.

“Il vivere” è il tema del secondo capitolo (nn. 35-113, pp. 35-83), a sua volta articolato in sedici paragrafi (13), che affrontano le molteplici questioni legate alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione. Si tratta, come è chiaro, di un’area tematica che non consente alcuna prospettazione riassuntiva, ma che trova i suoi momenti unificatori nella dichiarazione che “dal momento in cui l’ovulo è fecondato si inaugura una nuova vita che non è quella del padre o della madre, ma di un nuovo essere umano che si sviluppa per proprio conto” (n. 35), e nell’affermazione che ogni intervento sul corpo umano “non raggiunge soltanto i tessuti, gli organi e le loro funzioni, ma coinvolge anche a livelli diversi la stessa persona”. L’attività sanitaria non deve mai perdere di vista “l’unità profonda dell’essere umano, nell’evidente interazione di tutte le sue funzioni corporali, ma anche nell’unità delle sue dimensioni corporale, affettiva, intellettuale e spirituale”. Non si può isolare “il problema tecnico posto dal trattamento di una determinata malattia dall’attenzione che deve essere offerta alla persona del malato in tutte le sue dimensioni. È bene ricordarlo, proprio quando la scienza medica tende alla specializzazione di ciascuna disciplina” (n. 40).

Il terzo e ultimo capitolo, “Il morire” (nn. 114-150), richiama con forza che “servire la vita significa per l’operatore sanitario assisterla fino al compimento naturale. La vita è nelle mani di Dio: Lui ne è il Signore, Lui solo stabilisce il momento finale. Ogni fedele servitore vigila su questo compiersi della volontà di Dio nella vita di ogni uomo affidato alle sue cure. Egli non si ritiene arbitro della morte, come e perché non si ritiene arbitro della vita di alcuno” (n. 114).

Si tratta di un tema – quello dell’assistenza al morente – che richiede un’attenzione rinnovata e costante: il contesto culturale sopra tratteggiato, infatti, tende a rifuggire la morte e il morente, perché questi pongono alla medicina e agli operatori sanitari domande cui essi – se sono semplici tecnici della salute – non sanno affatto rispondere. Il morente è allora il-

luso sulla gravità del suo stato, o emarginato, oppure si cerca di far rientrare la morte nell’ambito degli eventi che si determinano tecnicamente, producendoli (è il caso dell’eutanasia) o rimandandoli (è il caso dell’accanimento terapeutico). “Per il medico e i suoi collaboratori non si tratta di decidere della vita o della morte di un individuo. Si tratta semplicemente di essere medico, ossia d’interrogarsi e decidere in scienza e coscienza, la cura rispettosa del vivere e morire dell’ammalato a lui affidato” (n. 121).

Bisogna, in particolare, “*evangelizzare la morte*: annunciare il Vangelo al morente”. L’annuncio del Vangelo al morente ha “nella carità, nella preghiera e nei sacramenti le forme espressive e attuarie privilegiate” (n. 131).

Se, come era mia intenzione, la missione del medico cattolico è stata delineata al livello dei suoi aspetti principali e di base, ci si deve, infine, chiedere come essa fornisce una risposta alle sfide contemporanee.

In questa presentazione della *Carta degli Operatori Sanitari* ho già fatto riferimento a determinati requisiti. Vorrei esaminare qui altri aspetti che ritengo siano molto importanti.

Va ricordato che la Carta degli Operatori Sanitari è stata pubblicata nel 1995. Da allora ci sono stati molti pronunciamenti del Magistero della Chiesa circa gli sviluppi in campo scientifico, la loro applicazione nel campo della scienza medica e le norme che dovrebbero guidare la ricerca e l’applicazione.

Come spiega il Pontificio Consiglio: “*Nella Carta del ’94 non era stato previsto il Magistero di Giovanni Paolo II in merito all’Evangelium Vitae, con tutto il problema dell’impegno dei cattolici in politica. Noi sappiamo, infatti, che oggi tra i problemi più urgenti c’è anche la giustizia nell’allocazione delle risorse finanziarie in ossequio del bene comune e della giustizia sociale, secondo i due principi della solidarietà e della sussidiarietà. Pensiamo ai problemi del fine vita e alle risposte che nel 2007 la Congregazione per la Dottrina della fede ha dato in merito all’alimentazione e all’idrata-*

zione. Pensiamo, da ultimo, all'Istruzione *Dignitas Personae* che tratta di alcune questioni fondamentali, soprattutto nell'applicazione delle biotecnologie all'inizio della vita: cellule staminali, riduzione embrionale ... ecco, questi grandi problemi non erano presenti nella Carta del '94 e quindi è opportuna, anzi necessaria un'integrazione in questa nuova Carta.

Al di là degli operatori sanitari, i nuovi referenti sono – a mio avviso – i politici. Appunto perché – come abbiamo sentito anche recentemente nel viaggio di Benedetto XVI in Africa – la giustizia sociale, l'allocazione secondo giustizia delle risorse finanziarie è un problema emergente, soprattutto laddove nel Vecchio Continente i problemi finanziari incominciano ad incidere anche sulla gestione del bene comune nei servizi essenziali nei Paesi chiamati «più ricchi»⁸.

Queste osservazioni sono, secondo me, preziose anche per il contesto geografico in cui ci troviamo.

3. La visione antropologica

Ma anche se, da un lato, si può fare riferimento alla necessità urgente di giudizio e pratica morale, in sintonia con il Magistero della Chiesa cattolica, dall'altro va detto chiaramente che la missione di un medico cattolico oggi non si limita all'aspetto etico. La visione antropologica deve essere sempre tenuta presente.

La sfida attuale è il superamento di una visione positivista che definisce ancor'oggi la medicina.

Un uomo sofferente non può essere visto come un agglomerato di organi e tessuti. Piuttosto deve essere visto nella sua interezza come essere vivente, da un lato, e nella sua misteriosità, dall'altro.

Io credo che la *Salvifici doloris* (SD) di Giovanni Paolo II sia la «Magna Carta» di questa visione (cfr. Introduzione, Cap. I, II, III)⁹. In essa vediamo delineata tutta la storia della salvezza e in particolare il rapporto tra l'amore di Dio e la sofferenza umana, nel quadro di un disegno che tuttavia non elimina il mistero. Cito in particolare il n. 4: «La sofferenza umana de-

sta compassione, desta anche rispetto, ed a suo modo *intimidisce*. In essa, infatti, è contenuta la grandezza di uno specifico mistero. Questo particolare rispetto per ogni umana sofferenza deve essere posto all'inizio di quanto verrà espresso qui successivamente dal più profondo *bisogno del cuore*, ed anche dal profondo *imperativo della fede*. Intorno al tema della sofferenza questi due motivi sembrano avvicinarsi particolarmente tra loro ed unirsi: il bisogno del cuore ci ordina di vincere il timore, e l'imperativo della fede – formulato, per esempio, nelle parole di San Paolo, riportate all'inizio – fornisce il contenuto, nel nome e in forza del quale osiamo toccare ciò che sembra in ogni uomo tanto intangibile: poiché l'uomo, nella sua sofferenza, rimane un mistero intangibile»¹⁰.

La *Spe Salvi* di Benedetto XVI descrive in un modo magistrale altri aspetti di questa visione, in particolare la cooperazione ministeriale con l'amore di Dio e la compassione: «La misura dell'umanità si determina essenzialmente nel rapporto con la sofferenza e col sofferente. Questo vale tanto per il singolo quanto per la società. Una società che non riesce ad accettare i sofferenti e non è capace di contribuire mediante la compassione a far sì che la sofferenza venga condivisa e portata anche interiormente, è una società crudele e disumana. La società, però, non può accettare i sofferenti e sostenerli nella loro sofferenza, se i singoli non sono essi stessi capaci di ciò e, d'altra parte, il singolo non può accettare la sofferenza dell'altro se egli personalmente non riesce a trovare nella sofferenza un senso, un cammino di purificazione e di maturazione, un cammino di speranza. Accettare l'altro che soffre significa, infatti, assumere in qualche modo la sua sofferenza, cosicché essa diventa anche mia. Ma proprio perché ora è divenuta sofferenza condivisa, nella quale c'è la presenza di un altro, questa sofferenza è penetrata dalla luce dell'amore. La parola latina *con-solatio*, consolazione, lo esprime in maniera molto bella suggerendo un essere-con nella solitudine, che allora non è più solitudine. Ma anche la capa-

cità di accettare la sofferenza per amore del bene, della verità e della giustizia è costitutiva per la misura dell'umanità, perché se, in definitiva, il mio benessere, la mia incolumità è più importante della verità e della giustizia, allora vige il dominio del più forte; allora regnano la violenza e la menzogna. La verità e la giustizia devono stare al di sopra della mia comodità ed incolumità fisica, altrimenti la mia stessa vita diventa menzogna. E infine, anche il «sì» all'amore è fonte di sofferenza, perché l'amore esige sempre espropriazioni del mio io, nelle quali mi lascio potare e ferire. L'amore non può affatto esistere senza questa rinuncia anche dolorosa a me stesso, altrimenti diventa puro egoismo e, con ciò, annulla se stesso come tale»¹¹.

Il Magistero di Benedetto XVI ci aiuta così a riflettere sul fatto che la nostra esperienza non è un ricordo del passato, ma, piuttosto, richiede l'imperativo contemporaneo dell'evento cristiano¹².

Ci porta anche a superare, da un lato, lo spiritualismo e, dall'altro, il moralismo, percependo chiaramente che l'azione di un cristiano non può essere ridotta alla mera azione di una qualche forza sociale¹³, ma è un segno della carità di Cristo nel mondo.

La figura del buon Samaritano rimane l'emblema del medico cattolico di oggi. Ciò che resta, nonostante i cambiamenti della storia, è la sua immagine, si potrebbe dire la sua identità. Questo, lungi dal fermare la nostra azione, ci porta a cercare sempre nuove forme¹⁴ di essere protagonisti. Ciò richiede una sorta di integrazione di incontro tra professione, vocazione e missione. Al di là della competenza tecnico-professionale, è richiesta la responsabilità etica; è evidente infatti che la competenza tecnico-professionale non è sufficiente, e quindi la responsabilità etica è necessaria. In particolare, è necessaria la formazione professionale etico-religiosa per tutti i professionisti del settore sanitario, specialmente per gli operatori sanitari cattolici. La presenza di comitati etici sembra essere non meno importante per prendere decisioni giuste che non siano solo di carattere procedurale, ma che siano basate su una solida base mo-

rale. Infine, dobbiamo tener conto dei cambiamenti che si sono verificati nel campo sanitario, senza dimenticare il *proprium* della dimensione cristiana.

Io credo che, per quanto riguarda i cambiamenti che hanno avuto luogo in ambito sanitario, possiamo ripetere, per riassumere, quanto ha affermato il Sommo Pontefice nella sua prima enciclica: "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. Sempre ci sarà solitudine. Sempre ci saranno anche situazioni di necessità materiale nelle quali è indispensabile un aiuto nella linea di un concreto amore per il prossimo. Lo Stato che vuole provvedere a tutto, che assorbe tutto in sé, diventa in definitiva un'istanza burocratica che non può assicurare l'essenziale di cui l'uomo sofferente – ogni uomo – ha bisogno: l'amorevole dedizione personale. Non uno Stato che regoli e domini tutto è ciò che ci occorre, ma invece uno Stato che generosamente riconosca e sostenga, nella linea del principio di sussidiarietà, le iniziative che sorgono dalle diverse forze sociali e uniscono spontaneità e vicinanza agli uomini bisognosi di aiuto. La Chiesa è una di queste forze vive: in essa pulsa la dinamica dell'amore suscitato dallo Spirito di Cristo. Questo amore non offre agli uomini solamente un aiuto materiale, ma anche ristoro e cura dell'anima, un aiuto spesso più necessario del sostegno materiale. L'affermazione secondo la quale le strutture giuste renderebbero superflue le opere di carità di fatto nasconde una concezione materialistica dell'uomo: il pregiudizio secondo cui l'uomo vivrebbe «di solo pane» (*Mt* 4,4; cfr *Dt* 8,3) – convinzione che umilia l'uomo e disconosce proprio ciò che è più specificamente umano"¹⁵.

4. Per concludere

Tutto questo ci porta a dire che la nostra presenza è preziosa come sempre, tanto nelle istituzioni pubbliche quanto in quelle caritative, e mostra che vi è ampio spazio d'azione per offrire all'uomo sofferente accoglienza, preoccupazione e cura nella sua dimensione più grande e più profonda.

D'altro lato, ormai da tempo da parte dei responsabili della sanità pubblica, c'è la percezione della necessità di "umanizzare" gli ospedali¹⁶.

Il grande aumento di convegni e seminari sui vari aspetti delle cure sanitarie e, in particolare, della "cura", non documentano, forse, la nostalgia per la carità del nostro Salvatore e di coloro che lo hanno seguito? Percepire questo grido della società, anche se è un grido sommerso, credo sia nostro compito.

Non è un caso che, dopo gli Ordini religiosi e le Confraternite, siano nati nuovi Istituti, come le Suore della Carità di Madre Teresa di Calcutta. È sufficiente essere attenti ai segni e alle circostanze, come lo fu Francesco d'Assisi con il lebbroso incontrato nella campagna di Assisi o come Madre Teresa con il povero abbandonato alla stazione di Calcutta.

In questo ci aiuta Giovanni Paolo II che, come è già stato detto, nella sua esortazione apostolica post-sinodale sui laici parla, riferendosi alla possibilità della missione dei malati e della sofferenza, di "modalità nuove, anche più preziose"¹⁷ e, nella sua esortazione apostolica per il nuovo millennio, esorta i cristiani a scommettere sulla carità dichiarando che è giunta "l'ora di una nuova «fantasia» della carità"¹⁸. Nelle istituzioni ospedaliere, nelle case di cura, nelle scuole per infermieri e medici, nelle case private, nei ricoveri per ammalati speciali, ovunque vi è ampio spazio per il nostro contributo, ricordando che "le forze che muovono la storia sono le stesse che rendono felice l'uomo"¹⁹. Grazie per la vostra attenzione. ■

Note

¹ DIEGO G. GUILLEN, "Il Giuramento d'Ippocrate nello Sviluppo della Medicina", in *Dolentium Hominum* 31 (1996) 22-23.

² DIEGO G. GUILLEN, "Il Giuramento d'Ippocrate nello Sviluppo della Medicina," p. 24. "... Sceglierò il regime per il bene dei malati secondo le mie forze e il mio giudizio, e mi asterrò dal recar danno e offesa. Non amministrerò a nessuno, neppure se richiesto, alcun farmaco mortale, e non prenderò mai un'iniziativa del genere e neppure fornirò mai a una donna un mezzo per procurare l'aborto. Conserverò pia e pura la mia arte. Non opererò neppure chi soffre di mal della pietra, ma cederò il posto a chi è esperto di questa pratica. In tutte le case che visiterò entrerà per il bene dei malati, astenendomi da ogni offesa e da ogni danno volontario, e soprattutto da atti sessuali sul corpo delle donne e degli uomini, sia liberi che schiavi. Tutto ciò che io vedrò e ascolterò nell'esercizio della mia professione, nei miei contatti con gli uomini, e che non dev'essere riferito ad altri, lo tacerò considerando la cosa segreta. Se adempirò a questo giuramento e non lo tradirò, possa io godere dei frutti della vita e dell'arte, stimato in perpetuo da tutti gli uomini; se lo trasgredirò e spergiurerò, possa toccarmi tutto il contrario..." Il Giuramento d'Ippocrate, in *Dolentium Hominum* 31 (1996) 9.

³ EDMUND D. PELLEGRINO and DAVID C. THOMASMA, *Helping and Healing: Religious Commitment in Health Care*, Georgetown University Press, Washington D.C. 1997, p. 87.

⁴ EDMUND D. PELLEGRINO and DAVID C. THOMASMA, *Helping and Healing: Religious Commitment in Health Care*, pp. 88-90. Per l'edizione italiana si veda E.D. Pellegrino and D.C. Thomasma, *Medicina per vocazione* (Dehoniane, Rome, 1994), pp. 111-114.

⁵ EDMUND D. PELLEGRINO and DAVID C. THOMASMA, *Helping and Healing*, p. 91-94.

⁶ RAMSEY, P., *The Patient as a Person* (Yale, 1971).

⁷ CANTONI, L., "La «Carta degli Operatori sanitari». Una presentazione", *Cristianità* n. 239 (1995).

⁸ R. GISOTTI, intervista con P. Chendi, *Radio Vaticana*, 29.11.2011.

⁹ GIOVANNI PAOLO II, Lettera apostolica *Salvifici doloris* (LEV, Città del Vaticano, 1985).

¹⁰ *Ibid.*, n. 4.

¹¹ BENEDETTO XVI, Lettera enciclica *Spe salvi* (LEV, Città del Vaticano, 2006), n. 38.

¹² BENEDETTO XVI, Lettera enciclica *Deus caritas est* (LEV, Città del Vaticano, 2005), n. 1.

¹³ *Ibid.*, nn. 28-29.

¹⁴ GIOVANNI PAOLO II, Esortazione apostolica post-sinodale, *Christifideles laici* (Città del Vaticano), n. 53.

¹⁵ BENEDETTO XVI, *Deus caritas est*, n. 28.

¹⁶ Un'opera che tutti dovrebbero leggere: Brusco A., *Umanità per gli Ospedali* (Salcom, Brezzo di Bedero, 1983).

¹⁷ GIOVANNI PAOLO II, Esortazione apostolica post-sinodale *Christifideles laici*, n. 53.

¹⁸ GIOVANNI PAOLO II, Esortazione apostolica *Novo millennio ineunte*, nn. 49, 50.

¹⁹ GIUSSANI, L., *Qui e ora (1984-1985)* (Biblioteca Universale Rizzoli, Milan, 2009), p. 45.

50 anni di Medicus Mundi International

DOTTOR EDGAR WIDMER

Vice-presidente
di Medicus Mundi Svizzera,
già Presidente di Medicus
Mundi International

Il 2013 è un anno speciale per il Network Medicus Mundi International, poiché si celebra il 50° anniversario di fondazione. Essendone stato presidente e avendo lavorato io stesso in questo network per 45 anni, mi è stata data l'occasione, durante l'Incontro per il Giubileo svoltosi a Barcellona il 9 giugno 2013, di guardare al passato e nel contempo anche al futuro.

Mons. Jean Marie Mupentawatu, Segretario del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, mi ha chiesto di presentare brevemente la mia personale visione della storia di questo network. Ecco, in breve, alcuni fatti.

Gli inizi risalgono alla fine del contesto coloniale, allorché, nel 1955, i rappresentanti di ventinove governi non allineati di Asia e Africa si riunirono nella Conferenza di Bandung (Conferenza asiatica-africana) per tracciare un percorso di coesistenza pacifica, discutere il ruolo del Terzo Mondo nella sua autodeterminazione politica, il rispetto reciproco della sovranità, la non aggressione, il non intervento negli affari interni di un altro paese, il riconoscimento dell'uguaglianza di tutte le nazioni e la promozione della collaborazione tra operatori stranieri e professionisti locali.

Nel 1957 numerosi medici olandesi, che lavoravano come assistenti tecnici in Indonesia nel periodo post-coloniale, si riunirono per parlare delle loro esperienze e del loro futuro. Essi raggiunsero la seguente conclusione: le poche ONG o i pochi ospedali missionari sparsi nelle isole di questo Stato-arcipelago non avevano influito a sufficienza sulle condizioni sanitarie delle popolazioni circostanti. Essi proposero quindi che, da allora in poi, dall'azione cura-

tiva e caritatevole si passasse alla prevenzione, alla formazione degli ausiliari e alla salute materna e infantile.

Nel luglio 1962, quando la Federazione Internazionale dei Medici Cattolici era riunita a Londra per discutere su *"Il medico cattolico nella società che cambia"*, l'esperto di medicina di Misereor, il Dott. Jentgens, parlò del *"ruolo che i medici stranieri dovevano ricoprire nei Paesi in via di sviluppo"*. I Proff. Janssens, di Anversa, e Oomen, di Amsterdam, entrambi direttori dell'Istituto di Medicina Tropicale nelle loro città, presentarono un "rapporto sugli ospedali nei Paesi del Terzo Mondo". Dall'incontro nacque l'idea di fondare un'organizzazione per la cooperazione medica a livello internazionale.

L'idea portò al primo incontro internazionale di quella che starebbe stata la futura organizzazione, svoltosi nella sede di Misereor ad Aachen l'8 dicembre 1962. Alcuni mesi dopo, nel 1963, i fondatori dell'organizzazione registrarono formalmente Medicus Mundi International (MMI) come ente, secondo la legge tedesca.

La visione dei fondatori non era l'assistenza finanziaria e materiale, quanto quella professionale. Il loro scopo era la promozione e il mantenimento della salute, considerando la comunità come un paziente, con un'opzione speciale per i poveri.

La strategia che Medicus Mundi International si era prefissa era l'assistenza sanitaria di base (Primary Health Care-PHC), basata sulla *Carta dei Diritti Umani* (1948), sulla *Dichiarazione di Alma Ata sulla salute per tutti* (1979) e, infine, sul *Concetto di assistenza sanitaria di base selettiva*, definita dalla Fondazione Rockefeller, dalla Banca Mondiale, dall'USAID e dall'UNICEF alla Conferenza di Bellagio del 1979. La selezione era basata su una graduatoria delle maggiori malattie infettive del Sud secondo la prevalenza, la mortalità, la

morbilità e l'efficacia delle cure disponibili. Interventi specifici a basso costo avrebbero permesso di salvare il maggior numero possibile di vite. Ad esempio, fu messo in atto il piano GOBI (G per controllo della crescita, O per reidratazione orale, B per allattamento al seno e I per immunizzazione) per la sopravvivenza e lo sviluppo dell'infanzia nelle regioni povere. Per quanto riguarda l'allattamento, MMI ha svolto un ruolo attivo nel 1981 nella promozione del Codice Internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno.

Furono sviluppati degli strumenti destinati a concretizzare l'assistenza sanitaria di base, come quando, nel 1977, MMI partecipò alla definizione e all'introduzione della lista di farmaci essenziali dell'OMS.

Fin dall'inizio, MMI è collegata alle istituzioni europee di formazione per la medicina tropicale (Basilea, Tubinga, Amsterdam, Anversa, Brescia, Heidelberg e Barcellona). Alcuni esperti di MMI responsabili di istituti tropicali, aggiunsero alle lezioni tradizionali sulle malattie tropicali moduli complementari quali: salute pubblica, insegnamento della PHC, educazione sanitaria, educazione ambientale, salute materna e infantile, gestione dei servizi sanitari, sviluppo dei distretti sanitari.

Dal 1980 i rapporti ufficiali con l'Organizzazione Mondiale della Salute divennero decisivi per determinare le nostre strategie.

Anche il dialogo con politici e ministri della salute divenne molto importante. Dal 1974 al 1984, Medicus Mundi organizzò incontri nei fine settimana nelle varie sedi europee dei suoi rami, in occasione dell'Assemblea Mondiale della Sanità (WHA), a cui furono invitati i Ministri della salute dei Paesi in cui lavorano i medici di MMI. Il risultato di questo dialogo è stato riassunto nel 1985 in un opuscolo pubblicato a Parigi, dal titolo *"Dialogo Nord-Sud e salute"*.

te, Medicus Mundi, 25 anni nel campo” (Karthala, Paris, 1985), tradotto in cinque lingue.

Anche il dialogo con i leader religiosi divenne rilevante. Negli anni '80, MMI contava circa 200 medici che cooperavano con oltre 250 ospedali a matrice cattolica. L'intento era quello di contribuire a costruire una rete tra le varie istituzioni sanitarie ecclesiali, al fine di promuovere l'integrazione di queste istituzioni nel sistema dei distretti sanitari, incoraggiare l'amministrazione, contribuire a creare organi di coordinamento professionale, promuovere la capacità istituzionale, diffondere la collaborazione tra le chiese in particolare con i governi, incoraggiare la partecipazione delle chiese nei dibattiti in materia di politiche sanitarie a livello nazionale e internazionale.

Il dialogo con la chiesa in questo campo iniziò nel 1981, assieme ai 35 medici di Medicus Mundi operanti in Camerun, con l'organizzazione del primo Seminario sull'Assistenza sanitaria di base in terra africana. Vi parteciparono il “Catholic Medical Bureau” del Camerun, la “Federazione delle Chiese Protestanti” in Camerun e la Fondazione “Ad Lucem”. 240 operatori sanitari di circa 100 centri sanitari privati si riunirono presso il Centro Giovanni XXIII della capitale Yaoundé, in 5 giornate di lavoro, durante le quali furono spiegati il concetto di PHC di Alma Ata e la sua importanza, e i partecipanti si convinsero della necessità di intraprendere un nuovo orientamento.

Un'altra importante occasione di dialogo fu la Consultazione delle Chiese a Dodoma su PHC nel 1985, a cui presero parte 24 dei nostri medici operanti in Tanzania. Tutti gli ospedali religiosi erano rappresentati dai loro medici responsabili, dai loro amministratori, da molti leader religiosi, dai proprietari delle istituzioni sanitarie religiose e da rappresentanti governativi.

Nel 1983, Medicus Mundi ebbe l'opportunità di collaborare con la Chiesa cattolica al più alto livello durante un seminario organizzato dal Pontificio Consiglio Cor Unum, al quale erano state invita-

te alcune personalità per discutere la questione: “*Esiste una pastorale per la salute*”? La maniera con cui era formulata la domanda indicava che gli organizzatori erano consapevoli che dopo Alma Ata aveva avuto luogo un importante cambiamento di paradigma. Al centro dell'interesse non c'erano più il malato o la malattia, ma la salute, la sua promozione e il diritto alla salute. Il seminario propose la creazione di uno specifico Dicastero per la salute, che fu creato nel 1985 con il Motu Proprio “*Dolentium Hominum*” di Giovanni Paolo II, e con il quale, fin dall'inizio, i rappresentanti di MMI collaborarono. Per il fatto che tanti nostri medici lavoravano in istituzioni sanitarie basate sulla fede, eravamo convinti che fosse utile avere una voce a questo alto livello, non come organizzazione confessionale, ma come professionisti medici.

Il dialogo con l'OMS nella sua 38.a Assemblea del 1985 sull'*importanza delle ONG internazionali senza fini di lucro per la salute*, comprese le istituzioni basate sulla fede, fu un momento culminante. Halfdan Mahler, Direttore generale dell'OMS, che cito, affermò: “L'importanza primaria delle ONG è sussidiaria e i governi dovrebbero essere uniti in una sorta di matrimonio benedetto dall'OMS”.

Dal 1999 al 2003 l'attività diplomatica all'interno dell'OMS raggiunse un importante risultato con l'adozione, da parte dei rappresentanti di circa 190 nazioni, della *risoluzione WHA 56.25* dal titolo “*Il ruolo degli accordi contrattuali nel migliorare le prestazioni dei sistemi sanitari*”.

Anche se la Santa Sede aveva dato il suo sostegno alla promozione di questa risoluzione, Medicus Mundi ritenne necessario organizzare, negli anni dal 2004 al 2010, una serie di Conferenze di lavoro tra le Associazioni delle Conferenze Episcopali Africane. Lo scopo era promuovere la consapevolezza in materia di modalità della partnership pubblico-privata. Allo stesso tempo, si intendeva porre l'accento sul ri-orientamento strategico delle istituzioni sanitarie della chiesa per far fronte alla globalizzazione.

Vorrei menzionare, a questo riguardo, la conferenza di lavoro dell'Uganda del marzo 2004, ove erano presenti rappresentanti delle Conferenze Episcopali di nove Paesi africani di lingua inglese. Nel corso della conferenza si discusse la fattibilità e la sostenibilità dei servizi sanitari cattolici e si prese debita nota delle circostanze, in rapido cambiamento, in cui dovevano essere prestati. La *Dichiarazione di Kampala* contiene un certo numero di risoluzioni adottate dai delegati delle Conferenze Episcopali presenti. Ne menziono solo alcune: favorire l'amministrazione, creare enti professionali di coordinamento per sviluppare la capacità istituzionale, impegnarsi in partnership in special modo con i governi, partecipare ai dibattiti in materia di politiche sanitarie a livello nazionale e internazionale.

Una possibilità importante per difendere la modalità contrattuale fu la nostra partecipazione ad un “contributo delle istituzioni sanitarie cattoliche alla riconciliazione attraverso l'assistenza sanitaria”, presentato alla Seconda Assemblea Speciale per l'Africa del Sinodo dei Vescovi, e che conteneva suggerimenti per la partnership pubblico-privata mediante accordi contrattuali.

Le sfide in un mondo globalizzato

In seguito alla definizione degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio delle Nazioni Unite, sono stati resi disponibili fondi supplementari da parte della Bill and Melinda Gates Foundation (1999), della GAVI (Alleanza Globale per Vaccini e Immunizzazione, 2000) e del GFATM (Fondo Globale per la lotta all'AIDS, la tubercolosi e la malaria, 2002). Ma essi non sono sufficienti per offrire un'assistenza maggiore e migliore; le Risorse Umane per la Salute (HRH) rimangono una pietra miliare nel sistema sanitario e, pertanto, sono diventate una priorità nel piano di lavoro del network. Nell'ambito dell'Alleanza Globale del personale sanitario, MMI ha contribuito alla realizzazione del “Codice di condotta dell'OMS per il reclu-

tamento internazionale del personale sanitario” ed è stato scelto dalla stessa Alleanza Globale per ospitare il segretariato dell’HWA (Health Workforce Advocacy Initiative). Nel 2013 ha presentato alla Comunità Europea un’Agenda d’Azione Globale denominata *“Personale sanitario per tutti e tutti per il personale sanitario”*, in quanto la mancanza di personale sanitario nella maggior parte del mondo, sia nei Paesi ricchi che poveri, mina i progressi già in atto nel migliorare la salute.

I recenti cambiamenti operativi all’interno di Medicus Mundi International sono volti a rafforzare le nostre attività. Prima gli esecutori dei programmi del network erano i membri del Consiglio direttivo. Ora un segretariato forte cercherà di coinvolgere maggiormente le organizzazioni membri in questi piani strategici. Da organizzazione ombrello, Medicus Mundi International è diventato un forte network e ha iniziato a formulare piani strategici pluriennali. Il futuro mostrerà se

sarà stato capace di diventare una piattaforma per i movimenti della società civile e, col tempo, diventarne la voce e il sostegno nel nostro dialogo con i responsabili decisionali nel mondo della politica sanitaria. ■

Cfr. riferimenti nel testo completo su internet con il titolo:

Edgar Widmer: 50 anni di Medicus Mundi International

Simposio Internazionale Bioetica e Realtà Africane

COTONOU, BENIN, 10-14 GIUGNO 2013

1. Raccomandazioni

PROFESSOR JEAN SOUBRIER

Presidente Fondatore
dell'Istituto Politico
"Leon Harmel",
Parigi, Francia

Preambolo

Questo primo simposio di Cotonou su *Bioetica e realtà africane* introduce una fase di riflessione e concertazione con quanti operano in campo sanitario, per cercare di rispondere al meglio ai bisogni sanitari dei cittadini del Benin. Questo evento è stato occasione di incontro e di dialogo interculturale e religioso. Tenendo conto della sua utilità, si potrebbe ripetere ogni anno, con forme diverse. Gli organizzatori e i partecipanti al simposio desiderano pertanto richiamare l'attenzione delle istituzioni sanitarie e dei professionisti del Benin che operano in questo ambito su 5 raccomandazioni, di natura ed importanza diverse.

1. Ri-centrare la politica della salute sulla cura della persona

Anche se sono stati messi in atto numerosi sforzi per creare nuove strutture sanitarie, sembra che in campo assistenziale si stiano verificando dei malfunzionamenti. L'accesso alle cure, infatti, non è uguale per tutti, viste le risorse finanziarie di cui possono disporre i cittadini. A mo' d'esempio, segnaliamo come talvolta sia impossibile eseguire i dosaggi dei CD4 nel caso di infezione da HIV/AIDS, a causa dell'insufficienza

di mezzi finanziari, anche se le attrezzature e i prodotti medici ci sono. L'accesso all'assistenza sanitaria, come elemento importante della dignità della persona, deve poter trovare miglioramento, in particolare attraverso la scelta delle politiche sanitarie, tra le quali i progetti a sostegno delle persone anziane e dei malati terminali attraverso le unità di cure palliative.

Il progetto di Telemedicina, che potrebbe rispondere ai problemi che incontra l'organizzazione dei consulti (mancanza di specialisti), sembra essere, a motivo delle somme ad esso destinate, sproporzionato rispetto al potenziale di azioni fondamentali che si potrebbero offrire a molti cittadini del Benin.

Un progetto pilota più modesto, testato nell'arco di alcuni anni, permetterebbe di riassegnare i fondi ad una politica sanitaria ri-centrata sulle persone malate (HIV, tubercolosi, malaria ...) e vulnerabili (bambini, donne incinte, disabili).

2. Sviluppare il corpus giuridico e deontologico etico

In questo ambito sono state fatte tre raccomandazioni riguardanti i diritti e gli obblighi degli operatori sanitari e dei pazienti. In questo senso la legge naturale, come ad esempio quella espressa nella Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo (1947) o nella Dichiarazione dei Diritti dell'Uomo e della Medicina dell'Unesco, potrebbe costituire la base di un'etica universale; il documento della Commissione Teologica Internazionale del 2009 e la Carta de-

gli Operatori Sanitari potrebbero contribuire a chiarire i principi che costituiscono il fondamento della missione degli operatori sanitari e del loro rapporto con la persona malata o disabile.

In primo luogo, sarebbe altamente auspicabile che il Comitato di Etica e di Ricerca possa promuovere un Codice dei pazienti, che garantisca la dignità della persona a livello delle cure e dell'assistenza così come della ricerca. A titolo d'esempio, pratiche come quella di incatenare i malati psichiatrici, dovrebbero essere vietate e punite dalla legge.

In secondo luogo, il codice deontologico merita un aggiornamento per adattarlo ai bisogni attuali e ai progressi scientifici. Un capitolo speciale potrebbe includere i medici tradizionali, che di fatto sarebbero riconosciuti e le cui pratiche verrebbero definite. La stessa cosa si potrebbe realizzare per i Comitati di Etica.

In terzo luogo, a motivo delle diverse religioni praticate in Benin, si richiede esplicitamente un progetto di legge per potersi avvalere di una vera obiezione di coscienza, relativamente alle norme che attentano alla vita, e che possa essere destinato a tutti gli operatori sanitari, indipendentemente dalle loro funzioni.

3. Creare un sistema di circolazione di farmaci regolamentati

Una regolamentazione più severa sulla circolazione dei farmaci in Benin potrebbe eliminare progressivamente l'utilizzo di prodotti per la salute non controllati.

4. Intraprendere una formazione specifica per le cure e l'assistenza, l'etica della salute e la ricerca.

Questo paragrafo sviluppa tre proposte rivolte alla formazione degli operatori in materia di salute.

In primo luogo, il dialogo necessario tra medicina tradizionale e medicina classica, potrebbe trovare reciproco riconoscimento mediante la creazione di una branca universitaria specializzata per i medici tradizionali che sarebbe associata ad un programma di ricerca interdisciplinare.

In secondo luogo, nell'ambito della formazione civica all'interno delle classi primarie e secondarie, l'educazione alla salute sarebbe volta ad illuminare le intelligenze e a permettere loro di discernere l'offerta medica che si diversifica continuamente: medicina occidentale, medicina tradizionale o medicine alternative.

In terzo luogo, i progressi scientifici e la complessità dei rapporti con le cure fanno pesare sugli operatori sanitari una responsabilità sempre maggiore. Pertanto non si tratta più semplicemente

di verificare la buona pratica degli atti medici, ma di verificarne il senso e la giustizia. Per questo sembra necessario che gli operatori sanitari delle facoltà di medicina e farmacia, e delle scuole di ostetricia o infermieristica, ricevano una formazione ad un'etica della persona lungo tutto il corso da loro seguito. Tale formazione non deve essere confusa con una semplice ortoprassi che governa delle semplici buone pratiche.

In questo senso il programma del Convegno, nella sua diversità, potrebbe servire da base per un programma minimo.

Inoltre, va incoraggiato tutto ciò che può contribuire alla creazione e al ruolo delle università e delle istituzioni accademiche; la Chiesa vi vuole apportare il proprio contributo, come raccomanda l'Esortazione Apostolica *Africae Munus*, firmata e promulgata a Cotonou nel 2011.

5. Creare una dinamica ecclesiale di una pastorale della salute

La Chiesa è presente in molte azioni sanitarie in cui sono impe-

gnate in special modo numerose comunità religiose. Esistono anche iniziative parrocchiali. Infine, associazioni quali quella di San Camillo, si sono fatte carico dei malati psichici, mentre istituzioni come l'Istituto Giovanni Paolo II assicura un servizio di insegnamento ed educazione della famiglia.

Una pastorale della salute potrebbe poggiare su una dinamica di un sinodo interdiocesano che fissi orientamenti in questo ambito.

Le parrocchie sono il luogo in cui si iscrive la vita della comunità e può esercitarsi in particolare la solidarietà delle famiglie; è nella famiglia che l'educazione alla vita e alla salute deve essere vissuta e trasmessa in maniera semplice e integrale.

Così questa solidarietà educativa può svilupparsi in un quadro di pastorale familiare: sedute di accompagnamento alla maternità, ascolto delle difficoltà relazionali (fonti di difficoltà affettive), diffusione e apprendimento dei metodi naturali, come ciò che esiste già in alcuni Paesi dell'Africa Centrale (Repubblica Democratica del Congo). ■

2. Intervento del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari

PADRE PIERRE JEAN WELSCH
Assistente ecclesiastico
della F.I.P.C., Federazione
Internazionale Farmacisti
Cattolici,
Belgio

Il Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari è particolarmente lieto di partecipare ai lavori di questo importante Convegno che affronta, con preoccupazione etica, i grandi problemi del settore della salute in terra africana.

Se è vero che la Chiesa ha sempre sviluppato una grande atten-

zione per le situazioni di sofferenza, imitando in questo il suo maestro Gesù di Nazareth che trascorse un terzo della propria vita ministeriale presso i malati – e le numerose e diverse opere di misericordia suscitate nel corso dei suoi venti secoli di esistenza ne sono la manifestazione –, l'idea stessa di creare un Pontificio Consiglio, a fianco degli altri Dicasteri della Curia romana, si deve all'esperienza concreta della sofferenza di un Sommo Pontefice, conseguente all'attentato del 13 maggio 1981. La sua motivazione di fondo fu quella di dotarsi

di uno strumento di riflessione e coordinamento per proporre aiuti sempre più adeguati, in funzione delle situazioni e dei contesti particolari, per le persone sofferenti affinché potessero, anch'esse, progredire nel loro sviluppo personale e avanzare lungo la strada della santità. Questa volontà si è manifestata proprio mentre il settore della salute conosceva trasformazioni considerevoli in tutto il mondo, anche nell'ambito della comprensione della malattia, in quello dell'organizzazione delle strategie terapeutiche o ancora delle attese della popolazione.

Il Pontificio Consiglio vuole, dunque, offrire il proprio contributo allo sforzo comune. In ossequio all'efficacia, potremmo collegare i bisogni che si esprimono in materia di salute in terra africana con la preoccupazione della Chiesa dal momento della decisione storica di Giovanni XXIII di riunire un Concilio ecumenico. Ciò permette di associare tutto il Popolo di Dio che è già in moto dopo le decisioni conciliari. Nel nostro ambito – quello della salute –, che è del tutto tradizionale nella storia della Chiesa, come abbiamo ricordato all'inizio, si sono manifestate preoccupazioni concrete tanto per il mondo in generale quanto per l'Africa in particolare. In effetti, il Concilio ci ha dato un documento che non era previsto negli schemi preparatori, e cioè la Costituzione *Gaudium et Spes* (La Chiesa nel mondo contemporaneo), che precisa le relazioni auspiccate dalla Chiesa e le aspirazioni e responsabilità che si esprimono nel mondo. I due Pontefici del Concilio Vaticano II hanno ritenuto utile consegnarci ciascuno un'enciclica su queste questioni: Giovanni XXIII con *Pacem in terris*, dell'11 aprile 1963 (poche settimane prima della sua morte) e Paolo VI con *Populorum Progressio*, del 26 marzo 1967, sullo sviluppo dei popoli (i lavori relativi a questo documento risalgono alla quarta sessione del Concilio, e furono affidati a P. Lebre, che non avrebbe visto la conclusione dei suoi sforzi). Giovanni Paolo II ha proseguito questo impegno. Anzitutto, con iniziative direttamente legate alla sua situazione di convalescente in seguito all'attentato: la Lettera Apostolica *Salvifici Doloris* dell'11 febbraio 1984 sulle questioni sollevate dalla sofferenza umana, il Motu proprio *Dolentium Hominum* dell'11 febbraio 1985 con cui costituiva il Pontificio Consiglio della Salute che riunisce ogni anno, nel mese di novembre, una Conferenza internazionale su un argomento specifico studiato a livello dei cinque continenti, e infine la Giornata Mondiale del Malato convocata per la prima volta a Lourdes l'11 febbraio 1993. Aggiungiamo le due Encicliche *Sollicitudo rei socialis* del 1983 e *Centesi-*

mus annus del 1991. Poi venne la preparazione al Grande Giubileo dell'Anno 2000: convocazione, nell'aprile 1994, di un'Assemblea speciale per l'Africa del Sinodo dei Vescovi, sinodo creato dal Concilio per mettere in atto la collegialità dei Vescovi. Vi fece seguito l'Esortazione apostolica post-sinodale *Ecclesia in Africa* del 1995, sforzo prolungato da Benedetto XVI con la Seconda Assemblea speciale per l'Africa del Sinodo dei Vescovi nell'ottobre 2009 e con l'Esortazione apostolica post-sinodale *Africae Munus* del 19 novembre 2011, firmata proprio qui a Cotonou. Per quanto riguarda Papa Benedetto XVI, aggiungerò la Lettera enciclica *Caritas in veritate* del 29 giugno 2009, sullo sviluppo umano integrale nella carità e nella verità, senza dimenticare quella sulla speranza, *Spe Salvi*, del 30 novembre 2007.

Tutto ciò per dire che siamo di fronte a qualcosa di molto considerevole offerto alla meditazione di tutta la Chiesa, pubblicamente, per nutrire una creatività d'azione, in quanto mantenersi in buona salute richiede un impegno.

La vostra volontà di mettere la persona umana – e non soltanto la malattia – al centro della riflessione e dell'azione è particolarmente preziosa, per diverse ragioni.

Anzitutto, essa ci spinge ad avere una concezione ampia della nozione di vita che ne definisce i compiti: senza dubbio la salvaguardia della vita, ma più in generale assicurarsi che essa possa evolversi e svilupparsi nell'insieme dell'esistenza. Tale approccio valorizza l'importanza di una medicina che metta al centro del meccanismo la persona umana nella sua responsabilità. Il paziente a cui dedichiamo le nostre cure e le nostre ricerche "non è un individuo anonimo ma una persona responsabile", diceva Giovanni Paolo II al Congresso mondiale dei medici cattolici il 3 ottobre 1982, cioè appena rimessosi dall'attentato.

Vorrei fare ora una illustrazione con due esempi. La prima è la testimonianza di un metropolita ortodosso responsabile della comunità russa di Londra, Mons. Antoine Bloom, che è anche medico.

Eravamo all'inizio della guer-

*ra (nel 1940) e, mentre erano in atto i primi combattimenti, furono portati undici soldati feriti. Era il mio primo contatto con uomini venuti direttamente dal campo di battaglia. Sui loro volti si leggeva ancora lo spavento, il terrore. Mi dissi che dovevo fare per loro – per ciascuno di loro – tutto ciò che era in mio potere e il prima possibile, affinché quelli che seguivano non dovessero aspettare troppo ... Mi attivai quindi senza perdere un attimo, inviandoli nella sala dei malati. Poi, durante il mio giro, scoprii di non poter riconoscere nessuno di loro: avevo esaminato le ferite al petto, alle gambe, alla pancia, alle spalle, ma non avevo visto il loro volto, anche perché nessuno del resto era stato ferito al viso. Erano tutti prostrati, in uno stato di choc che non riuscivano a superare. Forte di questa prima esperienza, quando arrivò l'ondata seguente di feriti, decisi, senza smettere di lavorare con le mani, di entrare in conversazione con loro (si possono fare molte cose con le mani continuando a parlare con un uomo e guardandolo). Guardavo ciascuno di loro e facevo domande poi, dirigendo lo sguardo sulle loro mani e le loro ferite, facevo ciò che era necessario. Chiedevo: come ti chiami? Dove sei stato ferito? Hai avuto molta paura? Domande molto semplici, ma tali che il ferito riusciva, nel tempo che mi occupavo di lui, a scaricare l'angoscia e l'orrore. Quando poi visitavo la sala, riconoscevo anzitutto il volto di tutti i feriti, poi scoprivo che lo choc era passato, perché durante la nostra breve conversazione essi avevano avuto il tempo di esteriorizzare i loro sentimenti. (Metropolita Antoine Bloom de Sourou, *La vie, la maladie, la mort*, Paris, Cerf, 2012, p. 71)*

Questa considerazione della persona non soltanto è più rispettosa della dignità dell'essere umano vivente, ma aumenta l'efficacia del dispositivo terapeutico messo in atto in quanto, nel complesso, è il malato stesso, unità di corpo, psiche e spirito, che mobilita in prima persona l'aiuto multiforme che gli avremo dato. Giovanni Paolo II arrivò ad auspicare che la persona sofferente fosse "messa in grado di scegliere

re personalmente e di non subire le decisioni e le scelte degli altri". Possiamo a questo proposito ricordare la discussione che volle avere con il collegio dei medici che lo curavano all'ospedale Gemelli, subito dopo l'attentato.

Bisognava operarlo subito, malgrado la recente infezione da citomegalovirus da cui si era appena rimesso? Sapendo che il malato in questo stato non è nelle condizioni migliori, e che il rischio di veder riapparire l'infezione era grande, gli avevo detto, pensando, lo confesso, di guadagnare tempo: "Vostra Santità può rientrare fin da ora in Vaticano". Era evidente che il pericolo sarebbe diminuito. Ma egli non lo considerava affatto così. Voleva uscire dall'ospedale soltanto una volta tornato come prima. Non voleva lasciarci prima della seconda operazione. Così, il giorno in cui eravamo riuniti per fissare la data, egli è intervenuto inaspettatamente per dirci in sostanza: "Non dimenticate che, se voi siete i medici, io sono il malato e devo farvi partecipi dei miei problemi di malato, soprattutto di questo: desidero tornare in Vaticano soltanto quando sarò completamente guarito; non so cosa ne pensiate, ma da parte mia mi sento molto bene, anche se le analisi dicono il contrario. Mi sento assolutamente in grado di sopportare una nuova operazione". In fin dei conti, cercava di convincerci che nella relazione tra malato e medico, questi non deve essere l'oracolo che lascia cadere le proprie decisioni dall'alto, ma queste devono essere prese di comune accordo. Se, da un lato, ci sono il sapere e le conoscenze della medicina, dall'altro c'è ciò che la persona sa a conoscere di se stessa. Noi lo sappiamo, ma qualche volta lo dimentichiamo". L'avvertimento è stato utile. "Il Papa è guarito il 14 agosto dell'anno scorso. Non c'è stata nessuna complicazione. Direi che è stato "chirurgicamente" guarito otto giorni dopo l'attentato. Poi c'è stata l'infezione virale, che ha superato molto bene. Dopo di che, la seconda operazione l'ha guarito... dalla malattia che gli avevamo procurato: la colostomia. 7 giorni dopo l'operazione, gli abbiamo tolto i punti di sutura e gli abbiamo detto: "Vostra Santità è guarita

*e può uscire domani". Egli ha lasciato l'ospedale il 14 (da: *Non abbiate paura! André Frossard dialoga con Giovanni Paolo II*).*

Possiamo rallegrarci del fatto che questa presa di coscienza sia rimessa seriamente in evidenza nella professione, come testimoniano diverse pubblicazioni recenti: che si tratti della nozione americana di "care" – che può svilupparsi in vera filosofia (Michel DUPUIS, *Le soin, une philosophie. Choisir et vivre des pratiques de reconnaissance reciproque*, Paris, Seli Arslan, 2013) – o della giornata di studio del Parlamento europeo (Bernard ARS (dir), *Fragilité, dis-nous ta grandeur!*, Paris, Cerf, 2013), o ancora dei due anni di ricerca nel quadro dell'Università di Fribourg, Svizzera (Francois-Xavier Putallaz e Bernard N. Schumacher (dir), *L'humain et la personne*, Paris, Cerf, 2008), per fare solo qualche esempio, nell'ambito francofono e nell'area geografica europea. Possiamo anche citare il convegno tenutosi in Germania presso l'Università cattolica di Eichstätt-Ingolstadt il 7 e l'8 febbraio scorso, nell'ambito della Giornata Mondiale del Malato 2013 svoltasi ad Altötting, sul posto del bisogno di spiritualità nell'accompagnamento terapeutico.

Ciò ci incoraggia ad inquadrare l'operato medico in talune dimensioni specifiche dell'esistenza:

Il tempo

Il silenzio

Il toccare (la mano)

La parola (la conversazione)

Il malato ha bisogno di intervento tecnico e di presenza: in effetti, la sua situazione ordinaria lo porta, in un primo tempo, a chiudersi in se stesso, in un atteggiamento di conservazione ispirato dalla paura, dal timore e dall'angoscia. In un secondo tempo, dovrà aprirsi nuovamente per accogliere l'aiuto che gli viene offerto. È allora che bisogna "saper fare dono della propria presenza", come dice molto bene Mons. Bloom.

Le preoccupazioni di una Pastorale della Salute

Tale centralità della persona è importante per un altro motivo: il tener conto della dimensione spi-

rituale dell'umano per onorare la realtà integrale dell'essere umano, nella sua particolarità. E ciò interessa tanto il malato quanto chi lo cura.

L'uomo, "che non è né angelo né bestia, è uno spirito incarnato, cioè una sintesi limitata o finita del mondo materiale e di quello spirituale", come ricorda Rafael Gamba in uno studio pubblicato in Spagna nel 1968, dal titolo *El silencio de Dios*. L'opera è disponibile in francese dallo scorso anno (*Le silence de Dieu*), presso Artege.

Il mio intento sarà quello di esporre il tipo di aiuto che ci possiamo aspettare dal Pontificio Consiglio, che vuole incoraggiare, al livello della Chiesa universale, una vera pastorale nell'ambito particolare della salute, tanto dal punto di vista dei servizi – e dunque degli operatori sanitari, che continuano a moltiplicarsi – quanto da quello della persona sofferente. Tale precisazione richiede subito un commento: il compito non si limita dunque a stimolare il Vescovo affinché assicuri la presenza di un cappellano presso i malati della sua diocesi.

Prima di entrare nello spirito che guida il lavoro, enumeriamo le iniziative concrete assunte dal Consiglio e le attività offerte ogni anno:

– 11 febbraio: **Giornata Mondiale del Malato**;

– Novembre: **Conferenza internazionale** su un tema particolare (quest'anno, 21-23 novembre 2013, sulle malattie degenerative);

– Pubblicazione della **Rivista "Dolentium hominum"**;

– Per l' "Anno della Fede", **Pellegrinaggio in Terra Santa**, dal 22 al 28 ottobre 2013, per le sue 4 federazioni (infermieri/infermiere, medici, farmacisti, amministratori di ospedali).

Il Pontificio Consiglio intraprende naturalmente molte altre iniziative – del resto conto di parlarvi domani di quella tenuta il 19 novembre dello scorso anno, che attende una mobilitazione consapevole e perseverante per la lunga durata –, ma quelle che ho appena citato manifestano altrettanta attenzione e centri di interesse:

– Il posto del malato nella Chiesa e nel mondo;

– La necessità di riflettere insieme, nei cinque continenti, sui grandi problemi della salute;

– Un’attenzione alla formazione permanente;

– Occasioni per fortificare la propria vita interiore, all’ascolto del Signore.

Quali sono i cammini che potremmo intraprendere insieme al termine dei nostri lavori?

Inizio con il pellegrinaggio, per permetterci di parlare di questa dimensione che si aggiunge alle altre istanze che sono il substrato psico-biologico e psicologico (cosciente e incosciente).

Per illustrare il mio intento, partirò dalla testimonianza di una giovane malata – beatificata da Giovanni Paolo II il 7 marzo 1999 e canonizzata da Benedetto XVI il 21 ottobre 2012 – che sopportò una vita di sofferenza per oltre 21 anni e che morì ancora giovane, all’età di 43 anni. Il suo nome era Anna Schäffer. Ella trascorse la propria vita nascosta agli occhi del mondo, in una semplice camera, senza poter lasciare il proprio letto.

“Noi dobbiamo essere come la lumaca, che porta sempre la propria casa con sé – ma che ritira immediatamente i tentacoli quando sbatte contro un oggetto ostile. Non dobbiamo dunque esteriorizzare, ma conservare, nella misura del possibile, un atteggiamento di santo raccoglimento interiore. A cosa servirebbe se abitassimo solo raramente nel rifugio della nostra anima, – come potremmo sentire la voce dello Spirito Santo? Se ascoltassimo soltanto la voce delle creature? Se fossimo solo raramente a casa e lasciassimo solo il nostro ospite celeste, – come potremmo sentire la sua vicinanza e la sua presenza?” (Questa citazione è tratta dal quaderno di annotazioni che ella volle assolutamente lasciare come testimonianza e che intitolò *Pensieri e ricordi della mia vita con la malattia e il mio ardente desiderio della patria eterna*).

Infatti, da giovanetta, ella voleva diventare missionaria, ma un terribile incidente domestico (cadde in una vasca contenente

lisciva bollente in pieno inverno) la inchiodò al letto. Ma ella volle vivere questa prova, in maniera consapevole, alla sequela di Cristo – ma non un Cristo qualunque, bensì quello del Gethsemani –, accettando la propria sofferenza ed entrando in comunione con lui e con colui che ci rivela: “Dio solo basta!”. Grazie alle letture e a un incontro quotidiano con Cristo, ella poté plasmare la propria vita interiore, in una vita nascosta agli occhi del mondo, in preparazione al ritorno alla casa.

Nel 1999, quello che era ancora il Cardinal Ratzinger tenne, alla vigilia della beatificazione, un’omelia luminosa sul senso di questa vita.

“(…) Naturalmente noi dobbiamo fare tutto il possibile per alleviare e diminuire la sofferenza. Ma chi dice che ciò basta è otuso. Perché è e resta altrettanto importante apprendere la sofferenza e trovarci noi stessi in essa. La condizione umana e la sofferenza, infatti, sono indissociabili. Non c’è amore senza disponibilità a fare un passo indietro, senza la necessità di accettare la diversità dell’altro in maniera sempre nuova. Non c’è amore senza sofferenza del cambiamento. Perché è solo in questa maniera che possiamo veramente maturare. Non c’è fedeltà senza dolore e la pazienza dei cambiamenti di cui abbiamo bisogno. E se può diventare ricco soltanto colui che è cambiato molto, allora può diventare ricco soltanto colui che ha veramente accettato la sofferenza ed ha imparato ad accettarla. Colui che non riesce più a soffrire, non può neanche compatire. E chi non riesce più a compatire, non riesce più nemmeno a far parte di coloro che amano. Un mondo in cui non si può più scendere nella sofferenza, diventa un mondo freddo e crudele”.

Anna Schäffer non abbandonò il proprio progetto di vita e la propria vocazione missionaria. Ascoltiamo: *“Considero il mio letto una cella silenziosa di un convento e su questo letto posso fedelmente osservare i tre santi voti religiosi. E anche se nel mio corpo non posso vivere una vita conventuale (che sarebbe il mio più grande desiderio), voglio ad*

ogni modo condurre idealmente una vita monastica nascosta.

Esistono numerosi fiori, che nessuno vede né raccoglie mai, ad esempio la rosa delle alpi e la stella delle nevi. Essi si aprono – e muoiono – senza che nessun occhio umano li abbia mai visti, unicamente l’occhio di Dio. Quanto sono numerosi i fiori, così sono numerose anche le virtù”.

Anna sarebbe stata così un’“invalida precoce”, che necessitò di cure quotidiane (la sostituzione delle bende per piaghe che non si chiusero mai). Ella imparò ad accettare il suo stato di malattia e scoprì un luogo ove attingere le forze necessarie per ogni giorno: nel suo incontro quotidiano con Cristo eucaristico. La vita con la malattia fu per lei un approfondimento personale che le procurò serenità tanto da renderla disponibile a confortare ella stessa una folla di gente che le faceva visita o le scriveva. Ella ha sviluppato una corrispondenza enorme. Realizzò così la sua vita terrena e questa realizzazione la tenne pronta per il momento in cui si sarebbe alzata per lei l’alba della vita eterna.

Questa avventura, in cui è stata aiutata da tutto un gruppo di persone, a cominciare dalla madre, dal parroco, dall’infermiera (siamo nel 1925), dai vicini che la visitano e dagli sconosciuti che volevano conoscerla, agisce tanto sulle sofferenze fisiche del suo corpo (*“E anche se il dolore lacerava il mio corpo, nel cuore sento una tale beatitudine che non arrivo neanche ad esprimere. Questa felicità, questa beatitudine mi rendono dolce qualunque sofferenza, ...”*), quanto sulla sua anima (*“ricevendo spesso la santa comunione spirituale, l’anima si rafforza e le grandi debolezze dell’anima spariscono”*). E la sua preghiera diventa: *“cambia tutto ciò che è ancora difettoso e pieno d’errori”.*

Penso di potermi fermare qui nel ricordo di questa vita così ordinaria ed esemplare. Come abbiamo potuto vedere, la dimensione spirituale è importantissima nella vita di questa persona, dando un quadro ampio agli interventi tecnici, alle cure quotidiane consecutive ad un fallimento medico, senza responsabilità personalizza-

bile. Siamo di fronte a una persona che si è edificata nella lotta contro la malattia, al punto da chiedersi come avrebbe fatto a raggiungere una tale realizzazione senza dover vivere questa prova.

Possiamo fare una descrizione più antropologica di una vita di questo genere e dell'edificazione di una tale persona, così da poter collocare i livelli e la natura degli interventi degli operatori sanitari? Devo dire che questa domanda si è presentata a più riprese ascoltando i rappresentanti di altre grandi religioni, come pure gli esperti di medicina più tradizionale. C'è modo di superare il semplice uso di parole, comunque giuste, ma alla fine relativamente sfocate, come quella di "psicosomatico"? Credo che possiamo rispondere affermativamente facendo appello ai lavori di una ricercatrice (utilizzo volontariamente questo termine, in quanto ella è stata per tutta la vita alla ricerca, ed è ciò che può veramente nascere in Africa: una generazione di ricercatori), che ci è stata data come compatrona d'Europa nel 1999: Edith Stein. La sua ricerca è stata guidata dal desiderio di cogliere il senso ultimo del reale; ella ha voluto onorare "la tendenza metafisica che corrisponde allo spirito umano in quanto tale", tendenza verso una concezione omogenea del mondo, pienamente accordata al significato della persona. Nel suo approccio della realtà umana, l'istanza spirituale intesa come vita interiore prende posto nel lavoro perfetto della ragione, e non in posizione di contrappunto. Purtroppo, non abbiamo qui il tempo per esporre la sua comprensione della persona umana. Esiste un scritto piuttosto accessibile di Eric de Rus, *La personne humaine en question. Pour une anthropologie de l'intériorité* (Cahier d'études steiniennes), Paris, Ad Solem - Les Editions du Cerf - Editions du Carmel, 2011, in cui egli afferma: "in lei il lavoro della ragione, l'attività teologica, l'esercizio delle virtù teologali, l'esperienza mistica e la visione beatifica si integrano in maniera unificata (ed è ciò che mi interessa al massimo) in un processo di elevazione dell'uomo verso la pienezza della verità" (p.

34). Il suo approccio tiene conto di tutti gli aspetti contemporanei evidenziati dalla scienza moderna (certo non gli sviluppi recenti, ma la logica di tutto ciò che scopriamo risale a Bacone, quindi ben prima della nascita di Edith, avvenuta nel 1891), come pure delle scoperte legate alla psiche dell'uomo, grazie alle opere di Freud ed altri. Ella mostra come una persona umana possa aprirsi alla proiezione inesauribile della Fonte che fonda il suo essere finito: l'Essere eterno e creatore "che è il sostegno e il fondo del mio essere che non possiede in sé né sostegno né fondo". Il suo sguardo va dall'esteriore (tutto ciò che è "visto" dalla scienza sperimentale) verso l'interiore, per tappe, dove possiamo collocare nella sua parte più superficiale i sentimenti (piacere e dispiacere), l'inconscio (che Freud e gli psicanalisti riescono con metodo a capire un po'), e se vado ancora in profondità, il luogo un cui mi sento veramente me stesso, il luogo in cui prendo le decisioni più importanti, il luogo ove curiosamente posso essere più consapevole di ciò che accade, luogo anche troppo poco visitato, diceva Anna Schäffer. In questa "descrizione", Edith Stein mobilita tutte le risorse di un metodo, di uno stile di approccio – la fenomenologia – che ha appreso da un filosofo geniale: Edmund Husserl. Quando scoppia la prima guerra mondiale, nel 1914, è già sufficientemente avanti nei suoi lavori da avere numerosi discepoli. È un matematico e un logicista, che sente la necessità di uscire da un semplice sguardo sulla realtà, non perché è falso, ma perché ci separa dalla realtà umana e sociale. Egli propone un proprio metodo, e nel 1936 si affretta a terminare la sua ultima grande opera *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, che sarà pubblicata soltanto dopo la sua morte, nel 1954. Per coloro che non hanno alcuna idea di questo grande ricercatore e grande iniziatore, propongo una conferenza di Jorge Semprun: "Edmund Husserl, Vienne, mai 1935", pubblicata in *Le métier d'homme. Husserl, Bloch, Orwell, morales de résistance*, Paris, Climats, 2013,

del tutto accessibile per operatori sanitari che non siano particolarmente filosofi.

Se vi ho spiegato tutto ciò, è perché è importante che l'Africa sappia che l'Europa vive da lungo tempo un malessere antropologico e deve mettere ordine nella propria comprensione delle relazioni tra scienza, tecnica, persona umana, apertura alla trascendenza, vita interiore e destino ultimo. E mi dichiarerei volentieri a favore di un allargamento della prospettiva etica e dunque "di una pertinenza limitata dell'utilizzo dei principi nell'apprezzamento etico di una situazione da parte dei professionisti sanitari", come afferma il Professor Michel Dupuis. Non si tratta di minimizzare lo sforzo di Beauchamp e Childress con i loro quattro principi semplici e incrociati, bensì di comprendere perché essi hanno avuto un'adesione tanto rapida e universale.

Mi baso qui sul lavoro già citato di Rafael Gamba:

Il nuovo realismo delle idee è una sorta di astrazionismo puro, schematico, basato su nozioni elementari e uniformi copiati dalla matematica. A mano a mano che l'uomo maneggia concetti prefabbricati, interi e indefinitamente diffusi, egli abbandona e dimentica il rapporto con le cose stesse, e si installa in un ambiente progressivamente tecnicizzato. Così l'uomo di oggi lavora su numeri, schemi e piani astratti ben più che sulla realtà concreta e differenziata. In nome di teorie egalarie e uniformismi legali, l'uomo attuale ha dimenticato o distrutto realtà e ambienti di vita millenari. Ha livellato le differenze, le gerarchie e i costumi che costituivano il quadro dell'esistenza e della libertà autentiche dei popoli (...).

Così, attraverso un ideologismo astratto, nato precisamente dalla negazione dell'"intelletto" (*intellectus*) fondato sulla *res* (sulla cosa stessa), la tecnocrazia dello schema e dello stampato conduce la nostra società, lentamente ma sicuramente, verso la massificazione quantitativa, cioè verso un mondo uniforme, governato da riflessi condizionati, da cui la figura umana e il suo quadro vitale tendono a sparire totalmente.

La conseguenza di questa ten-

denza all'astrazione ideologica è che gli animi hanno perso ogni contatto con il reale ed ogni gusto per esso. L'uomo contemporaneo, sollecitato dalle occupazioni di una vita sempre più agitata, quasi vertiginosa, ignora sempre più i piaceri e i dolori di una vita di devozione e impegno.

Devo fermarmi qui nelle analisi di questo opera – in cui ci sono molte altre idee stimolanti –, che porta il titolo così sintomatico de *Il silenzio di Dio*, nel senso non di un silenzio che disprezza o che è segno di impotenza, ma di quel “*silenzio di Cristo che, dall'alto della croce, rifiutò di rispondere a quanti gli dicevano di salvare se stesso, che durante la sua vita rifiutò ogni dialogo con coloro che gli parlavano allo scopo di tentarlo, e che infine respinse il diavolo quando questi gli offrì il possesso facile di tutta la terra; in breve, il valore del silenzio di Dio di fronte all'apostasia di tutti i tempi, di fronte a coloro che «non sanno ciò che fanno»...*” (p. 124). Queste considerazioni mi spingono a desiderare un dialogo profondo con quanti si aprono a ciò che può alimentare tale livello di profondità nella persona umana.

Torniamo ad Edith Stein, il cui percorso è assolutamente affascinante. Oso appena immaginare ciò che il mondo del pensiero in Europa sarebbe diventato se la sua voce non si fosse “spenta”, tanto tragicamente e ingiustamente, il 9 agosto 1942 ad Auschwitz-Birkenau.

Oggi viviamo nuovamente in un'epoca che ha un bisogno urgente di quel rinnovamento che proviene dalle fonti nascoste delle anime unite a Dio. E molti ripongono la loro ultima speranza in queste fonti nascoste di salvezza. È una grande esortazione: un dono senza riserve al Signore (...), ecco ciò che ci viene chiesto affinché il volto della terra possa essere rinnovato. Con una fiducia colma di fede, dobbiamo abbandonare le nostre anime alla richiesta potente dello Spirito Santo (...). Dobbiamo vivere con la certezza di fede che l'azione nascosta dello Spirito Santo in noi porta frutti nel Regno di Dio. Noi li contempleremo nell'eternità.

L'avrete capito: per Edith la vi-

ta cristiana è un cammino verso la realizzazione della persona, che non sarà possibile senza una purificazione dell'attività naturale, in quanto le facoltà dell'anima non sono immediatamente adattate a Dio. La realizzazione avrà luogo mediante l'unione dei voleri, così come Cristo si accorda con la volontà del Padre. Per realizzare questo accordo, la persona ha bisogno di silenzio, in quanto Dio parla soltanto a un'anima che sa fare silenzio. È per esercitarci a questa trasformazione che riceviamo l'invito a partire in pellegrinaggio in Terra Santa. Allora, ascolteremo in maniera diversa il paziente che vogliamo servire.

Una condivisione di fratelli nella Chiesa, aperta alle attese del mondo

Vorrei parlarvi ora del posto che il malato occupa nella Chiesa e nel mondo. C'è voluto il mancato attentato contro il Papa, con la conseguenza di avere il più alto responsabile della Chiesa cattolica in uno stato di fragilità permanente, perché fossimo più consapevoli, nella Chiesa, del fatto che il membro malato non è soltanto “oggetto” di cure, ma resta un membro del Corpo ecclesiale nel senso pieno del termine. E quello che leggo nella vita di Anna Schäffer è proprio questo: ella ha realizzato la propria vocazione nella malattia. Ricordiamoci che Santa Bernadette Soubirous ha rischiato di non essere accettata nella comunità di Nevers in cui trascorse la metà della sua vita religiosa presso l'infermeria del convento, e in cui sviluppò un ministero di incoraggiamento presso le suore di tutta la comunità per l'altra metà. Siamone certi, è Dio che guida le nostre vocazioni particolari, anche nella malattia.

Sullo stesso tema, potremmo ascoltare la riflessione sul posto che il malato occupa nell'organizzazione della Città: anche qui, egli non è soltanto beneficiario di cure, per quanto preventive siano, ma la sua presenza attiva porta la Città a costruirsi diversamente. Il mondo, del resto, ha conosciuto un presidente di un'enorme potenza sulla sedia a rotelle, per fare solo un

esempio. Questa presenza attiva del malato può riguardare persone molto giovani. Ricordo la visita che feci in Brasile presso una casa ove risiedevano bambini malati di AIDS che erano direttamente legati al miglioramento della terapia. Il diritto all'informazione giusta e onesta non era una parola vuota! D'altronde, fu un bambino di meno di dieci anni a spiegarci la terapia che seguivano, con tutti i dettagli e l'evoluzione delle cure, sotto controllo del medico che si occupava di loro. Ciò non vuol dire forse mettere la dignità all'inizio di ogni sforzo?

Ma dobbiamo fare una scelta strategica, qui in questo momento, mentre siamo insieme. Non vi nascondo che sono impressionato dall'assiduità dell'assemblea, mentre siamo già al quarto giorno dei nostri lavori. Ciò mi ricorda le famose parole di Dom Helder Camara, che ascoltai con le mie orecchie, mentre ero ancora studente di teologia e filosofia a Louvain-la-Neuve, agli inizi degli anni '80. Egli disse nell'anfiteatro che lo ospitava: “*Noi abbiamo un'arma segreta, il fatto cioè che possiamo veramente metterci insieme*”, e sottolineo le due parole INSIEME e VERAMENTE. È ciò che mi ispira in questo momento, tenendo conto delle attese che sono state espresse in questi giorni, alcune appena sussurrate in quanto ragionevolmente ritenute impossibili da soddisfare. È la mia sfida, e se la supererò vi avrò mostrato come il Pontificio Consiglio può mettersi al vostro servizio.

Partirò da una riflessione del Presidente del nostro Dicastero della Salute, S.E. Mons. Zygmunt Zimowski: *Investire energie e risorse umane e materiali nelle strutture sanitarie della Chiesa, come pure la sua presenza e il suo impegno nella gestione di istituti sanitari non confessionali, si giustifica con l'esigenza di manifestare la misericordia di Dio verso tutti gli uomini e, in modo particolare, verso coloro che sono provati dalla malattia e dalla sofferenza. Si tratta di un modo di vivere concretamente il comandamento dell'amore di Dio e del prossimo in uno degli areopaghi del mondo. (L'ospedale, luogo di*

evangelizzazione: missione umana e spirituale, Madagascar, 9 dicembre 2012).

La Chiesa sente di dover apportare il proprio contributo allo sforzo di tutta la società, sotto la responsabilità dello Stato. Se, in talune parti del mondo, la sua azione assume anche la forma di una supplenza, ovunque la Chiesa (e vedo solo la Chiesa cattolica) vuole essere “annuncio” di speranza per l’uomo, la sua realizzazione piena e definitiva. Solo mettendosi in consonanza con le speranze del mondo essa potrà realizzare azioni veramente utili per l’uomo sofferente, la sua famiglia e il suo entourage, per tutti gli operatori sanitari, nel desiderio pressante di guarire, se non di alleviare.

Ho ascoltato il dispiacere ripetuto dell’assenza di un piano strategico, per così dire. Rassicuratevi, non ne ho uno già fatto, altrimenti si saprebbe! Ma sono convinto che per soddisfare i bisogni sanitari in Africa, l’urgenza del momento presente non è tanto di auspicare di vedervi fiorire qualche ospedale in più, pur dalle prestazioni elevate, ma di creare un processo che conduca alla creazione di tali infrastrutture. Tale processo riguarda tutto un insieme di ambiti che devono conoscere uno sviluppo reale. Questa esigenza non richiede che esso sia attivo in tutti gli ambiti allo stesso tempo – per fare un collegamento con il magnifico intervento di Mons. Suaudeau, possiamo avere delle cellule allo stato di veglia, ma comunque non troppo addormentate – ma che discerna quelli che possono fare sistema e creare una dinamica integrativa di altri settori. Il network “Africae Munus Project” è di questo tipo.

Qual è l’origine di questa iniziativa? Essa è legata all’Esortazione apostolica post-sinodale *Africae Munus* che Papa Benedetto XVI ha firmato, proprio qui il 19 novembre 2011 e che ha consegnato per primi agli episcopati d’Africa e degli altri continenti. Al ritorno in Vaticano, il Pontefice ha chiesto a ciascuno dei suoi dicasteri di ideare, oltre ai programmi esistenti, un nuovo programma specifico per aiutare l’Africa nelle sue sfide, considerato “l’impegno dell’Africa per il

Signore Gesù”, titolo stesso del documento. Notate che l’abitudine di citare il documento, e non soltanto le prime due parole, merita di essere precisata: si tratta dell’impegno per il Signore. Possiamo fare la stessa osservazione per il grande documento conciliare *Lumen Gentium*, ove la luce non è la Chiesa, ma Cristo stesso, che la Chiesa ha la missione di riflettere, come fa il cristallo che non trattiene la luce, ma la riflette e la ridona (si veda il discorso di consegna dell’Esortazione, del 19 novembre 2011).

Il 19 novembre 2012 (non credo che la scelta della data sia stata volutamente concertata, ma è proprio un anno dopo la consegna dell’Esortazione, senz’altro il cielo ha strizzato un occhio), il Consiglio ha riunito nei suoi uffici a Roma (c’erano anche P. Simporé e Mons. Jean Soubrier) le otto facoltà di medicina ospitate in un’università cattolica su suolo africano. Se i vescovi di queste regioni dell’Africa si incontrano per l’occasione, realizzando così l’auspicio espresso dal Concilio della collegialità episcopale, era la prima volta che i responsabili di quelle 8 strutture si riunivano nello stesso luogo per uno scambio sullo stesso argomento.

Trovandomi nel Benin, ove non abbiamo una facoltà di medicina in quanto tale, vorrei qui smontare subito un’obiezione, o un possibile disappunto. Ma voi vedrete che nel processo è atteso anche il Benin, realizzando in maniera concreta l’invito dell’Esortazione “a vivere, nel nome di Gesù, la riconciliazione tra le persone e le comunità, e a promuovere per tutti la pace e la giustizia nella verità” (n. 1). Questa parentesi mi dà l’occasione di insistere sulla portata delle parole che pronunciamo, e di chiederci se di solito vi crediamo VERAMENTE (una delle due parole usate da Dom Helder). Non dubitiamone: nel regno della comunione trinitaria, non soltanto non c’è nulla di vero che escluda chicchessia, ma ciascuno è sollecitato a mettere in atto, per il bene di tutti, il tipo di presenza di grazia che gli ispira lo Spirito. Ecco perché bisogna partire in pellegrinaggio, in ritiro, per ascoltare VERAMEN-

TE lo Spirito Santo, ed obbedirgli in tutta libertà. Sono convinto che, nell’elaborazione di questo atteggiamento, nella creazione di questo “stile”, Papa Francesco possa aiutarci in maniera decisiva, lui che è così consapevole del fatto che “speranze e paure si intrecciano al cuore stesso della nostra vita di apostoli, soprattutto nei momenti in cui dobbiamo operare delle scelte circa le modalità della nostra azione”, come confida ai vescovi spagnoli nel ritiro da lui guidato nel 2006. Per lui “la fede è in sé *liberatrice* senza che si abbia bisogno di aggiungerci altro” (*Amour, service et humilité. Exercices spirituels domes à ses frères eveques à la manière de saint Ignace de Loyola*, Paris, 2013, p. 41). Grazie a lui, riscopriamo la vera forza del Vangelo, una forza che illumina, purifica, motiva, e lo fa senza essere pericoloso per nessuno, neanche per colui che potrebbe pensare di diventare nostro nemico. Questa disposizione del cuore risponde ad un auspicio dell’Esortazione: “Vivete con semplicità, umiltà e amore filiale” (n. 110). Chiudo la parentesi.

Tale iniziativa è sotto la responsabilità più specifica della Fondazione il Buon Samaritano, che Papa Giovanni Paolo II ha aggiunto al Pontificio Consiglio come braccio caritatevole in materia di medicinali. Essa implica, per il momento, l’Uganda (Kampala), la Tanzania (Lago Vittoria), il Burkina Faso, il Ciad, il Mozambico, il Congo-Kinshasa (Bukavu e Butembo) più una facoltà da creare a Luanda, Angola. L’enunciazione di quest’ultimo luogo mostra che il processo è naturalmente estensibile – come la moltiplicazione delle cellule staminali! – in quanto si tratta non di una torta da tagliare tra altrettanti partecipanti (e dunque se possibile i meno numerosi), ma di un accordo di volontà.

L’argomento che riunisce e mette tutti sullo stesso piano è il seguente: che ne è della presenza effettiva di specialisti nelle nostre strutture sanitarie in Africa? La domanda è stata posta dall’intervento sulla telemedicina. Vedrete che questo strumento prezioso è atteso dall’iniziativa di cui parliamo.

Arrivati a questo punto, vorrei fare riferimento a due attese che si sono espresse nel corso degli interventi e delle discussioni: soddisfare i bisogni maggiori avvertiti dalla popolazione africana (e dunque indipendentemente dai piani preesistenti, suscitati da altri interessi del tutto legittimi) e la disponibilità reale di una generazione di ricercatori africani, che domandano legittimamente di essere utili e riconosciuti nei loro sforzi e risultati.

Lo scopo, alla fine, è facile da formulare: ottenere la creazione di master complementari (secondo la terminologia di Bologna); noi preferiamo seguire questa terminologia, poiché il continente africano è anzitutto legato all'Europa, ma senza dover escludere altre alleanze con altri continenti, come le Americhe o l'Asia.

Tale decisione ha il vantaggio, per riuscire, di considerare – allo stesso tempo – anche altri ambiti (non possono essere dormienti): lo sviluppo di cliniche universitarie e la creazione di *équipe* di ricerca (che metto al plurale, avendo sentito anche l'auspicio dei ricercatori del profitto (teorico) di condurre ricerche interdisciplinari). Apriamo una parentesi: durante i nostri dibattiti, diverse persone hanno sottolineato l'importanza della famiglia e della comunità naturale attorno al malato come attori nel processo terapeutico, e qui c'è un Istituto della famiglia. La sua implicazione potrebbe essere apprezzata nella creazione di alcuni master complementari, penso ad esempio alla psichiatria ...

Spetta pertanto a ciascun luogo determinare l'ambito o gli ambiti che si potrebbero opportunamente sviluppare, fino ad ottenere la creazione di un insegnamento completo nella disciplina. In ossequio all'efficacia e alla condivisione, non si supereranno due ambiti per luogo e, visto che la dinamica è quella di lavorare insieme, gli altri luoghi parteciperebbero in modo incrociato.

Sono sensibile anche alla questione della remunerazione. Sono

del tutto d'accordo che dobbiamo uscire dal sistema delle "indennità di incoraggiamento". Mi baso qui sull'esperienza belga per generalizzare l'insegnamento fondamentale (primo livello) in Belgio agli inizi del XX secolo, che rese possibile il reclutamento di istitutori competenti, assicurando loro un salario conveniente e stabile (per crescere una famiglia) e un livello di considerazione reale nella scala delle professioni. È esattamente questo che ho sentito da parte dei ricercatori africani. L'iniziativa deve poter garantire quei presupposti che ritengo indispensabili ... e realizzabili, a due condizioni: 1) che il ricercatore trovi una motivazione reale, non nella speranza del profitto ma nella gioia di conoscere; 2) inserire questa iniziativa nel modo abituale di finanziamento della ricerca ordinaria, e dunque rilevare la sfida di depositare dei progetti in concorso presso fondi ordinari della ricerca europea. E proprio per poter essere ammessi, occorre depositare progetti che implicino un minimo di cinque istituzioni. Ma ciò non deve impressionarci: le sfide reali in materia di salute pubblica richiedono proprio cinque se non sette istituzioni riguardanti ambiti distinti ma incrociati.

Per la costituzione di queste *équipe*, sarà opportuno coinvolgere i ricercatori africani già in attività, ma che stanno lontani, e coloro che sono rimasti nel proprio paese in condizioni molto scoraggianti. Per loro andrà molto bene lo status di professore non di ruolo, in quanto si attende da loro non la direzione della ricerca ma il consiglio del saggio.

Abbiamo dunque un'iniziativa che poggia su quattro pilastri: l'insegnamento della medicina generale, le cliniche universitarie, l'*équipe* e il/i soggetto/i di ricerca, la creazione dell'insegnamento di un master complementare.

L'avvio della ricerca, nella sua scelta, non può essere che istituzionale. E qui io vedo un'opportunità immediata nella presenza dell'Istituto Léon Harmel, che ha

avuto l'idea stessa di questo Convegno in dialogo con amici del Benin: da domani, semplici partecipanti al Convegno, come me, sulla base della loro esperienza professionale, potranno immaginare un oggetto di ricerca nel quadro di master di terzo ciclo organizzati dall'Istituto, che si adopererà per offrirvi il concorso di un direttore, che vedrei volentieri "a due teste", in questa ottica di "sguardi incrociati", un europeo e un africano. Si troveranno certamente degli scienziati disponibili per questo servizio di fratelli!

Devo fermarmi qui, ma non vorrei far passare sotto silenzio la questione delle quote d'iscrizione alle formazioni richieste agli studenti. La maggior parte dei partecipanti al nostro Convegno si sono fatti carico essi stessi delle spese (25.000 o 45.000 FCFA), e qui ringraziamo la Fondazione Raoul Follereau per il bel gesto con i suoi invitati. Si dovrebbe poter trovare una formula che non poggi unicamente sul mutuo. Alcuni ne sono forse al corrente, per quanto riguarda gli Stati: non c'è soltanto la crisi dei mutui ipotecari, ma c'è anche un'altra bomba finanziaria di cui si parla poco, i mutui per l'iscrizione negli istituti di istruzione superiore, Harvard ed altri, con l'inconveniente che una casa può sempre essere rivenduta, ma non un diploma.

Potrei continuare, ma credo che abbiamo capito la realizzazione del processo. Se il Pontificio Consiglio può essere di qualche utilità in questo ambito, ne guadagneremo in "carità concreta". Mi piace ricordare che il primo nome che la Chiesa si è dato è – in greco – la fraternità (*adelphoté*). Questo lavoro trarrà profitto implicando la concertazione degli episcopati del continente, lo SCEAM, nell'ambito della sua nuova pastorale della cultura per trasformare gli "incontri mancati" del passato con l'Europa e più ingenerale con il mondo occidentale.

L'Esortazione afferma che l'Africa è il continente della speranza. Proviamolo.

Vi ringrazio per l'attenzione. ■



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

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

[\(Programma\)](#)

[\(Scheda d'iscrizione\)](#)

Cerca...

Cerca...

Vai

In Evidenza

**Messaggio di S.S. Papa
Francesco per la XXII
Giornata Mondiale del
Malato**

**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)**

**Pregliera 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

Nome utente

Password

Ricordami ☐

Login

Password dimenticata?

Nome utente
dimenticato?

Galleria

Immagini