



## DOLENTIUM HOMINUM

N. 85 – anno XXIX – N. 2, 2014

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)  
00120 CITTA DEL VATICANO; TEL. 06.698.83138, 06.698.84720, 06.698.84799 - FAX: 06.698.83139

e-mail: [opersanit@hlthwork.va](mailto:opersanit@hlthwork.va)

[www.holyseeforhealth.net](http://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

- 3 **Sabato 22 novembre 2014  
il Signore ha chiamato a Sé  
il Cardinale Fiorenzo Angelini**
- 5 **Fiorenzo Angelini**  
*Mons. Jean-Marie Mupendawatu*
- 6 **Visse intensamente e morì “vivo”**  
*S.E. Mons. José L. Redrado, OH*
- 7 **Il Cardinale Fiorenzo Angelini**  
*Padre Felice Ruffini, M.I.*
- 8 **Parole che risuonano,  
azioni che rifulgono**  
*Dott. Antonino Bagnato*
- 9 **Una testimonianza  
in memoria di sua Eminenza  
Fiorenzo Cardinale Angelini**  
*Prof. Bonifacio Honings, O.C.D.*
- 10 **Spiritualità – umanità – carità e azione:  
le grandi virtù di un cammino  
sofferto e gioioso  
In ricordo del Cardinale  
Fiorenzo Angelini**  
*Prof. Filippo M. Boscia*

VIII ASSEMBLEA PLENARIA  
DEL PONTIFICIO CONSIGLIO  
PER GLI OPERATORI SANITARI  
«FAR DEL BENE CON LA SOFFERENZA  
E FAR DEL BENE A CHI SOFFRE»  
(SALVIFICI DOLORIS, 30)  
24-26 MARZO 2014

- 14 **Discorso del Santo Padre Francesco**
- 15 **Cronaca**
- 16 **Omelia del Segretario di Stato  
Cardinal Parolin**
- 18 **Dall’incontro con Dio vivente  
al cammino verso l’uomo  
bisogno e sofferente.  
Il “trittico” di Maria, Madre della vita**  
*S.E. Mons. Zygmunt Zimowski*

- 21 **Presentazione dell’Attività  
del Pontificio Consiglio per gli  
Operatori Sanitari: 2009-2014**
- 30 **Presentazione della Fondazione  
“Il Buon Samaritano”**  
*Mons. Jean-Marie Mupendawatu*
- 33 **Le Giornate Mondiali del Malato**  
*Mons. Jean-Marie Mupendawatu*
- 41 **Il Comitato Internazionale  
delle Istituzioni Sanitarie Cattoliche  
(CIISAC): genesi e prospettive**

III CONFERENZA INTERNAZIONALE  
ORGANIZZATA DAL NETWORK DELLA PASTORALE  
DELLA SALUTE DEL PATRIARCATO ECUMENICO  
DI COSTANTINOPOLI  
RODI, 8-12 OTTOBRE 2014

- 44 **Cronaca**  
*Mons. Dariusz Giers*
- 45 **Intervento del Pontificio Consiglio  
per gli Operatori Sanitari**  
*Mons. Dariusz Giers*

## ARGOMENTI

- 48 **Infanzia e antropologia del dolore**  
*Prof. David Le Breton*
- 52 **Il dolore dell’anziano:  
aspetti antropologici, clinici e teologici.  
Nuova classificazione**  
*Prof. Pierluigi Zucchi, S.O.  
Prof. Bonifacio Honings, O.C.D.*

## Sabato 22 novembre 2014 il Signore ha chiamato a Sé il Cardinale Fiorenzo Angelini



**CARDINALE FIORENZO ANGELINI**

- Nato a Roma il 1° Agosto 1916
- Ordinato sacerdote il 3 febbraio 1940
- Consacrato Vescovo il 29 luglio 1956
- Promosso Arcivescovo il 11 febbraio 1985
- Creato Cardinale di Santa Romana Chiesa nel Concistoro del 28 giugno 1991
- Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, 1985-1996
- Assistente Ecclesiastico Nazionale dell'Associazione Medici Cattolici Italiani, 1959-1999
- Baccelliere in Filosofia
- Dottore in Teologia
- Lettore Straordinario all'Università "San Tommaso" di Manila
- Medaglia d'oro al merito per la sanità pubblica in Italia, 1961
- Medaglia d'oro per meriti sociali nella lotta contro la tubercolosi, 1961
- Medaglia d'oro per la donazione del sangue, 1966
- Professore straordinario di Deontologia medica all'Università "El Salvador" di Buenos Aires, 1969
- Medaglia d'oro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

(O.M.S.) per lo studio e l'attività contro le malattie sociali specialmente nei Paesi in via di sviluppo, 1973

- Membro dell'Accademia delle scienze di New York, 1983
- Premio "Umanizzazione della Medicina" dell'Università Georgetown di Washington, Stati Uniti, 1986
- Premio Sasakawa dell'O.M.S., 1990
- Laurea in Medicina "Honoris Causa" dell'Università Jagellonica di Cracovia, 1990 (per desiderio del Papa Giovanni Paolo II)
- Laurea in Medicina "Honoris Causa" del Medical College di Walhalla, New York, 1991
- Estrella Kennedy dell'Università Argentina John F. Kennedy, 1991
- Premio Umanitario dell'Istituto "Advanced Studies in Immunology and Aging" di Washington, Stati Uniti, 1992
- Laurea "Honoris Causa" in Scienze Umane della Pontificia Università Cattolica "Madre y Maestra", Santo Domingo, Repubblica Dominicana, luglio 1992
- Laurea "Honoris Causa" in Medicina all'Università Cattolica di Santiago del Cile, Settembre 1992
- Laurea "Honoris Causa" in Farmacia all'Università degli Studi di Urbino, ottobre 1992
- Medaglia d'oro della salute conferitagli dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, novembre 1992
- Commendatore di Santo Spirito
- Conferimento del grado di Cavaliere di Gran Croce dell'Ordine Equestre del S. Sepolcro di Gerusalemme, 1993
- Laurea in Medicina "Honoris Causa" dell'Università Cattolica Argentina "Santa Maria de los Buenos Aires", 1996
- Fondatore e Direttore della ri-

vista "Dolentium Hominum, Chiesa e Salute nel mondo", 1986-1996

- Promotore e Direttore di venti corsi annuali di "Medicina e Morale" in Roma a carattere internazionale, presso l'Università di Stato ed il Consiglio Nazionale delle Ricerche
- Promotore e direttore di varie Conferenze internazionali in Vaticano su temi vari di Medicina e Morale
- Fondatore e Presidente, dal 25 Marzo 1997, dell'Istituto Internazionale di Ricerca sul Volto di Cristo – Diciassette Congressi Internazionali.
- Presidente del Comitato etico della Fondazione Santa Lucia, Roma.
- Fondatore dell'Associazione "Amici del Padre Ildebrando Gregori O.N.L.U.S." dal 21. 06. 2006



# Fiorenzo Angelini

## MONS. JEAN-MARIE MUPENDAWATU

Segretario del  
Pontificio Consiglio  
per gli Operatori Sanitari

Un uomo dei suoi e dei nostri tempi, consapevole delle responsabilità, forte e determinato ma umile nel suo dedicarsi alla missione *ad gentes* come opera di Giustizia e Carità. Ecco un'immagine di Fiorenzo Angelini, nato il 1° agosto del 1916 e poi divenuto, nei suoi oltre 98 anni di vita e quasi 75 di sacerdozio, don Fiorenzo (1940), Monsignor Angelini (1956) e, infine, il Cardinale Angelini (1991). La sua è stata e rimarrà una figura decisamente fuori dell'ordinario nella molteplicità dei suoi aspetti come anche nella longevità. Ci ha lasciati il 22 novembre scorso, 98enne, poche ore prima dell'udienza concessa dal Papa alle persone con disturbi dello spettro autistico e ai partecipanti alla XXIX Conferenza Internazionale del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, di cui era stato il primo Presidente.

Ora riposa accanto al suo padre spirituale, il venerabile padre Ildebrando Gregori, benedettino silvestrino e fondatore delle Suore Benedettine Riparatrici del Santo Volto, nel Convento di questo istituto a Bassano Romano.

Fiorenzo Angelini che, unitamente ad un fisico imponente, aveva decisamente quell'aspetto che a Roma si definisce di un "marcantonio", possedeva una grande intelligenza e un'impressionante lungimiranza, come se dalla sua altezza, al pari della giraffa nell'immaginario africano, potesse realmente vedere più lontano di molti altri.

Vice-Parroco nel quartiere romano di S.Lorenzo, fece da guida

a Papa Pio XII quando questi si recò nel luglio del 1943, a visitare la popolazione duramente colpita da un bombardamento degli alleati. Capita, di tanto in tanto, di rivedere il filmato di quella visita e il giovane don Fiorenzo che apre un varco tra la folla per il pontefice.

Divenuto figura chiave della sanità capitolina ed in seguito internazionale, intraprendeva iniziative apparentemente 'rivoluzionarie' già da Presidente della Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari, destinata a divenire Pontificio Consiglio nel 1988. Parlava il francese e conosceva l'inglese, era nato a Roma figlio di una coppia originaria di Carsoli, comune situato lungo il confine che separa il Lazio dall'Abruzzo, emigrata negli Usa e poi rientrata in Italia.

È stato forse proprio dalla storia familiare che aveva tratta la sua attitudine a viaggiare, ad incontrare persone di lingua, cultura ed anche di fedi diverse. Come dimenticare i suoi viaggi ad esempio in Russia, dove successivamente riuscì a far costruire un ospedale cattolico pediatrico con i doni ricevuti per l'elevazione a cardinale, e a Cuba, entrambi effettuati ben prima che si incrinassero e poi crollassero i muri politici ed ideologici che dividevano la politica mondiale.

Fedele nelle amicizie, non esitò a mostrarsi in pubblico con Giulio Andreotti anche nei momenti più discussi della vita dell'ex-Presidente del Consiglio.

In ambito ecclesiale fu un attuatore efficace del Concilio Vaticano II, a cui aveva partecipato, e seppe far valere l'importanza del mondo della sofferenza e della malattia, dei bisogni di chi si prende cura dei malati, familiari, professionisti e volontari. In Papa

Giovanni Paolo II, canonizzato il 27 aprile 2014, trovò una sintonia mirabile dalla quale nacquero documenti, progetti e realtà istituzionali. Fu infatti con la riforma *Pastor Bonus* che la Pontificia Commissione Pastorale degli Operatori Sanitari assurse a Pontificio Consiglio.

Instancabile nel suo impegno ecclesiale, la sera lasciava il Dicastero con una valigetta piena di lavoro che il mattino successivo sarebbe stato già svolto, era un abile tessitore di relazioni internazionali, finalizzate a promuovere la *Salus* in tutto il mondo. In molte sue iniziative, nei progetti, ha saputo esprimere la 'mondialità' della Chiesa ben in anticipo rispetto al cosiddetto fenomeno della globalizzazione.

Giunto all'età della 'pensione', avrebbe potuto riposarsi senza preoccupazione alcuna. Aveva fama, onori e meriti uniti alla serenità economica. Ecco però che invece, a 75 anni suonati, volle donarsi all'allora Zaire, all'India, alla Polonia, alla Romania. Per realizzare opere assistenziali ed evangelizzatrici in tali Paesi, è giunto a dare via tutto ciò che di valore possedeva, persino degli ori della madre. È arrivato a rischiare anche in prima persona, nell'attraversare o nel visitare zone caratterizzate da un'elevata insicurezza come in Congo Kinshasa, nell'agosto del 1998, quando riuscì fortunatamente a sottrarsi agli eserciti tornati a fronteggiarsi.

La sua ultima opera terrena, la "Cittadella della Carità", testimonia questo grande amore ed è lì, a Butembo, nell'est della Repubblica Democratica del Congo. Non è del tutto compiuta ma certamente lo sarà perché è una grande iniziativa voluta e portata avanti dal Cardinale, una grande personalità della Chiesa e del XX secolo. ■

# Visse intensamente e morì “vivo”

IN RICORDO DEL CARDINALE FIORENZO ANGELINI

**S.E. MONS.**

**JOSÉ L. REDRADO, OH**

*Segretario emerito  
del Pontificio Consiglio  
per gli Operatori Sanitari*

**M**i è stato chiesto di scrivere un brevissimo ricordo del Cardinale Fiorenzo Angelini, una breve testimonianza tra tante altre, mettendo insieme i ricordi.

Fui chiamato da Papa Giovanni Paolo II a far parte, come Segretario, dell'allora "Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari". Era il 19 gennaio 1986. Mons. Angelini era il Pro-Presidente di quel nuovo "ministero", e P. Felice Ruffini, religioso camiliano, ne era il Sotto-Segretario.

Iniziammo il lavoro partendo da zero. Non ci era stata assegnata nessuna sede, c'era solo un Decreto istitutivo del Papa e l'esperienza che ciascuno di noi portava alla nuova missione. C'era però molto entusiasmo e un grande desiderio di lavorare, inventare, creare e aprire nuove strade.

Ed è qui che incontrai una grande personalità, con la quale entrai subito in sintonia. Lo considerai un privilegio, giacché cominciavamo a lavorare non solo a partire da un ufficio, bensì dalla vita. Iniziammo

quindi a viaggiare. Facemmo numerosi viaggi e realizzammo molte attività fuori sede per conoscere "in situ" il campo della salute e della malattia, il mondo sanitario, e un esercito di tecnici e samaritani. Accompagnando Mons. Angelini in tutti quei viaggi per undici anni, ho avuto l'opportunità di conoscere la sua capacità creativa e animatrice. Egli era un maestro, un inventore che non si risparmiava nulla, che insegnava, che dava e che si donava. Sempre presente, competente, entusiasta, credeva in ciò che faceva e lo amava; ho imparato da lui a "sognare" e a trasformare i sogni in realtà.

Quella che incontrai era una persona dal carattere forte, dominante e possente? A molti poteva apparire così, ma occorreva conoscerlo più nella realtà, nel suo intimo; è qui che appariva la sua autentica ricchezza, la sua capacità di impressionare e di illustrare; la sua pietà, la sua capacità di essere in molti luoghi e arrivare a tante persone, come uomo efficace; il suo amore per la Chiesa, per il mondo sanitario; la sua amicizia con tante persone, tanto diverse, la sua capacità di lavorare e di creare "risorse", di inventare, di ricevere abbondantemente e di dare con grande generosità, con

carità evangelica. Tutto questo non si vede da un ufficio, bensì prendendo parte a viaggi di molti chilometri dove si ha la possibilità di parlare, proporre, verificare, osservare e conoscere più profondamente. Il Cardinale Angelini è stato un "personaggio" "temuto" da alcuni, amato da molti.

Al momento del suo ritiro, quello che lasciò il Pontificio Consiglio era un seminatore che ci ha donato seme da coltivare. Egli stesso, per 18 anni fino alla morte, ha lottato e inventato, viaggiatore instancabile e attivo, da un'altra piattaforma.

Nella tappa finale l'ho visto compiere, allo stesso tempo, un cammino di maturità spirituale importante dove la persona acquista maggiore ricchezza e profondità nell'essenziale. La sua morte mi ha riportato ricordi indimenticabili, una vita vissuta con passione, una meditazione profonda sulla fragilità da una parte e sul Dio d'amore dall'altra. Sinceramente, pur profondamente addolorato, allo stesso tempo ho gioito della sua morte, carica di anni e, soprattutto, attesa, preparata, accompagnata e pregata. Morì "vivo". Un finale che fa riflettere. Anche in questo è stato per me un maestro spirituale. Riposi in pace. ■

# Il Cardinale Fiorenzo Angelini

**PADRE FELICE RUFFINI, M.I.**

*Sottosegretario emerito  
del Pontificio Consiglio  
per gli Operatori Sanitari*

**N**on so se il giornalista che ha scritto del Cardinale Fiorenzo Angelini sul quotidiano *“L’Avvenire”* avesse o meno da tempo pronto il suo “pezzo”, corredato anche di “titolo”, o se è stata la Redazione del giornale. Comunque sia tra quelli letti fino ad oggi ritengo che sia quello che ha centrato in pieno il percorso di vita fatto dall’Em. Porporato: **«Missionario della vita e della salute»**.

In sintesi mirabile ha centrato in pieno il percorso esistenziale di questo eccezionale Sacerdote, che la Diocesi di Roma scoprirà nel tempo, il quale ha scritto pagine di storia da affidare alla “Memoria” del Clero della Chiesa romana.

I passi successivi che l’hanno portato poi ad essere investito dell’Episcopato, e successivamente Arcivescovo e Cardinale, li possiamo valutare “segni” di stima e fiducia dei Papi che si sono succeduti nella sua vita, ma rimane lì quale *“testata d’angolo”*, il proclamarsi di essere solo un “prete romano” del Vescovo della Sede di Pietro, fedele fino alla morte nel coinvolgimento di quel Primato della *«Cattedra di Pietro, la quale presiede alla comunione universale di carità»* [S. Ignazio M., *Ad Romanos*].

Impostazione di vita che inizierà decisamente un percorso più visibile e autorevole, quando il Venerabile Pio XII nel 1956 lo nominerà Delegato del Cardinale Vicario per la *“Pastorale della Salute”* degli Ospedali e Luoghi di Cura della Diocesi di Roma, e che portò noi Camilliani impegnati nel servizio pastorale quali Cappellani, in quegli anni presenti in numero rilevante, a stabilire così un rapporto di collaborazione alquanto intenso, e per alcune attività speci-

fiche di un certo rilievo di responsabilità con alcuni Religiosi.

Non è tempo, e né occasione questa di stendere una storia minuta, ma solo qualche breve accenno, qualche breve paragrafo per *“non dimenticare”* la rivoluzione che apportò al *“servizio pastorale”* nell’ambito della Sanità Romana, preannuncio e *“rodaggio”* di quello che anni dopo, con la fraterna amicizia e stima instaurate con il Santo Papa Giovanni Paolo II portò alla istituzione del *“Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute”*, e venne promossa in tutta la Chiesa.

Ritengo sia da parte mia doveroso sottolineare la sua quotidiana attestazione, ovunque andasse e in qualunque circostanza si trovasse, del suo sentirsi nel cuore la costante ispirazione di ciò che sgorga dal *«carisma del Crocifisso a San Camillo»*, e che sotto la guida spirituale del Venerabile Abate Ildebrando Gregori divenne una costante del suo parlare ed agire: la devozione al *Santo Volto* divenne imperativo della sua azione di Pastore inviato nel mondo della sofferenza e del dolore, così da meritarsi da San Giovanni Paolo II questo passo di qualificazione eccellente in occasione del “II Congresso” specifico: «Conoscere e contemplare il Volto di Dio è aspirazione dell’uomo di tutti i tempi». La difficoltà, la diffidenza o il divieto di raffigurare la divinità scaturiscono dalla consapevolezza che ogni tentativo di attribuire un’immagine a Dio è inadeguato. Ciononostante, l’antica invocazione del Salmo (4,7): “Risplenda su di noi, Signore, la luce del tuo volto” introduceva profeticamente alla rivelazione di Cristo, poiché il Dio dell’Alleanza svelava la sua natura di Essere personale, anzi di Padre, che nell’incarnazione avrebbe assunto, in Cristo, un volto umano e insieme divino. È Gesù stesso a dichiararlo all’apostolo Filippo: “Chi ha visto me, ha visto il Padre” (Gv 14,9).»

Sì, c’è da congratularsi con chi ha coniato il titolo del servizio de *“L’Avvenire”*, – *«Missionario della vita e della salute»* –, perché, come riferiscono tanti testimoni, la sua devozione per il *“Santo Volto”*, divulgata ovunque andava, non era per quella medaglietta, anche se preziosa per la Sacra Effigie scolpita, ma per il suo vedere nel volto d’ogni malato e sofferente «il volto dell’uomo, del Figlio di Dio, del sofferente, del Risorto...», e posso ben dire che notoriamente faceva risaltare spesso nelle sue Omelie e Discorsi di essere sempre sulle sue tracce. Lo si è visto più volte, con le lacrime agli occhi, sostare accanto ai malati degli Ospedali romani, e in quelli di paesi poveri che visitava, o presso i feriti della straziante guerra dei Balcani dove San Giovanni Paolo II lo aveva inviato suo Rappresentante.

La cronaca di questi giorni ci sta rivelando che è nato in agosto del 1916 nel Rione di Campo Marzio... a qualche centinaia di metri dalla Tomba di San Camillo: coincidenza?... bene me lo si lasci dire, credo di vedere anche in questo un certo “segno premonitore”, Lui che ci terrà a ricordarci che era l’ultimo *“Comendatore di Santo Spirito”*... sì l’ultimo... ma quello che ha portato al massimo onore questa antica designazione di uno splendido *monumento vivo della Carità dei Romani Pontefici* in spazio contiguo alla Sede Petrina.

Nel suo studio, accanto a sé, ha sempre tenuto in evidenza e onore due importanti Reliquie: di San Camillo e di San Giovanni di Dio in distinti pregiati reliquiari, ispiratori della sua *“vita consacrata”* ai malati nei quali, – e non è banale retorica –, vedeva e contemplava il *“Volto sofferente del Cristo”*, come questi *due suoi Santi*.

Li ho visti accanto al letto dove s’era addormentato nel *“sonno dei giusti”* nelle prime ore di sabato mattina 22 novembre 2014. ■

# Parole che risuonano, azioni che rifulgono

**DOTT. ANTONINO BAGNATO**  
*Medico*

*Riflessioni raccolte da  
Francesca Cipriani Bianchini*

**S**ono un medico. Ho studiato tutta la vita l'organismo umano, ho imparato a riconoscere i sintomi delle sue malattie, ho appreso le vie per poterlo curare, per poterne alleviare le sofferenze. Poni tutto questo e tutto te stesso al servizio di chi ha bisogno, senza nessuna riserva.

Succede alcune volte che un paziente venga a mancare, allora una parte del tuo cuore soffre indicibilmente. Speri di avere, all'alba del giorno seguente, gli strumenti affinché questo non si ripeta e preghi Iddio, che accolga lui e aiuti te nella tua missione.

La conoscenza con Sua Eminenza il Cardinale Fiorenzo Angelini era stata casuale quasi trent'anni fa, la stima ed il rispetto da principio; la comprensione e l'affetto subito dopo hanno creato negli anni il legame forte di un'amicizia sincera.

Alcune volte la fatica degli anni e il declino di questo nostro corpo terreno toccano chi ci è vicino, lo accudiamo allora senza posa, lo rassicuriamo, cerchiamo di proteggerlo dalla sofferenza, speriamo, ma forse invano, di proteggerlo dalla consapevolezza.

Nei giorni che hanno preceduto la dipartita da questa vita terrena, di Sua Eminenza, sapevo, ma non volevo accettare, mi ripeteva che sarebbe bastato poco affinché il suo fisico si riprendesse, sapevo che era già successo altre volte, magari questa poteva essere l'ennesima, ma mi rendevo conto che ogni volta la risalita era stata più faticosa e che sarebbe arrivata la crisi irreversibile.

Si è spento nella notte fra il ventuno e il ventidue di novembre del 2014.

Quando succede l'aria si riempie di stupore, il silenzio si fa denso, gli occhi si velano di lacrime trattenute che, veloci, corrono sul-

le gote come carezza consolatoria di chi non c'è più, per chi rimane attonito e stordito alla vita, per chi ha visto il baratro dell'impossibile passare vicino e portarsi via una persona cara al proprio cuore.

Non si ha quasi consapevolezza piena che non si udirà più la sua voce, che l'aria non riecheggerà più della sua allegrezza e della sua fermezza, delle sue parole, dei suoi moniti e dei suoi progetti.

Passano i giorni, tutto è compiuto, chi rimane torna alle proprie attività, ma quando una sera il pensiero corre veloce, si spalanca un mondo di ricordi, di giorni condivisi, di insegnamenti diventati, dapprima faro nella notte, poi luce fulgida nella quale governare il timone del proprio agire come uomo, come medico e come cattolico.

La sua scelta di essere prete in mezzo alla gente, parroco al servizio della comunità era nata precoce in questo giovane seminarista romano, volenteroso e generoso. Poi arrivò la guerra, caddero le bombe su Roma. Si trovò fra le macerie di San Lorenzo a consolare famiglie, a soccorrere feriti, a dare estreme unzioni agli amici ... oggi se si passeggia nella zona intorno a San Lorenzo tutto è ricostruito, nessuna maceria, nessuna traccia evidente di quanto accadde in quell'ormai lontano 1943, solo una targa di marmo, che bisogna pure cercare ... sono certo che quello fu un momento decisivo, che cambiò il suo modo di essere prete. La sua vita fino a quel momento era stata abbastanza tranquilla, segnata certo dalle difficoltà della guerra che aveva piegato la popolazione, messo in ginocchio il Paese, ma quel giorno la crudeltà dell'uomo contro l'uomo, la brutalità delle bombe che avevamo squarciato case, corpi, cuori, lo investì come una devastazione. L'aria irrespirabile di fumo e polvere, saturata di grida disperate, pregna dell'odore acre della Morte, gli si insinuò nei polmoni, nelle cellule, sotto la pelle, e da quel giorno non gli bastò più fare il parroco.

Un pensiero unico ed adamantini-

no permeò il suo operato, da quel giorno: aiutare tutti in ogni modo possibile, al di là delle proprie forze, senza posa e senza conoscere stanchezza, e se fosse sopraggiunta, relegarla dentro di sé.

Compresa la devastante sensazione di impotenza che pervade spesso l'operato di chi è chiamato ad aiutare, a soccorrere. La solidità di chi, ogni giorno cerca di combattere e sconfiggere la sofferenza, la malattia, la Morte.

Gesù aveva detto "...ero infermo e mi avete soccorso...". Lui decise di aiutare chi era stato chiamato ad alleviare le sofferenze delle genti.

Sempre in prima linea accanto agli operatori sanitari, fu nominato vescovo e responsabile per la Pastorale Sanitaria per la Diocesi di Roma e assistente ecclesiastico nazionale dell'Associazione Medici Cattolici Italiani.

Con modestia, generosità, ma anche tenacia, raccolse la vocazione missionaria del suo padre spirituale, il Venerabile Padre Ildebrando Gregori. Si fece promotore attivo delle iniziative missionarie delle Suore benedettine Riparatrici del Santo Volto in tre continenti, per la tutela dell'infanzia, per il diritto all'educazione e la salvaguardia della terza età.

Fu un sodalizio straordinario che lo portò ad affrontare viaggi spesso faticosi pur di visitare, soccorrere e confortare popolazioni colpite dalla guerra e dalla povertà, ma coraggiose nella loro quotidiana lotta per la sopravvivenza.

Dall'incontro con San Giovanni Paolo II, nacque un progetto incredibile, che accomunava gli intenti di questi due grandi uomini cresciuti in realtà tanto diverse, ma martoriate entrambe dalla seconda guerra mondiale, che dette l'avvio al *Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari*: permeare la propria vocazione all'aiuto, con il messaggio cristiano più autentico, anche se non è solo una questione cristiana, cattolica, ma possiede una accezione universale di umana carità verso chi è nel bisogno.



Mettere sempre e comunque il malato al centro della propria attenzione, specialmente in quelle realtà tecnologiche più avanzate dove spesso il macchinario aiuta alla sopravvivenza, ma non potrà mai sostituire un sorriso, una parola di conforto, un gesto di vicinanza.

Adempiere al proprio ministero di operatore sanitario, guardando sempre negli occhi il paziente, senza farsi distrarre da idoli moderni. Vedere in ogni malato Gesù sofferente sulla croce, cercando di dare sempre il proprio massimo senza risparmiarsi mai.

Non avere timore di andare nei

luoghi più impervi del Mondo, poiché la Sofferenza e la Morte non conoscono confini geografici e non si fanno scrupoli di colpire dove già Povertà e Disperazione hanno piagato la vita delle persone.

Accogliere chiunque e comunque senza riserve, nella consapevolezza della sacralità della Vita in ogni sua forma ed età e, quando la scienza medica non può più fare nulla, che la fretta o la distrazione non lascino che la Morte trovi anche la Solitudine al capezzale dell'infermo.

Il suo messaggio è inciso nei nostri cuori e domani adempiremo al-

le nostre mansioni con rinnovato vigore. Siamo certi di non averlo perso, ma di continuare ad essere guidati, nel nostro caduco pellegrinare terreno, come persone, come operatori sanitari e come cattolici, da un animo prezioso come il suo.

Non ci ha lasciati, è andato alla casa di Dio ed è in ognuno di noi, nei nostri gesti, che si permeano di Misericordia e di Compassione come lui ci ha insegnato.

...Lui purtroppo non c'è più, non è più accanto a noi per spronarci, guidarci, custodirci, darci coraggio, ma le sue parole risuonano come tuoni, le sue azioni rifulgono come stelle. ■

## Una testimonianza in memoria di sua Eminenza Fiorenzo Cardinale Angelini

**PROF. BONIFACIO HONINGS, O.C.D.**

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

**M**i congratulo col Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari che ha deciso di dedicare, nella rivista *Dolentium Hominum*, uno spazio alla figura del Cardinal Angelini. Ringrazio il segretario, mons. Jean-Marie Mupendawatu che mi ha voluto coinvolgere per ricordare sua Eminenza cui la Chiesa e il mondo sanitario deve tanta riconoscenza. Ho avuto la grazia di aver conosciuto sua Eminenza Fiorenzo Cardinal Angelini più di quarant'anni fa. Quindi i miei ricordi sono tanti, ma ne rilevo soltanto alcuni che mi hanno particolarmente colpito. Prima di tutto, la sua convinzione di esse-

re un sacerdote del Signore al servizio della Chiesa e dell'umanità. In questo servizio sacerdotale mi ha insegnato soprattutto che, per lui, ogni Ospedale era una chiesa e ogni letto era un altare. Perciò, con grande umiltà entrava negli ospedali e visitava e confortava i malati. Oltre a questo suo umile servizio sacerdotale – di cui il Signore si è servito per quasi 75 anni – (infatti il 3 e il 17 febbraio celebreremo questo ricordo), mi ha colpito la sua profonda ed acuta intelligenza e la sua tenace volontà. Il Pontificio Consiglio di cui è stato presidente ne ha, per molti anni, ampiamente potuto usufruire. Ma anche i suoi immediati collaboratori. E ciò mi permette una testimonianza per quanto riguarda il suo carattere umanitario. Tante volte, insieme a sua eccellenza mons. Redrado, il primo segretario e a padre Felice Rufini, il primo sottosegretario, stavamo con lui per ascoltare le sue tante illuminanti esperienze da giovane sacerdote, maturo vescovo e saggio cardinale. Allora, ci colpivano soprattutto i suoi rapporti di grande amicizia col sette volte primo mi-

nistro e senatore *ad vitam*, Giulio Andreotti. Durante questi incontri molto spontanei, ed era un aspetto del suo carattere umanitario, ascoltava volentieri anche qualche nostro intervento. Ciò mi porta all'ultimo ricordo da rilevare: la sua personale amicizia. Da moltissimi anni, fino a due giorni prima della sua morte, ho avuto il privilegio di poter andare a trovarlo quando volevo ed ero sempre accolto con grande benevolenza. Il più delle volte parlavamo delle conferenze sul Volto dei Volti. Era lui, il grande ideatore non solo delle veramente significative tematiche, ma anche della preziosa iconografia, che con la massima regolarità era pubblicata prima di Natale. Per terminare questa mia testimonianza posso affermare che con la morte di sua Eminenza ho perso, e non solo io, da tanti punti di vista, un grande amico. La sua casa era diventata anche la mia. Ringrazio di cuore la sua cara madre generale, sr. Maria Maurizia Biancucci, perché mi ha detto: padre, questa è sempre la sua casa. Eminenza reverendissima, grazie di cuore e arrivederci in cielo. ■

# Spiritualità – umanità – carità e azione: le grandi virtù di un cammino sofferto e gioioso In ricordo del Cardinale Fiorenzo Angelini

**PROFESSOR**

**FILIPPO M. BOSCIA**

*Presidente Nazionale AMCI  
(Associazione Medici Cattolici Italiani)*

**L**a scomparsa di una “persona molto vicina e cara” potrebbe indurre, nel ricordarla, per un eccessivo coinvolgimento affettivo, ad esaltarne le doti e i pregi o, come suggeriscono i latini, di parlar bene di chi ci ha preceduto: “de mortuis nisi bene”. Nel caso del nostro indimenticabile Cardinale Fiorenzo Angelini ciò non si verifica in alcun modo.

Chiunque lo abbia conosciuto o semplicemente incontrato, non può non essere rimasto colpito dalle sue non comuni doti di grande uomo, vero gigante della fede, docile, disponibile, franco, dal temperamento fermo, a volte intransigente, prelato di notevole cultura, pronto nell’elargire consigli, sempre ponderati e saggi.

Ho avuto la gioia e il privilegio di vivergli accanto per moltissimi anni, dapprima come Consigliere, poi come Vice Presidente e infine come Presidente Nazionale dell’AMCI.

In verità negli anni precedenti a questa mia esperienza di dirigente nazionale, avevo avuto la piacevole opportunità di collaborare con lui da Presidente dell’AMCI diocesana di Bari per un progetto di solidarietà internazionale in favore dei bambini della Bielorussia, nazione colpita dalla drammatica esplosione del reattore nucleare di Chernobyl nel lontano aprile 1986.

Grazie alla sua opera umanitaria nel mondo, 600 bambini provenienti dall’area di Chernobyl, tutti con patologie da contaminazione nucleare, furono accolti e ospitati in gruppi di 60 in Puglia, nella diocesi di Bari-Bitonto, nell’i-

stituto San Giuseppe di Modugno retto dalle Suore Benedettine Riparatrici del Santo Volto di Cristo.

L’impegno era quello di curarli con amore e competenza nelle strutture sanitarie, cattoliche e non, di Bari e provincia, offrendo loro per 10 anni consecutivi, da maggio a settembre, un periodo di relax ed elioterapia presso accoglienti centri balneari della costa adriatica e jonica.

Furono anni impegnativi ed intensissimi, durante i quali, coinvolgendo enti pubblici e privati, associazioni, gruppi ecclesiali e tanti amici, mi prodigai con tutte le mie forze per far fronte al desiderio del Cardinale che mi raccomandava i “suoi figli, i suoi bambini”.

A questi “figli di Dio” non mancò proprio nulla anche perché la collaborazione, la disponibilità, la generosità, la solidarietà, la sussidiarietà e il sostegno illimitato dei tanti miei fedeli e cari amici di Bari e di Puglia furono davvero esemplari. Fu un periodo felice e fecondo, tuttora vivo nel cuore e nel ricordo di tutti, vissuto con orgoglio dall’AMCI di Bari.

Con una carica esemplare di spiritualità, di equilibrio, buon senso, affabilità, questo impegnativo progetto fece crescere nei soci AMCI della diocesi di Bari sentimenti di fraternità, condivisione e collaborazione che hanno caratterizzato tutto il lungo periodo della mia presidenza diocesana a Bari, durante il quale sorsero diverse associazioni familiari per l’accoglienza dei bimbi di Chernobyl, tuttora operative. Dire quanto il Cardinale abbia influenzato la mia maturazione e formazione nonché la crescita delle mie personali motivazioni significa spaziare in innumerevoli esperienze, contatti, opere di cooperazione, partecipazione ad eventi di notevole valenza etica e sociale.

Fu così che ebbi modo di conoscere e apprezzare la sua fermezza nella difesa dei valori irrinunciabili, ma anche di partecipare insieme a Lui a progetti umanitari, in ambito internazionale, in Russia, in India, in Polonia, in Congo a Butembo Beni, in Libano, in Costa d’Avorio, in Messico. Ricordo molti episodi inediti e particolari che puntualmente prevedevano la visita e il sostegno a strutture di accoglienza, l’incontro con i poveri e gli ammalati, con le associazioni di assistenza, ma anche la visita ai capi di Stato nelle loro residenze sontuose, messe a disposizione per le udienze istituzionali, previste per la delegazione pontificia di cui facevo parte.

Il Cardinale si confrontava con i potenti della terra, si interessava alle questioni sociali, stemperava le tensioni, sanava dissapori, sensibilizzava le coscienze, portava ovunque la voce del Santo Padre e contribuiva ad ogni sviluppo sociale con concrete azioni di fede, speranza e cooperazione economica.

Affonda nelle radici solide del vangelo della Carità la missionarietà testimoniata da questo grande Cardinale della Chiesa di Roma che, con straordinaria umiltà in diverse parti del mondo, ha saputo sempre chinarsi su tante fragilità, su ogni “creatura ferita”, per curare con amore ogni piaga del suo corpo, della mente e dell’anima, ossia prendersi cura, come era solito affermare, “della malattia globale” di ogni persona.

Il Cardinale Angelini, Buon Samaritano, si è fatto prossimo a tante persone emarginate, scartate, promuovendo nel mondo intero un’organica pastorale della sofferenza, della salute, della salvezza.

Lo ha fatto sensibilizzando uomini provenienti da ogni dove, potenti e non, fragili o soli, con

quell'amore e quello spirito cristiano che Papa Francesco ha richiesto di testimoniare, ricevendo noi medici cattolici per il 70esimo anniversario dalla fondazione dell'Associazione.

In tanti siamo grati al Cardinale per averci proposto forme innovative di operatività che ci hanno permesso di raggiungere importanti risultati culturali e pastorali nel nostro volontariato laico e religioso a favore degli infermi.

Ho vissuto personalmente con Lui esperienze bellissime e condiviso il suo impegno nel riconoscere e mantenere saldo e forte il ruolo dei medici cattolici italiani nella Feamc e nella Fiamc, sottolineando gli scopi contenuti nei rispettivi statuti, difendendo con ferma intransigenza posizioni riguardanti il rispetto della vita, dal concepimento fino al naturale declino, valorizzando l'interiorità, tutelando le famiglie, promuovendo rispetto per la persona umana, soprattutto se fragile, indifesa, ammalata, anche se spesso inguaribile ma sempre curabile.

Egli sosteneva apertamente le posizioni dell'AMCI senza tentennamenti e affermava con convinzione che l'essere cattolici non si riduce a un'etichetta o a un distintivo ma richiede una profonda e limpida testimonianza di fede e dei valori che caratterizzano il cristianesimo, tutti solidamente incastonati nella "C di cattolici" insita nel nostro logo.

Ci ricordava che il quotidiano impegno deve essere profuso senza far troppo rumore, senza esaltazioni personali, senza protagonismi e senza trionfalismi: *"Fa più rumore un albero che cade che una foresta che cresce"*, soleva dire!

Moltissimi sono i medici, anche giovani, che attratti dal suo esempio aderivano all'AMCI e si ispiravano alla sua grande saggezza, alla sua fede salda, al suo illuminato magistero e alla sua profonda spiritualità.

Il Cardinale Angelini ci ha sempre raccomandato di alimentare con la preghiera e con spirito di abnegazione ogni nostra azione, di operare con coerente onestà intellettuale, di testimoniare senza ostentazione, per essere sale o lievito fra la gente.

Umanità, spiritualità, carità e azione sono state le sue grandi virtù.

La sua vita, pur carica di difficoltà e di sofferenze, è stata un inno alla dignità e all'inviolabilità della persona con il suo grande impegno nel *far bene il bene*.

Per ben 30 anni nell'AMCI, vivendo a fianco del Cardinale Fiorenzo Angelini, assistente ecclesiastico AMCI (dal 1959 al 1998), abbiamo approfondito aspetti attinenti alla teologia, alla pastorale sanitaria, alla spiritualità, alla psicologia, alla sociologia.

Abbiamo vissuto con Lui quel lungo periodo di storia contemporanea nel quale sono emersi i grandi problemi bioetici di cui ancora oggi si discute: aborto, clonazione, eutanasia, morte cerebrale, trapianti, stato vegetativo, testamento di vita, brevettabilità biologica, utilizzo di cellule staminali, di gameti eterologhi per fecondazioni assistite, anche con trasferimenti in uteri surrogati. Siamo in un'epoca in cui si tenta di cancellare l'obiezione di coscienza; emergono importanti normative sull'etica dei trapianti, mentre la riproduzione umana assistita apre infinite e polimorfe questioni sulle teorie del Gender, che determinano profonde incertezze sull'essere famiglia, sulla verità della paternità, maternità e sul senso della genitorialità.

In questo lungo periodo caratterizzato da metodiche innovative di una medicina fortemente tecnologizzata, il Cardinale ci ha sempre invitati a riscoprire il nostro ruolo e ad insegnare ai giovani medici a tutelare e sostenere la vita in ogni sua fase con azioni concrete, a vivere il vangelo della cura e della misericordia, a porsi alla sequela di Cristo medico, dando spazio alla parola di Dio per il benessere dell'uomo. Egli ha ispirato la "Carta degli operatori sanitari", inaugurando nella pastorale sanitaria la stagione di una vera e propria "arte pedagogica" che conduce alla contemplazione del volto di Cristo riflesso in ogni uomo, soprattutto in chi soffre. La Carta degli operatori sanitari resta oggi un documento che contempla "l'incommensurabile dignità dell'essere umano e la sua natura trascendente, natu-

ra che fede e ragione riconoscono come assolutamente inviolabile".

A noi medici cattolici quale grande eredità ci lascia!

Perché la nostra missione fosse più feconda, il Cardinale ha tracciato delle linee guida da seguire: preghiera, abnegazione, disinteresse per il carrierismo, umiltà intellettuale, apertura fiduciosa verso gli altri, compassione e condivisione.

Oggi, in aperto contrasto con derive disumanizzanti, possiamo sostenere che malattia, dolore e sofferenza non manifestano l'assenza di Dio nella storia dell'uomo, ma viceversa esprimono la sua piena condivisione e assunzione della nostra fragile condizione. Sin da giovane sacerdote, il Cardinale Angelini ha avuto il merito di saper cogliere i segni dei tempi, rispondendo con prontezza e competenza alle nuove istanze che si presentavano. Ancora poco conosciuto, accompagnò nelle strade di Roma ferita Papa Pio XII, la cui veste bianca fu macchiata di sangue, e sin da allora si impegnò, in modo totalizzante, a trasmettere quel patrimonio di fede e di vita ereditato dagli apostoli e martiri Pietro e Paolo.

Proprio negli anni dello sconfiggimento sociale, cooperando con Papa Pio XII, la sua passione sacerdotale si rivolse agli ammalati, ai poveri, ai fedeli laici, ai medici, agli operatori sanitari, cercando di riorganizzare l'assistenza nella città di Roma, devastata dalla guerra, ricomponendo gruppi di preghiera, ma anche aggregazioni di uomini e donne di ogni etnia, di cristiani fortemente impegnati nella società per la conquista dei diritti umani e civili.

Da sacerdote, da vescovo, da Cardinale ha sempre insegnato a tutti l'alto valore del messaggio cristiano, che richiede il massimo impegno nel rimuovere le cause che determinano l'esclusione e l'urgenza di partecipare a pieno titolo alla vita politica e sociale del Paese.

L'azione pedagogica rivolta ai medici cattolici in più di cinquant'anni di appassionata attività formativa è stata da lui vissuta come preciso dovere, suscitando in tante generazioni di giovani medici la capacità di discernere tra

ciò che è essenziale e ciò che non lo è. Ha colmato di spirito nuovo studenti, medici, professori e personale paramedico perché sapessero cogliere con sensibilità ogni palpito di speranza, di fede, di entusiasmo. La sua totale dedizione è oggi il dono più prezioso che ci potesse lasciare, avendoci chiamati alla pienezza della vita cristiana e alla perfezione della carità.

Ringraziando il Signore, siamo oggi in grado di dare alla nostra società un volto più umano, conforme all'immagine di Cristo Salvatore e in tutto obbedienti alla volontà del Padre.

La vita del Cardinale, limpidamente e solidamente intrecciata con la vita della Chiesa e dell'AMCI, è stata e sarà sempre modello di riferimento per l'intero associazionismo nazionale.

Ha procurato onori e credibilità alla nostra associazione in campo nazionale ed internazionale, promuovendo, sostenendo e incoraggiando un nostro socio, già segretario nazionale, alla guida della federazione mondiale.

Estremamente meritevole di attenzione è il volume "La mia strada", edito da Rizzoli, in cui delinea con chiarezza le sue capacità decisionali, la sua pazienza, ma anche la sua costruttiva impazienza, la sua completa e disinteressata generosità, la sua forza e caparbietà riposta in ogni suo intervento pur in epoche e situazioni difficili.

Dotato di grande forza fisica e morale si avventurava per i sen-

tieri complessi e ardui dell'apostolato missionario nel mondo, in Russia, India, Romania, Congo, Filippine, mettendo a disposizione ogni suo avere, ogni ricordo personale, ogni sua croce pettorale, ogni suo orologio, doni, dipinti, sculture di prestigiosi pittori e artisti: sono stato testimone oculare della sua più completa e disinteressata generosità.

Ha servito la Chiesa e i romani pontefici, donando loro massima cooperazione e fedeltà: ha infatti collaborato con ben otto papi, da Pio XI a Pio XII, da Giovanni XXIII a Paolo VI, da Giovanni Paolo I a Giovanni Paolo II, da Benedetto XVI a Francesco, intessendo uno stretto rapporto tra laicato e gerarchie, mediando talvolta divergenze culturali e dottrinali.

In lui il pensare, il volere, l'agire, il sentire hanno operato all'unisono in armonia permanente, orientata a costruire legami impensabili, fonti di grande ricchezza.

Il suo pensiero è stato sempre rivolto a Dio, per cui ogni sua azione, guidata da scienza e sapienza, è stata indirizzata verso tutti i fragili, considerati figli privilegiati di Dio.

Ha effettuato studi contemplativi sul volto di Cristo, composto da una miriade di tessere musive raffiguranti l'intera umanità, fino ad una "reductio ad unum".

Uno dei suoi scopi è stato quello di rafforzare la struttura dell'AMCI per immergerla nella società italiana in continuo fer-

mento politico, in un momento in cui si andava affievolendo l'associazionismo, per il sorgere di nuove prospettive delineate dal Concilio Vaticano II. Ha infuso nuova linfa nella società italiana e in particolare nell'AMCI, perché potesse cogliere in pienezza lo spirito conciliare ed ecumenico.

Mosso dal sincero desiderio di offrire un contributo leale e disinteressato all'unità delle forze cattoliche, intrecciava positivi rapporti con i politici nel forte convincimento che i cattolici potessero individuare il loro campo d'intervento per rinnovare la vita familiare, professionale, sociale, politica del Paese.

Egli ha tenuto alta davanti a noi una prospettiva essenziale di vita schietta, sensibile, priva di egoismo. Personalmente, avendo avuto il privilegio di essergli stato molto vicino, devo molto a lui di ciò che oggi sono.

Tutti insieme noi medici cattolici, nell'esprimere la nostra massima gratitudine al Cardinale, certi della Resurrezione, riteniamo che il Signore lo abbia accolto tra le sue braccia misericordiose, concedendogli il premio della vita eterna, come ci ha promesso e si legge nel brano di Matteo, Cap. XXV.

Ora il testimone è nelle nostre mani perché ciascuno di noi sappia vivere con fedeltà e coerenza il messaggio evangelico a cui Egli si è ispirato in vita e mantenga viva la fiaccola della carità, della speranza, della forza. ■



**VIII Assemblea Plenaria  
del Pontificio Consiglio  
per gli Operatori Sanitari  
in occasione del  
XXX Anniversario  
della Lettera Apostolica  
*Salvifici doloris***

***«Far del bene con la sofferenza  
e far del bene a chi soffre»  
(Salvifici doloris, 30)***

**24-25-26 marzo 2014  
Città del Vaticano**

# Discorso del Santo Padre Francesco

*SALA CLEMENTINA, LUNEDÌ, 24 MARZO 2014*

*Cari fratelli e sorelle,*

vi do il benvenuto in occasione della vostra Sessione Plenaria, e ringrazio Mons. Zimowski per le sue parole. A ciascuno di voi va la riconoscenza del Vescovo di Roma per l'impegno che ponete verso tanti fratelli e sorelle che portano il peso della malattia, della disabilità, di un'anzianità difficile.

Il vostro lavoro di questi giorni prende spunto da quanto il beato Giovanni Paolo II, trent'anni or sono, affermava circa la sofferenza nella Lettera apostolica *Salvifici doloris*: «Fare del bene con la sofferenza e fare del bene a chi soffre» (n. 30). Queste parole egli le ha vissute, le ha testimoniato in maniera esemplare. Il suo è stato un magistero vivente, che il Popolo di Dio ha ricambiato con tanto affetto e tanta venerazione, riconoscendo che Dio era con lui.

È vero, infatti, che anche nella sofferenza nessuno è mai solo, perché Dio nel suo amore misericordioso per l'uomo e per il mondo abbraccia anche le situazioni più disumane, nelle quali l'immagine del Creatore presente in ogni persona appare offuscata o sfigurata. Così è stato per Gesù nella sua Passione. In Lui ogni dolore umano, ogni angoscia, ogni patimento è stato assunto per amore, per la pura volontà di esserci vicino, di essere con noi. E qui, nella Passione di Gesù, c'è la più grande scuola per chiunque voglia dedicarsi al servizio dei fratelli malati e sofferenti.

L'esperienza della condivisione fraterna con chi soffre ci apre alla vera bellezza della vita umana, che comprende la sua fragilità. Nella custodia e nella promozione della vita, in qualunque stadio e condizione si trovi, possiamo riconoscere la dignità e il valore di ogni singolo essere umano, dal concepimento fino alla morte.

Domani celebriamo la Solennità dell'Annunciazione del Signore. «Ad accogliere “la Vita” a nome di tutti e a vantaggio di tutti è stata Maria, la Vergine Madre, la quale ha quindi legami personali strettissimi con il *Vangelo della vita*» (Giovanni Paolo II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, 102). Maria ha offerto la propria esistenza, ha messo tutta se stessa a disposizione della volontà di Dio, diventando “luogo” della sua presenza, “luogo” in cui dimora il Figlio di Dio.

Cari amici, nel quotidiano svolgimento del nostro servizio, teniamo sempre presente la carne di Cristo presente nei poveri, nei sofferenti, nei bambini, anche indesiderati, nelle persone con handicap fisici o psichici, negli anziani.

Per questo invoco su ciascuno di voi, su tutte le persone ammalate e sofferenti con le loro famiglie, come su tutti coloro che se ne prendono cura, la materna protezione di Maria, *Salus infirmorum*, affinché illumini la vostra riflessione e la vostra azione nell'opera della difesa e della promozione della vita e nella pastorale della salute. Il Signore vi benedica.

## Cronaca

«*Far del bene con la sofferenza e far del bene a chi soffre*»: queste parole del Santo Papa Giovanni Paolo II, tratte dalla sua Lettera Apostolica *Salvifici doloris* (n. 30) sono diventate il tema centrale della VIII Sessione Plenaria del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, svoltasi dal 24 al 26 marzo 2014 nell'Aula Magna del Palazzo San Pio X.

L'Assemblea Plenaria si è aperta con la celebrazione della Santa Messa nelle grotte della Basilica Vaticana presso l'Altare della Tomba di San Pietro, presieduta dal Cardinale Pietro Parolin, Segretario di Stato, che a nome del Santo Padre Francesco ha ringraziato i partecipanti per la loro presenza e l'impegno quotidiano a favore dei malati, dei disabili e dei sofferenti, significando in particolare quanto importante sia, non solo la professionalità degli operatori sanitari, ma anche l'assistenza religiosa e spirituale accanto all'infermo.

La Sessione anti-meridiana di lunedì 24 marzo è stata introdotta dal Presidente del Pontificio Consiglio con un'ampia Presentazione delle attività svolte dal Dicastero negli anni 2009-2014. Citando l'art. 152 della Costituzione apostolica *Pastor Bonus* di Giovanni Paolo II, l'Arcivescovo Zimowski ha sottolineato che il Pontificio Consiglio «manifesta la sollecitudine della Chiesa per gli infermi aiutando coloro che svolgono il servizio verso i malati e sofferenti, affinché l'apostolato della misericordia, a cui attendono, risponda sempre meglio alle nuove esigenze», proseguendo poi con l'esposizione delle molteplici azioni sviluppate dal Dicastero, associando ciascuna ad un specifico compito indicato nei quattro paragrafi dell'art. 153 della Costituzione.

Dopo questa Relazione, i partecipanti alla Sessione Plenaria si sono recati al Palazzo Apostolico dove sono stati ricevuti in Udienza da Papa Francesco. Dopo il breve saluto del Presidente

del Dicastero, il Santo Padre ha espresso la sua gratitudine verso tutti coloro che si prendono cura dei malati e dei sofferenti: «A ciascuno di voi – ha detto – va la riconoscenza del Vescovo di Roma per l'impegno che ponete verso tanti fratelli e sorelle che portano il peso della malattia, della disabilità, di un'anzianità difficile». Riferendosi poi al titolo della Sessione Plenaria ha sottolineato: «Il vostro lavoro di questi giorni prende spunto da quanto il beato Giovanni Paolo II, trent'anni or sono, affermava circa la sofferenza nella Lettera apostolica *Salvifici doloris*: «Far del bene con la sofferenza e far del bene a chi soffre» (n. 30). Queste parole egli le ha vissute, le ha testimoniate in maniera esemplare. Il suo è stato un magistero vivente che il Popolo di Dio ha ricambiato con tanto affetto e tanta venerazione, riconoscendo che Dio era con lui».

I lavori in Aula sono ripresi nel pomeriggio con una discussione sulla Relazione dell'Arcivescovo Zygmunt Zimowski esposta nella mattinata. I Membri e i Consulitori hanno apprezzato l'ampiezza dell'operato del Pontificio Consiglio nell'ultimo quinquennio, valutando positivamente, in particolare, i due Convegni di natura pastorale e scientifica che si celebrano rispettivamente nei mesi di novembre e di maggio. È stata inoltre segnalata la necessità di uno sforzo più grande da parte del Dicastero, in ordine alla promozione delle Associazioni cattoliche degli operatori sanitari che stentano ad attirare nuovi membri in particolare i giovani.

L'ultimo Intervento della ricca giornata è stato su: «*La Fondazione "Il Buon Samaritano" - Attività e Progetti*» svolto dal Segretario del Dicastero, Mons. Jean-Marie Mupendawatu, che è anche Delegato per la Fondazione. Fra i progetti più importanti della Fondazione sono stati indicati: lotta all'HIV/AIDS – Progetto modello in Tanzania; Network

fra le Facoltà di Medicina di sette Università Cattoliche dell'Africa; lotta alla malaria, lotta alla cecità, donazione dei farmaci, centrale del farmaco, educazione alimentare per bambini e borse di studio per sacerdoti, religiose e laici.

La Sessione anti-meridiana del secondo giorno, il 25 marzo, è stata preceduta dalla Santa Messa in occasione della Festa dell'Annunciazione, nella Chiesa di Santo Spirito in Sassia, presieduta dall'Arcivescovo Zimowski e concelebrata da tutti i vescovi e i sacerdoti partecipanti alla Plenaria. Il Presidente del Dicastero ha tenuto l'omelia dal titolo: «*Dall'incontro con Dio vivente al cammino verso l'uomo bisognoso e sofferente. Il "trittico" di Maria, Madre della vita*».

Ad introdurre i lavori della giornata è stato Mons. Jean-Marie Mupendawatu che ha esposto il tema: «*Istituzione ed attuazione delle Giornate Mondiali del Malato. Stato dell'arte e prospettiva della solenne Giornata Mondiale del Malato nella Terra Santa, 2016*». Nella Relazione è stato ricordato il documento istitutivo della Giornata Mondiale del Malato di Giovanni Paolo II e in seguito sono state riassunte tutte le edizioni della Giornata dal 1993 al 2014. L'ultima parte dell'Intervento il Segretario l'ha dedicata alla presentazione della prossima Giornata a livello continentale, che avrà luogo a Nazareth in Terra Santa cercando di coinvolgere in modo speciale tutti i Responsabili per la pastorale della salute delle Chiese locali in Medio Oriente.

Sempre il Segretario del Dicastero, dopo un breve *feedback* relativo al suo primo intervento, ha continuato con un secondo tema della Sessione: «*Il Comitato Internazionale delle Istituzioni Sanitarie Cattoliche (CIISAC): genesi e prospettive*». Si tratta di un organismo nuovo che ha sostituito quello denominato AISAC (Associazione Internazionale delle Strutture Sanitarie Cattoliche)

che il Pontificio Consiglio sostiene e promuove con lo scopo di attuare una nuova evangelizzazione delle strutture ospedaliere.

Nella Sessione pomeridiana il Rev. P. Augusto Chendi, M.I., Sotto-Segretario del Dicastero, ha illustrato quanto è stato operato in ordine alla revisione e all'aggiornamento della *Carta degli Operatori Sanitari*, pubblicata originariamente nel 1994. In particolare, il Sotto-Segretario ha presentato nel dettaglio l'iter intrapreso dal Gruppo di Studio dal giugno 2010, indicando le integrazioni e le modifiche apportate al testo originario alla luce dell'avanzamento delle scienze biomediche e delle loro applicazioni, dei pronunciamenti magisteriali specifici, intervenuti dopo il 1995 durante i Pontificati, rispettivamente di San Giovanni Paolo II, di Benedetto XVI e di Papa Francesco, nonché dei nuovi aspetti

(politico-legislativi, politico-economici), che coinvolgono il mondo sanitario. Durante il dibattito seguito alla presentazione, è stato significato, in specie, che la *Carta* non intende essere esaustiva di tutti i problemi e delle questioni che si impongono nell'ambito della salute e della malattia, quasi dovesse essere un "pronuario etico", ma intende offrire linee-guida nel giudizio morale il più possibile chiare per singoli e più evidenti problemi etici, che si devono affrontare nell'esercizio delle diverse figure professionali del mondo della salute in genere, e laddove, del resto, tali risposte godono di un consenso raggiunto dalla dottrina e dal Magistero della Chiesa.

L'ultima Sessione dell'Assemblea, mercoledì 26 marzo, è stata avviata dall'Arcivescovo Zygmunt Zimowski con una Presentazione riguardante i pros-

simi progetti del Dicastero e più precisamente: la pubblicazione dell'*Index* delle Istituzioni Sanitarie Cattoliche che presenti l'attuale situazione della sanità cattolica nel mondo, la Conferenza Internazionale sull'Autismo (20-22 Novembre 2014), proposte di 'temi' per le prossime Conferenze Internazionali, Istituzione del "Premio internazionale Pio XII per la terapia del dolore" per i migliori contributi prodotti dai giovani Ricercatori.

Chiudendo i Lavori della VIII Sessione Plenaria, il Presidente del Dicastero ha avanzato la proposta di preparare la bozza di un Documento pontificio per il 30° anniversario della Lettera Apostolica *Salvifici Doloris*. Le linee generali di tale documento sono state presentate da S.E. Mons. Sergio Pintor, Vescovo emerito di Ozieri (Italia), Consultore del nostro Pontificio Consiglio. ■

## Omelia del Segretario di Stato Cardinal Parolin

24 MARZO 2014

**E**minenze, cari confratelli Vescovi e Sacerdoti, cari fratelli e sorelle, sono lieto di celebrare con voi questa Santa Messa, che apre l'ottava Assemblea Plenaria del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, istituzione della Santa Sede chiamata a manifestare la sollecitudine della Chiesa verso quanti soffrono e verso coloro che se ne prendono cura. Il tema di questo vostro incontro lo avete tratto dalla Lettera apostolica *Salvifici doloris* del beato Giovanni Paolo II, a trent'anni dalla sua promulgazione: «Fare del bene con la sofferenza e ... fare del bene a chi soffre» (n. 30). Esso fa risaltare la forza dell'evangelizzazione, che progredisce anche grazie a coloro che vivono in prima

persona la sofferenza, e a coloro che, con la loro professionalità e premura, assistono con carità gli infermi.

La Chiesa ha sempre considerato il servizio agli ammalati e ai sofferenti come parte integrante della missione affidatale da Gesù, di annunciare il Regno di Dio (cfr *Lc* 9,2). Al riguardo, il Santo Padre, nell'Esortazione apostolica *Evangelii gaudium*, afferma: «Gesù, l'evangelizzatore per eccellenza e il Vangelo in persona, si identifica specialmente con i più piccoli (cfr *Mt* 25,40). Questo ci ricorda che tutti noi cristiani siamo chiamati a prenderci cura dei più fragili della Terra» (n. 209). Pertanto, lo sguardo di predilezione dei discepoli di Ge-

sù non può non indirizzarsi agli emarginati, nelle periferie fisiche ed esistenziali del mondo.

Questa missione, tuttavia, può essere offuscata da ombre, da debolezze e da stanchezze, che siamo chiamati a superare mediante una chiara testimonianza e un cammino personale e comunitario di conversione, specialmente in questo tempo quaresimale di grazia. Come ci ha ricordato la prima Lettura con l'esempio di Naaman il Siro, noi, coscienti dei nostri limiti e delle nostre debolezze, sentiamo il bisogno di essere sanati, purificati, e sappiamo che per questo dobbiamo affidarci a Dio; ma perché ciò avvenga occorre che scendiamo dai nostri piedistalli, ci abbassiamo e ci la-



sciamo raggiungere dalla grazia dell'umiltà di Cristo, il quale si è fatto povero per arricchirci con la sua povertà.

Solo a partire da questa esperienza dell'Amore che promana dalla Croce e della Risurrezione del Signore possiamo poi volgere lo sguardo verso gli altri, riconoscendoli nella loro dignità di persone, in particolare quando soffrono, come ci ricorda il Papa Francesco nel suo *Messaggio* per questa Quaresima: «Noi cristiani – dice – siamo chiamati a guardare le miserie dei fratelli, a toccarle, a farcene carico e ad operare concretamente per alleviarle. La miseria non coincide con la povertà; la miseria è la povertà senza fiducia, senza solidarietà, senza speranza. Di fronte a questa miseria la Chiesa offre il suo servizio, la sua *diakonia*, per andare incontro ai bisogni e guarire queste piaghe che deturpano il volto dell'umanità. Nei poveri, *negli ammalati e sofferenti*, e negli ultimi noi vediamo il volto di Cristo».

Il Vangelo che abbiamo ascoltato, con la figura paradigmatica del Buon Samaritano, ci fa comprendere l'infinito amore di Dio verso ogni essere umano, specialmente quando è colpito dalla malattia e dal dolore, e ci indica quale debba essere l'atteggiamento di ciascuno di noi verso il prossimo. «Non ci è lecito “passare oltre” con indifferenza, ma occorre “fermarsi”. Buon Samaritano è ogni uomo che si ferma accanto alla sofferenza di un altro uomo, qualunque essa sia. Quel fermarsi che non significa curiosità, ma di-

sponibilità» (GIOVANNI PAOLO II, Lett. ap. *Salvifici doloris*, 28).

Gli operatori sanitari sono chiamati a farsi prossimi agli ammalati, cercando sempre di affiancare la premura alla professionalità. È ciò che San Camillo de' Lellis chiedeva ai suoi religiosi con l'espressione «più cuore in quelle mani!». Il binomio professionalità e carità si addice a tutti coloro che si accostano alle sofferenze altrui, riconoscendo nel volto di ogni persona i lineamenti di un fratello e di una sorella e, in fondo, di Cristo stesso.

La parabola evangelica indica anche la via per una civiltà autenticamente umana, che oggi si confronta e si scontra con modelli culturali improntati al successo, all'efficienza e alla dimensione privatistica della vita. Risulta, infatti, quanto mai attuale ciò che Papa Benedetto XVI afferma nell'Enciclica *Spe salvi*: «La misura dell'umanità si determina essenzialmente nel rapporto con la sofferenza e col sofferente. Questo vale per il singolo come 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» (n. 38).

In questa prospettiva si pone il servizio del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, al quale va il ringraziamento per l'opera svolta a nome e per mandato del Santo Padre. Il mio ringraziamento va anche a tutti gli operatori sanitari, le famiglie ed i volontari, per il prezioso servizio

offerto nell'alleviare le sofferenze del prossimo.

Nel corso dei secoli sono sorte molteplici Istituzioni cattoliche, religiose e laiche, impegnate nella pastorale degli infermi e tante altre organizzazioni di medici cattolici, associazioni di infermieri, di farmacisti, di volontari, organismi diocesani, nazionali e internazionali per rispondere ai problemi della medicina e della salute. Il compito affidato dal beato Giovanni Paolo II al vostro Dicastero consiste nel coordinare queste realtà complesse, favorendo una costante formazione etico-religiosa, anche di fronte ai nuovi scenari proposti dalle scienze biomediche.

L'Assemblea Plenaria costituisce l'occasione propizia per una verifica del lavoro svolto e per un confronto su come la Chiesa possa meglio rispondere al suo compito di evangelizzazione nel campo della salute.

A voi tutti, cari fratelli e sorelle, auguro di essere animati dallo stesso spirito di Cristo, Buon Samaritano. Affido questa intenzione all'intercessione di Maria, *Salus infirmorum*, a tutti i Santi e Sante della carità, che costellano la storia della Chiesa, e del beato Giovanni Paolo II. La sua testimonianza, soprattutto negli ultimi anni, quando sperimentò nella sua carne il peso e la fatica dell'infermità, sia sempre per il vostro Dicastero e per tutti monito e incitamento a fare il bene verso chi soffre e a dimostrare che si può compiere il bene anche mediante la propria sofferenza. Amen. ■

# Dall'incontro con Dio vivente al cammino verso l'uomo bisognoso e sofferente.

## Il "trittico" di Maria, Madre della vita

OMELIA DI S.E. MONS. ZYGMUNT ZIMOWSKI,  
PRESIDENTE DEL PONTIFICIO CONSIGLIO PER GLI OPERATORI SANITARI  
MARTEDÌ, 25 MARZO 2014, CHIESA DI SANTO SPIRITO IN SASSIA

**E**ccellenze Reverendissime, illustri Membri e Consultori del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari (per la Pastorale della Salute), abbiamo appena ascoltato il brano del Vangelo di Luca (Lc 1,26-38) che descrive il mistero della solennità che viviamo oggi: l'Annunciazione del Signore. Ecco, cari fratelli e sorelle, alla giovane donna di Nazareth arriva il Messaggero di Dio, l'Arcangelo Gabriele, che le annunzia una notizia travolgente ed inaspettata: "Rallegrati, piena di grazia: il Signore è con te", dice l'Arcangelo a Maria che lo ascolta, sicuramente allibita e sbalordita, ma subito pronta a rispondere alla sua chiamata (...). "Non temere, Maria, perché hai trovato grazia presso Dio. Ed ecco, concepirai un figlio, lo darai alla luce e lo chiamerai Gesù. Sarà grande e verrà chiamato Figlio dell'Altissimo; il Signore Dio gli darà il trono di Davide suo padre e regnerà per sempre sulla casa di Giacobbe e il suo regno non avrà fine". Maria, fiduciosa nella volontà di Dio, dopo il dialogo con l'Arcangelo, risponde: "Ecco la serva del Signore: avvenga per me secondo la tua parola" (Lc 1,36).

Cari fratelli e sorelle, come tutti sappiamo, la Solennità odierna è importantissima per la nostra fede! Dio entra direttamente nella storia umana. È proprio quella "pienezza del tempo" di cui parla san Paolo nella Lettera ai Galati (Gal 4,4): Dio assume la carne umana, diventa uno di noi. Anche se tangibilmente si farà vedere al momento del Santo Natale, in realtà l'atto decisivo per la nostra salvezza compiuta da Gesù Cristo comincia già dal momento in cui Egli viene concepito nel grembo

di Maria e questo accade grazie alla sua disponibilità ed alla sua collaborazione con la grazia divina. Proprio per questo il Beato Giovanni Paolo II, nell'Enciclica *Redemptoris Mater*, ha sottolineato l'eccezionalità di quel momento, unico nella storia della salvezza e dell'umanità. Ha scritto il Papa: "Maria viene definitivamente introdotta nel mistero di Cristo mediante questo evento: l'annunciazione dell'angelo. Esso si verifica a Nazareth, in precise circostanze della storia d'Israele, il popolo primo destinatario delle promesse di Dio" (RM 8).

Viviamo allora oggi il mistero dell'incarnazione del Figlio di Dio che assume la condizione umana. "Egli – come scrive l'Apostolo delle genti – pur essendo nella condizione di Dio, non ritenne un privilegio l'essere come Dio, ma svuotò se stesso, assumendo una condizione di servo, diventando simile agli uomini. Riconosciuto come uomo dall'aspetto, umiliò se stesso, facendosi obbediente fino alla morte e ad una morte di croce" (Fil 2,6-8). L'annunciazione significa, infatti, l'ingresso di Dio nella storia umana, ma anche il suo abbassamento e la sua umiliazione. Ecco, il Figlio di Dio che – possiamo dire – aveva goduto della felicità celeste, prende su di sé il corpo di un uomo, di un piccolo bambino, si lascia perfino "chiudere" nel grembo di una creatura, anche se santa e libera dal peccato originale. Ecco l'umiltà di Dio, che si esprime nell'obbedienza nei confronti di Maria che da quel momento divenne sua Madre ed alla quale Egli, pur essendo Dio, doveva essere, appunto, ubbidiente. Vogliamo allora oggi ringraziare il Padre che ha mandato

il suo Figlio perché divenisse nostro Fratello e Redentore. Questo mistero dimostra anche la fiducia che Dio ha riposta nella Madonna Santissima!

La solennità odierna ci fa capire quanto grande sia l'amore di Dio per l'umanità: Egli non solo ci ha creato, non solo si prende cura di noi "da lontano", dal cielo, ma entra proprio nella nostra vita.

Come ha affermato Papa Benedetto XVI: "Nella crisi attuale che interessa non solo l'economia, ma vari settori della società, l'Incarnazione del Figlio di Dio ci dice quanto l'uomo sia importante per Dio e Dio per l'uomo. Senza Dio l'uomo finisce per far prevalere il proprio egoismo sulla solidarietà e sull'amore, le cose materiali sui valori, l'avere sull'essere. Bisogna ritornare a Dio perché l'uomo ritorni ad essere uomo. Con Dio anche nei momenti difficili, di crisi, non viene meno l'orizzonte della speranza: l'Incarnazione ci dice che non siamo mai soli, Dio è entrato nella nostra umanità e ci accompagna" (Omelia a Loreto, 4 ottobre 2012).

Dobbiamo sottolineare, carissimi fratelli e sorelle, come il mistero dell'incarnazione fu possibile grazie a questo "sì" di Maria, grazie alla sua piena disponibilità alla realizzazione della volontà di Dio. "Eccomi, sono la Serva del Signore: avvenga in me secondo la tua parola" (Lc 1,36) e come la festa odierna deve essere anche l'occasione per esprimere la nostra riconoscenza alla Beata Vergine Maria che è divenuta Madre di Dio e Madre nostra. È stata proprio Lei a rendere possibile il piano di salvezza intrapreso da Dio. Il Beato Giovanni Paolo II ha scritto ancora: "Maria è «piena

di grazia», perché l'incarnazione del Verbo, l'unione ipostatica del Figlio di Dio con la natura umana, si realizza e si compie proprio in lei" (RM 9).

Tuttavia, va anche detto che l'annuncio che l'Arcangelo Gabriele rivolge a Maria è solo l'inizio della sua missione, anche se è fondamentale per l'ulteriore svolgimento della storia della salvezza. Infatti l'incontro con il Messaggero di Dio sollecita Maria a uscire, uscire per incontrare un'altra persona. Come ci racconta san Luca, Maria, appena appreso dall'Arcangelo (cfr. *Lc* 1,36) che la cugina Elisabetta aspetta un figlio pur essendo già in età avanzata, si reca immediatamente a visitarla. Va nella città che, secondo gli studiosi, sarebbe l'odierna Ain-Karim, non troppo lontana da Gerusalemme, ma abbastanza distante da Nazareth. Per Maria però la distanza non è importante. Ciò che conta è il desiderio di incontrare colei della quale le aveva parlato l'arcangelo. È interessante notare come la Madonna dopo l'incontro con l'arcangelo, dopo avere cioè accettato il mistero dell'incarnazione, non vada al tempio o alla sinagoga per ringraziare il Signore del dono ricevuto, ma voglia condividere con Elisabetta la gioia dell'incontro della realtà divina con quella umana, quasi a voler portare l'annuncio all'esterno. Maria, dopo il saluto e il reciproco entusiasmo nel ritrovarsi con la cugina, pronuncia l'inno chiamato *Magnificat*, che è un vero e proprio atto di lode e di esultanza verso Dio. Così possiamo arrivare a parlare di un certo *trittico*: l'incontro di Maria con Dio – **annunciazione**; l'incontro di Maria con un'altra persona – **visitazione**; l'esultanza dell'anima nel Signore – **adorazione**.

Cari fratelli e sorelle, Maria Santissima vuole pertanto insegnarci oggi che l'incontro quotidiano con Dio deve spingerci a cercare il prossimo, a uscire dalla nostra casa alla ricerca di chi si trova in qualsiasi necessità, come fece Maria andando da Elisabetta per aiutarla, per starle vicino nel momento della gravidanza (tanto più che Elisabetta non era giovanissima!), per servire la vita na-

scente. Sicuramente questo gesto costò a Maria tanta fatica. Sicuramente sarebbe stato più facile e comodo restare a casa. Ma ella è *piena di grazia*, per cui vuole condividere questa grazia e gioia con gli altri. Lo fa sia con le parole, sia con gesti concreti di carità. Ecco quello che dobbiamo oggi imparare da Maria: prima incontrare sinceramente Dio, unirsi a Gesù tramite la preghiera, i sacramenti, in modo particolare l'Eucaristia per poi portarlo agli altri. Facendo così, diventiamo veri e propri apostoli di Cristo e mettiamo in pratica le sue parole: "Gratuitamente avete ricevuto, gratuitamente date!" (*Mt* 10,8). Si dice che il Beato Ozanam, dopo ogni Santa Messa alla quale aveva partecipato, visitava gli ammalati. La fede va crescendo in noi e porta alla carità quando la condividiamo con gli altri. Il nostro amore per Gesù si moltiplica quando lo testimoniamo al nostro prossimo. Non possiamo tenere il dono della grazia di Dio in noi stessi! Siamo chiamati a donarlo agli altri, anche se questo significa a volte fatica e sacrificio! Come non fare ora riferimento ai tanti appelli di Papa Francesco, che non si stanca mai di ricordarci questa necessità di uscire, di andare nelle periferie esistenziali, per portare il Regno di Dio proprio là dove ci sono le persone emarginate e dimenticate dal mondo, malate e sofferenti.

Questo andare verso gli altri deve però essere anticipato dall'incontro con Dio. Non possiamo andare verso gli altri vuoti e privi della potenza divina! D'altra parte, va anche detto che incontrando gli altri, anche noi possiamo trovare Gesù. Come ripete spesso il Santo Padre Francesco, noi possiamo perfino "toccare" Gesù inchinandoci ai poveri e sofferenti, ai malati, che per lui sono la vera *carne di Cristo!*, come ci ha ricordato anche ieri, nel suo Discorso. A tal proposito, leggiamo anche nell'Esortazione apostolica *Evangelii gaudium*: "L'intimità della Chiesa con Gesù è un'intimità itinerante, e la comunione «si configura essenzialmente come *comunione missionaria*». Fedele al modello del Maestro, è vitale che oggi la Chiesa esca ad annunciare il Vangelo a tutti, in tutti i luoghi,

in tutte le occasioni, senza indugio, senza repulsioni e senza paura. La gioia del Vangelo è per tutto il popolo, non può escludere nessuno" (EG, 23); aggiunge Papa Francesco: "La comunità evangelizzatrice si mette mediante opere e gesti nella vita quotidiana degli altri, accorcia le distanze, si abbassa fino all'umiliazione se è necessario, e assume la vita umana, toccando la carne sofferente di Cristo nel popolo. Gli evangelizzatori hanno così «odore di pecore» e queste ascoltano la loro voce" (EG 24).

Uscire significa dunque testimoniare. Ma questa testimonianza non deve essere limitata alle parole. Notiamo bene che Maria non solo racconta ad Elisabetta "le grandi cose" (*Lc* 1,49) che il Signore ha fatto per lei, ma si rende disponibile per aiutarla concretamente, cercando di agevolare il difficile periodo di attesa prima del parto. Maria ci insegna allora che evangelizzare significa soprattutto servire. Ella si rivela come l'umile serva del Signore che è disposta a servire Dio nella persona umana! Così per prima mette in pratica le parole che dopo dirà suo Figlio: "Tutto quello che avete fatto per i più piccoli, l'avete fatto a me" (*Mt* 25,40).

In tal modo abbiamo visto – per così dire – due ali del trittico di Maria e di ciascuno di noi: annunciazione e visitazione; incontrare Dio, unirsi a Lui per poi incontrare il prossimo; condividere con lui la gioia del Vangelo e riempirsi di questa gioia che emana dagli altri. Ci rimane allora la terza parte di questo particolare "trittico", quella centrale che si esprime nell'adorazione e nel rendere lode al Signore come fece la Madonna, esultando Dio nell'inno chiamato *Magnificat*. Chi ha veramente trovato Dio e poi ha trovato Gesù nel suo prossimo, non può fare meno di lodarlo, perché il suo cuore è pieno di quella felicità che deriva dal fatto che il Regno di Dio va crescendo, che la terra diventa "l'angolo del paradiso" e che Dio sconfigge le tenebre del Maligno. Maria allora ci insegna come lodare il Signore. Innanzitutto Ella lo fa in maniera spontanea, ma nello stesso tempo basandosi sulla sua conoscenza della parola di



Dio. Maria infatti usa il modello della 'lode', che esisteva già da secoli nei salmi. Così possiamo evincere che la sua fede fosse profonda e matura, anche se semplice e sincera. La fede di Maria era costruita dall'ascolto della parola di Dio, dalla meditazione e dalla preghiera. L'eco di questo suo "incontro" con Dio lo ritroviamo appunto nel testo del *Magnificat*. Per lodare Dio occorre prima il silenzio, la meditazione e, a volte, anche la fatica per approfondire il rapporto stretto con Lui, Uno e Trino.

L'importante è che si abbia il desiderio di lodare il Signore. Come spesso ci ricorda Papa Francesco, noi cristiani solitamente ci limitiamo a chiedere a Dio che ci conceda qualche grazia, che ascolti le nostre preghiere. Molto più raramente Lo ringraziamo, e quasi mai Lo lodiamo. Invece, come ci ha ricordato poco tempo fa il Santo Padre in una delle sue prediche mattutine alla Casa Santa Marta, quello di lodare Dio è un nostro obbligo ed è il primo atto che dobbiamo ripetere ogni giorno. È proprio Lui che ci ha donato la vita e ce la mantiene. Tutto ciò che abbiamo, lo possediamo grazie a Lui! Non lo dobbiamo mai dimenticare!

Ci troviamo qui riuniti nella Chiesa di S. Spirito in Sassia e della Divina Misericordia. Dobbiamo ricordare allora che la chiave per capire la fede di Maria santissima è la *Persona dello Spirito Santo*. San Luca ci ha ricordato che Maria fu piena di Spirito di Dio. È stato Lui a far concepire il Bambino nel suo grembo. È stato poi lo Spirito Santo ad averla convinta ad andare a trovare Elisabetta. Quell'ultima avverte la presenza di Dio nel-

la sua casa. San Luca evangelista lo afferma con le seguenti parole: "Appena Elisabetta ebbe udito il saluto di Maria, il bambino sussultò nel suo grembo. Elisabetta fu colmata di Spirito Santo ed esclamò a gran voce: «Benedetta tu fra le donne e benedetto il frutto del tuo grembo! A che cosa devo che la madre del mio Signore venga da me? Ecco, appena il tuo saluto è giunto ai miei orecchi, il bambino ha sussultato di gioia nel mio grembo. E beata colei che ha creduto nell'adempimento di ciò che il Signore le ha detto»" (Lc 1,41-45). In poche parole: l'incontro gioioso tra Maria ed Elisabetta fu il *frutto dello Spirito Santo*. Entrambe furono donne di fede, piene, appunto, di Spirito Santo. Da Lui hanno ottenuto l'allegria dell'incontro ed il timore di Dio, ricordandosi della sua misericordia.

Infine vorrei sottolineare che la solennità di oggi deve essere vista anche come: la "Festa della vita". Questo aspetto è per noi molto importante. Maria è appunto la *Madre della vita*. Questo incontro di due donne incinte ci deve far riflettere sul dono della vita che comincia già dal concepimento, e che va sostenuto e protetto non solo in maniera fisica, ma anche in quella spirituale. Cioè: ogni padre e madre dovrebbero pregare per il proprio nascituro ed invitare il Signore perché lo accompagni per tutta la vita. In alcuni Paesi, come in Polonia, oggi si organizza proprio la *Giornata per la vita*, per la difesa della vita. Preghiamo allora Maria, Madre della vita, per tutte le donne che aspettano un bambino, perché abbiano le condizioni giuste per portare a buon fine la loro

gravidanza, preghiamo per tutti i difensori della vita perché il loro sforzo giunga alla costruzione della cosiddetta "cultura della vita", contro la "civiltà della morte" della quale parlava spesso il Beato Giovanni Paolo II.

Alla fine della nostra riflessione volgiamo lo sguardo a Maria, Madre della vita, con le parole di Giovanni Paolo II:

"O Maria,  
aurora del mondo nuovo,  
Madre dei viventi,  
affidiamo a Te la *causa della vita*:  
guarda, o Madre, al numero  
sconfinato  
di bimbi cui viene impedito di  
nascere,  
di poveri cui è reso difficile  
vivere,  
di uomini e donne vittime di  
disumana violenza,  
di anziani e malati uccisi  
dall'indifferenza  
o da una presunta pietà.  
Fa' che quanti credono nel tuo  
Figlio  
sappiano annunciare con  
franchezza e amore  
agli uomini del nostro tempo  
il *Vangelo della vita*.  
Ottieni loro la grazia  
di *accoglierlo*  
come dono sempre nuovo,  
la gioia di *celebrarlo* con  
gratitudine  
in tutta la loro esistenza  
e il coraggio di *testimoniarlo*  
con tenacia operosa, per  
costruire,  
insieme con tutti gli uomini di  
buona volontà,  
la civiltà della verità e dell'amore  
a lode e gloria di Dio creatore  
e amante della vita" (EV, 105).

**Amen!** ■



# Presentazione dell'Attività del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari: 2009-2014

**La Costituzione apostolica *Pastor Bonus* definisce la missione del nostro Pontificio Consiglio: «Manifesta la sollecitudine della Chiesa per gli infermi aiutando coloro che svolgono il servizio verso i malati e sofferenti, affinché l'apostolato della misericordia, a cui attendono, risponda sempre meglio alle nuove esigenze» (art. 152)**

## I compiti del Dicastero secondo l'art. 153:

**§ 1. Spetta al Consiglio far conoscere la dottrina della Chiesa circa gli aspetti spirituali e morali della malattia ed il significato del dolore umano.**

1.1 Messaggi del Santo Padre per la Giornata Mondiale del Malato

1.2 Messaggi del Presidente del Dicastero

1.3 Conferenze Internazionali del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari

1.4 Convegni Internazionali di Studio

1.5 La rivista *Dolentium hominum* e altre pubblicazioni del Dicastero

1.6 La comunicazione: Conferenze Stampa, presenza nei mass-media, il sito WEB del Dicastero

1.7 Partecipazione a Conferenze, Convegni, Congressi

1.8 Collaborazione con i Dicasteri della Curia Romana

**§ 2. Esso offre la sua collaborazione alle Chiese locali, perché gli operatori sanitari possano ricevere l'assistenza spirituale nell'esplicare la loro attività secondo la dottrina cristiana, e perché inoltre a coloro che svolgono l'azione pastorale in questo settore non manchi i sussidi adeguati nel compimento del proprio lavoro.**

2.1 Sinodi dei Vescovi

2.2 Visite *ad limina* e altre visite in sede

2.3 Gli Uffici della Pastorale della Salute delle Chiese locali

2.4. Celebrazione della Giornata Mondiale del Malato

2.5 Viaggi e visite pastorali

2.6 Contatti con i cappellani e i loro assistenti pastorali in sanità e con le associazioni di malati e di volontari

2.7 Pellegrinaggi e momenti di preghiera con operatori sanitari, assistenti spirituali e malati

**§ 3. Favorisce l'attività teorica e pratica, che in questo campo svolgono in vari modi sia le organizzazioni cattoliche internazionali, sia le altre istituzioni.**

3.1 Fondazione "Il Buon Samaritano"

3.2 Federazione Internazionale delle Associazioni Mediche Cattoliche (FIAMC)

3.3 Comitato Internazionale Cattolico delle Infermiere e delle Assistenti Medico-Sociali (CICIAMS)

3.4 Federazione Internazionale dei Farmacisti Cattolici (FIPC)

3.5 Comitato Internazionale delle Istituzioni Sanitarie della Chiesa (CIISAC)

3.6 Istituti di Vita Consacrata

3.7 Contatti con Associazioni, Istituti e Organizzazioni cattoliche e non, impegnate nel mondo della salute

**§ 4. Segue attentamente le novità in campo legislativo e scientifico che riguardano la salute, al precipuo fine che se ne tenga opportunamente conto nell'opera pastorale della Chiesa.**

4.1 Collaborazione con la Pontificia Accademia per la Vita

4.2 Collaborazione con Università cattoliche e non, Centri ed Istituti di Ricerca

4.3 Attività di studi

## INTRODUZIONE

Questa nostra *VIII Sessione Plenaria* del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari (per la

Pastorale della Salute) vuole essere prima di tutto uno stimolo e un incoraggiamento alla rinnovata e coinvolgente pastorale sanitaria.

Ad un costante rinnovamento ed aggiornamento il Dicastero è stato chiamato dal suo fondatore il Beato, e fra poco Santo, Giovanni Paolo II. Nella Costituzione apostolica *Pastor Bonus* del 28 giugno 1988 egli ha affermato nell'art. 152 che il Pontificio Consiglio «manifesta la sollecitudine della Chiesa per gli infermi aiutando coloro che svolgono il servizio verso i malati e sofferenti, affinché l'apostolato della misericordia, a cui attendono, risponda sempre meglio alle nuove esigenze». Nell'articolo successivo, il 153, sono stati precisati dal Pontefice i compiti del Dicastero.

Questa presentazione dell'Attività svolta dal 2009 al 2014, sotto la presidenza dell'Arcivescovo Zygmunt Zimowski, è divisa in quattro parti relative ai quattro paragrafi dell'art. 153 della *Pastor Bonus* nei quali sono stati specificati i compiti del Dicastero. Ad ogni paragrafo sono collegate le azioni sviluppate dal Dicastero.

**Art. 153 § 1: Spetta al Consiglio far conoscere la dottrina della Chiesa circa gli aspetti spirituali e morali della malattia ed il significato del dolore umano**

Per adempiere a questo compito il Dicastero prepara e divulga i Messaggi del Santo Padre per le Giornate Mondiali del Malato; pubblica i Messaggi del Presidente del Dicastero; organizza Conferenze Internazionali e Convegni di Studio; pubblica la rivista *Dolentium hominum* e altre pubblicazioni; organizza e partecipa alle Conferenze Stampa ed è presente nei mass-media; gestisce il sito WEB; partecipa a conferenze, convegni e congressi; collabora con gli altri Dicasteri della Curia Romana.

### 1.1 Messaggi del Santo Padre per le Giornate Mondiali del Malato

Ogni anno il Dicastero prepara una bozza del Messaggio da sottoporre al Santo Padre. I temi dei Messaggi corrispondono ai temi scelti per le Giornate Mondiali del Malato. Il Messaggio viene diffuso, tradotto, messo sul sito della Santa Sede e del nostro Dicastero. Il Presidente prepara un commento teologico che rimane a disposizione di tutti. Nostra premura è che i Messaggi siano pubblicati quanto prima per poter essere utilizzati al più presto possibile nel lavoro pastorale delle Chiese locali.

Dal 2011 i Messaggi papali hanno un titolo ispirato da un testo della Sacra Scrittura cosicché:

- nel 2011: «*Dalle sue piaghe siete stati guariti (1Pt 2,24)*»;
- nel 2012: «*Alzati e va'; la tua fede ti ha salvato! (Lc 17,19)*»;
- nel 2013 «*Va' e anche tu fa' lo stesso (Lc 10, 37)*».

Il primo Messaggio di Papa Francesco di quest'anno ha avuto per tema: «*Fede e carità: "Anche noi dobbiamo dare la vita per i fratelli" (1 Gv 3,16)*».

### 1.2 Messaggi del Presidente del Dicastero

I Messaggi del Presidente del Dicastero riguardano eventi come:

- la Giornata Mondiale di Lotta alla Lebbra;
- la Giornata Mondiale di Lotta contro l'AIDS;
- la Giornata Mondiale sull'Autismo;
- la Giornata Internazionale degli Anziani;
- la Giornata Mondiale del Diabete;
- la Giornata Mondiale dei Disabili;
- la Giornata della Raccolta dei Farmaci.

Ci sono anche Messaggi indirizzati a varie Associazioni e Istituzioni ecclesiastiche nei quali viene ribadito il Magistero della Chiesa sulle questioni della promozione della vita e della tutela della salute. Soltanto l'anno scorso sono stati diffusi i seguenti Messaggi:

- ai partecipanti al VI Collo-

quio Internazionale dell'Associazione Internazionale dei Bioeticisti Cattolici;

- al Presidente della *Catholic Health Association of India* nel 70° Anniversario della fondazione;
- ai partecipanti della Conferenza sull'obiezione di coscienza, tenutasi presso l'Università Cattolica di Lublino.

Inoltre nel 2009, in occasione dell'Anno Sacerdotale, il Presidente del Dicastero ha pubblicato la *Lettera ai malati ed ai sofferenti del mondo*. Essa è stata tradotta in molte lingue, divulgata tramite le Conferenze Episcopali, i Vescovi Responsabili per la pastorale sanitaria, le Associazioni dei Malati nonché diffusa ampiamente attraverso i mass-media.

### 1.3 Conferenze Internazionali del Pontificio Consiglio

Le Conferenze Internazionali, organizzate annualmente nel mese di novembre, costituiscono una delle sue iniziative più importanti per venire incontro alle nuove esigenze e problematiche che emergono nel campo sanitario e con le quali gli operatori sanitari e gli agenti pastorali in sanità devono misurarsi. Per mezzo di esse si fa conoscere la dottrina della Chiesa circa i diversi aspetti delle malattie e del dolore umano. Le tematiche affrontate dal 2009 sono le seguenti:

- 2009 - «*Effatà! La persona sorda nella vita della Chiesa*»,
- 2010 - «*Caritas in veritate. Per una cura della salute equa ed umana*»,
- 2011 - «*La Pastorale sanitaria a servizio della vita alla luce del Magistero del Beato Giovanni Paolo II*»,
- 2012 - «*L'Ospedale, luogo di evangelizzazione: missione umana e spirituale*»,
- 2013 - «*La Chiesa a servizio della persona anziana malata: la cura delle persone affette da patologie neurodegenerative*».

Prima di ogni Conferenza Internazionale del Dicastero si tiene una *Conferenza Stampa* nella Sala Stampa vaticana per dare una più ampia diffusione all'evento. I lavori delle Conferenze si svolgono

nella Città del Vaticano, nell'Aula Nuova del Sinodo. Questi incontri radunano centinaia di partecipanti e numerosi relatori da tutto il mondo. Mediamente sono 600-650 persone da 60-65 Paesi. I relatori, prevalentemente cattolici, sono individuati fra i migliori esperti nel campo e rappresentano variegata realtà geografiche, culturali e religiose. Una sessione è riservata alla visione interreligiosa della tematica trattata.

Le Conferenze sono aperte a tutti e godono di un grande interesse anche da parte delle autorità civili come Ministri della Salute, Ambasciatori, Rappresentanti dell'OMS e altre Istituzioni Internazionali.

I momenti culminanti delle Conferenze Internazionali sono costituiti dai toccanti incontri con il Santo Padre. Si tratta di momenti forti non solo dal punto di vista dottrinale ma anche emotivo, in particolare per chi ha la possibilità di salutare il Papa individualmente. Dal 2012, al fine di viverli più profondamente, questi incontri sono preceduti da momenti di Riflessione e Preghiera nell'Aula Paolo VI, alternati con toccanti testimonianze di vita e canti corali. Oltre ai partecipanti della Conferenza, vi prendono parte ammalati, Associazioni di volontariato socio-sanitario, studenti delle Facoltà di Medicina e delle Scuole infermieristiche.

Segnaliamo la particolarità della Conferenza del 2009 che è stata dedicata alle persone non udenti con una loro numerosa presenza in aula che ha richiesto un forte impegno organizzativo. A conclusione dei lavori, e alla luce del Discorso del Santo Padre, è stato redatto il testo delle *Raccomandazioni finali* dove si affermava la necessità di integrare le persone non udenti nella vita della comunità ecclesiale. Queste *Raccomandazioni* sono state tradotte in varie lingue ed inviate a tutte le Conferenze Episcopali.

### 1.4 Convegni Internazionali di Studio

Sono un'iniziativa nuova del Pontificio Consiglio nata nel 2010 con l'intento di organizzare incontri di studio più ristretti

rispetto alle Conferenze Internazionali. I Convegni sono promossi dalla Fondazione “Il Buon Samaritano” che opera all’interno del Dicastero. Finora si sono svolte in Vaticano quattro edizioni del Convegno.

**Il primo Convegno del giugno 2010** – «*Effatà! La persona sorda, araldo e testimone dell’annuncio evangelico*» – è stato una continuazione della Conferenza Internazionale del 2009 dedicata alle persone non udenti nella Chiesa. All’evento, volto ad eliminare “le barriere della sordità fisica ma soprattutto spirituale”, hanno collaborato numerose diocesi italiane sotto la guida della Conferenza Episcopale Italiana. Un grande apporto è stato inoltre fornito dai rappresentanti delle Chiese statunitensi, spagnola, irlandese e tedesca.

**Il secondo Convegno del maggio 2011** – «*La centralità della cura della persona nella prevenzione e nel trattamento della malattia da HIV/AIDS*» – ha inteso promuovere su questo tema l’informazione e la discussione sulle terapie, in funzione dello sviluppo di un approccio “olistico” alla malattia e alla sua prevenzione. L’obiettivo era la sintesi di nuove strategie di intervento, capaci di coniugare le scoperte scientifiche con la tutela della vita e della dignità della persona umana.

All’evento hanno collaborato istituzioni, organizzazioni e movimenti ecclesiali e non, impegnati nell’assistenza e cura della persona affetta dall’HIV/AIDS.

Frutto del Convegno è stato il progetto di *Test & Treatment* dei malati di HIV/AIDS nella Diocesi di Shinyanga in Tanzania.

**Il terzo Convegno del maggio 2012** – «*La persona non vedente: Rabbunì, che io riabbia la vista (Mc 10,51)*» – ha voluto approfondire i temi della prevenzione e cura della cecità e dell’ipovisione secondo le nuove prospettive di studio e di ricerca, tenendo conto anche dell’esperienza maturata attraverso gli approcci tradizionali. Inoltre, è stata un’occasione per promuovere soprattutto l’aspetto pastorale a favore delle persone non vedenti, ma anche per incoraggiare tutti gli Organismi nazionali ed internazionali, ecclesiali e

civili, per il conseguimento di uno degli obiettivi prioritari nella lotta alla cecità: l’accesso universale e gratuito alle cure. Ha collaborato all’evento la *Christian Blind Mission Italia* (le Missioni Cristiane per i Ciechi nel Mondo).

Per facilitare la fruizione dell’intera iniziativa da parte dei non vedenti, sono stati previsti diversi accorgimenti: tra questi la pubblicazione anche in sistema braille del programma e l’esposizione della riproduzione in forma di bassorilievo di due opere del Museo Diocesano di Mantova, arricchite da una guida alla comprensione scritta anche in braille e da una spiegazione audio.

Frutto del Convegno è stato il progetto nella Diocesi di Coroico in Bolivia per la prevenzione e cura della disabilità visiva tesa ad evitare l’abbandono scolastico dei bambini per le difficoltà visive.

**Il quarto Convegno del maggio 2013** – «*Il bambino come persona e come paziente. Approcci terapeutici a confronto*» – si è svolto come preparazione alla Giornata dell’*Evangelium vitae*, celebrata in Vaticano il 15 e il 16 giugno dell’anno scorso nell’ambito dell’Anno della Fede. Sono convenuti più di 200 partecipanti da oltre 30 Paesi di tutti i Continenti. Gli interventi sono stati tenuti da 41 relatori, fra psicologi, psichiatri, teologi, filosofi, bioetici, farmacisti, ricercatori, economisti, ai quali si sono affiancati con le loro esperienze rappresentanti delle Chiese locali dell’Africa, dell’America Settentrionale e dell’America Latina, dell’Asia, dell’Oceania e dell’Europa.

La Giornata dell’*Evangelium vitae*, organizzata dal Pontificio Consiglio per la Promozione della Nuova Evangelizzazione in collaborazione con il nostro Dicastero, è stato un momento importante per ribadire l’impegno pastorale in favore dell’amore e del servizio alla vita dal concepimento al suo naturale tramonto.

#### 1.5 La rivista Dolentium Hominum e altre pubblicazioni del Dicastero

In questi anni dal 2009 al 2014, nel diffondere il pensiero della Chiesa nel campo della salu-

te, il Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari ha continuato la pubblicazione della Rivista “**Dolentium Hominum – Chiesa e Salute nel Mondo**” che ha periodicità quadrimestrale e viene stampata in quattro lingue: italiano, francese, inglese e spagnolo. Un numero di essa riporta gli Atti della Conferenza Internazionale che si svolge ogni anno a novembre. Un altro numero contiene gli Atti del Convegno di Studio Internazionale che si svolge di solito tra maggio e giugno. Sul terzo numero trovano posto a partire dal Messaggio del Santo Padre, testi attinenti all’annuale celebrazione della Giornata Mondiale del Malato. Completano questo numero altri testi come ad esempio interventi a convegni o testi a carattere pastorale o scientifico.

In preparazione alle Giornate Mondiali del Malato del 2013 e del 2014 sono stati pubblicati dei **sussidi a carattere teologico-pastorale-liturgico** sui temi indicati dal Santo Padre per la Giornata Mondiale del Malato, sussidi che intendevano offrire ai malati, agli operatori sanitari, agli operatori pastorali, alle famiglie, alle parrocchie e ai volontari, spunti di riflessione teologici, approfondimenti pastorali e formulari di preghiera.

Nel 2012 il Dicastero ha pubblicato il **volume** “*Dio ha visitato il suo popolo. Sulla via dell’uomo che soffre*”. I testi raccolti nel volume sono stati pronunciati dal Presidente del Dicastero in occasioni pubbliche diverse per contesti e importanza. Si tratta di una pubblicazione ricca di esperienza pastorale in materia di salute e malattia.

Nel 2013 è stato pubblicato un **libretto** dal titolo “*La pastorale sanitaria e la nuova evangelizzazione per la trasmissione della fede*” che costituisce un apporto alla discussione sulla nuova evangelizzazione, un apporto che vuol rispondere alle raccomandazioni formulate a conclusione della XIII Assemblea Generale Ordinaria del Sinodo dei Vescovi e della XXVII Conferenza Internazionale organizzata dal Nostro Dicastero dal 15 al 17 novembre 2012 e avente per tema “*L’Ospedale, luogo di evangelizzazione: missione umana e spirituale*”.



Sono in preparazione due importanti volumi: la nuova versione della *Carta degli Operatori Sanitari* e l'*INDEX* delle Istituzioni Sanitarie della Chiesa Cattolica. Su questi due progetti ci saranno due interventi a parte.

#### 1.6 La Comunicazione:

*Conferenze Stampa, presenza nei mass-media, il sito WEB del Dicastero*

A partire dalla fine di settembre 2009 la presenza nei mass-media del Dicastero è stata decisamente incrementata seguendo una precisa strategia e offrendo la massima collaborazione possibile alla Sala Stampa Vaticana, che si è efficacemente prodigata anche in favore delle nostre iniziative. Effettuando una ricerca in Internet, ad esempio su *Google* e usando come chiave il nome del Dicastero in italiano, compaiono circa **60mila risultati**; in inglese sono circa **90mila**. Tale dato costituisce un'eccellente indicazione sulla quantità di servizi, notizie e citazioni apparsi nei diversi mass-media.

Ciò è stato ottenuto in un periodo tutt'altro che facile per la Chiesa che negli anni passati troppo spesso è stata obiettivo di critiche e attacchi nonostante l'immenso lavoro positivamente svolto. Questo risultato è stato ottenuto grazie alla grande fattività espressa dal Dicastero ed a materiale confezionato *ad hoc*, ad interviste mirate, a notizie ed a Messaggi che sono stati diffusi ovunque, nonché all'attenta gestione dei contatti con gli operatori dei mass-media.

Le **Conferenze Stampa** tenute nel passato quinquennio sono state sette, tutte organizzate dalla Sala Stampa Vaticana: le cinque con le quali si sono presentate le altrettante Conferenze Internazionali più le due legate alle Giornate Mondiali del Malato celebrate in forma solenne, dunque quelle del 2010 e del 2013.

È stato inoltre digitalizzato l'archivio fotografico del Dicastero. È stato prodotto un **DVD** contenente tutta la documentazione utile alla Pastorale Sanitaria, dai documenti pontifici all'intera collezione della rivista *Dolentium Hominum*.

Il sito **WEB** del Dicastero **holyseeforhealth.net**, è ricco di materiale e potenzialmente molto fruttuoso sotto il profilo della divulgazione e decisamente meritevole di essere ulteriormente incentivato e curato.

#### 1.7 Partecipazione a Conferenze e Convegni, Congressi

Ogni anno il Dicastero riceve numerosi inviti per partecipare alle varie manifestazioni scientifiche, culturali e religiose che affrontano i temi relativi alla vita, alla salute e alla malattia. Si tratta di Conferenze, Convegni, Congressi promossi da varie Istituzioni ecclesiali e laiche. Il Presidente, il Segretario e il Sottosegretario ed anche gli Officiali e i Consultori del Dicastero si recano in Italia e all'estero per partecipare a tali appuntamenti. Fra questi possiamo indicare come esempio

##### • le conferenze tenutesi a Roma:

– dell'Associazione "Don Giuseppe Dossetti" e dell'Associazione Arte e Vita che si tengono presso la Camera dei Deputati,

– dell'Osservatorio Sanità e Salute presso il Senato della Repubblica,

– dell'Associazione Internazionale Carità Politica,

– dell'Istituto Internazionale di Teologia Pastorale Sanitaria "Camilianum" all'inizio dell'Anno accademico,

– del *Matercare International*;

##### • le conferenze tenutesi in Italia:

– dell'Istituto scientifico Gaslini a Genova,

– di varie Associazioni e Istituzioni a Verona,

– dell'Università Magna Græcia a Catanzaro;

##### • le conferenze tenutesi all'estero:

– del *National Catholic Bioethics Center* in collaborazione con i Cavalieri di Colombo negli USA,

– dell'Università Cattolica di Lublino in Polonia,

– della Diocesi di Vitebsk, in Bielorussia.

Circa **100** è il numero complessivo di interventi del Presidente del Dicastero fra lezioni magi-

strali, prolusioni e interventi più brevi. Alcuni dei temi trattati sono stati:

– «Value of the Human Life in the light of the Teaching of the Church»;

– «Institution and Activities of the Pontifical Council for Health Care Workers from the Perspective of its 25 Anniversary»;

– «*Humanae Vitae* and the Challenge to Healthcare Workers»;

– «Sacerdote e mass-media nella prospettiva della sofferenza umana»;

– «La persona fragile: dimensione spirituale»;

– «La Teologia del corpo e la Pastorale Sanitaria»;

– «Il Beato Giovanni Paolo II: Papa mariano intrepido difensore della vita».

Tutti gli interventi del Dicastero nell'arco di 5 anni sono stati circa **160**.

#### 1.8 Collaborazione con i Dicasteri della Curia Romana

Sono stati mantenuti i rapporti con diversi Dicasteri della Curia Romana che hanno visto coinvolti i Superiori e gli Officiali del nostro Pontificio Consiglio.

In primo luogo va menzionata la collaborazione con la Segreteria di Stato nell'elaborazione dei Rapporti sulle **Convenzioni**:

– *Sui diritti del Fanciullo*;

– *Contro la tortura o altre pene o trattamenti crudeli, disumani o degradanti* (CAT);

– *Per l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione razziale* (CERD).

Ci sono stati poi molti altri incontri, su varie tematiche di comune interesse, con Dicasteri ed Istituzioni della Sede Apostolica, in modo particolare: Congregazione per la Dottrina della Fede, Congregazione per gli Istituti di Vita Consacrata e Società di Vita Apostolica, Pontificio Consiglio per la Giustizia e per la Pace, Amministrazione del Patrimonio della Sede Apostolica (APSA), Prefettura per gli Affari Economici, Pontificia Accademia per la Vita (PAV), Governatorato.



**Art. 153 § 2: Esso offre la collaborazione alle Chiese locali, perché gli operatori sanitari possano ricevere l'assistenza spirituale nell'esplicare la loro attività secondo la dottrina cristiana, e perché inoltre a coloro che svolgono l'azione pastorale in questo settore non manchino i sussidi adeguati nel compimento del proprio lavoro**

Il Dicastero realizza questo compito tramite: partecipazione ai Sinodi dei Vescovi; le visite dei Vescovi *ad limina* e altre visite; contatti con gli Uffici della Pastorale Sanitaria delle Chiese locali; viaggi e visite pastorali; contatti con cappellani e loro assistenti pastorali in sanità, collaborazione con le associazioni dei malati e dei volontari; celebrazione della Giornata Mondiale del Malato; pellegrinaggi e momenti di preghiera con operatori sanitari, assistenti spirituali e malati.

### 2.1 Sinodi dei Vescovi

Costituiscono momenti fondamentali di collaborazione con le Chiese locali. In vista di un determinato Sinodo, il Dicastero studia la problematica attinente e prepara un apposito contributo che viene poi presentato dal Presidente del Dicastero, Membro di diritto del Sinodo davanti l'Assemblea sinodale.

Durante la **XIII Assemblea Generale Ordinaria del Sinodo dei Vescovi** su «*La nuova evangelizzazione per la trasmissione della fede cristiana*», l'Arcivescovo Zygmunt Zimowski ha sintetizzato le relative osservazioni del Dicastero nell'intervento dal titolo: «*La diaconia della carità verso i malati*». Ha affermato tra l'altro che nel corso della sua storia la Chiesa ha sempre avvertito il servizio ai malati «come parte integrante della sua missione evangelizzatrice». Quindi il binomio missione e servizio agli infermi è parte integrante della pastorale d'insieme della Chiesa senza il quale l'apostolato diventa monco.

Anche all'**Assemblea Speciale per l'Africa del Sinodo dei Vescovi** nel 2009 le osservazioni

del Dicastero sono state riassunte nell'intervento del Presidente che ha messo in evidenza la necessità della difesa e del valore della vita; l'importanza della collaborazione interreligiosa nel combattere le malattie più diffuse e il sostegno dei servizi sanitari della Chiesa che sovente rimangono unici punti di riferimento nei vasti territori come avviene in Africa, in Asia ed in America.

Durante il Sinodo per l'Africa, sono stati donati dal Dicastero, in collaborazione con l'Ambasciata di Taiwan presso la Santa Sede, al Santo Padre e ai Padri Sinodali 275 kit sanitari di primo soccorso.

### 2.2 Visite ad limina e altre visite in sede

Sono momenti di forte comunione fraterna e di scambio di esperienze nell'ambito della sanità e della pastorale della salute per conoscere meglio l'attività, le iniziative e i progetti nel settore delle Chiese locali.

Per sollecitare le visite al nostro Dicastero, appena la lista annuale delle Conferenze Episcopali in visita *ad limina* è emessa dalla Prefettura della Casa Pontificia, il Dicastero manda ai rispettivi Presidenti una lettera d'invito. In preparazione della visita, gli Officiali studiano le *Relazioni quinquennali* che i Vescovi sono obbligati a sottoporre al Santo Padre e stilano rapporti per facilitare una comune deliberazione. Di solito ci visitano delegazioni guidate dal Vescovo incaricato per la Pastorale della Salute. A volte vengono a visitarci intere Conferenze Episcopali, a volte, purtroppo, non viene nessuno. Sono queste occasioni perdute di reciproca conoscenza e crescita!

Nonostante la mole di lavoro siamo contenti per la lunga lista delle visite *ad limina* dell'anno in corso. Si tratta infatti di 26 Conferenze Episcopali che rappresentano il mondo intero.

Riceviamo in sede anche numerose altre visite di presuli, superiori maggiori, accademici e professionisti, nonché ambasciatori e politici impegnati in diverse organizzazioni nazionali e internazionali nel settore della salute e della pastorale sanitaria.

### 2.3 Collaborazione con gli Uffici della Pastorale della Salute delle Chiese locali

Tale collaborazione è continuata in primo luogo per via epistolare. Gli Uffici della Pastorale della Salute di tutte le Chiese locali sono stati informati sulle maggiori iniziative del Dicastero. Tra l'altro gli sono state inviate le *Raccomandazioni* pubblicate dopo le Conferenze e i Convegni Internazionali.

Il Pontificio Consiglio ha promosso varie iniziative per informare i Vescovi incaricati per la Pastorale della Salute circa la collaborazione tra Chiesa e Stati in materia di sanità e dell'ideologia del gender e della salute riproduttiva. In quest'ambito un'iniziativa notevole è stata la **Riunione dei Vescovi incaricati per la pastorale sanitaria e dei loro Delegati**, tenutasi in Vaticano nel 2011, prima della XXVI Conferenza Internazionale. Sono convenuti a Roma 42 Presuli da 39 Paesi oltre ad esperti e invitati. La riunione è servita per verificare insieme le modalità programmatiche e operative per un miglior coordinamento di intervento e di formazione in un campo tanto delicato e complesso qual'è quello della salute.

Un altro esempio di collaborazione sono viaggi e visite dei componenti del Dicastero per partecipare a vari incontri organizzati dagli Uffici della Pastorale della Salute nazionali e diocesani.

### 2.4 Celebrazione della Giornata Mondiale del Malato

Con la Lettera del 23 novembre 2006, il Santo Padre Benedetto XVI ha deciso che la Giornata Mondiale del Malato sia celebrata in forma solenne ogni tre anni, per conformarsi ad altre Giornate simili, come quella dei Giovani e della Famiglia.

In virtù di questa decisione la prima solenne celebrazione della **XVIII Giornata Mondiale del Malato** si è svolta nell'anno **2010 a Roma** in concomitanza del XXV Anniversario dell'istituzione del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari. In quest'occasione nei giorni 9-11 febbraio si è

tenuto il Simposio «*La Chiesa al servizio dell'amore per i sofferenti*» con la partecipazione di 600 persone da 47 Paesi.

La Santa Messa dell'11 febbraio è stata presieduta dal Santo Padre Benedetto XVI e concelebrata da numerosi cardinali, vescovi e sacerdoti. Nel pomeriggio, lungo via della Conciliazione, si è svolta la processione *au flambeaux* preceduta dal Reliquiario di Santa Bernadette e dalla Statua della Madonna di Lourdes, appositamente giunte dalla Francia. Vi hanno partecipato i malati, accompagnati da infermieri e volontari, nonché i Superiori del Dicastero. La manifestazione è terminata con la benedizione di Benedetto XVI dalla finestra del suo studio privato.

Come di consueto, in occasione della "Giornata" sono stati visitati alcuni luoghi di cura come ad esempio l'Ospedale "Santo Spirito in Sassia".

La **XXI Giornata Mondiale del Malato**, celebrata in forma solenne, si è svolta dal **7 all'11 febbraio 2013** nelle tre diocesi di Baviera in Germania, terra natia del Santo Padre Benedetto XVI. Per la circostanza il Papa ha nominato suo Inviato Speciale l'Arcivescovo Zygmunt Zimowski, Presidente del Dicastero. Il programma delle celebrazioni in Baviera ha seguito lo schema delle precedenti edizioni solenni della Giornata, cioè suddiviso in tre momenti: teologico, con un Convegno presso l'Università Cattolica di Eichstätt-Ingolstadt, pastorale, con le visite in varie strutture sanitarie, come ad esempio, l'ospedale di Grosshadern che ospita la Clinica dell'Università di Monaco, liturgico, con la solenne Eucaristia dell'11 febbraio presso il Santuario mariano di Altötting. La solenne Liturgia si è svolta nella Chiesa grande, antistante la Cappella della Madonna delle Grazie. Con l'Inviato Speciale del Papa hanno concelebrato numerosi vescovi e sacerdoti tedeschi e stranieri. Ai molti malati è stato amministrato il Sacramento degli Infermi.

La prossima celebrazione in forma solenne avrà luogo a **Nazareth in Terra Santa nel 2016** e avrà come tema: «*Affidarsi a*

*Gesù come Maria, "Fate quello che vi dirà!" (Gv 2, 5)"*», secondo quanto deciso dal Santo Padre Francesco.

Per quanto riguarda la celebrazione della Giornata Mondiale in forma ordinaria, vale a dire, a livello locale, si può affermare che essa è ormai una prassi usuale e consolidata in tutte le Chiese particolari. Nel 2014 si è giunti alla XXII edizione della Giornata.

Parlerà più dettagliatamente sul significato della Giornata Mondiale del Malato il Segretario del Dicastero, Mons. Jean-Marie Mupendawatu.

### 2.5 Viaggi e visite pastorali

Sono un segno tangibile di una collaborazione con le Chiese locali nell'ambito della Pastorale della Salute. Numerosi inviti rivolti al Dicastero provengono dalle istituzioni romane: ospedali, cliniche private, case di cura e varie istituzioni sanitarie.

Inoltre, in questi cinque anni, il Presidente e il Segretario del Dicastero hanno compiuto in tutta Italia molti viaggi pastorali su invito di varie diocesi e istituzioni.

Altri viaggi, sempre su invito, si sono svolti in Europa: Polonia, Svizzera, Germania, Francia, Spagna, Austria, Croazia, Slovacchia, Lituania, Bielorussia ma anche viaggi più lunghi come negli Stati Uniti d'America, Taipei, Messico, l'Isola di Moloki, Madagascar, l'Isola della Réunion e Australia.

Tutti i viaggi comprendevano momenti di preghiera, d'incontro con la gerarchia ecclesiastica e le autorità locali, visite presso le strutture sanitarie della Chiesa ma anche pubbliche, incontri con i malati, gli amministratori, gli operatori sanitari, i cappellani.

Altri viaggi sono stati compiuti da Mons. Jean-Marie Mupendawatu come Segretario del Dicastero e come Delegato per la Fondazione "Il Buon Samaritano" per partecipare a Congressi, Riunioni come anche per promuovere la Fondazione: in Italia, Bielorussia, Slovacchia, Francia, Portogallo, Taiwan, Indonesia, Vietnam, Repubblica Democratica del Congo, Repubblica Unita di Tanzania, Zambia, Uganda Sud-Africa.

Il Sottosegretario del Dicastero, P. Augusto Chendi, M.I. ha compiuto diversi viaggi in Italia. Inoltre egli ha accompagnato a Barcellona il IX Pellegrinaggio Nazionale dell'Unione nazionale italiana trasporto ammalati a Lourdes e santuari internazionali (UNITALSI) al quale hanno aderito più di 900 persone, tra cui circa 160 bambini disabili.

### 2.6 Contatti con i cappellani e i loro assistenti pastorali in sanità e con le associazioni di malati e di volontari

La cappellania in sanità non è una realtà omogenea nella Chiesa. Al fine di conoscere i suoi profili attuali vogliamo organizzare un **incontro internazionale**. Con questo intento abbiamo inviato a tutte le Conferenze Episcopali tre domande:

1) Esiste o no un'organizzazione o associazione dei cappellani ospedalieri in seno alla Conferenza Episcopale, nelle diocesi, nelle parrocchie?

2) Quali sono le questioni, i problemi e le sfide che incontra quest'organizzazione?

3) Esiste un Protocollo d'intesa fra la Chiesa e lo Stato per quanto riguarda l'organizzazione della cappellania nei luoghi di cura e lo statuto giuridico del personale della cappellania?

Dalle risposte ricevute risulta che in alcuni Paesi la cappellania è ben organizzata mentre in altri essa funziona ancora in maniera informale. Tutti gli interpellati assicurano una cura pastorale verso i malati ma non l'esistenza di un'organizzazione propria dei cappellani. Per questo motivo, il Pontificio Consiglio si sta adoperando per aiutare le Chiese locali a creare una rete di cappellania e il Convegno in preparazione per questo scopo si dovrebbe svolgere nel 2015. Ma prima di arrivare a creare questa rete mondiale sarebbe tuttavia opportuno che a livello delle diocesi e delle Conferenze Episcopali ci siano in qualche forma organizzazioni del settore. Siamo in contatto con numerose Associazioni internazionali e nazionali per seguire l'evoluzione della situazione.

Possiamo segnalare che è nato a Cracovia, in Polonia un Istituto di formazione in cappellania in sanità denominato: **Scuola della Pastorale Sanitaria di San Giovanni di Dio**, per questa istituzione il Dicastero si è molto impegnato.

Per quanto riguarda le **Associazioni di malati** durante il quinquennio 2009-2014 abbiamo collaborato maggiormente con quelle dei non udenti e dei non vedenti nel preparare una Conferenza e due Convegni Internazionali. I rapporti con l'Associazione Internazionale dei Silenziosi Operai della Croce si sono intensificati prima della beatificazione del loro fondatore Mons. Luigi Novarese.

Nel 2009 in occasione dell'Anno Sacerdotale il Presidente del Dicastero si è rivolto a tutte le associazioni di malati con una *Lettera pastorale* chiedendo a loro di pregare e offrire le sofferenze per la santificazione dei sacerdoti.

Quanto alle **Associazioni del volontariato cattolico in sanità** ci sono state di grande aiuto nella preparazione delle nostre iniziative. Siamo particolarmente grati all'Unione nazionale italiana trasporto ammalati a Lourdes e santuari internazionali (UNITALSI), al Sovrano militare Ordine di Malta (SMOM) e alle Misericordie d'Italia.

L'UNITALSI che ha festeggiato l'anno scorso il 110° anniversario dell'istituzione, è molto attiva nella preparazione delle Giornate Mondiali del Malato, nelle udienze con il Santo Padre e nei momenti di preghiera a Roma e Lourdes.

In vari modi, anche tramite i Nunzi Apostolici, esortiamo i Pastori della Chiesa affinché favoriscano questo tipo di volontariato, particolarmente, negli *hospice* e nelle parrocchie facendo attenzione ai malati soli, poveri e abbandonati.

### 2.7 Pellegrinaggi e momenti di preghiera con operatori sanitari, assistenti spirituali e malati

Nell'aprile 2010, in occasione dell'Anno Sacerdotale si è svolto il **Pellegrinaggio Internazionale dei Cappellani Ospedalieri a Lourdes ed Ars**, organizzato dal Dicastero e guidato dal suo Presi-

dente, assistito dall'allora Segretario, S.E. Mons. José L. Redrado, O.H. Vi hanno partecipato circa 50 cappellani, religiosi e diocesani, originari di 13 Paesi di 4 Continenti. Nei cinque giorni del Pellegrinaggio la preghiera, gli incontri con i malati nonché le celebrazioni liturgiche, hanno contribuito a ravvivare nei sacerdoti il senso della loro vocazione sacerdotale e dedizione ai malati e ai sofferenti.

Nell'ottobre 2013, prima della chiusura dell'*Anno della Fede*, il Dicastero ha organizzato il **Pellegrinaggio in Israele e nei Territori Palestinesi**. Il gruppo di 80 persone, composto da personale religioso e sanitario sotto la guida del Segretario, Mons. Jean-Marie Mupendawatu, coadiuvato dal Sottosegretario, P. Augusto Chendi, M.I., ha avuto l'opportunità di visitare i Luoghi Santi. Il pellegrinaggio ha compreso la visita ad alcune significative strutture sanitarie cattoliche di Terra Santa. Nella giornata conclusiva, i pellegrini hanno partecipato alla solenne Liturgia Eucaristica in onore della Vergine Maria, Regina della Palestina, durante la quale l'Arcivescovo Zygmunt Zimowski ha annunciato ufficialmente che la prossima celebrazione in forma solenne della Giornata Mondiale del Malato del 2016 avrà luogo a Nazareth. La notizia è stata accolta con grande gioia e gratitudine al Signore da oltre due mila fedeli.

Un altro Pellegrinaggio del Pontificio Consiglio compiuto nell'*Anno della Fede* è coinciso con l'Anno giubilare camilliano, indetto in occasione del 400° Anniversario dalla morte di S. Camillo de Lellis. Tutto il personale del Dicastero si è recato a **Bucchanico**, vicino a Chieti, paese natale di San Camillo, che è stato uno dei maggiori promotori della carità e della misericordia verso gli infermi.

**Art. 153 § 3: Favorisce l'attività teorica e pratica, che in questo campo svolgono in vari modi sia le organizzazioni cattoliche internazionali, sia le altre istituzioni.**

Per mettere in pratica questo compito il Dicastero si avvale della Fondazione "Il Buon Sama-

ritano"; collabora con le tre maggiori Associazioni Internazionali degli Operatori Sanitari Cattolici: Federazione Internazionale delle Associazioni Mediche Cattoliche (FIAMC), Comitato Internazionale Cattolico delle Infermiere e delle Assistenti Medico-Sociali (CICIAMS), Federazione Internazionale dei Farmacisti Cattolici (FIPC); coopera con gli Istituti di Vita Consacrata; collabora con le Associazioni, gli Istituti e le Organizzazioni cattoliche e non, impegnate nel mondo della salute.

### 3.1 Fondazione "Il Buon Samaritano"

La Fondazione è stata istituita dal Beato Giovanni Paolo II il 12 settembre 2004 per sostenere economicamente gli infermi più bisognosi, in particolare i malati di AIDS. Con il tempo l'attività della Fondazione è progressivamente aumentata e oggi si articola in iniziative teorico-pratiche come:

- organizzazione dei Convegni di Studio Internazionali;
- lotta all'HIV/AIDS;
- donazione di farmaci;
- educazione alimentare per i bambini;
- borse di studio.

Più dettagliatamente l'attività della Fondazione "Il Buon Samaritano" sarà presentata dal Segretario del Dicastero, Mons. Jean-Marie Mupendawatu che è il Delegato per la Fondazione.

### 3.2 Federazione Internazionale delle Associazioni Mediche Cattoliche (FIAMC)

La Federazione è stata sempre invitata a partecipare alle attività del Dicastero. L'attuale Presidente, dott. José María Simón Castellví, è stato informato e coinvolto in tutte le nostre maggiori iniziative.

Il Presidente del Dicastero è stato invitato:

- nel 2010 al XXIII Congresso Mondiale della FIAMC sul tema: «La nostra fede di medici», tenutosi a Lourdes;
- nel 2012 al XXV Congresso «Bioetica ed Europa Cristiana», organizzato dalla Federazione Europea delle Associazioni Mediche Cattoliche insieme all'Associa-



zione dei Medici Cattolici Italiani (AMCI) **presso** l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

– Nel 2012, Mons. Jean-Marie Mupendawatu, si è recato a Bali, in Indonesia alla XV Conferenza della Federazione delle Associazioni dei Medici Cattolici dell'Asia, dedicato al tema: «*The Challenges of Catholic Doctors in the Changing World*». Il Segretario del Dicastero ha tenuto la Prolusione: «*La missione del medico cattolico oggi*».

– A febbraio 2014, in occasione della XXII Giornata Mondiale del Malato, il Presidente del Dicastero ha incontrato a Czestochowa in Polonia gli aderenti alla Federazione dei Medici Cattolici Polacchi che hanno festeggiato il XX anniversario dell'istituzione.

Si osserva purtroppo che nei Paesi occidentali sono drasticamente diminuite le adesioni alle Associazioni mediche cattoliche, in particolare per quanto riguarda la presenza di giovani medici. Il Dicastero sollecita continuamente i responsabili per la Pastorale della Salute per un maggiore impegno al fine di suscitare “nuovi aderenti” alle Associazioni di Medici Cattolici nei rispettivi Paesi.

Il Dicastero ha promosso nel 2011, nella cornice della XIX Giornata Mondiale del Malato, un Seminario sul tema: «*Associazionismo sanitario cattolico e cultura della vita*». Una sezione è stata dedicata alle Federazioni Internazionali Cattoliche impegnate nel campo della salute come quelle dei Medici, Infermieri, Farmacisti, tutte rappresentate dai rispettivi Presidenti.

Il Dicastero ha mantenuto inoltre buoni rapporti di collaborazione con altre Associazioni mediche: il *Medicus Mundi International* (MMI), il *Collegio Universitario Aspiranti Medici Missionari – Medici con l'Africa* (CUAMM), l'Associazione dei Medici Cattolici Italiani (AMCI).

### 3.3 CICIAMS (Comitato Internazionale Cattolico delle Infermiere e degli Assistenti Medico-Sociali)

La collaborazione con il CICIAMS è molto importante per-

ché si tratta dell'organizzazione più numerosa fra le Associazioni Internazionali degli operatori sanitari cattolici. Inoltre il CICIAMS è l'unico organismo cattolico accreditato presso l'OMS e pertanto viene fortemente incoraggiato dal Dicastero a lavorare in favore della cultura della vita. L'Associazione è stata sempre coinvolta nelle iniziative del Dicastero nella persona del suo Presidente Signora Marylee J. Meehan, sostituita dalla Rev. da Suor Anne John, RJM, eletta nel 2012. La Suora ha visitato la sede del Dicastero in occasione dell'Incontro del Comitato Esecutivo del CICIAMS, tenutosi a Roma nel gennaio 2013.

Dal 26 al 29 maggio 2012 a Lusaka in Zambia, il Segretario del Dicastero ha preso parte al Congresso regionale dell'CICIAMS dei Paesi anglofoni dal tema: «*Catholic Nurses: Instruments of Healing*». Vi hanno partecipato 300 infermieri cattolici provenienti da tutto il mondo.

Quest'anno il CICIAMS organizzerà nei giorni 23-26 settembre a Dublino, in Irlanda, il XIX Congresso Mondiale sul tema: «*Protecting Family Life: the Role and Responsibilities of Nurses and Midwives*». L'Incontro costituirà un'ulteriore occasione per rafforzare i nostri contatti. Il Segretario del Dicastero rivolgerà ai partecipanti una Lezione introduttiva.

### 3.4 Federazione Internazionale dei Farmacisti Cattolici (FIPC)

Con il Dott. Pietro Uroda, Presidente della FIPC, i rapporti sono molto frequenti. La FIPC ha partecipato sempre e volentieri alle attività del Dicastero. Ci sono stati numerosi incontri con il Nobile Collegio Chimico Farmaceutico di Roma.

Inoltre, il Presidente del Dicastero ha partecipato nel settembre 2009 alle Giornate Federali della FIPC sul tema «*La sicurezza del medicinale: Etica e coscienza per il farmacista*», tenutesi in Polonia. È intervenuto con la Prolusione dal titolo «*La crisi economica mondiale e l'accesso alle medicina per i più poveri, specialmente bambini*».

Nel settembre 2012 a Parigi, in Francia, il Segretario del Dicastero ha preso parte, con un Intervento di apertura, al Congresso Internazionale della FIPC sul tema: «*Farmacisti oggi: quale lavoro, quale avvenire, quale speranza?*».

Il Dicastero appoggia fortemente il diritto dei Farmacisti all'obiezione di coscienza. Al riguardo sono stati numerosi gli interventi del Presidente nei quali ha commentato la recente legislazione europea come ad esempio nella *Lettera* ai partecipanti del Simposio sull'obiezione di coscienza, tenutosi nel novembre 2013 presso l'Università Cattolica di Lublino.

L'ultima iniziativa rivolta a tutti i farmacisti è stata la *Lettera* del Presidente dell'8 febbraio scorso in occasione della XIV *Giornata di Raccolta del Farmaco* che in Italia coinvolge oltre 3.400 farmacie a favore delle persone in stato di povertà su tutto il territorio nazionale.

### 3.5 Comitato Internazionale delle Istituzioni Sanitarie Cattoliche (CIISAC)

Il nuovo Comitato Internazionale delle Istituzioni Sanitarie Cattoliche (CIISAC) ha sostituito l'Associazione Internazionale delle Strutture Sanitarie Cattoliche (AISAC), istituita nel 1984 per coordinare le istituzioni sanitarie cattoliche della Chiesa a livello mondiale. Si tratta di un organismo promotore di una nuova Rete che colleghi le varie Istituzioni Sanitarie cattoliche di tutto il mondo. I Membri del Consiglio Direttivo del CIISAC, che rappresentano le maggiori Associazioni di Istituzioni Sanitarie Cattoliche dei cinque continenti, si sono incontrati a novembre 2013 in Vaticano per redigere il nuovo Statuto del Comitato che verrà presentato prossimamente.

Parlerà più dettagliatamente del CIISAC il Segretario del Dicastero Mons. Jean-Marie Mupendawatu che è il coordinatore del Comitato.

### 3.6 Istituti di Vita Consacrata

In primo luogo si deve sottolineare un'ottima collaborazione



con gli Istituti di Vita Consacrata (Istituti religiosi e Istituti secolari) in particolare:

- l'Ordine Ospedaliero di san Giovanni di Dio, i Fatebenefratelli;
- i Chierici Regolari Ministri degli Infermi, i Camilliani;
- i Fratelli della Carità;
- le Suore Benedettine Silvestrine Riparatrici del Santo Volto;
- le Suore di Santa Francesca Cabrini;
- le Suore di Carità di Madre Teresa di Calcutta;
- le Suore Camilliane.

Tra i Membri del Dicastero per diritto sono presenti alcuni Superiori(e) Generali.

Fin dagli inizi molti Istituti di Vita Consacrata hanno offerto al Dicastero alcuni di loro per lavorare come volontari. Per il momento abbiamo due collaboratori religiosi:

- **Suor Anna Antida Casolino** delle Suore della Carità di Santa Giovanna Antida Thouret presta il suo generoso ed efficace servizio presso il Protocollo e l'Archivio.
- **Frà Jaime Buitrago Gómez**, dei Fatebenefratelli che fa da *trait d'union* con la Chiesa dell'America Latina.

Il Pontificio Consiglio esprime sincera gratitudine verso gli Istituti di Vita Consacrata che mettono a disposizione gratuitamente volontari a servizio del Dicastero e della Santa Sede.

### 3.7 Contatti con Associazioni, Istituti e Organizzazioni cattoliche e non, impegnate nel mondo della salute

Il Pontificio Consiglio segue attentamente il lavoro e le iniziative dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per quanto riguarda la politica sanitaria. Con questo obiettivo il Dicastero partecipa ogni anno al Comitato Esecutivo dell'OMS che si tiene a gennaio a Ginevra, in preparazione dell'Assemblea Mondiale della Salute. L'Assemblea alla quale partecipano i Ministri della Salute dei Paesi Membri si svolge ogni anno a Ginevra nel mese di maggio. In tale occasione il Presidente del Pontificio Consiglio guida la delegazio-

ne della Santa Sede e interviene sui temi in discussione, esponendo la posizione della Chiesa e le sue preoccupazioni circa i programmi proposti agli Stati membri. Fra gli argomenti trattati dall'Arcivescovo Zimowski si possono indicare:

- riduzione della mortalità infantile,
- accesso ai farmaci antiretrovirali per i malati di HIV/AIDS,
- la contraffazione e la falsificazione dei prodotti medicinali,
- l'accesso alle cure primarie a tutti i cittadini soprattutto alle persone povere e svantaggiate,
- l'educazione a stili di vita "sani" nella lotta contro le malattie non trasmissibili,
- riconoscimento e sostegno da parte degli Stati alle organizzazioni di fede e alle istituzioni sanitarie della Chiesa.

Il Dicastero collabora anche con le varie istituzioni dell'Organizzazione delle Nazioni Unite impegnate nella lotta contro la tossicodipendenza e la criminalità collegata ad essa: l'Ufficio delle Nazioni Unite per il Controllo della Droga e la Prevenzione del crimine (UNODC), il Comitato Internazionale per il Controllo degli Stupefacenti (INCB) e la Commissione sulle Droghe e sui Narcotici (CND). Si tratta di essere presenti presso queste agenzie per dialogare e cooperare a favore della vita e della dignità della persona. L'OMS promuove programmi di lotta contro le malattie e contro la tossicodipendenza. La Chiesa è chiamata a collaborare sia nella pianificazione che nell'attuazione di tali programmi. In tanti Paesi la Chiesa con le sue varie istituzioni è uno degli attori principali per lo Stato nell'attuazione di questi programmi. Il Pontificio Consiglio ha il compito preciso di seguire le iniziative di tutte le organizzazioni internazionali nel campo della sanità anche per denunciare tutto ciò che è contrario alla dottrina della Chiesa cattolica.

Nel quadro di questa collaborazione la Santa Sede ha firmato due *Convenzioni* delle Nazioni Unite:

- la Convenzione Unica sui Narcotici del 1953, emendata nel 1972 (*Single Convention on Narcotic Drugs, 1953, amended in 1972*);

- la Convenzione sulle sostanze psicotrope del 1971 (*Convention on Psychotropic Substances 1971*).

Per le Nazioni Unite le autorità competenti in materia per la Santa Sede, nonché garanti per la messa in azione di queste convenzioni sono il Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari e la Segreteria Generale del Governatorato della Città del Vaticano.

In merito a questo incarico il Pontificio Consiglio ha organizzato in passato una Conferenza Internazionale sulla Droga e in seguito pubblicato un manuale sulla droga, dal titolo: «*Chiesa, droga e tossicomania*». Il Dicastero continua a diffondere questo manuale in varie occasioni.

Il 28 gennaio 2014, l'Arcivescovo Zimowski ha incontrato il Presidente del Comitato Internazionale per il Controllo degli Stupefacenti per discutere la prossima revisione delle suddette *Convenzioni* da parte dei Paesi membri previsto per il 2016, visto il rischio che si vada verso la liberalizzazione.

### Art. 153 § 4: Segue attentamente le novità in campo legislativo e scientifico che riguardano la salute, al precipuo fine che se ne tenga opportunamente conto nell'opera pastorale della Chiesa.

Nell'adempire questo compito il Dicastero collabora: con la Pontificia Accademia per la Vita (PAV), con Università cattoliche e non, Centri e Istituti di Ricerca; inoltre porta avanti varie attività di studio.

#### 4.1 Collaborazione con la Pontificia Accademia per la Vita

La Pontificia Accademia pro Vita (PAV) è stata istituita, dal Beato Giovanni Paolo II, l'11 febbraio 1994, con il Motu Proprio «*Vitae Mysterium*» e raccogliendo le indicazioni espresse dai maggiori responsabili della pastorale sanitaria.

Pur autonoma secondo lo Statuto, la PAV è dunque "collegata ed opera in stretto rapporto" con il Pontificio Consiglio per gli Ope-

ratori Sanitari nello studio di tematiche relative alla vita che hanno spesso rilevanza scientifica e bioetica, al fine di aiutare le Chiese locali a rispondere meglio alle nuove sfide circa la sacralità e la difesa della vita.

Il Segretario del Dicastero, Mons. Jean-Marie Mupendawatu, è Membro del Consiglio Direttivo dell'Accademia, partecipa alle riunioni ed a tutte le iniziative di rilievo della PAV.

In occasione del XX anniversario della PAV, celebrato nel febbraio scorso, si è tenuta l'Assemblea Generale sul tema: «*Invecchiamento e disabilità*». Il Presidente del Dicastero è intervenuto concludendo i lavori con la relazione «*Chiesa e anziani malati*».

#### 4.2 Collaborazione con

*Università cattoliche e non,  
Centri ed Istituti di Ricerca*

Il Dicastero collabora con le Università e in particolare con le Facoltà e le Scuole di Medicina, Farmacia e Scienze Infermieristiche, non solo della Chiesa ma anche laiche.

I contatti più frequenti sono stati a Roma con: l'Università Cattolica del Sacro Cuore, l'Università "Tor Vergata" e l'Istituto Superiore di Sanità.

Il Dicastero segue le Conferenze promosse a Roma dalle Università Pontificie: la Gregoriana, il Serafico, l'Urbaniana, la Santa Croce, la Regina Apostolorum.

All'estero ci sono state collaborazioni con: l'Università Cattolica di Lublino e di Varsavia in Polonia, l'Università Cattolica di Eichstätt-Ingolstadt in Germania e con il National Catholic Bioethics Center negli USA.

Inoltre ci sono collaborazioni con le 7 Università Cattoliche africane nell'ambito del Progetto denominato "*Africae Munus*". Si tratta di un Network di sette Scuole di medicina dei seguenti Paesi: Rep. Dem. Del Congo, Uganda, Tanzania, Burkina Faso, Ciad, Mozambico, nato per favorire una mutua e proficua collaborazione tra esse e le istituzioni ed università cattoliche del mondo tramite la Fondazione "Il Buon Samaritano". Vi collaborano, fra l'altro, l'Università Cattolica dell'Austra-

lia e l'Università Cattolica di Louvain-la-Neuve.

#### 4.3 Attività di studio

L'attività che maggiormente ha impegnato il Dicastero è stata la revisione e l'aggiornamento della *Carta degli Operatori Sanitari*. Il lavoro svolto sarà presentato dal Sottosegretario, P. Augusto Chendi.

Nell'ambito del Dicastero sono stati attivati alcuni gruppi di studio formati da esperti in bioetica, medicina, pastorale della salute ed altre discipline affini.

Due gruppi si sono occupati, il primo della medicina naturale e dell'accesso equo ai farmaci, il secondo della medicina perinatale, in collaborazione con l'Istituto della Cura dell'Infertilità del Policlinico Universitario "Agostino Gemelli".

Regolarmente, molta attenzione viene rivolta ai *dossiers* e altri documenti trasmessi al Dicastero dai Rappresenti Pontifici e dalle Conferenze Episcopali.

Molte pratiche vengono inviate per studio e pareri a Membri, Consultori ed esperti. ■

## Presentazione della Fondazione "Il Buon Samaritano"

### MONS. JEAN-MARIE MUPENDAWATU

*Segretario del  
Pontificio Consiglio  
per gli Operatori Sanitari;  
Delegato per la Fondazione  
"Il Buon Samaritano"*

**B**uongiorno e grazie per la vostra presenza.

Mi è qui gradito presentare la Fondazione "Il Buon Samaritano" ed illustrare le attività ed i progetti in corso.

Il Beato Papa Giovanni Paolo II ha costituito il 12 settembre 2004 la Fondazione "Il Buon Samaritano", presso il Pontificio Consiglio

per gli Operatori Sanitari, per la Pastorale della Salute, allo scopo di sostenere economicamente gli infermi più bisognosi, in particolare i malati di AIDS, che chiedono un gesto di amore solidale della Chiesa. Per l'occasione il Santo Padre invitava "tutti gli uomini di buona volontà, in speciale quelli dei Paesi economicamente più avanzati, a volere contribuire a tale fine", riproponendo quello che aveva già scritto nella Lettera Apostolica *Novo Millennio Ineunte*: "È l'ora di una nuova «fantasia della carità» che si dispieghi non tanto e non solo nell'efficacia dei soccorsi prestati, ma nella capacità di farsi vicini, solidali con chi

soffre, così che il gesto di aiuto sia sentito non come obolo umiliante, ma come fraterna condivisione".

Con l'intento di corrispondere pienamente a questo mandato, fin dalla sua costituzione, la Fondazione "Il Buon Samaritano" ha prestato assistenza a centinaia di migliaia di bisognosi nei diversi continenti, dando sostegno economico a progetti variegati, declinati principalmente nei settori dell'assistenza sanitaria. Un impegno fondato sulla consapevolezza che la cooperazione missionaria parte da Gesù ed ha come destinatario il malato, che ha il volto di Gesù stesso. In questa prospettiva "Il Buon Samaritano"

no” intende dunque servire Cristo nell’altro sofferente e fare del Bene come Lui ha fatto.

Molte sono dunque le strutture, sia ospedaliere che assistenziali, che hanno potuto portare avanti il loro meritorio impegno grazie alla Fondazione. In Africa, in Asia, in America Latina e in Europa. Un sostegno indirizzato in modo particolare ai malati affetti dalla patologia dell’HIV/AIDS che insieme al male fisico sperimentano anche la sofferenza umana, l’umiliazione e la solitudine, conseguenze della cecità della società che li emargina, li abbandona, li denigra, e li rende doppiamente vittime. Una forma di esclusione sociale che ostacola e a volte impedisce totalmente l’accesso alle cure, ritardando la presa in carico dei pazienti e la possibilità di alleviare le loro sofferenze, fisiche, psicologiche, spirituali.

Ad oggi l’impegno della Fondazione “Il Buon Samaritano” si articola in iniziative variegate:

**Lotta all’HIV/AIDS – Progetto modello in Tanzania.** Nel 2013 è entrato nel vivo il progetto di lotta all’HIV/AIDS promosso dalla Fondazione Il Buon Samaritano nella Diocesi di Shinyanga, in Tanzania, insieme con la Diocesi stessa e la Conferenza episcopale della Tanzania, ed in collaborazione con Gilead Sciences – leader mondiale nella produzione di farmaci antiretrovirali – e con la “Catholic University of Health & Allied Science” di Mwanza. Il progetto è denominato “Test & Treatment”. Nato in risposta ad una richiesta d’aiuto proveniente dalla Chiesa locale, il progetto coinvolge quattro centri sanitari diocesani – Bugisi Dispensary, Ngokolo Health Centre, Buhangija Dispensary e Mipa Dispensary – a cui afferiscono circa 300.000 persone e che si occupano fra l’altro di prevenzione e cura dell’AIDS. Il piano di intervento prevede la somministrazione gratuita e volontaria di test per la diagnosi dell’HIV/AIDS a circa 120.000 persone tra coloro che afferiscono ai quattro centri suddetti, ed il trattamento antiretrovirale gratuito per 5 anni a circa 20.000 malati, fra cui molti bambini ai quali si intende offrire cure anti-

retrovirali per tutta la vita. Fra gli altri obiettivi si segnala anche la volontà di contrastare la trasmissione materno-infantile del virus; creare e/o integrare l’attività di laboratori e ambulatori destinati alla prevenzione e cura dell’infezione da HIV; promuovere la formazione di operatori e manager sanitari attraverso piani di studio e tirocinio adeguati; sensibilizzare la popolazione locale al tema dell’HIV/AIDS anche con il supporto dei media locali.

A novembre 2013 la Fondazione e Gilead, in qualità di enti promotori, hanno firmato un accordo di intenti (il “*Memorandum of Understanding*”) che ha consentito l’avvio della preparazione dell’Accordo di progetto e del Piano di azione 2014-2015, che saranno firmati a breve.

Nel febbraio 2014, in concomitanza con le celebrazioni per la Giornata Mondiale del Malato, istituita dal Beato Papa Giovanni Paolo II e che ricorre l’11 febbraio, alcuni rappresentanti della Fondazione Il Buon Samaritano e di Gilead si sono recati in visita a Shinyanga e Dar Es Salaam allo scopo di raccogliere elementi necessari a strutturare in maniera dettagliata il Progetto, a pianificarne le fasi e a precisare i ruoli e le competenze delle Parti. La visita è stata inoltre una preziosa occasione per incontrare i referenti locali del Progetto, i vertici della Conferenza Episcopale della Tanzania, i medici e professori universitari che operano presso la Catholic University of Health and Allied Science di Mwanza ed il Bugando Medical Centre, i rappresentanti del Governo e delle Istituzioni locali ed il rappresentante WHO in Tanzania.

**Network delle Università Cattoliche dell’Africa.** Dopo la visita di Benedetto XVI in Benin, nel novembre 2011, dove il Santo Padre portò l’Esortazione Apostolica Post-Sinodale “*Africae Munus*” e consegnò ai pastori del continente il documento con orientamenti pastorali per la Chiesa in Africa per i prossimi decenni, fu chiesto ai Dicasteri di poter fare qualcosa, ciascuno nel proprio campo e secondo la propria competenza, per aiutare i pastori locali ad attuare

gli orientamenti del Santo Padre. Per rispondere alla richiesta del Santo Padre ed offrire un contributo concreto in questa direzione, la FBS ha inteso promuovere la creazione di un Network fra le Facoltà di Medicina di sette Università cattoliche dell’Africa: l’Università Cattolica di Bukavu (UCB), nella Repubblica Democratica del Congo; l’Università dei Martiri Ugandesi (UMU), a Kampala, in Uganda; l’Università Cattolica per la Salute e le Scienze Associate, a Mwanza, in Tanzania; l’Università San Tommaso d’Aquino, (USTA), con sede a Ouagadougou, in Burkina Faso; l’Università Cattolica del Graben (UCG), a Butembo, nella Repubblica Democratica del Congo; l’Università Cattolica del Mozambico (UCM), nella città di Beira; il Policlinico Universitario “Le Bon Samaritain” di N’Djaména, in Ciad. Il progetto denominato “*Africae Munus Project*” nasce per favorire la collaborazione tra gli atenei e con altri enti ed istituzioni ecclesiali impegnati nel mondo della formazione e della ricerca di carattere medico, per sviluppare più efficaci programmi di formazione, assistenza, cura e ricerca, in linea con il Magistero della Chiesa. Nel dettaglio, l’iniziativa intende promuovere gli scambi scientifico-culturali tra le Facoltà di Medicina collegate, la promozione della formazione degli operatori sanitari, del personale docente e dei manager, con particolare riguardo all’etica, la bioetica e l’antropologia cristiana, il miglioramento dell’offerta didattica e della ricerca, lo sviluppo e la condivisione di saperi in grado di elevare sensibilmente la capacità di emissione di diagnosi certe.

Nel novembre 2013, ad un anno dall’avvio del Progetto, un incontro internazionale di studio e pianificazione ha inteso verificare lo stato di avanzamento delle attività, sviluppare i percorsi intrapresi ed identificare nuove eventuali sinergie. Al suddetto meeting hanno preso parte i rettori delle università africane coinvolte nel Network e i responsabili delle rispettive facoltà di medicina, insieme con docenti universitari e rettori di atenei presenti in altri continenti, per favorire il confronto sulla



possibile istituzione di gemellaggi universitari. Nel corso del 2013 è stato quindi pianificato e avviato il percorso di specializzazione nelle discipline medico-sanitarie di quattro medici congolese, fra cui una suora, presso l'Università dei Martiri Ugandesi (UMU), a Kampala. Percorsi simili saranno avviati nel 2014 in favore di altri medici africani coinvolti nel Network "Africae Munus".

**Lotta alla malaria.** In ordine alla sua missione di assistenza e cura dei malati poveri, la Fondazione Il Buon Samaritano opera per contrastare la diffusione della malaria nei Paesi in via di sviluppo, con particolare attenzione all'Africa, e per diffondere il principio dell'Accesso universale e gratuito alle cure. Secondo l'Oms sono circa 207 milioni i casi accertati di malaria nel 2012 e circa 627.000 i decessi, di cui il 90% si verifica nell'Africa Subsahariana e il 77% riguarda bambini sotto i 5 anni: nel 2012 la malaria ha ucciso circa 483.000 bambini da 0 a 5 anni, che vuol dire 1.300 bambini ogni giorno, o quasi un bambino ogni minuto. Inoltre, si stima che siano 3,4 miliardi le persone a rischio di contrarre l'infezione. Eppure la malattia è prevenibile e curabile. A questo scopo la Fondazione Il Buon Samaritano – in collaborazione con medici, istituzioni ed esperti del settore – opera per favorire l'accesso ad un nuovo farmaco di comprovata efficacia e dal costo estremamente inferiore rispetto ai medicinali attualmente disponibili, e sta sviluppando un progetto di ricerca volto a ridurre l'incidenza della malaria nei bambini attraverso modalità di prevenzione e cura innovative. Nel 2013 il progetto è stato avviato in Burkina Faso e in Ghana.

**Lotta alla cecità.** La Fondazione è impegnata anche sul fronte della lotta alla cecità nei Paesi più poveri del mondo. Nel maggio 2012 si è svolto un Convegno internazionale di studio sul tema «La persona non vedente: "Rabbunì, che io riabbia la vista"», che ha visto l'approfondimento e il confronto sui temi della prevenzione e cura della cecità e dell'ipovisione, con l'obiettivo di pro-

muovere l'impegno di tutti gli Organismi, nazionali e internazionali, ecclesiali ed istituzionali, per favorire la lotta alle patologie della vista e per facilitare l'accesso alle cure. In risposta a questa esigenza, in collaborazione con CBM Italia Onlus, la Fondazione Il Buon Samaritano ha avviato un progetto finalizzato alla distribuzione di occhiali di elevata qualità e dal costo estremamente ridotto ai malati poveri dell'Africa. Il progetto prevede anche un piano di prevenzione e cura delle patologie della vista attraverso un programma di visite sanitarie e controlli dedicati in particolare ai bambini, da realizzarsi nelle parrocchie e nelle scuole.

In questo ambito rientra anche il progetto che a breve sarà avviato in Bolivia, nel distretto di La Paz, dove si intende fornire supporto per la creazione di un reparto di Oculistica presso l'ospedale "Las Yungas" di Coroico. L'obiettivo dell'iniziativa – realizzata in collaborazione con CBM Italia Onlus e l'Università di Padova, e con il sostegno del Rotary Club – è quello di favorire la prevenzione e cura della disabilità visiva attraverso molteplici attività: è previsto un piano di formazione di personale locale specializzato, destinato a oculisti specializzandi boliviani, operatori di comunità boliviani e personale paramedico. Seguirà uno screening della popolazione per l'individuazione dei difetti refrattivi, che coinvolgerà in particolare un gruppo di 400 bambini di età pre-scolare (4-5 anni) e un secondo gruppo di adulti composto da 300 presbiteri (40-50 anni). Secondo le necessità evidenziate dalla visita, bambini e adulti potranno infine accedere a occhiali personalizzati a basso costo, assemblati sul posto.

Fra le altre iniziative la Fondazione ha realizzato anche un censimento dei progetti di lotta alla cecità promossi dalla Chiesa cattolica nel mondo.

**Donazione di farmaci.** La FBS è impegnata inoltre in un progetto teso alla donazione di farmaci e presidi medici alle strutture sanitarie promosse dalla Chiesa cattolica nel mondo. La metodica degli

interventi prevede il coinvolgimento in ogni Paese delle Nunziature Apostoliche, le Conferenze episcopali nazionali, le Diocesi e le congregazioni religiose promotrici di iniziative di assistenza e cura in ambito sanitario. Avviato nel giugno del 2010, il progetto è operativo in 13 Paesi del continente africano. L'iniziativa è realizzata in collaborazione con il Catholic Medical Mission Board (CMMB), un'organizzazione non governativa, senza scopo di lucro, con sede negli Stati Uniti, impegnata a fornire servizi sanitari di qualità, materiale sanitario e prodotti farmaceutici senza alcuna discriminazione di razza, appartenenza politica o religiosa, ai malati e alle persone che vivono nel bisogno in tutto il mondo. Il CMMB opera in coordinamento con il Concilio Sociale e Economico delle Nazioni Unite e con i suoi programmi.

**Centrale del farmaco.** La Fondazione Il Buon Samaritano ha avviato nel 2013 la costituzione di una propria Centrale del farmaco, dove raccogliere e stoccare per brevi periodi di tempo scorte di prodotti farmaceutici, presidi e attrezzature sanitarie. Materiale, frutto di donazioni, che viene inviato alle Chiese dei Paesi in via di sviluppo, perché sia di sostegno agli interventi di assistenza e cura dei malati più poveri assistiti presso gli ospedali e i centri di salute promossi e gestiti dalle chiese locali. Nel donare tali farmaci, la Fondazione risponde a richieste esplicite provenienti dai Vescovi e dalle Congregazioni religiose. Nel 2013 la Fondazione Il Buon Samaritano ha potuto rispondere alla richiesta di sostegno proveniente dai Vescovi del Congo Brazzaville ed ha inviato un container contenente farmaci e dispositivi medici per i centri sanitari cattolici gestiti dalla Chiesa locale, insieme a pubblicazioni, libri, sussidi e documentazione di grande rilevanza per la formazione degli operatori nel campo della pastorale della salute. Il materiale donato è stato suddiviso fra i circa 40 centri sanitari cattolici distribuiti nelle 7 diocesi in cui è suddiviso il Paese. Un secondo container è pronto per l'invio imminente in Madagascar,

in favore dei malati assistiti presso i 157 centri sanitari promossi dalla Chiesa malgascia, distribuiti nelle 21 diocesi in cui è suddiviso il Paese.

**Educazione alimentare per bambini.** La Fondazione Il Buon Samaritano ha in fase di studio un progetto volto alla promozione di una sana cultura alimentare dei bambini, nella certezza che la prevenzione delle più diffuse patologie, nei Paesi cosiddetti sviluppa-

ti, deve cominciare in età precoce, negli ambienti familiari e scolastici, e puntare soprattutto alla promozione di abitudini e comportamenti alimentari sani e corretti. Al riguardo, presso la Fondazione è stato costituito un tavolo di lavoro che riunisce esperti nelle discipline della nutrizione umana, insegnanti e associazioni con una riconosciuta esperienza nel campo.

**Borse di studio.** La Fondazione Il Buon Samaritano è impegnata

per favorire il percorso formativo di sacerdoti, suore, religiosi e religiose impegnati nel mondo della salute, al fine di consentire loro l'acquisizione di conoscenze e competenze che possano abilitare all'esercizio della professione medica e infermieristica, di importanza fondamentale nei Paesi in via di sviluppo dove si registra una carenza diffusa di operatori sanitari qualificati.

Grazie per l'attenzione, buon lavoro. ■

## Le Giornate Mondiali del Malato

**MONS. JEAN-MARIE MUPENDAWATU**

Segretario del  
Pontificio Consiglio  
per gli Operatori Sanitari

*Maria, Vergine Immacolata,  
Donna del dolore  
e della speranza,  
sii benigna verso ogni persona  
che soffre  
e ottieni a ciascuno  
pienezza di vita.  
Volgi il tuo sguardo materno  
specialmente su coloro  
che in Africa  
sono nell'estremo bisogno,  
perché colpiti dall'AIDS  
o da altra malattia mortale.  
Guarda le mamme  
che piangono i loro figli;  
guarda i nonni  
privi di risorse sufficienti  
per sostenere i nipoti  
rimasti orfani.  
Stringi tutti  
al tuo cuore di Madre.  
Regina dell'Africa  
e del mondo intero,  
Vergine Santissima,  
prega per noi!*

Dal Vaticano, 8 settembre 2004

Con questa preghiera alla Vergine Maria si conclude l'ultimo Messaggio di Papa Giovanni Paolo II per la XIII Giornata Mondiale del Malato, sul tema: "Cristo,

speranza per l'Africa". Una ricorrenza che il Santo Padre volle istituire nel 1992 con una **Lettera indirizzata al Cardinale Fiorenzo Angelini, primo Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari.**

Nella lettera, datata 13 maggio – giorno in cui si ricorda la prima Apparizione della Madonna di Fatima, nel 1917 – il Papa indicò come data per le celebrazioni quella dell'11 febbraio, memoria liturgica della Beata Maria Vergine di Lourdes, spiegando che: "Lourdes, santuario mariano tra i più cari al popolo cristiano, è luogo e insieme simbolo di speranza e di grazia nel segno dell'accettazione e dell'offerta della sofferenza salvifica".

Nella Lettera il Papa osserva che la Chiesa, sull'esempio di Cristo, sente il dovere del servizio ai malati e ai sofferenti, e l'accoglienza amorosa e generosa di ogni vita umana, soprattutto se debole e malata, come "parte integrante della sua missione", e che in questa sollecitudine verso gli infermi Essa sottolinea "l'indole salvifica dell'offerta della sofferenza, che, vissuta in comunione con Cristo, appartiene all'essenza stessa della redenzione".

Papa Giovanni Paolo II spiega pertanto che la celebrazione della Giornata Mondiale del Malato "ha lo scopo di sensibilizzare il Popolo di Dio e le istituzioni sanitarie cattoliche e la società civile, alla

necessità di assicurare la migliore assistenza agli infermi; di aiutare chi è ammalato a valorizzare, sul piano umano e soprattutto su quello soprannaturale, la sofferenza; a coinvolgere in maniera particolare le diocesi, le comunità cristiane, le Famiglie religiose nella pastorale sanitaria; a favorire l'impegno prezioso del volontariato; a richiamare l'importanza della formazione spirituale e morale degli operatori sanitari e, infine, a far meglio comprendere l'importanza dell'assistenza religiosa agli infermi da parte dei sacerdoti, nonché di quanti vivono ed operano accanto a chi soffre".

A partire dal 1993, le Giornate Mondiali del malato si sviluppano secondo uno **schema ricorrente articolato in tre giornate**: ad aprire le celebrazioni, in un luogo scelto dal Santo Padre perché particolarmente significativo vista la natura della ricorrenza – in genere si è trattato di alcuni fra i maggiori Santuari Mariani nel mondo – è un convegno di carattere teologico-pastorale sui temi della pastorale della salute, realizzato in collaborazione con le istituzioni ecclesastiche e le università locali. Seguono visite ai malati e alle strutture sanitarie promosse dalla Chiesa locale, mentre a concludere le giornate è una celebrazione eucaristica nel santuario prescelto, durante la quale è prevista la lettura del Messaggio del Papa e l'amministra-

zione del sacramento dell'unzione degli infermi. Ogni anno il Messaggio papale diffuso alcuni mesi prima dell'evento aiuta le Chiese locali e particolari alla preparazione della Giornata stessa.

Mentre in origine, le celebrazioni della Giornata Mondiale del Malato si svolgevano ogni anno in maniera **solenne**, con la presenza di un delegato del Papa nel luogo prescelto, in seguito il Papa ha deciso che solo una ricorrenza ogni tre ha il carattere di solennità, mentre le altre vedono celebrazioni "minori" nei singoli Paesi. Dall'istituzione della Giornata ad oggi, nel portare il Messaggio del Santo Padre alle chiese locali e particolari, il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari ha raggiunto tutti i continenti.

In occasione delle ultime due Giornate Mondiali del Malato, il Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari (per la Pastorale della Salute) ha pubblicato un **Sussidio**, tradotto nelle diverse lingue (francese, inglese, tedesco, spagnolo, portoghese, polacco) e utile per tutto l'Anno Liturgico, scandito in tre momenti fondamentali (Avvento-Natale, Giornata Mondiale del Malato nella Memoria Liturgica della Beata Vergine di Lourdes, Quaresima-Pasqua) e inclusa in calce una Via Crucis, per offrire ai malati, agli operatori sanitari, agli operatori pastorali, alle famiglie, alle parrocchie e ai volontari spunti di riflessione teologica, approfondimenti pastorali e formulari di preghiera. Il testo è stato redatto sulla base del tema affidato dal Santo Padre per la suddetta Giornata, e viene reso disponibile gratuitamente dal Dicastero per le diverse Conferenze Episcopali che ne fanno richiesta, affinché lo possano pubblicare nelle loro rispettive lingue e nelle Case editrici locali.

### Temi delle giornate

#### 1993 – I Giornata Mondiale del Malato

Nel Messaggio per la I Giornata Mondiale del Malato Papa Giovanni Paolo II **torna a sottolineare il significato della celebrazione da lui stesso istituita**: "Tale

Giornata vuol essere 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". La malattia, che nell'esperienza quotidiana è percepita come una frustrazione della naturale forza vitale, diventa per i credenti un appello a "leggere" la nuova difficile situazione nell'ottica che è propria della fede. Al di fuori di essa, del resto, come scoprire nel momento della prova l'apporto costruttivo del dolore? Come dare significato e valore all'angoscia, all'inquietudine, ai mali fisici e psichici che accompagnano la nostra condizione mortale? Quale giustificazione trovare per il declino della vecchiaia e per il traguardo finale della morte? (...) Sì, soltanto in Cristo, Verbo incarnato, Redentore dell'uomo e Vincitore della morte, è possibile trovare la risposta appagante a tali fondamentali interrogativi. Alla luce della morte e risurrezione di Cristo la malattia non appare più come evento esclusivamente negativo: essa è vista piuttosto come una "visita di Dio", come un'occasione "per sprigionare amore, per far nascere opere di amore verso il prossimo".

Con la celebrazione della Giornata Mondiale del Malato, il Papa invita inoltre ad un rinnovato impegno in particolare verso le popolazioni dei Paesi in via di sviluppo, "nell'intento di cancellare l'ingiustizia oggi esistente mediante la destinazione di maggiori risorse umane, spirituali e materiali ai loro bisogni", ed afferma che: "Per rendere più umana e più adeguata l'assistenza sanitaria è fondamentale potersi rifare ad una visione trascendente dell'uomo, che metta in luce nell'infermo, immagine e figlio di Dio, il valore e la sacralità della vita. La malattia e il dolore interessano ogni essere umano: l'amore verso i sofferenti è segno e misura del grado di civiltà e di progresso di un popolo".

#### 1994 – II Giornata Mondiale del Malato, Santuario mariano di Czestochowa, Polonia

In occasione della II Giornata Mondiale del Malato il Papa richiama l'attenzione sul tema del

**"dolore salvifico"**, cioè sul significato cristiano della sofferenza, citando la Lettera apostolica *Salvifici doloris*, da lui stesso pubblicata. "In Cristo – scrive il Santo Padre – anche il dolore è assunto nel mistero della carità infinita, che si irradia da Dio Trinità e diventa espressione di amore e strumento di redenzione, diventa cioè dolore salvifico. È infatti il Padre che sceglie il dono totale del Figlio come via per restaurare l'alleanza con gli uomini resa inefficace dal peccato".

Inoltre, continua Papa Giovanni Paolo II, "Perfetta rivelazione del valore salvifico del dolore è la passione del Signore: «Nella croce di Cristo non solo si è compiuta la redenzione mediante la sofferenza, ma anche la stessa sofferenza è stata redenta». «Cristo ha aperto la sua sofferenza all'uomo» e l'uomo ritrova in lui le proprie sofferenze «arricchite di un nuovo contenuto e di un nuovo significato». Tutte le tribolazioni della vita possono divenire segni e premesse della gloria futura, prolungamento del mistero della Redenzione, la quale, pur essendo completa in Cristo, «rimane costantemente aperta ad ogni amore che si esprime nell'umana sofferenza»".

#### 1995 – III Giornata Mondiale del Malato, Santuario di Maria Regina della Pace di Yamoussoukro, Costa d'Avorio

Nel Messaggio per la III Giornata Mondiale del Malato, il Papa ricorda l'istituzione, l'11 febbraio del 1985 – con il Motu proprio *Dolentium hominum* –, della Pontificia Commissione, che sarebbe divenuta in seguito **Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari**. Per l'occasione il Santo Padre riafferma le finalità che sono proprie di questo Dicastero, il quale, attraverso molteplici iniziative, "manifesta la sollecitudine della Chiesa per gli infermi aiutando coloro che svolgono il servizio verso i malati e i sofferenti, affinché l'apostolato della misericordia, a cui attendono, risponda sempre meglio alle nuove esigenze" (Giovanni Paolo II, *Pastor Bonus*).

Le celebrazioni ufficiali della III Giornata Mondiale del Mala-



to si sono tenute in Costa d'Avorio, presso il Santuario di Maria Regina della Pace di Yamoussoukro, in occasione del centenario dell'arrivo dei primi missionari. In questa circostanza, il Papa ha inteso invitare ad "una riflessione sul **rapporto tra il dolore e la pace**". "Si tratta – ha scritto – di un rapporto molto profondo: quando non vi è pace, la sofferenza dilaga e la morte allarga il suo potere tra gli uomini. Nella comunità sociale, come pure in quella familiare, il venir meno della pacifica intesa si traduce in un proliferare di attentati alla vita, mentre il servizio alla vita, la sua promozione e la sua difesa, anche a prezzo del sacrificio personale, costituiscono la premessa indispensabile per un'autentica costruzione della pace individuale e sociale".

Il Papa ha quindi esortato i malati e i credenti tutti ad offrire a Dio la propria sofferenza in nome della Pace: "Sull'altare della quotidiana, trepida preghiera essi sono chiamati, insieme ai malati di ogni parte del mondo, a presentare l'offerta della sofferenza che Cristo ha accettato come mezzo per redimere l'umanità e salvarla.

*1996 – IV Giornata Mondiale del Malato, Santuario di Nostra Signora di Guadalupe, Città del Messico*

Nel Messaggio per la IV Giornata Mondiale del Malato Papa Giovanni Paolo II pone in evidenza la figura di **Maria come "Salus Infirmorum"**, ed il suo ruolo di **mediatrice fra Dio e gli uomini**. "La Madre di Gesù è esempio e guida – scrive – poiché si pone tra suo Figlio e gli uomini nella realtà delle loro privazioni, indigenze e sofferenze. Si pone in mezzo, cioè fa da mediatrice non come un'estranea, ma nella sua posizione di madre, consapevole che come tale può – anzi ha il diritto – di far presente al Figlio i bisogni degli uomini. La sua mediazione, dunque ha un carattere di intercessione: Maria intercede per gli uomini. Non solo: come Madre desidera anche che si manifesti la potenza messianica del Figlio, ossia la sua potenza salvifica volta a soccorrere la sventura umana, a liberare l'uomo dal male che in diversa

forma e misura grava sulla sua vita" (*Redemptoris Mater*, 21).

Inoltre il Papa esorta la Chiesa, nell'adempimento del suo compito missionario e nell'espressione della sua sollecitudine per gli infermi e i sofferenti, a seguire il modello di Maria Santissima, che come agli albori della Chiesa, continua ad essere anche oggi "il modello di quell'amore materno, del quale devono essere animati tutti quelli che nella missione apostolica della Chiesa cooperano alla rigenerazione degli uomini" (*Lumen gentium*, 65).

*1997 – V Giornata Mondiale del Malato, Santuario di Nostra Signora di Fatima, Portogallo*

Per la V Giornata Mondiale del Malato il Papa sceglie il Santuario di Nostra Signora di Fatima, in Portogallo. Un luogo, dice nel suo Messaggio, "particolarmente significativo per me. Là, infatti, volli recarmi nell'anniversario dell'attentato alla mia persona in Piazza San Pietro, per ringraziare la divina Provvidenza, secondo il cui imperscrutabile disegno il drammatico evento aveva misteriosamente coinciso con l'anniversario della prima apparizione della Madre di Gesù, il 13 maggio 1917, alla Cova da Iria".

Per l'occasione il Papa afferma che a Fatima Maria si fa portavoce dell'invito di Cristo: **"Venite a me, voi tutti che siete affaticati e oppressi, e io vi ristorerò"** (*Mt* 11,28), e che "a Fatima questo ristoro si trova: è a volte ristoro fisico, quando nella sua provvidenza Dio concede la guarigione dalla malattia; è più spesso ristoro spirituale, quando l'anima, pervasa dalla luce interiore della grazia, trova la forza di accettare il peso doloroso dell'infermità trasformandolo, mediante la comunione con Cristo, servo sofferente, in strumento di redenzione e di salvezza per sé e per i fratelli".

Il Papa osserva che "sono soprattutto coloro che soffrono a sentirsi attratti dalla prospettiva del «ristoro» che il Medico divino è in grado di offrire a chi si rivolge a Lui con fiducia", e per costoro allora indica la via da seguire: "in questo difficile cammino, ci viene indicata dalla voce materna

di Maria che, sempre, nella storia e nella vita della Chiesa, ma in modo particolare nel nostro tempo, continua a ripetere le parole: **«Fate quello che vi dirà»**".

*1998 – VI Giornata Mondiale del Malato, Santuario di Loreto, Italia*

Nel Messaggio per la VI Giornata Mondiale del Malato, Giovanni Paolo II si sofferma sul mistero **dell'Incarnazione del Verbo**. Il Papa afferma che: "Tra le mura della Santa Casa di Loreto con forza particolare Gesù Cristo, «il Dio con noi», ci parla dell'amore del Padre (cfr *Gv* 3, 16), che nell'Incarnazione redentiva ha trovato la sua più alta manifestazione. Dio alla ricerca dell'uomo è diventato uomo Egli stesso, gettando un ponte tra la trascendenza divina e la condizione umana".

"Cristo – continua – non è venuto per togliere le nostre pene, ma per dividerle e, assumendole, conferire ad esse valore salvifico: divenendo partecipe della condizione umana, con i suoi limiti e i suoi dolori, Egli l'ha redenta. La salvezza da lui compiuta, già prefigurata nelle guarigioni dei malati, apre *orizzonti di speranza* a quanti si trovano nella difficile stagione della sofferenza".

Inoltre, il Papa evidenzia che "il mistero dell'Incarnazione è opera dello Spirito" e che è proprio "lo Spirito che dà al cuore umano la forza di affrontare le situazioni difficili e di superarle". "Effuso nei nostri cuori, lo **Spirito Santo** ci fa avvertire in maniera ineffabile il Dio vicino. (...) Egli è il vero *custode della speranza* di tutte le creature umane e specialmente di quelle che possiedono le primizie dello Spirito ed aspettano la redenzione del loro corpo. Nel cuore dell'uomo lo Spirito Santo (...) diventa datore dei doni, luce dei cuori, dolce ospite dell'anima che porta riposo nella fatica, riparo nella calura del giorno, conforto in mezzo alle inquietudini, alle lotte e ai pericoli di ogni epoca".

Uno Spirito a cui mostrarsi docili, come fece **Maria**, che deve essere contemplata e imitata "soprattutto come la donna docile alla voce dello Spirito, donna del silenzio e dell'ascolto, donna di spe-

ranza, che seppe accogliere come Abramo la volontà di Dio «sperando contro ogni speranza».

*1999 – VII Giornata Mondiale del Malato, santuario di Nostra Signora di Harissa, Beirut, Libano*

La VII Giornata Mondiale del Malato ha visto le sue celebrazioni solenni in Libano, una terra – ha scritto il Papa nel suo Messaggio – che “più che un Paese è un messaggio e un modello per l’Oriente e per l’Occidente”. Quale luogo della terra, meglio del Libano – si chiede Giovanni Paolo II – potrebbe oggi essere simbolo di unità tra i cristiani e di incontro di tutti gli uomini nella comunione dell’amore?”.

Proprio in questa terra dove etnie, culture e religioni diverse convivono spesso nella pace e nel dialogo, il Papa parla della necessità di promuovere un **“ecumenismo delle opere”** che, nell’attenzione ai malati, ai sofferenti, agli emarginati, ai poveri e privi di tutto, è la più urgente, e insieme la meno ardua, delle vie ecumeniche. Su questa via – spiega – sarà possibile non soltanto ricercare la “piena unità” tra quanti professano il nome cristiano, ma anche aprirsi al dialogo interreligioso in un luogo come il Libano, dove credenze religiose diverse “hanno in comune un certo numero di valori umani e spirituali incontestabili”, che possono spingere, anche “al di là delle divergenze importanti tra le religioni”, a discernere innanzitutto ciò che unisce.

*2000 – VIII Giornata Mondiale del Malato, Anno del Grande Giubileo*

All’approssimarsi dell’VIII Giornata Mondiale del Malato, l’11 febbraio del 2000, il Santo Padre nel Messaggio redatto per l’occasione guarda alla **strada finora percorsa dall’umanità** e afferma: “Al tramonto del secondo millennio non si può dire che l’umanità abbia fatto quanto è necessario per alleviare il peso immenso della sofferenza che grava sui singoli, sulle famiglie e su intere società”. Il Papa registra le “sofferenze inflitte dalle

cattive scelte dei singoli e degli Stati” e cita “le guerre che hanno insanguinato questo secolo”, “le forme di malattia largamente diffuse nella società come la tossicodipendenza, l’AIDS, le malattie dovute al degrado delle grandi città e dell’ambiente”, la criminalità e “le proposte di eutanasia”, ma anche le “gravi disuguaglianze sociali nell’accesso alle risorse sanitarie, quali ancora oggi si riscontrano in vaste aree del Pianeta, soprattutto nei Paesi del Sud del mondo”.

Inoltre il Papa osserva che “in non pochi casi il progresso economico, scientifico e tecnico non è stato accompagnato da un autentico progresso, centrato sulla persona e sulla inviolabile dignità di ogni essere umano. Le conquiste nel campo della genetica, (...) diventano occasione di selezioni inammissibili, di insensate manipolazioni, di interessi antitetici all’autentico sviluppo (...). Si registrano, da una parte, sforzi ingenti per prolungare la vita ed anche per procrearla in modo artificiale; ma non si permette, dall’altra, di nascere a chi è già concepito e si accelera la morte di chi non è più ritenuto utile. (...) Ci si riduce a considerare la vita una semplice merce di consumo, determinando nuove emarginazioni per disabili, anziani, malati terminali”.

Di fronte a tale scenario, il Santo Padre auspica che anche nel mondo della sofferenza e della salute si promuova **“una purificazione della memoria”** che porti a “riconoscere le mancanze compiute da quanti hanno portato e portano il nome di cristiani”. In particolare il Papa richiama i cristiani a **due doveri: la difesa della vita e la promozione di una salute degna dell’uomo**.

Ecco che il Papa delinea i contorni dell’approccio cristiano alla malattia: **la cura integrale della persona**. Scrive Giovanni Paolo II: “La visione cristiana dell’uomo contrasta con una nozione di salute ridotta a pura vitalità esuberante, soddisfatta della propria efficienza fisica ed assolutamente preclusa ad ogni considerazione positiva della sofferenza. Tale visione, trascurando le dimensioni spirituali e sociali della persona, finisce per pregiudicarne il ve-

ro bene. Proprio perché la salute non si limita alla perfezione biologica, anche la vita vissuta nella sofferenza offre spazi di crescita e di autorealizzazione ed apre la strada verso la scoperta di nuovi valori. Questa visione della salute, fondata in una antropologia rispettosa della persona nella sua integralità, lungi dall’identificarsi con la semplice assenza di malattie, si pone come tensione verso una più piena armonia ed un sano equilibrio a livello fisico, psichico, spirituale e sociale”.

Infine, il Papa invita a “contemplare il volto di **Gesù, divino Samaritano** delle anime e dei corpi. L’esempio di Cristo, buon Samaritano, deve ispirare l’atteggiamento del credente inducendolo a farsi “prossimo” ai fratelli e alle sorelle che soffrono mediante il rispetto, la comprensione, l’accettazione, la tenerezza, la compassione, la gratuità”.

*2001 – IX Giornata Mondiale del Malato, Cattedrale di Sydney, Australia*

Nel Messaggio per IX Giornata Mondiale del Malato sul tema “La nuova evangelizzazione e la dignità dell’uomo sofferente” il Papa esorta ad **evangelizzare in modo rinnovato il mondo della sanità**, “luogo particolarmente indicato per diventare un prezioso laboratorio della civiltà dell’amore”, allo scopo di “favorirne l’orientamento al benessere integrale della persona e al progresso di tutte le persone in ogni parte del mondo”.

“Gli ospedali, i centri per ammalati o per anziani, ed ogni casa dove sono accolte persone sofferenti, – rimarca Papa Giovanni Paolo II – costituiscono ambiti privilegiati della nuova evangelizzazione, che deve impegnarsi per far sì che proprio lì risuoni il messaggio del Vangelo, apportatore di speranza. Solo Gesù, il divino Samaritano, è per ogni essere umano in cerca di pace e di salvezza la risposta pienamente appagante alle attese più profonde. È Cristo il Salvatore di ogni uomo e di tutto l’uomo. Per questo la Chiesa non si stanca di annunciarLo, perché il mondo della malattia e la ricerca della salute siano vivificati dalla sua luce”.

Anche in questa occasione il Papa torna a soffermarsi sulla necessità di promuovere la **salute integrale della persona**: “In questa prospettiva, si parla sempre più di assistenza “olistica”, cioè attenta alle necessità biologiche, psicologiche, sociali e spirituali del malato e di quanti lo circondano”. Inoltre ribadisce che “in materia di farmaci, terapie e interventi chirurgici, è necessario che la sperimentazione clinica avvenga nell’assoluto rispetto della persona e nella chiara consapevolezza dei rischi, e conseguentemente dei limiti, che essa comporta. In questo campo i professionisti cristiani sono chiamati a testimoniare le loro convinzioni etiche, lasciandosi costantemente illuminare dalla fede”. Infine il Papa sottolinea l’urgenza di promuovere “l’equa distribuzione dei beni, voluta dal Creatore”, per contrastare “la perdurante ingiustizia che, soprattutto nei Paesi poveri, priva gran parte della popolazione delle cure indispensabili alla salute”.

*2002 – X Giornata Mondiale del Malato, Santuario della “Madonna della Salute” a Vailankanny, India*

La X Giornata Mondiale del Malato ha visto le sue celebrazioni ufficiali in India, nel Santuario della “Madonna della Salute” a Vailankanny, che il Papa ha definito “un punto di incontro per membri di diverse religioni e un esempio eccezionale di armonia e scambio interreligiosi”. In questo contesto il Santo Padre ha osservato che “le varie religioni dell’umanità hanno sempre cercato di rispondere alla questione del significato del dolore”, ma che “sebbene la Chiesa ritenga che nelle interpretazioni non cristiane della sofferenza siano presenti molti elementi validi e nobili, **la sua comprensione del grande mistero umano è unica**”.

“La risposta alla domanda sul significato della sofferenza – scrive il Papa nel suo Messaggio per la Giornata – è stata data da Dio all’uomo nella **croce di Gesù Cristo**. (...) Attraverso la sofferenza sulla Croce, Cristo ha prevalso sul male e permette anche a noi di vincerlo. Le nostre sofferenze

acquistano significato e valore se unite alle sue. In quanto Dio e uomo, Cristo ha assunto su di sé le sofferenze dell’umanità e in Lui la sofferenza umana stessa assume un significato di redenzione”. In altre parole: “La fede ci insegna a ricercare il significato ultimo della sofferenza nella Passione, Morte e Resurrezione di Cristo”. Infine il Santo Padre evidenzia che “la risposta cristiana al dolore e alla sofferenza non è mai caratterizzata da passività. Spinta dalla carità cristiana (..) la Chiesa viene incontro ai malati e ai sofferenti, offrendo loro conforto e speranza”.

*2003 – XI Giornata Mondiale del Malato, Basilica dell’Immacolata Concezione, Washington D.C., Stati Uniti*

Nel Messaggio per la XI Giornata Mondiale del Malato, le cui celebrazioni solenni hanno avuto luogo negli Stati Uniti, il Papa tratteggia con preoccupazione un **modello di società in cui dominano i potenti a discapito dei deboli** marginalizzati, purtroppo diffuso in molte parti del mondo: “Penso ai bambini non nati, vittime indifese dell’aborto – scrive Giovanni Paolo II – agli anziani ed ai malati incurabili, talora oggetto di eutanasia; ed ai tanti altri esseri umani messi ai margini dal consumismo e dal materialismo. Né posso dimenticare il non necessario ricorso alla pena di morte. (...) Un simile modello di società è improntato alla cultura della morte ed è perciò in contrasto col messaggio evangelico”.

Di fronte a tale realtà – continua il Santo Padre – “è urgente compito dei cattolici, che operano nel campo medico-sanitario, fare il possibile per **difendere la vita** quando maggiormente è in pericolo, agendo con una coscienza rettamente formata secondo la dottrina della Chiesa. (...) Gli ospedali cattolici siano centri di vita e di speranza, dove si incrementino, insieme alle cappellanerie, i comitati etici, la formazione del personale sanitario laicale, l’umanizzazione delle cure ai malati, l’attenzione alle loro famiglie ed una particolare sensibilità verso i poveri e gli emarginati”.

IL Papa ricorda la sua Lettera apostolica *Novo millennio ineunte*: “Il servizio all’uomo ci impone di gridare (...) che quanti s’avalgono delle nuove potenzialità della scienza, specie sul terreno delle biotecnologie, non possono mai disattendere le esigenze fondamentali dell’etica, appellandosi magari ad una discutibile solidarietà, che finisce per discriminare tra vita e vita, in spregio della dignità propria di ogni essere umano”.

“La Chiesa – si legge ancora nel Messaggio – aperta all’autentico progresso scientifico e tecnologico, apprezza lo sforzo e il sacrificio di chi, con dedizione e professionalità, contribuisce ad elevare la qualità del servizio stesso offerto agli ammalati, nel rispetto della loro inviolabile dignità. (...) E se nella tappa finale della vita possono essere incoraggiate le cure palliative, evitando l’accanimento terapeutico, non sarà mai lecita alcuna azione o omissione che di sua natura e nelle intenzioni dell’agente sia volta a procurare la morte. (...) Postulato fondamentale resta infatti che **la vita va protetta e difesa dal suo concepimento fino al suo naturale tramonto**”.

*2004 – XII Giornata Mondiale del Malato, Santuario Mariano di Lourdes, Francia*

Per la XII Giornata Mondiale del Malato, il Papa ha scelto il Santuario di Lourdes, in Francia, in occasione del 150° anniversario della proclamazione del dogma **dell’Immacolata Concezione**. A Lourdes Maria disse: “Io sono l’Immacolata Concezione” e proprio questo tema costituisce il cuore del Messaggio del Papa.

“A Lourdes – scrive Giovanni Paolo II – non è difficile comprendere questa singolare partecipazione della Madonna al ruolo salvifico di Cristo”. Proprio “con l’Immacolata Concezione di Maria ha avuto inizio la grande opera della Redenzione, che si è attuata nel sangue prezioso di Gesù. (...) L’Immacolata Concezione è, pertanto, l’alba promettente del giorno radioso di Cristo”.

Inoltre, osserva il Papa, “se Gesù è la sorgente della vita che vince la morte, Maria è la madre



premurosa che viene incontro alle attese dei suoi figli, ottenendo per essi la salute dell'anima e del corpo. (...) Questo è il significato delle guarigioni corporali e spirituali che si registrano alla grotta di Massabielle": "dal giorno dell'apparizione a Bernadetta Soubirous – ricorda il Papa – Maria in quel luogo ha curato dolori e malattie, restituendo a tanti suoi figli anche la salute del corpo. Prodiggi, però, ben più sorprendenti ha operato nell'animo dei credenti, aprendo il loro animo all'incontro con il suo figlio Gesù, risposta vera alle attese più profonde del cuore umano". Il dono della conversione del cuore, fonte di pace e di gioia interiore, "trasforma la loro esistenza e li rende apostoli della croce di Cristo, vessillo di speranza, pur fra le prove più dure e difficili".

Infine il Santo Padre ricorda che "il prodigio dell'Immacolata Concezione ricorda ai credenti una verità fondamentale: è possibile conseguire la salvezza solo partecipando docilmente al progetto del Padre, che ha voluto redimere il mondo attraverso la morte e la risurrezione del suo unigenito Figlio".

*2005 – XIII Giornata Mondiale del Malato – Santuario di Maria Regina degli Apostoli, a Yaoundé, Camerun. Tema: Cristo, speranza per l'Africa*

Come detto all'inizio di questo intervento, il Papa ha inteso dedicare la XIII Giornata Mondiale del Malato in particolare all'Africa. Ricordando le numerose piaghe che flagellano il Continente, dai conflitti armati alle disuguaglianze, dalla povertà alla scarsità di cibo e medicinali, alle malattie, il Santo Padre si è soffermato sul dramma dell'**AIDS** che ha definito una "**patologia dello spirito**".

"Per combatterla in modo responsabile – ha scritto nel suo Messaggio – occorre accrescerne la prevenzione mediante l'educazione al rispetto del valore sacro della vita e la formazione alla pratica corretta della sessualità. In effetti, se molte sono le infezioni da contagio attraverso il sangue specialmente nel corso della gestazione – infezioni che vanno combattute con ogni impegno –

ben più numerose sono quelle che avvengono per via sessuale, e che possono essere evitate soprattutto mediante una condotta responsabile e l'osservanza della virtù della castità".

Rivolto ai Vescovi delle Conferenze Episcopali degli altri Continenti, Giovanni Paolo II ha esortato ad un impegno comune a sostegno dei Pastori dell'Africa per far fronte efficacemente a questa e ad altre emergenze. Inoltre ha ricordato il ruolo del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, chiamato a dare "il proprio contributo per coordinare e promuovere tale cooperazione, sollecitando l'apporto fattivo di ogni Conferenza Episcopale".

#### **BENEDETTO XVI**

*2006 – XIV Giornata Mondiale del Malato, Cattedrale di San Francesco Saverio, Adelaide, Australia*

Nel suo primo Messaggio per la XIV Giornata Mondiale del Malato, Papa Benedetto XVI pone l'accento sul tema del disagio mentale, invitando le Comunità ecclesiali "a testimoniare loro la tenera misericordia del Signore".

"In molti Paesi – osserva il Papa – non esiste ancora una legislazione in materia ed in altri manca una politica definita per la salute mentale. C'è poi da notare che il prolungarsi di conflitti armati in diverse regioni della terra, il succedersi di immani catastrofi naturali, il dilagare del terrorismo, oltre a causare un numero impressionante di morti, hanno generato in non pochi superstiti traumi psichici, talora difficilmente recuperabili. Nei Paesi ad alto sviluppo economico, poi, all'origine di nuove forme di malessere mentale gli esperti riconoscono anche l'incidenza negativa della crisi dei valori morali. Ciò accresce il senso di solitudine, minando e persino sfaldando le tradizionali forme di coesione sociale, ad iniziare dall'istituto della famiglia, ed emarginando i malati, particolarmente quelli mentali, considerati sovente come un peso per la famiglia e per la comunità".

Di fronte a questa emergenza socio-sanitaria il Santo Padre in-

coraggia ad intensificare gli sforzi "perché a tutti i malati di mente sia dato accesso alle cure necessarie". Infatti, ha osservato con preoccupazione, "in molte parti del mondo i servizi per questi malati risultano carenti, insufficienti o in stato di disfacimento. Il contesto sociale non sempre accetta i malati di mente con le loro limitazioni, e anche per questo si registrano difficoltà nel reperire le risorse umane e finanziarie di cui c'è bisogno".

*2007 – XV Giornata Mondiale del Malato, Seoul, Corea*

Nel Messaggio per la XV Giornata Mondiale del Malato, Papa Benedetto XVI richiama l'attenzione sulla condizione dei **malati incurabili**, presenti in ogni continente, in particolare in luoghi in cui la povertà e le difficoltà causano miseria e dolore immensi.

"Nonostante i progressi della scienza – scrive – non si può trovare una cura per ogni malattia, e, quindi, negli ospedali, negli ospizi e nelle case in tutto il mondo ci imbattiamo nella sofferenza di numerosi nostri fratelli e numerose nostre sorelle incurabili e spesso in fase terminale. Inoltre, molti milioni di persone nel mondo vivono ancora in condizioni insalubri e non hanno accesso a risorse mediche molto necessarie, spesso del tipo più basilare, con il risultato che il numero di esseri umani considerato "incurabile" è grandemente aumentato".

Il Santo Padre ha quindi ribadito che "la Chiesa desidera sostenere i malati incurabili e quelli in fase terminale esortando a politiche sociali eque che possano contribuire a eliminare le cause di molte malattie, e chiedendo con urgenza migliore assistenza per quanti stanno morendo e per quanti non possono contare su alcuna cura medica. È necessario promuovere politiche in grado di creare condizioni in cui gli esseri umani possano sopportare anche malattie incurabili ed affrontare la morte in una maniera degna". Quindi il Papa ha evidenziato la necessità di promuovere "i centri per le cure palliative che offrano un'assistenza integrale, fornendo ai malati l'aiuto umano e l'accompagnamento spirituale di cui

hanno bisogno”. Rivolto a coloro che soffrono per malattie incurabili, il Santo Padre ha detto che “le sofferenze, unite a quelle di Cristo, si dimostreranno feconde per le necessità della Chiesa e del mondo”.

*2008 – XVI Giornata Mondiale del Malato, tema “L’Eucaristia, Lourdes e la cura pastorale dei malati”*

La XVII Giornata Mondiale del Malato si è svolta in concomitanza con due eventi importanti per la vita della Chiesa: il 150° anniversario delle apparizioni di Maria a Lourdes, e la celebrazione del Congresso Eucaristico Internazionale a Québec, in Canada. Il tema della Giornata era infatti: “L’Eucaristia, Lourdes e la cura pastorale dei malati”.

Nel suo messaggio il Papa intende porre in evidenza la stretta connessione che esiste tra il Mistero eucaristico, il ruolo di Maria nel progetto salvifico e la realtà della sofferenza dell’uomo.

Nel Sacramento dell’Eucaristia – scrive il Papa – si avverte il “legame inscindibile tra la Madre e il Figlio generato nel suo seno per opera dello Spirito Santo”: “La carne nata da Maria, venendo dallo Spirito Santo, è il pane disceso dal cielo”. Citando san Pier Damiani, Benedetto XVI spiega ancora che: “Quel corpo che la beatissima Vergine ha generato (...) ora lo riceviamo dal sacro altare, e ne beviamo il sangue come sacramento della nostra redenzione”.

Inoltre il Papa osserva che: “Maria è modello di totale abbandono alla volontà di Dio: ha accolto nel cuore il Verbo eterno e lo ha concepito nel suo grembo verginale; si è fidata di Dio e, con l’anima trafitta dalla spada del dolore, non ha esitato a condividere la passione del suo Figlio rinnovando sul Calvario ai piedi della Croce il “sì” dell’Annunciazione”. Benedetto XVI invita pertanto a “lasciarsi prendere e guidare per mano da Lei, per pronunciare a propria volta il “fiat” alla volontà di Dio, con tutta l’esistenza intessuta di gioie e tristezze, di speranze e delusioni”.

Associata al Sacrificio di Cristo, Maria, Mater Dolorosa, che ai

piedi della Croce soffre con il suo divin Figlio, viene sentita particolarmente vicina dalla comunità cristiana che si raccoglie attorno ai suoi membri sofferenti, i quali recano i segni della passione del Signore. Maria soffre con coloro che sono nella prova, con essi spera ed è loro conforto sostenendoli con il suo materno aiuto.

Gesù Cristo presente nel Sacramento dell’altare – scrive Benedetto XVI – è quella “Speranza che non delude, (...) farmaco dell’immortalità che sana il fisico e lo spirito”. Il suo sacrificio è per tutti e pertanto l’Eucaristia spinge ogni credente in Lui a farsi ‘pane spezzato’ per gli altri”. Siamo così incoraggiati ad impegnarci in prima persona a servire i fratelli, specialmente quelli in difficoltà, poiché la vocazione di ogni cristiano è veramente quella di essere, insieme a Gesù, pane spezzato per la vita del mondo.

*2009 – XVII Giornata Mondiale del Malato*

La XVIII Giornata Mondiale del Malato è dedicata principalmente ai **bambini malati e sofferenti**. “A tutti quei bambini – si legge nel Messaggio del Papa per l’occasione – che portano nel corpo le conseguenze di malattie invalidanti, a coloro che lottano con mali oggi ancora inguaribili, ai bambini feriti nel corpo e nell’anima a seguito di conflitti e guerre, ed altri vittime innocenti dell’odio di insensate persone adulte”. Ci sono poi i ragazzi “privati del calore di una famiglia ed abbandonati a se stessi, e i minori profanati da gente abietta che ne viola l’innocenza (...); i bambini che muoiono a causa della sete, della fame, della carenza di assistenza sanitaria, come pure i piccoli esuli e profughi dalla propria terra con i loro genitori alla ricerca di migliori condizioni di vita. Da tutti questi bambini – osserva Benedetto XVI – si leva un silenzioso grido di dolore che interpellava la nostra coscienza di uomini e di credenti.

Il santo Padre sottolinea poi che: “Poiché il bambino malato appartiene ad una famiglia che ne condivide la sofferenza spesso con gravi disagi e difficoltà, le

comunità cristiane non possono non farsi carico anche di aiutare i nuclei familiari colpiti dalla malattia di un figlio o di una figlia”. In questo contesto, “la condivisione della sofferenza si traduce in un utile supporto alle famiglie dei bambini malati, creando al loro interno un clima di serenità e di speranza, e facendo sentire attorno a loro una più vasta famiglia di fratelli e sorelle in Cristo”.

Infine, il Papa evidenzia che: “La dedizione quotidiana e l’impegno senza sosta al servizio dei bambini malati costituiscono un’eloquente testimonianza di amore per la vita umana, in particolare per la vita di chi è debole e in tutto e per tutto dipendente dagli altri”.

*2010 – XVIII Giornata Mondiale del Malato*

La XVIII Giornata Mondiale del Malato ha visto la coincidenza con il **25° anniversario dell’istituzione del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari**.

Per l’occasione il Papa intende “sensibilizzare la comunità ecclesiale circa l’importanza del servizio pastorale nel mondo della salute” sottolineando che tale servizio è parte integrante della missione della Chiesa, “poiché si iscrive nel solco della stessa missione salvifica di Cristo: Egli, Medico divino, passò beneficiando e risanando tutti coloro che stavano sotto il potere del diavolo”.

Il Papa spiega che nell’Ultima Cena, con il gesto della **lavanda dei piedi**, Gesù “ha invitato i suoi discepoli ad entrare nella sua medesima logica dell’amore che si dona specialmente ai più piccoli e ai bisognosi. Seguendo il suo esempio, ogni cristiano è chiamato a rivivere, in contesti diversi e sempre nuovi, la parabola del buon Samaritano, il quale, passando accanto a un uomo lasciato mezzo morto dai briganti sul ciglio della strada, “vide e ne ebbe compassione. Gli si fece vicino, gli fasciò le ferite”. Con le parole che concludono la parabola “Va’ e anche tu fa’ così” – scrive il Papa – Gesù si rivolge anche a noi. Ci esorta a chinarci sulle ferite del corpo e dello spirito di tanti nostri fratelli e sorelle”.

Guardando all'impegno della Chiesa al servizio degli infermi, Benedetto XVI ricorda che "l'azione umanitaria e spirituale della Comunità ecclesiale verso gli ammalati e i sofferenti nel corso dei secoli si è espressa in molteplici forme e strutture sanitarie anche di carattere istituzionale" (...). Si tratta di un prezioso "patrimonio" rispondente al fatto che "l'amore ha bisogno anche di organizzazione quale presupposto per un servizio comunitario ordinato". Pertanto – osserva – "La creazione del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, rientra in tale sollecitudine ecclesiale per il mondo della salute".

Nell'attuale momento storico-culturale – conclude il Papa – si avverte ancora di più "l'esigenza di una presenza ecclesiale attenta e capillare accanto ai malati, come pure di una presenza nella società capace di trasmettere in maniera efficace i valori evangelici a tutela della vita umana in tutte le fasi, dal suo concepimento alla sua fine naturale".

*2011 – XIX Giornata Mondiale del Malato, sul tema "Dalle sue piaghe siete stati guariti"*

Nel suo Messaggio per la XIX Giornata Mondiale del Malato, il Papa ricorda la visita pastorale a Torino, ed in particolare la sua sosta in preghiera davanti alla **Sacra Sindone**. Contemplare il volto sofferente di Colui che ha portato su di sé la passione dell'uomo di ogni tempo e di ogni luogo, anche le nostre sofferenze, le nostre difficoltà, i nostri peccati – scrive Benedetto XVI – è un invito a riflettere su quanto scrive san Pietro: **"Dalle sue piaghe siete stati guariti"**.

"Il Figlio di Dio ha sofferto, è morto, ma è risorto, e proprio per questo – spiega – quelle piaghe diventano il segno della nostra redenzione, del perdono e della riconciliazione con il Padre; diventano, però, anche un banco di prova per la fede dei discepoli e per la nostra fede", in quanto "per loro, come per noi, la sofferenza rimane sempre carica di mistero, difficile da accettare e da portare". "È proprio attraverso le piaghe del Cristo che noi possiamo vedere, con occhi di speranza, tut-

ti i mali che affliggono l'umanità. Risorgendo, il Signore non ha tolto la sofferenza e il male dal mondo, ma li ha vinti alla radice". Ecco dunque che, di fronte a Cristo che mostra le sue piaghe, persino l'incredulo Tommaso esprime una commovente professione di fede: "Mio Signore e mio Dio!".

All'approssimarsi della Giornata Mondiale della Gioventù, che si è svolta nell'agosto 2011, Benedetto XVI ha rivolto un pensiero particolare ai giovani ammalati: "Spesso la Passione, la Croce di Gesù fanno paura, perché sembrano essere la negazione della vita. In realtà, è esattamente il contrario! La Croce è il "sì" di Dio all'uomo, l'espressione più alta e più intensa del suo amore e la sorgente da cui sgorga la vita eterna".

*2012 – XX Giornata Mondiale del Malato, sul tema «Alzati e va'; la tua fede ti ha salvato!»*

Al centro della XX Giornata Mondiale del Malato Papa Benedetto XVI ha posto l'accento sui **«Sacramenti di guarigione»**, cioè sul **Sacramento della Penitenza e della Riconciliazione**, e su quello dell'**Unzione degli Infermi**.

Il valore della **Penitenza** – scrive il Papa – "consiste nel restituirci alla grazia di Dio stringendoci a lui in intima e grande amicizia. Gesù, nella sua vita, annuncia e rende presente la misericordia del Padre. Egli è venuto non per condannare, ma per perdonare e salvare, per dare speranza anche nel buio più profondo della sofferenza e del peccato, per donare la vita eterna". Dio misericordioso "non chiude il cuore a nessuno dei suoi figli, ma li attende, li cerca, li raggiunge là dove il rifiuto della comunione imprigiona nell'isolamento e nella divisione". Ecco che la confessione si configura pertanto come una sorta di "medicina" per l'anima, grazie alla quale "l'esperienza del peccato non degenera in disperazione, ma incontra l'Amore che perdona e trasforma".

D'altro canto, il **Sacramento l'Unzione degli Infermi** "porta a contemplare il duplice mistero del Monte degli Ulivi, dove Gesù si è trovato davanti alla via indicatagli dal Padre, quella della Passione,

del supremo atto di amore, e l'ha accolta. In quell'ora di prova Egli è il mediatore, assumendo in sé la sofferenza e la passione del mondo, trasformandola in grido verso Dio. (...) Ma l'Orto degli Ulivi – continua Benedetto XVI – è anche il luogo dal quale Egli è asceso al Padre, è quindi il luogo della Redenzione". Pertanto, "nell'Unzione degli Infermi, la materia sacramentale dell'olio ci viene offerta, quale medicina di Dio, che ora ci rende certi della sua bontà, ci deve rafforzare e consolare, ma che, allo stesso tempo, al di là del momento della malattia, rimanda alla guarigione definitiva, alla risurrezione".

Assieme a questi due Sacramenti, il Papa sottolinea anche l'importanza dell'Eucaristia: ricevuta nel momento della malattia "associa colui che si nutre del Corpo e del Sangue di Gesù all'offerta che Egli ha fatto di Se stesso al Padre per la salvezza di tutti".

*2013 – XXI Giornata Mondiale del Malato, celebrazioni solenni presso il Santuario mariano di Altötting, Germania*

Nel Messaggio per la XXI Giornata Mondiale del Malato, Benedetto XVI pone l'attenzione sulla **figura del Buon Samaritano**, di cui parla il Vangelo di San Luca, e ricorda le parole conclusive della parabola: "Va' e anche tu fa' lo stesso".

In questo brano evangelico – osserva il Papa – "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".

"Vari Padri della Chiesa – spiega ancora il Santo Padre – 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 (...). Gesù è anche Colui che "si spoglia" del suo "abito divino", che si abbassa dal-



la sua “condizione” divina, per assumere forma umana e accostarsi al dolore dell’uomo, (...) e portare speranza e luce. Egli non considera un tesoro geloso il suo essere uguale a Dio, il suo essere Dio, ma si china, pieno di misericordia, sull’abisso della sofferenza umana, per versare l’olio della consolazione e il vino della speranza”.

#### PAPA FRANCESCO

*2014 – XXII Giornata Mondiale del Malato, sul tema “Fede e carità: «Anche noi dobbiamo dare la vita per i fratelli»”*

La figura del **Buon Samaritano** torna in primo piano anche nel Messaggio per la XXII Giornata Mondiale del Malato di Papa Francesco. “In forza del Battesimo e della Confermazione – scrive il Santo Padre – siamo chiamati a conformarci a Cristo, Buon Samaritano di tutti i sofferenti”. Pertanto – osserva – “quando ci accostiamo con tenerezza a coloro che sono bisognosi di cure, portiamo la speranza e il sorriso di Dio nelle contraddizioni del mondo. Quando la dedizione generosa verso gli altri diventa lo stile delle nostre azioni, facciamo spazio al Cuore di Cristo e ne siamo riscaldati, offrendo così il nostro contributo all’avvento del Regno di Dio”.

In questo atteggiamento caritatevole verso il prossimo sofferente, il modello di tenerezza e carità

a cui guardare è Maria, Madre di Gesù e Madre nostra, attenta alla voce di Dio e ai bisogni e difficoltà dei suoi figli. “Maria – scrive il Papa – spinta dalla divina misericordia che in lei si fa carne, dimentica se stessa e si incammina in fretta dalla Galilea alla Giudea per incontrare e aiutare la cugina Elisabetta; intercede presso il suo Figlio alle nozze di Cana, quando vede che viene a mancare il vino della festa; porta nel suo cuore, lungo il pellegrinaggio della vita, le parole del vecchio Simeone che le preannunciano una spada che trafiggerà la sua anima, e con forza rimane ai piedi della Croce di Gesù. Lei sa come si fa questa strada e per questo è la Madre di tutti i malati e i sofferenti”.

*2016 – XXIV Giornata Mondiale del Malato, celebrazioni solenni a Nazareth, in Terra Santa*

Nel 2016 il Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, celebrerà, in forma solenne, la XXIV Giornata Mondiale del Malato che avrà luogo a Nazareth, in Terra Santa, l’11 Febbraio 2016 con il tema: “**Affidarsi a Gesù come Maria – «Fate quello che vi dirà!» (Gv 2,5)**”.

Nella XXIV Giornata Mondiale del Malato vengono coinvolte, come di consueto, le Chiese locali non solo nella celebrazione della Giornata stessa, ma anche per la preparazione del Convegno Teologico-Pastorale, il cui tema

rifletterà anche le problematiche specifiche del Medio-Oriente, quindi relative alla pace, alla riconciliazione e alla salute. Inoltre, viene organizzato un incontro con i Vescovi Incaricati di Pastorale della Salute nella Regione.

Durante il pellegrinaggio in Terra Santa, organizzato dal Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, in occasione dell’Anno della Fede, si è celebrata la Santa Messa in onore della Vergine Maria, Regina della Palestina a Deir Rafat, al cui termine è stata annunciata ufficialmente da S.E. Mons. Zygmunt Zimowski, Presidente del Dicastero, la celebrazione della XXIV Giornata Mondiale del Malato 2016 in Terra Santa.

#### Frutti di queste giornate

Negli anni, la celebrazione delle Giornate Mondiali del Malato nei diversi continenti ha permesso di diffondere i contenuti del Magistero della Chiesa nel campo della salute fra gli infermi e gli operatori sanitari; di favorire l’attuazione della pastorale sanitaria; di sollecitare una maggiore consapevolezza circa l’esigenza di porre al centro la dignità della persona umana e la tutela della vita in ogni sua forma, dal concepimento alla sua fine naturale; di promuovere un concetto di “cura integrale” che unisce in sé l’aspetto medico-sanitario con quello psicologico, sociale, spirituale e pastorale. ■

## Il Comitato Internazionale delle Istituzioni Sanitarie Cattoliche (CIISAC): genesi e prospettive

- Il Comitato Internazionale delle Istituzioni Sanitarie Cattoliche (CIISAC) è la nuova organizzazione che ha sostituito l’Associazione Internazionale delle Strutture Sanitarie Cattoliche (AISAC).

- L’AISAC fu fondata nel 1986

dalla Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari, su incoraggiamento di Papa Giovanni Paolo II, al fine di coordinare le Istituzioni Sanitarie cattoliche della Chiesa, a livello mondiale.

- Nel 1986 fu redatta la prima bozza dello Statuto preparata dal Comitato Provvisorio. Nel luglio 1990 fu redatta una seconda stesura inviata dall’allora Arcivescovo Fiorenzo Angelini alla Segreteria di Stato, che nel gennaio

1991 mandò le sue osservazioni. Nel gennaio 1998 si elaborò l'ultima *bozza* dello Statuto, sulla quale nell'aprile 1998 la Segreteria di Stato inviò le proprie osservazioni.

- Nel luglio del 1999 i delegati di 25 nazioni deliberano la creazione di un Consiglio Direttivo composto di vari delegati continentali, che potesse assistere il Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari nel processo di crescita dell'AISAC.

- Due gli obiettivi principali che il Presidente aveva indicato:

- i problemi economici da risolvere riguardo alla gestione dell'Ospedale cattolico;

- la necessità di stabilire linee guida per una nuova evangelizzazione delle Istituzioni Sanitarie cattoliche.

- Venne suggerito che l'AISAC, pur continuando a dipendere dal Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, diventasse una Federazione di Associazioni Sanitarie Cattoliche, al fine di stimolare la creazione di nuove associazioni nazionali e rafforzare le iniziative di quelle già esistenti.

- Dal 2000 al 2011 le riunioni programmatiche si sono svolte una volta all'anno, per aggiornare il Dicastero sulla situazione delle Istituzioni Sanitarie Cattoliche. Vi hanno partecipato: i Superiori del Dicastero, i Vescovi delegati responsabili della Pastorale Sanitaria dei vari continenti, i Superiori di vari Istituti religiosi ed i Rappresentanti di Associazioni Sanitarie cattoliche.

- Nelle varie riunioni sono emersi i seguenti obiettivi:

- Rafforzare l'identità della sanità cattolica.

- Scambiare le informazioni sulla condizione della sanità cattolica nel mondo e le sfide che deve affrontare.

- Incoraggiare la formazione degli operatori sanitari cattolici, specialmente sulle questioni di etica e pastorale sanitaria

- Mantenere le informazioni/

documentazioni sull'assistenza sanitaria cattolica per sostenere il lavoro del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari e l'associazione internazionale.

- Si rese, quindi, necessario rendere attuale ed efficace l'attività di gestione in precedenza affidata all'AISAC, prendendo atto di:

- sempre maggiori complessità organizzative delle strutture sanitarie moderne;

- necessità di mantenere e/o promuovere l'umanizzazione delle cure;

- bisogno di reperire nuove risorse umane e finanziarie.

- Il CIISAC vuole quindi essere un Comitato Internazionale, costituito da Istituzioni Sanitarie Cattoliche o Enti rappresentati dai loro Amministratori, avente come missione l'attuazione di una nuova evangelizzazione delle strutture ospedaliere.

- Per corrispondere a tale missione, il CIISAC intende promuovere contatti, scambi e solidarietà tra i suoi membri, fornendo ai responsabili ed amministratori delle Istituzioni Sanitarie cattoliche contributi di formazione teologica e spirituale, di ricerca pastorale, di assistenza morale e tecnico-professionale, con riguardo soprattutto a quanti operano in aree di particolare difficoltà.

- Il CIISAC, collegato al Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, tra i suoi compiti, si prefigge di promuovere:

- l'educazione teologica e la formazione spirituale di coloro che sono impegnati nei lavori delle istituzioni membri;

- l'esecuzione di programmi socio-sanitari nel rispetto delle concrete realtà socio-politiche, come pure l'insegnamento del magistero e le raccomandazioni pastorali del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari;

- la nascita di nuove associazioni e di istituzioni socio-sanitarie in tutte le regioni dove ancora non esistono;

- la collaborazione con le Conferenze Episcopali affinché le associazioni già esistenti vengano potenziate ed incoraggiate ad aderire al CIISAC;

- iniziative volte a favorire una consapevolezza condivisa di varie esperienze in materia di amministrazione e gestione sanitaria a livello mondiale;

- la creazione di un'adeguata struttura per fornire ai membri un'appropriata assistenza tecnica, professionale e morale con particolare riguardo alle aree che presentano specifiche criticità;

- pubblicazioni o altri mezzi di comunicazione, con programmi da determinare.

- A tale fine, la stessa Istituzione intende organizzare Conferenze su temi di amministrazione e di formazione sanitaria sulla base della dottrina cattolica.

- Il 23 Novembre 2013, a conclusione della XXVIII Conferenza Internazionale "*L'Ospedale, luogo di evangelizzazione, missione umana e spirituale*", promossa dal Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, si è svolto un incontro dei Membri del Consiglio Direttivo del Comitato. Erano presenti invitati provenienti da vari Paesi (tra gli altri, Brasile, Israele, USA) rappresentanti delle più importanti associazioni di Istituzioni Sanitarie cattoliche del mondo.

- Il punto centrale all'ordine del giorno della riunione è stata la discussione sulla *bozza* del nuovo Statuto del CIISAC, la cui stesura definitiva dovrà essere presentata alla Segreteria di Stato per la dovuta approvazione.

- In questa sede, tra i vari progetti proposti, da inserire nella programmazione delle attività per il 2014 - 2015, figurano:

- l'aggiornamento dell'*Index* delle Strutture Sanitarie Cattoliche;

- la creazione di un *Sito web* e di un *Notiziario* del nuovo Comitato delle Istituzioni Sanitarie Cattoliche. ■

**III Conferenza Internazionale  
organizzata dal  
Network della Pastorale della Salute  
del Patriarcato Ecumenico  
di Costantinopoli**

**8-12 ottobre 2014  
Rodi, Grecia**



# Cronaca

## MONS. DARIUSZ GIERS

Ufficiale dal Pontificio Consiglio  
per gli Operatori Sanitari

**N**ei giorni 8-12 ottobre 2014 si è svolta a Rodi in Grecia la terza edizione della Conferenza Internazionale organizzata dal *Network della Pastorale della Salute del Patriarcato Ecumenico di Costantinopoli*. Hanno preso parte all'evento oltre 200 partecipanti in rappresentanza delle Metropoli, appartenenti amministrativamente e spiritualmente al Patriarcato Ecumenico nel mondo, delle Chiese autocefale ortodosse, delle Scuole teologiche ortodosse in Grecia e all'estero, degli operatori sanitari e degli operatori pastorali nell'ambito della salute.

Fra gli invitati non ortodossi alla Conferenza dal Rev. P. Stavros Kofinas, Coordinatore del suddetto Network, si possono menzionare: un rappresentante del Consiglio Mondiale delle Chiese e un ufficiale del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, il Rev. Mons. Dariusz Giers. La presenza del Pontificio Consiglio alle Conferenze di Rodi risale all'anno 2008 e aiuta a rinsaldare i rapporti della Chiesa Cattolica con quella Sorella Ortodossa in un campo così importante come quello dell'apostolato della misericordia.

Lo scopo della III Conferenza di Rodi, oltre a favorire una sempre più profonda comunione tra le Chiese ortodosse, è stato quello di prendere in considerazione il tema racchiuso nel termine greco: "trauma". La scelta di questo tema – ha spiegato il Rev. P. Kofinas aprendo la Conferenza – è stata motivata dal contesto

in cui si trova l'umanità contemporanea. L'uomo moderno vive l'illusione del passato e l'impasse di oggi che causano in lui rabbia, delusione, sconcerto, disperazione e depressione. Di fronte a sempre più ampie fasce della società colpite da questi mali la Chiesa di Cristo non può rimanere indifferente. Essa possiede la grazia di Dio che scatuisce dall'amore di Cristo ed ha la forza di risanare tutte le umane ferite.

Agli eminenti relatori, provenienti esclusivamente dal mondo greco ortodosso, è stato affidato il compito di individuare le ferite degli uomini d'oggi, di classificarle e di indicare i mezzi con i quali esse possono essere guarite. Il problema è stato analizzato dal punto di vista delle varie discipline come medicina, psicologia e sociologia, ma anche in prospettiva teologica e spirituale.

L'intervento introduttivo, dal titolo "Grande ferita – uomo", è stato sviluppato dall'Archimandrita Theodoseos Martzouchos, Metropolita di Nicopolis e Preveza che ha cercato di dare le basi teologiche e filosofiche dell'argomento trattato.

Nelle 12 sessioni successive sono stati trattati diversi argomenti come: il significato psicologico del trauma, le ferite derivate dall'eros e dalle complesse relazioni umane, i traumi provocati da un'incorretta educazione religiosa, i traumi dell'adolescenza, i traumi posteriori all'intervento chirurgico, i traumi provocati da abusi sulle donne e sui bambini e quelli legati agli incidenti stradali. È risultato che le persone sono esposte a diversi tipi di traumi in ogni stadio della vita, e in parti-

colare quando nella loro esistenza entrano la malattia fisica, gli abusi, i disastri naturali, le calamità, le violenze, gli attacchi terroristici. Un trauma particolare viene generato dalla guerra che comporta tutte le sofferenze immaginabili come la perdita della vita, della salute, della famiglia, della casa. Al riguardo una toccante testimonianza è stata riferita dal Rev. P. Bassam Nassif, docente dell'Università Teologica di Ballam in Libano dove i campi profughi per i rifugiati palestinesi sono ormai sull'orlo del collasso a causa del massiccio afflusso dei siriani negli ultimi mesi.

La Conferenza è stata ricca di spunti e di idee offrendo una vasta panoramica nell'ambito del tema trattato. Sono stati identificati i traumi che vivono le categorie di persone più vulnerabili come donne e bambini esposti alle violenze e agli abusi fisici e psichici. Sono stati segnalati i traumi ai quali sono sottoposti i medici, i terapisti e persino gli studenti di medicina che subiscono stress e pressione provocati dallo studio impegnativo e faticoso. Il penultimo intervento, trattato ampiamente da S.Em. Metropolita Paolo di Sisani e Siatista, è stato dedicato alle ferite del clero che non di rado portano i ministri di Dio a situazioni di crisi interiore, di sfiducia e di *burnout*.

Nel Programma dell'Incontro erano previsti momenti di preghiera sia nell'Aula, che nella Cattedrale dell'Annunciazione di Rodi nonché in un santuario locale dove la preghiera dei "grandi vespri" è stata offerta per i malati e per gli operatori sanitari. ■

# Intervento del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari

**MONS. DARIUSZ GIERS**

*Ufficiale dal Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari*

**S**ignor Cardinale, Metropolita di Rodi Cirillo e Presidente di questa Conferenza,

Eccellenze Rev.me, Rappresentanti delle Metropoli che appartengono al Patriarcato Ecumenico,

Caro P. Stavros Kofinas, Coordinatore del Network e del Comitato Organizzativo,

Distinti partecipanti a questa Conferenza, cari Operatori sanitari,

È una grande gioia e un onore per me rappresentare ancora una volta il Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari a questa terza Conferenza Internazionale del Network del Patriarcato Ecumenico di Costantinopoli sulla Pastorale della Salute. Vi porto i saluti e la benedizione del nostro Presidente, l'Arcivescovo Zygmunt Zimowski, che è molto grato per questo invito. Egli è convinto della necessità che le nostre due Chiese sorelle collaborino assieme nel campo della pastorale della salute, in quanto entrambe svolgono la missione della cura e guarigione, nel nome di Cristo, di tutti coloro che soffrono e sono afflitti dal dolore.

Il tema di questa Conferenza "La ferita" e le parole esplicative del Patriarca Ecumenico Bartolomeo, "servire la 'grande ferita' e il 'grande miracolo' – l'uomo", sono al centro della nostra missione. È vero, l'uomo creato a immagine e somiglianza di Dio è un grande miracolo della creazione divina e occupa un posto speciale nel creato. Egli pertanto esige rispetto per

la sua dignità e la sua vita, e deve essere assistito con amore e compassione.

Parlando del ruolo della Chiesa oggi e delle priorità della sua azione pastorale, Papa Francesco, in un'intervista ad ampio raggio rilasciata al direttore di *Civiltà Cattolica*, rivista italiana dei PP. Gesuiti, ha sottolineato che "la cosa di cui la Chiesa ha più bisogno oggi è la capacità di curare le ferite e di riscaldare il cuore dei fedeli, la vicinanza, la prossimità. Io vedo la Chiesa come un ospedale da campo dopo una battaglia. È inutile chiedere a un ferito grave se ha il colterolo e gli zuccheri alti! Si devono curare le sue ferite. Poi potremo parlare di tutto il resto. Curare le ferite, curare le ferite... E bisogna cominciare dal basso" (19, 23, 29 agosto 2013).

Prima di tutto, secondo il Papa, dobbiamo tornare a proclamare il Vangelo con un "annuncio di tipo missionario [che] si concentra sull'essenziale, sul necessario, che è anche ciò che appassiona e attira di più, ciò che fa ardere il cuore, come ai discepoli di Emmaus". Ed ha sottolineato nella stessa intervista che "i ministri della Chiesa devono innanzitutto essere ministri di misericordia".

Un esempio costante di questo ministero di misericordia ci viene offerto dalla parabola del Buon Samaritano (Lc 10, 25-37), che ci mostra perfettamente il tipo di approccio che dovremmo avere nei confronti dell'uomo ferito. Il samaritano non chiede nulla, la sofferenza del prossimo gli spezza il cuore e lui ne ha compassione. Vedendo l'uomo in quelle condizioni, si muove in maniera viscerale con sentimenti di pietà, profondamente toccato. Nel compor-

tamento del buon samaritano i feriti e i sofferenti non sono avvicinati con criteri sociologici o ideologici, ma con un approccio personale. Le persone ferite hanno bisogno di vicinanza, compassione e sostegno. Nella sofferenza che tormenta ciò che conta è l'essenziale: la presenza, essere lì per gli altri, e questo è un ministero che deve essere recuperato. Un sacerdote, una suora, un volontario, i familiari, gli operatori sanitari, tutti possono diventare buoni samaritani e prendersi cura di molti dei nostri corpi e delle nostre anime ferite (cfr. Benedetto XVI, Gesù di Nazareth, cap. VII).

Dobbiamo avere presente nella mente l'esempio del nostro Signore e Maestro, Gesù Buon Samaritano per eccellenza, che si spoglia del suo abito divino, che si abbassa dalla sua condizione divina per assumere forma umana (Fil 2, 6-8). Egli si è avvicinato all'umana sofferenza, fino al punto di scendere negli inferi, per portare speranza e luce. Non custodisce gelosamente la sua uguaglianza con Dio (cfr. Fil 2, 6), ma, pieno di compassione, si china sull'abisso della sofferenza umana, per versare l'olio della consolazione e il vino della speranza sulle ferite dell'umana sofferenza (cfr. Benedetto XVI, Messaggio per la XXI Giornata Mondiale del Malato, *Va e anche tu fa' lo stesso*, 11/02/2013).

Desidero infine riaffermare l'impegno del Pontificio Consiglio a collaborare con il Network del Patriarcato Ecumenico sulla Pastorale della Salute. Con questo spirito ho invitato i rappresentanti del Patriarcato Ecumenico a partecipare alla XXIX Conferenza Internazionale del Pontificio Consiglio per

gli Operatori Sanitari, che si terrà in Vaticano dal 20 al 22 del prossimo mese di novembre, sul tema: “*La persona con disturbi dello spettro autistico: animare la speranza*”.

Spinti dallo Spirito Santo impariamo gli uni dagli altri come curare i corpi e le anime ferite

dei nostri contemporanei e “sarà ancora più spedito il nostro cammino e più agile la collaborazione in tanti campi della vita quotidiana che già ora felicemente ci unisce” (Francesco, *Discorso* alla delegazione del Patriarcato Ecumenico di Costantinopoli, 28 giugno 2014).

Auguro a tutti voi le benedizioni del Signore, perché possiate continuare assiduamente il ministero per i fratelli e le sorelle malati, nei momenti delicati della loro vita. Grazie per l’attenzione. ■



# ARGOMENTI

*Infanzia e antropologia del dolore*

*Il dolore dell'anziano:  
aspetti antropologici, clinici e teologici.  
Nuova classificazione*

# Infanzia e antropologia del dolore

## PROF. DAVID LE BRETON

*Professore di sociologia  
all'università di Strasburgo,  
membro dell'Istituto degli  
Studi Avanzati dell'università di  
Strasburgo,  
membro dell'Istituto  
Universitario di Francia*

### La tolleranza del dolore dipende dal significato che riveste per la persona

Per l'antropologia il dolore non è soltanto un fatto biologico. C'è un'altra dimensione che interviene in permanenza nella sua tolleranza, quella del senso che lo attraversa, cioè ciò che in esso proviene dall'individuo come essere singolare, dal sociale, dal culturale, dal contesto, dall'inconscio, e soprattutto dalla sua storia di vita ... Il dolore, in effetti, non riguarda solo il corpo, ma tutta la persona. Quando colpisce, non interessa solo un organismo e non è confinato ad una frazione del corpo o a un percorso nervoso, ma segna un individuo, ha conseguenze sul suo rapporto con il mondo e non si concepisce senza una ripercussione morale; è dunque sofferenza, anche quando si tratta di un bambino. Pur essendo un fenomeno neurofisiologico, non è soltanto questo in quanto è sempre un individuo a provarlo e a modularne l'impatto attraverso il significato che riveste per lui e gli strumenti che utilizza per controllarlo, che siano medici o provengano dalle sue risorse interiori. Il dolore, dunque, non è la pura conseguenza fisiologica di un'alterazione organica. Esso è percepito secondo una griglia d'interpretazione inerente all'individuo. Il dolore non è solo sensazione, ma anche emozione e lascia dunque emergere la questione del senso; esso è anche percezione, cioè attività di lettura di sé e non di copia di un'altera-

zione somatica (Le Breton, 2004; 2010). In questo senso le cure non possono accontentarsi di un'azione puramente tecnica nei confronti del paziente, soprattutto se si tratta di un bambino; si impone quindi un accompagnamento, una qualità di relazione con lui per placare le sue paure ma anche per potenziare la terapia.

### Il dolore del bambino segnato dalla relazione con la madre e con l'ambiente che lo circonda

Uno studio del *Lancet* su donne incinte tra 20 e 34 settimane, mostra la sofferenza dei feti quando sono sottoposti a cure aggressive. Da duecento prelievi di sangue fetale sono apparse sostanze biochimiche legate allo stress. La psicanalisi lo diceva fin dall'origine, in particolare con Otto Rank, G. Groddeck, o più di recente Françoise Dolto. Nelle incubatrici, il bambino sottoposto a cure aggressive piange, fa smorfie o si agita. Il neonato soffre, come testimoniano le sue grida, i suoi pianti, il suo rifiuto di contatto, la sua incapacità di giocare, la sua agitazione o prostrazione. Non ci sono parole per dare un significato preciso di ciò che prova. L'esperienza di un dolore intenso, vissuto come una violazione di sé, impregna la sensibilità personale come una ferita che non si chiude mai del tutto. Ogni dolore imposto dalla violenza o incomprensibile per il bambino lascia una cicatrice nella memoria. Per lungo tempo la medicina occidentale ha operato i bambini di tonsille o adenoidi senza utilizzare alcun analgesico, con il pretesto che il bambino non soffriva, in quanto il suo sistema neurologico era incompleto. Certo, i bambini piangevano e si dimenavano, restavano a lungo segnati dalla loro esperienza, ma in nome della scienza il medico non poteva sbagliarsi. Innu-

merevoli testimonianze attestano il trauma creato da un dolore e da una violenza impensabile per questi bambini, con l'aggiunta del tradimento da parte dei loro genitori. L'evento è visto come una violenza senza nome che induce una sofferenza duratura che non era stata espressa dai genitori o dal medico.

Tuttavia, nelle circostanze ordinarie dell'esistenza, le reazioni dell'ambiente di fronte al dolore del bambino incominciano a formare la sua sensibilità. I gesti, le parole di conforto prodigate, le cure prestate o l'indifferenza nei suoi riguardi, i significati percepiti nei discorsi che lo riguardano, l'ambiente affettivo in cui vive, imprime un sigillo originale al suo rapporto con il dolore. La maniera con cui un individuo reagisce di fronte ad esso si radica, in gran parte, nei primi anni di vita e nella qualità di attenzione dei genitori alle ferite o alle malattie dell'infanzia.

La famiglia è luogo intenso di socializzazione ove si costruisce il rapporto con il corpo e il mondo del bambino. Che le intenzioni siano o meno educative, nel corso degli anni le interazioni familiari delimitano il campo delle percezioni e delle emozioni, ne educano e ne ritualizzano l'espressione per se stessi o per gli altri (Le Breton, 2010). Il tono della voce e la qualità della presenza soprattutto della madre, coniugano la loro influenza e conducono il bambino a modellare a poco a poco la sua esperienza in un linguaggio. La madre dà nome al dolore e contribuisce a iscriverlo in un tessuto di simboli, calma la paura o l'aumenta con un atteggiamento inadatto o l'indifferenza. Il suo atteggiamento incoraggia o dissuade, calma o alimenta il dolore. Ben inteso, ella non è sola, perché anche l'ambiente familiare o le équipe mediche e infermieristiche contribuiscono a dare al bambino gli strumenti di comprensione e di lotta contro il dolore. Cre-

scendo, il bambino moltiplica le esperienze dolorose e sviluppa la propria consapevolezza nei loro confronti: primi denti, cadute, malattie, ferite, ecc.; egli impara a coordinare i movimenti, a prevenire i rischi di farsi male, a trattare il dolore rivolgendosi ad un interlocutore che lo capisca. Egli esplora così il suo ambiente e delimita la sua sovranità sul mondo le cui apparenze pacifiche dissimulano trappole mortali e richiedono precauzioni d'uso. L'accesso al linguaggio l'autorizza ad affinare la propria esperienza soggettiva, ad organizzare la sua conoscenza per comunicarla agli altri. Del resto, le parole del dolore sono tra le prime ad entrare nel suo vocabolario. Essendo oggetto di attenzione da parte del suo ambiente quando soffre, o testimone del dolore degli altri, la sua relazione con il dolore acquisita, nel tempo, una forma relativamente prevedibile dei modelli culturali. Le interazioni con gli altri membri della comunità e del vicinato, in particolare della sua generazione, rafforzano questi tipi di comportamento, accompagnandoli da una sorta di evidenza naturale. Ma tali orientamenti lasciano un margine di variazione legato alla singolarità dei percorsi individuali; il bambino interagisce con queste influenze, ed esse non si ripercuotono in maniera meccanica su di lui.

Nelle nostre società, l'educazione dei figli è stata a lungo contrassegnata (e probabilmente lo è ancora oggi) dalle varie immagini associate al ragazzo come futuro capo famiglia, e alla ragazza come futura sposa. L'educazione familiare e scolastica privilegia, per il primo, la fermezza di fronte al dolore e incoraggia al contrario l'affettività della seconda. La consolazione è la regola di fronte al dolore della ragazzina invitata ad abbandonarsi al suo dolore. Se la sensibilità è attributo della seduzione femminile, al ragazzino viene ordinato di "mostrare che è un uomo" e di non derogare ai valori affermati dagli adulti. È una regola che l'uomo stringa maggiormente i denti di fronte al dolore per evitare di passare per una "femminuccia". Ma questo schema non è mai del tutto uni-

voco, se non altro per le influenze educative che si combattono reciprocamente.

### **Assenza di preparazione del bambino al dolore**

Di fronte all'esperienza dell'avversità, l'individuo contemporaneo è spesso nudo. Raramente gli adulti preparano il bambino ad affermare le proprie difese personali. Egli impara in maniera informale che le cose non sono sempre comode e che è meglio quindi affrontarle. Tuttavia, più il bambino è indifeso a questo riguardo, più il dolore avrà presa su di lui, sia solo a causa di un'ansia che l'aumenta. Meno dell'1% dei genitori di 994 bambini del nord della California, sottoposti a intervento chirurgico o a un episodio doloroso che richiedeva il ricovero in ospedale, hanno preparato il figlio alla prova subita. Un numero bassissimo di loro ha ricevuto indicazioni o un sostegno attivo per aiutarlo a sopportare il suo dolore, se gli analgesici o le cure sono insufficienti per cancellarlo. Su 68 genitori interrogati nessuno vuole affrontare la domanda. Rimosso dalla loro preoccupazione, il dolore lo è anche dalla loro educazione verso i loro figli, anche se in maniera informale. Nessuna intenzione particolare è messa in atto per formare il bambino a mobilitare anche le proprie risorse interiori. Solo 213 bambini elaborano in maniera creativa la lotta contro il dolore: 93 utilizzano la diversione (pensare ad altro, contare l'alfabeto al contrario, ecc.); 91 stringono i pugni o sono tesi fisicamente; 29 ricorrono all'immaginario mentale o al rilassamento per mantenere il controllo della situazione. Se ci si riferisce alle dichiarazioni dei bambini, gli altri non dispongono di nessuna risorsa per opporsi al loro dolore (Ross, Ross, 1984).

Uno studio effettuato su adolescenti afflitti da dolore cronico benigno ha messo in relazione il loro atteggiamento con quello della madre. Quelle che hanno adottato un atteggiamento di lotta senza smettere di incoraggiare i figli, sostenendoli instancabil-

mente, rafforzano la loro volontà di far fronte e di mostrarsi all'altezza della prova (Dunn Gaier et al., 1986). Impegnati in una lotta attiva contro il dolore, essi lo sentono meno dei loro compagni inclini alla passività e accompagnati da una madre con atteggiamento rassegnato e che unisce i propri lamenti a quelli dei figli. Questi ultimi raramente terminano gli esercizi prescritti dai medici per affrettare il sollievo. La capacità di contegno della madre è un dato decisivo per comprendere la combattività del bambino.

C'è un altro dato essenziale che si mescola per una parte alla percezione, soprattutto in materia di vulnerabilità al dolore, e sono le condizioni affettive del bambino. Uno studio mostra che un francese su tre dichiara di aver affrontato difficoltà affettive continue nell'infanzia. Diventate adulte, queste persone dichiarano il 43% in più di malattie di coloro che non hanno avuto gli stessi problemi. La disuguaglianza nella sofferenza e nella malattia, all'età di uomo, è radicata anche nelle disuguaglianze del clima affettivo che hanno governato l'infanzia. In confronto, e in maniera sorprendente, le disuguaglianze sociali in relazione alla salute appaiono di minore importanza. Lo studio individua vari problemi affettivi che hanno pesato a lungo sugli individui. La mancanza di affetto si traduce statisticamente con il 49% di malattie supplementari, il 57% delle quali colpiscono l'apparato respiratorio e digerente, e il 76% disturbi di espressione mentale. Il conflitto dei genitori corrisponde al 45% delle dichiarazioni di ulteriori malattie. La loro assenza prolungata porta al 36%. Una malattia grave, una disabilità o un incidente della madre o del padre, danno una media del 26% di dichiarazioni supplementari nel primo caso e del 23% nel secondo. L'esperienza precoce della morte di un genitore o della loro separazione riduce questa vulnerabilità. Il numero di malattie dichiarate da questi individui equivale approssimativamente a quello della popolazione in generale. I lavoratori o gli impiegati hanno una spiccata sensibilità per



i problemi dell'infanzia e per le ulteriori difficoltà di salute. Statisticamente, queste persone più segnate delle altre dalle condizioni affettive dell'infanzia, sono anche quelle che consultano meno i medici e sono meno attente alla loro salute (Menahem, 1994). Uno studio americano è giunto a conclusioni simili. Dei 63 pazienti con dolore cronico, il 40% hanno sperimentato nell'infanzia la separazione dei genitori, mentre il 23% sono stati abbandonati. L'82% ammette una grave mancanza affettiva durante l'infanzia, il 63% un rifiuto aperto, e il 19% indifferenza e mancanza di disponibilità dei genitori. Il 33% sono stati picchiati (Violin, 1982). Naturalmente, ciò che conta non sono tanto le condizioni affettive ma ciò che le persone ne fanno nel corso della loro storia personale.

### **Accompagnare il bambino durante cure dolorose**

L'accompagnamento del bambino da parte dei genitori o dei propri cari durante le cure o il ricovero in ospedale, come pure la qualità di presenza delle equipe assistenziali, valgono ad attenuare la sofferenza. Uno studio classico, con valore di paradigma, mette in evidenza la percezione del dolore e le reazioni post-operatorie dei bambini ricoverati per l'asportazione delle tonsille. La ricerca si concentra sulla simbologia del corpo e misura l'influenza dell'atteggiamento della madre sulle percezioni dolorose del bambino durante il ricovero in ospedale. Si presume che una madre tranquilla o inquieta abbia un effetto di moderazione o di accentuazione dello stress sul figlio. L'esperienza quotidiana lo dimostra abbondantemente. L'organizzazione delle cure ospedaliere favorisce l'ansia sottoponendo l'utente ad una routine in cui la propria singolarità viene cancellata e la sua angoscia raramente presa in considerazione. Tranne eccezioni, essa non dà spiegazioni che permettano di gestire in maniera propizia i suoi dolori o le sue cure. Per testare l'influenza della madre sul figlio, vengo-

no isolati due gruppi. I bambini che hanno già avuto un'esperienza di ricovero in ospedale o che rischiano complicazioni mediche, ne sono esclusi. Tra i due gruppi viene cercata una conformità ottimale. L'inchiesta riguarda un totale di 80 bambini. Nel primo gruppo un'infermiera accoglie le madri e si sforza di creare fin da subito un clima di fiducia con loro mentre i loro figli vengono sottoposti ad una serie di esami medici. Vengono fornite loro le informazioni necessarie ad una buona comprensione delle condizioni del soggiorno, e vengono descritte le sequenze dell'operazione chirurgica e della convalescenza. Esse sono invitate ad esprimere i propri timori e a formulare gli interrogativi che le preoccupano. L'infermiera risponde con cura ad ogni domanda. Durante queste conversazioni, il bambino è presente, senza essere interpellato direttamente. Nell'altro gruppo, invece, le madri e i bambini sono sottoposti alla routine ospedaliera, senza un particolare sforzo di comunicazione.

Nei giorni successivi all'operazione, le madri riempiono un questionario in cui valutano il loro livello di stress prima e dopo l'operazione, descrivono l'atteggiamento del figlio e, soprattutto, rendono conto della sua convalescenza una volta tornati al domicilio familiare. Un secondo questionario relativo ai comportamenti del bambino durante il ricovero in ospedale viene distribuito alle infermiere (che non sanno come sono composti i due gruppi). I risultati sono significativi. Le madri che hanno beneficiato delle spiegazioni dettagliate sono nettamente meno ansiose di quelle dell'altro gruppo. Distesse e fiduciose, controllano la loro apprensione, e la loro calma e parole di conforto hanno un effetto di sollievo sul bambino. Segni fisici incontestabili indicano il minore stress di questi bambini: la temperatura e la pressione sanguigna non variano affatto dal normale; il sonno è migliore; non hanno incubi e ritrovano presto un sonno regolare; piangono e si lamentano meno durante e dopo il ricovero, restano in ospedale

meno a lungo. Invece, nell'altro gruppo, l'ansia delle madri che non dispongono di informazioni sullo svolgimento dell'ospedalizzazione, raddoppia quella dei figli: ritmo cardiaco elevato, febbre, cattiva qualità del sonno, dolori più vivamente accusati. Il trauma di un'esperienza male assimilata si traduce in incubi frequenti. Lo studio è preoccupante per quanto riguarda i servizi che mettono in atto cure di routine, lasciando i malati nell'incertezza della loro condizione o dei medicinali che assumeranno. Le applicazioni etiche e pratiche di questa constatazione saltano agli occhi (Skipper, Leonard, 1968). Lo studio mostra anche quanto il bambino soffra anzitutto nello sguardo della madre, quanto questa moduli, a sua insaputa, il rapporto del figlio con il dolore attraverso le proprie emozioni. La prima difesa contro il dolore (o la malattia) sta nel significato che la persona, nel nostro caso il bambino, gli oppone. Quando non c'è niente che lo faccia entrare in un involucro di senso o di valore, esso è vissuto a nudo, lacera e spesso provoca scoraggiamento o depressione.

Nell'alleviare il dolore, il ricorso giudizioso agli analgesici va di pari passo con l'ascolto del lamento, con un accompagnamento e una qualità di presenza al letto del malato. Il sollievo dall'angoscia legata ad ogni dolore e all'evoluzione della malattia, l'instaurarsi di una fiducia tra il bambino e l'equipe medica, l'implicazione dei genitori e, in particolare, della madre, concorrono a rafforzare l'efficacia dei morfiniti. Le cure mediche e infermieristiche richiamano l'attenzione alla specificità di un malato che è il solo a poter testimoniare ciò che prova. Il sollievo efficace del dolore richiede una medicina centrata sulla persona e non più soltanto su parametri biologici. Il riconoscimento del malato in quanto soggetto è condizione dell'efficacia totale delle cure ricevute.

Il dolore del bambino non si esprime sempre a parole, ma spesso si traduce nell'immobilità, nel rifiuto a giocare. Occorre anche decifrare un linguaggio

del corpo. Il bambino ha difficoltà a tradurre il dolore con le parole. Il compito degli operatori sanitari consiste nel prodigare le cure senza progettare i propri valori e comportamenti per giudicare i suoi atteggiamenti. Numerosi lavori indicano, in effetti, una frequente sottovalutazione del dolore da parte degli operatori sanitari, in particolare quando si tratta di bambini o di anziani, cioè le persone più vulnerabili e meno inclini a lamentarsi o a rivendicare (Le Breton, 2010). Un operatore sanitario in buona salute e attivo non è in grado di giudicare la sofferenza dell'altro e rischia di proiettare la propria

psicologia a scapito di quella del paziente. Bisogna curare l'uomo in quanto uomo, nella sua singolarità. Sul suo dolore il paziente ha sempre ragione. Come scriveva René Leriche, l'unico dolore sopportabile è il dolore degli altri. Nel sollievo del dolore non basta prestare delle cure, bisogna soprattutto prendersene cura.

David Le Breton è Autore in particolare di: *Anthropologie du corps et modernité* (PUF), *Expériences de la douleur. Entre destruction et renaissance* (Métailié), *Eclats de voix. Une anthropologie des voix* (Métailié), *La chair à vif. De la leçon d'anatomie aux greffes d'organes* (Métailié), *En souffrance. Adolescence et entrée dans la vie* (Métailié).

## Bibliografia

DUNN-GEIER BJ. et al., «Adolescent chronic pain: the ability to cope», *Pain*, n°26, 1986.

LE BRETON D., *Expériences de la douleur. Entre destruction et renaissance*, Paris, Métailié, 2010.

LE BRETON D., *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié, 2004.

MENACHEM G., *Problèmes de l'enfance, statut social et santé des adultes*, Paris, CREDES, 1994.

ROSS D. M., ROSS S. A., «Childhood pain: the school-aged child's view point», *Pain*, n°20, 1984.

SKIPPER JR JK., LEONARD R. C., «Children, stress, and hospitalization: a field experiment», *Journal of health social behavior*, n°9, 1968.

VIOLIN A., «The process involved in becoming a chronic pain patient», in R. Roy, E. Tunks (eds.), *Chronic pain: psychosocial factors in rehabilitation*, Baltimore, Williams and Wilkin, 1982.

# Il dolore dell'anziano: aspetti antropologici, clinici e teologici. Nuova classificazione

## 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.  
Consulatore del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari e Membro Ordinario ad vitam della Pontificia Accademia per la Vita, Santa Sede

## Dedica

Al Reverendissimo Monsignore Angiolo Livi (Firenze, 31 Marzo 1914 - Firenze, 28 Dicembre 2014), Priore Mitrato dell'Insigne Basilica di San Lorenzo di Firenze, che costituisce un prezioso esempio valoriale e di speranza per ciascuna persona, che ha avuto il privilegio del Suo incontro, gli autori, a Lui ispirati, dedicano questo lavoro.

**Fragmenta Paradigmatica Bonae Vitae.** Dalla vita integerrima di Monsignor Angiolo Livi nasce una guida per il ben-essere del corpo (*soma*), della mente (*psyche*) e dell'anima (*pneuma*):

- 1) Avere capacità di ascolto;
- 2) Immedesimarsi empaticamente nella condizione altrui;
- 3) Aiutare i più piccoli e gli indifesi (Mons. Livi ha realizzato il Centro di aiuto alla vita "*Cristina Ogier*");

4) Aiutare i più poveri (Mons. Livi ha realizzato il Centro di aiuto ("*Niccolò Stenone*");

5) Dare accoglienza (Mons. Livi ha realizzato la Casa-Famiglia di via Faenza a Firenze);

6) Aiutare le persone anziane (Mons. Livi ha realizzato il Centro-Anziani a Taybet - Gerusalemme);

7) Avere una qualità di vita giusta ed essere in continuo dialogo con Dio, tramite la preghiera, per ricevere la luce del cammino quotidiano da seguire;

8) Seguire una dieta equilibrata come forma principale di terapia;

9) Seguire cure appropriate e al momento giusto, ossia non seguire terapie "nuove" ed eroiche;

10) Scegliere un medico giusto, ossia un medico accorto e competente, con fisionomia etica di grande umiltà e fede.

## Presentazione

Sono ben lieto di presentare il lavoro "*Il dolore dell'anziano: aspetti antropologici, clinici e teologici*" dei Chiarissimi Professori Pierluigi Zucchi e Bonifacio Honings.

Nella parte generale sono rimasto favorevolmente colpito dalla definizione di invecchiamento che i due Illustri Ricercatori danno e che apporta un dato completamente nuovo nella letteratura; l'invecchiamento, infatti, inizia fin dalla nascita e prosegue fino all'*obitus*.

Altro dato interessante è l'analisi che essi fanno del dolore, la cui percezione, secondo gli studi riportati, può essere presente fin dalla VII settimana di gestazione, nella quale compaiono nel cavo orale e nella pianta del piede i primi recettori del dolore.

I due Ricercatori evidenziano che dal periodo fetale-neonatale al 65° anno di età, la percezione algica è la stessa, anche se gli studi da Loro eseguiti prendono in

esame soggetti a partenza dal 5° anno di età, rimandando per i periodi anagrafici antecedenti ai dati della letteratura.

Nel capitolo inerente l'antropologia del dolore che esamina il dolore in rapporto alle culture, si evidenzia come condizioni motivazionali importanti (fenomeno della couvade; rito di iniziazione del capo tribù) possano creare nell'organismo momenti, nei quali il dolore viene percepito con una soglia più alta.

Nel capitolo della *neurogenesi del cervello anziano* si comprende perché l'anziano, non affetto, ovviamente, da patologie encefaliche, neurologiche o vascolari, possa essere lucido e sereno fino ad un attimo prima della dipartita per una rigenerazione neuronale continua, anche se lenta, facilitata da una qualità della vita eticamente condotta.

Nel *Fenomeno della memoria del dolore* viene riportato come un episodio traumatico lontano nel tempo possa creare, in seguito al ripetersi della noxa, in quella stessa parte del corpo precedentemente colpita, una condizione algica molto importante, rispetto a un trauma equivalente che si può verificare nella zona omologa controlaterale.

Gli Autori affrontano, inoltre, l'aspetto del dolore empatico e del piacere empatico offrendo dell'empatia una classificazione originale.

Nel *Fenomeno del mirror neurons e anziano* si evidenzia scientificamente come il miglioramento della qualità della vita sia ottenuto circondandoci da amici e ambienti piacevoli.

Rilevo, inoltre, che viene sottolineato che l'impostazione etica-spirituale condiziona il corpo e, quindi, anche le malattie e la percezione del dolore.

Come medico e teologo moralista rilevo anche che tutte le spiegazioni medico-teologiche date



sul dolore dell'anziano dagli Illustri Autori sottolineano ancora una volta come l'*Ordo Creationis* stia sempre in continuo rapporto con l'*Ordo Redemptionis*, enti che rappresentano in maniera stretta gli elementi costitutivi dell'essere umano, nei quali l'età cronologica avanzata del corpo non condiziona minimamente l'anima, ma può da questa esserne migliorata.

Mi piace, inoltre, rilevare le definizioni e le interpretazioni fisiopatologiche che vengono date del dolore, dell'anziano, dell'effetto-fede, dell'effetto-preghiera, dell'effetto placebo, dell'effetto nocebo, dell'effetto carezza, dell'effetto musica (o nuovo effetto Mozart) e della terapia etica, riportate e sottolineate con studi statistici anche in altri lavori, precedentemente pubblicati.

Nella parte speciale viene riportato il *Fenomeno della presbialgia* con una originale classificazione a tre gradini del dolore dell'anziano, nella quale si evidenzia l'intensità e la frequenza dei diversi tipi di dolore per ciascun gradino di età.

Auguro, quindi, agli Autori che questo importante lavoro, che arricchisce la letteratura medica e quella teologica, soprattutto nell'ambito delle Neuroscienze e della Neuro-Teologia, possa essere conosciuto in maniera capillare a livello internazionale, come d'altro canto merita.

S. Em. Card. Willem Jacobus Eijk  
Arcivescovo di Utrecht  
Primate di Olanda  
Presidente del Consiglio  
Episcopale Olandese

### Parole chiavi/key words:

Anziano, Dolore, Breakthrough Pain (o Dolore Episodico Intenso), Dolore empatico, Piacere empatico, Classificazione del dolore dell'anziano, Classificazione dell'empatia, Effetto Fede, Effetto Preghiera, Effetto Placebo, Effetto Nocebo, Effetto Carezza, Effetto Musica (o nuovo effetto Mozart), Memoria del Dolore, Mirror neurons (Neuroni Specchio), Neurogenesi, Terapia Farmacologica, Terapia Etica.

## INTRODUZIONE

Gli Autori hanno diviso il lavoro in due parti: parte generale e parte speciale.

Nella parte generale vengono riportati gli aspetti storici, etno-antropologici, anatomici, fisiopatologici e etici del dolore. Vengono esaminati con particolare riguardo gli aspetti inerenti la neurogenesi e la plasticità del Sistema Nervoso Centrale e Periferico: queste due ultime condizioni sono facilitate, soprattutto, da ambienti e persone gradite all'anziano.

Nella parte speciale si descrive:

1) la nuova classificazione a tre gradini dell'anziano, con le diverse tipologie di dolore più frequenti per gradino a seconda delle diverse fasce di età.

Nel PRIMO GRADINO viene riportata la percezione del dolore (intensità) a partire dal periodo fetale-neonatale fino al 65° anno di età. Per quanto riguarda l'ontogenesi e la filogenesi del dolore a partire dal feto fino a cinque anni di età ci siamo avvalsi dei dati comparsi recentemente in letteratura (Bellieni, Anand).

In questo gradino il dolore con frequenza e intensità maggiore è rappresentato dal **DOLORE VASCOLARE (40%)** rispetto agli altri tre tipi di dolore rappresentati, per frequenza e intensità in ordine decrescente, dal dolore centrale (25%), oncologico (20%), somatico (15%).

Nel SECONDO GRADINO (66-85 anni) il dolore con frequenza e intensità maggiore appartiene al gruppo dei pazienti affetti da **DOLORE ONCOLOGICO (40%)** rispetto ai pazienti con gli altri tre tipi di dolore rappresentati, in ordine decrescente, dal dolore vascolare (30%), somatico (20%), neurologico (10%).

Nel TERZO GRADINO (86-oltre 100 anni) il dolore con frequenza e intensità maggiore appartiene al gruppo dei pazienti con **DOLORE SOMATICO (70%)** rispetto ai pazienti con gli altri tre tipi di dolore rappresentati, in ordine decrescente, dal dolore vascolare (15%), neurologico (8%), oncologico (7%).

2) che dal primo al terzo gradino l'intensità del dolore nei suoi diversi tipi tende a diminuire in

maniera direttamente proporzionale all'aumentare dell'età del soggetto (Cfr. V. A. S.).

3) che non esiste variabilità del dolore dovuta al sesso all'interno dei gruppi di pazienti presi in esame;

4) che l'invecchiamento dell'organismo e del Sistema Nocicettivo iniziano fin dalla nascita;

5) che la percezione del dolore e la qualità di vita possono essere nettamente migliorati dallo stile di vita, per esempio riposando e/o ascoltando musica in maniera sistematica, o quando si tiene conto di parametri etici, che si rifanno a pratiche religiose, quali eseguire la lettura meditativa di un brano evangelico.

## PARTE GENERALE

*“Amo sopra ogni cosa l'aspetto della gente che è invecchiata senza fare violenza alle usanze, lasciandosi andare alle leggi del tempo”.*

Questo eponimo di Paul Cézanne (impressionista, Aix-en-Provence, 1839-1906) sottolinea la coerenza dell'uomo equilibrato nell'accettazione del tempo.

### Definizione del processo di invecchiamento secondo la letteratura

In letteratura si riscontra che l'invecchiamento inizia quando l'individuo ha terminato il periodo dello sviluppo fisico, che è ritenuto verificarsi all'età di 25 anni. A questo segue un periodo di pieno sviluppo della giovinezza (25-40 anni) al quale subentra l'età adulta (40-50 anni) e la maturità (50-65 anni). Al termine della maturità inizia la vecchiaia o senilità, che caratterizza la classe dei *giovani anziani*, soggetti di 65-75 anni, alla quale subentra la classe degli *anziani*, soggetti di 76-85 anni, alla quale segue la classe dei *molto anziani*, soggetti di 86-100, 120 anni che è raggiunta dall'obitus fisiologico.

Tuttavia, secondo parametri convenzionali, l'invecchiamento inizia dal 65° anno di età (Comitato Esperti OMS, 9, 1990).

### **Definizione del processo di invecchiamento di Zucchi e Honings**

L'invecchiamento è un fenomeno naturale graduale (*Ordo Creationis*) che, inizia dal neonato e procede fino all'*obitus* per tutti gli organi, compreso il sistema nervoso, anche se, soprattutto in quest'ultimo, si verifica una riproduzione cellulare (neurogenesi) che tende a compensare, in misura decisamente inferiore, la perdita fisiologica dei neuroni.

### **Definizione di anzianità-vecchiaia da un punto di vista clinico**

Anzianità e vecchiaia sono termini usati come sinonimi, anche se il primo è usato soprattutto nell'ambito umano (per esempio: un uomo anziano), mentre il secondo nell'ambito animale (per esempio: un cane vecchio). Quando il termine vecchio viene usato nell'ambito umano acquisisce una accezione negativa.

L'anzianità (vecchiaia) è un fenomeno universale, naturale dell'esistenza, in cui è più frequente l'incidenza di situazioni patologiche predisposte dall'età avanzata, a causa della diminuzione della capacità di adattamento a sollecitazioni e modifiche di carattere esogeno. La comparsa di situazioni patologiche può più facilmente interrompere la salute creando stati di sofferenza e di malattia.

È bene tenere anche presente che, talvolta, l'anzianità fisica (o biologica) e quella psicologica non coincidono. È frequente, infatti, osservare un anziano lucido, ma con malattie, di solito osteoarticolari, molto importanti.

### **Definizione medica (clinica-algologica) di anziano**

L'anziano è una persona nella quale la soglia fisica (*algos*) dei diversi tipi di dolore (somatico, vascolare, neurologico, oncologico) tende ad aumentare gradualmente a seconda delle diverse fasce di età (fenomeno della presbialgia).

### **Classificazione ISTAT dei diversi tipi di anziano, dai 65 anni di età:**

*Anziani giovani:* soggetti per i quali l'età è un semplice fatto anagrafico. Rappresentano il 30% della popolazione sopra i 65 anni.

*Anziani attivi:* soggetti che lamentano qualche disturbo, ma partecipano alla vita sociale. Rappresentano il 32%.

*Anziani ritirati:* soggetti che si considerano "vecchi" e si autoescludono dal contesto sociale. Costituiscono il 19%.

*Anziani emarginati:* soggetti che sono isolati dal contesto sociale e familiare, spesso disabili, e con limitate disponibilità economiche. Costituiscono il 19%.

### **Definizione antropologica-teologica di anziano**

L'anziano è un paradigma di comunicazione semantica e culturale. Egli rappresenta una risorsa, un dono, una ricchezza umana e sociale, il valore della gratuità, della storia, dell'identità di appartenenza, dell'esperienza, dell'interdipendenza (perché ciascuno ha bisogno dell'altro). Egli fornisce nell'ambito del quotidiano un indirizzo etico e antropologico fondamentali, sottolineando l'importanza dell'essere rispetto all'azione e all'attività, indicando il silenzio come forma di dialogo empatico con l'altro.

L'evoluzione e la qualità di vita di una società si evidenzia dal rispetto rivolto verso l'anziano che diventa in tal modo indice diagnostico di salute della società stessa.

### **Definizione antropologica di dolore**

La Scuola Algologica Fiorentina definisce "il dolore una entità psicofisica con valenze universali, nella cui percezione sono in causa fattori individuali, culturali e religiosi diversi e al cui inquadramento partecipano non solo le branche della medicina e della biologia, ma anche quelle delle scienze umane (Filosofia e Psicologia)" (P.L. Zucchi, *Algologia*, 1 1983, 41-82).

### **Definizione medica di dolore**

Il Comitato per la Tassonomia dell'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) definisce "il dolore una esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata a un danno reale o potenziale del tessuto o descritta in termini riferenti a tale danno" (Subcommittee of IASP for the Taxonomy, 1979, 1982).

Questa definizione appare parziale perché non prende in considerazione la persona che non può esprimersi o che non ricorda (*Fenomeno della Memoria*), condizioni cliniche così presenti, soprattutto, nel paziente anziano.

### **Definizione teologica di dolore**

Il dolore è una entità valoriale nella cui fisionomia si compenetrano tra loro, sia nell'Ordine della Creazione sia in quello della Redenzione, obbligatoriamente, gli elementi costitutivi dell'uomo: *soma* (corpo), *psiche* (anima), *pneuma* (spirito) (Zucchi-Honings, 2013).

Questa definizione desidera sottolineare le valenze del dolore dal punto di vista antropologico in una visione olistica.

L'essere umano, infatti, non è una entità dualista separata, ma una entità duale unitaria.

Gli elementi costitutivi sono il corpo e l'anima; quindi, l'uomo non ha un corpo e un'anima, ma è corpo e anima insieme.

Il filosofo francese Merleau Ponty (1908-1961), a tal proposito, ha detto: "*Le corps c'est moi*", il corpo sono io.

Per distinguere l'uomo "essenzialmente" dalle altre creature della terra, le piante e gli animali, Dio Creatore ha voluto che l'uomo, maschio e femmina, avesse un corpo umano, un corpo cioè animato con un'anima spirituale, immortale. Lo insegnano esplicitamente i Padri del Concilio Vaticano II (cfr. GS, 14).

Per questo affermiamo che i tre elementi – corpo (*soma*), anima (*psyche*), spirito (*pneuma*) – sono obbligatoriamente tra loro connessi.

Questa connessione, però, può

rendere l'uomo carnale o spirituale.

Lo rende, infatti, carnale se i movimenti sensuali del suo corpo – le passioni – hanno il sopravvento nella sua vita, determinando lo stile del suo comportamento e del suo modo di vivere.

La connessione tra soma, psiche, pneuma lo rende, invece, un uomo spirituale, se i movimenti dell'anima – i pensieri della mente e gli effetti della volontà – sono ragionevoli e virtuosi. Ora, applicando questa antropologia teologica al dolore, sia il dolore corporeale, psichico e spirituale possono diventare entità valoriali nell'ordine della redenzione: ordine del dolore, della morte e della risurrezione dell'uomo.

## Aspetti Storici

### *L'anziano nella Sacra Scrittura*

Diverse sono le posizioni che l'anziano ha assunto nel corso della storia in famiglia e nella società.

In tutta la Sacra Scrittura l'anziano merita grande rispetto: nel libro del profeta Daniele, Dio stesso è chiamato il “*Vegliardo*”. Nella società israelitica l'anziano svolge un ruolo preminente e deve prendere decisioni importanti nella vita politica e sociale; nel Deuteronomio si sottolinea la funzione giuridica di primo piano (Dt 19). La vecchiaia è definita “*corona del giusto*” (Pr 10,27).

Nei Salmi (Sal 92,15) si legge “*I giusti nella vecchiaia daranno ancora frutti, saranno vegeti e rigogliosi*”. Il giusto muore “*sazio di giorni*” (Gen, 25,8) cosciente che la sua vita è stata piena (Sir 44,14-15). Un esempio è Tobia morto a 112 anni: aveva 62 anni quando divenne cieco: dopo la sua guarigione visse nella felicità, praticò l'elemosina e continuò sempre a benedire Dio e a celebrare la sua grandezza (Tb 14,2). La morte è vissuta nella benedizione riconoscente, attorniata dai figli e dai nipoti, ai quali viene dato esempio anche nel morire (v. Giacobbe, Gen 49). La morte è vissuta anche come sereno martirio, lasciando così nobile esempio ai giovani “*preferendo una morte*

*gloriosa a una vita ignominiosa*” (v. Eleazaro, Mac 6, 23-28).

In un passo del Libro della Sapienza (Sap 4,7-16) il saggio identifica la longevità con la maturità spirituale: “*Il giusto, anche se muore prematuramente, troverà riposo. Vecchiaia veneranda non è la longevità, ma sta nella sapienza*”. L'onore da rendere all'anziano è strettamente connesso al quarto comandamento: “*Onora tuo padre e tua madre*”. Nel Levitico (Lv 19,92) si legge “*Alzati davanti a chi ha i capelli bianchi, onora la persona dell'anziano e temi il tuo Dio. Io sono il Signore*”.

L'apostolo Paolo prescrive a Timoteo: “*Non riprendere duramente un uomo anziano, ma esortalo come fosse tuo padre; i più giovani come fratelli; le donne anziane come madri e le più giovani come sorelle, in tutta purezza*” (1Tm 5,1-2). Nel libro del Siracide (8,6) si legge: “*Non disprezzare un uomo quando è vecchio perché anche di noi alcuni invecchieranno*”.

Per sottolineare il rispetto che è dovuto all'anziano, i popoli orientali, per indicare la famiglia di appartenenza, fanno riferimento immediato al proprio genitore: Isacco figlio di Abramo, a differenza dei popoli occidentali, che usano il cognome della famiglia.

Nella Bibbia, manuale della preghiera per eccellenza, si rileva che solo chi ha imparato a ritagliarsi spazi adeguati nella solidità e nel silenzio non proverà tedio durante la vecchiaia, se gli capiterà di vivere da solo.

Nel Sacra Scrittura, purtroppo, c'è anche qualche esempio negativo riguardante l'anziano che diventa l'emblema della malvagità, della dissolutezza, dell'empietà. Questi tratti negativi sono presenti nella storia di Susanna (Dn 13) e nella vicenda della donna adultera (Gv 8,1-11).

### *L'anziano nelle diverse società e culture*

Nelle società primitive non esisteva una distinzione dei soggetti per fasce di età, ma per fasce lavorative con considerazione diversa a seconda dei diversi gruppi etnici di appartenenza.

In alcuni gruppi, infatti, l'indi-

viduo era preso in considerazione finché poteva lavorare ed essere produttivo, mentre nella fascia non lavorativa non era considerato ed attendeva, abbandonato da tutti, la morte. Prima di tale evento, in alcune popolazioni, soprattutto dell'Africa e dell'India, venivano celebrati riti propiziatori, e, successivamente, l'anziano veniva lasciato morire di fame o, addirittura, sepolto vivo.

In altri gruppi, invece, dell'anziano veniva ritenuta preziosa la conoscenza dei metodi per cacciare e coltivare che possedeva e la cultura acquisita nel corso degli anni, che rappresentava un ponte fondamentale tra una generazione e l'altra; in tali gruppi era amato, stimato e seguito con venerazione fino all'*exitus*. Questo atteggiamento di particolare attenzione nei confronti dell'anziano era, soprattutto, presente nelle popolazioni orientali.

Non solo nelle società primitive, ma anche nell'Antica Grecia, ad Atene e a Sparta, esistevano posizioni differenti nei confronti dell'anziano. Ad Atene non veniva accettata la condizione decadente dell'anziano e si preferiva che non fosse presente nei vari ambiti della vita sociale.

A Sparta, invece, la persona anziana godeva di un posto privilegiato tanto che era stata costituita la *Gerusia*, ossia l'assemblea degli anziani, che possedeva i massimi poteri nell'ambito della legge e dell'educazione assurgendo al ruolo di giudice nelle controversie.

Anche Omero (forse IX sec. a.C.), nell'*Iliade* e nell'*Odissea*, poemi epici scritti in esametri, in 24 libri, tra il X e l'VIII secolo a.C., ritiene che l'anziano debba essere tenuto in grande considerazione, soprattutto per la sua saggezza.

Diverse sono le posizioni nei confronti dell'anziano anche da parte dei due grandi filosofi, Aristotele e Platone.

Aristotele (filosofo greco, discepolo di Platone, Stagira 384 - Calcide 322 a.C.) escludeva la presenza degli anziani dal governo della *polis*, mentre Platone (filosofo greco, discepolo di Socrate, Atene 428-347 a.C.), ne *La Repubblica*, sosteneva che devono essere solo gli uomini anziani



a esprimere il giudizio finale nelle situazioni difficili. Alla base di questa impostazione sta la diversità dell'idea filosofica sull'uomo da parte dei due pensatori.

Per Aristotele l'uomo presenta anima e corpo uniti e indivisibili, di conseguenza al deterioramento di uno, decade anche l'altro.

Platone, invece, non prende in considerazione la decadenza del corpo, perché ritiene che le virtù siano nell'anima e che il corpo costituisca un mero contenitore.

Mimnermo (poeta greco, Smirne VII secolo a.C. - prima metà del VI secolo a.C.) definisce la vecchiaia in maniera negativa e afferma che preferirebbe morire, piuttosto che invecchiare.

Saffo (poetessa greca, Lesbo fine VII sec. - prima metà VI sec a.C.) affronta l'aspetto femminile dell'invecchiamento, quasi mai preso in considerazione, e afferma che la vecchiaia rappresenta una ferita alla fisionomia della immagine della donna che si deteriora.

Solone (legislatore e poeta ateniese, ca 630-560 a.C.) ha nei confronti della vecchiaia una posizione ambigua; infatti, viene definita da lui un periodo nel quale l'uomo ha ancora voglia di fare e di conoscere e, quindi, la morte sarebbe auspicabile intorno agli anni ottanta. Al termine morte, tuttavia, vengono dati diversi attributi contrastanti: ricurva, rugosa, annosa, esangue, malata. A questi aggettivi con significato chiaramente negativo della morte vengono contrapposti altri con significato positivo come bianca, candida, venerabile.

Focilide di Mileto (n. a Mileto 560 a.C. ca-m. ?) in *Sentenze, libro XLII*, ammonisce: "Rispetta i capelli bianchi: rendi al vecchio savio quegli omaggi stessi che tributi a tuo padre". Originale è anche la sua concezione sulla fisionomia di ciascun tipo di donna che la fa derivare da un animale particolare: la bella dal cavallo, l'indifferente dal maiale, l'operosa dall'ape.

Nella tragedia greca si sottolinea, da un lato la decadenza fisica e mentale presente nella vecchiaia, dall'altro la saggezza e la ricchezza dello spirito, propria dell'età.

Nella commedia del mondo latino la vecchiaia viene rappresentata con tutte le carenze fisiche e mentali da cui è accompagnata.

Marco Tullio Cicerone (Arpino 106 - Formia 43 a.C.) nel *De Senectute*, nella quale esamina l'arte del saper invecchiare, scrive che l'anziano non deve abbattersi per il peso degli anni, perché è depositario di un patrimonio di conoscenza indispensabile alle generazioni future; tuttavia, tende a evidenziare gli aspetti negativi.

Infatti scrive: "...in realtà, quando esamino il problema sotto tutti gli aspetti, trovo quattro motivi che fanno sembrare la vecchiaia infelice. Primo: allontana dalle attività. Secondo: indebolisce il corpo. Terzo: priva di tutti i piaceri. Quarto: è un passo dalla morte" (*De Senectute*).

La posizione di Cicerone è critica nei confronti della vecchiaia come periodo cronologico dell'esistenza umana, ma non certamente nei confronti dell'anziano che invita a partecipare alla vita politica affermando: "...le grandi cose non si fanno con la forza o con la velocità o con l'agilità del corpo, ma con la saggezza, con l'autorità, con il prestigio, delle quali virtù la vecchiaia non solo non è priva ma anzi ne è arricchita" (*De Senectute*).

Cicerone, nel *De Senectute*, suggerisce anche lo stile di vita che dovrebbe essere consono per una persona anziana, ossia dedicarsi oltre ad attività intellettuali e politiche, anche ad attività agresti, come la cura di un podere. Questo stile di vita, nel mondo latino, è stato scelto da molti aristocratici e borghesi nell'età avanzata.

Publio Ovidio Nasone (n. a Sulmona il 20 Marzo 43 a.C. - m. a Tomi-Costanza, sul Mar Nero, attuale Romania, il 17 d.C., in *Fasti, lib. V, v. 57*) afferma: "Grande era un tempo la riverenza per il capo canuto".

Seneca Lucio Anneo (filosofo latino, Córdoba ca. 4 a.C. - Roma 65 d.C.) ritiene che l'uomo debba arrivare fino al suicidio, quando, da anziano, deve andare incontro ad una vita che non sia degna di essere vissuta, per il dolore fisico e le sofferenze morali che dovrebbe affrontare. Sottolinea il decadimento fisico che l'uomo subisce invecchiando e, così si esprime nelle *Lettere Morali a Lucilio*: "Ma se il corpo non assolve più le sue funzioni, non è meglio libe-

rare l'anima dalle sue sofferenze? E forse bisogna agire un po' prima del dovuto perché, arrivato il momento, non ci si trovi nell'impossibilità di farlo; il pericolo di vivere male è maggiore del pericolo di morire presto" (*Epistulae Morales ad Lucilium*).

Terenzio Afro Publio (poeta romano, ca. 190 - ca 160 a.C.) ha alimentato pregiudizi sulla vecchiaia, affermando che *senectus ipsa morbus*.

Nel Medioevo (periodo storico che va dall'antichità all'età moderna, il cui inizio è, dalla cronologia tradizionale, fissato alla caduta dell'Impero Romano di Occidente (476 d.C.) e la cui fine è fatta coincidere con l'anno della scoperta dell'America - 1492) l'anziano è tenuto in considerazione.

Dante Alighieri (Firenze 1265 - Ravenna 1321) nel *Convivio* (1304-1307) descrive le fasi della vita, affermando che la maturità è quel periodo che va dai 25 ai 45 anni, e, dopo tale età, inizia la vecchiaia.

Ruggero Bacone (Ilchester 1214 - Oxford 1292), monaco francescano, teologo e scienziato inglese, ritiene che l'invecchiamento sia legato allo stile di vita adottato durante la giovinezza.

Nel XV e XVI secolo l'anziano, soprattutto di ceto sociale alto, ricopriva un ruolo importante a livello sociale e politico.

Nel XVII secolo il potere è gestito dai giovani e le persone anziane, soprattutto di alto ceto, sono riconosciute portatrici di cultura ed esperienza, ritenute utili per i posteri. Agli anziani di basso ceto e inattivi viene riservato un trattamento connotato dall'abbandono e dall'emarginazione.

Nel XVIII secolo la Chiesa, particolarmente sensibile ai problemi dei poveri, soprattutto anziani, crea i primi ospizi. Nel 1700 nascono le prime industrie con miglioramento delle condizioni sanitarie e alimentari. Tuttavia i vantaggi derivati dallo sviluppo economico erano a vantaggio solo delle classi privilegiate; i poveri potevano usufruire solo degli ospizi e delle associazioni di carità.

Nel XIX secolo in Europa si ha un notevole aumento della popolazione che passa da 187 milioni agli inizi del 1800 a 300 milioni

nel 1870, periodo nel quale la figura dell'anziano viene rivalutata.

Nel XX secolo si ritorna a un concetto utilitaristico dell'individuo che vale solo per la sua produttività e utilità sia per la società che, purtroppo, anche per la famiglia che tende a sbarazzarsi dell'anziano per collocarlo in case di cura fino al trapasso, ledendo la loro dignità e tendendo di fatto alla loro emarginazione.

Nel 1960 in Francia fu coniato il termine terza età (*troisième âge*) per togliere alla definizione di anziano qualsiasi connotazione negativa, e, coloro che erano autonomi potevano frequentare le Università per anziani nate in quel periodo.

Nel 1999 Giovanni Paolo II (Wadowice 18 maggio 1920 - Città del Vaticano 2 aprile 2005) ribadisce che l'anziano rappresenta una presenza significativa ed una entità valoriale importanti nella Chiesa e nella Società e al n. 9 della *Lettera agli Anziani* (1 Ottobre 1999) così si esprime: "Nel passato si nutriva grande rispetto per gli anziani (...) e oggi? Se ci soffermiamo ad analizzare la situazione attuale, constatiamo che presso alcuni popoli la vecchiaia è stimata e valorizzata; presso altri, invece, lo è molto meno a causa di una mentalità che pone al primo posto l'utilità immediata e la produttività dell'uomo. Per via di tale atteggiamento, la cosiddetta terza o quarta età è spesso deprezzata, e gli anziani stessi sono indotti a domandarsi se la loro esistenza sia ancora utile.

Si giunge persino a proporre con crescente insistenza l'eutanasia, come soluzione per le situazioni difficili. Il concetto di eutanasia, purtroppo, è venuto perdendo in questi anni per molte persone quella connotazione di orrore che naturalmente suscita negli animi sensibili al rispetto della vita" (*Lettera agli anziani*, n. 9).

È ovvio che, se nella nostra società e cultura viene posto a fondamento dell'esistere l'avere, il potere, il piacere, l'apparire, la persona venga valutata non più per quello che è, ma per quello che ha, che fa, che produce. La fisionomia di una tale società e cultura pone l'anziano in una condizione di netta emarginazione, creando i presupposti per la tentazione eutanasi.

Giovanni Paolo II al n. 64 dell'*Evangelium Vitae* afferma: "Oggi, in seguito ai progressi della medicina e in un contesto culturale spesso chiuso alla trascendenza, l'esperienza del morire si presenta con alcune caratteristiche nuove. Infatti, quando prevale la tendenza ad apprezzare la vita solo nella misura in cui porta piacere e benessere, la sofferenza appare come un sacco insopportabile, di cui occorre liberarsi ad ogni costo. La morte, considerata "assurda" se interrompe improvvisamente una vita ancora aperta a un futuro ricco di possibili esperienze interessanti, diventa invece una "liberazione rivendicata" quando l'esistenza è ritenuta ormai priva di senso perché immersa nel dolore e inesorabilmente votata ad un'ulteriore più acuta sofferenza.

Inoltre, rifiutando o dimenticando il suo fondamentale rapporto con Dio, l'uomo pensa di essere criterio e norma a se stesso e ritiene di avere il diritto di chiedere anche alla società di garantirgli possibilità e modi di decidere della propria vita in piena e totale autonomia. È, in particolare, l'uomo che vive nei paesi sottosviluppati a comportarsi così (...). In un tale contesto si fa sempre più forte la tentazione della *eutanasia*, cioè di impadronirsi della morte, procurandola in anticipo e ponendo così fine "dolcemente" alla vita propria o altrui. In realtà, ciò che potrebbe sembrare logico e umano, visto in profondità si presenta assurdo e disumano. Siamo qui di fronte a uno dei sintomi più allarmanti della cultura di morte, che avanza soprattutto nelle società del benessere, caratterizzate da una mentalità efficientistica che fa apparire troppo numeroso e insopportabile il numero crescente delle persone anziane e debilitate. Esse vengono molto spesso isolate dalla famiglia e dalla società, organizzate quasi esclusivamente sulla base di criteri di efficienza produttiva, secondo i quali una vita irrimediabilmente inabile non ha più valore" (*Evangelium Vitae*, n. 64).

Giovanni Paolo II ribadisce che "è nell'amore alla vita umana, specie se debole e sofferente che si svela nel modo più luminoso e convincente come al centro

di ogni cultura sta l'atteggiamento che l'uomo assume davanti al mistero più grande: il mistero di Dio" (*Centesimus Annus*, n. 24).

Al contrario, "quando si nega Dio e si vive come se egli non esistesse, o comunque non si tiene conto dei suoi comandamenti, si finisce facilmente per negare o compromettere anche la dignità della persona umana e l'inviolabilità della sua vita" (*Evangelium Vitae*, n. 96).

Dai dati statistici emersi in diversi studi, è bene rilevare che, mentre il secolo XX è stato il secolo della crescita demografica, il secolo XXI rappresenta quello dell'invecchiamento delle popolazioni.

### Aspetti epidemiologici

La nostra società sta vivendo una sorta di "rivoluzione demografica". Nel 2000, nel mondo c'erano circa 600 milioni di persone con più di 60 anni. Nel 2025 ce ne saranno 1 miliardo e 200 milioni e 2 miliardi nel 2050. Inoltre, le donne vivono più a lungo degli uomini in tutte le società.

Di conseguenza nella fascia di popolazione molto anziana (85-100 anni) il rapporto fra donne e uomini è di 2 a 1. In Europa, come in altre zone ricche del pianeta, 1 persona su 5 ha più di 60 anni. Questo rapporto scende a 1 su 20 in Africa e, come in altre aree in via di sviluppo, il processo di invecchiamento della popolazione è più rapido che nei paesi "sviluppati".

L'invecchiamento della popolazione è tipicamente accompagnato da un aumento del carico delle malattie non trasmissibili, come quelle cardiovascolari, il diabete, la malattia di Alzheimer e altre malattie neurodegenerative, tumori, malattie polmonari croniche ostruttive e patologie muscoloscheletriche. Come logica conseguenza la pressione sul sistema sanitario mondiale aumenta. Le malattie croniche impongono alla popolazione anziana un peso elevato in termini di salute ed economico a causa della lunga durata di queste malattie, della diminuzione della qualità della vita e dei costi per le cure.

## Prevenzione delle malattie dell'anziano

Sebbene il rischio di malattie aumenti con l'età, i problemi di salute non sono una conseguenza inevitabile dell'invecchiamento. Infatti, se per molte patologie non si conoscono misure preventive efficaci, per altre, invece, già sono note. Fra queste c'è l'adozione di un sano stile di vita, che induce una regolare attività fisica, una sana alimentazione ed una eliminazione del fumo.

Le misure di prevenzione includono indagini cliniche per la diagnosi precoce, come nel caso degli screening per il tumore del seno, della cervice uterina, del colon-retto, del diabete e relative complicazioni, e della depressione.

## Aspetti etno-antropologici

*Cultura e Natura. Dolore e Culture. Soglia algica. Dolore nell'uomo e nella donna anziani.*

Il fattore antropologico-culturale come il fattore biologico-ambientale influiscono sulla percezione del dolore. Infatti, nel nostro studio si è rilevato che:

1) persone socialmente più povere e meno istruite avvertono meno il dolore rispetto a quelle socialmente e culturalmente più evolute;

2) la soglia del dolore è la stessa in persone di razza diversa;

3) la differenza tra uomo e donna si ha soltanto in base al sesso, ma non per quanto riguarda la soglia del dolore; tuttavia, i modi di fronteggiare i problemi e la comunicazione circa il dolore e la malattia esaltano i valori delle diverse tradizioni culturali, come nel *Fenomeno della Couvade* e nel *Rito di iniziazione del capo tribù*.

## Fenomeno della Couvade

Fra le tribù indiane dell'America Latina e del Centro Africa e fra gli abitanti dei Paesi Baschi, la donna che sta per partorire continua a lavorare nei campi, fino a poco prima della nascita del figlio, mentre il marito si mette a letto e comincia a lamentarsi, durante il parto della moglie, come se av-

vertisse veramente dolore (dolore empatico). Dopo la nascita la donna ritorna a lavorare nei campi e l'uomo accudisce il neonato.

## Cerimonia di iniziazione del capo tribù

La cerimonia di iniziazione del capo tribù è un altro esempio che dimostra come la tradizione culturale e l'acquisizione di un ruolo importante possano in un individuo influenzare la percezione del dolore. In alcune popolazioni dell'India e dell'America Latina, infatti, all'uomo che viene scelto tra gli abitanti della tribù come latore del potere degli dei, vengono introdotti nei muscoli di entrambi i lati del dorso ganci di ferro, ai quali vengono attaccate delle funi, con le quali il soggetto prescelto viene portato alla sommità di un palo di un carro, da cui benedice le popolazioni dei vari paesi, presso le quali è condotto.

L'uomo, in queste condizioni, non solo sembra non avvertire dolore, ma, quando gli vengono tolti i ganci dalla schiena, le ferite cicatrizzano rapidamente.

Questi due esempi evidenziano come fattori emozionali, motivazionali ed affettivi possano stimolare parti dell'encefalo (Ipotalamo, Sistema Limbico, *Nucleus Accumbens*; Amigdala) che, attraverso impulsi corticofughi, sono capaci di prevenire la trasmissione degli impulsi nocicettivi nelle corna dorsali e in differenti livelli del nevrass, innalzando la soglia di percezione del dolore.

Questi due esempi offrono anche un insegnamento antropologico molto importante perché, traslato in ambito medico, soprattutto geriatrico, ci suggeriscono di mettere al centro il malato e motivarne il ruolo come persona, cui far convergere ogni forma di attenzione.

## Aspetti di Neurofisiologia Clinica

*Neurogenesi del cervello adulto (anziano)*

Il cervello, e in particolare il cervello umano, è stato, tradizionalmente, considerato un organo non soggetto a rinnovamento. A diffe-

renza delle altre cellule del corpo umano, i neuroni che costituiscono il cervello sono stati considerati cellule perenni che nascono e muoiono con l'individuo cui appartengono. Il principio che "*nel cervello adulto le vie nervose sono finite e immutabili, ciascuna di essa può morire ma nessuna può essere rigenerata*", introdotto da Ramon y Cajal (Santiago 1852-1934) alla fine del XIX secolo, ha costituito l'asse portante della neurobiologia e della medicina fino ai dati sperimentali ottenuti negli anni 2000, anche se i primi studi risalgono agli anni '60. Tuttavia i molti studi eseguiti negli anni '60 rimasero inascoltati anche di fronte a dati sperimentali che dimostravano che nel cervello di piccoli mammiferi, di uccelli o di anfibi possono essere generati nuovi neuroni.

Il concetto dominante nella scienza medica sottolineava che una popolazione permanente di neuroni era il presupposto indispensabile per l'apprendimento di nuove informazioni, dalla cui stabilità sarebbe dipesa la sopravvivenza dell'individuo.

Negli anni '90 veniva dimostrata solo per regioni del cervello filogeneticamente antiche e non cognitive, come il bulbo olfattorio, e non per regioni cerebrali superiori, l'esistenza di una popolazione rinnovabile di neuroni e dei loro circuiti.

Nel 1998 Eriksson (1959-2007), neurologo di Göteborg, dimostrava che quanto visto negli animali si realizzava anche nell'uomo. L'illustre ricercatore analizzò *post-mortem* il cervello di 5 pazienti affetti da cancro ai quali, ancora in vita, aveva somministrato bromo-deossi-uridina (brdu) per scopi diagnostici. Questo analogo della timidina che viene incorporato nel DNA di cellule in divisione, offriva la dimostrazione definitiva che nuovi neuroni venivano generati a livello dell'Ippocampo e della Zona Subventricolare dei ventricoli laterali anche nel cervello dell'uomo. Oggi sappiamo che ogni giorno alcune migliaia di nuovi neuroni si aggiungono al nostro cervello.

È una quantità trascurabile rispetto ai 100 miliardi di neuroni che costituiscono l'encefalo. Tuttavia questo fenomeno che dura tutta la vita implica costanti e graduali cambiamenti strutturali.

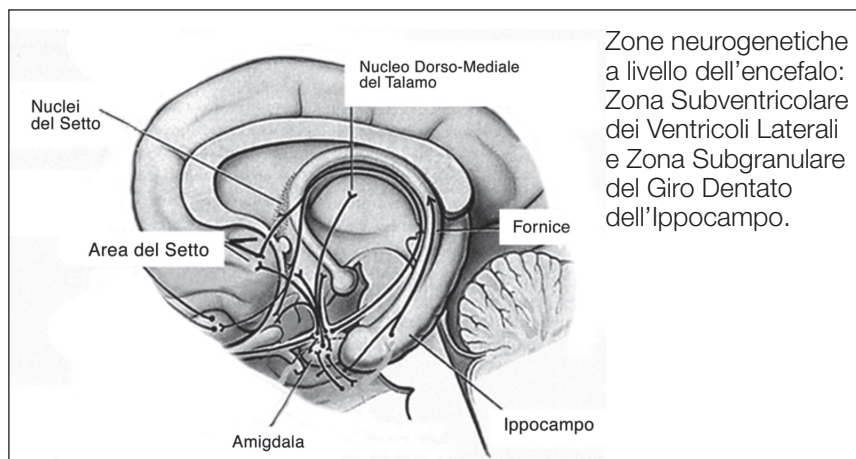


Si deve, quindi, affermare che il cervello, dal periodo fetale a quello pre-morte, è un organo altamente plastico, soggetto a continue modificazioni molecolari e cellulari, e questa neurogenesi rappresenta un ulteriore strumento della risposta adattativa dell'individuo nei confronti dell'ambiente esterno ed interno, soprattutto, quando invecchia.

### Zone anatomiche coinvolte nella neurogenesi a livello dell'encefalo

La generazione di nuovi neuroni nel cervello di mammifero adulto si realizza in due regioni (Fig. 1):

- 1) la Zona Subventricolare dei Ventricoli Laterali;
- 2) la Zona Subgranulare del Giro Dentato dell'Ippocampo.



**Fig. 1. Zone anatomiche coinvolte nella neurogenesi a livello dell'encefalo.**

Tuttavia, è stato evidenziato che regioni normalmente non neurogenetiche, come per esempio la Corteccia e lo Striato, in risposta a particolari stimoli, come la stessa neurodegenerazione e morte cellulare, possono modificare il loro microambiente ed essere indotte a diventare neurogenetiche.

Anche noi riteniamo che nel cervello adulto (anziano), oltre alle due regioni a neurogenesi cosiddetta costitutiva, esistano regioni non-neurogenetiche che rispondono a stimoli che trasformino queste zone neurogene silenti in zone neurogenicamente attive.

### Neurogenesi e plasticità del sistema nervoso

La capacità del cervello adulto di generare nuove cellule nervose non è soltanto un meccanismo cui il cervello ricorre per riparare l'usura del tessuto, ma rappresenta il più solido supporto al concetto di plasticità del Sistema Nervoso. Questo significa che il numero finale e il reale destino delle cellule neoformate non è fisso, ma legato in ogni momento a fattori fisiologici e patologici.

### Neurogenesi nel cervello dalla nascita alla senescenza: l'ambiente e lo stile di vita

L'interazione con l'ambiente (e con i propri simili), come pure uno stile di vita equilibrato (attività fisica, impegno culturale e rife-

pi prolungati crea una riduzione della neurogenesi, mentre brevi periodi non influiscono sulla neurogenesi.

La separazione del neonato dalla madre per tempi prolungati viene utilizzata come modello di depressione una volta che il soggetto è diventato adulto.

Con l'invecchiamento la neurogenesi, soprattutto a livello dell'Ippocampo e della Zona Subventricolare, va incontro a drastica riduzione responsabile presumibilmente del declino cognitivo e può essere migliorata con l'esercizio fisico e l'interazione con gli stimoli provenienti dall'ambiente.

### Zone neurogenetiche a livello del midollo spinale

La maggiore lentezza nella riproduzione neuronale che si attua nella fascia di età tra 86 e 100 anni (gradino 3) porta a una diminuita plasticità che conduce a un fisiologico innalzamento della soglia del dolore a seconda dell'interessamento delle zone innervate da quelle cellule del corno posteriore del midollo che risiedono in corrispondenza della testa (sede dei centri esteroceettivi: cute), del collo (sede dei centri propriocettivi: muscolo), della base (sede dei centri interocettivi: visceri) (Fig. 2). Questo spiega perché una diminuita neurogenesi in alcune aree dell'encefalo (Ventricoli Laterali, Ippocampo) e del midollo spinale possa dar luogo a una sintomatologia dolorosa modesta o addirittura assente in patologie importanti come: 1) le gravi ustioni (per riduzione della neurogenesi delle cellule della testa del corno posteriore, sede dei centri esteroceettivi: cute); 2) i traumi (per riduzione della neurogenesi delle cellule del collo del corno posteriore, sede dei centri propriocettivi: muscolo, articolazioni); 3) l'infarto del miocardio o la perforazione dei visceri addominali (per riduzione della neurogenesi delle cellule della base del corno posteriore, sede dei centri interocettivi).

La neurogenesi dei neuroni del corno anteriore è di gran lunga molto più lenta e di grado inferiore rispetto a quella dei neuroni del

rimenti valoriali etici e spirituali) sono alla base del benessere fisico, psichico e spirituale di ciascun individuo e costituiscono gli stimoli fisiologici più incisivi sulla neurogenesi.

Nel neonato la neurogenesi è quantitativamente diversa a seconda della qualità della vita cui è sottoposto; infatti nei ratti, come nell'uomo, ci sono piccoli allevati da madri che passano gran parte del tempo ad avere cura di loro e piccoli che solo sporadicamente vengono accuditi.

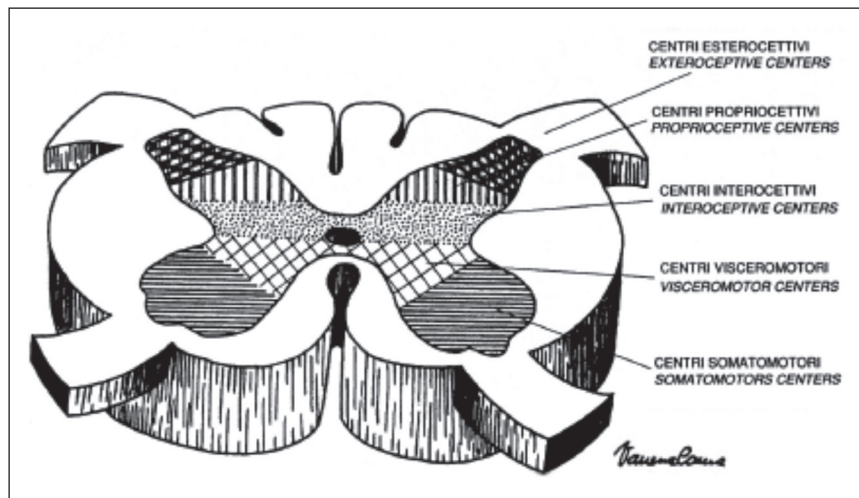
La neurogenesi è significativamente più alta nei primi rispetto ai secondi. Anche la separazione del piccolo dalla madre per tem-

corno posteriore. Questa condizione spiega nel grande anziano (86-100 anni, e oltre) il verificarsi, tardivamente, di patologie articolari molto gravi (neuro-artropatie).

stimolo doloroso in quell'area del corpo pregressivamente danneggiata (fenomeno dell'iperalgnesia);

4) può determinare un'esperienza dolorosa in presenza di stimoli

ta così per la sua forma a mandorla, che provoca risposte corporee (tachicardia, tachipnea) e risposte comportamentali (fuga, difesa, aggressione).



**Fig. 2 - Rappresentazione schematica dei Centri Sensitivi (Esterocettivi nella testa, Propriocettivi nel collo, Interocettivi nella base) del Corno Posteriore e dei Centri Motori (Visceromotori nella base, Somatomotori nella testa) del Corno Anteriore della Sostanza Grigia del midollo spinale.**

### Fenomeno della memoria del dolore

Gli accadimenti traumatici, che possono verificarsi anche in giovane età, creano una lesione, che dà luogo ad un'area iperalgesica, che si proietta a livello dei circuiti cerebrali corrispondenti. Tale condizione centrale e periferica, a distanza anche di anni, può essere attivata per sollecitazioni di *noxae* varie in maniera molto più rapida per il *fenomeno della memoria del dolore*. Questa situazione spiega l'abbassamento della soglia del dolore (iperalgnesia) in determinate aree del nostro organismo, rispetto ad aree omologhe controlaterali normali, anche per stimoli sottolimali (*fenomeno dell'allodinia*). Schematizzando si può affermare che la memoria del dolore:

1) è influenzata dall'intensità dello stimolo percepito e dalle conseguenze che ne sono derivate;

2) di per sé può agire come stimolo doloroso e determinare un'esperienza dolorosa anche in assenza di stimoli dolorosi (fenomeno dell'allodinia *psichica*);

3) può influenzare significativamente la percezione di un nuovo

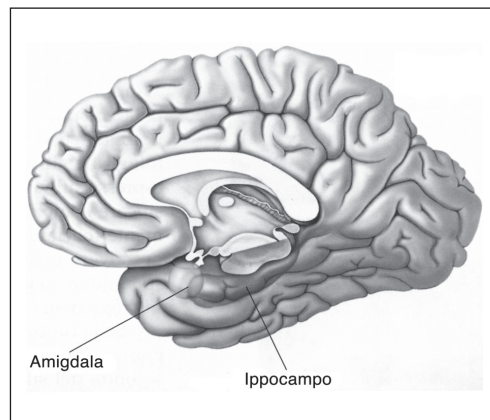
che normalmente non lo sono (fenomeno dell'allodinia fisica);

5) in biologia esiste non solo a livello encefalico ma anche a livello spinale.

Il fenomeno della memoria ha un risvolto positivo non solo nell'ambito delle patologie dolorose, perché crea le condizioni di un avvertimento precoce del dolore, ma è di grande utilità anche in ambito neurologico. Infatti, il paziente può addirittura uscire da alcune forme di coma, con l'ascolto di determinate musiche a lui care quando stava bene.

### Meccanismi fisiopatologici alla base del fenomeno della memoria

Ricordi piacevoli o collegati a sensazione di dolore vissuti precedentemente possono attivare particolari aree del cervello, qualora si presenti un nuovo evento traumatico, fisico o psichico, in maniera non proporzionale all'entità della noxa, ma molto più ampia. In condizioni particolari di dolore psichico, nelle quali sia presente timore o addirittura paura, viene attivata anche l'*Amigdala* (Fig. 3), chiama-



**Fig. 3. Amigdala, sede del cervello che elabora la paura, l'aggressività e il dolore.**

L'ablazione dell'amigdala riduce la paura e l'aggressività, mentre la sua stimolazione può condurre a uno stato di aumentata vigilanza e attenzione.

La ricerca attuale è protesa a modulare o bloccare l'attività dell'amigdala, cercando in tal modo di eliminare il ricordo dell'esperienza spiacevole inibendo anche le conseguenti reazioni di risposta.

La modulazione dell'amigdala, secondo studi in atto, potrebbe essere realizzata tramite stimoli piacevoli (musica) in grado di liberare sostanze neurochimiche capaci di far uscire il paziente addirittura da determinate forme di coma.

Sperimentalmente è stato osservato che agendo a livello dell'amigdala dei topi è possibile cancellare la paura che essi hanno dei gatti anestetizzati, portandoli ad avvicinarsi con tranquillità.

Questi dati scientifici portano inevitabilmente a considerazioni molto importanti di natura etica, perché se da un lato può esistere un miglioramento della qualità della vita del nostro paziente agendo su ricordi piacevoli (pregresso episodio doloroso) o piacevoli (ascolto di musica gradita), dall'altro la ricerca potrebbe diventare strumento di vere e proprie manipolazioni dell'individuo, soprattutto anziano.

**Anziano, neuroni specchio (mirror neurons), dolore, empatia, preghiera**

La condivisione di momenti di vita con persone veramente amiche crea le condizioni necessarie affinché si attivino parti del nostro cervello alla percezione delle emozioni altrui, espresse con moti del volto e con gesti in una vera e propria partecipazione empatica: più precisamente gli stessi neuroni, collocati vicino all'area di Broca, attivati dall'esecutore durante l'azione, vengono attivati anche nell'osservatore della medesima azione (*neuroni specchio*). È bene, quindi, frequentare persone eticamente corrette e ben preparate perché gran parte del nostro comportamento e dell'apprendimento avviene tramite l'imitazione e la simulazione del comportamento altrui.

Questi dati sono stati evidenziati con esami strumentali molto raffinati tipo: la Tomografia a Emissione di Positroni (PET), la Risonanza Magnetica Funzionale (fMRI), la Stimolazione Magnetica Transcranica (TMS), la Magnetoencefalografia (MEG) (Singer, 2004).

Con gli stessi esami è stato evidenziato che anche durante la preghiera rivolta a Dio vengono attivate le stesse aree cerebrali, soprattutto quelle prefrontali, che si attivano durante una normale conversazione con un'altra persona, perché la dimensione mistica è una dimensione dialogica, insita in ogni essere umano, anche agnosta, che, comunque, è persona fatta a immagine e somiglianza di Dio e nel quale, ovviamente, non esistono condizioni costitutive diverse rispetto al credente.

È bene, tuttavia, rimarcare che queste indagini radiologiche che evidenziano l'attivazione di aree cerebrali durante la preghiera non dimostrano ovviamente che sia il cervello a creare la fede.

**Entità dell'empatia a secondo dell'età**

A seconda dell'età possiamo rilevare gradi di empatia diversi (Fig. 4).

Questo grafico mostra come il livello massimo di empatia si in-

stauri tra i soggetti appartenenti al 1° e al 3° gradino della classificazione (Fig. 15). È proprio, infatti, nell'infanzia-giovinezza (5-15 anni) e nell'età matura (86-100 anni) che si verifica questo fenomeno.

**Misurazione del quoziente di empatia (Q E): basso, medio, alto**

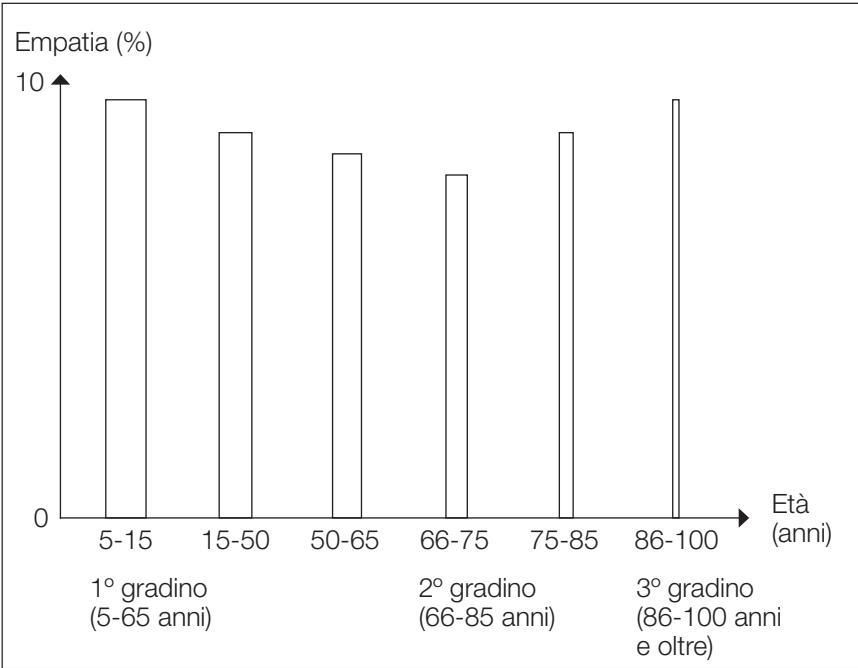
Per la misurazione del quoziente di empatia (positivo: +, o negativo: -) è necessario seguire alcuni parametri clinico-semeiologici:

- 1) valutazione dell'emozione dell'incontro in piacevole (empatia positiva: +) o spiacevole (empatia negativa: -);
- 2) valutazione dell'espressione, soddisfatta (+) o sofferente (-), del volto, che rappresenta la forma visibile dell'unione indissolubile con l'anima, apparentemente, invisibile (*Il dolore e la semiologia del volto*, Zucchi-Honings, in press);
- 3) valutazione della fluidità, abbondante (+) o scarsa (-), del linguaggio nell'indagine anamnestica, che evoca accadimenti dolorosi (dolore empatico) o piacevoli (piacere empatico);
- 4) valutazione del tono, alto (+; empatia positiva; effetto placebo) o basso (-; empatia negativa; antipatia; effetto nocebo) del linguaggio;

- 5) valutazione dell'accarezzamento con il risultato dell'effetto carezza (positivo: +) o dell'effetto allodinico (negativo: -) con retractione della parte del corpo che è stata accarezzata;
- 6) il quoziente di empatia (QE) è ottenuto dal numero dei + o dei -. Un + crea un QE basso; 2 ++ un QE medio; da 3 +++ in su un QE alto.

**Aree cerebrali interconnesse e attivate durante il rapporto empatico**

I neuroradiologi, tramite la Risonanza Magnetica funzionale (*functional magnetic resonance imaging, fMRI*) hanno potuto evidenziare l'attivazione di aree cerebrali durante il rapporto empatico. Esse sono: 1) Corteccia Mediale Prefrontale (*Medial Prefrontal Cortex*) suddivisa in una parte dorsale (*Dorso-Medial Prefrontal Cortex*) e in una parte ventrale (*Ventro-Medial Prefrontal Cortex*); 2) Giro Frontale Inferiore (*Inferior Frontal Gyrus*); 3) Porzione Caudale della Corteccia Cingolata Anteriore (*Caudal Anterior Cingulate Cortex*); 4) Isola Anteriore (*Anterior Insula*); 5) Giunzione Temporo-Parietale Destra (*Right Temporo-Parietal Junction*); 6) Porzione Postero-



**Fig. 4. Distribuzione della percentuale di empatia a seconda dell'età.**



re del Solco Temporale Superiore (*Posterior Superior Temporal Sulcus*); 7) Corteccia Somatosensoriale (*Somatosensorial Cortex*); Amigdal (Fig. 5).

vatore vede soffrire qualcuno che considera scorretto o antipatico.

Meccanismo nervoso analogo è stato evidenziato nell'animale dal gruppo di ricerca del Profes-

tia teologica la spiegazione del dolore empatico e del piacere empatico, mettendo in stretta relazione l'*Ordo Creationis* con l'*Ordo Redemptionis*, sottolineando come nel rapporto intimo (empatico) con il Creatore tramite la preghiera, o nel rifarsi a entità valoriali, si creino le condizioni di innalzamento della soglia del dolore (Zucchi, Honings, 1996, 2001, 2004, 2005, 2008, 2011, 2013).

### **Empatia e Anziano. Nuova classificazione dell'empatia: biologica (somatica), medica (psichica), teologica (pneumatica)**

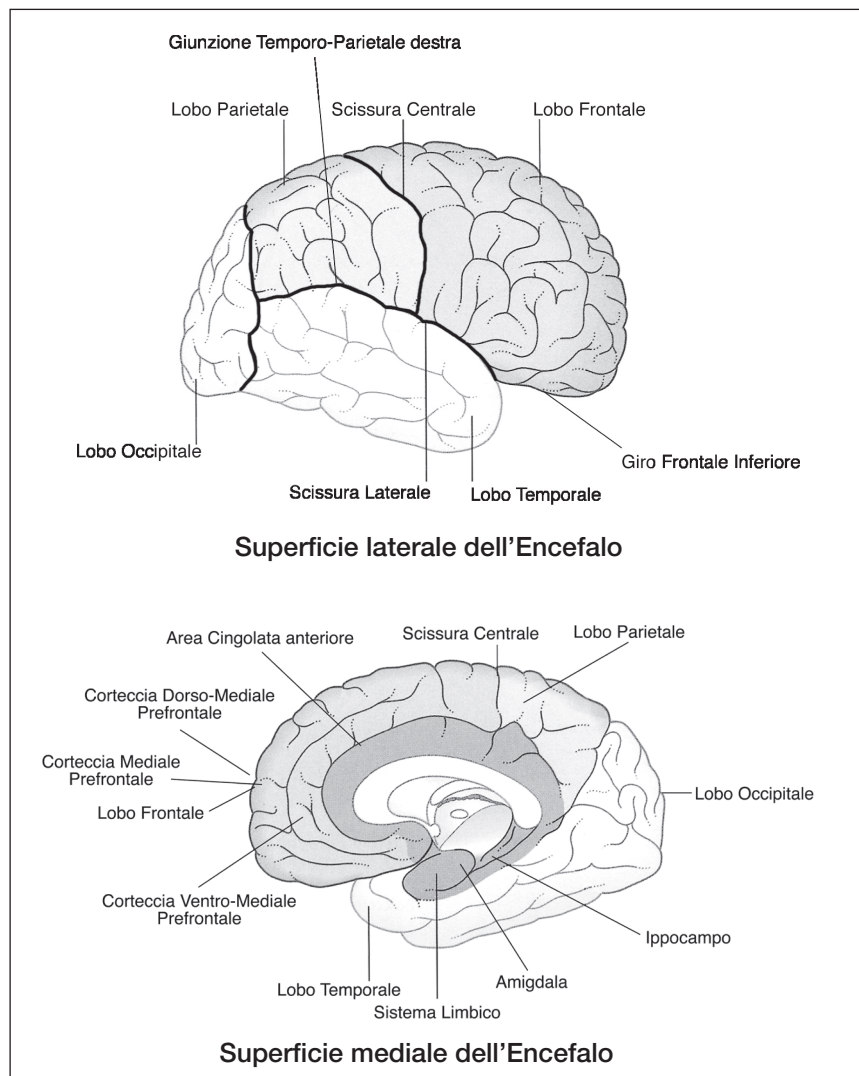
In qualsiasi ambito, somatico, psichico, pneumatico, il rapporto: soggetto, persona-soggetto elaborato, medico-paziente, Creatore-creatura, diviene importante, se si sviluppa come rapporto empatico. Questo rapporto, fra tutte le fasce d'età, è importante soprattutto nel paziente anziano.

A tal proposito proponiamo una nuova classificazione di empatia: biologica, medica, teologica.

**L'Empatia Biologica (somatica, estetica)** è quella condizione che si verifica in una persona di fronte a un evento di straordinaria bellezza, nel quale il soggetto-persona si identifica nel soggetto acquisito (opera d'arte, musica, paesaggio) senza, però, arrivare a fenomeni di allucinazione, come si verifica nell'Effetto Stendhal, descritto dal medico-psichiatra fiorentino Graziella Magherini (1989), ma, vivendo l'opera d'arte come immedesimazione neuro-estetica interiore che porta a una condizione di piacere nel nuovo soggetto elaborato con liberazione di endorfine e innalzamento della soglia algica.

Nell'ambito di una condizione dolorosa (terremoto, apprendimento della morte di una persona cara, crack economico) accade esattamente lo stesso fenomeno, vissuto, però, in maniera opposta, ossia con valenze negative, che portano nell'organismo a una situazione di dolore con liberazione di sostanze algogene e abbassamento della soglia algica (Fig. 6).

**L'Empatia Medica (psichica)** è quella condizione di immedesimazione del dolore-piacere altrui,



**Fig. 5. Aree cerebrali interconnesse e attivate durante il rapporto empatico. Superficie laterale e mediale dell'encefalo.**

Tania Singer e i suoi collaboratori di Zurigo hanno evidenziato, con Risonanza Magnetica funzionale che, quando una persona ha ricevuto uno stimolo doloroso sulla propria mano, o, quando lo riceve la mano di una persona cara, vengono attivate le stesse aree cerebrali sia che il dolore sia provato in prima persona sia che sia provato dalla persona cara. Le aree cerebrali suddette vengono attivate anche nell'osservatore quando vede soffrire qualcuno che considera corretto e simpatico. Queste aree nervose vengono attivate in misura minore quando l'osser-

sor Rizzolatti della Scuola di Parma, che, introducendo elettrodi nelle parti del cervello citate, registravano l'attivazione di neuroni (neuroni specchio) di queste aree non solo quando l'animale eseguiva un'azione, ma anche quando osservava un altro animale eseguire la stessa azione.

Si può, quindi, affermare che i neuroni attivati nel rapporto empatico siano neuroni specchio (*mirror neurons*).

Zucchi-Honings nella classificazione che hanno voluto offrire dell'empatia, biologica, medica, teologica, inseriscono nell'empa-

che, se vissuta e condivisa in maniera negativa (anti-patia), conduce alla depressione (Empatia Negativa; Dolore-Piacere empatico; Dolore-Piacere specchio) e se vissuta e condivisa in maniera positiva conduce alla Cinestesi (Empatia Positiva; Dolore (sublimato)-Piacere empatico (Gioia, Felicitas); Dolore-Piacere specchio) o stato di benessere psico-fisico-pneumatico. La simpatia crea le condizioni perché l'entità empatia passi da un rapporto binomiale tra due persone a un rapporto corale condiviso tra più persone. In questa ermeneutica si attua la sintesi neurofenomenologica tra Max Scheler e Edith Stein (Fig. 7).

L'Empatia Teologica (pneumatica, estasica) ha come fine l'interpretazione del dolore empatico di Dio-uomo e del piacere empatico (Gioia-Felicitas) di Dio-uomo. Sotto il profilo teologico possiamo, quindi, 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 di Dio nell'uomo-Cristo e nell'uomo sofferente-orante crea le condizioni di innalzamento 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 (Fig. 8).

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.

Nella condizione del Piacere Empatico (Gioia-Felicitas) di Dio-uomo, la gioia della creatura diviene empatica con la Felicità del proprio Creatore. Infatti 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. 9).



Fig. 6. Empatia Biologica. La Persona (soggetto) si immedesima in una condizione di dolore o di piacere altrui (soggetto acquisito) che modula in una nuova entità-personale (soggetto elaborato interiore).

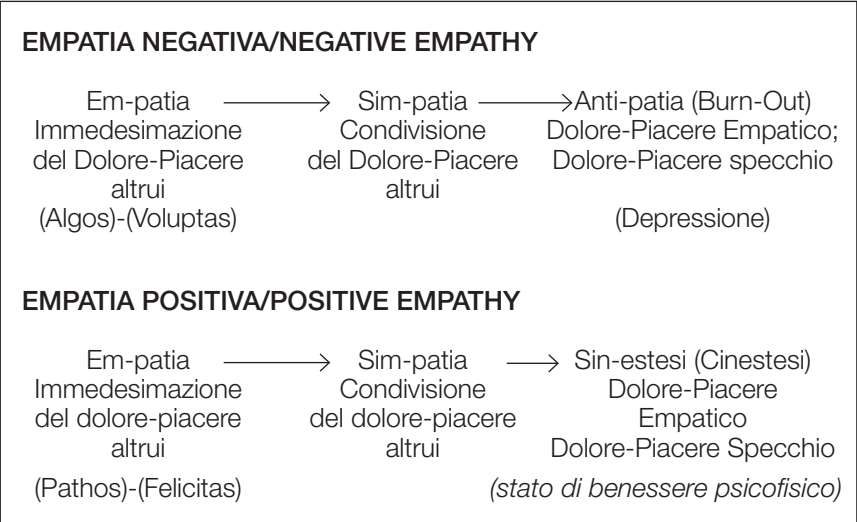


Fig. 7. Empatia Medica: positiva e negativa.

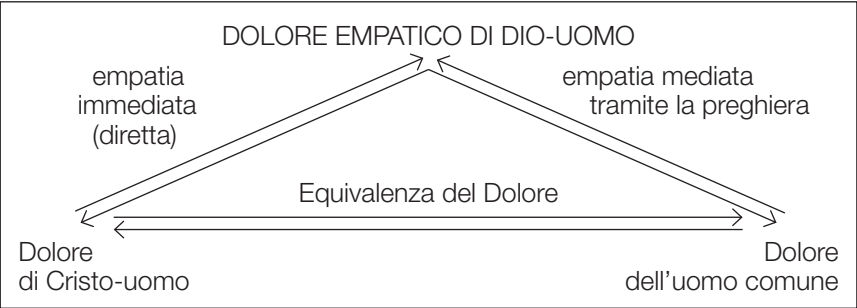


Fig. 8. Empatia Teologica. Interpretazione del dolore empatico di Dio-uomo. Empaticità di Dio nel dolore di Cristo-uomo e nel dolore dell'uomo comune.

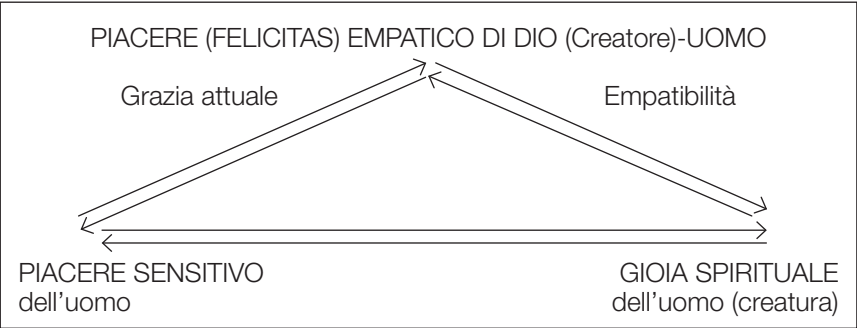
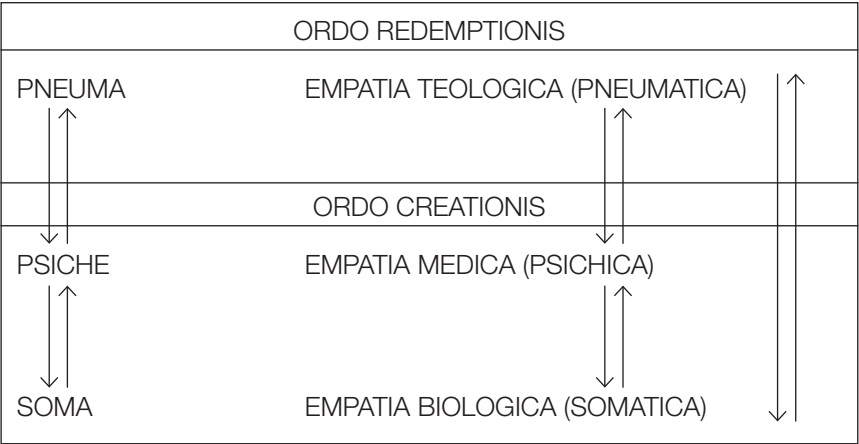


Fig. 9. Empatia Teologica. Interpretazione del piacere empatico di Dio-uomo. Empaticità della gioia della creatura con la Felicità del proprio Creatore.

Nell’uomo queste tre forme di empatia, biologica (somatica), medica (psichica), teologica (pneumatica), vengono vissute in maniera diversa a seconda delle diverse fasce di età, delle diverse opportunità e, soprattutto, della diversa formazione etica-spirituale e possiamo trovare in queste tre entità empatiche un processo fisiologico, interattivo dal soma alla psiche allo pneuma (Fig. 10).

- d) la storia di dolore vissuta da quel singolo soggetto;
- e) il contesto socio-culturale.

**Aspetti clinici**  
*Effetto Fede, Effetto Preghiera, Effetto Musica o Nuovo Effetto Mozart, Effetto Placebo, Effetto Nocebo, Effetto Carezza, Terapia etica e Dolore dell’anziano*



**Fig. 10. Processo fisiologico, interattivo dell’empatia: dal soma, alla psiche, allo pneuma.**

**Percezione del dolore dell’anziano**

I dati riportati in letteratura sulla percezione del dolore dell’anziano non sono di univoca interpretazione. In base agli studi clinici condotti dal nostro gruppo di studio riteniamo che l’anziano abbia una soglia più alta nei confronti dei diversi tipi di dolore, soprattutto per quanto riguarda il dolore da calore (radiante).

Nell’anziano la diminuzione della percezione del dolore (presbialgia) non è espressione, soltanto, di un danno recettoriale come nella presbiacusia (*présbus* = vecchio; *akoùein* = udire), o di una alterata accomodazione dello stimolo come nella presbiopia (*présbus* = vecchio; *òpsis* = vista), ma è la conseguenza di un processo più complesso che coinvolge:

- a) le vie nervose di trasmissione e modulazione dell’input nocicettivo;
- b) i centri integrativi corticali e sottocorticali;
- c) la formazione etica del soggetto;

Stili di vita eticamente corretti e che si rifanno a momenti spirituali vissuti con gioia, non solo creano condizioni di vita più longeva, ma anche influiscono sul sistema nocicettivo, migliorando la percezione del dolore in ogni soggetto, soprattutto anziano.

A tal proposito gli Autori desiderano offrire le seguenti definizioni di *Effetto Fede*, di *Effetto Preghiera*, di *Nuovo Effetto Mozart*, di *Effetto Placebo*, di *Effetto Nocebo*, di *Effetto Carezza* e di *Terapia Etica*.

L’*Effetto Fede* è il risultato di quella condizione nella quale i pazienti credenti rispetto agli agnostici presentano una minore percezione del dolore e rispondono meglio al trattamento farmacologico (Zucchi-Honings, 1996; Zucchi, Honings, Voegelin, 2001).

L’*Effetto Preghiera* è il risultato di quella condizione nella quale sia i pazienti credenti che i pazienti agnostici, che liberamente hanno accettato di eseguire una lettura meditata di un brano evangelico, presentano una migliore risposta terapeutica finale al trattamento (farmacologico), rispetto

ai pazienti (credenti e agnostici) che non avevano accettato la lettura meditata di un brano evangelico (Zucchi, Honings, Voegelin, 2001).

Il *Nuovo Effetto Mozart* (*Effetto Musica*) è il risultato di quella condizione clinica nella quale i pazienti affetti da sindromi dolorose presentano una minore percezione del dolore e un potenziamento del risultato della terapia antalgica, unendo alla preghiera l’ascolto di musica piacevole, solitamente classica o religiosa (Zucchi, Honings, Voegelin, 2005).

Il *Placebo* è una preparazione farmaceutica sprovvista di principi attivi e contenente soltanto sostanze inerti. Viene prescritta a scopo psicoterapeutico o per giudicare per confronto l’azione reale dei medicamenti presentati sotto forma identica al placebo con i quali viene alternata all’insaputa del malato (prova in cieco).

L’*Effetto Placebo* è il risultato positivo prodotto da una sostanza biomedica inerte sulla percezione del dolore, che risulta diminuita, analogo a quello che si verifica con la somministrazione del farmaco vero. L’ E. P. è importante in ambito algologico, soprattutto nell’anziano, nelle terapie di lunga durata ed ha un effetto inferiore rispetto alla lettura meditata evangelica (Zucchi, Honings, Voegelin, 2008). *Placebo* ed *Effetto Placebo* rappresentano un vero e proprio ossimoro, ossia quella condizione semantica nella quale esiste l’accostamento di due parole con significato opposto.

Il *Nocebo* è una sostanza inerte che crea una reazione nociva nell’organismo.

L’*Effetto Nocebo* (che finora non si è verificato nella nostra casistica) è il risultato negativo che un soggetto manifesta in seguito alla somministrazione di un farmaco, completamente inerte, ma dal paziente percepito nocivo; solitamente si instaura per un cattivo rapporto medico-paziente (Zucchi, Honings, Voegelin, 2008).

L’*Effetto Carezza* è il risultato di un atto etico, per la persona che lo compie e terapeutico per la persona che lo riceve, che diminuisce la percezione del dolore. È bene



ribadire che la cute, o epidermide, che ricopre tutto il corpo umano, non ha solo una funzione esterna di difesa microbiologica, ma rappresenta anche una complessa interfaccia con il Sistema Nervoso. Infatti, embriologicamente, la cute deriva dallo stesso foglietto (embrionale) denominato *ectoderma*, dal quale deriva il Sistema Nervoso Centrale e Periferico. L'accarezzamento, in base ai nostri studi, proprio per la stessa origine embriologica della cute e del cervello, da noi definiti *gemelli ectodermici*, diminuisce la percezione del dolore (soglia del dolore più alta) favorendo la liberazione di endorfine e la neurogenesi. In ambito pediatrico favorisce la crescita del piccolo, in ambito geriatrico favorisce la cinestesi della persona anziana.

La *Terapia Etica* è il risultato di quella condizione caratterizzata dal potenziamento del trattamento terapeutico, di solito farmacologico, sia nei credenti che negli agnostici, che avevano accettato liberamente di eseguire la lettura meditata evangelica (Zucchi, Honings, 1996, 2001, 2005, 2008, 2011).

**Diversa frequenza del dolore acuto e cronico con l'età**

*“Invecchiare è un privilegio e una meta della società, è anche una sfida, che ha un impatto su tutti gli aspetti della società del XXI secolo”* (O. M. S.).

Esiste una diversa frequenza del dolore acuto e cronico con il trascorrere dell'età.

Il dolore acuto, di recente insorgenza, diminuisce con l'avanzare dell'età, mentre aumenta quello cronico. Il ricorso alle prestazioni sanitarie per dolore acuto raggiunge un picco tra la prima e la seconda metà della 5ª decade di vita, mentre il ricorso al medico per dolore cronico aumenta linearmente fino a 65 anni, per poi decrescere dai 66 anni in avanti, anche se il vero decremento si ha dopo gli 86 anni (Cfr. Fig. 15. Classificazione del dolore dell'anziano a tre gradini).

È interessante notare come le condizioni cliniche che più frequentemente determinano dolore

nell'età giovane-adulta (emicrania, cefalea, ulcera peptica, dolore addominale, dolore cardiaco) diminuiscano nell'età avanzata, mentre aumentano le condizioni cliniche dolorose riguardanti l'apparato osteoarticolare, l'apparato respiratorio, l'apparato urogenitale, le sindromi da immunodeficienza (*herpes zoster*) che accompagnano, solitamente, le neoplasie.

**Qualità della vita nell'anziano con dolore. Iter etico-religioso**

**Tab. I. Condizioni positive che si ottengono tramite la lettura meditata evangelica in patologie dolorose e cardiovascolari trattate anche farmacologicamente.**

|                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dal presente studio si può affermare che la lettura meditata evangelica offre nel paziente anziano con patologie dolorose (5-65 anni: gradino 1; 66-85 anni: gradino 2; 86- 100 anni: gradino 3), le seguenti condizioni positive: |                                                                                                                                                             |
| 1)                                                                                                                                                                                                                                 | potenziamento dell'azione dei farmaci antalgici assunti (Zucchi, Honings, Voegelin, 2001);                                                                  |
| 2)                                                                                                                                                                                                                                 | riduzione della quantità dei farmaci da assumere (Zucchi, Honings, Voegelin, 2001);                                                                         |
| 3)                                                                                                                                                                                                                                 | riduzione nella percezione del dolore fisico e psichico (innalzamento della soglia fisica e psichica del dolore, Zucchi, Honings, Voegelin, 2001);          |
| 4)                                                                                                                                                                                                                                 | miglioramento della qualità di vita e, quindi, dello stato di salute (Zucchi, Honings, Voegelin, 2001);                                                     |
| 5)                                                                                                                                                                                                                                 | miglioramento delle condizioni interiori, delle valutazioni verso l'altro e dei propri modi di comportarsi, (Zucchi, Honings, Voegelin, 2001);              |
| 6)                                                                                                                                                                                                                                 | maggiore soddisfazione di vita, maggiore autostima, maggiore ottimismo, migliori prospettive (Zucchi, Honings, Voegelin, 2001);                             |
| 7)                                                                                                                                                                                                                                 | durata di vita più lunga del 20% rispetto a coloro che non seguono pratiche religiose (Zucchi, Honings, Voegelin, 2001);                                    |
| 8)                                                                                                                                                                                                                                 | riduzione dei valori sisto-diastolici della pressione di soggetti con ipertensione; riduzione della frequenza respiratoria e cardiaca (Lagi e Coll., 2001); |
| 9)                                                                                                                                                                                                                                 | rischio ridotto di morte per malattie cardiovascolari o polmonari (Lagi e Coll., 2001);                                                                     |
| 10)                                                                                                                                                                                                                                | effetti salutari più incisivi rispetto all'effetto musica (Zucchi-Honings, 2005);                                                                           |
| 11)                                                                                                                                                                                                                                | effetti salutari più efficaci rispetto all'effetto placebo (Zucchi-Honings, 2008).                                                                          |

**DOLORE NON TRATTATO**

Il dolore, tuttavia, anche se percepito dall'anziano in forma minore rispetto a soggetti di età più giovane, deve essere, comunque, trattato; invece, spesso, è sottostimato e, quindi, sottotrattato.

Di conseguenza il dolore non trattato, anche nel soggetto che si affida alla preghiera, determina il peggioramento della qualità di vita dei pazienti causando le condizioni riportate in tabella II (Tab. II).

**Tab. II. Condizioni di peggioramento della qualità della vita nel paziente anziano con dolore non trattato.**

|    |                                                 |
|----|-------------------------------------------------|
| 1) | riduzione delle relazioni sociali;              |
| 2) | depressione;                                    |
| 3) | ansia;                                          |
| 4) | ipo/malnutrizione;                              |
| 5) | disturbi del sonno;                             |
| 6) | aumento della disabilità;                       |
| 7) | maggiore ricorso ai servizi sanitari e sociali. |

Miti e fatti sul dolore nell'anziano  
Miti: *“Se non si lamentano, significa che non hanno dolore”*.

Fatti: ci sono numerose ragioni per cui gli anziani sono riluttanti a lamentare dolore, anche se il dolore riduce significativamente il loro umore e il loro stato funzionale.

Motivi per cui il paziente anziano non racconta il proprio dolore

- 1) paura di essere sottoposto ad indagini diagnostiche;
- 2) paura delle medicine;

3) paura della causa del dolore;  
4) percezione del fatto che il medico spesso è troppo impegnato;

5) credere che nulla può essere o sarà fatto.

Tuttavia il più sicuro indicatore del dolore e della sua gravità è la descrizione fatta dal paziente stesso.

Obiettivi del medico di fronte al paziente anziano con dolore:

1) anamnesi accurata per identificazione delle cause (quando è possibile; indagine su precedenti malattie ed uso di farmaci);

2) valutazione etno-antropologica e sociale;

3) valutazione psicologica con testistica psicometrica;

4) valutazione clinico-fisica con focus sul dolore somatico (sistema muscolo-scheletrico: particolare riguardo alla palpazione dei trigger points);

5) valutazione strumentale: testistica algometrica (V. A. S.; iperalgesia; teletermografia; accetanza; sostanze algogene: radicali liberi: d-roms-test; bap-test; acido lattico; acido ascorbico; pcr; omocisteina; idrossiprolina; PTH).

6) Identificazione degli aspetti qualitativi e quantitativi del controllo del dolore.

### Valutazione del dolore geriatrico

*“Il dolore geriatrico è sotto-stimato e sottotrattato”* Bernabei, R., et coll., Jama, 279 (1998) 237-249.

Il controllo del dolore nel feto, nel neonato e nell'adulto (uomo,

donna) ha ricevuto grande attenzione negli ultimi 30 anni; al contrario nel paziente anziano il dolore è stato poco studiato.

Punti da tener presenti nel dolore geriatrico: morbidità (insieme di malattie che hanno colpito un individuo) e comorbidità o comorbosità (patologie associate).

1) L'aumento di aspettativa di vita significa possibilità di aumento della morbidità;

2) il dolore rappresenta un parametro che può influenzare la morbidità;

3) il dolore è la più temuta complicanza della malattia;

4) il dolore è il primo sintomo che viene riferito al medico;

5) spesso il dolore è sottodiagnosticato e sottotrattato;

6) il dolore modifica l'umore, lo stato funzionale e la qualità di vita;

7) il dolore aumenta l'uso di servizi sanitari.

### Breakthrough Pain (BP) o Dolore Episodico Intenso (DEI) e anziano

Con il termine *Dolore Episodico Intenso* (DEI) o *Breakthrough Pain* (BP) si intende un aumento improvviso e di norma non prevedibile del dolore in un paziente in trattamento con dolore di base ben controllato.

Nella casistica da noi esaminata il BP è più frequente nei pazienti appartenenti alla fascia di età del primo gradino con una incidenza massima intorno ai 50 anni; è presente, tuttavia, anche nei pazienti appartenenti agli altri due gradini, ma con incidenza molto minore. Tra i 4 tipi di dolore del primo gradino presi in esame nella classifi-

cazione da noi proposta (dolore somatico, neurologico, vascolare-viscerale, oncologico) il BP è più frequente nei pazienti con dolore neurologico (40%; emicrania), oncologico (30%; tumore gastrico, tumore dell'apparato genitourinario, tumore del distretto otorinolaringoiatrico (ORL), vascolare (20%) e, con frequenza minore, in quello somatico (10%).

### Etiologia del BP

Il BP può essere causato da: movimenti, colpi di tosse, cambi di posizione, (Dolore Episodico Intenso Incidente Prevedibile); oppure da: distensione delle vie urinarie o intestinali (Dolore Episodico Intenso Imprevedibile). In alcuni casi non viene riconosciuta una vera e propria causa (BP Idiopatico).

### Caratteristiche del BP

Il BP è caratterizzato da: dolore improvviso, di notevole intensità, lancinante, bruciante. La sede, spesso, è quella del dolore di base, prevalentemente notturno e di durata breve (dai 10 ai 30 minuti). Il trattamento del BP deve essere considerato una priorità clinica ed etica perché è un tipo di dolore che mina la qualità della vita. La gestione del BP può essere raggiunta in maniera ottimale con l'aggiustamento della terapia in corso, solo superando atteggiamenti culturali non corretti e abbastanza diffusi tra i pazienti che sostengono di dover sopportare le crisi di dolore acuto, dopo che è stata instaurata la terapia di base. In ambito oncologico il BP crea una prognosi ancora più infausta.

PARTE SPECIALE  
Sperimentazione clinica

Aspetti etico-religiosi

In questa sezione del lavoro viene preso in considerazione come l'elemento trascendente della fede insieme con la lettura meditata di un brano evangelico possa influire sulla soglia di percezione del dolore e sul potenziamento della risposta terapeutica farmacologica nel paziente anziano, credente e agnostico, affetto da patologie dolorose croniche.

Impostazione clinico-statistica sull'efficacia terapeutica di un "nuovo" farmaco

Per valutare l'efficacia di un farmaco X (preghiera) su una determinata patologia, si seleziona un gruppo G di pazienti affetti da quella patologia, si separa G in due sottogruppi G1 e G2, si tratta G1 con un farmaco F di nota efficacia e G2 col farmaco F e con il farmaco X in studio.

La gravità della patologia viene valutata con un indice obiettivo P, che viene misurato all'inizio (P1) e alla fine della terapia (P2). Si ricavano due variabili indipendenti P1, come indice della gravità della patologia iniziale e DP = P1-P2, come indice del miglioramento di questa.

L'indagine statistica consiste nel valutare se esiste una differenza significativa del valore di DP nei due sottogruppi G1 e G2, ossia se il nuovo farmaco X potenzia il miglioramento.

Una ulteriore indagine sulle caratteristiche del farmaco X impiegato consiste nel valutare se il miglioramento da esso prodotto sia maggiore quando la gravità della patologia è maggiore, ossia se esiste una correlazione positiva tra DP e P1.

Tutti i pazienti venivano sottoposti a una dichiarazione di consenso informato.

Parametri fondamentali dello studio

Lo studio prende in esame la

relazione esistente di cinque parametri fondamentali:

- 1) Effetto Fede (valutazione dell'intensità iniziale del dolore percepito V1 e del risultato terapeutico VD in funzione del parametro Fede);
- 2) Effetto Preghiera (valutazione del miglioramento terapeutico VD in funzione del parametro lettura meditata evangelica);
- 3) V1 (intensità iniziale del dolore prima del trattamento);
- 4) VD (intensità del dolore alla fine del trattamento);
- 5) Correlazione VD/V1: rapporto tra il miglioramento dell'intensità del dolore VD ed il dolore iniziale V1 in funzione dei parametri Fede e Preghiera.

Dichiarazione di consenso informato

Io sottoscritto  
.....

dichiaro di avere ricevuto dal Dottor  
.....

esaurienti spiegazioni in merito alla richiesta della mia partecipazione allo studio sperimentale sopra descritto. Copia della presente scheda informativa mi è stata data.

Dichiaro di aver potuto discutere tali spiegazioni, di aver potuto porre domande e di avere ricevuto risposte in merito soddisfacenti.

Dichiaro, inoltre, di avere avuto la possibilità di informarmi in merito ai particolari dello studio anche con altre persone di mia fiducia.

Accetto, quindi, liberamente di partecipare alla ricerca, avendo perfettamente compreso tutte le informazioni sopra riportate.

Sono consapevole che la mia partecipazione alla ricerca sia volontaria e che ho la facoltà di ritirarmi in qualsiasi momento, senza che tale fatto pregiudichi le cure mediche di cui potrei necessitare.

Sono stato informato del mio diritto di avere libero accesso alla documentazione relativa alla ricerca.

Sono, inoltre, consapevole che secondo il rispetto della normativa vigente i miei dati personali saranno utilizzati esclusivamente per scopi di ricerca scientifica.

Data  
.....  
Firma del Paziente  
.....  
Data  
.....  
Firma del Medico Ricercatore  
.....

Sperimentazione clinica

Per quanto riguarda il dolore prenatale, neonatale e pediatrico ci siamo riferiti ai dati riportati nella letteratura (Bellieni, Anand, Phil, Hickey, Fisk) che dimostrano che il feto percepisce dolore fin dalla VII settimana di vita, con comparsa di recettori sensitivi nell'area periorale, nel palmo della mano e nella pianta del piede (Gleiss, 1970); tuttavia, nonostante l'evidenza dei dati scientifici, alcuni ricercatori (Enghelhardt, Derbyshire) sostengono che il feto avverta dolore solo quando assume la posizione di neonato.

A tal proposito ci piace ribadire ciò che il Catechismo della Chiesa Cattolica afferma al n. 2274: *"L'embrione, poiché fin dal concepimento deve essere trattato come una persona, dovrà essere difeso nella sua integrità, curato e guarito, per quanto è possibile, come ogni altro essere umano"*. Riconoscere, infatti, che il feto può sentire dolore è un passo in avanti nel riconoscerlo come persona. Dal momento che riteniamo che il feto ed il neonato abbiano la stessa percezione, nei confronti del dolore, dell'adulto (5-65 anni), per un completamento del Sistema Nocicettivo, abbiamo inserito nella sperimentazione anche pazienti in età pediatrica.

I dati del dolore riferiti all'età pediatrica partono da osservazio-



ni su soggetti dall'età di 5 anni in su, periodo di età nel quale era possibile verificare il potenziamento dell'efficacia dei farmaci con la preghiera.

Il campione dei soggetti appartenenti al primo gradino (5-65 anni) era costituito da 120 persone, di cui una piccola parte (1/6) nella fascia di età tra 5 e i 10 anni. Negli appartenenti al gradino 1 le patologie più frequenti erano a favore del dolore vascolare, a differenza di quello che accadeva nei soggetti del gradino 2, dove era prevalente la frequenza del dolore oncologico e del gradino 3, dove era prevalente il dolore somatico (articolare e muscolare).

I soggetti appartenenti ai tre gradini (Giovani-Anziani: Young-Old, 5-65 anni, Gradino 1; Anziani: Old-Old, 66-85 anni, Gradino 2; Molto Anziani: Oldest-Old, 86-oltre 100 anni, Gradino 3) affetti da patologie dolorose croniche, in parte ricoverati in reparti di Medicina Interna e in parte visitati in ambulatori di Centri Specialistici di Firenze e dell'Università Campus Biomedico di Roma, sono stati arruolati *in cieco*, cioè senza conoscere a priori la convinzione religiosa delle persone in esame.

All'ingresso in reparto o in ambulatorio, veniva verificata la patologia responsabile del quadro algico. Le diverse patologie dolorose venivano divise in quattro gruppi: di tipo centrale (neurologico), di tipo somatico (articolare – miofasciale), di tipo vascolare, di tipo oncologico.

I pazienti venivano, quindi, suddivisi secondo un *criterio random* (assegnazione casuale dei pazienti) in due gruppi, S (studio: trattamento con farmaci e preghiera) e C (controllo: trattamento solo con farmaci).

Tutti i pazienti erano ampiamente informati sulla sperimentazione clinica e consenzienti.

**PREVALENZA DEL TIPO DI DOLORE DEI 120 PAZIENTI APPARTENENTI A CIASCUN GRADINO.**

**AL GRADINO 1 (SOGGETTI TRA 5 E I 65 ANNI); AL GRADINO 2 (SOGGETTI TRA I 66 E GLI 85 ANNI); AL GRADINO 3 (SOGGETTI TRA GLI 86 E I 100 ANNI E OLTRE).**

**Tab. III. Suddivisione per frequenza di dolore prevalente in ordine decrescente (dolore vascolare, neurologico, oncologico, somatico) nei 120 soggetti appartenenti al gradino 1: YOUNG-OLD (5-65 anni). All'interno dei 4 tipi di dolore il rilievo V. A. S. (10/9 → 5/4) è sovrapponibile.**

Dolore vascolare (40%):  
48 soggetti (32 S e 16 C)  
Dolore neurologico (25%):  
30 soggetti (20 S e 10 C)  
Dolore oncologico (20%):  
24 soggetti (20 S e 4 C)  
Dolore somatico (15%):  
18 soggetti (10 S e 8 C)

**Tab. IV. Suddivisione per frequenza di dolore prevalente in ordine decrescente (dolore oncologico, vascolare, somatico neurologico) dei 120 pazienti appartenenti al gradino 2: OLD-OLD (soggetti tra i 66 e gli 85 anni). All'interno dei 4 tipi di dolore il rilievo V. A. S. (8/7 → 4/3) è sovrapponibile in ciascun gradino.**

Dolore oncologico (40%):  
48 soggetti (20 S e 28 C)  
Dolore vascolare (30%):  
36 soggetti (10 S e 26 C)  
Dolore somatico (20%):  
24 soggetti (14 S e 10 C)  
Dolore neurologico (10%):  
12 soggetti (7 S e 5 C)

**Tab. V. Suddivisione per frequenza di dolore prevalente in ordine decrescente (dolore somatico, vascolare, neurologico, oncologico) dei 120 pazienti appartenenti al gradino 3: OLDEST-OLD (soggetti tra gli 86 e i 100 anni). All'interno dei 4 tipi di dolore il rilievo V. A. S. (7/6 → 3/2) è sovrapponibile.**

Dolore somatico (70%):  
84 soggetti (45 S e 39 C)  
Dolore vascolare (15%):  
18 soggetti (10 S e 8 C)  
Dolore neurologico (8%):  
9,6 soggetti (4 S e 5 C)  
Dolore oncologico (7%):  
8,4 soggetti (6 S e 2 C)

Ad entrambi i gruppi, S (studio) e C (controllo), appartenenti ai tre gradini, 1 (5-65 anni), 2 (66-85 anni) e 3 (86-100 anni), veniva somministrata una terapia farmacologica "F" a base di F. A. N. S..

Il gruppo S veniva, inoltre, invitato alla lettura meditativa di un brano evangelico (preghiera), prima dell'inizio del trattamento, che aveva una durata di 10 giorni.

Al primo, al quinto e al decimo giorno i soggetti dei due gruppi, S e C, dei tre gradini, 1, 2 e 3, venivano sottoposti ad una valutazione psicofisica del dolore, due ore prima e dopo la somministrazione del trattamento, che consisteva nella somministrazione del farmaco F al gruppo di controllo e del farmaco F insieme alla lettura meditativa del brano evangelico, al gruppo di studio.

Per i soggetti più piccoli la preghiera veniva eseguita, spesso, alla presenza di un tutor più adulto, solitamente uno dei genitori.

La valutazione del dolore veniva effettuata mediante scala visiva analogica (V. A. S.) (Zucchi, Honings, Voegelin, 2008).

La V. A. S. iniziale costituisce la variabile V1, indice della patologia dolorosa e la differenza tra il rilievo della V. A. S. iniziale e quello della V. A. S. finale costituisce la variabile VD, indice del miglioramento.

Al termine del trattamento, cioè alla fine del decimo giorno di degenza, veniva chiesto ai pazienti se fossero credenti o no, ottenendo in tal modo, in ciascuno dei tre gradini, due gruppi di soggetti con risposta diversa alla terapia, a seconda anche della propria impostazione spirituale.

**Tab. VI. Sottogruppo dei pazienti affetti da DOLORE NEUROLOGICO (o CENTRALE).  
Gradino 1: 5-65 anni.**

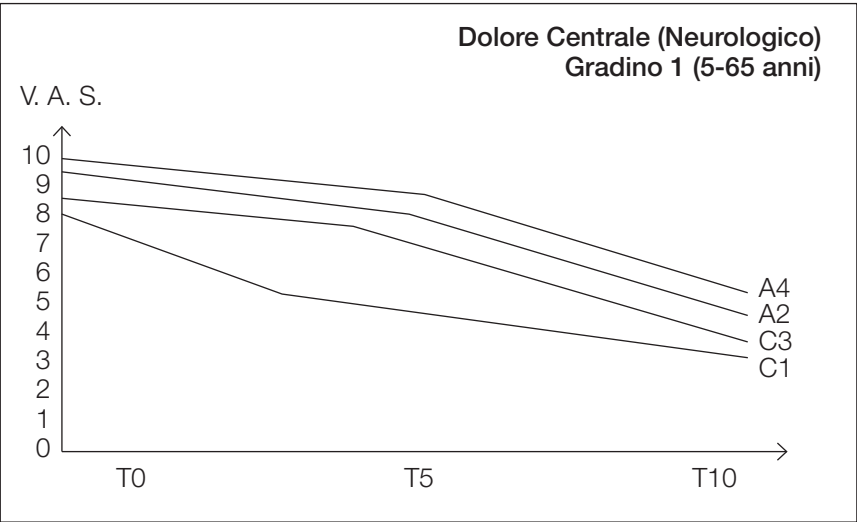
ESAME DEI SOTTOGRUPPI AL TERMINE DELLA TERAPIA.  
C1= 5 credenti trattati con preghiera e terapia farmacologica;  
C3= 4 credenti trattati solo con terapia farmacologica;  
A2= 15 agnostici trattati con preghiera e terapia farmacologica;  
A4= 6 agnostici trattati solo con terapia farmacologica.

**Tab. VI A. Sottogruppo dei pazienti affetti da DOLORE NEUROLOGICO (o CENTRALE).  
Gradino 2: 66-85 anni.**

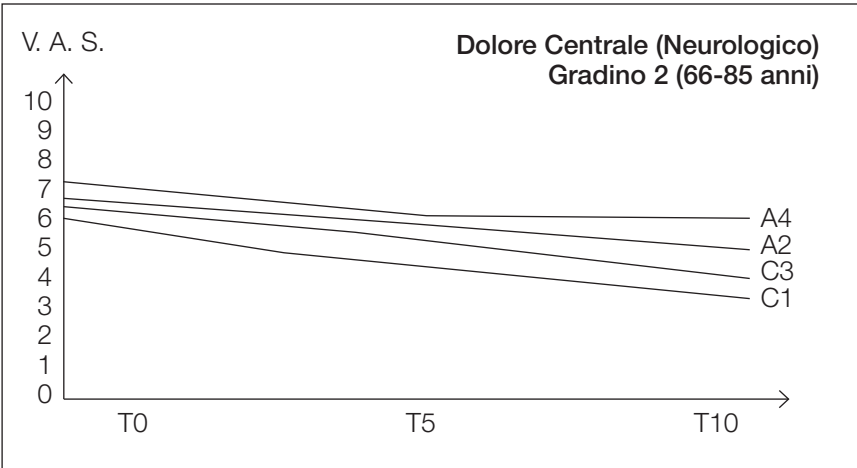
C1= 4 credenti trattati con preghiera e terapia farmacologica;  
C3= 3 credenti trattati solo con terapia farmacologica;  
A2= 3 agnostici trattati con preghiera e terapia farmacologica;  
A4= 2 agnostici trattati solo con terapia farmacologica.

**Tab. VI B. Sottogruppo dei pazienti affetti da DOLORE NEUROLOGICO (o CENTRALE).  
Gradino 3: 86-100 anni**

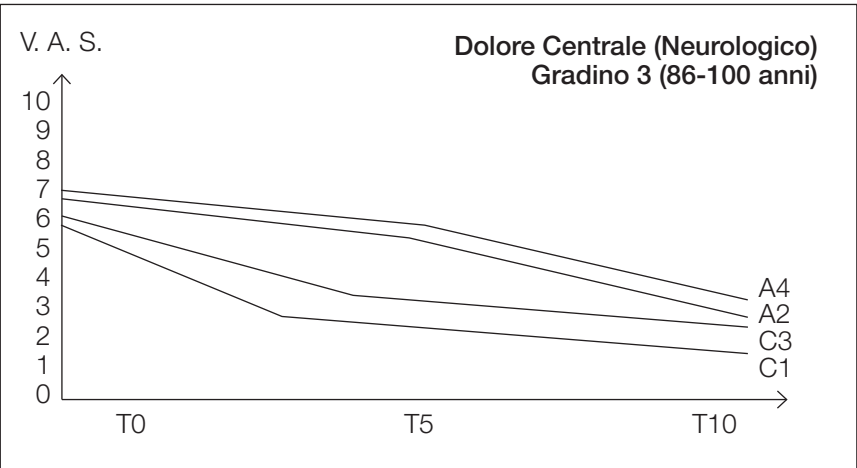
C1= 2 credenti trattati con preghiera e terapia farmacologica;  
C3= 3 credenti trattati solo con terapia farmacologica;  
A2= 2 agnostici trattati con preghiera e terapia farmacologica;  
A4= 2 agnostici trattati solo con terapia farmacologica.



**Fig. 11 A. Dolore Centrale (Cefalea, Emicrania, Nevralgia Trigeminale, Esiti Ictus ischemico o emorragico, Morbo di Alzheimer, Demenza multifartuale, Morbo di Parkinson) in pazienti del 1° Gradino. (5-65 anni).**



**Fig. 11 B. Dolore Centrale (Cefalea, Emicrania, Nevralgia trigeminale, Esiti ictus ischemico o emorragico, Morbo di Alzheimer, Demenza multifartuale, Morbo di Parkinson) in pazienti del 2° Gradino. (66-85 anni).**



**Fig. 11 C. Dolore Centrale (Cefalea, Emicrania, Nevralgia trigeminale, Esiti ictus ischemico o emorragico, Morbo di Alzheimer, Demenza multifartuale, Morbo di Parkinson) in pazienti del 3° Gradino. (86-100 anni).**

**Tab. VII. Sottogruppo di pazienti affetti da DOLORE ONCOLOGICO. Gradino 1 (5-65 anni).**

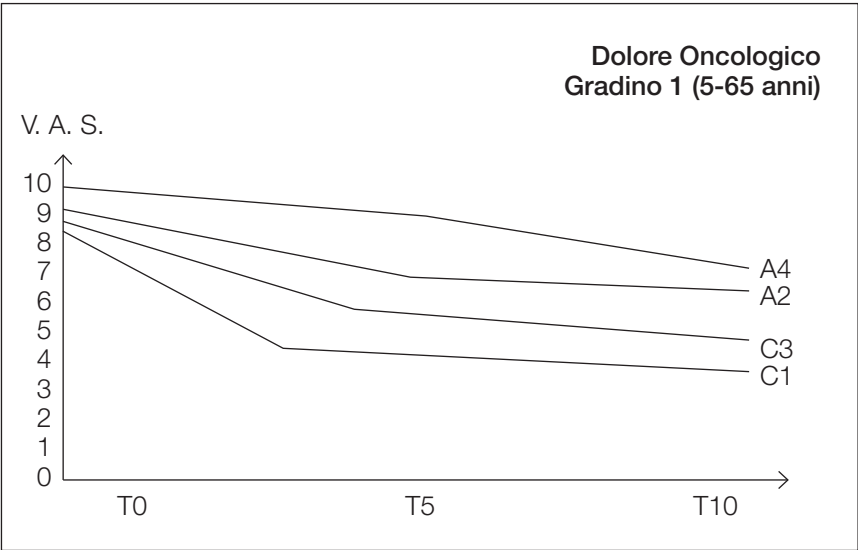
C1= 6 credenti trattati con preghiera e terapia farmacologica;  
C3= 3 credenti trattati solo con terapia farmacologica;  
A2= 4 agnostici trattati con preghiera e terapia farmacologica;  
A4= 11 agnostici trattati solo con terapia farmacologica

**Tab. VII A. Sottogruppo dei pazienti affetti da DOLORE ONCOLOGICO. Gradino 2 (66-85 anni).**

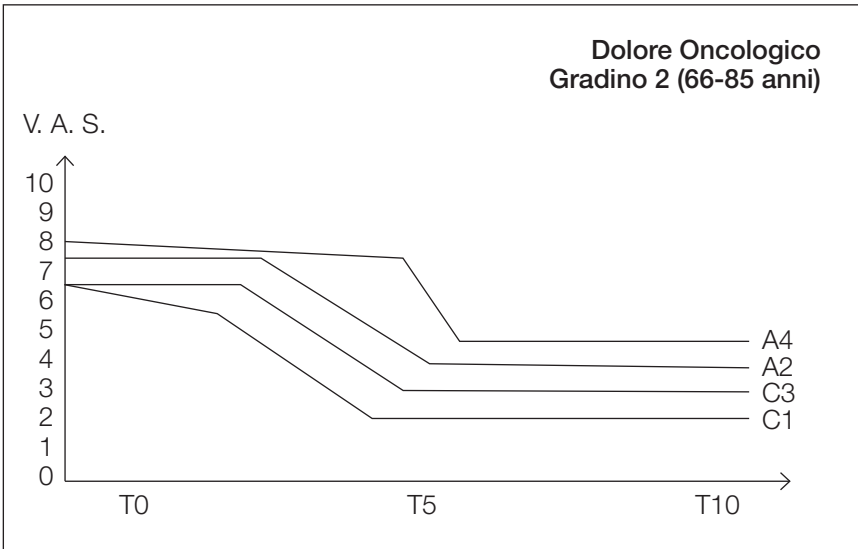
C1= 9 credenti trattati con preghiera e terapia farmacologica;  
C3= 12 credenti trattati solo con terapia farmacologica;  
A2= 11 agnostici trattati con preghiera e terapia farmacologica;  
A4= 8 agnostici trattati solo con terapia farmacologica.

**Tab. VII B. Sottogruppo dei pazienti affetti da DOLORE ONCOLOGICO. Gradino 3 (86-100 anni).**

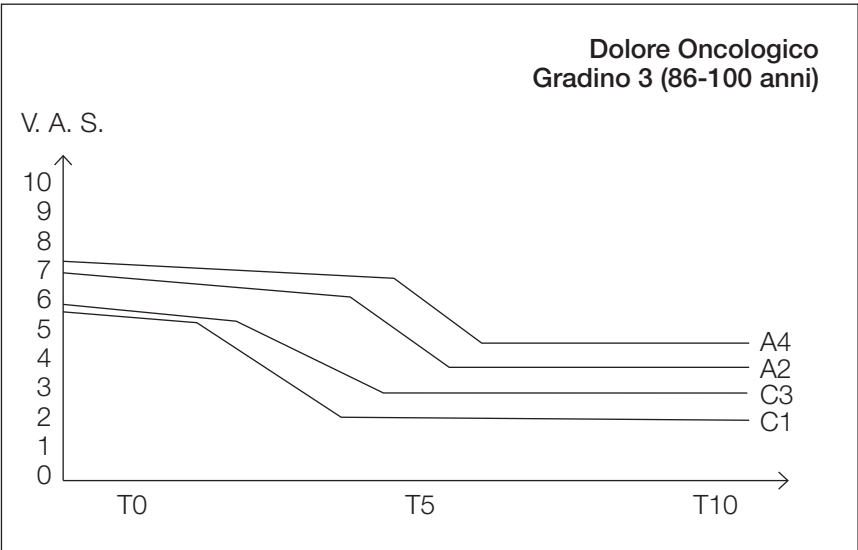
C1= 3 credenti trattati con preghiera e terapia farmacologica;  
C3= 1 credenti trattati solo con terapia farmacologica;  
A2= 3 agnostici trattati con preghiera e terapia farmacologica;  
A4= 1 credenti trattati solo con terapia farmacologica.



**Fig. 12 A. Dolore Oncologico di pazienti del gradino 1 (5-65 anni).**



**Fig. 12 B. Dolore Oncologico in pazienti del gradino 2 (66-85 anni).**



**Fig. 12 C. Dolore Oncologico in pazienti del gradino 3 (86-100 anni).**



**Tab. VIII. Sottogruppo dei pazienti affetti da DOLORE VASCOLARE del gradino 1 (5-65 anni).**

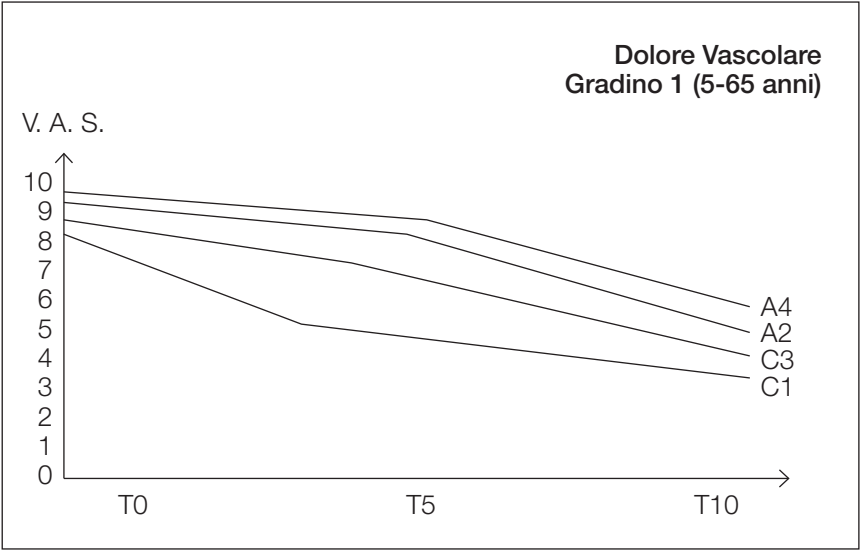
C1= 20 credenti trattati con preghiera e terapia farmacologica;  
C3= 6 credenti trattati solo con terapia farmacologica;  
A2= 12 agnostici trattati con preghiera e terapia farmacologica;  
A4= 10 agnostici trattati solo con terapia farmacologica.

**Tab. VIIIA. Sottogruppo dei pazienti affetti da DOLORE VASCOLARE. Gradino 2 (66-85 anni).**

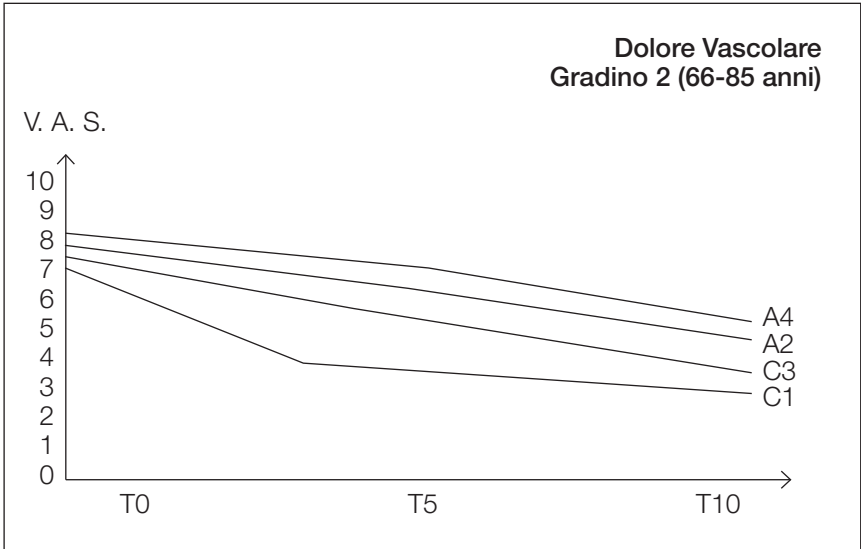
C1= 4 credenti trattati con preghiera e terapia farmacologica;  
C3= 10 credenti trattati solo con terapia farmacologica;  
A2= 6 agnostici trattati con preghiera e terapia farmacologica;  
A4= 16 agnostici trattati solo con terapia farmacologica.

**Tab. VIII B. Sottogruppo dei pazienti affetti da DOLORE VASCOLARE. Gradino 3 (86-100 anni).**

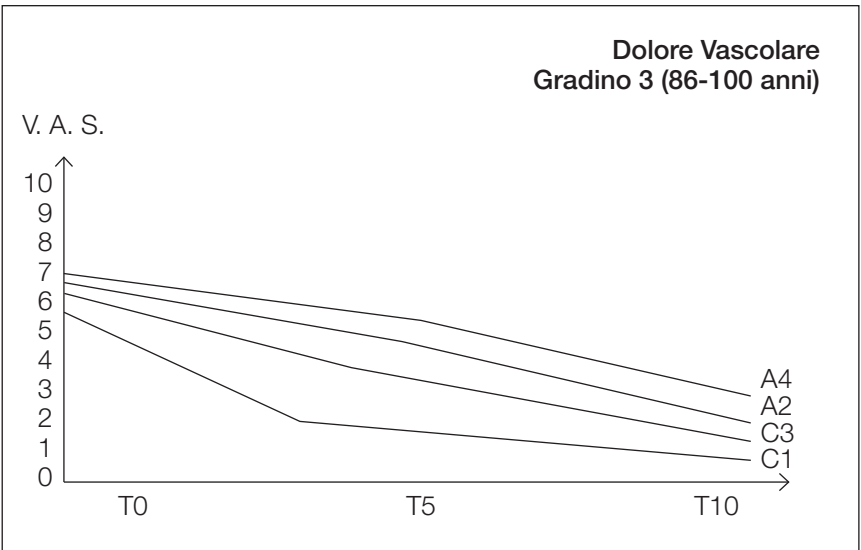
C1= 4 credenti trattati con preghiera e terapia farmacologica;  
C3= 3 credenti trattati solo con terapia farmacologica;  
A2= 6 agnostici trattati con preghiera e terapia farmacologica;  
A4= 5 agnostici trattati solo con terapia farmacologica.



**Fig. 13 A. Dolore Vascolare in pazienti del gradino 1 (5-65 anni).**



**Fig. 13 B. Dolore Vascolare in pazienti del gradino 2 (66-85 anni).**



**Fig. 13 C. Dolore Vascolare in pazienti del gradino 3 (86-100 anni).**

**Tab. IX. Sottogruppo di pazienti affetto da DOLORE SOMATICO (Articolare-Miofasciale). Gradino 1 (5-65 anni).**

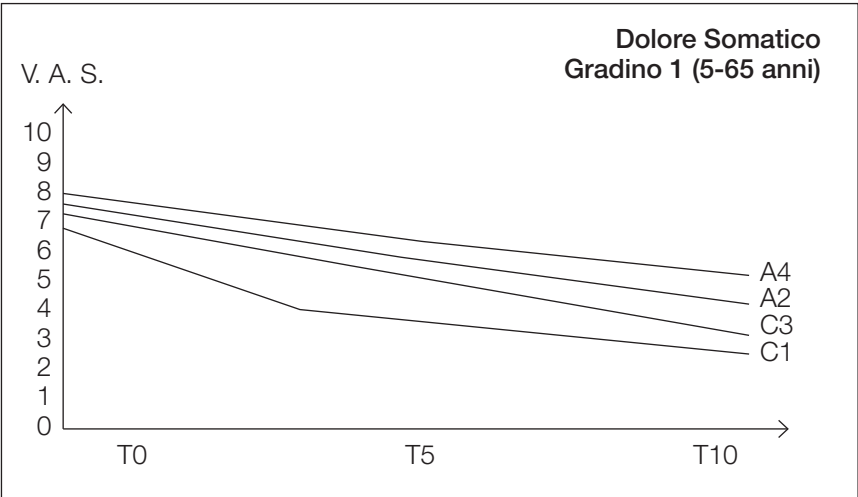
C1= 6 credenti trattati con preghiera e terapia farmacologica;  
C3= 5 credenti trattati solo con terapia farmacologica;  
A2= 4 agnostici trattati con preghiera e terapia farmacologica;  
A4= 3 agnostici trattati solo con terapia farmacologica

**Tab. IX A. Sottogruppo di pazienti affetto da DOLORE SOMATICO (Articolare-Miofasciale). Gradino 2 (66-85 anni).**

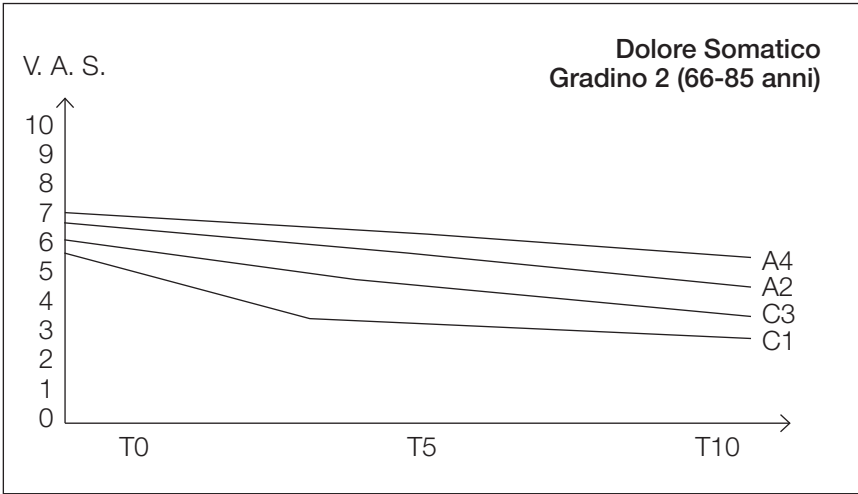
C1= 9 credenti trattati con preghiera e terapia farmacologica;  
C3= 6 credenti trattati solo con terapia farmacologica;  
A2= 5 agnostici trattati con preghiera e terapia farmacologica;  
A4= 4 agnostici trattati solo con terapia farmacologica

**Tab. IX B. Sottogruppo di pazienti affetto da DOLORE SOMATICO (Articolare-Miofasciale). Gradino 3 (86-100 anni).**

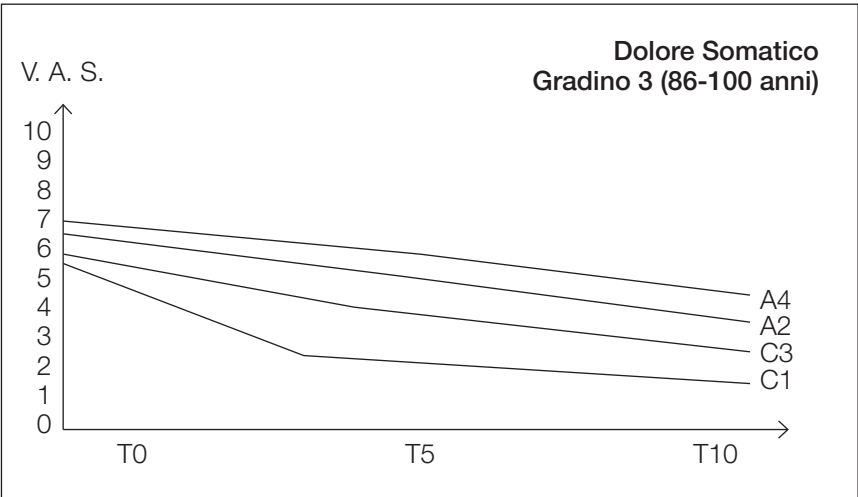
C1= 30 credenti trattati con preghiera e terapia farmacologica;  
C3= 19 credenti trattati solo con terapia farmacologica;  
A2= 15 agnostici trattati con preghiera e terapia farmacologica;  
A4= 20 agnostici trattati solo con terapia farmacologica.



**Fig. 14 A. Dolore Somatico (Articolare- Miofasciale; Artriti, Artrosi; Cervicalgia; Dorsalgia; Lombalgia) in pazienti del Gradino 1 (5-65 anni).**



**Fig. 14 B. Dolore Somatico (Articolare-Miofasciale: Artriti; Artrosi; Cervicalgia; Dorsalgia; Lombalgia) in pazienti del Gradino 2 (66-85 anni).**



**Fig. 14 C. Dolore Somatico (Articolare-Miofasciale: Artriti; Artrosi; Cervicalgia; Dorsalgia; Lombalgia) in pazienti del Gradino 3 (86-100 anni).**

Risultati e conclusioni

Dai dati esaminati nello studio è stato evidenziato che la variabilità dell'intensità del dolore è correlata:

1) all'età: gli anziani del gradino 3 (86-100 anni) avvertono meno dolore rispetto a quelli del gradino 2 (65-85 anni) e del gradino 1 (5-65 anni);

2) al fattore fenotipico ambientale: ambienti meno confortati predispongono a una maggiore percezione del dolore;

3) alla cultura: ceti di cultura più bassa e persone con fisionomia più umile tollerano meglio il dolore e rispondono meglio alle terapie rispetto alle persone più acculturate e arroganti;

4) per quanto riguarda il sesso, non esistono variazioni significative nella percezione del dolore tra uomo e donna, anche anziani, come già stato evidenziato in studi precedenti (Zucchi-Honings, 2005).

Caratteristiche dei diversi tipi di dolore nei tre gradini

Dallo studio è, inoltre, emerso che:

1) alcune forme cliniche di dolore vascolare-viscerale (infarto miocardico silente e malattia ulcerosa complicata) rappresentano patologie con sintomatologia dolorosa di intensità minima nei pazienti di età geriatrica del gradino 3 (86-100 anni) rispetto ai gruppi dei pazienti del gradino 1 e 2.

In queste patologie il dolore vascolare-viscerale si presenta quando vengono raggiunti livelli sufficienti di impulsi afferenti e quando si ha una appropriata attivazione delle vie ascendenti centrali. Negli anziani asintomatici si verificherebbe una insufficiente stimolazione tissutale con una relativa diminuita trasmissione midollare e conseguenziale minore integrazione corticale.

2) nel gradino 3 le condizioni cliniche di dolore vascolare-viscerale, insieme con quelle di dolore centrale e di dolore oncologico, si presentano con una minore frequenza, come dato epidemiologico, rispetto alle forme cliniche di dolore somatico (artrosi, artriti, fratture, herpes zoster, ustioni) molto ben rappresentate nella casistica di prestazioni mediche e di ricoveri eseguiti al pronto soccorso degli ospedali di diverse città.

3) i pazienti del gruppo di studio (S) e quelli del gruppo di controllo (C) del gradino 3 richiedono minori quantitativi di farmaci antalgici e di oppioidi, nei quattro tipi di dolore (Somatico, Vascolare, Neurologico, Oncologico), rispetto ai pazienti (S e C) dei gradini 2 ed 1.

4) lo strumento della lettura meditativa evangelica (preghiera) potenzia gli effetti dei farmaci antalgici in tutti e tre i gradini dei pazienti presi in esame, anche se maggiormente a favore di quelli del terzo gradino per una condizione fisiologica di minore percezione del dolore dovuta anche ad impostazioni di stili di vita più consapevoli.

È bene sottolineare, quindi, che l'intensità dei diversi tipi di dolore all'interno delle diverse fasce di età dei soggetti appartenenti a ciascuno dei tre gradini tende a diminuire dal gradino 1 al gradino 3.

Classificazione (a tre gradini) del dolore dell'anziano

In base ai dati ottenuti dal presente studio abbiamo formulato la scala a tre gradini del dolore dell'anziano per offrire una nuo-

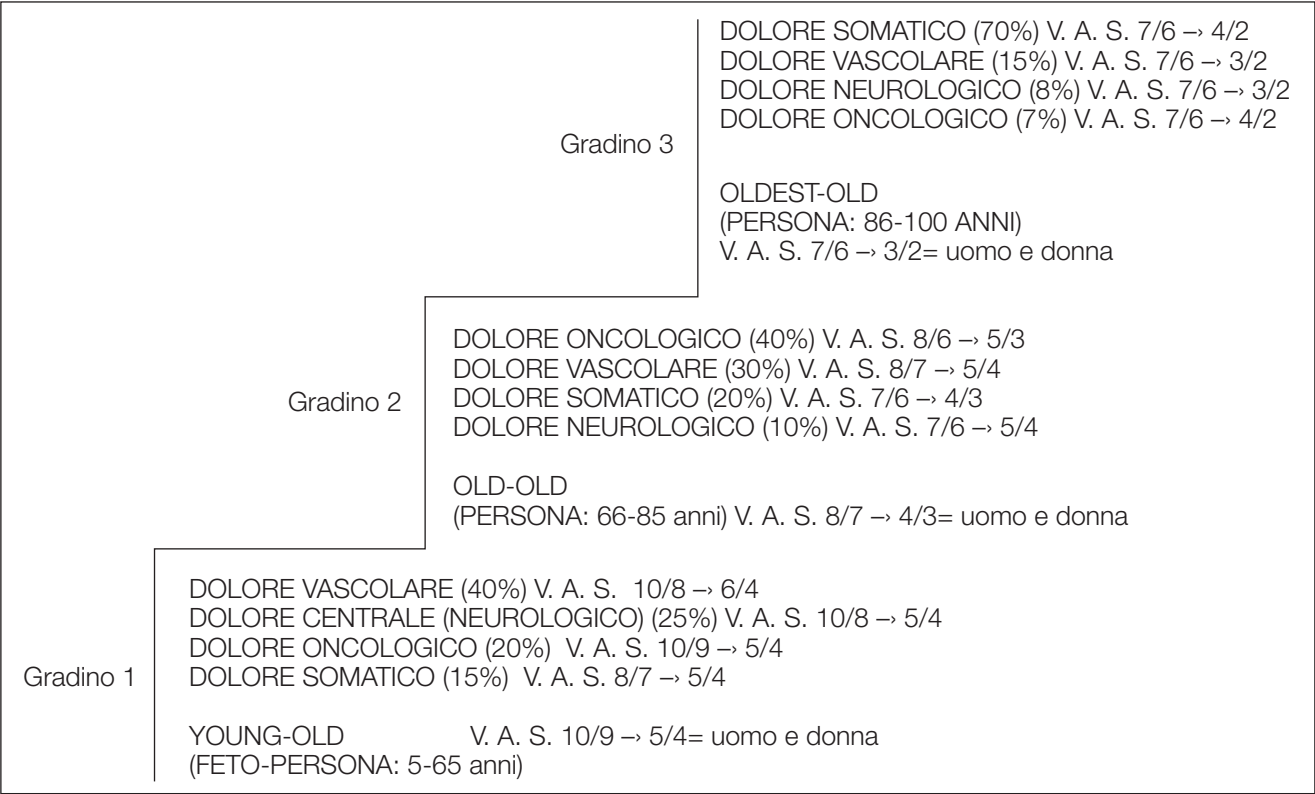


Fig. 15. Classificazione a tre gradini della soglia dei vari tipi di dolore a seconda dell'età.



va classificazione che esamina l'intensità e la frequenza dei vari tipi di dolore in base all'età del paziente. Questa condizione pone il feto (dalla settima settimana di gestazione) ed il neonato nello stesso gradino della persona adulta (65 anni), perché a parità di questa possiedono lo stesso apparato nocicettivo e, quindi, la stessa percezione del dolore (minima variabilità della V. A. S. all'interno del gradino).

## Conclusioni

### Frequenza dei vari tipi di dolore (vascolare, neurologico, oncologico, somatico) e media dell'intensità (V.A.S.) in base all'età del soggetto all'interno di ciascun gradino

L'età esaminata nel primo gradino in base alla percezione del dolore parte dal feto fino all'età di 65 anni. Per quanto riguarda la percezione del dolore nel periodo fetale e neonatale ci siamo avvalsi dei dati comparsi in letteratura, esaminando nella nostra casistica pazienti a partire dall'età di 5 anni. L'età del secondo gradino va da 66 anni a 85 anni, e l'età del terzo gradino va da 86 anni ad oltre 100 anni. L'andamento del dolore evidenzia un decremento dei suoi parametri, (intensità, durata, frequenza) man mano che saliamo i gradini con l'età.

All'interno di ciascun gradino si identifica non solo l'andamento, con piccole variazioni, della V.A.S. per i 4 tipi di dolore in base all'età, ma anche la frequenza del tipo di dolore prevalente: nel primo gradino al primo posto compare il *dolore vascolare*, dove la V.A.S. va da un valore 10/9 a un valore 5/4; nel secondo gradino al primo posto compare il *dolore oncologico*, dove la V.A.S. va da un valore 8/7 a un valore 4/3; nel terzo gradino al primo posto compare il *dolore somatico*, dove la V.A.S. va da un valore 7/6 a un valore 3/2. In ciascuno dei tre gradini il valore V.A.S. (intensità del dolore) è uguale sia nell'uomo che nella donna e con piccole differenze all'interno dei 4 tipi di dolore.

I pazienti di tutti e tre i gradini, oltre la terapia farmacologica,

sono stati invitati ad eseguire anche la lettura meditativa di un brano evangelico con potenziamento dell'effetto terapeutico nei diversi tipi di dolore.

Abbiamo voluto in questa classificazione del dolore dell'anziano fornire una visione globale dell'uomo partendo dal feto, per dare a questa entità dignità di persona, che avverte tutti i segnali dolorosi equivalenti a quelli dell'adulto, ribadendo che la percezione del dolore dell'uomo inizia dal suo *Essere Fetale* e che l'invecchiamento inizia dal suo *Essere Neonatale*.

In questo lavoro ci piace sottolineare come la percezione del dolore tenda a diminuire con l'aumentare dell'età e che questo parametro si presenta con fisionomia più evidente nei credenti rispetto agli agnostici nei diversi tipi di dolore esaminati in ciascun gradino. Questo rilievo è importante non solo sotto il profilo clinico, ma anche etico, perché dimostra come una vita improntata sui valori della sobrietà e della fede-preghiera aiuti a corroborare il nostro organismo anche sotto il profilo algico. ■

## Bibliografia

- ANAND, K. J. S., PHIL, D., HICKEY, P. R., *Pain and its effects in the human neonate and fetus*, The New England Journal of Medicine, 21 (1987) 1321-1329.
- ANAND, K. J. S., STEVENS, B. T., MC GRATH, P. J., *Pain in neonates*, 2 nd ed., Elsevier, Amsterdam, 2000.
- BELLIENI, C. V., *L'alba dell'io*, 2004, Società Editrice Fiorentina, Firenze.
- BELLIENI, C. V., *Sento dunque sono. Sensi e sensazioni del feto*, 2011, Edizioni Cantagalli, Siena.
- BERNARDI, L., SLEIGHT, P., BANDINELLI, G., CENCETTI, S., FATTORINI, L., WDOWCZYC-SZULC, J., LAGI, A., *Effect of rosary prayer and yoga mantras on autonomic cardiovascular rhythms: comparative study*, British Medical Journal, 323 (2001) 1446-1449.
- DERBYSHIRE, S. W. G., *Dolore fetale: un dibattito infantile*, Bioethics, 15 (2001) 77-84.
- DERBYSHIRE, S. W. G., *Foetal Pain*, Obstetrics and Gynaecology, Elsevier, 2010.
- EIJK, W. J., HENDRIKS, L. M., RAYMAKERS, J., FLEMING, J. I., *Manual of Catholic Medical Ethics*, Connor Court Publishing, Ballarat (The Netherlands), pp. 720, 2014.
- ENGELHARDT, H. T. Jr., *The foundations of bioethics*, 1986.
- ERIKSSON, P. S., PERFILEVA, E., BJORKERIKSSON, T., ALBORN, A. M., NORDBORG, C., PETERSON, D. A., GAGE, F. H., *Neurogenesis in the adult human hippocampus*, Nat.Med., 4 (1998) 1313-1317.
- FANELLI, G., VENTRIGLIA, G., *Il dolore*

*cronico in Medicina Generale*, Ministero della Salute, Roma, 2010.

GIOVANNI PAOLO II, *Lettera agli anziani*, 1 Ottobre 1999.

JOHNSON, D. M., *L'uomo chiamato cavallo*. In: G. Aristarco (Ed.), Cinema Nuovo, Sansoni, Firenze, 1970, pp. 132-137.

KOSAMBI, D. D., *Living prehistory in India*, Sci. Amer., 216 (1967) 105-120.

KROEBER, A. L., *Essays in historical anthropology of North America*, Washington, (1940) 1-58.

KROEBER, A. L., *A cross-cultural survey of South American Indian tribes: esthetic and recreational activities*. In: J. H. Steward (Ed.), Handbook of South American Indians, Washington, V, 1940, pp. 411-492.

KROEBER, A. L., *The Chibcha*. In: J. H. Steward (Ed.), Handbook of South American Indians, Washington, V, 1940, pp. 887-909.

MAGHERINI, G., *La Sindrome di Stendhal. Il malessere del viaggiatore di fronte alla grandezza dell'arte*, Ponte alle Grazie Editore, Firenze, 1989.

MUKAMEL, D. G., EKSTROM, A. D., KAPLAN, J., IACOBONI, M., FRIED, I., *Single neuron responses in human during execution and observation of actions*, Current Biology, 20 (2010) 750-756.

NEWBERG, A., *Dio nel cervello*, Mondadori, 2002.

READER, V. G., FISK, N. M., *Fetal pain: implications for research and practice*, International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 9 (1999) 881-886.

RIZZOLATTI, G., CRAIGHERO, L., *The mirror neuron system*, Ann. Rev. Neurosci., 27 (2004) 169-192.

RUSSO, G., *Anzianità*. In G. Russo (Ed.), Enciclopedia di Bioetica e Sessuologia, 236-240, 2004, Editrice Velar, Elledici Leumann, Torino.

RUSCHWEYH, R., WILLEMER, C., KRUGER, K., DUNING, T., *Physical activity and memory functions: an interventional study*, Neurobiology of Aging, 32 (2009) 1304-1319.

SCHJODT, U., STODKILDE-JORGENSEN, H., GEERTZ, A. W., ROEPSTORFF, A., *Highly religious participants recruit areas of social cognition*, Social Cognitive and Affective Neuroscience, 2009.

SGRECCIA, E., *Manuale di Bioetica*, Vita e Pensiero, 1991, Milano.

SINGER, T., *Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain*, Science, 303 (2004) 1157-1162.

SURMEIER, D. J., *Dopamine and working memory mechanisms in prefrontal cortex*, Journal of Physiology, 4 (2007) 885-890.

TAROCCHI, S., *Il tema della guarigione nel Nuovo Testamento: motivi principali*, Religioni e Società, 9 (1994) 30-38.

TAROCCHI, S., *S. Paolo e la sofferenza*. In: G. Cinà, E. Locci, C. Rocchetta, L. Sandrin, (Eds.) *Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria*, Ed. Cammigliane, Torino, 744-751, 1997.

TAROCCHI, S., *La tua fede ti ha salvato* (Mc 5, 34; 10, 52; Lc 17, 19; 7, 50). Guarigione come salvezza nei sinottici, Vivens Homo, 10 (1999) 5-25.

UNGAR, A., RAFANELLI, M., IACOMELLI, I., BRUNETTI, M. A., CECCOFILIO, A., TESI, A., MARCHIONNI, N., *Fall prevention in the elderly*, Clin Cases Miner Bone Metab. 10 (2013) 91-95.

UNGAR, A., LAMBERTUCCI, L., AGRESTI, C., PINI, R., BODDI, M., VALENTINI, M. C., PARATI, G., MODESTI, P. A., *Hypertension and reduced renal function in an 83-year-old patient*, Internal Emerg Med, 1 (2006) 40-48.

ZUCCHI, P. L., DURANTI, R., *Argomenti di Patologia Medica*, pp. 1-660, 1979, Uncini Pierucci Editore, Firenze.

ZUCCHI, P. L., GALLETTI, R., DURANTI, R., BASILE, A., *Il Dolore: basi anatomico-fisiologiche e terapia*. In: *Trattato di Patologia Medica*, pp. 15-80, 1980, Piccin Editore, Padova.

ZUCCHI, P. L., GALLETTI, R., ROCCHI, P., BRUCINI, M., DURANTI, R., *Valutazione quantitativa di modificazioni di ordine trofico nel sottocutaneo compreso entro l'area del dolore da focolai algogeni somatici: nuova metodica basata sulla misura della capacità del tessuto ad accettare liquidi dall'esterno (accettanza)*, *Il Dolore* 2 (1980) 73-93.

ZUCCHI, P. L., VIVALDI-FORTI, C., MILANESCHI, E., *Il Dolore nell'anziano: aspetti fisiopatologici e psicologici*, *Algologia*, 2 (1982) 197-214.

ZUCCHI, P. L., VECCHIET, L., GIAMBERARDINO, M. A., OBLETTER, G., MARINI, I., *Il Dolore Somatico. Le sindromi dolorose miofasciali: i trigger points*, cap. III a, pp. 1-71, 1987, Guanella Editore, Roma.

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, published by the Institute for the Study and Therapy of Pain- Via Venezia n. 10 – 50121 Firenze-Italia.

ZUCCHI, P. L., *Terapia del Dolore. Dal curare al prendersi cura*, *Dolentium Hominum*, 58 (2005) 28-34; *Algologia*, 1/2 (2005) 109-131.

ZUCCHI, P. L., HONINGS, B., VOEGELIN, M. R., *Dolore-Musica-Preghiera. Valutazione degli effetti della musica e della preghiera sull'efficacia della terapia farmacologica in soggetti affetti da cefalea muscolo-tensiva (dolore cranio-facciale)*, *Dolentium Hominum*, 60 (2005) 14-30; *Algologia*, 1/2 (2005) 134-182.

ZUCCHI, P. L., HONINGS, B., *Il Dolore da cancro. La morte e il morire. Aspetti clinici, terapeutici, etico-teologici*, *Dolentium Hominum*, 65 (2007) 61-72.

ZUCCHI, P. L., HONINGS, B., VOEGELIN, M. R., *Dolore-Placebo-Preghiera. Aspetti clinici, terapeutici ed etici*, *Dolentium Hominum*, 68 (2008) 12-29; *Algologia*, Special Number, (2008) 1-55.

ZUCCHI, P. L., HONINGS, B., *Il dolore:*

*corpo-anima. Algos e Pathos: dal livello della natura (Creazione) a livello della Grazia (Redenzione). Malattie algo-logiche, algopato-logiche e pato-logiche. Nuovi aspetti terapeutici*, *Dolentium Hominum*, 75 (2010) 14-30; *Algologia*, Special Number, (2011) 1-56.

ZUCCHI, P. L., HONINGS, B., *Dolore-Piacere-Gioia. Dal soma allo pneuma. Una visione medico-teologica integrata dell'uomo*, *Dolentium Hominum*, 82(2013)18-34.

ZUCCHI, P. L., HONINGS, B., *Il dolore: neuroscienze e spiritualità*. Convegno su "Dolore e Spiritualità", organizzato da LILT, AMCI, Prato, 25 Maggio 2013 e pubblicato su "Orizzonte Medico"1 (2014) 9-20.

ZUCCHI, P. L., HONINGS, B., *Il dolore e la semeiologia del volto: aspetti antropologici, clinici e teologici*, in press.

## Ringraziamenti

Gli Autori desiderano porgere un particolare ringraziamento a Benedetta Zucchi per i preziosi suggerimenti sulla parte iconografica del presente lavoro.



## Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari per la Pastorale della Salute



### Presentazione

### Compiti

### Aree geografiche

### Pubblicazioni

### Giornate mondiali

### Fondazione Il Buon Samaritano



Il Buon Samaritano, mosaico di Padre M.I. Rupnik S.I.

### Ricerca



### Login

Nome Utente:

Password:

Accedi

### Galleria

[Archivio Immagini](#)

[Archivio Video](#)

### Utilità

[Contatti ufficiali](#)

Volume dell'Arcivescovo Zimowski sulla pastorale della salute  
Dio ha visitato il suo popolo. Sulla via dell'uomo che soffre



"Anche la clinica e l'ospedale, come ogni malato e sofferente, sono luoghi e persone interessati alla nuova evangelizzazione. È emerso nella presentazione, alla vigilia del Sinodo dei vescovi, di un volume di Zygmunt Zimowski (Dio ha visitato il suo popolo. Sulla via dell'uomo che soffre, Libreria Editrice Vaticana, 2012, pagg. 258, 18 euro), Arcivescovo presidente del dicastero vaticano per gli operatori sanitari. È

un'accurata documentazione di un percorso pastorale - giunto ormai a maturazione - di un importante dicastero vaticano. Si tratta del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari. È il dicastero che testimonia della cura con la quale la Chiesa"

[Continua](#)

## XXIX Conferenza Internazionale del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari (per la Pastorale della Salute)

**"La persona con disturbi dello spettro  
autistico: animare la speranza"**

Città del Vaticano, 20-22 novembre 2014

[\(Programma - Programme\)](#)  
[Download della scheda d'iscrizione \(PDF\)](#)

### PREGHIERA

[Italiano](#)

[English](#)

[Français](#)

### In evidenza

2015 - ANGELUS DEL SANTO  
PADRE DELL'8 FEBBRAIO

2015 - MESSAGGIO DEL  
SANTO PADRE FRANCESCO  
PER LA XXIII GIORNATA  
MONDIALE DEL MALATO

2015 - MESSAGE OF HIS  
HOLINESS POPE FRANCIS FOR  
THE 23rd WORLD DAY OF THE  
SICK

2015 - MENSAGEM DO PAPA  
FRANCISCO PARA O XXIII DIA  
MUNDIAL DO DOENTE

2015 - MENSAJE DEL SANTO  
PADRE CON OCASIÓN DE LA  
XXIII JORNADA MUNDIAL DEL  
ENFERMO

2015 - BOTSCHAFT VON  
PAPST FRANZISKUS ZUM  
XXIII WELTTAG DER KRANKEN

2015 - MESSAGE DU PAPE