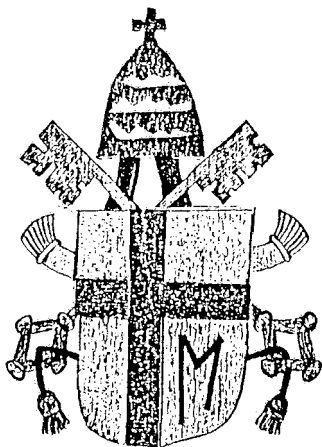




DOLENTIUNI HOMINUNI

N. 24 (anno VIII N. 3) 1993

RIVISTA DEL PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI

Direzzione, Redazione, Amministrazione:

Città del Vaticano
Tel.: 698.83138, 698.84720, 698.84799
Fax: 698.83139
Telex: 2031 SANITPC VA

In copertina:

vetrata di P. Costantino Ruggeri

Pubblicazione quadrimestrale

Abbonamento: L. 60.000
(estero \$ 60 o importo equivalente
in valuta locale) compresa spedizione

Una copia lire 20.000
(estero \$ 20 o importo equivalente
in valuta locale) compresa spedizione

Stampa

Tipografia Vaticana

Direttore:

FIorenZO CARD ANGELINI

Redattore Capo:

P. JOSÉ L. REDRADO, OH

Segretario:

P. FELICE RUFFINI, MI

Comitato di Redazione:

DON GIOVANNI D'ERCOLE F.D.P.
SR. CATHERINE DWYER M.M.M.
DR. GIOVANNI FALLANI
MONS. JESUS IRIGOYEN
PROF. JÉRÔME LEJEUNE
P. VITO MAGNO R.C.I.
ING. FRANCO PLACIDI
PROF. GOTTFRIED ROTH
MONS. ITALO TADDEI

Collaborano in Redazione:

P. DAVID MURRAY M.ID.
MARIA ANGELES CABANA M.ID.
SR. MARIE-GABRIEL MULTIER
D. JEAN-MARIE M. MPENDAWATU

Sped. in abb. post. gr. IV/70%
III Quadrimestre 1993

sommario



EDITORIALI

- 5 Messaggio del Santo Padre per la Giornata Mondiale del malato 1994
- 9 Enciclica « Veritatis Splendor »
P. Domingo Basso
- 12 La pastorale della salute nel XLV Congresso Eucaristico Internazionale di Siviglia

MAGISTERO

- 17 Dai discorsi del Santo Padre

ARGOMENTI

- 26 Diritti del malato in fase terminale
- 33 Catechismo della Chiesa cattolica e persone handicappate
D. Renato Gargini
- 39 Portatori di handicap e famiglia
Maria Teresa Vázquez
- 43 Infermeria: il paziente come centro di attenzione
Cecilio Eseverri Chaverri

TESTIMONIANZE

- 48 Spagna: programmazione pastorale della salute
- 50 **Chile:** cura ospedaliera e medicina cattolica
- 52 **L'Anffas** e la famiglia nella società
- 54 Venezuela: piano annuale di abilitazione di professionisti
- 56 Colon: Pastorale della Salute



ATTIVITÀ DEL PONTIFICIO CONSIGLIO

58 **Conferenze**

Servire infirmos

Pianeta anziani

Che cosa si aspetta da noi la Chiesa come persone consacrate all'ospitalità

Programmazione ed animazione della Pastorale nel campo sanitario

76 **Cronache**

Mosca: benedizione e inaugurazione dei lavori del Centro ospedaliero pediatrico

Parigi: sede di vari incontri

Budapest: conferenza sulla bioetica

Colonia: conferenza delle Organizzazioni Internazionali Cattoliche (OIC)

Troina: pianeta anziani

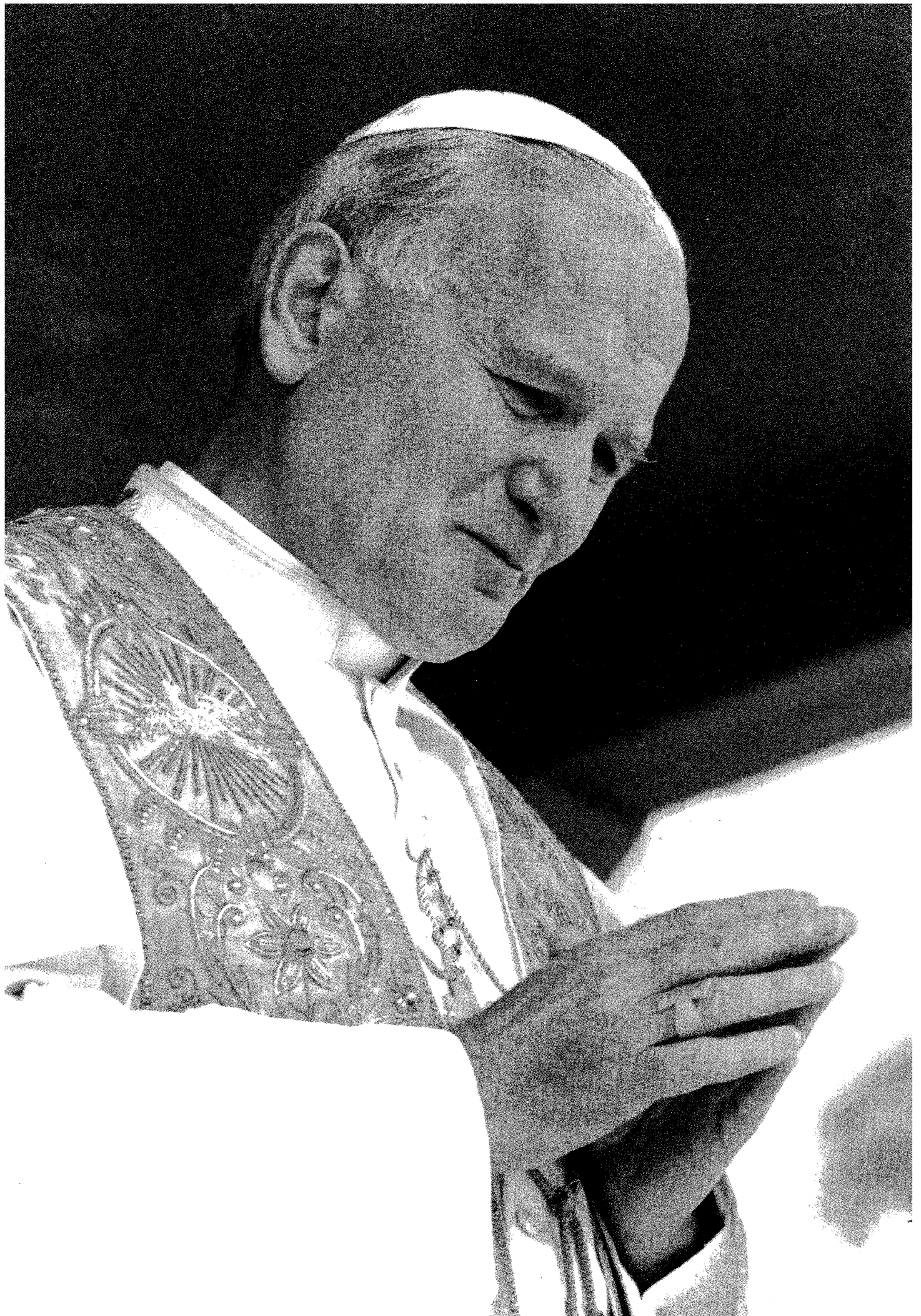
Praga: simposio delle Conferenze Episcopali Europee

Bruxelles: comunicazione e farmaci

Roma: corso di pastorale sanitaria

Città del Vaticano: VIII Conferenza Internazionale: « Il bambino è il futuro della società »

Le illustrazioni di questo numero sono tratte dal libro « Nel segno della luce » di Giuseppe Finocchiaro D'Inessa edito a cura dell'« Oasi Maria SS.ma » – Troina (Enna).



MESSAGGIO DEL SANTO PADRE per LA II GIORNATA MONDIALE DEL MALATO 1994

1. A voi, carissimi Fratelli e Sorelle, che portate nel corpo e nello spirito i segni della sofferenza umana, rivolgo con affetto il mio pensiero nella significativa ricorrenza della *Giornata Mondiale del Malato*.

Saluto in particolare voi, malati, che avete la grazia della fede in Cristo, Figlio di Dio vivo, fatto uomo nel grembo della Vergine Maria. In Lui, solidale con tutti i sofferenti, crocifisso e risorto per la salvezza degli uomini, voi trovate la forza di vivere la vostra sofferenza come « dolore salvifico ».

Vorrei poter incontrare ciascuno di voi, in ogni luogo della terra, per benedirvi nel nome del Signore Gesù, che passò « facendo del bene e sanando » gli infermi (*At 10, 38*). Vorrei poter stare accanto a voi per consolare le pene, sostenere il coraggio, alimentare la speranza, così che ciascuno sappia fare di sé un dono d'amore a Cristo per il bene della Chiesa e del mondo.

Come Maria ai piedi della Croce (cf. *Gv 19, 25*), desidero sostare presso il calvario di tanti fratelli e sorelle, che in questo momento sono straziati da guerre fratricide, languono negli ospedali o sono in lutto per i loro cari, vittime della violenza. La *Giornata mondiale* ha quest'anno il suo più solenne momento celebrativo nel santuario mariano di Czestochowa, per implorare dalla materna intercessione della Beatissima Vergine il dono divino della pace, insieme col conforto spirituale e corporale delle persone ammalate a sofferenti, che offrono in silenzio alla Regina della pace i loro sacrifici.

2. In occasione della *Giornata Mondiale del Malato* desidero richiamare l'attenzione di voi infermi, degli operatori sanitari, dei cristiani e di tutte le persone di buona volontà sul tema del « dolore salvifico », cioè sul significato cristiano della sofferenza, argomento sul quale mi sono soffermato nella Lettera apostolica *Salvifici doloris*, pubblicata l'11 febbraio di dieci anni fa.

Come si può parlare di dolore salvifico? La sofferenza non è forse intralcio alla felicità e motivo di allontanamento da Dio? Senza dubbio esistono tribolazioni che, dal punto di vista umano, sembrano prive di qualunque significato.

In realtà, se il Signore Gesù, Verbo incarnato, ha proclamato « beati gli afflitti » (*Mt 5, 4*), è perché esiste un punto di vista più alto, quello di Dio, che tutti chiama alla vita e, se pur attraverso il dolore e la morte, al suo Regno eterno di amore e di pace.

Felice la persona che riesce a far risplendere la luce di Dio nella povertà di una vita sofferta o diminuita!

3. Per attingere questa luce sul dolore, dobbiamo anzitutto ascoltare la Parola di Dio, contenuta nella Sacra Scrittura, che può definirsi anche « un grande libro sulla sofferenza » (*Salvifici doloris*, 6). In essa, infatti, troviamo « un vasto elenco di situazioni variamente dolorose per l'uomo » (*ibid.*, 7), la multiforme esperienza del male, che suscita inevitabilmente l'interrogativo: « Perché? » (*ibid.*, 9).

Tale domanda ha trovato nel Libro di Giobbe la sua espressione più drammatica ed insieme una prima parziale risposta. La vicenda di quell'uomo giusto, provato in tutti i modi nonostante la sua innocenza, mostra che « non è vero che ogni sofferenza sia conseguenza della colpa e abbia carattere di punizione » (*ibid.*, 11).

La risposta piena e definitiva a Giobbe è Cristo. « Soltanto nel mistero del Verbo incarnato trova vera luce il mistero dell'uomo » (*Gaudium et spes*, 22). In Cristo 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: « Dio ha tanto amato il mondo da dare il suo Figlio unigenito, perché chiunque crede in lui non muoia, ma abbia la vita eterna » (*Gv* 3, 16).

È il *Figlio* che « s'incammina verso la propria sofferenza, consapevole della sua forza salvifica, va obbediente al Padre, ma prima di tutto è *unito al Padre in questo amore*, con il quale egli ha amato il mondo e l'uomo nel mondo » (*Salvifici doloris*, 16).

È lo *Spirito Santo* che, per bocca dei Profeti, annuncia le sofferenze che il Messia volontariamente abbraccia per gli uomini e in qualche modo al posto degli uomini: « Egli si è caricato delle nostre sofferenze, si è addossato i nostri dolori... Il Signore fece ricadere su di Lui l'iniquità di noi tutti » (*Is* 53, 4-6).

4. Ammiriamo, Fratelli e Sorelle, il disegno della divina Sapienza! Cristo « si è avvicinato... al mondo della sofferenza per il fatto di aver assunto egli stesso questa sofferenza su di sé » (*Salvifici doloris*, 16): si è fatto in tutto simile a noi, eccetto che nel peccato (cf. *Eb* 4, 15; *1 Pt* 2, 22), ha fatto propria la nostra condizione umana con tutti i suoi limiti, compresa la morte (cf. *Fil* 2, 7-8), ha offerto la sua vita per noi (cf. *Gv* 10, 17; *1 Gv* 3, 16) perché noi vivessimo della vita nuova nello Spirito (cf. *Rm* 6, 4; 8, 9-11).

Accade talvolta che sotto il peso di un dolore acuto e insopportabile qualcuno muova un rimprovero a Dio accusandolo di ingiustizia; ma il lamento muore sulle labbra di chi contempla il Crocifisso che soffre « volontariamente » e « innocentemente » (*Salvifici doloris*, 18). Non si può rimproverare un Dio solidale con le sofferenze umane!

5. 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 » (*ibid.*, 19); « 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 » (*ibid.*, 20).

La ragione, che già coglie la distinzione esistente tra il dolore e il male, illuminata dalla fede comprende che ogni sofferenza può diventare, per grazia, prolungamento del mistero della Redenzione, la quale, pur essendo completa in Cristo, « rimane costantemente aperta ad ogni amore che si esprime nell'umana sofferenza » (*ibid.*, 24).

Tutte le tribolazioni della vita possono divenire segni e premesse della gloria futura. « Nella misura in cui partecipate alle sofferenze di Cristo — esorta la prima Lettera di Pietro — rallegratevi perché anche nella rivelazione della sua gloria possiate rallegrarvi ed esultare » (1 Pt 4, 13).

6. Voi sapete per esperienza, cari malati, che nella vostra situazione più che di parole c'è bisogno di esempi. Sì, tutti abbiamo bisogno di modelli che ci spronino a camminare sulla via della santificazione del dolore.

In questa Memoria della Beata Vergine di Lourdes, guardiamo a Maria come ad *icona vivente del Vangelo della sofferenza*.

Ripercorrete con la mente gli episodi della sua vita. Troverete Maria nella povertà della casa di Nazaret, nell'umiliazione della stalla di Betlemme, nelle ristrettezze della fuga in terra d'Egitto, nella fatica del lavoro umile e benedetto con Gesù e con Giuseppe.

Soprattutto dopo la profezia di Simeone, che preannunciava la partecipazione della Madre alla sofferenza del Figlio (Lc 2, 34), Maria sperimentò a livello profondo un misterioso presagio di dolore. Insieme col Figlio, anch'essa cominciò ad avviarsi verso la Croce. « Fu sul Calvario che la sofferenza della Beata Vergine Maria, accanto a quella di Gesù, raggiunse un vertice già difficilmente immaginabile nella sua altezza dal punto di vista umano, ma certo misterioso e soprannaturalmente fecondo ai fini dell'universale salvezza » (*Salvijici doloris*, 25).

La Madre di Gesù fu preservata dal peccato, ma non dalla sofferenza. Perciò il popolo cristiano si identifica con la figura della Vergine Addolorata, scorgendo nel dolore i propri dolori. Contemplandola, ogni fedele viene introdotto più intimamente nel mistero di Cristo e del suo dolore salvifico.

Cerchiamo di entrare in comunione col Cuore immacolato della Madre di Gesù, in cui si è ripercosso in modo unico e incomparabile il dolore del Figlio per la salvezza del mondo. Accogliamo Maria, costituita da Cristo morente Madre spirituale dei suoi discepoli, e affidiamoci a Lei, per essere fedeli a Dio nell'itinerario dal Battesimo alla gloria.

7. Mi rivolgo ora a voi, operatori sanitari, medici, infermieri e infermiere, cappellani e sorelle religiose, personale tecnico e amministrativo, assistenti sociali e volontari.

Come il Buon Samaritano siete accanto e al servizio dei malati e dei sofferenti, rispettando in loro, anzitutto e sempre, la dignità di persone e, con gli occhi della fede, riconoscendo la presenza di Gesù sofferente. Guardatevi dall'indifferenza che può derivare dall'abitudine; rinnovate quotidianamente l'impegno di essere fratelli e sorelle per tutti, senza discriminazione alcuna; al contributo insostituibile della vostra professionalità, unita alla idoneità delle strutture, aggiungete il « cuore », che solo è in grado di umanizzarle (*Salvijici doloris*, 29).

8. Faccio, infine, appello a voi, responsabili delle Nazioni, perché consideriate la sanità quale problema prioritario a livello mondiale.

È tra le finalità della *Giornata Mondiale del Malato* condurre un'opera di vasta sensibilizzazione sui gravi e inderogabili problemi attinenti alla sanità e alla salute. Circa due terzi dell'umanità mancano ancora dell'essenziale assistenza sanitaria, mentre le risorse impiegate in questo settore sono troppo spesso insufficienti. Il programma dell'Organizzazione Mondiale della Sanità — « Salute per tutti entro l'anno Duemila » — che potrebbe sembrare un miraggio, stimoli invece una gara di fattiva solidarietà. Gli straordinari progressi della scienza e della tecnica e lo sviluppo dei mezzi di comunicazione di massa contribuiscono a rendere sempre più consistente questa speranza.

9. Carissimi malati, sostenuti dalla fede affrontate il male in tutte le sue forme senza scoraggiarvi e senza cedere al pessimismo. Cogliete la possibilità aperta da Cristo di trasformare la vostra situazione in espressione di grazia e di amore. Allora anche il vostro dolore diventerà salvifico e contribuirà a completare i patimenti di Cristo a favore del suo Corpo che è la Chiesa (cf. *Col 1, 24*).

A voi tutti, agli operatori sanitari, a quanti si dedicano al servizio di chi soffre auguro grazia e pace, salvezza e salute, forza di vita, assiduo impegno e speranza indefettibile. Insieme con la materna assistenza della Vergine Santa, *Salus infirmorum*, vi accompagni e vi conforti sempre la mia affettuosa Benedizione.

Dal Vaticano, 8 dicembre 1993.

Joannes Paulus II

L'Enciclica « Veritatis Splendor »: nuova pietra miliare nella chiarificazione della dottrina morale cattolica

1. Il punto di partenza ed il motivo

Ho letto e riletto poco fa, con somma attenzione, questa monumentale Enciclica di S.S. Giovanni Paolo II e benché sia convinto che troverò nuove e importantissime sfumature in uno studio più minuzioso, questa prima lettura mi suggerisce non poche riflessioni.

Forse la trascendenza di questo nuovo splendido documento del Magistero non sarà percepita subito e valutata in tutta la sua portata dalla grande folla di fedeli come potranno farlo invece i periti. Questo è logico e normale, perché questa esposizione della struttura vertebrale della morale cattolica suppone ampie conoscenze previe e una relazione circa la situazione che si è andata creando di fronte alla teologia morale contemporanea da certe concezioni — oggi chiaramente identificate e definite dall'Enciclica — che si sono diffuse in modo progressivo fino ad essere presentate come la « vera lettura cristiana » della realtà morale. Sarà necessario per questo affrontare nel futuro un vasto e paziente lavoro di illustrazione.

Ma a tutti noi che da anni lavoriamo nella ricerca e nella docenza della teologia morale, le suddette concezioni, delle quali si occupa particolarmente il capitolo II dell'Enciclica, non ci erano sconosciute e costituivano un motivo di profonda preoccupazione perché implicavano una radicale modifica dei criteri morali circa molti e gravi problemi. Queste concezioni sono state il motivo circostanziale di questa nuova ed imprescindibile riformulazione delle fondamenta della morale cattolica perché « già non si tratta di contestazioni parziali e occasionali ma partendo da determinate concezioni antropologiche ed etiche, si mette in discussione in modo globale e sistematico il patrimonio morale » (*Introduzione*, n. 4). È vero che il Magistero si era espresso nel passato su innumerevoli temi morali; è anche vero che aveva incidentalmente messo in allerta in altri importanti e più recenti documenti sulla nefasta influenza di quegli errori sempre più frequenti. Ma si sperimentava ormai come urgente un più ampio e chiaro intervento del Magistero in questioni tanto vitali. Da quanto detto si

deduce che l'Enciclica *Veritatis Splendor* non si limita ad identificare gli errori e rifiutare i loro argomenti, ma cerca innanzitutto di dimostrare la vera origine e l'autentica sorgente di ispirazione del giudizio morale del fedele cattolico. Tutte e due si trovano sintetizzate nella risposta di Cristo alla domanda morale. In questo modo l'Enciclica ricorda che per la Chiesa la vita della fede e la vita morale (di per sé inseparabili) procedono da una stessa ed unica rivelazione divina: solo alla luce degli insegnamenti evangelici possiamo sapere quello che moralmente è buono o cattivo. L'ideale della perfezione cristiana (= santità) si radica nell'adempimento dei comandamenti, il vivere le proposte del Discorso della Montagna, l'esercizio della carità... la morale, o è la via verso la vera felicità, o è nulla. Ci troviamo quindi davanti ad una esposizione dell'« insieme dell'insegnamento morale della Chiesa, con il preciso fine di ricordare certe verità fondamentali della dottrina cattolica, che nell'attuale contesto corrono il pericolo di essere deformate o negate » (*ibid.*).

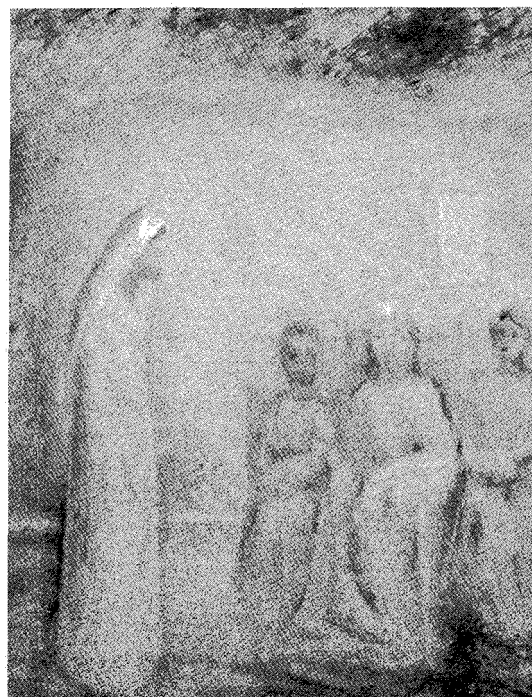
2. Una domanda chiave

Leggendo il capitolo II dell'Enciclica, viene spontanea nella mente del lettore una domanda chiave: perché si sono sostenuti questi principi e che cosa pretendono risolvere? Io stesso mi faccio questa domanda da diversi anni; man mano che si esaminano con obiettività gli scritti di chi li sostiene, la risposta va presentandosi sempre più nitida. La post modernità, con i suoi spettacolari progressi nel campo della scienza e della tecnica, con le sue profonde trasformazioni culturali, sociali ed economiche, ha posto nuovi ed urgenti interrogativi soprattutto di ordine morale. Basti pensare ad esempio ai numerosi dibattiti suscitati intorno all'abbondante e nuovissima tematica di quella disciplina che è stata chiamata « bioetica ». A molti pensatori cattolici è sembrato che i parametri morali tradizionali, troppo rigidi e astratti, impedivano una « soluzione più umana » di questa vasta gamma di problemi nella quale vive sommersa gran parte dell'umanità. Finirono per convincersi della necessità di una

«mitigazione» dei criteri morali, pensando così di fare «più tollerabile» la proposta cristiana. Costatando che, alla luce dello schema classico sempre insegnato dal magistero e dalla teologia, non si trovava — secondo loro — una soluzione puntuale, soddisfacente a tali problemi, considerarono giunto il momento di rivisitare i principi stessi. In definitiva si trattava di trovare un punto di «transazione». Questo spiega l'acuta epigrafe di questo capitolo II: «Non conformatevi alla mentalità di questo mondo» (Rm 12, 2).

All'inizio di questo processo «revisionista» esercitavano già notorio influsso certe concezioni moderne della libertà; oppure una esagerata idea dell'autonomia individuale, o anche contraria e paradossalmente una radicale negazione della libertà (nn. 32-33). Ricordo come verso la fine del decennio degli anni quaranta e negli anni cinquanta ovvero subito dopo la seconda guerra mondiale si insinuava nell'ambito teologico la tesi dell'opposizione dialettica tra legge e libertà, legge e grazia, giustizia e carità, istituzione e carisma, Magistero e profetismo, autoritarismo e libertà di ricerca e di espressioni teologiche, ecc., cercando di applicare questi criteri a delle supposte e corrette relazioni interecclesiali. È stato in quei momenti che apparve in superficie la corrente sotterranea la cui gestazione era iniziata molto prima, giacché iniziando da una spietata critica della morale scolastica precedente, finì per mettere in discussione la stessa autorità e competenza del Magistero Ordinario della Chiesa in questioni morali. S.S. il Papa Pio XII diede allora l'allarme circa le conseguenze della «morale della situazione»; questa corrente cominciava a contagiare le file cattoliche e portava inesorabilmente ad un relativismo etico radicale. Il processo portò crisi all'epoca del Concilio Vaticano II (benché gli sia stata attribuita tal cosa, il Concilio non si fece portavoce di tale processo) ed arrivò al suo punto più alto nel tema della contracccezione, scoppiando in modo virulento con motivo della pubblicazione dell'Enciclica *Humanae Vitae*. Mai la contestazione all'autorità del Magistero (se si eccettua quella di Lutero nel '500), includendo dichiarazioni di diverse Conferenze Episcopali, redatte con il pretesto di cercare una convergenza e fare intelligibile la norma, era arrivata a un simile grado di audacia. Lascio da parte gli stravaganti episodi di cui si resero protagonisti gruppi di teologi di diverse regioni che pretendevano di paragonare la loro autorità a quella del Magistero Pontificio; dimenticarono che quando si tratta di precetti e sentenze promulgate dal Sommo Pontefice su questioni dottrinali, anche di ordine morale, i fedeli non possono ricorrere alla frase impiegata

per le sentenze dei teologi privati: «Tanto vale la sua autorità quanto valgono le sue ragioni». Anche se quello che ordina e insegna la Chiesa nel suo Magistero Ordinario non convince qualcuno per le ragioni presentate, tuttavia è ugualmente obbligato a obbedire, poiché quell'insegnamento obbliga «non solo per le ragioni adotte, ma soprattutto per motivo della luce dello Spirito Santo che specialmente assiste ai pastori della Chiesa per illustrare la verità». ¹ Ma la cosa certa è che a partire da quegli avvenimenti, cominciarono ad essere di dominio pubblico le teorie ora biasimate dalla *Veritatis Splendor*. Il primo attacco fu quello contro il concetto classico di «legge naturale» che — secondo questi teologi — sarebbe stata interpretata in un senso meramente *fisicista* o biologista dalla anteriore teologia e dal Magistero della Chiesa. Questo cambiamento doveva prodursi a partire da un nuovo concetto della



natura rivelato dai progressi scientifici; si stabiliva così l'opposizione dialettica escludente tra natura e persona. Le proprietà di universalità ed immutabilità della legge naturale restavano confinate e si affermava l'assenza di norme assolute nella teologia morale. La morale della coscienza — vecchio delirio di altri tempi — ebbe la pretesa di sostituire la morale delle virtù; la coscienza passò dall'essere il giudizio della ragion pratica applicativo delle norme morali obiettive al caso individuale, ad essere il giudizio creativo di norme personali.

Fu negata l'esistenza di atti intrinsecamente cattivi (cattivi per i loro oggetti) poiché soltanto l'intenzione del soggetto determina la bontà o la malizia di un'azione. La moralità della « scelta fondamentale » superava la moralità degli atti concreti; la dimensione morale non doveva misurarsi dalla materia degli atti singolari, ma dal « calcolo delle conseguenze » che si prevede possano procedere dall'esecuzione di una decisione, o per la ponderazione dei valori e i beni che inseguiamo messi « nella proporzione riconosciuta tra gli effetti buoni o cattivi, in vista del 'bene più grande' o del 'male minore' che siano effettivamente possibili in una determinata situazione » (cap. 11, n. 75). L'Enciclica spiega perché queste tesi sono incompatibili con la morale cattolica immutabilmente proposta dal Magistero lungo i secoli. Le nozioni di peccato mortale e veniale restano profondamente alterate in tutte quelle interpretazioni: in modo chiaro mettono in forse la ricorrente frequenza del peccato mortale, che circoscrivono ad un caso raro e ipotetico dentro la vita morale.

Con queste ipotesi c'era il tentativo di legittimare moralmente atti contraccettivi nelle relazioni matrimoniali, relazioni prematrimoniali in determinate circostanze, la masturbazione di adolescenti (con alla base supposti nuovi criteri psicologici) o di adulti (in ordine a risolvere problemi di sterilità), certi tipi di aborto, il ricorso alla procreazione artificiale, certi casi di eutanasia, l'uso del profilattico per la prevenzione del SIDA e altre malattie, perfino — secondo qualche autore meno scrupoloso — atti isolati d'infedeltà coniugale, ecc. Certo è che una volta proposto il principio morale può essere applicato fino all'ultima conseguenza. E quelle ipotesi, elucubrate per palliare la malizia di certi atti in materia di sessualità, potrebbero applicarsi facilmente a tante altre materie morali, con un prevedibile scossone a tutta la struttura della moralità e un inevitabile rilassamento del costume.

Tutte queste posizioni possono muovere le simpatie della società postmoderna dalla quale sembra essere scomparso ogni contesto

morale obiettivo, ma non concordano con l'ideale della vita cristiana che può esigere — come ricorda la *Veritatis Splendor* nell'ultimo capitolo — attitudini eroiche di fronte a determinate situazioni « per non svingorire la Croce di Cristo » (1 Cor 1, 17).

L'Enciclica non fa riferimento a nomi di opere e autori, ma non è difficile identificarli poiché tutte queste cose sono state scritte e difese pubblicamente.

3. L'impatto dell'Enciclica

Qual è stato e quale sarà la reazione davanti alla *Veritatis Splendor*? Il giornalismo internazionale sembra averla recepita con indifferenza, limitandosi ad informare della sua pubblicazione e riproducendo brevi (e purtroppo imprecisi) riassunti del suo contenuto. Sembrerebbe che il documento gli abbia prodotto un certo disincanto: si aspettavano un'esposizione su temi puntuali e sempre oggetto di polemiche e commenti sensazionalisti. Ma certamente si alzeranno contro essa le voci irritate di alcuni moralisti che hanno difeso le suddette teorie e non vorranno cedere. Ma piaccia o non piaccia « alea iacta est »: il dado è tratto per le loro teorie. Potremmo esclamare con Sant'Agostino: « Roma ha parlato, la causa è finita ». Indubbiamente come è successo altre volte (e negli ultimi tempi con una frequenza prima inusitata) molti continueranno ad insistere nelle loro posizioni e cercheranno di continuare a diffonderle. Nonostante tutto, questa chiara e solida riformulazione magisteriale delle fondamenta della morale cattolica produrrà effetti chiarificatori per la grande maggioranza dei fedeli cattolici che continuano a credere nella sapienza della Chiesa e nel potere di Colui che la ispira. A lungo andare la verità finirà per imporsi. Non ci rimane che sperare che il *Catechismo della Chiesa Cattolica* e la *Veritatis Splendor* esercitino forte influsso nelle nuove generazioni.

A noi che esercitiamo il nostro lavoro nella ricerca e la docenza della teologia morale ci sarà di molto aiuto riflettere serenamente sugli avvertimenti ed esortazioni che il Sommo Pontefice ci dirige circa il nostro servizio specifico alla Chiesa (nn. 109-113). È arrivato per tutti noi l'ora dell'umiltà e dell'ubbidienza.

P. DOMINGO BASSO, O.P.
Professore di Antropologia ed Etica
Università Cattolica Argentina
(Buenos Aires)

¹ PAOLO VI, Enciclica *Humanae Vitae*, n. 28: cfr. PIO XII, Discorso *Magnificate Dominum*, 2 novembre 1954.

la pastorale della salute nel XLV Congresso Eucaristico Internazionale di Siviglia

I. Tutti convocati. Presenza della Pastorale Sanitaria

Nei giorni 7-13 giugno 1993 si è tenuto a Siviglia il XLV Congresso Eucaristico Internazionale promosso da Sua Santità il Papa con la frase: « *Cristo, luce dei popoli* » e con proposito fondamentale di dare impulso ad una nuova evangelizzazione. A questa convocazione universale furono chiamati a partecipare come membri attivi della comunità cristiana i malati e tutti gli operatori della Pastorale Sanitaria. Questa cronaca vuole semplicemente esprimere fedelmente e con emozione la testimonianza di questa partecipazione.

Preparazione del Congresso

All'inizio, Monsignor Oliver Roman, Segretario Generale del Congresso Eucaristico, ha insistito sulla necessità di una partecipazione attiva, viva e illuminante dei malati. La Pastorale Sanitaria Spagnola ha accettato l'invito e con l'entusiasmo e la generosità tradizionali di Rudesindo Delgado, Delegato Nazionale, ha fatto suo il proposito di avvicinare il mondo della salute agli obiettivi, contenuti e attività del Congresso, tentando, per mezzo della presenza evangelizzatrice dei malati, di approfondire ed arricchire la celebrazione dell'Eucaristia e l'azione di tutta la Chiesa.

Nel dicembre 1992 abbiamo portato a termine un Incontro Regionale preparatorio del Congresso, presieduto da Rudesindo Delgado e Pedro Núñez, priore dei Sacramentini Spagnoli. Malati ed operatori della pastorale, delegati diocesani, religiosi, cappellani e professionisti sanitari (PROSAC) hanno meditato circa l'Eucaristia e i malati hanno elaborato le loro proposte:

— Ottenere che la partecipazione del malato nell'Eucaristia sia consapevole e piena, in modo da proclamare la sua dignità e i suoi diritti e denunciare le ingiustizie della società nell'ambito della salute.

— Annunciare che i malati hanno sperimentato che Gesù, nell'Eucaristia, è il compagno che cammina accanto dando loro la forza per evangelizzare con i gesti e con le parole.

— Comunicare che nell'Eucaristia, via verso la luce e la vita, il malato arriva a vivere la forza evangelizzatrice della malattia, vincendo la sfida della sofferenza con la misericordia, il giubilo e la speranza.

Per raggiungere questi obiettivi si propone:

— L'elaborazione di un messaggio dei malati alla società. A questo fine sono stati distribuiti in tutta la Spagna questionari che invitavano i malati a inviare al Congresso la testimonianza dell'esperienza della propria malattia, e dell'Eucaristia come sorgente di salute e di vita. Sono arrivate più di trecento testimonianze e con esse sono stati elaborati un testo letto in una seduta del Congresso ed un libro da offrire al Papa nella *Statio Orbis*.

— Una campagna per eliminare le barriere architettoniche e facilitare così l'autentica partecipazione dei malati alle celebrazioni eucaristiche.

— Promuovere la donazione di organi e di sangue da parte degli operatori sanitari e dei pastori della Chiesa. In questo senso i cristiani della diocesi di Siviglia hanno pubblicato un manifesto in cui si sensibilizzava l'opinione pubblica circa questa necessità e si invitavano tutti a partecipare a una campagna di donazione di organi e, come segno di solidarietà cristiana, più di 30 PROSACS hanno sottoscritto un documento pubblico davanti ad un notaio in cui esprimevano il desiderio di essere donatori dei loro organi. A questa campagna hanno aderito tutti i PROSACS della Spagna nella VII Giornata Nazionale celebrata nella Galizia nel mese di aprile.

Atti del Congresso

Venerdì 11 giugno ha avuto luogo nell'ospedale di San Giovanni di Dio la celebrazione dell'Unzione degli Infermi in una Eucaristia presieduta dal Cardinale Angelini,

Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari. Accompagnava il Presidente il Segretario del suddetto Dicastero P. José L. Redrado. Si è trattato di un atto solenne e intimo, emotivo, indimenticabile per quanti hanno avuto la fortuna di essere presenti: malati dell'ospedale e di diverse parrocchie della diocesi di Siviglia, un gruppo di coreani, uno di bambini polacchi, un altro di colombiani, familiari, parroci, cappellani, religiose e religiosi e un buon numero di PROSACS. Essendo atto ufficiale del Congresso, erano presenti il Legato Pontificio Cardinal Nicolás López Rodríguez e l'Arcivescovo di Siviglia D. Carlos Amigo Vallejo.

La cornice disposta con semplicità dai Fratelli di San Giovanni di Dio era splendida. La luce zenitale della primavera sivigliana faceva più visibile la presenza di Dio nell'umiltà dei piccoli particolari, i fiori del cortile, il canto degli uccelli, il silenzio, l'emozione degli anziani ed il sorriso di un bambino.

La partecipazione dei malati è stata intensa ed emotiva: un giovane non vedente ha letto la prima lettura, una malata paraplegica la seconda; il cardinale Angelini ha pronunciato una bella e sentita omelia ed ha avuto numerosi gesti di affetto verso gli ammalati. Al momento delle offerte, i malati hanno presentato il Libro delle Testimonianze, i PROSACS l'Atto notarile sulla donazione di organi e due religiosi il libro con la relazione di tutti i centri sanitari assistenziali della Chiesa nel mondo. Dopo la Comunione una malata ha letto il «Messaggio dei malati in occasione del Congresso Eucaristico», e la lettura ha causato forte emozione nei presenti.

Nell'Eucaristia di chiusura, la *Statio Orbis*, presieduta dal Papa, il mondo della salute è stato presente con più di 2.500 persone fra malati, familiari, operatori della Pastorale Sanitaria, religiosi e professionisti. Nella Preghiera dei fedeli, la supplica in lingua spagnola l'ha fatta un bambino non vedente. E prima di iniziare la distribuzione della Comunione ai fedeli, S.S. Giovanni Paolo II ha affidato a due ministri speciali le Sacre Ostie destinate ai malati che seguivano la celebrazione dalle loro case o dagli ospedali; due di loro si sono comunicati dalle mani del Papa.

Coloro che hanno avuto la fortuna di essere presenti non dimenticheranno facilmente tutte queste cose. Grazie ad esse il mondo ha conosciuto nel malato il vero volto di Dio e noi siamo stati testimoni della sua Luce.

*Dipartimento Diocesano
di Pastorale Sanitaria di Siviglia*

II. Messaggio dei malati

Noi malati abbiamo accolto con giubilo l'invito a partecipare al Congresso Eucaristico Internazionale di Siviglia. Nella Eucaristia che celebriamo siamo stati unti con l'olio santo dei malati. In risposta alla missione che Gesù ci confida, cioè di evangelizzare con la malattia, offriamo questo messaggio di speranza.

Sono molti quelli che, come noi, vivono l'esperienza della malattia. E molto duro e doloroso essere malato, sentirsi limitato e debole, non essere autosufficiente, dipendere dagli altri, soffrire e vedere soffrire i propri cari... Con la malattia, il mondo ti cade addosso.

Tutti abbiamo momenti di sconforto, di impazienza e perfino di disperazione. Tuttavia, grazie all'amore ed al sostegno della nostra famiglia, alle attenzioni del personale sanitario, alle preghiere della nostra comunità, alla compagnia degli amici, alla fede in Dio, in molti abbiamo superato i momenti difficili e, ritrovata la voglia di vivere e la speranza, portiamo la malattia con serenità e perfino con allegria.

Nell'Eucaristia celebrata sentiamo che Gesù ci vuole bene, è con noi, illumina la nostra esistenza, sana le nostre ferite, ci dà forza per fare la sua volontà e ci invita ad essere suoi testimoni. Nella Eucaristia adorata Gesù ci conforta, ci sostiene e ci aiuta a dare un senso alla nostra sofferenza, a viverla con amore e offrirla per la Chiesa e per l'umanità. Nella Eucaristia vissuta sperimentiamo il giubilo di essere solidali con quelli che soffrono, condividere la pace e l'allegria che ci dà Iddio e aiutare gli altri ad essere più generosi e a vivere nella speranza.

Ai malati

Vivete ogni momento della vostra vita. Non lasciatevi trascinare dallo sconforto, ma lottate con coraggio. Abbiate pazienza. Se non potete vincere la malattia, convivetene con essa e non vi amareggiare. Guardate l'aspetto buono della vita e sviluppate tutte le possibilità che ci sono in voi. Non vi manchi la fede, abbiate fiducia in Dio e mettetevi nelle sue mani. Unitevi a Cristo nella Eucaristia, che è « memoria » delle sofferenze della Croce e del giubilo della Risurrezione. Integratevi nella vostra comunità cristiana e prendete parte alla sua vita e alle sue attività.

Alle famiglie dei malati

Vi siamo grati per tutto quello che fate per noi. Il vostro amore, la vostra comprensione fa più tollerabile la nostra malattia e ci dà forza per vivere. Dovete avere pazienza con noi e perdonare le molestie che vi procuriamo. Ci duole farvi soffrire. Abbiate fiducia in Dio. Lui sarà il vostro aiuto. Che la malattia non frantumi la famiglia ma la tenga unita.

Al personale sanitario

Desideriamo esprimervi il nostro apprezzamento e la nostra gratitudine per il servizio che prestate ai malati e per la competenza e generosità con cui lo compite. Siete il volto amabile in mezzo al dolore. Continuate nel nobile proposito di umanizzare l'assistenza sanitaria. Il Signore vi colmi dei suoi doni!

Alle comunità cristiane

Noi malati abbiamo bisogno del calore, del sostegno e della compagnia della nostra comunità parrocchiale. Vi siamo grati delle vostre visite. Grati perché ci offrite la Parola di Dio e ci portate la Comunione. Grazie per le vostre preghiere, perché siete vicino alle nostre famiglie.

Contate sui malati. Anche noi siamo Chiesa e abbiamo in essa una missione. Trattateci non come esseri inutili, ma come fratelli che desiderano partecipare *attivamente* alla vita della comunità.

A coloro che si sono allontanati da Dio

Dalla nostra esperienza vi assicuriamo che Iddio vi ama. Avvicinatevi con fiducia a Lui e lo scoprirete. Siate solidali con quelli che soffrono, visitate gli ospedali, trattate con i malati e vedrete la mano di Dio. Per voi chiediamo il dono della fede.

Per concludere vogliamo esprimere la nostra gratitudine a Giovanni Paolo II per

l'esempio di grandezza d'animo con cui ha sofferto la sua malattia, l'amore con cui tratta i malati, le sue costanti parole di conforto e per avere istituito la Giornata Mondiale del Malato. Chiediamo al Signore che non si stanchi, che non ci stanchiamo nemmeno noi, di accrescere la solidarietà con i più bisognosi e di lavorare per la pace. Imploriamo la sua benedizione su di noi e le nostre famiglie, sui malati del mondo e su tutti quelli che promuovono la salute, prevengono le malattie e hanno cura dei malati.

Siviglia, 11 giugno 1993.

Questo messaggio è stato elaborato con l'apporto di molti malati di tutta la Spagna. È stato letto nella Eucaristia e Unzione degli Infermi celebrata l'11 giugno 1993 nell'Ospedale di San Giovanni di Dio, a Siviglia, presieduta dal Cardinale Angelini, Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari.

III. Celebrazione dell'Unzione degli Infermi

(Omelia del Cardinale Fiorenzo Angelini, Siviglia, 11 giugno 1993).

La giornata odierna, e particolarmente questa celebrazione, è per me, insieme a voi, un momento di intensa e profonda commozione. E sono lieto, come presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, insieme al carissimo P. José Luis Redrado, Segretario del medesimo Dicastero, di partecipare oggi a questo vostro incontro di preghiera.

Considero, poi, particolarmente significativo che questa celebrazione eucaristica richiami, raccolga ed esprima tanti e così importanti motivi di riflessione, di preghiera e di speranza.

Mentre in questa città, glorioso crocevia di cultura, si celebra il XLV Congresso Eucaristico Internazionale, al quale ha voluto partecipare anche il Santo Padre Giovanni Paolo II, l'Ordine Ospedaliero dei Fratelli di San Giovanni di Dio ricorda i cinquant'anni dell'ospedale che, in questa città, porta il nome del loro Fondatore.

Infermi e operatori sanitari e di pastorale sanitaria sono i protagonisti di questa nostra odierna celebrazione che ha il suo momento

più alto nell'incontro tra l'assemblea eucaristica e l'amministrazione del Sacramento dell'Unzione degli Infermi.

La presenza reale di Cristo, infatti, è presenza del Pane della vita e di Colui che è Medico delle anime e dei corpi. E noi possiamo veramente testimoniare l'autenticità della sequela di Cristo, vedendolo e servendolo in coloro che soffrono nel corpo e nello spirito.

Soltanto quando l'amore e il dolore si incontrano, l'uomo diventa fratello all'uomo e, in questa sublime solidarietà, noi incontriamo Dio, Autore della vita che non muore.

L'Ordine ospedaliero è presente a Siviglia quasi dagli anni della sua fondazione. Allorché, nel 1943, venne eretto l'ospedale nel quartiere di Nervion, i Fatebenefratelli vollero aggiungere un'altra pagina al loro costante impegno di essere vicini ai più deboli e ai più bisognosi.



L'ospedale del quartiere sivigliano di Nervion sorse per rispondere alla gravissima minaccia della poliomielite che, cinquant'anni fa, incombeva, soprattutto sui bambini.

Oggi questo ospedale ricorda le sue cinque decadi di vita in un momento storico in cui, in tante parti del mondo, ancora una volta sono i bambini, i più piccoli, ad essere vittime delle più gravi calamità.

Mentre dal nostro cuore deve scaturire un sentimento di profonda gratitudine per il lavoro immenso e prezioso svolto, in ogni parte del mondo, dai figli e Fratelli di San Giovanni di Dio, impegniamoci ad essere vicini a loro nel delicato ed anche eroico assolvimento del loro carisma umano e religioso.

Questa celebrazione, che vede riunita una grande famiglia sanitaria nel segno della speranza che ci viene dall'Eucaristia, è occasione per testimoniare la profonda verità che il Santo Padre Giovanni Paolo II ha raccolto

nell'espressione: « Fare del bene con la sofferenza, fare del bene a chi soffre ». In questo duplice aspetto, infatti — come egli ci ha ricordato — Cristo ci ha svelato « fino in fondo » il significato della sofferenza.

L'Eucaristia è dono all'uomo del Figlio di Dio che, per la nostra salvezza e primizia per quanti credono in Lui, accetto di soffrire fino alla morte più atroce, per poi risorgere alla vita che non ha fine.

Cristo è, infatti, primizia dell'attuazione storica del mistero che dà significato alla nostra vita, poiché ci ha insegnato, con la sua stessa vita, sia a combattere la sofferenza sia a dare ad essa il solo significato costruttivo per ciascuno di noi e per tutta l'umanità.

Provo una grande gioia nel vedere che in tutta l'attività del Congresso Eucaristico gli infermi occupano un posto predominante, non solo con questa celebrazione, ma anche perché so che nell'Eucaristia che celebrerà il Papa la prossima domenica i malati saranno presenti in grande numero, e molti altri saranno in comunione con la celebrazione del Santo Padre: i malati negli ospedali e presso le loro famiglie.

Ora mi rivolgo specialmente a coloro i quali riceveranno l'Unzione degli Infermi; prima di tutto Vi saluto, do il benvenuto a quanti sono di Siviglia, e a chi è arrivato da altre parti della Spagna, agli stranieri, in particolare ai gruppi provenienti dalla Corea, dalla Colombia e dalla Polonia: Dio che è luce, forza, amore sia con voi.

Il sacramento dell'Unzione degli Infermi che stiamo celebrando è un dono, un gesto di amore di Dio verso coloro che per malattia o vecchiaia si sentono deboli. È la visita di Dio per confortarvi, per fortificarvi, per aiutarvi. E un incontro forte con Gesù che oggi è insieme a voi e vi dice: coraggio, non temete, sono io. È Gesù che vi immerge nella piscina per darvi forza, energia, grazia; come dice la formula del Sacramento: « Vi liberi dal peccato, vi dia la salvezza e vi conforti nell'infermità ».

Tutta la comunità cristiana, e soprattutto la comunità sanitaria vi accompagna e celebra con voi questa forza, questa presenza e questo amore di Dio. Questa celebrazione dell'Unzione degli Infermi ha luogo nel contesto di un Congresso Eucaristico e, espressamente, durante la celebrazione dell'Eucaristia, a significare che l'incontro tra Eucaristia e mondo della sofferenza ha una profonda relazione, come momento misterioso di fede, di speranza, di carità.

È un *momento di fede*. Come il cieco del Vangelo, noi diciamo al Signore di avere fede, ma, nello stesso tempo, Lo inneggiamo di accrescere la nostra fede.

Per chi soffre la fede è difficile, ma è la sola sorgente di forza vera, di certezza che non

inganna. Per chi ha scelto, nel nome di Cristo, di essere al servizio di coloro che soffrono, la fede è ragione di un impegno sempre più forte, sempre più generoso.

L'ospedale del quale oggi ricordiamo il primo mezzo secolo di vita è un ospedale cattolico. Ospedale cattolico non vuol dire ospedale che vanta o impone una etichetta confessionale. L'ospedale cattolico non è diverso dagli altri luoghi di ricovero e di cura; si propone soltanto, per così dire, di essere più ospedale degli altri, nel senso che quanti vi sono accolti e quanti vi operano intendono realizzare al suo interno quella comunità di amore che è la sola e più efficace risposta al dolore.

Per l'ospedale cattolico, programma e spirito con cui attuarlo, sono descritti da Gesù stesso nella parabola del Buon Samaritano, che il Papa ama chiamare « Vangelo della sofferenza ».

Fratelli infermi e fratelli che servite gli infermi, confrontatevi ogni giorno con questa sublime parabola evangelica, che è il primo e il più esauriente codice deontologico per gli operatori sanitari.

La fede con cui cercherete di vivere l'insegnamento di Cristo, trasformerà la vostra condizione e il vostro servizio in motivo di grande speranza.

L'odierna celebrazione, infatti, è anche *momento di speranza*.

La nostra società, così progredita e così inquieta, ha un bisogno estremo di speranza.

Iniziando il suo Pontificato, Giovanni Paolo II chiese agli infermi l'aiuto da lui ritenuto indispensabile della loro preghiera e dell'offerta della loro sofferenza per la salvezza del mondo.

Come dalla croce venne la salvezza, così soltanto dal mondo della sofferenza e del servizio a chi soffre può alzarsi il più vero e non ingannevole segno e motivo di speranza.

La Chiesa di Spagna, con sensibilità anticipatrice, cura da tempo ed in maniera esemplare la pastorale sanitaria. Il mondo della sofferenza, per le comunità ecclesiali di Spagna, è da molti anni il campo privilegiato dell'azione apostolica che cerca il coinvolgimento dei malati e dei loro familiari nel dare testimonianza della sua fede e del suo impegno di una sempre più vasta comunione tra gli uomini.

Dal magistero e dal ministero della sofferenza discende la più credibile lezione di speranza nell'uomo e nelle sue risorse e l'inno più nobile alla dignità della persona umana e del suo destino. Ed il motivo di questa speranza affonda le sue radici nella testimonianza della carità.

Stiamo vivendo, ora, un intenso e commovente *momento di cavità*.

Le parole ascoltate nelle letture bibliche di questa assemblea eucaristica hanno il loro fulcro nella celebrazione della carità.

Per provvidenziale grazia del Signore ho potuto dedicare la mia vita di sacerdote e di vescovo all'apostolato quotidiano nel mondo della sanità e della salute.

Ogniquale volta, con sincerità ed umiltà, ho cercato di fare un bilancio di questo mio servizio, ho constatato che da questo mondo della sofferenza e del servizio a chi soffre ho ricevuto molto di più di quanto abbia dato e cercato di dare con tutte le mie forze.

Secondo le parole di Cristo, quando saremo giudicati sull'autenticità della nostra testimonianza di fede, ci sarà chiesto che cosa abbiamo fatto per servire coloro che soffrono. Ci sarà chiesto se, nell'ultimo dei nostri fratelli, saremo stati capaci di riconoscere Cristo infermo e perseguitato, bisognoso e abbandonato.

Chi soffre vive la più universale e più vera espressione della condizione umana.

Chi serve coloro che soffrono compie il primo e più grave dovere di giustizia, che la carità è chiamata a sostenere, ad alimentare, ad arricchire attraverso le manifestazioni della sensibilità, della partecipazione, della condivisione.

Come non si conosce a fondo e completamente l'uomo se non si conosce il suo dolore, così non si è pienamente fratelli l'uno dell'altro se non si serve il dolore umano.

Il mondo ha sete di amore e da coloro che soffrono scaturisce un'implorante domanda di amore.

Nel servizio alla sofferenza, che è servizio alla vita, è il più proficuo terreno di incontro tra gli uomini, poiché la fede nella vita, l'amore alla vita sono prerogative che tutti ci accomuna, indipendentemente dalla nostra razza, posizione sociale, cultura, condizione economica, ideologia politica e persino diversa fede religiosa.

L'ospedale che oggi celebra i suoi cinquant'anni di vita sia il microcosmo di una comunità umana antesignana di un mondo di giustizia e di carità, senza le quali non potrà aversi la pace.

Il momento di fede, di speranza e di carità che stiamo vivendo e che cercheremo di rendere ispiratore dei nostri pensieri e del nostro operato, trovi nella Vergine Santissima sostegno e cooperazione redentrice.

La Madre dell'amore e del dolore, Colei che, appena ricevuto l'annuncio dell'angelo che le svelava il mistero dell'incarnazione operatosi nel suo grembo, si affrettò ad accorrere per servire la parente Elisabetta, ci sia maestra di fede, di speranza e di carità.

Dal suo cuore di madre ci trasmetta amore e spirito di dedizione, Lei, che nei secoli, è stata sempre invocata come Salute degli Infermi.

magistero



*dai discorsi
del Santo Padre*

richiamare alla coscienza di ciascuno il valore misterioso della sofferenza nel provvidenziale disegno della redenzione

(Discorso del Santo Padre durante la sua visita alla « Casa dell'Immacolata » di Udine, domenica 3 maggio 1992).

18

Carissimi Fratelli e Sorelle!

1. Assume un valore tutto particolare, nel corso della mia visita alle Diocesi del Friuli-Venezia Giulia, l'odierno incontro con voi, che rappresentate il mondo della sofferenza e dell'emarginazione, con gli operatori sociali ed i numerosi volontari delle associazioni friulane, che si consacrano al servizio dei poveri e dei bisognosi.

Voi costituite una vasta mappa della carità diocesana e regionale, che comprende, tra l'altro, comunità di accoglienza per bambini, ragazzi, adulti, e portatori di handicap; strutture di servizi assistenziali e di promozione umana; gruppi di volontariato, cooperative di solidarietà, associazioni di famiglie disponibili all'affido dei minori abbandonati o con gravi situazioni familiari; club degli alcoolisti in trattamento, case di pronta accoglienza per immigrati e rifugiati; scuole permanenti di volontariato e corsi formativi e di spiritualità, per quanti lavorano nel settore del disagio e dell'emarginazione.

Quella che voi tutti svolgete vuole essere non soltanto un'attività di assistenza sociale, ma soprattutto *un'opera di educazione alla solidarietà, all'accoglienza e alla pace*, coinvolgendo in tale impegno parrocchie e movimenti ecclesiali. Nel solco, infatti, del documento dei Vescovi italiani « Evangelizzazione e testimonianza della carità », voi intendete privilegiare una pastorale caritativa che metta al centro dell'attenzione i più deboli, stimolando in tutte le componenti della comunità ecclesiale il senso della compartecipazione e lo spirito di gratuito servizio.

2. E, poi, quanto mai significativo che questo nostro appuntamento si svolga pro-

prio qui, nella « Casa dell'Immacolata », fondata da Don Emilio de Roja, generoso apostolo della carità, di recente scomparso. Questo degno sacerdote, infiammato dall'amore per il prossimo, ha cercato sempre di recare aiuto a chiunque si trovasse in difficoltà. Da testimone solido e concreto della divina predilezione per gli ultimi, Don de Roja s'è impegnato a ricreare una famiglia per migliaia di ragazzi provenienti da tragiche esperienze familiari, ha aperto le braccia a carcerati, emarginati, bambini e adolescenti abbandonati. Ben a ragione, pertanto, egli viene considerato come un esempio di « buon samaritano », la cui testimonianza si iscrive nella lunga catena di santi e di araldi dell'amore di Cristo, che hanno arricchito la storia delle vostre comunità: dal Santo Vescovo Cromazio al Beato Patriarca Bertrando, da Mons. Francesco Tomadini, fondatore dell'omonimo Istituto per orfani, a Padre Luigi Scoloppi, Fondatore dell'« Istituto delle derelitte » in Udine e della Congregazione delle Suore della Provvidenza, che io stesso ho avuto la gioia di proclamare Beato.

3. Nel ricordo di questi vostri illustri conterranei, saluto voi qui presenti ed in particolare il vostro Pastore, il carissimo Mons. Alfredo Battisti. Saluto i responsabili e gli operatori della « Casa dell'Immacolata », i volontari e quanti qui a Udine e in tutta la Regione si prodigano nella cura dei sofferenti e dei bisognosi. Ma è soprattutto a voi, carissimi ospiti di questo Centro, che vorrei far giungere il mio affettuoso ricordo. Tutti vi abbraccio, esprimendovi la mia spirituale vicinanza ed assicurandovi che il Papa vi vuole bene, perché voi siete i prediletti di Cristo.

A voi il Signore ha offerto *una singolare missione*: richiamare alla coscienza di ciascuno il valore misterioso che ha la sofferenza nel provvidenziale disegno della Redenzione. Quel che spesso agli occhi degli uomini appare di poco conto, è invece dinanzi a Dio importante e ricco di meriti. Sappiate, perciò, vedere la vostra vita con gli occhi di Dio; domandate a lui la luce necessaria per comprendere i suoi disegni e la forza d'animo per abbracciare la sua volontà. Vi aiuti il Padre celeste a fare della vostra sofferenza un dono e un servizio alla Chiesa per la salvezza del mondo. Ripetete spesso: « Signor, no stami lontan » — « Signore non starmi lontan » (Sal 71, 12). Ed ancora: « Jo' o spero tal Signor » — « io spero nel Signore » (Sal 11, 1).

Nel Getsemani e sul Calvario Gesù ha manifestato la profondità dello scandalo del do-

lorè e della morte, ma ha anche pronunciato l'atto dell'estremo abbandono nelle mani del Padre, e così la sofferenza è stata legata all'amore.

4. Accanto ad ogni malato ed emarginato scorgo qui un amico, un volontario e mi vengono in mente le parole del Salmista: «Il Signore sostiene i poveri» (*Sal* 147, 6). Sì, il Signore si fa sostegno di chi è provato venendogli incontro mediante la disponibilità dei fratelli. Ed *e* quando ci si dedica agli altri con amorevole attenzione che si riesce a scoprire il senso autentico anche della propria esistenza.

Può, del resto, l'uomo ritrovarsi pienamente se non attraverso il dono sincero di sé? Il buon Samaritano non è forse colui che svolge il proprio servizio in maniera disinteressata verso chi soffre, dedicandogli il tempo e le forze disponibili?

Occorre essere « buon Samaritano » innanzitutto all'interno della famiglia. La vostra tradizione è caratterizzata al riguardo da vincoli di profonda solidarietà che hanno reso i focolari domestici caldi luoghi di accoglienza, stringendo in un vincolo di reciproco sostegno i nuclei familiari tra loro. Non permettete che tale fecondo patrimonio di umanità vada perduto! *Riscoprite* nel comandamento evangelico della carità il fondamento di ogni vostro progetto sociale.

Il Vangelo della carità, allora, potrà risuonare in questa terra friulana grazie alla presenza di persone totalmente abbandonate a Cristo nella loro prova, e di uomini e donne capaci di donarsi senza riserve agli altri sull'esempio di Gesù Eucaristia.

L'ascolto attento della parola di Cristo renderà voi, volontari di ogni associazione e movimento d'apostolato, coraggiosi difensori della persona, della sua soprannaturale dignità, della vita di ogni essere umano nell'arco intero del suo naturale sviluppo. Tutti insieme potrete, in questo modo, contribuire a trasformare la nostra civiltà in civiltà dell'amore, aprendo i vostri spiriti alle dimensioni dell'universale solidarietà. La carità infatti non conosce confini.

La materna protezione dell'Immacolata vi sostenga in così impegnativo itinerario di testimonianza evangelica e vi aiuti a mantenere questa Casa ed ogni vostra famiglia aperta sempre ad accogliere i fratelli nel bisogno con una inesauribile fiducia in Dio e nell'uomo.

Vi accompagni anche la mia Benedizione, che volentieri imparto a voi qui presente ed a quanti sono a noi uniti spiritualmente.

fondare la ricerca medica su scelte di valore etico e morale per mettersi veramente al servizio della vita

(Discorso del Santo Padre ai partecipanti al Congresso di Nefrologia neonatale promossa dall'Università Cattolica del Sacro Cuore (Roma), sabato 8 maggio 1993).

Gentili Signore e Signori!

1. Sono lieto di incontrare, oggi, tutti voi, partecipanti al « Fourth International Workshop of Neonatal Nephrology » e ringrazio di cuore il Prof. Luigi Cataldi per avermi brevemente illustrato gli obiettivi del vostro Convegno.

Col mio cordiale saluto, esprimo vivo apprezzamento agli organizzatori del Congresso, ai membri del Comitato Scientifico, ai Presidenti, ai moderatori, ai relatori, agli studiosi componenti il Gruppo di ricerca e ai familiari dei bambini con patologia renale. Questi piccoli pazienti vengono assistiti con risultati sempre più promettenti nei reparti specialistici della Facoltà di Medicina e Chirurgia « Agostino Gemelli » dell'Università Cattolica del Sacro Cuore — presso la quale è in corso il vostro Convegno di Studio — come pure presso altre benemerite istituzioni sanitarie universitarie e ospedaliere.

Un particolare benvenuto rivolgo poi agli illustri scienziati, qui convenuti da altri Paesi europei e da oltre Oceano.

2. L'attenzione per le patologie insorgenti nella fase perinatale e neonatale del bambino è un requisito indispensabile per una ricerca medica veramente al servizio dell'uomo, e si fonda su una scelta etica e morale di altissimo valore. È significativo, al riguardo, che i vostri lavori siano stati aperti da una relazione su « La bioetica in nefrologia infantile ».

La conoscenza scientifica, certo, ha leggi proprie alle quali è doveroso attenersi. Ma « la scienza — come ebbi a dire in analogo contesto — non è il valore più alto, al quale tutti gli altri debbono essere subordinati. Più in alto, nella graduatoria dei valori, sta appunto il diritto personale dell'individuo alla

vita fisica e spirituale, alla sua integrità psichica e funzionale» (cf. *Allocuzione a due Congressi di Medicina e Chirurgia*, 27 ottobre 1980: *Insegnamenti*, III/2 [1980] 1007).

A nessuno sfugge come la sollecitudine della Chiesa e del suo magistero non venga espressa in nome di una peculiare competenza nell'ambito delle scienze sperimentali, bensì per riaffermare la « priorità dell'etica sulla tecnica », il « primato della persona sulle cose », la « superiorità dello spirito sulla materia » (cf. Lett. Enc. *Redemptor hominis*, 16).

Apprezzo, pertanto, la severa impostazione metodologica dei vostri lavori, giacché da essa le genuine istanze scientifiche non possono che ricevere positivo e significativo impulso. L'impegno della ricerca sulle patologie infantili è qualificato servizio alla persona umana in una fase decisiva e più che mai fragile del suo sviluppo; come tale, costituisce degno omaggio dell'umana intelligenza al mistero della vita. « La vita umana è sacra perché sin dal suo inizio comporta l'azione creatrice di Dio e rimane per sempre in una relazione speciale con il Creatore, suo unico fine » (Istruzione *Donum vitae*, Introduzione, 5).

3. Assai spesso la dolorosa e, purtroppo, diffusa esperienza dell'insufficienza renale, anche in età giovanissima, ha radici che è possibile diagnosticare già nella fase prenatale e perinatale. La tempestività della diagnosi è condizione essenziale per una idonea prevenzione. Essa costituisce allo stesso tempo un presupposto prioritario per rendere possibili terapie meno dolorose e meno onerose per tante famiglie colpite dal grave problema di congiunti affetti da serie malformazioni del rene. Grazie, infatti, al proficuo lavoro compiuto dalle Società scientifiche e dalle Associazioni operanti in questo campo, negli anni più recenti si è registrata fra i bambini una consolante diminuzione dei casi di insufficienza renale cronica.

Il duro cammino del dializzato può avere inizio sin dall'infanzia, adombrando un quadro i cui riflessi sociali si confermano sempre più preoccupanti. Urge allora diminuire ulteriormente il numero dei bambini nefrodializzati, considerata l'estensione che tale patologia assume tra gli adulti. Si tratta di una malattia che, più di altre, coinvolge le famiglie e, con esse, la società, la quale non è sempre in grado di assicurare adeguati strumenti di cura. Ogni progresso, tuttavia, richiede da parte di tutti un'accresciuta consapevolezza della reale gravità della situazione,

onde attivare una politica sanitaria che favorisca la ricerca ed il coinvolgimento di sempre più numerose istituzioni al servizio della vita e della sua qualità.

La Chiesa è sensibile a tali problematiche: ulteriore segno della sua attenzione è il fatto che la prossima VIII Conferenza Internazionale promossa dal Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari avrà come tema: « Il bambino è il futuro della società ».

4. Illustri Signore e Signori! L'Università Cattolica del Sacro Cuore, che da diversi anni organizza il Congresso del Gruppo di Studio di Nefrologia neonatale, si sente fortemente impegnata nel campo della prevenzione e della terapia delle malformazioni renali. La coincidenza di questo annuale appuntamento col quarto Congresso Internazionale di Nefrologia neonatale conferma l'importanza del coordinamento e della convergenza degli sforzi in atto in ogni parte del mondo. E ciò in un momento in cui, assai più che in altre epoche della storia, un pericoloso e discriminatorio concetto della salute e della sua promozione apre la strada a tentazioni e persino a leggi contro la vita e la dignità della persona.

La gravità di un male, il suo costo umano, personale e sociale, la sproporzione tra domanda e offerta, che rende talora drammatiche e vane le attese del trapianto di rene, non sollevano la scienza, come ricerca e come prassi, dal dovere di moltiplicare i suoi sforzi. Attraverso iniziative come quella del vostro Congresso, essa è anzi chiamata a sensibilizzare la pubblica opinione e i responsabili della Sanità, perché siano promosse ed incoraggiate le conquiste a servizio della vita.

Nell'ambito di tale sforzo, che deve essere di tutti, la vostra professione diventa missione, il vostro amore per i piccoli pazienti espressione di autentico servizio alla vita e la volontà di non arrendervi di fronte alle tante difficoltà testimonianza esemplare di solidarietà umana.

A voi quindi, impegnati in così alto compito, esprimo il mio partecipe incoraggiamento e la mia gratitudine. Accompagno questi sentimenti con l'assicurazione di un costante ricordo nella preghiera. Una particolare invocazione elevo al Signore per i familiari dei piccoli infermi, affinché, per l'intercessione di Maria, Madre di Dio e degli uomini, trovino ogni giorno la forza di superare, grazie al sostegno della speranza cristiana, la dolorosa prova che attraversano.

A tutti di cuore il mio benedicente saluto.

la formazione dei giovani e il servizio all'uomo sofferente

(Discorso del Santo Padre all'inaugurazione di un centro di formazione professionale sanitaria a Caltanissetta [Sicilia], lunedì 10 maggio 1993).

Carissimi Fratelli e Sorelle!

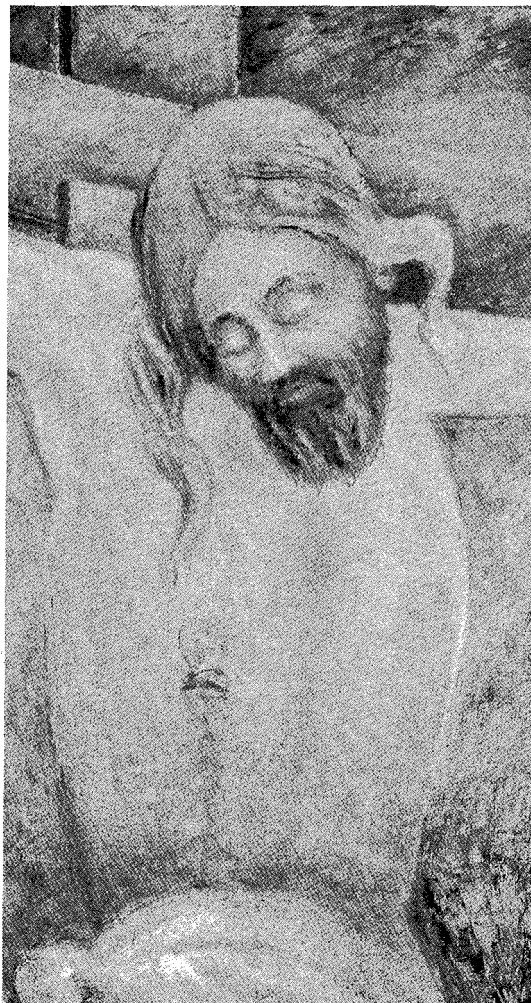
1. Sono lieto di poter presenziare all'inaugurazione di questo ampio complesso edilizio, che sarà adibito a Centro per la Formazione e l'Aggiornamento Professionale del Personale del Servizio Sanitario. Saluto cordialmente il Presidente della Regione siciliana, Dottor Giuseppe Campione, grato per le cortesi espressioni di benvenuto che mi ha rivolto. Saluto pure il Professor Antonino Gullotti, che ha voluto brevemente illustrarmi le finalità della « Società di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica », organizzatrice del Congresso di questi giorni, e il Professor Alessandro Hoffmann, che ringrazio per le elevate considerazioni svolte nel presentare natura e finalità del Centro. Saluto Autorità amministrative, civili, militari presenti ed i dirigenti dell'Unità Sanitaria Locale la quale, d'intesa con le Amministrazioni locale, provinciale e regionale, ha promosso quest'opera.

Un particolare pensiero rivolgo ai partecipanti al *Convegno siculo-calabro* della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, in corso di svolgimento proprio in questa sede. Quest'incontro mette in risalto una caratteristica saliente della nuova struttura in cui ci troviamo, situata quasi al centro della Sicilia e ben collegata, grazie ad una moderna ed efficiente rete stradale, con le principali Città dell'Isola: essa si presta molto bene ad essere *luogo di confronto e di dialogo*, a beneficio anzitutto della vostra Regione e della sua crescita umana e culturale, e, più ampiamente, del Sud d'Italia. Se poi si considera la peculiare posizione della Sicilia, posta al centro dell'area mediterranea, è legittimo prevedere che qui si possano incontrare persone appartenenti ai popoli di diversa cultura, lingua e religione prospicienti il Mediterraneo.

Grazie anche alla sua specifica attività formativa in campo sanitario, questa vostra struttura potrà rivestire una importante funzione nella *cooperazione con i Paesi in via di sviluppo*, particolarmente del bacino del Mediterraneo e dell'Africa. Il mio augurio cor-

diale è che tutto ciò possa contribuire a far riscoprire alla Sicilia *il suo ruolo di ponte tra culture e popoli diversi*; un ruolo che le deriva dalla sua posizione geografica e dalla sua storia di cerniera tra Europa occidentale, Asia meridionale e Africa islamica.

2. Il compito primario di questo vostro Centro è indubbiamente di *carattere formativo*, e per tale ragione è dotato di aule e laboratori attrezzati con le più moderne apparecchiature. Nelle stanze del convitto troveranno ospitalità giovani chiamati a svolgere funzioni sanitarie, tecniche ed amministrative nelle Unità Sanitarie Locali della Sicilia e delle altre regioni meridionali d'Italia, ma anche operatori di Paesi in via di sviluppo, specialmente dell'area mediterranea e dell'Africa.



Qui avrà sede un distaccamento del Dipartimento di Igiene della Facoltà di Medicina dell'Università di Palermo, così da permettere a numerosi studenti di conseguire una specifica preparazione nel campo dell'igiene e nell'esercizio della professione medica.

Il Centro sarà dunque un luogo di formazione di giovani nel settore medico, infermieristico, tecnico ed amministrativo delle strutture sanitarie.

Esso, al tempo stesso, potrà venire incontro alle esigenze di una maggiore occupazione, a cui è legata la serenità delle famiglie e delle nuove generazioni, spesso costrette, per mancanza di lavoro, a lasciare la loro terra o a vivere in condizioni di grave precarietà e di incertezza economica.

Va dato atto, pertanto, ai pubblici amministratori di aver mirato con tale realizzazione ad una serie di obiettivi convergenti, tutti importanti, di carattere culturale, sociale ed economico.

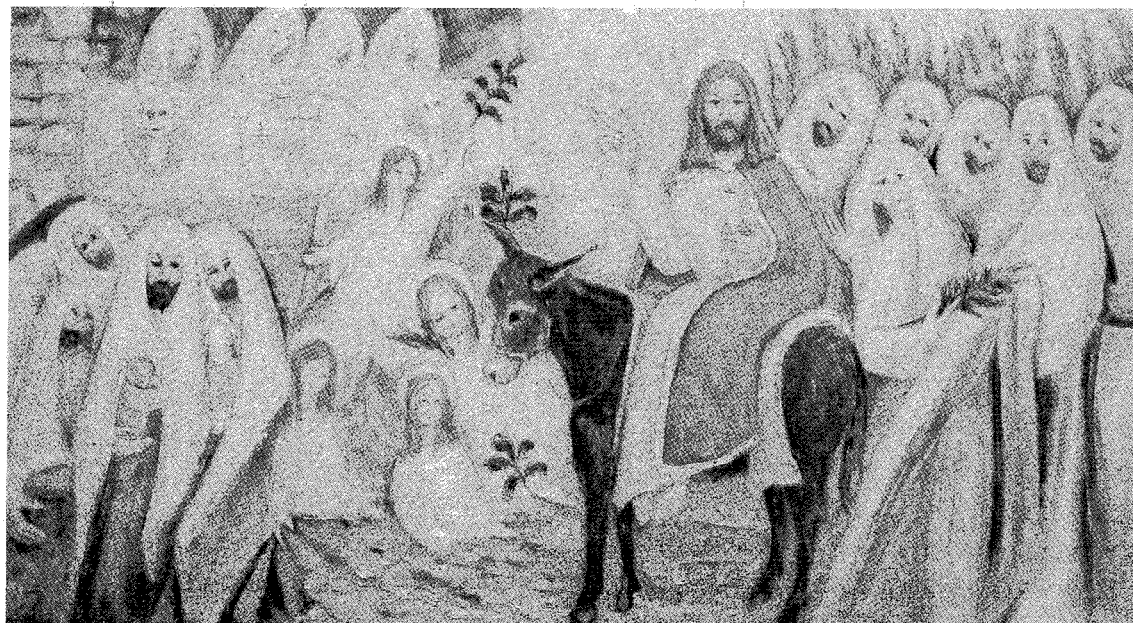
3 Due sono, in particolare, i punti qualificanti di tale progetto: la *formazione dei giovani* e il *servizio all'uomo sofferente*. È quanto mai necessario che le nuove generazioni acquisiscano non solo competenze tecniche, ma anche un sano orientamento etico di servizio all'uomo e all'uomo sofferente. Prepararsi a lavorare in tale ambito è, specialmente per un giovane, doppiamente formativo: non solo da un punto di vista strettamente *professionale*, ma più globalmente sotto il profilo *etico e civile*. Una società che investe

nel settore sanitario, e che lo fa seriamente curando al massimo la qualità dei servizi e la competenza degli operatori, è una società che opta per *l'autentica civiltà*, per l'autentico benessere, mai riducibile al semplice perseguimento del profitto materiale.

La Comunità cristiana, sull'esempio di Cristo, « nel corso dei secoli ha fortemente avvertito il servizio ai malati come parte integrante della sua missione » (Motu proprio *Dolentium hominum*, 1). Per questo, essa si rallegra di ogni iniziativa pubblica e privata che vada a vantaggio di chi è sofferente. Nella Lettera Apostolica sul significato del dolore umano, ho scritto che « Cristo allo stesso tempo ha insegnato all'uomo a far del bene con la sofferenza e a far del bene a chi soffre » (*Salvifici doloris*, 30). Il malato può « far del bene » con la sua stessa malattia, vivendola alla luce del Vangelo; tutti i fedeli sono chiamati a « far del bene a chi soffre » mediante le loro iniziative di carità. Gli obiettivi del Centro di Formazione di Caltanissetta recano, pertanto, in modo visibile l'impronta degli ideali umani ed evangelici, di quegli ideali che tanta parte hanno avuto ed ancora possono avere nella cultura e nella storia della Sicilia.

Mentre, quindi, incoraggio volentieri questa nuova realizzazione di alto valore sociale, rinnovo a tutti voi l'espressione del mio apprezzamento, augurando che gli sforzi profusi per portarla avanti siano ricompensati da risultati sempre più soddisfacenti e proficui.

A tale fine vi imparto di cuore l'Apostolica Benedizione.



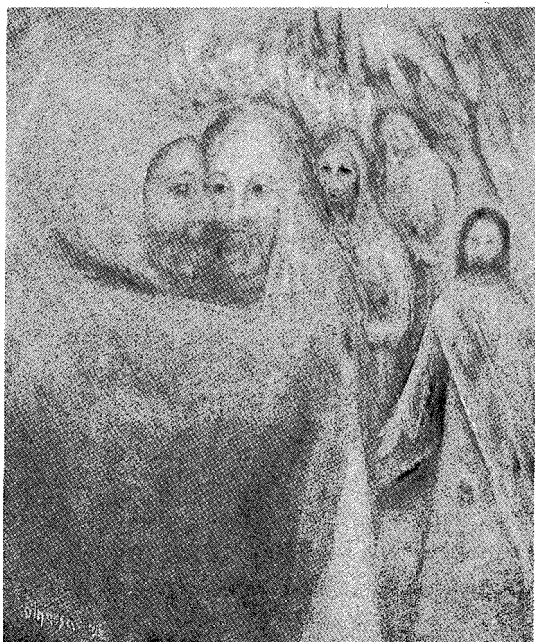
consentire al disabile di vivere senza umilianti assistenzialismi e vaghi pietismi

(Discorso del Santo Padre ai membri di un centro internazionale di ricerca per l'autosufficienza degli handicappati, ricevuti in udienza, venerdì 14 maggio 1993).

Gentili Amici
del Centro Internazionale Ricerche
per l'Autosufficienza degli Handicappati!

1. A tutti voi il mio cordiale benvenuto. Saluto in particolare il Dr. Enzo Casserà e lo ringrazio per le cortesi parole che a nome vostro mi ha rivolto.

Avete voluto farmi visita per presentarmi gli apprezzabili risultati conseguiti dal vostro Centro nella promozione sociale dei disabili. Vi sono grato di tale segno di affetto, che mi piace raccogliere come espressione della fiducia riposta dal mondo della sofferenza nella Chiesa. La Comunità ecclesiale è spinta dal suo stesso annuncio evangelico a porsi in prima linea, dovunque si tratti di testimoniare ai fratelli sofferenti la concretezza e la tenerezza dell'amore di Dio.



A tale testimonianza essa è spronata non solo da sentimenti di umana pietà, ma anche dal suo stesso amore per Cristo, che non ha esitato a dirsi particolarmente presente in quanti hanno più bisogno di attenzione, di assistenza, di amore (cf. *Mt* 25, 40). Per questo, tra le varie attività promosse dalla Chiesa, è di particolare significato la pastorale per gli ammalati. Proprio sul tema a voi caro delle «persone disabili nella società», nello scorso novembre, si è tenuta per iniziativa del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari una conferenza internazionale a cui hanno preso parte numerosi esperti. In essa si è registrata la crescente consapevolezza delle comunità nazionali e di quella internazionale su così delicate problematiche, traendone tutti motivo di nuova sensibilità e di maggiore impegno.

2. «La qualità di una società e di una civiltà si misura dal rispetto che essa manifesta verso i più deboli dei suoi membri» (*From the very beginning: «Enchiridion Vaticanum»* 7, 1145). Questo fondamentale principio, che oltre dieci anni fa, in occasione dell'Anno Internazionale dell'Handicappato, la Santa Sede enunciò nel contesto di un apposito documento, si potrebbe dire il criterio ispiratore del vostro originale sforzo a favore di quanti, per i più diversi motivi, vivono una condizione di «handicap». Ciò interpella la solidarietà sociale, e a maggior ragione la coscienza cristiana.

In tale prospettiva, l'odierno incontro con voi mi è singolarmente gradito. Esso offre l'occasione per mettere in luce un approccio *positivo* e *valorizzante* verso i disabili, per aiutarli ad integrarsi pienamente nella società civile e negli stessi processi economici.

Bisogna purtroppo riconoscere che talora il ritmo incalzante della vita moderna non rende facile l'attenzione verso chi vive in uno stato di menomazione fisica o psichica. Certo, si sono fatti al riguardo progressi notevoli nella sensibilità comune e nelle legislazioni dei diversi Paesi. In non pochi casi, tuttavia, di fronte ai fratelli portatori di «handicap», se non ci si chiude nell'indifferenza, ci si accontenta di sterili forme di commiserazione, che rischiano di rendere più sofferta e intollerabile la loro condizione.

3. Benemerito è, allora, il vostro Centro Internazionale di Ricerche, che adotta nei confronti dei disabili un approccio del tutto alieno da umiliante assistenzialismo e vago pietismo.

Voi partite giustamente dal presupposto che essi possono offrire alla società molto più di ciò che è loro impedito, a condizione che la comunità faccia reale spazio alle loro

potenzialità, il più delle volte latenti, quindi da individuare, coltivare e saggiamente orientare. Il vostro obiettivo, davvero lodevole, resta quello di consentire al disabile di vivere una «vita vera», come dice il motto del premio da voi istituito, una vita in cui egli non solo non si senta di peso, ma possa riconoscersi utile ed anzi protagonista.

Quello che voi state facendo, carissimi amici, è veramente un'espressione di illuminata solidarietà. Animata da sentimenti di gratuità e da profonda dedizione, essa diviene una delle forme più alte di cristiana carità.

Continuate a percorrere con perseveranza questa strada. Vi sono vicino con il mio affetto e la mia preghiera e volentieri imparto a voi, alle persone cui prestate servizio e a quanti vi sono cari, la mia Benedizione.

una generosa mobilitazione per l'aiuto alla vita e per la formazione di una cultura di vita

(Messaggio del Santo Padre alle diocesi della Lombardia in occasione del Convegno regionale sul tema « nascere e morire oggi », sabato 15 maggio 1993).

A voi, carissimi Fratelli e Sorelle delle Diocesi della Lombardia, raccolti in solenne celebrazione al termine del Convegno regionale sul tema « nascere e morire oggi », rivolgo il mio saluto, pieno di affetto, con le parole del Risorto: « Pace a voi ». La pace di Cristo sia con voi, fratelli Vescovi, e con voi, sacerdoti, religiosi, religiose e fedeli delle Chiese di Lombardia. Vi porto tutti nel cuore, anche per la conoscenza che di voi ho fatto nelle mie visite pastorali.

In questo tempo dopo la Pasqua la liturgia ci fa meditare le parole del Signore: « Io sono il Primo e l'Ultimo e il Vivente. Ero morto, ma ora vivo per sempre e ho potere sopra la morte e sopra gli inferi » (Ap 1, 17-18). È questa presenza che qualifica e dà valore al vostro incontro conclusivo. Avete camminato per più di un anno lungo i sentieri della riflessione sul *nascere* e sul *morire*: e due esperienze fondamentali dell'esistenza umana trovano in Gesù Signore il loro significato

pieno e risolutivo; in Lui, « Alfa e Omega », si innerva e si intesse la vita nuova del credente.

Voi desiderate annunciare l'uno all'altro il senso profondo del vivere in Cristo, il senso del nascere e del morire: lasciate che mi unisca anch'io in codesto annuncio al mondo e che esprima con voi il commosso stupore per ogni bimbo che s'affaccia alla vita. Lasciate che sostì in particolare con voi, ammalati, che condivida con voi la sofferenza redenta dal Crocifisso, che vi ringrazi per il coraggio che dimostrate nelle vostre prove, per il fatto che riconoscete nel Signore la sorgente di una *vita* che va al di là del pur meraviglioso dono della vita fisica. Lasciate che mi unisca a voi, giovani; che legga nei vostri sguardi la passione per una vita carica di prospettive e di progetti, radicati in Cristo e nel suo slancio di amore verso il Padre e verso i fratelli; che vi esorti a non chiudere in attimi sconnessi e sfuggenti la vostra esistenza; a non sciupare tempo ed energie per percorrere labirinti inconcludenti o dannosi. Sono con tutti voi che gremite lo stadio di San Siro a Milano.

Il mio pensiero non può non correre alla storia di carità che, nel corso dei secoli, proprio partendo da un amore profondo alla vita, si è intrecciata con le varie componenti della vita civile e sociale della vostra Terra. E non posso fare a meno di ringraziare il Signore per le caratteristiche di ingegnosa inventiva che hanno contraddistinto nel tempo la carità nella vostra regione.

È consolante constatare, poi, come anche oggi non manchi nelle vostre Chiese una generosa mobilitazione per l'aiuto alla vita, per la sua accoglienza al momento della nascita, per la formazione di una cultura di vita anche dentro l'angoscia di morte che tragicamente segna la ricchezza, quand'essa diventa egoismo. Con decisione, costanza e fermezza vi siete mossi in questa linea, aiutando e sostenendo là dove la vita non trova mezzi e risorse per essere degnamente accolta. Così la carità si è fatta solidarietà in favore specialmente di coloro che soffrono a causa delle varie forme di emarginazione presenti nel nostro tempo.

Elevo la mia preghiera allo Spirito di Vita, che è Spirito di carità, affinché rafforzi sempre più nelle vostre Chiese il senso dell'amore che dà alla vita umana valore e dignità.

La Vergine Maria, che ho avuto la gioia di venerare nel santuario di Caravaggio, suggerisca a tutti e a ciascuno l'amore premuroso e misericordioso, che è necessario per l'affermarsi di un'autentica cultura della vita.

Con questi voti nel cuore tutti abbraccio nel Signore risorto e a tutti imparto la mia speciale Benedizione.

argomenti



Diritti del malato in fase terminale

*Catechismo della Chiesa Cattolica
e persone handicappate*

Portatori di handicap e famiglia

*Infermeria: il paziente
come centro di attenzione*

diritti del malato in fase terminale

« Il movimento a favore dell'attenzione palliativa
può contribuire a che la pratica medica recuperi un senso umano »

(Neil McDonald Simposio Mondiale della Salute - Organizzazione Mondiale della Sanità).

PRESENTAZIONE

Un gruppo di operatori della sanità, membri della società Catalano-Baleare delle Cure Palliative ha elaborato i *Diritti della persona malata in fase terminale*.

È vero che oggi c'è una grande sensibilità per quanto riguarda i diritti della persona umana; ma è anche vero che benché sia grande questa sensibilità e il riconoscimento di questi diritti, ciò non garantisce che nella pratica quotidiana tali diritti siano rispettati.

I *Diritti della persona malata in fase terminale* sono diritti fondamentali dell'essere umano. Pertanto se sono già un'esigenza durante la vita della persona, non possono non esserlo quando questa arriva alla fase terminale, ma al contrario devono consolidarsi in questa situazione.

Insistiamo sul fatto che la persona in questi momenti della sua vita ha dei diritti per il fatto di essere persona, per la sua natura, e che deve mantenere la dignità che come tale gli corrisponde anche nel suo deterioramento fisico.

Quindi questi diritti non sono una generosa concessione della società civile, ma questa deve proteggerli e garantirli essendo inerenti a tutti gli esseri umani.

Le strutture sociali condizionano la realizzazione dei diritti umani. Una struttura sociale ingiusta non solo sarebbe sfavorevole allo sviluppo dei diritti umani ma li ostacolerebbe e li farebbe divenire strumenti oppressori dei più deboli e bisognosi.

Alcuni sono convinti che sia rischioso parlare di diritti: questo rischio consisterebbe nel presentare aspettative — in teoria eccellenti ma irrealizzabili nella

pratica — la qual cosa porterebbe inevitabilmente allo sconcerto e alla frustrazione.

Certamente esiste questo rischio. La stessa nozione di diritto implica una percezione un po' parziale e personale: rivendicando i propri diritti personali — cosa d'altronde molto legittima — l'uomo può chiudersi in se stesso e dimenticare i diritti altrui, i quali — bisogna dirlo — esigono ugualmente attenzione e rispetto. Purtroppo conosciamo tutti persone che parlano sempre dei *loro diritti* e per questo si mostrano aggressivi, egoisti e non solidali con gli altri.

Sono molti gli operatori sanitari ai quali non sembra giusto che si manifestino le legittime esigenze dei malati dalla prospettiva di certi diritti; preferiscono parlare di *necessità*. La ragione che danno è che mentre nel mondo lavorativo l'unione delle forze originata dalla stessa coscienza dei propri diritti può essere sufficiente per rivendicare tali diritti, la persona malata invece si trova in situazione di debolezza e di assoluta dipendenza dalle istituzioni e dagli operatori della sanità.

Questa specie di avversione del parlare dei diritti può anch'essa procedere dal fatto che quando si parla di loro lo si fa solo in forma astratta, in un contesto ideale, distante dalla realtà che vivono le persone concrete o meglio perché li trattiamo da un punto di vista puramente giuridico o legale, lontano dal calore umano che cercano le persone nelle loro relazioni.

Anche riconoscendo il contenuto probabilmente utopico di questo lavoro non possiamo negare il loro sforzo che suppone tradurre nel linguaggio dei diritti le *necessità* delle persone in fase terminale. Questo è quello che si è fissato di portare a termine un gruppo di professionisti della salute nella Società Catalano-Baleare delle Cure Palliative; hanno cercato di farlo dalla loro ri-

flessione e pratica quotidiana e qui ci offrono il risultato del loro impegno, un lavoro tanto chiaro e preciso quanto è stato loro possibile.

Non abbiamo inventato nessun diritto, abbiamo solamente costatato la sua esistenza. Orbene perché questi diritti non abbiano solo il semplice apprezzamento di *valore morale* è necessario che le leggi positive dello Stato li garantiscano e li proteggano con decisione ed efficacia. In caso contrario sarebbero facilmente vulnerabili col falso pretesto che si tratti solo di aspirazioni, utopie e buoni desideri.

D'altronde si deve tenere presente che una dichiarazione solenne dei *Diritti della persona malata in fase terminale* — anche se merita il nostro rispetto — non abbraccia tutti i bisogni dei pazienti e dei loro familiari.

L'essere umano si colloca al di sopra di qualsiasi classificazione e trascende qualsiasi definizione o dichiarazione, anche se queste siano totalmente esatte. Ogni essere aspira di vedere risolti certi problemi: i suoi. Come potremo dare risposte adeguate a questi problemi? Semplicemente tenendo ben presente la situazione concreta vissuta in modo irripetibile da ogni malato. Questo richiede una vera *umanizzazione* della medicina. La tecnica e i progressi scientifici non possono mai significare nella pratica una scelta esclusivista che chiuda il passo all'umanesimo che sempre è stato il vanto e l'onore della medicina. Questa è la responsabilità che ricade non solo sui professionisti della salute ma anche su tutti e ognuno dei cittadini. Ogni diritto porta con sé implicito un dovere.

Insistiamo nuovamente che è necessario scendere dal mondo delle idee e delle conoscenze per situarci nelle relazioni palpabili ed efficienti intorno al malato in fase terminale. Ce lo ricorda Kirkegaard quando afferma che i valori fondamentali, quello del

diritto per esempio, possono essere conosciuti e apprezzati come concetti astratti e universali, ma devono essere vissuti dalla realtà particolare e concreta.

Facciamo una dichiarazione di diritti ma non cadiamo nell'ingenuità di credere che la sua semplice formulazione generi automaticamente la sua accettazione e meno ancora la sua applicazione. Non possiamo quindi rimanere tranquilli a ripetere teorie se queste non trovano un'eco nell'ambito sociale.

Faccio mie le parole che il Direttore Generale dell'UNESCO pronunciò 40 anni fa: «Quando anche noi riuscissimo a violare impunemente uno solo dei diritti di un solo uomo, la Dichiarazione delle Nazioni Unite ci accuserebbe di codardia, di pigrizia e ci ricorderà:

— che manchiamo del senso comune di umanità;

— che ognuno dei *Diritti del malato in fase terminale*, ogni riga, condanna la rassegnazione e che ognuna delle sue parole ci obbliga ad esaminare la situazione attuale della nostra sanità».

È certo che questi diritti troveranno la loro anelata applicazione seppure con un secolo di ritardo. Ma indubbiamente quando arriverà quel giorno si apriranno nuovi orizzonti, nuove prospettive nelle generazioni contemporanee perché si sentiranno insoddisfatte di questo lungo ritardo. E senza dubbio il frutto di questa insoddisfazione sarà un nuovo impulso in avanti.

Accettiamo il fatto che tutto questo sia un'utopia e certamente lo è, come lo fu un secolo fa il diritto alla salute o il trapianto di cuore. Si deve ricordare agli pseudorealisti che l'utopia forma parte della realtà, che è una verità prematura e che bisogna fare tutti gli sforzi necessari affinché arrivi ad essere una realtà totale. Per fortuna contiamo sulle esperienze comprovabili e molto po-

sitive di tanti operatori della sanità e di centri sanitari che rafforzano l'attenzione umanitaria che desideriamo che abbiano tutti i malati in fase terminale. Ci si chiede questa attenzione perché tanto loro come noi siamo esseri umani.

FRANCISCO SOLA
*Società Catalano-Baleare
di cure palliative*

I DIRITTI DEL MALATO PROSSIMO ALLA MORTE

Il malato prossimo alla morte ha diritto a:

1. Essere trattato come essere umano fino al termine della propria vita

L'uomo per il semplice fatto di esistere possiede una dignità per il fatto di essere l'unico essere che ha un valore per se stesso e non solo come mezzo. Il rispetto uguale e reciproco della dignità umana, base della convivenza, non è qualcosa che sia stata conferita alla persona dal di fuori o che le sia stata concessa dalla società. È un valore particolare e unico che gli appartiene perché è dotato di intelligenza e libertà e di conseguenza merita il rispetto di tutti. Questo principio è conosciuto dalla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, che nell'articolo primo stabilisce:

« Tutti gli esseri umani nascono liberi e uguali in dignità e diritti. Sono dotati di ragione e coscienza e devono comportarsi con spirito di fraternità gli uni verso gli altri ».

Questa dignità umana che merita tutto il rispetto, non diminuisce né si perde per il fatto di ammalarsi. Per questo ogni operatore della sanità deve dividere insieme con l'équipe assistenzia-

le un'autentica preoccupazione per salvaguardare con il massimo rispetto la dignità della persona.

La supremazia riconosciuta al paziente esige che si presti attenzione a tutti i suoi problemi umani e non si sposti la stessa come qualcosa senza importanza. I bisogni fisici, psicologici, sociali e spirituali della persona malata in fase terminale richiedono dagli operatori della sanità una attenzione in cui la qualità assistenziale sia il risultato della competenza tecnica e della sensibilità umana. Per questo è necessario e conveniente che l'équipe assistenziale del malato in fase terminale abbia un carattere interdisciplinare.

L'operatore della sanità deve facilitare alla persona malata in fase terminale tutto quanto contribuisce al suo benessere fisico e morale e deve promuovere l'umanizzazione dell'assistenza sotto il doppio aspetto tecnico-scientifico e relazionale. In questo modo il malato non sarà mai trattato come un semplice mezzo il cui destino è il perseguimento di un fine.

2. Ricevere un'attenzione personalizzata

Ogni essere umano è irripetibile e unico e risponde con stile proprio agli avvenimenti dell'esistenza e alle crisi della vita. L'essere umano però, dotato di libertà, è condizionato da una serie di circostanze: famiglia, età, biografia personale, livello socio-culturale, credenze... È nel piano dei sentimenti che l'uomo si confronta con la malattia e con il problema della morte. In questi momenti si mostrano in modo diverso i tratti della personalità che possono apparire mascherati in altre situazioni. Ogni essere umano reagisce con un certo timore davanti alla incapacità, alla diminuzione di potenzialità, alla dipendenza, a volte umiliante, alla solitudine, all'incertezza

circa il quando e il come della morte. L'équipe che cura il malato in fase terminale deve essere attento ai segni velati o manifesti con i quali il paziente mostra i suoi timori, per dargli il conforto e la compagnia, con parole animatrici, senza frivolezze o con silenzio rispettoso attento all'ascolto di colui che in un momento desidera trovare una presenza amica che le dia possibilità di una comunicazione di un certo grado di profondità.

I membri dell'équipe assistenziale devono saper distinguere i meccanismi di difesa che il paziente pone in gioco per negare la realtà o confrontarsi con la stessa.

Quando la malattia si instaura nell'individuo, si cronicizza e la situazione del paziente si aggrava, la speranza di cura lascia il posto alla speranza di poter prolungare la vita, se questa può essere vissuta con un certo grado di qualità umana. Nel momento in cui il malato intuisce o sa che la fine si avvicina, mantiene la speranza di potere sopportarla con dignità, desidera mantenere la coscienza del suo Io, non perdere la ragione, non provocare senso di repulsione agli altri, che i suoi non soffrano, che nulla manchi loro dopo...

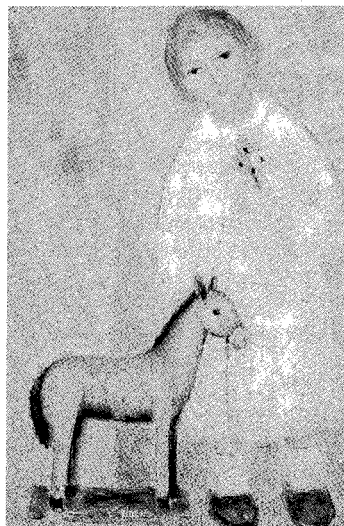
Il paziente ha il diritto di essere trattato nella sua singolarità di persona e non essere ridotto ad una cifra statistica. Ha il diritto che, senza essere ingannato, gli si potenzino le sue speranze e, soprattutto, che abbia la sicurezza che non sarà abbandonato e sarà seguito nei suoi aspetti fisici, psicologici, sociali e spirituali, offrendogli le cure necessarie sia nell'ospedale sia nei servizi di assistenza primaria. L'équipe assistenziale dovrà accettare che il paziente possa manifestare o nascondere le sue paure e deve aiutarlo a superare ed accettare, secondo la sua capacità e maturità, la realtà come è.

3. Partecipare alle decisioni che riguardano le cure che gli si devono somministrare

In questo diritto si difende l'autonomia del paziente in quanto essere umano che come tale ha diritto alla libertà e a non essere costretto per nessun motivo. Questo diritto può presentarsi nel suo versante positivo o in quello negativo. Il primo, che

è quello che abbiamo descritto nel titolo, suppone una maggiore maturità nel paziente e nell'équipe assistenziale. Alla base dello stesso si trova il dovere di una informazione corretta e della sufficiente comprensione da parte del paziente.

Il versante che possiamo chiamare negativo è il diritto del paziente di rifiutare un determinato trattamento. Bisogna insistere sul fatto che questo diritto non equivale al diritto di attentare contro la propria vita con l'assistenza del medico o delle infermiere, né ad una arbitrarietà soggettiva, né a fare diventare i medici automi agli ordini dei pazienti. Il diritto del paziente si riferisce al fatto di potere rifiutare il trattamento quando una determinata terapia o intervento può ridurre la sua qualità di vita ad un grado incompatibile con la sua dignità o essergli eccessivamente oneroso. Questo diritto include una informazione sufficiente e vera e un consenso lucido del paziente o dei suoi tutori legali quando sia il caso, ed è protetto dalla Legge Generale della Sanità del 1986, che dichiara il diritto di rifiutare un trattamento eccetto quando questo diniego causi un male sociale, e il diritto di scegliere tra le diverse opzioni terapeutiche che gli sono proposte (cf. art. 9 e art. 6). Nella Catalogna queste idee sono



raccolte nei *Derechos del enfermo, usuario del hospital* (cf. art. 10 e art. 14) che ha il supporto legale nelle Ordinanze di accredito corrispondenti (25 aprile 1983 e 10 luglio 1991).

Il malato in fase terminale ha ancora capacità di una maggior pienezza dell'essere nonostante le sue limitazioni. Se il paziente ha capacità di autogoverno devono essere rispettati al massimo i desideri del paziente come visite, comodità, attenzione psicologica e spirituale.

È importante che le modalità delle cure siano discusse con il paziente e se questo non fosse possibile, con la famiglia, cercando di rispettare nel possibile, abitudini, costumi e desideri che configurano la sua identità sempre che non pregiudichino terzi.

Los Derechos del enfermo, usuario del hospital della Generalitat de Catalunya espone così questo aspetto che stiamo trattando:

« L'informazione dovrà apportare al malato gli elementi di giudizio sufficienti affinché esso possa partecipare attivamente e responsabilmente alle decisioni che lo toccheranno. Il malato deve sentirsi parte integrante del proprio processo » (art. 7.2). « Allo stesso modo il malato sarà preventivamente informato e dovrà dare il suo assenso prima di procedere a certe esplorazioni che per le loro caratteristiche possono intaccare l'intimità, la sensibilità o il pudore individuale » (art. 7.2b).

4. Avere le cure necessarie per combattere il dolore

L'operatore sanitario deve sforzarsi sempre nel placare il dolore del malato nella misura in cui questo ne abbia bisogno.

Il dolore è un fenomeno duale; una delle sue parti è la percezione della sensazione, e l'altra la reazione emozionale che sveglia nel paziente. Bisogna fare attenzione ai fattori non farmacologici che modulano la soglia del dolore. La strategia più adeguata per il trattamento del dolore è quella che ha presente un approccio globale del malato in ogni aspetto: fisico, psichico, sociale e spirituale.

Il trattamento farmacologico del dolore dovrà aggiustarsi individualmente secondo le sue cause, l'intensità e la durata con

valutazioni periodiche in modo che il malato goda del maggior grado possibile di benessere.

Nel malato in fase terminale con dolore cronico grave, il rischio potenziale di assuefazione agli oppiacei è irrilevante nella scelta di una terapia analgesica.

L'operatore della sanità eviterà nel possibile che la terapia analgesica provochi la perdita di coscienza nel malato.

5. Ricevere risposte adeguate e oneste alle sue domande, con un'adeguata informazione perché possa capire

Quando consideriamo gli aspetti correlati all'informazione e comunicazione nella fase che stiamo trattando che è quella di un paziente in situazione di malattia terminale, vediamo che si tratta di un tema difficile nella pratica.

In questa situazione l'informazione è ostacolata da una parte dal fatto di dover dare una cattiva notizia, cioè di morte; e dall'altra parte dalla complessità degli elementi che integrano la situazione (paziente, famiglia ed équipe assistenziale).

Bisogna sottolineare che il fatto di morire è personale e intimo, che appartiene al malato, allo stesso modo che gli appartiene la propria vita. Essere malato

non è un problema scindibile dalla sua persona, dalla sua biografia e dal suo ambiente. E lui che necessita di aiuto e chiede una relazione interpersonale individualizzata a qualcuno scientificamente formato, naturalmente, ma che si faccia carico della sua problematica globale.

L'équipe assistenziale sarà adeguata se è capace di affrontare la situazione e se è disposta a dare l'aiuto necessario. Il problema del malato: sentirsi male, suppone angoscia, paura, molti interrogativi, ed anche il bisogno di poter comunicarli.

Quando tentiamo di affrontare l'attenzione del malati terminali ci rendiamo conto che i problemi che sorgono superano spesso la propria malattia. Di fatto si trovano coinvolte tutte le persone del suo ambiente, la famiglia ed anche l'équipe assistenziale.

L'équipe può vivere una sensazione di fallimento, di impotenza, di ignoranza. Con una certa frequenza si opta per tenere informata la famiglia, privando dell'informazione il soggetto di diritto che è il paziente. Una certa cospirazione di silenzio avvolge il paziente nei momenti più difficili e decisivi. Il paziente può accettare la situazione o al contrario ribellarsi o mostrare risentimento o aggressività.

L'équipe assistenziale deve riflettere tra l'altro su questi punti:

- Relazione con il paziente: adulta o infantile.
- Rispetto del diritto del paziente ad essere informato. La menzogna non è ammissibile.
- Grado di comunicazione e attitudine di ascolto e rispetto.
- Qualità dell'informazione graduale, accessibile, continuata, vera.
- Grado di pace e serenità personale per la comunicazione in modo che non aumentino le tensioni e l'angoscia del paziente.

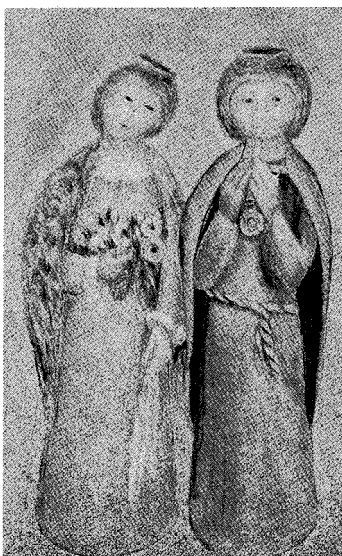
Come fare partecipare adeguatamente la famiglia, se questo e quello conviene al paziente. Bisogna evitare l'errore di credere che l'informazione abbia un carattere preciso. In realtà è tutto un processo che include il supporto del malato attraverso i possibili cambiamenti della malattia e del trattamento.

6. Mantenere la propria gerarchia dei valori e non essere discriminato per il fatto che le sue decisioni possano essere diverse da quelle delle persone che lo assistono

Intimamente legata al concetto di dignità è la coscienza dell'io e dei valori che hanno dato senso alla propria esistenza. La persona come agente morale ha una coscienza che è il punto di riferimento ultimo nelle decisioni sui valori morali. Nessuno può sostituire questa decisione di coscienza nella persona adulta e consapevole e nessuno ha il diritto di coazione manifesta o nascosta.

Se la dimensione tecnica, diagnostica e prognostica, appartiene all'ambito medico, la percezione di quello che è buono o cattivo per la persona e per ultimo la qualità della vita, è attribuito del paziente. Questo deve ascoltare le spiegazioni che gli si danno. Il medico e l'équipe assistenziale devono assicurarsi un grado sufficiente di comprensione, ma solo il paziente può decidere se preferisce dare un senso alla sua esistenza con una determinata qualità di vita o se può fare fronte con i sostegni che gli si offrono ai carichi che suppone una determinata terapia.

Si deve tener conto che sebbene nessuno ha il diritto di impor-



re il proprio criterio sulla vita dell'altro, contro la sua volontà, nemmeno ha il diritto di discriminare un paziente perché questo ha scelto una opzione terapeutica che non è la stessa che piace al medico o all'équipe assistenziale.

In ogni caso l'operatore sanitario ha il diritto all'obiezione di coscienza quando l'attitudine o la decisione del malato sia contraria ai suoi principi etici.

In tal caso invierà il paziente ad un altro collega o ad un'altra istituzione previo accordo tra le parti, mantenendo sempre il massimo rispetto alla persona del paziente.

7. Mantenere e professare la propria fede

Partendo dalla libertà religiosa e di coscienza e con la volontà di offrire ad ogni persona malata un'attenzione totale, si deve fare attenzione alle necessità spirituali della stessa persona.

La percezione e il farsi carico di queste necessità facilitano la comprensione della persona e la aiuta a trovare la serenità e la pace che gli offrono le credenze o le convinzioni filosofiche che danno senso alla sua vita.

I centri sanitari dovranno disporre di mezzi adeguati sia umani che materiali, per dare risposta alle necessità spirituali. I servizi pastorali integrati nell'ospedale e in collaborazione con gli altri operatori possono aiutare ad accompagnare le persone malate nei momenti critici e bisognosi di supporto.

Questa attenzione, che è sempre importante, può aiutare specialmente gli ammalati in fase terminale, a fare un bilancio della propria vita e a ritrovare spesso quella pace interiore che gli permetta di farsi carico di quello che sta vivendo.

La delicatezza e il rispetto a credenze o convinzioni filosofiche favoriscono la relazione dei diversi operatori con il malato e facilitano pure la fiducia. Soprattutto nella fase terminale della vita, il malato ha bisogno di quella comprensione che libera e permette di guardare la vita con fiducia e speranza.

Il malato ha bisogno di curare le ferite della sua storia personale, dare un senso alla vita, in questa situazione di sofferenza,

ricongiungersi, sentirsi accettato e accettare le sconfitte che ha vissuto durante la sua vita.

L'équipe assistenziale deve conoscere le credenze religiose ed etiche del paziente che possono influire sulle decisioni dell'assistenza medica. E molto importante sapere come il paziente percepisce la vita e la morte. Le persone che sono in pace con se stesse ed accettano la morte hanno più probabilità di esprimere le proprie vere preferenze.

Se è possibile, l'operatore sanitario deve ottenere che queste preferenze siano discusse dal paziente con i membri della sua famiglia. L'obiettivo è far sì che la famiglia si senta in armonia con le decisioni. Quando il paziente è deceduto, la famiglia resta e deve essere capace di vivere con le circostanze che hanno avvolto la morte del proprio caro.

8. Essere curato da operatori sanitari competenti abilitati alla comunicazione e che possano aiutarlo a confrontarsi con la morte

L'équipe assistenziale del malato in fase terminale deve avere innanzitutto sensibilità umana, capacità di ascoltare e parlare del problema senza timore di commentare situazioni limitate, con grande carica affettiva. I suoi comportamenti non possono essere rigidi, inflessibili, autoritari. Il personale deve essere ben selezionato e ricevere formazione e capacità progressiva. Le riunioni di gruppo, le discussioni di casi, il controllo psicologico, la pianificazione dell'assistenza e una buona organizzazione sono elementi essenziali.

Non si può ignorare la propria situazione personale dei membri dell'équipe assistenziale. La carica emotiva che porta con sé il seguire i pazienti in fase terminale si ripercuote nella vita privata dei membri dell'équipe. Questi necessitano di attenzione e trascurare questo sarebbe un grave errore.

La qualità umana di un ospedale dipende dalle relazioni tra i pazienti e gli operatori della sanità e di questi fra di loro. Come in ogni relazione umana esistono momenti difficili e critici per qualcuno dei membri o per tutta l'équipe. La relazione di équipe include un elemento di terapia di gruppo sempre che questa sia

necessaria. A volte succede che gli stessi membri dell'équipe, tutti o qualcuno di loro, restano occasionalmente bloccati dai propri sentimenti o problemi facendosi difficile la relazione con il paziente in un determinato momento.

Aiutare il paziente a confrontarsi con la morte suppone anche la capacità di confrontarsi con la propria morte e davanti a limitazioni proprie o passività secondo il linguaggio teilhardiano.

In questo modo progressivamente si acquista la maturità e serenità che richiede la comunicazione verbale e non verbale con il paziente terminale. La comunicazione verbale suppone gentilezza per non dare una cattiva notizia in modo brutale; esige un linguaggio intelligibile, comprensibile per il malato; deve offrire aiuto: risolvendo problemi che preoccupano il malato o rendendo possibile l'adattamento alla perdita. La comunicazione deve essere aperta, la qual cosa significa evitare frasi contundenti e chiuse. Questo permette di parlare della situazione senza che il fatto implichi una condanna irrefutabile.

I componenti della comunicazione non verbale si fondano in:

— *Spazio*: il luogo dove si mantiene la comunicazione deve essere adeguato. Un posto tranquillo e comodo.

— *Ascolto*: attitudine di interesse. Non mostrarsi distratto o affrettato.

— *Affetto*: condividere le emozioni.

— *Vicinanza*: Sedersi accanto al malato, guardarlo negli occhi. Contatto fisico come forma non verbale, fondamentale per comunicare sicurezza e benessere al paziente.

La morte è morte per tutti ma davanti ad essa non tutti ci mettiamo in modo uguale. Non ci sono due persone che muoiono allo stesso modo.

Una situazione limite permette una presa di coscienza che ri-propone il senso della vita. Una malattia prolungata che cambia il nostro ritmo vitale, che ci fa sentire diminuiti, che ci fa prendere coscienza che la fine non è un'idea e che nella nostra vita la morte può essere vicina.

I sentimenti di depressione, angoscia, paura, isolamento, frustrazione, abbandono, inutilità... accompagnano sempre in qualche modo il malato con una diagnosi fatale.

Permettere che il malato esprima i sentimenti che lo opprimono e minacciano è aiutarlo nell'accettare la sua situazione reale e accompagnarlo verso il momento decisivo.

Permettergli di esprimere il suo dolore gli renderà più facile l'accettazione finale del momento in cui perderà ogni cosa e le persone amate.

I sentimenti negativi si acuiscono con l'isolamento e l'incomunicabilità e aiutarlo ad esprimersi in un clima rispettoso senza dubbio solleverà sempre il malato.

9. Ricevere il conforto della famiglia e degli amici che desiderano accompagnarlo lungo il processo della sua malattia e nel momento della morte

La morte evidentemente ha una dimensione individuale, personale. Moriamo soli e ognuno muore la propria morte. Ma questo confronto individuale con la morte non può confondersi con l'isolamento. Il malato in fase terminale può legittimamente esigere di non essere disturbato, *ma nessuno vuole morire rifiutato dagli altri*. Devono evitarsi i rumori, le risate, le voci... ma non è raccomandabile un isolamento sistematico.

Il fatto di essere fra i suoi mantenendo una maggiore comunicazione fra di loro e intensificando la frequenza nell'informazione alla famiglia da parte dell'équipe assistenziale sulla situazione e i sintomi del malato, dà alla morte un carattere più normale.

Ugualmente si deve rafforzare al massimo la qualità profondamente umana della relazione équipe assistenziale-paziente. L'intima e inevitabile solitudine di quello che muore può essere più sopportabile grazie al calore umano dei presenti.

Quando ci dà un aiuto umano, psicologico e religioso — per il credente — l'incontro con la verità della morte risulta altamente positivo.

Malato e famiglia devono essere considerati come un'unità da essere trattata dall'équipe assistenziale. Famiglia e malato in condizioni ideali devono aiutarsi mutuamente. L'équipe assistenziale deve aiutare i familiari e gli amici a mantenere una posizione aperta e fiduciosa. La poca tranquillità della famiglia può essere trasmessa anche al malato.

Affinché il paziente possa ricevere aiuto e conforto, conviene che l'équipe assistenziale:

— Mostri ad entrambi, paziente e famiglia, la disponibilità (sedersi in un luogo tranquillo e senza fretta), parlando del tema con naturalezza e senza drammatizzare, sempre che lo desiderino.

— Chiarisca dubbi sull'evoluzione e il trattamento; sui sentimenti di paura, incertezza, depressione, ansietà e solitudine.

— Prenda le decisioni terapeutiche con il malato e la famiglia, quando questo sia possibile.

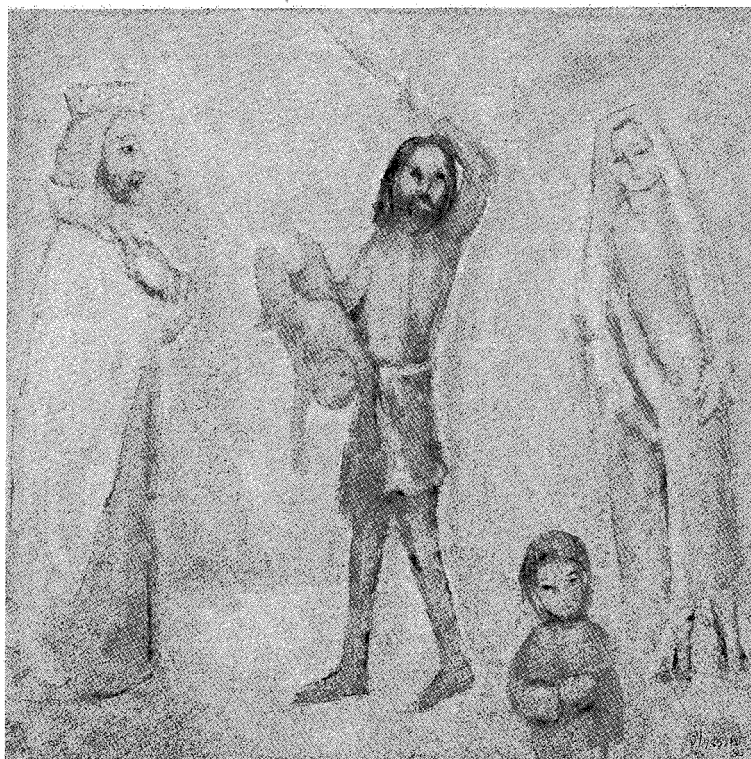
— Riceva in tempo la domanda di aiuto spirituale fatta dal malato o dalla famiglia.

— Tenga conto della famiglia nell'ambiente dove sta e metta a fuoco le risorse spirituali ed emotive del malato e della famiglia per dare aiuto al paziente.

— Faciliti le relazioni del malato con familiari ed amici, dandogli suggerimenti su come comunicare e stare con il malato.

— Sottolinei davanti alla famiglia l'importanza della sua presenza accanto al paziente e gli dia istruzioni circa l'assistenza allo stesso. Potenzi al massimo la funzione terapeutica familiare.

I familiari si sentono abitualmente meglio se possono fare qualche cosa. Il nostro obiettivo sarà integrarli al massimo nel processo affinché il malato arrivi al termine della vita accompagnato in ogni senso.



10. Morire in pace e con dignità

Nel momento più umano della sua vita, che è, paradossalmente, quello della sua morte, l'essere umano ha più necessità di affetto e vicinanza, riconoscendogli il diritto di morire con dignità inteso come rifiuto di una costruzione forzata ed eccezionale dell'esistenza. Un'assistenza *inutile*, ostinata, può addirittura arrivare ad essere disumana e crudele quando, contro la volontà del malato o dei suoi familiari, si realizzano sul moribondo prove di carattere sperimentale.

Il paziente, quando possibile, deve morire in un ambiente familiare o comunque la morte deve avvenire in un luogo il più possibile somigliante alla casa.

Tutti gli esseri umani hanno diritto a vivere la propria morte. È l'ultima possibilità che può ottenere la sua libertà. Questa libertà deve essere rispettata da parte dell'équipe assistenziale, dai familiari e dallo stesso ospedale.

La morte in pace risulta più degna quando il malato vive la morte con lucidità, senza angustie represses, quando è vinta attraverso il dialogo e la comunicazione sincera che le producono riconciliazione, pace e armonia interiore.

11. Dopo la morte il cadavere deve essere trattato con rispetto

12. La famiglia deve essere informata correttamente delle circostanze della morte e ricevere aiuto amministrativo, psicologico e spirituale per poter far fronte con serenità alla tappa successiva la morte

- Sia nel caso di autopsia, donazione di organi o nel caso in cui il cadavere sia dato per investigazioni, dovrà essere trattato sempre con rispetto.

- La fase terminale è per la famiglia un momento particolarmente difficile nel quale si mettono in dubbio i meccanismi difensivi che aveva elaborato.

- La famiglia ha diritto ad essere presente negli ultimi istanti e avere tempo di potersi separare al fine di evitare sentimenti

negativi che ostacolerebbero l'andamento dei preparativi dei funerali (per esempio, ansietà o risentimento per non aver potuto vederlo o toccarlo).

- La famiglia ha diritto di essere assistita negli aspetti amministrativi (per esempio, trasloco della salma) in modo che in questi momenti difficili non si aggiunga un'altra preoccupazione derivata dal disorientamento.

- La famiglia, giunta la fine, ha diritto ad una corretta informazione della situazione antecedente la morte da parte dell'équipe assistenziale.

- La famiglia ha diritto che la salma, prima della sua inumazione, stia in un luogo degno.

- La famiglia dopo la morte di un membro ha diritto di essere assistita nell'evoluzione del dolore e poter esprimere i propri sentimenti al fine di poter accettare la perdita.

- La gravità della sofferenza sta in relazione con l'intensità di interazione che prima si aveva con il defunto e con il ruolo vitale che questo rappresentava. Per la qual cosa a volte si assiste a scompensi brutali in alcuni membri della famiglia.

- I sentimenti dei parenti girano intorno a sentimenti di: vuoto, inutilità, disperazione, ansietà, insonnia, tensione, stanchezza, irritabilità, preoccupazione...

- La famiglia deve vedersi assistita per poter esprimere i suoi sentimenti intensi e confusi che possono essere carichi di rimorsi per le imperfezioni della relazione personale con il defunto (incomprensioni, malintesi...).

- Gli effetti dell'angoscia cominciano a moderare la loro intensità durante le prime sei settimane dopo la scomparsa e la maggior parte dei parenti si riprende dopo qualche mese. Ma alcuni di loro manifestano forme di dolore atipico che possono renderli gravemente incapaci davanti alle esigenze sociali, quindi devono essere assistiti ed aiutati a creare nuove relazioni e ad adattarsi alla nuova situazione che in alcune occasioni comporta un cambiamento radicale nella routine quotidiana.

Ringraziamo per la collaborazione quanti hanno permesso la realizzazione di questo lavoro:

Anna BALIL GILART, medico, Hospital de Arnau de Vilanova (Lleida)

Lidia BUISAN ESPELETA, medico, Hospital de la Creu Roja (Hospitalet de Llobregat)

Ramon CARALT ROCA, cappellano, Hospital General de Manresa (Manresa)

Luisa CID VAZQUEZ, assistente sociale, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)

Joaquim ESPERALBA IGLESIAS, medico, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)

Salvador ESTEBAN MORENO, medico, Fundacion Torres Falguera (Terrasa)

Maria Eugenia FUSTE RICH, psicologa, Hospital de San Joan de Déu (Esplugues de Llobregat)

Manuel GALLEN CASTILLO, medico, Hospital del Mar (Barcelona)

Maria GASULL VILELLA, infermiera, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)

Maria Francisca ISERN CATALA, infermiera, Hospital de Sant Joan (Reus)

José LINARES SANCHEZ, cappellano, Institutio « Salus » (Barcelona)

Alejandro LOZANO BLANCO, cappellano, Centre Geriatric Municipal (Barcelona)

Miguel MARTIN RODRIGO, cappellano, religioso di San Giovanni di Dio, Hospital de Sant Joan de Déu (Esplugues de Llobregat)

Carme VALVERDE RUIZ, infermiera, Hospital Arnau de Vilanova (Lleida)

Joan VIÑAS SALAS, medico, Hospital Arnau de Vilanova (Lleida)

Coordinatore del gruppo di lavoro:

Francisco SOLA PAGOLA, religioso di San Giovanni di Dio, Delegato diocesano della Pastorale della Sanità (Barcelona).

Ringraziamo dei consigli per la redazione finale:

Francesc ABEL FABRE, S.J., medico e Direttore dell'Istituto Borja di Bioetica (Sant Cugat del Vallés).

nel Catechismo della Chiesa Cattolica che posto ha la catechesi per le persone handicappate?

Analisi e prospettive

Si è soliti dire che l'handicap costituisce da solo un continente popolato da almeno 500 milioni di persone.¹ Un continente trasversale che non è legato al territorio.

Non è frequente, invece, sentire proclamare che, dentro questo continente, avvengono dei fatti, si hanno dei cambiamenti mentali, si assumono atteggiamenti suggestivi e si producono dei prodotti originali, attraverso i quali si comincia a delineare una via di rinnovamento della vita associativa di tutti i popoli della terra.

Dentro questo continente si avverte la convergenza attenta di uomini di ogni razza, di ogni religione, di ogni cultura, di ogni politica che si confrontano, si misurano e si ritrovano uniti nella necessità del sostegno fattivo e allo stesso tempo stimolatore del ripensamento in ordine al significato dell'uomo nella storia. L'opinione pubblica percepisce solo frammentariamente questo fenomeno e quasi sempre sotto il profilo della risonanza momentanea e al tempo stesso emotivamente effimera.

L'amore e la prossimità all'handicap, tuttavia, è in grado di provocare un sussulto innovativo nelle strutture sociali, sia dal punto di vista bio-scientifico che da quello fruitivo della bellezza della vita comunitaria dell'uomo.

I cattolici, in particolare, introdotti dall'esperienza dei santi, di cui è ricca la loro storia, entrano in questo continente rendendosi sempre più disponibili a continuare, con maggior impegno comunitario, i detti e i fatti di Gesù Cristo. Da lui usciva una forza che sanava tutti » (Lc 6, 19)

Giovanni Paolo II, addirittura, intravede un cammino dove è possibile tracciare le linee di crescita autonoma e libera di coloro che sono svantaggiati. « Alla fa-

miglia, allo Stato, alla Chiesa — strutture portanti dell'umana convivenza — è demandato un peculiare contributo, perché si sviluppi la cultura della solidarietà e perché i portatori di handicap possano divenire autentici e liberi protagonisti della loro esistenza ».²

Anzi, unendosi al messaggio dei Vescovi, radunati nell'Assemblea Speciale del Sinodo dei Vescovi del 1987, fa un invito che riassume tutta la preminente funzione delle persone handicappate: « Contiamo su di voi per insegnare al mondo intero cosa è l'amore ».³

Gli abitanti del continente handicap

Chi sono e come vengono denominati in questo ultimo tempo? In verità la più diversificata presenza sia in ordine al disagio psico-fisico che alla distribuzione nell'ambito della popolazione e dello stato sociale di appartenenza, ne rende talvolta precaria la definizione.

Forse potremmo convenire su quello che obiettivamente precisa il prof. Tarloy dell'Università Tufts di Boston, Massachusetts: « Il termine "handicap" si riferisce a "limitazioni" causate da una o più condizioni patologiche, delle funzioni fisiche o mentali dell'adempimento di ruoli e compiti socialmente definiti, che spetta agli individui svolgere ».⁴

In questa definizione si intravede un processo invalidante che si « compone di quattro stadi correlati: patologia, menomazione, limitazione funzionale, invalidità ».⁵ Il contenuto di questa definizione è importante per la caratterizzazione dei soggetti a cui ci si dovrà riferire.

Più dialettico appare invece il problema della denominazione. Il termine handicap, nato da un riferimento a un contesto sportivo, particolarmente raffinato come l'ippica, è apparso nella lette-

ratura di lingua inglese per sostituire denominazioni un po' deformanti la corretta relazione sociale. Ma anche questo termine è considerato ormai, nell'uso comune, come degradante, specialmente se preso come riferimento al gruppo o all'insieme. « Handicap viene percepito come un termine negativo e infamante negli Stati Uniti e insieme con il termine *storpio* sta diventando obsoleto ».⁶

In altro versante si fa strada anche il termine « disabile », ma non sempre il contenuto è oggettivamente corrispondente, almeno sotto il profilo medico-biologico e sociale.

Attualmente nel contesto relazionale interpersonale, in un processo di integrazione sempre più diffuso, si impone la denominazione personale, con il proprio nome di battesimo.

Nel rapporto medico-sociale si va imponendo la relazione frammentata dell'invalidità settoriale.

Tuttavia, al fine del nostro assunto, ciò che importa è che si oltrepassi la denominazione verbale e si giunga a una scoperta che metta tutta la comunità cristiana di fronte al problema reale, cogliendo l'oggettiva responsabilità di tutti.

Si può dunque partire da come viene portato avanti il discorso nel magistero di Giovanni Paolo II.

« Voi siete membra del Corpo di Cristo: il corpo del Risorto. Ecco il vero fondamento di una indistruttibile dignità. Una dignità che resiste anche allo scacco della morte ».⁷

È sotto questo profilo che la catechesi affronta il problema.

Esistono persone handicappate: cardinali e scienziati, giovani e adulti, religiosi e laici, bambini e anziani, uomini e donne. L'ottica nella quale vengono prese in considerazione è quella dell'handicap fisico, sensoriale e mentale.

L'approccio catechistico, però, non può limitarsi all'alta comprensione intellettuale del soggetto. Si arriverebbe infatti a discriminare persone con gravi handicaps e conseguentemente ad escludere membra di quel corpo il cui Capo, nelle ultimissime ore della crocifissione, fu gravato di un handicap, per il quale divenne salvezza per il mondo intero. «Non bisognava che il Cristo sopportasse queste sofferenze per entrare nella sua gloria?» (Lc 24, 26).

L'annuncio e il cammino della discepolanza deve essere offerto a tutti senza distinzione, anche se con gradualità e proposte differenziate non solo in ordine ai contenuti, ma anche e soprattutto alle metodologie più specifiche.

Nel Catechismo della Chiesa Cattolica qual è il posto che hanno le persone handicappate?

In verità bisogna subito risolvere una questione preliminare. Il magistero della Chiesa, dopo il Concilio Vaticano II, ha assunto il termine "handicap" come parola adeguata per entrare in comunicazione con le istituzioni nazionali e internazionali.

Gli interventi del Papa e delle congregazioni romane non hanno esitato ad usare questo termine. Anche nella Catechesi *tradendae*, nel n. 41 del capitolo V, si parla esplicitamente di handicappati.

«Essi hanno diritto a conoscere, come gli altri coetanei, il "mistero della fede". Le difficoltà più grandi che essi incontrano rendono ancora più meritori i loro sforzi e quelli dei loro educatori».

Nel CCC, ricorre il termine «handicappato», o quello di «disabile», ma non come soggetto di catechesi.

Al numero 2248, in verità, ci si richiama a «*infirmities physiques et psychiques*». Ma già al numero 2433 si trova il termine «*handicapés*» nel testo francese e «disabili» nel testo italiano. È però un termine, ripreso dalla *Laborem exercens* (IV, 22) riguardante la questione dell'accesso al lavoro.

Questa limitazione non significa che la corrispondente problematica dell'handicap non si trovi nel testo. I termini usati so-

no quelli tradizionali, indistinti, ma non ancora soggetti a inquinamento semantico: infermo, malato, sofferente.

Attraverso questi termini, anche se non univoci, è chiaro il riferimento alle persone che oggi sono denominate con il termine di persone handicappate fisiche, sensoriali e mentali. È comunque una terminologia che si trova anche nei Vangeli, nei Padri, nel Catechismo romano e nei testi del Concilio Vaticano II.

La ragione, forse, è da ricercarsi nel fatto che il CCC non è un direttorio catechistico, né può essere considerato semplicemente come una catechesi, che peraltro è una tappa della evangelizzazione e non può essere dissociata dall'insieme delle iniziative pastorali e missionarie della Chiesa (cfr. CT, III, 18).

D'altra parte il CCC, rispondendo al Sinodo dei Vescovi del 1985, serve come punto di riferimento per i catechismi e i compendi che vengono preparati nei diversi paesi (cfr. CCC 11).

Sta poi ai Vescovi, ai redattori di catechismi, ai presbiteri e ai catechisti usarlo come strumento per insegnare al Popolo di Dio.

L'utilità della lettura è sostenuta però anche per i singoli cristiani (cfr. CCC 12).

È in questa prospettiva che vengono incluse le persone handicappate per la finalizzazione specifica di costruzione di catechismi adeguati. In verità vi è una impostazione antropologica aperta al mistero di Cristo, che potrebbe stimolare alla elaborazione di un testo che risponda alle esigenze di tutti quelli che abitano il continente handicap. Sarebbe un'impresa che varrebbe la pena di tentare, cercando di convogliare le forze dei catecheti almeno europei, con la collaborazione di persone handicappate. Non si dimentichi che nell'ambito della letteratura, della scienza, degli scritti spirituali sono molte le persone handicappate che hanno avuto un ruolo non secondario. Si pensi a C. Nolan per il romanzo, a S. Hawking per la scienza, a Bianchi Porro per le riflessioni esperienziali sulla spiritualità o al Card. Andrzej Maria Deskur per la pastorale. Potrebbe essere un'esperienza confrontabile con tutti i redattori dei catechismi nazionali e diocesani.

La lettura diretta non è esclusa a tutte le persone handicappate che ne abbiano la possibilità o alle quali possono essere messi a disposizione strumenti che la tecnologia moderna sta approntando, riuscendo a superare persino la fantasia. Penso in modo particolare ai disabili fisici o sensoriali, per i quali occorrerebbe por mano a trascrizioni relative ai loro linguaggi, p. es. non vedenti. Il futuro, in ordine ai non vedenti, immetterà gli strumenti che nasceranno dallo studio scientifico delle reti neurali. Da questo punto di vista la strumentazione audio, per i non vedenti o la scrittura Braille potrebbero essere presto considerate come archeologiche.

Caterina da Siena, volendo imparare a leggere, dopo l'insuccesso con una insegnante, invocò l'aiuto del Signore e imparò a leggere, anche se in forma globale, si direbbe oggi, non riuscendo ad analizzare le singole sillabe di una parola.

Penso alla Iolanda, una ragazza non raggiungibile da alcun suono e incapace di pronunziarne uno distinto: con il linguaggio Bliss ha potuto comunicare e conoscere i contenuti della vita di Caterina da Siena.

Un'antropologia che si struttura nella novità di Gesù Cristo

Il CCC mira a rispondere alle esigenze di una realtà sociale, in via di trasformazione. La costante di un rinnovamento della società corre il rischio di perdere il riferimento ai fondamentali presupposti della «super vivenza» dell'uomo. Questo fenomeno rischia di coinvolgere anche l'esperienza di Chiesa. Una cultura che cresce, una scienza che si allarga, una realtà economica e politica che mira a nuovi fini, rischiano di far perdere il riferimento a Colui che è l'alfà e l'omega della storia.

Nasce da questo contesto la richiesta del Sinodo dei Vescovi del 1985 «che fosse redatto un catechismo o compendio di tutta la dottrina cattolica, sia per quanto riguarda la fede che la morale» (cfr. CCC 10).

Il CCC risponde a questa richiesta ispirandosi alla grande tradizione dei catechismi. Sono quattro infatti i pilastri che lo reggono: la Professione della fe-

de battesimale (il Simbolo), i sacramenti della fede, la vita di fede (i comandamenti), la preghiera del credente (il Padre nostro). Dentro il testo si viene a trovare una coraltà di temi che mirano a mettere in risalto la centralità del mistero di Gesù Cristo, a cui tende tutto ciò che lo ha preceduto. Da questo centro parte poi il movimento esplicitativo dell'uomo nuovo che avrà conclusione nella definitiva relazione intertrinitaria.

Sarebbe riduttivo considerare i contenuti del CCC come un sistema globale, a cui dovrebbero essere tolte alcune componenti dottrinali perché sia reso possibile l'accesso ai deboli, in special modo quelli mentali. La riduzione è accettabile a livello metodologico. Ma la verità non può essere divisa per nessuno anche perché essa tende a costruire la carità.

«Tutta la sostanza della dottrina e dell'insegnamento deve essere orientata alla carità che non avrà fine» (*Il Catechismo romano*, 10).

Il catechismo intero, dunque, è per le persone handicappate. Tuttavia all'interno di questa "sinfonia", come dice Giovanni Paolo II, è possibile cogliere il canto della novità, che si esplicita nella persona handicappata.

Sarebbe troppo lungo fissare gli appoggi sui quattro pilastri, da cui la persona handicappata può ritrovare un sostegno che nella prassi pastorale e catechistica non di rado gli è stato negato. Sarà sufficiente sottolineare gli elementi costitutivi di una antropologia nuova, che delineano l'origine, lo sviluppo e il senso della persona handicappata:

1. La liberazione dalla domanda sull'origine e sulla causa dell'handicap. Molte tensioni nella società anche ecclesiale si condensano intorno alla ricerca della responsabilità. Il CCC si fa questa domanda (cfr. 309) e indica il disegno provvidenziale di una creazione in via di perfezionamento e il dramma del peccato degli angeli e dell'uomo, creature riccamente intelligenti e capaci di azioni libere.

Esiste nel disegno di Dio insieme al «bene fisico» anche il «male fisico», finché la creazione non avrà raggiunto la sua perfezione (cfr. 309). Esiste pure il male morale, incommensura-

bilmente più grande del male fisico (cfr. 311).

Ma tutto questo nell'ottica che Paolo ci rivela: «Tutto concorre al bene di coloro che amano Dio» (*Rm* 8, 28). Tutto viene dall'amore, dirà Santa Caterina da Siena, tutto è ordinato alla salvezza dell'uomo, Dio non fa niente se non a questo fine (cfr. 313).

2. La presentazione della bellezza del Verbo che si fa uomo per salvare l'uomo.

L'origine del male non ha una risposta «se non tenendo fisso lo sguardo della nostra fede solo su Colui che, solo, ne è il vincitore» (cfr. CCC 383).

La presenza di Gesù Cristo è un avvenimento che si snoda e ricapitola tutto lo svolgimento del CCC. I quattro pilastri sono i punti dai quali unitariamente si innalza l'edificio, la cui pietra angolare è Gesù Cristo nella sua realtà di Uomo perfetto, Uomo-Dio. Le diverse articolazioni di tutto il testo fanno emergere lo splendore di una Presenza che attrae e affascina.

Le parole di Gregorio di Nissa sono prese per riassumere questo avvenimento. «La nostra natura malata richiedeva di essere guarita, decaduta di essere risolta, morta di essere risuscitata. Avevamo perduto il possesso del bene; era necessario ci fosse re-

stituito. Immersi nelle tenebre, occorre che ci fosse portata la luce; perduti attendevamo un salvatore; prigionieri un soccorritore; schiavi un liberatore» (cfr. CCC 457).

3. Gesù Cristo è il servo sofferente di Dio che con la sua vita diventa paradigma di ogni uomo.

«Tutta la vita di Cristo fu un insegnamento continuo: i suoi silenzi, i suoi miracoli, i suoi gesti, la sua preghiera, il suo amore per l'uomo, la sua predilezione per i piccoli e per i poveri, l'accettazione del sacrificio totale della croce per la redenzione del mondo, la sua Risurrezione sono l'attuazione della Parola e il compimento della Rivelazione» (CCC 561).

4. I lineamenti precisi di Gesù, medico delle anime e dei corpi: la vita e la morte di Gesù sono presentati alla luce del Servo sofferente.

Il suo servizio non è scindibile dalla sua applicazione.

Egli si dona liberamente alla morte per amore del Padre e degli uomini. Ma questa offerta della salute di Dio agli uomini non è disgiunta dalla liberazione dalle malattie.

«Il Signore Gesù, medico delle nostre anime e dei nostri corpi, colui che ha rimesso i peccati del paralitico e gli ha reso la salute del corpo, ha voluto che la sua Chiesa continui, nella forza dello Spirito Santo, la sua opera di guarigione e di salvezza» (cfr. CCC 1421).

Un medico dunque che, di fronte alla persona handicappata, indica le piste della guarigione fisica, delineando lo sviluppo della scienza medica come continuazione delle sue mani e della sua forza terapeutica, non escludendo la possibilità di guarigioni miracolose, come permanenza dei segni del suo mistero.

Ma è la vita divina la guarigione piena che il Medico divino dona a tutti i credenti.

5. Questa guarigione totale dell'uomo è continuata nella realtà sacramentale.

In verità Gesù Cristo non è relegabile nel perimetro del suo spazio storico. Egli continua nella sua Chiesa. La partecipazione alla natura divina è resa possibile per l'uomo attraverso i sacramenti. «I fedeli, rinati nel santo



Battesimo, sono corroborati dal sacramento della Confermazione e, quindi, sono nutriti con il cibo della vita eterna nell'Eucaristia, sicché per effetto di questi sacramenti dell'iniziazione cristiana, sono in grado di gustare sempre più e sempre meglio tesori della vita divina e progredire fino al raggiungimento della perfezione della carità » (cfr. CCC 1212).

A questa vita divina tutti sono chiamati. Le precisazioni e le condizioni sono indicate dal Magistero della Chiesa. Le particolari determinazioni per le persone handicappate non sono delineate, ma vengono lasciate all'apertura dell'azione pastorale della Chiesa, sotto la guida e la vigilanza del Magistero.

6. Le persone handicappate sono le membra del suo corpo che si uniscono al sacrificio di Cristo. La vita sacramentale non toglie le conseguenze temporali del peccato. Rimangono le sofferenze, rimangono le malattie. Noi siamo ancora nella nostra abitazione sulla terra (2 Cor 5, 1), sottomessa alla sofferenza e alla morte. Non c'è contraddizione fra questa sofferenza e il lieto annuncio della liberazione.

Gli uomini diventano collaboratori di Dio anche con la loro sofferenza (cfr. 165; 307).

Le prospettive catechistiche di una presenza dello « svantaggio »

Questi elementi costitutivi spingono a una ulteriore riflessione. Esiste la possibilità che dalla catechesi per le persone handicappate si possa eliminare inutili tentativi di riduzione, anzi costruire un paradigma che illumini tutta l'azione catechistica della Chiesa.

Il sangue versato a Bolsena nel corporale e conservato nella cattedrale è l'energia che ha coagulato la fede nei tempi e suscitato la potenza artistica creativa profusa nella bellezza delle linee architettoniche e nella presenza di opere pittoriche qualificate in questo stupendo tempio.

Le membra sofferenti del corpo di Cristo possono costituire l'energia per una catechesi che splenda nell'azione pastorale della Chiesa del nostro tempo?

In verità ogni catechesi autenticamente evangelica e libera

dalle determinazioni di vago riferimento ideologico si costituisce come un rapporto indissociabile fra i « fatti » e i « detti ».

L'intrinseca relazione fra l'essere e il comunicare spinge a non considerare il fatto come incapace di dire e la parola come disgiungibile dall'essere.

Fare risuonare Cristo nel nostro tempo è possibile, alla condizione di vivere in Lui. « Bisogna accettare di perdere tutto, "al fine di guadagnare Cristo e di essere trovati in Lui" e di conoscere lui, la potenza della sua Risurrezione, la partecipazione alle sue sofferenze, diventandogli conforme nella morte, con la speranza di giungere alla risurrezione dei morti » (cfr. CCC 428).

Paolo VI guardò alle persone handicappate come alla permanenza nella Chiesa della passione e della crocifissione di Gesù. Le chiamò ((presenza ferita di Dio D.

In questa visione si spiega l'impegno della Chiesa all'opera di integrazione, di socializzazione, di promozione, spingendo verso la ricerca scientifica.

Per gli handicappati « le sofferenze possono avere come senso quello per cui io completo nella mia carne ciò che manca ai patimenti di Cristo a favore del suo corpo che è la Chiesa » (Col 1, 24).

Per tutti i cristiani vale il compito affidato dal Risorto.



« Il Signore risorto rinnova l'invito (Nel suo nome... imporranno le mani ai malati e questi guariranno: cfr. Mc 16, 17-18) e lo conferma per mezzo dei segni che la Chiesa compie invocando il suo nome. Questi segni manifestano in modo speciale che Gesù è veramente "Dio che salva" » (cfr. CCC 1507).

Ma non si può rimanere a livello di impegno e di servizio. La presenza ferita di Dio in mezzo a noi non può non condurre all'adorazione, nella linea dell'esperienza di E. Mounier: chiamava la figlia cerebrolesa la sua « piccola ostia bianca ».

Adorare significa relativizzare la nostra vita e arrivare alla considerazione di fede sul mistero di questa presenza.

L'handicap che pesa sulla corsa dell'umanità porta come conseguenza alla ricerca culturale, per riscoprire la vera dignità della vita. Si produce una visione dell'uomo consonante con i valori autentici dell'uomo nella sua corretta interazione con la natura e con il processo evolutivo dell'esperienza storica.

È in questa prospettiva che la persona handicappata finisce per essere un punto di riferimento non solo per l'aggregazione solidaristica, ma anche come possibilità di una più profonda conoscenza del mistero e un cambiamento di mentalità nella vita associata. Giovanni Paolo II è arrivato a dire che i malati sono la nostra Università. E un'affermazione che sconvolge l'ordinarietà e la normalità della convivenza, che si fonda sull'avere più che sull'essere, ma non percepisce il mistero dell'avvenimento cristiano.

« Cristo crocifisso è potenza di Dio e sapienza di Dio. Perché ciò che è stoltezza di Dio è più sapiente degli uomini e ciò che è debolezza di Dio è più forte degli uomini » (1 Cor 1, 24-25).

Essi non salgono in cattedra come padroni di cultura, ma come servi ontologici della vera sapienza che con la loro testimonianza indicano il vero cammino della conversione e della salvezza.

E la salvezza dell'uomo passa per la Croce. « Al di fuori della Croce non vi è altra scala per salire al cielo », come dice S. Rosa da Lima, citata espressamente dal CCC al n. 618.

In definitiva la loro presenza conduce a fissare lo sguardo in colui che è risorto dando la vita per gli altri nell'obbedienza al disegno del Padre.

È un invito al cambiamento di mentalità secondo l'indicazione evangelica, e a scoprire il dono della vita come elemento portante di ogni cambiamento sia strutturale che dinamico della esperienza dell'uomo nella sua dimensione personale e comunitaria.

C'è da rilevare anche una consonanza creativa fra il rinnovamento della catechesi a partire dall'handicap e l'inclusione nel CCC del continuo riferimento ai detti e ai fatti dei santi come testimoni del mistero di Cristo.

Gli handicappati hanno ormai vivissimo il senso di comunione con il magistero, suscitato dalla affettuosa predicazione del Papa, che li vuole come contiguità personale alle sue celebrazioni ecclesiali.

Ma hanno un'istintiva intesa con i Santi del passato e quelli del presente. La larga citazione dei Santi e dei Padri della Chiesa risponde all'urgenza che si avverte: la catechesi non può essere sostenuta solo dalla teologia dogmatica e morale. All'interno della catechesi la teologia spirituale è necessariamente sussidiaria per lo studio corretto dell'appropriazione personale dei mi-

steri della fede, in modo particolare esponendo i criteri e le visioni dell'esperienza dei santi.

I santi sono testimoni e compagni che non possono essere lasciati solo alla fruizione devozionale e talvolta utilitaristica del popolo.

Essi sono esempi che traducono il volto di Cristo in ogni tempo. Guardare a loro come testimoni della fede stimola a vedere concretamente l'esperienza personale secondo il disegno di Dio.

«Dobbiamo volgerci verso i testimoni della fede: Abramo, che credette, sperando contro ogni speranza, la Vergine Maria che nel cammino della fede è giunta fino alla notte della fede partecipando alla sofferenza del suo Figlio e alla notte della sua tomba; e molti altri santi» (CCC 165).

A proposito di Maria la sua prossimità materna avvertita in tutti i momenti dell'esistenza di ognuno, è vista come una interazione fra esperienza e verità.

Maria è presente non solo fino alla tomba di Cristo ma anche alla loro esperienza, dove si sente il fiato della morte e non solo di quella temporale.

Dalla catechesi dell'handicap emerge la necessità di una riappropriazione della figura e della esperienza di Maria.

La immediata consonanza con la presenza amorosa di Maria rende accessibile la dottrina che il CCC presenta sulla vita di lei, sulla verginità, sulla maternità, sulla sua funzione nella Chiesa.

«La maternità di Maria nell'economia della grazia perdura senza sosta, dal momento del consenso prestato nella fede al tempo dell'annunciazione e mantenuto senza esitazioni sotto la Croce fino al coronamento di tutti gli eletti. Difatti assunta in cielo ella non ha depresso questa missione di salvezza, ma con la sua onnipotente intercessione continua a ottenerci i doni della salvezza eterna. Per questo la beata Vergine è invocata nella Chiesa con i titoli di avvocatrice, ausiliatrice, soccorritrice, mediatrice» (CCC 969).

Come elemento di fondo nella catechesi entra la dimensione orante.

La preghiera è il respiro dell'anima ed è espressione costante nel rapporto con Dio.

La varietà dell'esperienza personale legata alla differenziata gravità dell'handicap ci presenta raffigurazioni e contatti non uniformi.

Tuttavia l'handicap, specialmente quello mentale, invita alle semplificazioni e all'immediatezza. La bontà di Dio e la bellezza di Maria sono riferimenti continui della loro preghiera.

Debora, una ragazza con insufficienza mentale non lieve, canta il suo rapporto con Maria con la dichiarazione affettuosa: come sei bella!

Marco, in uguale situazione mentale, racconta alla Madonna le sue azioni, ciò che gli piace, le sue conversazioni. Ma poi aspetta che si risponda alla sua richiesta. Ma lei che dice di me?

La preghiera con la Bibbia, con il rapporto semplice e interiore del cuore abitato da Dio, con la parola del Papa diventa un dialogo che ha frutti nella vita quotidiana.

È una comunicazione con ritorno, che non resta estranea ai comportamenti feriali.

Il CCC richiama l'esperienza della preghiera come amore e ne prospetta gli elementi dottrinali che arricchiscono il rapporto con Dio. I richiami più consoni con la vita della persona handicappata sono quelli del cuore e della semplicità.



Un cuore semplice che si ricollega alla preghiera a Gesù, nata dall'invocazione di handicappati, come il cieco del Vangelo: «Figlio di David abbi pietà di me» (Mc 10, 47).

Un collegamento che dall'handicap arriva alle esperienze dei pellegrini, dei monasteri, di persone senza numero che esprimono la loro certezza relazionale e la loro piena fiducia in Gesù: «Gesù Cristo, figlio di Dio Signore, abbi pietà di me, peccatore».

Non c'è dubbio che un giorno potranno essere raccolte e aggiunte alla serie dell'esicismo, oltre ai racconti del pellegrino russo, le storie suggestive che nascono dal cammino dentro il continente dell'handicap.

Una metodologia inventata per il coinvolgimento di tutta la comunità cristiana

Il CCC espressamente si chiama fuori dal discorso metodologico.

«Per la sua intrinseca finalità non si propone di attuare gli adattamenti dell'esposizione e dei metodi catechistici che sono richiesti dalla differenza di cultura, di età, di vita spirituale, di situazione sociale di coloro cui la catechesi è rivolta» (24).

Ma in una catechesi rinnovata la metodologia è un dato importante che non può essere minimizzato. Viene espressamente riconosciuto:

«Questi indispensabili adattamenti sono lasciati a catechismi appropriati e ancor più a coloro che istruiscono i fedeli» (24, *passim*).

Anche il Card. J. Ratzinger esprime chiaramente questa esigenza:

«La catechesi per essere veramente adatta a tutti, deve essere esattamente al corrente dell'età, della capacità di comprensione, delle abitudini della vita e della situazione sociale degli uditori. Il catechista deve sapere chi ha bisogno di latte e chi di alimenti solidi, al fine di adattare i suoi insegnamenti alla capacità di ognuno».⁸

Ovviamente il discorso del metodo è più ampio di quello che può essere una tecnica di adattamento.

Il metodo catechistico, poi, si pone sulla legge fondamentale della fedeltà alla parola di Dio e alle esigenze concrete dei fedeli.

«Fedeltà a Dio e fedeltà all'uomo: non si tratta di due preoccupazioni diverse, bensì di un unico atteggiamento spirituale che porta la Chiesa a scegliere le vie più adatte per la sua mediazione fra Dio e gli uomini. È l'atteggiamento della carità di Cristo, Verbo di Dio fatto carne».⁹

La metodologia dell'approccio alla persona handicappata, inoltre, ha esplorato vie fino ad ora inaccessibili alle scienze pedagogiche.

Vi sono tuttavia sul CCC alcune convergenze possibili che meritano di essere rilevate.

a) Intanto l'aiuto alla sintesi, che ha sempre una grande funzione nell'apprendimento.

«Alla fine di ogni tematica, una serie di testi brevi riassumono in formule concise l'essenziale dell'insegnamento. Questi "in sintesi" hanno lo scopo di offrire suggerimenti alla catechesi locale per formule sintetiche e memorizzabili» (CCC 22).

È un'indicazione che vale anche per l'uomo moderno in genere, già tanto assediato da documenti e strumenti mass-mediali, che talvolta finiscono per creare confusione.

b) Successivamente, per lungo tutto lo svolgersi del testo, il richiamo continuo allo Spirito predispone a un atteggiamento che non sia solo recettivo e, comunque, mai passivo nel suo senso pedagogicamente negativo.

Vi si riscontra uno stimolo alla partecipazione, all'originale realizzazione del «fare la parola», all'apertura e alla disponibilità creativa, nell'ordine dei *nova et vetera* evangelici.

c) In ultimo l'universalità del testo, entro cui si avverte il desiderio che tutti i cristiani vi trovino la loro abitazione dottrinale, appartiene anche ad una dimensione universale dell'handicap.

Ad ogni livello razziale, culturale, religioso l'handicap è un fatto che appartiene a tutti.

In ogni realtà di impegno sociale per l'handicap c'è una tensione unitiva che mira a trovarsi insieme per risolvere i problemi dell'handicap.

Si può, ad ogni modo, sostenere che una ricerca rigorosa di un metodo per presentare il CCC alle persone handicappate finirà per avere risonanze stimolatrici in tutta la comunità cristiana. È accertato che la metodologia di partire dal basso provoca cambiamenti e novità anche in alto.

È ciò che avverte un collaboratore di J. Vanier, Henrie Nouwen, che ha insegnato teologia spirituale nella Università di Yale e di Harvard e condivide ora la sua vita con disabili mentali: «I membri dell'Arca mi indicano vie nuove, ma io stento a imparare. Non è facile rinunciare a vecchi modelli che si sono dimostrati quanto mai efficaci. Ma quando penso al leader cristiano del prossimo secolo mi convinco che a indicarmi la via sono proprio coloro dai quali non me lo sarei mai aspettato».¹⁰

Don RENATO GARGINI



¹ ALA REICH, *L'agenda del mondo mezzo miliardo di disabili*, in *Dolentium Hominum*, 22 (1993) 44.

² GIOVANNI PAOLO II, *I disabili hanno il diritto di essere accolti nelle società*, in *Dolentium hominum*, 22 (1993) 8.

³ SINODO DEI VESCOVI 1987, *Messaggio al Popolo di Dio*, 13, in *L'Osservatore Romano*, 30 ottobre 1987.

⁴ ALVIN R. TARLOV, *Le persone handicappate nella società. definizioni e concetti*, in *Dolentium hominum*, 22 (1993) 40.

⁵ *Ibid.*, p. 42.

⁶ *Ibid.*

⁷ *Ibid.*, p. 10.

⁸ J. RATZINGER, *Trasmissione della fede e fonti della fede*, Piemme 1985.

⁹ *Rinnovamento della catechesi*, 160.

¹⁰ H.J.M. NOUWEN, *Nel nome di Gesù*, Queriniana, p. 68.

portatori di handicap e famiglia

Il luogo della nascita e il successivo sviluppo della vita umana è, senza dubbio, la famiglia che ha ineludibili doveri in questo senso.

Per questo CEFAES — Centro Educazione Familiare Speciale — è stato concepito con la sola finalità di considerare la famiglia — i genitori — *protagonista* di una azione formativa ed informativa che implica l'educazione dei figli, tutti i figli, anche quelli che soffrono di handicap, procurandogli assistenza e sostegno quando sia turbato l'equilibrio affettivo personale, le relazioni coniugali o la dinamica familiare. Consapevoli che l'impalcatura educativa si tesse in famiglia e che un focolare accogliente e gratificante, sereno e motivante, costituisce il supporto e il pilastro più stabile per l'efficacia di ogni lavoro di riabilitazione. Uno sforzo per mettere i genitori di fronte alla *loro responsabilità di primi educatori dei loro figli*. Si tratta di introdurre nella famiglia, attraverso il matrimonio, un suggestivo e contagioso processo di miglioramento, che diventa, col « figlio peculiare », *un'accettazione piena e completa della realtà dell'handicap*, allontanando i possibili comportamenti provenienti da posizioni sfocate: iperprotezione, rifiuto, rassegnazione, senso di colpa, disperazione...

E compito dei genitori la formazione di tutti i loro figli. In questo senso, bisogna chiedere che ogni coppia, nella propria famiglia, con le sue circostanze, col suo determinato stile educativo, con la sua dinamica interna, trovi lo spazio atto e preciso per la perfetta integrazione del figlio handicappato. Non si tratta di alterare gli schemi educativi o l'andamento della casa: la sfida sta nell'adeguare, misurare il ritmo alle nuove necessità.

Non sarebbe sufficiente fornire ai genitori semplice informazione tecnologica: questa è un bene, ma c'è molto di più: offrirgli la possibilità di confrontarsi con se stessi in una riflessione at-

tiva che permetta loro un cambio di attitudine personale di fronte alla situazione.

A questo scopo, CEFAES, con la sua filosofia aperta e dalla prospettiva di considerare protagonisti i genitori, non il figlio con deficienza psichica, mette a fuoco l'educazione partendo da pilastri basilari dell'educazione familiare, perché i principi generali — ancorati nella persona — sono validi e acquisiscono pure maggior rilevanza nel caso degli handicappati mentali le cui risorse personali risultano diminuite.'

CEFAES si dedica pienamente al servizio delle famiglie e a tale scopo impartisce Corsi o Programmi monografici — di breve durata — in diverse città della Spagna e in altri Paesi circa i temi dell'educazione familiare e la precisa conoscenza della deficienza del figlio, con l'impegno di tradurre la teoria in pratica, utilizzando per questo metodologia attiva: partecipazione dei presenti durante le sedute.

L'utilizzo del *Progetto CEFAES* — « Dal Comportamento all'Azione » — programma di ricerca fondamentalmente preparato per i Corsi, dà ai genitori la possibilità di scoprire la *ripercussione delle sue attitudinipersonali nella dinamica familiare e nell'equilibrato sviluppo di ognuno dei loro figli*.

Si cura un Consulting dove si applicano i criteri generali educativi alla problematica concreta di ogni famiglia, studiando i mezzi e le possibilità che facciano della casa *il luogo di riposo, di fiducia e di amore, dove si rimettono le forze per affrontare le quotidiane difficoltà*.

Come mezzo imprescindibile e frutto del suo lavoro, CEFAES conta su le pubblicazioni: Collezione di Quaderni CEFAES in cui collaborano prestigiose firme di scienziati e tecnici delle diverse aree della deficienza mentale — qualcuno di loro qui presente, come il Professore Dottore Jérôme Lejeune — Sono brevi e accessibili, dal momento che noi

non pensiamo che le famiglie debbano diventare « esperte » nei diversi casi di handicap.

Tra poco avremo la Rivista CEFAES, a carattere scientifico, informativo, con editoriale, articoli di opinione, soggetti di attualità, sezione bibliografica, avvisi interessanti, ecc.

I nostri protagonisti sono i genitori, ma la nostra attività torna sempre a favore dei figli. Così è nato il Programma CEFAES: « Imparare dal Focolare », preparato un video la cui finalità consiste nel facilitare agli handicappati mentali l'assunzione di abitudini di vita di ogni giorno.

L'originalità del Programma sta nel fatto che con questo scopo — i protagonisti sono i genitori — cioè, sono i genitori, i fratelli quelli che con questa metodologia insegneranno al malato psichico. *Mai l'handicappato mentale dovrà vedere questi « video » con lo scopo di imparare*.

Il Programma consta di cinque aree:

1. *Autonomia personale*, indica tutto quello che la persona deve fare da sé e per sé.

Ci riferiamo a tutte le materie circa la pulizia e l'igiene personale, così come la cura e l'ordine della propria presenza: come fare la doccia, pulirsi i denti, pettinarsi, scegliere i vestiti da indossare, mangiare con correttezza...

2. *Comportamento sociale*, include tutte le abitudini, forme e condotta che deve osservare ogni persona in società. Così, salutare, utilizzare il telefono, invitare gli amici...

3. *Assumere delle responsabilità*, sviluppare quelle attitudini che una persona può attuare e che impegnano in maggior grado l'autonomia personale e il servizio agli altri.

Ci sono, in questo, due versanti: dentro e fuori della casa: fare il letto, apparecchiare il tavolo, stendere i panni, ritirare i giocattoli, raccogliere i propri

vestiti... Andare a comperare il pane e il latte, ritirare denaro dalla banca, prendere il giornale e avere altri incarichi nella strada...

4. *Educazione stradale*. insegnare le norme del comportamento stradale: prendere l'autobus, muoversi ed orientarsi nelle vie, conoscere i segnali stradali, viaggiare, utilizzare l'ascensore, rispettare i passi pedonali, l'uso delle scale mobili, delle porte girevoli, camminare dalla parte destra...

5. *Uso del tempo libero*, abilitarli ad impiegare il tempo libero in attività sportive, ricreative, utili e divertenti.

Nuotare, giocare, passeggiare, lavori domestici, giardinaggio, visitare esposizioni, disegnare, giochi da tavola, collezionismo, truccarsi, ritagliare...

Questo Programma *deve essere insegnato agli alunni nella famiglia e dalla famiglia*, con pazienza e tempo, come è stato fatto con noi stessi; senza incaricare altre persone o altri organismi, *perché sono di competenza della famiglia*.

Altra grande qualità umana è la capacità di iniziativa, qualità impiegata da noi, genitori, con tutti i figli, ma con più intensità — se si può dire — con quelli che più ne hanno bisogno. Cosa potrebbe ora imparare mio figlio? Ecco una domanda che dobbiamo farci spesso, noi stessi, genitori, nella cornice naturale della famiglia. Infine, dobbiamo considerare nostro figlio *una persona ancor più dentro la famiglia*, con le sue peculiarità, ma con il suo proprio ruolo nella casa, *con tutta la dignità che gli corrisponde*.

Ogni passo avanti, ogni traguardo raggiunto, oltre il presupposto compenso personale, rende più utile la persona *e quindi più felice*. Ma soltanto per loro stessi? No, è molto più grande la gioia e la felicità dei loro genitori,

Tra i nostri progetti di ricerca, stiamo lavorando alla *Pubblicazione di Manuali di Formazione Religiosa* che si concretterà in un volume per il professore e un altro per l'alunno. Teniamo lezioni settimanali ai diversi gruppi di handicappati mentali — adulti, adolescenti, bambini — separati secondo età e sesso. In esse si ap-

plicano diversi sistemi per assicurare la loro comprensione e assimilazione, e altresì il materiale didattico appropriato. Tutto accanto ad un contatto con i genitori affinché seguano da casa lo sviluppo e così si arrivi al lavoro di insieme e complementare, utile e ricco per i figli.

Consideriamo di grande interesse la consulenza a gruppi di genitori perché portino avanti delle iniziative in favore dei loro figli: per questo attuiamo il progetto, scegliamo e forniamo i professionisti che lo realizzino, controlliamo lo svolgimento e ci incarichiamo della direzione tecnica. Si tratta di una westazione di servizi in cui il nostro impegno è la formazione ed il riciclaggio dei professionisti, la direzione tecnica e vegliare affinché si adempiano gli obiettivi per cui è stata creata l'iniziativa: questa, però, sarà sempre del gruppo promotore di genitori. Queste iniziative possono andare dalla organizzazione del tempo libero fino alle residenze per adulti, la formazione per il lavoro o qualsiasi altro interesse che in una concreta città e per un gruppo di genitori che abbiano deciso di unirsi — per motivi che essi considerino convenienti — vogliano mettere in atto. Tutto quanto in funzione della libertà di scelta, propria dei genitori, per trovare la situazione più idonea e concorde con il suo modo educativo e filosofia della vita nella formazione di tutti i loro figli senza escludere il portatore di handicap mentale.

L'incognita circa «cosa sarà del nostro figlio quando noi mancheremo?» perde notevolmente consistenza *se mentre gli stiamo accanto lo aiutiamo a raggiungere tutti i traguardi che la sua capacità gli permette*; allora non sarà più di peso: sarà compagno, fratello, cognato..., una persona che ama ed è amata dai suoi, dalla società. L'integrazione comincia nella famiglia per diffondersi poi ad altri ambienti più ampi: scuola, lavoro, società. E possiamo affermare che la società li accetta.

Trascrivo le parole di José Maria Cuevas Salvador, Presidente della Confederazione Spagnola delle Organizzazioni imprenditoriali e Membro del Consiglio di CEFAES, pronunciate nel suo discorso inaugurale di uno dei nostri Congressi:

«Credo che sia importante in questi momenti aderire all'iniziativa di CEFAES che asserisce che non è soltanto sufficiente affidare questa educazione ai centri, senza dubbio importantissimi, ma che allo stesso tempo i genitori devono contribuire attivamente all'educazione nell'ambito della famiglia stessa.

«In questo sforzo nel quale tutti vi siete impegnati, la CEOE vi offre il suo sostegno, perché l'impresario è sensibile ai problemi che toccano direttamente la società».²

CEFAES è costituita in Associazione senza scopo di lucro — per iniziativa privata — in cui S.M. la Regina di Spagna ha la Presidenza Onoraria; il Consiglio Protettore è composto dalla Ecc.ma Sig.ra Carmela Arias y Diaz de Rábago, Contessa di Fenosa, l'Ecc.mo Sig. Rafael Termes Carreró e l'Ill.mo Sig. José Maria Cuevas Salvador e conta sul sostegno di Enti privati per il suo sviluppo.

Quasi come conclusione potremmo dire che CEFAES vuole dare risposte e mezzi concreti a tutte le incognite che si prospettino ai genitori, di qualsiasi ordine, incanalando, analizzando le loro attitudini e comportamenti e consigliando, appoggiando ed investigando per raggiungere una convivenza più gradevole e favorevole allo sviluppo della personalità di ognuno dei membri della famiglia. Tutte le attività si indirizzano attraverso i genitori, ma per il bene della famiglia.

Rendere i genitori più consapevoli dei loro doveri, unici e insostituibili educatori, senza delegare ad altre persone né istituzioni quello che a loro spetta esclusivamente; a sua volta, però, appianando il cammino affinché sappiano dove rivolgersi in ogni momento per essere orientati.

Di fronte alla nascita di un figlio con deficienze psichiche, essendo un fatto inaspettato ed improvviso, spesso si producono nei genitori sintomi di ansietà o angoscia, che si manifestano in forme varie. A questo primo shock può seguire un periodo di disorientamento: Dove andare? Quali mezzi usare? Come educarlo?... interrogativi questi che acquiscono l'angoscia iniziale.

Si aggiungono a questa situazione, da una parte, l'ignoranza delle risorse sociali esistenti nell'ambito del luogo di residenza; e dall'altra parte, la disinformazione circa lo sviluppo psicofisico del figlio e, quindi, delle sue possibilità di adattamento nell'ambiente familiare, scolastico, lavorativo ed in genere delle relazioni sociali, lungo gli anni.

Nei genitori e, senza dubbio, nell'insieme della famiglia, si modifica la dinamica quando nasce un figlio con deficienza mentale. Appaiono in tutti i membri della famiglia, soprattutto nei genitori e con diverse caratteristiche negli altri figli, meccanismi di difesa che operano in modo inconsapevole; comportamenti incontrollabili e contraddittori, difficili da mettere in ordine e, quindi, da modificare. Si intrecciano il rifiuto e l'iperprotezionismo, assieme ad un senso di paura davanti ad un fatto sconosciuto e di colpevolezza soggettiva che fanno insopportabile la propria vita ed avvelenano l'ambiente familiare. Se aggiungiamo a questa complessa descrizione il fattore « tempo », lo shock iniziale si attenua, le

acque tornano al loro alveo e spunta una *rassegnazione* che offusca la possibile felicità che fino a quel momento godeva la famiglia.

Per giungere ad una piena rassegnazione necessita confrontarsi con il dolore, con la sofferenza causata dal verificare che un essere che amiamo soffre di un handicap non passeggero, ma permanente, che influisce in modo globale sul suo essere, alterando la normale maturazione dell'individuo, impedendogli di risolvere le situazioni che la vita proporrà: adattamento all'ambiente, tirocini, lavoro...

« Tutti gli aspetti della vita sono ugualmente significativi, e così la sofferenza deve pure esserlo. La sofferenza è un aspetto della vita che non può essere sradicato, come non possono essere messi da parte il destino o la morte. Senza tutti questi elementi, la vita non è completa » (*Viktor E. Frankl*).

Possiamo, dunque, affermare che i genitori che accettano sono dei genitori che educano, che insegnano a vivere, che trasmettono loro il senso della vita, che mettono i loro figli nelle condizioni di adempiere la loro mis-

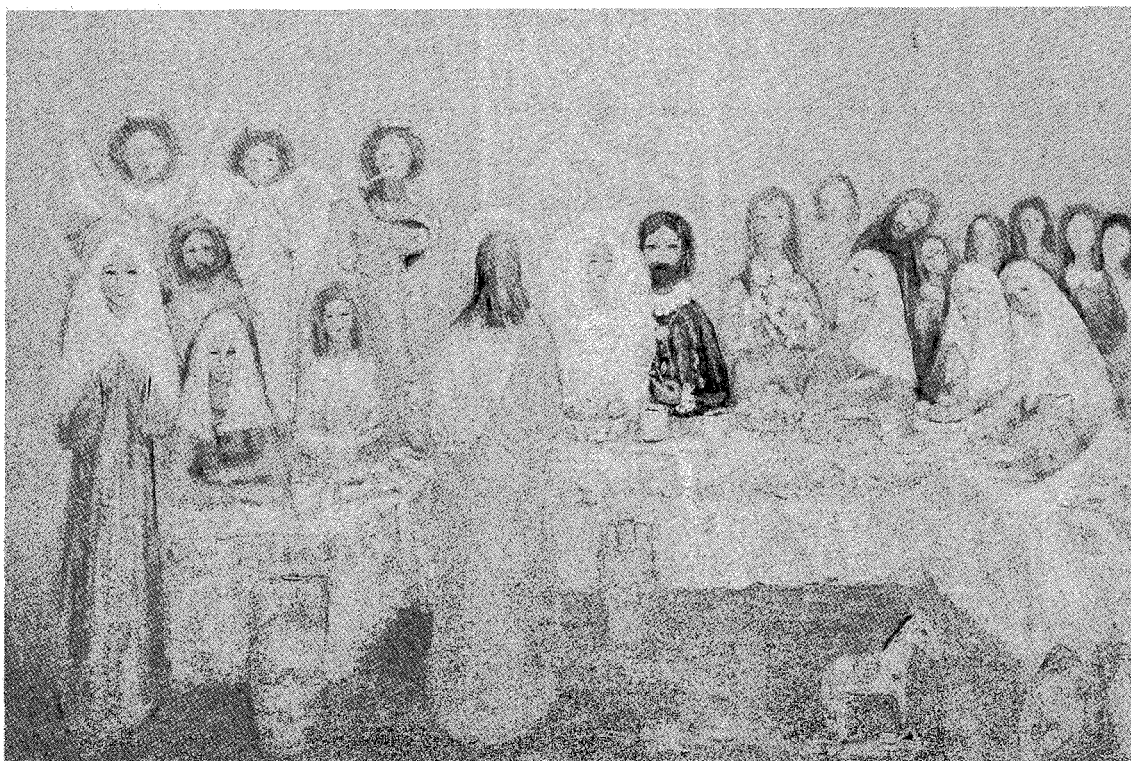
sione; sono, infine, dei genitori integrati.

Anche gli altri fratelli soffrono uno shock alla nascita di un handicappato mentale; e il ruolo dei genitori è chiarire, spiegare, equilibrare ed aiutare ognuno dei figli, secondo la loro età, situazione e capacità.

L'handicappato psichico nasce in una famiglia e nessuno dei suoi membri può restare emarginato dall'evento. La prudenza e il senso comune dei genitori decideranno, in ogni situazione, cosa gli si deve dire e quando. In ogni caso, non conviene ingannarli, ma invece aiutarli a riceverlo come fratello e a non « vergognarsi » di lui davanti agli amici.

Trattare il fatto con naturalezza è la cosa più consigliabile e, dal primo istante — dimenticando il proprio dolore — assicurarsi che ogni membro della famiglia adempia al proprio ruolo.

È importante che l'handicappato mentale occupi il luogo che gli compete nella famiglia e che gli altri lo rispettino e gli vogliano bene, evitando iperprotezionismi che impoveriscono la persona, e creando un clima naturale, allegro ed equilibrato.



I genitori devono sapere che i fratelli si educano tra loro e questa dinamica risulta favorita se loro stessi danno l'esempio. Non sarebbe benefico che il figlio handicappato fosse trattato come « eterno bambino » e non gli si inculcassero le norme di condotta abituali in famiglia, perché in tal caso risulterebbe non integrato e si impedirebbe il suo adattamento in altri campi: scolastico, lavorativo e sociale.

Inoltre, saranno probabilmente i fratelli ad incaricarsi di lui nel futuro, ed è missione di tutta la famiglia procurare che non sia di peso a tutti e insegnargli, quando sia possibile, tutte le cose che gli altri componenti la famiglia hanno imparato.

Un rischio che corrono i genitori con un figlio handicappato mentale è quello di caricare sopra gli altri figli delle responsabilità che non gli spettano e per le quali non sono abitualmente preparati: responsabilità che suscitano in essi una visione negativa del fratello malato.

Se a questa condotta dei genitori si aggiunge l'eccessiva protezione — dell'uno o di entrambi — sul figlio handicappato esasperando le cure, gli altri figli possono interpretare il fatto come mancanza di affetto verso di loro, innescando così un senso di invidia che può sfociare in odio verso il fratello che riceve tutta l'attenzione dei genitori. A volte

questo processo può ricadere su uno dei coniugi — la madre — mentre l'altro cerca di equilibrare la situazione prendendo il ruolo contrario.

Infine, considerare la magnifica cooperazione dei fratelli nell'integrazione sociale dell'handicappato mentale, contando su di lui nel momento di fare i loro piani, portandolo con i loro amici, introducendolo nei loro giochi, nelle escursioni, ecc., per quanto sia possibile, facendosi carico delle sue limitazioni. I fratelli possono essere pezzi decisivi se includono l'handicappato nella loro vita sociale. Non si tratta del fatto che lui possa e debba fare tutto quello che fanno loro, ma che si occupino di insegnarli sport, giochi, ecc., senza evitare la sua compagnia nella vita quotidiana.

Sarà tutto questo più facile se i genitori avranno creato un clima naturale nella vita familiare ed essi stessi mettano in pratica la realtà che è un figlio come gli altri e procedano coerenti con questa verità.

Capiamo la preoccupazione dei genitori, che è lecita e reale: per questo pensiamo che hanno bisogno di un sostegno che li illumini, li consigli, li informi, proponga loro iniziative... perché la vita della famiglia sia di loro scelta e perché possano attuare il loro maggior desiderio: fare felici i loro figli, tutti, anche

l'handicappato mentale. Questo rende evidente la responsabilità di noi professionisti, di dare ai genitori dati tecnici dal punto di vista genetico, neurologico, biochimico, psichico, pedagogico, religioso... dati che permettano loro di prendere decisioni riducendo il margine di errore.

D'altronde, dobbiamo appellarci al buon senso dei genitori che abbiano a disposizione dati sufficienti e consultino professionisti efficienti e di fiducia. affinché si formino un retto giudizio prima di prendere decisioni che influiranno nel futuro del figlio.

I genitori devono unirsi e mantenere lo sforzo per dare il meglio ai loro figli; e, senz'altro, il meglio sono i propri genitori quando agiscono coerentemente, con la sicurezza che si deve iniziare questo lavoro prima o dopo, ma convinti che è *sempre tempo di cominciare*.

M. TERESA VAZQUEZ
Vice-Presidente CEFAES

¹ M. TERESA VÁSQUEZ ALUMBRE-ROS, *El deficiente mental en la familia*. Ediciones Rialp S.A. Madrid 1988: « Non ti arrendere davanti alla deficienza mentale ».

² JOSÉ MARÍA CUEVAS SALVADOR, *Discurso inaugural*. Giornate nazionali per genitori di handicappati mentali: Speranze oggettive. Colección « Cuadernos CEFAES », Madrid 1988.



infermeria: il paziente come centro di attenzione

1. Introduzione

L'attenzione verso il paziente comporta, come spiega bene E. Kant nella sua filosofia, tre impostazioni bene differenziate e che, allo stesso tempo, costituiscono una sola realtà. Così assumiamo come differenziazione-uniformità la dottrina kantiana di:

- la critica della ragione pura;
- la critica della ragione pratica;
- la critica del giudizio.

Questo è il nostro primo problema: disporre di idee, di una corretta filosofia indirizzata a conoscere come, perché, quale è il nostro primo motore assistenziale. Crediamo che l'idea debba primeggiare sull'assistenza al paziente.

Quindi, con la filosofia, con le idee-motrici, proponiamo il nostro secondo problema: Conoscere le tecniche, le risorse, i metodi assistenziali, i protocolli delle cure al paziente. Senza cure dirette, senza l'avvicinamento tecnico ai pazienti, senza le risorse essenziali che diano sollievo, rianimazione, sostegno, tranquillità, conforto, cura, la nostra assistenza sarebbe un'astrazione, non una realtà.

Infine e in terzo luogo: applicare le conoscenze del giudizio, dell'estetica, come via sicura verso il raggiungimento di una corretta etica assistenziale.

L'estetica suppone o esige qualità, analisi e controllo. Per raggiungere questa qualità e questo controllo, l'infermeria dovrà armarsi, acquisire e disporre di conoscenze, di attitudini e di comportamenti.

2. Trattamento olistico e umano per il paziente

2.1. Primo avvicinamento al paziente

Siamo abituati a diversificare o limitare in qualche modo gli spazi professionali di medicina ed infermeria. E così diciamo che alla medicina corrisponde specialmente raggiungere le funzioni, le attività e i compiti seguenti:

- diagnosticare;
- prognosticare;
- prescrivere i trattamenti, cioè, sanare.

L'infermeria, invece, centra le sue funzioni, attività e compiti nel:

- seguire le necessità basilari della persona malata;
- riabilitare;
- compiere ed osservare i risultati dei trattamenti, cioè, curare.

Schematizzando quanto precede, possiamo riassumere secondo la Figura 1.

Certamente la questione proposta non è sempre tanto cartesiana, ma può essere offerta come buon avvicinamento alla cor-

espressioni superate e cominciare a trattare e parlare dei bisogni di salute della persona nella loro triplice dimensione antropologica come: persona individualizzata, persona immersa nel suo gruppo e persona appartenente ad una determinata comunità.

Un'altra impostazione da stabilire (e dovrà essere corretta) è che prima di trattare i suddetti aspetti, essendo il malato bisognoso di attenzione, dovremo studiare di nuovo i seguenti nostri comportamenti:

- la nostra preparazione obiettiva e seria;
- i metodi e programmi più adatti alla nostra disposizione;
- le risorse economiche, come aiuto ai programmi;

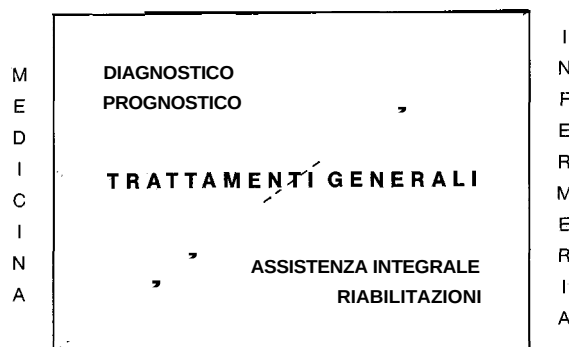


Fig. 1

retta assistenza al paziente. E non risulta del tutto esatto quanto esposto perché il trattamento olistico e umano dovuto al paziente è molto più complesso, ricco e gratificante. Questo trattamento richiede molti altri professionisti della salute. Lo vedremo in questo lavoro. Per questa ragione, restiamo per il momento nel concetto di attenzioni basilari dovute all'essere umano. Inoltre tratteremo nel nostro tema quello che si riferisce alla professione infermieristica.

2.2. Salute e malattia

Pensiamo che quando parliamo dal punto di vista dell'Infermeria delle necessità del paziente, cure basilari di Infermeria, si forma in noi una circostanza di semplici convenzionalismi, mimetismi e concetti obsoleti. Noi, professionisti di Infermeria, dovremmo riproporci queste

- l'ambiente e le sue risorse umane e tecniche;
- cosa intendiamo per salute, malattia e prevenzione;
- la distribuzione geografica e le necessità dell'uomo concreto;
- discernere le priorità tra i diversi bisogni;
- stabilire i programmi di lavoro atti a questo fine;
- proporre la ricerca come mezzo di costante progresso.

Dovremo evitare di cadere nella tentazione di stabilire un elenco, una litania di necessità, una specie di inventario concentrato di tutti i bisogni di salute di ogni persona. Piuttosto crediamo che bisogna studiare di più, esaminare meglio, ricercare in profondità circa l'uomo e che cos'è; come si comporta davanti al rischio imminente di dover perdere la salute o durante la malattia. Le persone, nelle circostanze di crisi vitale, non rispon-

dono mai allo stesso modo. Sono tutti diversi, ognuno mantiene la sua personalità; ogni individuo è unico. Unità all'interno di una personalità, riconoscendo tuttavia la dicotomia esistenziale inerente a ciascuno, cioè, contando su un temperamento costitutivo ed in un certo modo non modificabile; e contando anche sul carattere modellato dalle esperienze di ogni giorno, dalla infanzia fino al termine della vita di ognuno.

Riguardo al concetto di salute, lo consideriamo come l'equilibrio tra l'individuo e l'ambiente intorno a lui. E logicamente prendiamo il fattore ambiente in senso molto largo: spazio, cultura, credenze, politica, stato economico e sociale, relazioni di amicizia, di lavoro, ecc.

L'OMS, nella sua definizione di «salute» data al momento della propria Costituzione il 7 aprile 1948, nell'art. 25 dice:

— L'aspirazione di tutti i popoli consiste nel massimo godimento della salute per tutti i cittadini.

— La salute è lo stato di assoluto benessere fisico, mentale e sociale, senza distinzione di religioni, credenze politiche o classi sociali.

— Ogni uomo ha diritto a conservare la salute e, se si ammala, deve poter contare sui mezzi per curarsi.

— Tale protezione deve essere estesa non soltanto a lui ma anche ai familiari.

Più di recente, l'*Ambit d'Estructura Sanitaria del Congrès de Cultura Catalana*, novembre 1976, afferma: «Salute è quel modo di vivere che risulta più autonomo, solidale e gioioso».

Se passiamo ora dall'analisi del concetto di salute a indagare cos'è la malattia, ci troviamo con una maggiore difficoltà. Saremmo in grado di dire che la malattia è l'altra faccia della salute, disordine che altera l'equilibrio del benessere. La malattia è la presenza di una crisi nel nostro stato di salute. Crisi che altera la nostra sicurezza e libertà e fa che ci sentiamo più dipendenti da altri e quindi soggetti a più necessità. Se vogliamo rappresentare graficamente questo processo, lo faremo con la seguente Figura 2.

In cui: 1. sarebbe lo stato di salute, di sicurezza; 2. l'alterazione dell'equilibrio vitale, la crisi; 3. il recupero dello stato psichico e fisico, la sicurezza e la libertà; 4. il nuovo stato negativo, la malattia, la dipendenza, il bisogno di maggiori attenzioni, la mancanza di sicurezza e libertà. Talvolta la morte.

Sempre nel nostro campo connesso con la salute, aggiungiamo che i bisogni delle persone aumentano quando si passa da una prevenzione primaria di salute a una secondaria o, infine, alla fase terziaria.

2.3. Malattia, agente di cambiamento

Proseguendo questo itinerario sulle necessità delle persone, osserviamo subito che, per ogni individuo, il fatto di ammalarsi porta ad un cambiamento nella struttura della personalità. Il suo «io», il «super-io», il suo «self», soffre una profonda alterazione. Questo cambiamento si manifesta normalmente attraverso dei fatti che, analizzati e raggruppati, mostrano la più generale espressione in uno stato d'animo:

— Depressivo, sdoppiamento della sicurezza.

— Regressivo, a fasi primarie: teorie freudiane.

— Angosciante, dubbi davanti allo sconosciuto: paura.

— Aggressivo, scontento, esigente, critico, possessivo.

— Resistente al cambiamento: non accetta l'essere malato.

Questi stati, che ora non analizziamo in modo più approfondito, suppongono un'incursione in qualcosa di sconosciuto, di nuovo, mutante e negativo: è il passo dallo stato di salute alla malattia. Questo passo, siamo d'accordo con L. e R. Grinberg, «costituisce un vero cambiamento rivoluzionario, perché l'individuo deve passare una esperienza dolorosa di periodi di disorganizzazione di sistemi psichici, strutture stabili e vincoli obiettivi, per integrarsi in una riorganizzazione che lo porta a configurare una nuova identità».

3. Come dovrebbe essere l'attenzione al paziente

Dall'Infermeria siamo arrivati alla conclusione, sostenuti nel nostro lavoro quotidiano dai pazienti, che l'attenzione dovrebbe avere i seguenti elementi:

— In primo luogo studiare l'io, il self dei pazienti.

— Analizzare e fare attenzione ai bisogni somatici.

— Osservare le necessità sociali.

— Considerare i bisogni psichici.

— Rispettare le necessità antropologico-culturali.

3.1. L'io, il self dei malati

Seguiamo nel nostro studio le teorie ed i concetti psicanalitici del self dei nostri pazienti o clienti. Teorie sviluppate da H. Hartmann, 1950, da P. Heilmann, 1951, e definite in epoca più recente da L. e R. Grinberg.

Il self, secondo i Grinberg, «include l'io ed il non-io. È la totalità della propria persona. Include pure il corpo in tutte le sue parti, la struttura psichica al completo, il vincolo con gli oggetti esterni e interni e il soggetto come opposto al mondo degli oggetti». Il non-self, per gli stessi autori, comprende gli oggetti esterni ed il mondo esterno.

Considerando le precedenti definizioni e conoscendo che qualsiasi alterazione della salute in ogni individuo causa un cambiamento, un'alterazione della personalità, uno squilibrio del suo senso di identità, come abbiamo visto e studiato, impostiamo psicanaliticamente la situazione del paziente che viene alla ricerca del nostro aiuto. Perché, conoscendo la struttura, nuova ed individualizzata, del cliente, potremo meglio avvicinarci a lui e prestargli un servizio più adeguato, una migliore soddisfazione dei bisogni basilari di qualsiasi malato. Non dobbiamo cadere nell'assurdo di fissare l'attenzione in una piccola parte del soggetto, senza analizzare, senza approfondire, senza vedere il tutto attraverso qualsiasi parte. Non dobbiamo vedere e contemplare l'iceberg — ricordare Last — né giudicarlo per quello che si vede. C'è bisogno di investigare ed individualizzare ogni iceberg e la capacità ed il volume di ognuno. Perché tutti gli iceberg sono diversi. Tutti sono molto di più di quello che appare. Nessuna per-

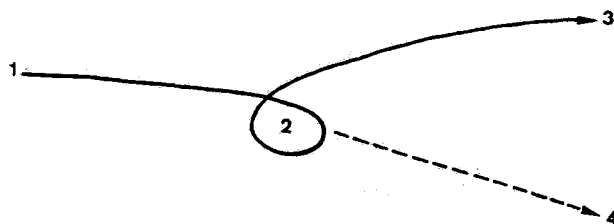


Fig. 2

sona è uguale alle altre. Ognuna ha la propria individualità. Le sue peculiarità diversificanti.

3.2. Analizzare e assistere i bisogni somatici

La nozione del corpo, dicono L. e R. Grinberg, è essenziale per consolidare l'identità dell'individuo. Noi, professionisti di Infermeria, dobbiamo approfondire la conoscenza del corpo, nelle sue reazioni e necessità psico-biologiche, nelle diverse tappe cronologiche e nei peculiari modi di agire, di alterazione del suo corso normale, ecc. Quindi, essere attenti ai bisogni basilari imprescindibili:

- del bambino, prima e durante la nascita;
- del bambino prematuro o a termine;
- del bambino lattante, sano o malato;
- del bambino nella prima e nella seconda infanzia;
- dell'adolescente e dei suoi diversi modi di reagire;
- dell'uomo giovane, adulto, anziano, decrepito.

Delle necessità fondamentali, diverse e diversificanti dell'uomo o della donna: le loro caratteristiche fisiologiche o somatico-biologiche; processi e bisogni bio-sessuali, ormonali, genetici, di riproduzione, ecc. Dobbiamo considerare in questa sezione le conoscenze attuali circa il cosiddetto schema corporeale.

3.3. Avere cura delle necessità sociali

Le persone sane hanno necessità sociologiche lungo l'arco di



Fig. 3

tutta la vita. Se le persone hanno la sfortuna di perdere la salute e ammalarsi, quelle necessità crescono. Spesso dette necessità sono specifiche di una determinata età del concreto processo della malattia. La persona malata ha bisogno di proseguire con la sua scolarità, il lavoro, la vita relazionale, familiare, comunale, la casa, la situazione igienica e sanitaria, l'accessibilità, ecc.

Il cambio improvviso che a volte la malattia porta con sé mette in circostanze sociologiche difficili la personalità degli individui. Le persone malate possono passare da uno stato di integrità in un gruppo, come partecipanti o come leaders, ad un altro stato di allontanamento dal gruppo, sia familiare, lavorativo, di amicizia, politico, sindacale, ecc.

Anche qui il cambiamento sociale definitivo dell'essere umano è la morte. L'individuo che agonizza, momento decisivo della crisi vitale, può vedersi molto bene assistito dal suo ambiente sociale umano o, invece, essere abbandonato anche dai più vicini. Può darsi che viva gli ultimi giorni nella propria casa o che si trovi sotto un controllo meccanico disumano e disumanizzante, nel quale tutto l'essere dipende solo da un lumicino rosso che si accende o si spegne nel momento supremo della morte.

3.4. Considerare le necessità psicologiche

Un mio maestro di Psicologia, il professore Pinillos, diceva: «Elaborare un repertorio di motivi acquisiti è una dubbia impresa. Murray, per esempio, nel suo libro "Esplorazione della Personalità" (1938), definì un elenco di bisogni che lui chiama-

va psicogenesi, per distinguerli dai bisogni viscerogenici, in cui enumerava sei gruppi, con quattro o cinque necessità in ogni gruppo, fino a un totale di ventotto. Non vogliamo appesantire questo paragrafo con enumerazioni noiose; vogliamo però ricordare il fatto che, nel glossario del suo libro, Murray elenca 84 necessità diverse». Le necessità della persona, che noi applicheremo ad ogni individuo malato, sono in certo modo semplificate e ridotte a sette da Maslow (vedere Figura 3).

Attualmente si dà molta importanza, in linea di massima, alle cosiddette necessità neurótiche. Potremmo riassumerle nelle seguenti voci:

- affetto e consenso;
- compagnia;
- necessità di poter contare su se stessi e sugli altri;



- necessità neurotica di sfruttare gli altri;
- necessità di riconoscenza.

Queste necessità, viste così, in linee generali, mostrano l'inconveniente di trasformare il paziente in un narcisista, con una visione della vita sprovvista del valore della reciprocità.

3.5. Rispettare i bisogni antropologico-culturali

Il campo dell'antropologia è ampio e dovremmo conoscerlo. L'antropologia è un ramo della scienza che riguarda la professione di Infermeria, giacché si occupa dell'essere umano, parla dell'essere umano, è scienza dell'essere umano. Sarebbe da impostare qui l'argomento della Infermeria antropologica. Ci porterebbe a conoscere le leggi, i diritti, gli obblighi, l'organizzazione delle istituzioni sanitarie e professionali.

L'antropologia culturale ci introduce nell'ambito del rispetto delle abitudini, della famiglia, dell'identità etica che, per E. Fromm, «dibatte e difende i problemi dell'etica, delle norme e dei valori-guida, e che l'uomo sia la realizzazione di se stesso e delle sue potenzialità».

All'interno dell'Antropologia culturale consideriamo pure il fatto religioso come sistema di credenze, come fatto antropologico-culturale, come sentimento profondo dell'umanità, che dobbiamo rispettare.

La cultura, secondo Sir Edward Burnett Tylor, padre dell'antropologia, che cita Harris, è «tutto quel complesso che include conoscenze, credenze, arte, morale, diritto, abitudini e qualsiasi altra capacità ed abitudini acquisite dall'uomo come membro della società».

Siamo d'accordo con J. San Martín nel fatto che «il senso della filosofia dell'uomo, l'antropologia filosofica, è una disciplina teorica, pratica ed epistemologica». E da parte mia aggiungerei: una disciplina ermeneutica culturale che pretende di fare un discorso universale: comunicazione, interpellazione e comprensione dell'essere umano, apertura agli altri, relazione di aiuto.

* * *

Il nostro pensiero circa come dovrebbe essere l'attenzione o le cure al paziente, lo riassumiamo graficamente nello schema seguente:

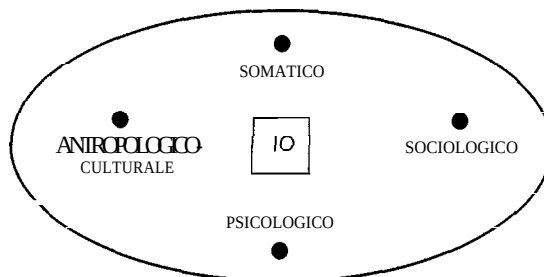


Fig. 4

4. Conclusioni

Quello che precede queste conclusioni rappresenta quello che capiamo e mettiamo in pratica svolgendo l'attività infermieristica. Questo è il nostro modo di vedere e raggiungere una infermeria globale, umana. Così l'accettiamo e rispettiamo. I pazienti, le persone sane o malate ce lo chiedono con gli occhi, con le mani, con i gesti e le parole.

Concludiamo questo lavoro insistendo sull'importanza dello studio integrale dell'uomo, la conoscenza della sua personalità, l'analisi somatico-socio-psico-antropologico-culturale del *self*, dell'io di ognuno dei pazienti, con l'unica finalità di conoscerlo bene, trattarlo con correttezza, identificarlo nella totale individualità. Non dobbiamo fermarci nei particolari: quando arriva un paziente, arriva una persona bisognosa, non una malattia ambulante.

La verità è che un'attenzione tanto meticolosa al malato comporta riflessione, studio, criteri, principi filosofici e profondo senso di responsabilità professionale. La cura è una realtà a cui non fa male un po' di utopia, una sfumatura di idealismo, ingenuità, visione, intuizione o desiderio di qualcosa di buono e di meglio.

Infine, crediamo che quando offriamo le cure al paziente soltanto nel suo aspetto somatico, dimenticando o lasciando da parte gli altri elementi del suo *self*, del suo io, curiamo non più della quarta parte dei suoi veri bisogni.

Fr. CECILIO ESEVERRI
CHAVERRI

Bibliografia

- COPELSTON F. *Historia de la filosofía*. Nueve tomos. Ed. Ariel. Barcelona 1980.
- BRANDT R.B. *Teoria Ética*. Ed. Alianza Editorlal. Madrid 1982.
- TUGENDHAT E. *Problemas de la ética*. Ed. Critica. Barcelona 1988.

GRINBERG LEÓN y REBECA. *Identidad y Cambio*. Ed. Kargieman. Buenos Aires 1978.

GILBERT J.J. *Guiapedagbgicapara el persona1 de salud*. Ed. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1981.

GEVAERT J. *El problema del hombre. Antropologia filosófica*. Ed. Sigume S.A. Salamanca 1984.

HARRIS M. *Introducción a la antropologia social*. Octava edición. Ed. Alianza Editorial. Madrid 1986.

MAIR LUCY. *Introducción a la antropologia social*. Octava edición. Ed. Alianza Universitaria. Madrid 1986.

SAN MARTÍN J. *El sentido de la filosofía del hombre*. Ed. Anthropos. Barcelona 1988.

Antropologia estructural. Ed. Paidos Studio. Barcelona 1987.

PINILLOS J.L. *Principios de Psicología*. Ed. Alianza Editorial S.A. Madrid 1970.

PIE I NINOT S. *Tratado de teologia Fundamental*. Ed. Secreariado Trinitario Salamanca 1989.

FROMM E. *Ética y Psicoanálisis*. Ed. Fundo de Cultura economica. Mexico 1978.

FROMM E. *El miedo de la libertad*. Ed. Paidos. Buenos Aires 1979.

KUMBLER-ROSS. E. *Sobre la muerte y los moribundos*. Ed. Grijalbo S.A. Barcelona 1980.

ADAM E. *¿Hacia dónde va Enfermería?* Ed. Interamericana. Madrid 1982.

OREM D. *Normas practicas de Enfermería*. Ed. Piramide. Madrid 1983.

CUESTA A. y COL. *Control de calidad en la asistencia*. Ed. Doyna. Barcelona 1985.

ESEVERRI CHAVERRI CECILIO:

- *Direccibn de Enfermería*. Ed. Jims S.A. Barcelona 1975.

- *Enfermería, profesibn de futuro*. Ed. Jims S.A. Barcelona 1978.

- *Enfermería Hospitalaria. Planificacibn, Direccibn y Control*. Ed. Médico-Técnica S.A. Barcelona 1982.

- *Diseño funcional de la divisibn de Enfermería*. Ed. Consejo General de Enfermería. Madrid 1984.

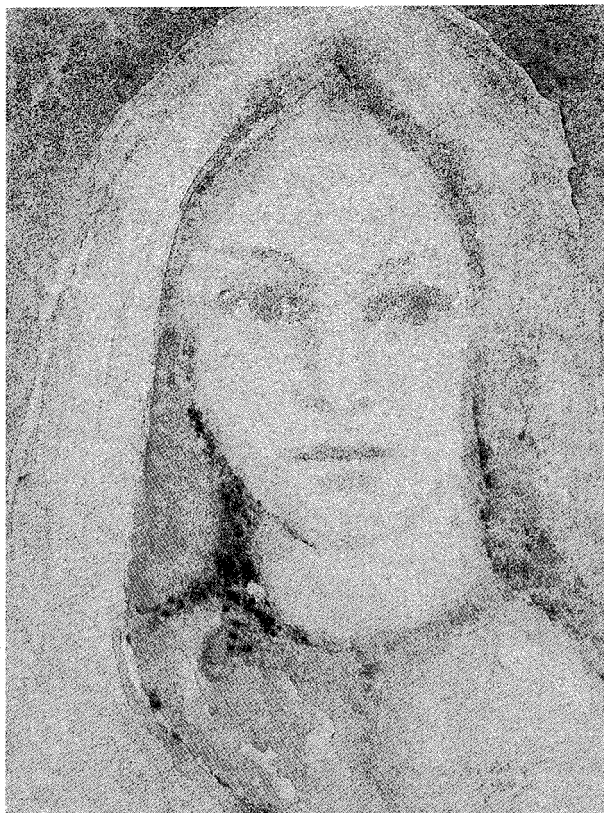
- *Historia de la Enfermería Espaiiola e Hispanoamericana*. Ed. Salvai Editores. Barcelona 1984.

- *Un Hospital, un mundo*. Ed. Selare. Bogota 1988. Ed. Ediciones 29. Barcelona 1989

- *Enfermería, Agentes de Humanizacibn*. Ed. Selare. Bogota 1991.

- *Enfermería, hoy Filosofía y Antropología de una profesibn*. Ed. Diaz de Santos S.A. Madrid 1992.

testimonianze



***Spagna: programmazione
Pastorale della Salute***

***Cile: cura ospedaliera
e medicina cattolica***

***L'Anffas e la famiglia
nella società***

***Venezuela: piano annuale
di abilitazione di professionisti***

Colón: Pastorale della salute

programmazione del Dipartimento di Pastorale della Salute: triennio 1993-1996

Obiettivo 1. *Contribuire alla promozione di una nuova cultura nel mondo della sanità, alla luce del Vangelo, delle realtà, dei problemi e delle situazioni poste allo stesso.*

Attività

1. Celebrare il Congresso Nazionale sul tema « Chiesa e Salute », dare impulso e facilitare la partecipazione attiva di tutte le diocesi, settori e operatori di pastorale della sanità: 26-30 settembre 1994.

2. Dedicare la Giornata del Malato del 1995 — e la campagna pubblicitaria — ad illuminare, per mezzo del Vangelo, il significato della sofferenza umana e la sua cura.

3. Offrire una parola circa le situazioni conflittuali che si presentano nel mondo della sanità.

Obiettivo 2. *Rinnovare la celebrazione dei sacramenti dei malati.*

Attività

1. Dedicare la *Giornata del Malato del 1994* al tema della celebrazione dei sacramenti nella malattia, con i seguenti obiettivi:

1. Rivedere la pastorale dei sacramenti nella malattia.

2. Riscoprire la dimensione terapeutica di tutti i sacramenti e, particolarmente, di quelli che si celebrano in tempi di malattia.

3. Rinnovare la prassi sacramentale.

Obiettivo 3. *Intensificare la solidarietà della Chiesa e della società con i malati meno assistiti, in modo speciale con i malati mentali e gli anziani.*

Attività

1. Approfittare del Congresso Nazionale sul tema « Chiesa e

Salute » per studiare i gravi problemi in cui si imbattono oggi i malati mentali e le loro famiglie e le linee di azione della Chiesa in questo settore.

2. Dedicare la Giornata del Malato del 1996 per rendere sia la Chiesa che la società consapevoli della situazione dei malati mentali e delle loro necessità, e promuovere l'azione evangelizzatrice nel campo della salute mentale.

3. Favorire e appoggiare la creazione di Associazioni di Familiari di Malati Mentali.

4. Dedicare la Giornata del Malato del 1997 per rendere Chiesa e società consapevoli della situazione degli anziani malati e promuovere l'azione evangelizzatrice in questo campo.

Obiettivo 4. *Identificare i bisogni spirituali dei malati terminali e promuovere la loro assistenza come parte integrante delle cure palliative.*

Attività

1. Studiare le necessità spirituali del malato in fase terminale, della sua famiglia e degli operatori sanitari che l'assistono.

2. Riflettere sull'apporto specifico dell'assistenza spirituale e di quella globale e farla conoscere.

3. Dare impulso alla formazione pastorale dei cappellani, parroci, operatori sanitari e volontariato per prestare l'assistenza spirituale ai malati terminali.

4. Includere i bisogni spirituali e la loro assistenza pastorale nei programmi di formazione degli operatori sanitari che assistono i malati terminali e nelle Commissioni permanenti delle Associazioni di Cure Palliative.

5. Riflettere circa le questioni etiche che si presentano nell'assistenza ai malati terminali.

Obiettivo 5. *Ridare vita ai Servizi di Assistenza Religiosa Cattolica negli ospedali ed il loro buon funzionamento, in consonanza con le necessità del nostro tempo.*

Attività

1. Curare umanamente, spiritualmente e pastoralmente le persone addette ai Servizi di Assistenza Religiosa Cattolica degli ospedali.

2. Sollecitare e facilitare la formazione iniziale dei nuovi cappellani e delle persone idonee, e la loro formazione permanente.

3. Potenziare nei Servizi di Assistenza Religiosa Cattolica il lavoro programmato, attuato e valutato in gruppo, integrandolo e coordinandolo con gli altri Servizi dell'ospedale.

4. Chiarire la figura della persona idonea e dare orientamenti pratici per la sua promozione e consolidamento.

5. Fare uno studio meticoloso dell'attuale situazione del personale dei Servizi di Assistenza Religiosa Cattolica e dei bisogni in un prossimo futuro.

Obiettivo 6. *Dare impulso al rinnovamento dell'azione evangelizzatrice delle parrocchie nel campo della salute.*

Attività

1. Ottenere che tutti i Segretari Interdiocesani di Pastorale della Salute (SIPS) siano rappresentati nella Commissione Nazionale e siano veri propulsori di questa pastorale nelle diocesi.

2. Ottenere che nelle Delegazioni di Pastorale della Salute di ogni diocesi ci sia qualcuno che si prenda la responsabilità della promozione e del coordinamento di quella Pastorale nelle parrocchie.

3. Promuovere nelle Parrocchie la conoscenza dei problemi sanitari e la partecipazione nella soluzione degli stessi.

4. Rinforzare nelle parrocchie l'attenzione totale ai malati più bisognosi di assistenza, specialmente i malati mentali e gli anziani.

5. Raccogliere e diffondere nella parrocchia l'abbondante materiale esistente circa la pastorale della salute e facilitarne la sua utilizzazione.

Obiettivo 7. *Formare operatori sanitari cristiani impegnati nel mondo della salute.*

Attività

1. Organizzare ogni anno le Giornate di Operatori Sanitari Cristiani, come un momento di incontro, riflessione e impegno.

2. Offrire agli Operatori Sanitari Cristiani delle diocesi materiali di formazione nella bioetica e nella pastorale.

3. Avviare l'Associazione di Operatori Sanitari Cristiani, di carattere pubblico-ecclesistico.

Obiettivo 8. *Appoggiare e rafforzare gli attuali canali e mezzi di formazione in pastorale sanitaria.*

Attività

1. Organizzare annualmente un incontro di direttori o responsabili delle Scuole di Pastorale della Salute: 30 ottobre 1993.

2. Disporre la realizzazione di uno o due corsi annui di formazione permanente per Operatori di pastorale della salute: 25-29 ottobre 1993. *Tema: L'Eucarestia nell'ospedale.*

3. Proporre alla Commissione di Seminari e Università l'introduzione della pastorale della salute nella formazione dei seminaristi e offrire orientamenti, programmi e documentazione.

4. Organizzare un servizio che faciliti lo scambio di materiali

formativi di pastorale della salute tra le Scuole, le diocesi, ecc.; la stessa cosa per l'informazione circa i materiali ed i mezzi per la formazione degli operatori di pastorale della salute.

5. Studiare la creazione di una Scuola di Pastorale della Salute per tutta la Spagna.

6. Promuovere l'invio di operatori della Pastorale della Salute a studiare nel «Camillianum».

Obiettivo 9. *Fare un maggiore e migliore uso dei mezzi di comunicazione sociale per diffondere la pastorale della salute.*

Attività

1. Studiare con esperti in mezzi di comunicazione sociale il modo di utilizzare più e meglio tali mezzi.

Obiettivo 10. *Potenziare una relazione e collaborazione con gli organismi sanitari civili ed ecclesiali.*

Attività

1. Comunicare agli enti sanitari civili le nostre attività e i nostri progetti, specialmente la Giornata Mondiale del Malato e il Congresso Nazionale circa Chiesa e Salute.

2. Mantenere una relazione di informazione, scambio e collaborazione con gli altri organismi della Conferenza Episcopale Spagnola, con il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, con gli organismi di Pastorale della Salute delle Conferenze Episcopali di Portogallo, Francia, Italia, Belgio... e America Latina, Federazioni Internazionali: CICIAMS, Medici e Farmacisti Cattolici, ecc.

Obiettivo 11. *Appoggiare ed aiutare le Delegazioni Diocesane di Pastorale della Salute nell'adempimento della loro missione e delle loro funzioni.*



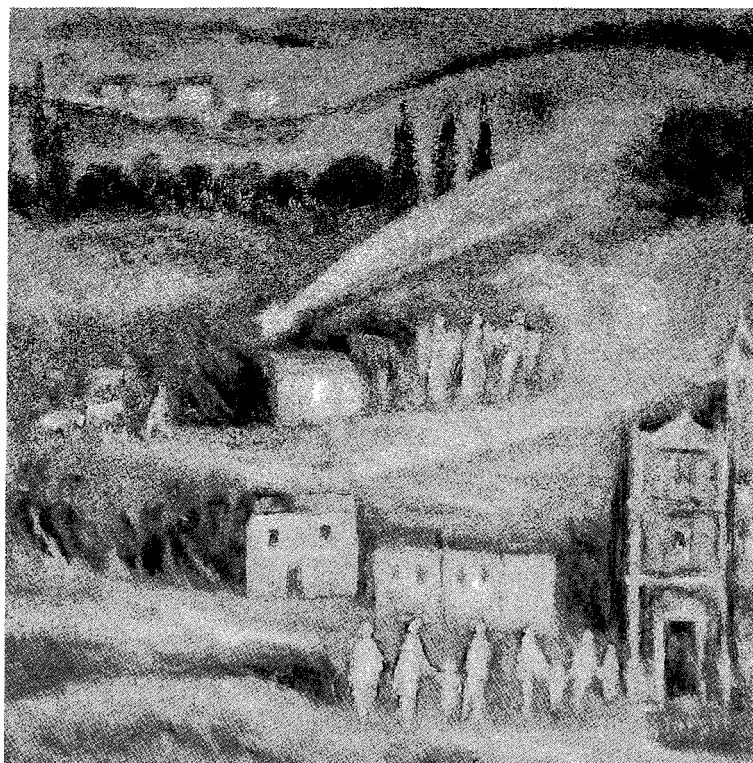
Attività

1. Inviare periodicamente ai Delegati delle circolari a carattere informativo che siano mezzo di connessione, interscambio ed arricchimento per tutti. Per questo, chiedere loro di informare il Dipartimento circa le loro attività.

2. Celebrare annualmente le Giornate Nazionali dei Delegati della Pastorale della Salute, come momento di ritrovo, riflessione ed impegno.

3. Sviluppare le attività previste nel Piano di aiuto reciproco delle Delegazioni Diocesane di Pastorale Sanitaria.

4. Chiedere agli interessati parere sullo svolgimento di un breve corso teorico-pratico per i Delegati Diocesani da poco tempo in carica.



CILE

cura ospedaliera nel contesto di una medicina di ispirazione cattolica

Risulta difficile abbracciare in poche parole un argomento tanto complesso ed esteso come questo. L'essenza della cura medica cattolica si trova nella parabola del Buon Samaritano: *Cari- tà per chi soffre senza badare alla sua condizione sociale, razza o credo religioso*.

Si assegna alla Medicina il compito di proteggere la vita e in particolare proteggere la vita umana in pericolo.

L'obbligo della medicina è curare i deboli, gli indifesi e i malati. Il dovere del medico sta nel mettersi al servizio dell'uomo dall'inizio della sua vita fino al suo termine biologico.

Ci sono diverse istituzioni nel nostro Paese che affrontano la sfida di curare, ispirata alla dottrina cattolica.

L'Ospedale Parrocchiale di San Bernardo è una di queste istituzioni. Si è assunta questa

missione cercando di mettersi al servizio della persona, dal primo istante della vita fino al momento della morte. Oggi le politiche contro le nascite, i programmi di fecondazione artificiale e gli interventi medici che incidono sulla vita e sulla morte di migliaia di individui, portano verso situazioni che violentano la dignità delle persone.

In franca difesa della vita, abbiamo completato nell'Ospedale Parrocchiale un programma di paternità responsabile fondato nel rispetto dei ritmi biologici naturali, nel quale si istruiscono i fidanzati e gli sposi sulle tecniche di autodiagnostiche di fertilità.

Il programma fiancheggia la Pastorale Familiare della Diocesi di San Bernardo nella catechesi dei fidanzati e i membri del gruppo offrono le loro conoscenze scientifiche in uno dei

corsi del piano di studio del Seminario Diocesano di San Bernardo.

I nostri pazienti sanno, così come i medici che lavorano a San Bernardo, che nell'Ospedale Parrocchiale non si sterilizza, non si danno anticoncezionali né si usano dispositivi intrauterini.

Inoltre da diversi anni l'Ospedale coopera attivamente con un programma di prevenzione e recupero di donne, adolescenti e adulte, che cercano di abortire.

Il mondo si scandalizza davanti alla malattia e spera che la medicina la elimini dalla nostra esistenza.

La persona malata ricorda insistentemente che la nostra vita terrena è temporale e fragile. Timore, insicurezza, poca tolleranza davanti all'idea della morte, portano certe persone ad allontanare e in certi casi abbandonare i propri familiari gravemente

malati. D'altra parte, il sistema ospedaliero tende ad escludere il familiare, lasciando la cura dei malati esclusivamente nelle mani dei medici. I pazienti muoiono circondati da alta tecnologia e minima umanità. Nell'Ospedale incoraggiamo e facilitiamo le visite dei familiari. Si permette ai genitori dei bambini accolti nell'ospedale di restare con loro la maggior parte della giornata. Gli si fa sentire che essi sono parte integrante del trattamento. Quando sono presenti, danno da mangiare ai figli, gli cambiano la biancheria, li prendono in braccio, li accompagnano agli esami dei laboratori e raggi X.

Il reparto adulti dell'ospedale permette visite tutti i giorni. Incoraggiamo i familiari a collaborare nel limite delle loro possibilità nelle attività di cura del malato, come dare da mangiare agli anziani, rifare loro i letti, ecc.

Queste attività si fondano su criteri professionali, ma pure sulla missione della medicina cattolica che consiste nell'aiutare i familiari a curare degnamente i loro malati.

L'attenzione ospedaliera che cerchiamo di dare tiene conto che l'essere umano è stato creato da Dio « a sua immagine » e che si realizza in questa vita come unità di corpo ed anima.

Questa creatura amata da Dio in se stessa, trascendente, chiamata alla gloria eterna, ha una dignità che non può mai essere disprezzata ma al contrario deve essere rispettata e protetta. L'uomo è unità sostanziale — anima incorporata e corpo animato — e per questo la malattia non si vive soltanto nel substrato fisico dell'uomo, ma nella sua totalità.

Non è difficile osservare che la malattia che si manifesta nel corpo ha la sua origine e la sua vera causa nel più recondito angolo della psiche o anima umana.

La presenza di religiose e sacerdoti nelle sale del nostro ospedale costituisce una sorgente di sostegno spirituale. Ci interessa intensificare ed accrescere questa presenza. La scarsità di preti nella diocesi non ci permette di avere un Cappellano permanente. Crediamo che con l'aiuto del Seminario Diocesano potremo ora completare un piano pastorale diretto sia ai funzionari sia ai malati.

Nessun cambiamento sociale o tecnologico può deviare la nostra attenzione dal malato che dobbiamo curare come creatura di Dio e fratello di Cristo. La nostra condizione di battezzati ci porta a riconoscere gli altri come fratelli e, come in una famiglia naturale, il malato è un fratello speciale che richiede premura e compassione in modo particolare.

Un medico sensibile sente e soffre con il malato, capisce la sofferenza dell'altra persona, vuole aiutarlo e si sacrifica per lui. Aiuta i malati anche se questo comporta disagio o rischio.

Tutto questo è oggi urgente, quando gli interessi personali si sovrappongono a qualsiasi considerazione. E possibile compatire il malato ma agire senza la premura, la prontezza e l'amore che il malato chiede.

Il primato degli interessi personali appare sotto diverse forme:

- nel personale della sanità che rifiuta di curare i pazienti di AIDS per paura del contagio,

- i medici che agiscono come impresari della medicina,

- quelli che lavorano solamente dove li pagano di più.

La compassione cristiana rispetta umilmente l'autonomia dei malati. C'è violazione dell'umanità dei malati quando, anche in nome della benevolenza, calpestiamo le loro decisioni.

Fino a un certo tempo la salute era vista come un dono (l'antico detto dei medici: « Io ti ho fasciato ma è Dio che ti ha sanato » rifletteva questa credenza). Oggi si considera la salute come un diritto. Suppongo che questo risponda alla visione laicizzata dell'umanità e della società in cui si considerano diverse forze in gioco: quelle dell'individuo, quelle della famiglia e della comunità e, infine, quelle dei gruppi professionali. Non si tiene conto, almeno in forma esplicita, del nesso fra l'uomo e il suo Creatore.

È evidente che la salute non è il sommo bene, né per il professionista né per il malato. La salute è condizione necessaria per usufruire delle capacità della persona e lottare per essere felice. In altre parole, la salute è una qualità della vita; « è la condizione fisico-psichica nella quale la vita di un essere umano può

svolgersi normalmente ». È un bene in questo senso, gerarchicamente inferiore alla vita stessa. La motivazione del medico comporta questo presupposto. La ricerca della salute si inserisce nell'insieme di beni ricercati dalla persona e quindi la sua priorità è determinata dalla persona stessa.

Medicina « compassionevole » significa la cura premurosa offerta al paziente che non può essere curato dalla scienza medica: malati cronici, deboli mentali e morenti.

San Bernardo è un comune povero. È frequente curare nel nostro Pronto Soccorso pazienti con malattie incurabili portati da vicini o da carabinieri. La nostra esperienza ci dice che questi malati sono andati da un servizio di Sanità all'altro chiedendo aiuto e sono stati sistematicamente respinti. Per queste persone malate e povere provvediamo in collaborazione con l'« Hogar de Cristo » di una sala speciale per accogliere con amore i più miseri della nostra società.

In questa sala di cure palliative si trattano i pazienti terminali in modo che possano vivere degnamente l'ultima tappa della loro vita. I più sono stati abbandonati dai familiari e il personale della sala fa sforzi notevoli per stabilire contatti con essi. Spesso hanno avuto successo e dopo un lavoro educativo i parenti hanno accolto di nuovo i malati in casa.

Con soddisfazione possiamo dire che in quella sala adulti sono stati battezzati, hanno ricevuto la Cresima, la Prima Comunione e quanti sono arrivati alla morte hanno avuto opportunamente l'Estrema Unzione.

Infine, come medici cattolici dobbiamo dare un nuovo significato alla relazione medico-paziente e ritrovare il senso cristiano della sofferenza. Il progresso della scienza e della tecnologia deve essere indirizzato a vincere il dolore e la morte. Ci eravamo illusi di poter cantar vittoria. Ma il dolore e la morte sono oggi più minacciosi. Il cristianesimo rivela la possibilità di conciliare una lotta necessaria per vincere la sofferenza e la possibilità di giovare del suo valore costruttivo e redentore. Per questo il Santo Padre chiese per sé a quanti soffrono « il sostegno che può derivare dal dono di una

sofferenza accettata come strumento di redenzione e vita». Il Santo Padre chiama quanti soffrono a dare un senso costruttivo al proprio dolore.

Tutto il personale cattolico della Sanità, principalmente quello che lavora all'interno dell'ospedale, sono chiamati a fare proprie le parole del Papa che invita i malati ad essere generosi nell'offerta del loro dolore. Riceviamo pure dalla Chiesa l'invito a considerare il nostro lavoro professionale ben fatto come una strada concreta di santificazione personale.

P. BALDO SANTI, OMD
Vicepresidente Esecutivo
Caritas-Cile



L'ANFFAS e la famiglia nella società

L'Associazione Nazionale Famiglie di Fanciulli e Adulti Subnormali (ANFFAS) si è costituita in Italia nel 1958 ed è stata riconosciuta nel 1964 con DPR n. 1542.

L'ANFFAS opera su tutto il territorio nazionale per il benessere e la tutela delle persone insufficienti mentali e delle loro famiglie, promuove il riconoscimento dei diritti dei cittadini portatori di questo particolare tipo di handicap, organizza numerosi servizi assistenziali e riabilitativi.

Oggi, a distanza di poco più di un trentennio dalla sua nascita, l'ANFFAS conta oltre 15.000 soci effettivi divisi in 192 sezioni e questo a dimostrazione di quanto l'idea di partenza fosse valida e necessaria. L'Associazione è affiancata da numerosi soci amici che collaborano in vari modi, dall'aiuto economico al concreto lavoro di volontariato. Opera su tutto il territorio nazionale per la prevenzione e la cura dell'handicap psichico, è sempre presente in quei settori nei quali si dibattono e si vivono notevoli e urgenti problemi degli handicappati psichici, stimola e promuove l'intervento operativo degli Enti sia pubblici che privati, partecipa costantemente a dibattiti e studi in sedi locali, nazionali ed estere.

Proprio negli ultimi tempi si è ulteriormente affermato il ruolo della famiglia come cellula base della società, punto essenziale anche nella ricerca di soluzioni politiche in un contesto in continua evoluzione; in questa situazione i movimenti familiari sono una tra le più naturali espansioni di cittadini che operano in attività sociali sul territorio.

Riconosciuta come Associazione di interesse pubblico, e protagonista di attività promozionali e di solidarietà, forma ed informa sulla vita familiare, cerca di valorizzare il ruolo della maternità e paternità, indica stili di vita ispirati alla stabilità in situazioni difficili, suggerisce la via per una corretta responsabilità educativa, gestisce, a livello locale, in una società troppo indifferente di fronte a questi problemi, servizi, spesso poi stimola la spinta politica, in un campo decisivo anche per la cultura civile.

Troppo spesso la società dimentica che accanto ad ogni disabile c'è una famiglia che vive situazioni di continua tensione emotiva ed affettiva, senza momenti di pausa, una famiglia che fa fatica ad accettare, in una epoca in cui l'irrazionale sembra essere stato bandito da una cultura tecnologica, l'imprevista

nascita di un bambino disabile che quasi sempre la mette in crisi come organizzazione e come identità.

In ogni caso la nascita di un figlio richiede una organizzazione non sempre facile, anche a livello mentale, del funzionamento del contesto familiare, tanto più questo avviene quando si ha a che fare con un bambino «diverso» da come lo si era immaginato, ed a seconda del tipo di informazione che la famiglia riceve sull'handicap si innesca un processo di colpevolizzazione che spesso coinvolge, e non solo a livello emotivo, tutti i componenti.

Lo stress della famiglia con problemi dipende non solo dalla oggettiva gravità dei figli ma anche da come l'evento viene interpretato ed assimilato. Fondamentali in questo periodo sono la conoscenza e l'informazione sull'handicap, le risorse presenti nel contesto familiare ed il supporto extrafamiliare indispensabili al fine di acquisire la capacità di gestire, nell'ambito socio familiare, una dignità sofferta senza lasciarsi travolgere da essa.

Nella passata legislatura italiana sono state contate più di 70 proposte e disegni di legge sul tema «famiglia», questo a ripro-

va di come tale problematica sia fondamentale per la formazione di nuove famiglie, per la loro crescita in autonomia e professionalità e per il sostegno alle situazioni difficili; è di questo periodo l'annuncio, anche nei Paesi europei più progrediti, che la famiglia (come sostegno alla società) dovrà essere motivo di ulteriore studio e di attenta analisi.

Anche l'ONU, attraverso la dichiarazione per le persone disabili (9/XII/75), negli artt. 12 e 13 recita: «...le famiglie delle persone disabili devono essere esaurientemente informate, con tutti i mezzi idonei, dei diritti contenuti nella dichiarazione stessa ed utilmente consultate per tutto quanto riguarda i diritti delle persone disabili».

L'ANFFAS, a livello nazionale, aderisce all'UIOF — Unione Italiana Organismi delle Famiglie — uno dei pochi Organismi dove il privato ha un ruolo fondamentale ed i servizi offerti non sono meramente previdenziali.

Tra i problemi più gravi da affrontare per i Soci dell'ANFFAS vi è anche quello del *dopo di noi* denunciato spesso con occhi lucidi dai genitori e che neanche la recente Legge quadro italiana sui problemi dell'handicap è riuscita, non dico a risolvere, ma neanche ad affrontare, tale argomento sia per l'età avanzata dei genitori, Soci dell'ANFFAS, e troppo spesso per la gravità stessa dell'handicap è di difficile soluzione.

Il soggetto adulto grave è quasi sempre a totale carico della famiglia e per lo più soprattutto della madre, quindi il lavoro casalingo e quello delle persone che per questi motivi rimangono in casa dovrebbe essere valorizzato al massimo e maturare trattamenti economici privilegiati.

Per i familiari che lavorano, la Legge quadro sull'handicap ha concesso degli aiuti, ma sono ben poca cosa rispetto alle reali necessità di un familiare di una persona con handicap mentale.

Oggi la famiglia di un soggetto adulto e grave si rivolge, sempre più spesso, alle strutture di volontariato, strutture che come l'ANFFAS vivono il problema a livello di rispetto della persona disabile.

I genitori che operano come Soci dell'ANFFAS a livello di volontariato, intervengono, con

le Associazioni similari, nelle sedi opportune per stimolare la formulazione e la modifica delle Leggi, per tutelare i diritti civili delle persone disabili.

E questo è anche uno degli scopi del Periodico associativo nella convinzione che più c'è informazione e più il problema è esaminato e compreso.

Spesso si dimentica che la famiglia è uno degli agenti essenziali della Società, i mass media difficilmente ne tengono conto e quindi se ne ricordano solo per colpevolizzarla quando i fatti che la riguardano sono da prima pagina e si dimentica che tocca alla famiglia risolvere quotidianamente l'insufficienza dei servizi sociali e sopportare il peso della persona non autosufficiente.

L'Organizzazione mondiale della Sanità — OMS — stima che il 75% di tutte le cure per la salute avviene nel contesto informale della famiglia allargata ed è qui che la malattia e la disabilità vengono affrontate e curate.

Il CENSIS, in un recente studio, ricorda che nel 1990 il 15% delle famiglie italiane era coinvolto nell'assistenza e cura, tra le mura domestiche, di un malato o di una persona handicappata assumendosi nel 77,5% dei casi l'intero onere dell'assistenza, questo a riprova di come, sul soggetto famiglia, si debbano misurare tutte le altre politiche, da quelle economiche a quelle sociali, dell'edilizia, della scuola, del-lavoro, della previdenza.

E la famiglia, poi, che assolve, per prima, il ruolo insostituibile per la costituzione di quei legami significativi che danno senso e speranza alla vita di ciascun bambino ed in particolare a quello handicappato.

Negli ultimi decenni, è stato dimostrato che la possibilità di sviluppo cognitivo ed affettivo di un soggetto, soprattutto se handicappato, aumenta, con l'acquisizione di nuove conoscenze di abilità funzionali, se vissute in un ambiente sociale stimolante, ricco di iniziative ed esperienze, condiviso con i soggetti normodotati.

È proprio nella famiglia che il soggetto disabile trova quelle risposte rassicuranti che gli permettono di crescere affettivamente ed intellettualmente e di soddisfare quei bisogni di relazione che ne sviluppano l'identità.

Là dove alla famiglia viene dato tutto il peso sociale delle situazioni più gravose, senza che questa sia aiutata o preparata, di fatto si hanno pesanti ricadute su tutti i membri della famiglia stessa che spesso vengono isolati dai rapporti sociali creando un vero e proprio rischio involutivo.

L'ANFFAS, che opera anche in questo contesto, è presente sia nel mondo della scuola con azione di stimolo e di sostegno all'integrazione scolastica, che nella formazione professionale nella convinzione che il lavoro è terapeutico ed è la via affinché la persona handicappata possa svolgere il proprio ruolo nella società.

Attualmente 334 obiettori di coscienza svolgono il servizio civile presso le Sezioni, per lo più è personale qualificato a trattare i nostri ragazzi e dopo tale periodo rimangono nella veste di «amici» delle nostre strutture; anche in questo l'ANFFAS svolge attività di volontariato nella formazione di questi giovani che con la loro professionalità promuovono e valorizzano i servizi, fanno diminuire il rischio di un servizio burocratico e costituiscono uno stimolo con motivazioni etiche e con l'entusiasmo dimostrato nel lavoro.

Il volontariato, quindi, va accettato oltre che come componente di servizio anche e soprattutto come forza di cambiamento, va preparato e coltivato con specifiche iniziative formative capaci di abbracciare l'impegno comunitario a partire dai reali bisogni delle persone disabili.

In questa ottica, la dimensione formativa dei volontari (ed anche quella degli obiettori di coscienza e di quanti operano in collaborazione con l'ANFFAS) aiuta ad uscire da situazioni difficili determinando anche una dimensione politica del rapporto di solidarietà e di condivisione dei problemi.

L'ANFFAS, quindi, si affianca alle famiglie in difficoltà, individua i servizi, utilizza le risorse del volontariato, reperisce il personale specializzato, aiuta a non trascurare gli altri figli, cerca di far mantenere saldo il rapporto di coppia, si presenta, a livello nazionale, come nodo essenziale sia per lo sviluppo della persona con handicap psichico che della sua famiglia.

RENZO TORNATORE
Presidente Nazionale ANFFAS

VENEZUELA

piano annuale di abilitazione di professionisti per il trattamento di bambini con problemi neurologici

Introduzione

Ci sono nel Venezuela molte migliaia di bambini con tipi di danno cerebrale e con conseguenti problemi sociali che comportano problemi neurologici. Si sa che malgrado gli sforzi sia del governo che di privati, si arriva soltanto a curare una piccola percentuale di casi esistenti. Il deficit risultante rappresenta un dramma personale per migliaia di famiglie povere e un grosso problema sociale quando questi bambini crescono. È stata costante preoccupazione degli specialisti in riabilitazione la difficoltà per la copertura dei pazienti che abitano in aree rurali, lontani dai centri medici di riferimento o in zone marginali con gravi difficoltà di spostamento.

Questa problematica è stata ampiamente considerata in sede di enti come la Facoltà di Medicina dell'Università Centrale del Venezuela, l'Associazione Venezuelana di Fisioterapisti e Terapeuti Occupazionali, il Ministero della Sanità ed altri, che hanno cercato di trovare una via che prospetti soluzioni.

La « Proville », consapevole di questa necessità e dell'importanza di recuperare e sottolineare il senso della dignità di ogni venezuelano, ha messo in atto due anni fa un programma pilota su 25 famiglie. È stato un successo notevole, con risultati tanto positivi che adesso abbiamo una lista di attesa di più di 200 famiglie.

A tal fine il Dott. Solis, Direttore dell'International Institute For Holistic Brain Development, di Ashland (Oregon), viene a Caracas due volte all'anno, per visitare i bambini con problemi neurologici, preselezionati da un'équipe di specialisti (Psicopedagoghi, Medici, Operatori sociali) di « Proville », e poi stabilisce il programma di riabilitazione globale che i genitori e familiari di ogni bambino devono imparare per applicare a domicilio.

L'istruzione ai genitori presenta, tra l'altro, questi vantaggi:

— Evita gli inconvenienti e l'impossibilità di portare ogni giorno il bambino fino a un centro assistenziale in cui, dopo una lunga attesa, gli sarebbe permesso di fare gli esercizi per un tempo molto limitato da condividere con altri pazienti.

— Il trasloco è particolarmente difficile in pazienti che presentano specifici tipi di handicap. Bisogna farlo col trasporto pubblico normale e questo può essere realmente oneroso per famiglie con scarse risorse economiche, e sono queste le famiglie a cui si rivolge maggiormente il programma.

— Non dovendo uscire di casa, la madre può dedicarsi anche alle faccende domestiche e agli altri figli; d'altra parte, se la madre lavora fuori casa, non mancherà al lavoro per dover portare il figlio al centro di trattamento.

— Siccome tutta la famiglia può conoscere il programma, uno qualsiasi dei membri della stessa può fare il trattamento, senza limite di tempo e per tutte le ore che sono necessarie. Tale collaborazione sviluppa un senso di solidarietà, partecipazione e interesse di tutti i membri del nucleo familiare che contribuiscono alla riabilitazione del paziente, e incide positivamente in un maggior recupero e in un minor periodo di tempo.

— Visto il totale successo del programma pilota con notevoli miglioramenti nei pazienti e grande soddisfazione nei genitori, abbiamo deciso di portare avanti un corso di abilitazione a questa tecnica di riabilitazione neurologica totale per moltiplicare il numero di pazienti messi in cura. Il corso è stato programmato per il personale che opera in questi settori in ospedali, ambulatori e altre istituzioni.

Piano annuo di abilitazione di professionisti per il trattamento di bambini con problemi neurologici

Progetto

Finalità

Abilitare alla tecnica specifica specialisti che possono seguire e controllare quei pazienti che si trovano già in trattamento, dando così opportunità ad altri bambini di essere curati dal Dott. Solis nel primo anno di controllo e valutazione. Poi questi bambini passeranno all'équipe già preparata. Il programma completo sarà esaminato dal Dott. Solis.

Caratteristiche del Corso

Docente: Dott. Charles Solis, Direttore dell'International Institute For Holistic Brain Development di Ashland (Oregon), USA.

Durata: Il corso si svolgerà in 4 sessioni con una durata totale di 100 ore.

Capacità massima: 30 concorrenti.

Metodologia di Docenza-Apprendistato:

Teoria: Esposizione del tema, discussione in piccoli gruppi, laboratorio.

Pratica: Assistenza, sotto la supervisione del professore, ai pazienti già in controllo. Supervisione dei programmi di trattamento dei nuovi casi.

Requisiti: Gli aspiranti dovranno essere tecnici superiori o Laureati in Fisioterapia, Terapia Occupazionale, Terapeuti del Linguaggio, Psicopedagoghi, con accertata esperienza nella cura di bambini con problemi neurologici. Dovranno lavorare già presso istituzioni pubbliche o private che si occupano di questo tipo di cure. Dovranno impe-

gnarsi a prestare il loro servizio a bambini con scarse risorse, che saranno curati gratuitamente. Il primo corso sarà formato dal gruppo che ha fatto il corso introduttivo e che ha vero interesse a proseguire.

Valutazione e svolgimento del programma

Si propone un programma che ogni anno consta di:

- Laboratori-Seminari per nuovi terapeuti che insegnino a genitori e familiari la cura dei bambini.
- Valutazione e controllo dei nuovi pazienti del Dott. Solis che passeranno poi al gruppo di quelli che escono dal corso.
- Supervisione semestrale di coloro che hanno frequentato già il corso e dei loro pazienti.
- Ci saranno raduni di 4 ore ogni semestre per l'aggiornamento e la valutazione globale del programma tenuti dal Dott. Solis.



56

Coordinamento generale

Il coordinamento generale sarà a carico della Dott.ssa Petty Colmenares, Fisioterapista e Terapeuta Occupazionale, Postgraduata nell'Università di New York e, in Europa, nel Klinik Hohenried (Monaco) e nell'ospedale di Rottemburg, fondatrice del Servizio di Fisioterapia dell'Ospedale Universitario di Caracas, Docente nelle tre scuole del Paese, Specialista in riabilitazione cardiaca, Prima Presidente dell'Associazione Venezuelana di Fisioterapisti e Terapeuti Occupazionali.

CHRISTINE DE VOLLMER
*Presidente dell'Associazione
« Provice » del Venezuela*

COLON (Panama)

relazione generale sulla Pastorale della Salute

Guardando il recente passato

Qualche anno fa comincio a preoccuparci il vuoto di una Pastorale della Salute davanti alle più crudeli manifestazioni della povertà e dell'emarginazione nella vita dei poveri della nostra diocesi missionaria di Colon.

È stata la Santa Sede, in primo luogo, che ci sollecitava un censimento per conoscere il numero di ambulatori, ospedali, centri di salute e altri servizi sanitari patrocinati dalla Chiesa panamense.

La nostra risposta è stata purtroppo molto povera: la Chiesa del Panamá non patrocinava programmi di salute oltre i servizi offerti da diverse congregazioni religiose nella linea dei propri carismi, come le Sorelle della Carità, le Missionarie della Carità di Madre Teresa di Calcutta, ecc.

È questo il modo in cui la diocesi missionaria di Colon inizia i suoi passi in questa pastorale specifica.

Ad iniziare dalla Pastorale della Terra, luogo di incontro di Dio con gli uomini e degli uomini tra di loro per realizzare i progetti della creazione, abbiamo assunto la Pastorale della Salute come risposta ai desideri di Gesù: « Sono venuto perché abbiano la vita e l'abbiano in abbondanza ».

Linee generali

1. Scoprire sperimentalmente, come il Buon Samaritano, il senso evangelico del prossimo attraverso il dolore.

2. Come il Buon Samaritano, curare i suoi mali e suoi dolori.

3. Di fronte alle limitazioni personali, promuovere un'aiuto di insieme per mezzo di una pastorale concreta fatta in équipe.

Obiettivo generale

Dare impulso alla Pastorale della Salute come risposta ai

bisogni vitali delle nostre comunità.

Obiettivi specifici

1. Unire gli impegni dei diversi settori della diocesi per raggiungere una pastorale congiunta e più efficiente della salute.

2. Promuovere la sanità preventiva.

3. Promuovere la sanità curativa.

4. Formare Operatori della Salute per appoggiare l'azione dei centri statali della Salute.

5. Rivalutare spiritualmente l'attenzione ai sofferenti per mezzo dell'Unzione degli Infermi.

Con questa cornice di riferimento, approvata nella riunione annua dei missionari e missionarie della diocesi di Colon (1989), noi cominciamo a lavorare.

Guardando al presente

In questi quattro anni di strada fatta insieme nella Pastorale della Salute, osserviamo che ancora ci resta tanto da fare: stiamo appena iniziando, ma possiamo comprovare successi importanti:

a) Un'équipe di Pastorale della Salute composta da sette persone che coordinano a livello diocesano tutte le attività attinenti alla salute.

b) Comitati di Salute e Operatori della Salute nella grande maggioranza delle comunità rurali, che ricevono una formazione permanente per mezzo di seminari e laboratori.

c) Circa il problema del colera, abbiamo intensamente collaborato con il Ministero della Sanità.

d) Sono stati portati a termine progetti di fognature in diverse comunità ed è in costruzione una rete di sessanta acquedotti rurali, con l'aiuto di « Manos

Unidas » e della Comunità Economica Europea.

e) Orti domestici e di piante medicinali sono una bella e allettante realtà in molte comunità rurali.

f) Nella città di Colon abbiamo una Clinica Popolare con due sezioni: medicina generale e odontoiatria. Questa clinica, coordinata dalla Caritas Diocesana, è al servizio delle persone di scarse risorse, non coperte dal sistema dell'Assicurazione Sociale.

g) Abbiamo il progetto di creare, in un futuro prossimo ed in unione con altre diocesi, una Rete Nazionale di Salute Alternativa (RENASA). La prima riunione per dare forma a RENASA ha avuto luogo nei giorni 29 e 30 ottobre 1992.

h) Cerchiamo sempre di combinare la celebrazione dell'Eucaristia, dove sia possibile, o la celebrazione della Parola, con le nostre azioni sanitarie, con il fine di proiettare a partire dalla nostra fede il nostro compromesso cristiano di servire alla salute dei nostri fratelli.

Siamo consapevoli che si tratta di un processo lungo e difficile, che i nostri sforzi sono una goccia d'acqua nel mare della povertà e l'emarginazione in cui vivono le nostre comunità; che questa situazione non sembra migliorare ma, contrariamente, va sempre peggiorando a causa di certe politiche neoliberali che ignorano i bisogni dei poveri.

Di fronte a questa scoraggiante realtà, con la nostra incrollabile fede nel Dio della vita che si manifestò pienamente nel Figlio Gesù « che passò facendo il bene », continuiamo ad accompagnare il popolo con la convinzione che è possibile raggiungere i Cieli Nuovi attraverso una Nuova Terra dove « non ci sarà più morte, né dolore, né pianti, né affanno, perché le cose di prima sono passate » (Ap 21, 4).

attività del Pontificio Consiglio



conferenze

cronache

servire infirmos

(Conferenza del Cardinale Fiorenzo Angelini nel corso di Formazione per la «Gestione dei Servizi Sanitari», promosso da Caritas Italiana e Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma 9 maggio 1993).

Saluto cordialmente tutti i presenti e ringrazio gli organizzatori di questo Incontro per avermi dato la possibilità di intrattenermi brevemente su di un tema che, per provvidenziale dono di Dio, ha interamente impegnato la mia vita di sacerdote e di vescovo.

Sono fermamente convinto che il ministero del servizio agli infermi sia al centro dell'annuncio del Vangelo il quale, in questo campo, risponde alla domanda più profonda e più universale che sale dal cuore dell'uomo: la domanda di salute, che è domanda di vita.

Incarnatosi «non per essere servito, me per servire»,¹ Cristo ha indicato in coloro che soffrono nello spirito e nel corpo non gli «ulti-mi», bensì i primi nel Regno di Dio.²

Nel suo ministero Cristo ha privilegiato i malati e i sofferenti, tanto che tutta la tradizione cristiana e la stessa liturgia lo chiamano medico delle anime e dei corpi.

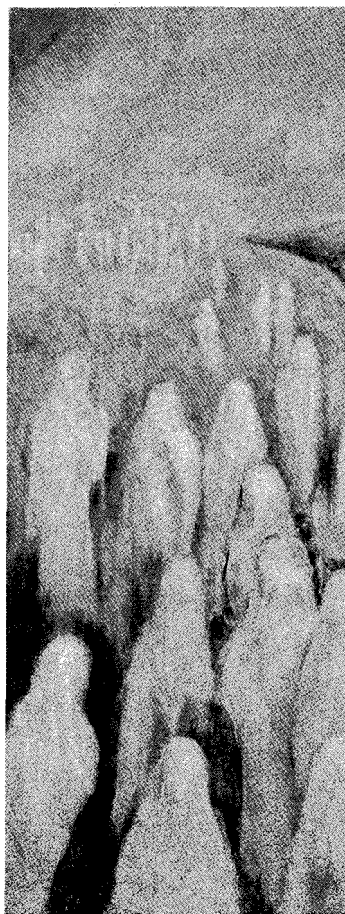
La Chiesa, che ricevette da Cristo il preciso mandato di «guarire i malati»,³ ha cercato, sin dal suo inizio, una rigorosa attuazione di questo comando divino.

La storia dell'assistenza sanitaria dimostra che fu proprio la Chiesa ad avviare, nella società in cui si diffuse, la socializzazione della medicina nella sua più ampia definizione.

La cosiddetta rivoluzione cristiana ebbe il suo punto qualificante nell'introdurre nella cultu-

ra e nella prassi la valorizzazione della sofferenza e l'importanza prioritaria del servizio a chi soffre.⁴

Anche l'azione missionaria della Chiesa, sin dai primi secoli della sua affermazione, è stata costantemente legata alla sollecitudine per gli infermi. Le più antiche istituzioni ospedaliere, in ogni parte del mondo evangelizzato, portano il nome cristiano. Accadde quando il Cristianesimo si affermò nel bacino mediterraneo, come quando varcò l'oceano per raggiungere il nuovo mondo.'



Oggi è verità acquisita, a tutti i livelli, che la misura della civiltà di un popolo è costituita dalla sua capacità di rendere giustizia ai più deboli, ai malati, agli emarginati, a coloro che soffrono nello spirito e nel corpo. Nello stesso tempo, si riconosce che il più chiaro e indiscutibile segno di progresso dell'umanità è dato dal progresso della scienza come mezzo di salvaguardia e di recupero della salute. Tanto è vero che il grado di benessere di un Paese si valuta dall'indice medio di aspettativa di vita dei suoi abitanti.

Inizialmente sviluppatosi come azione caritativa, il servizio agli infermi ha assunto le prerogative dell'esercizio primario della giustizia. È stata, infatti, la dottrina dell'amore a gettare le basi ed a far maturare la coscienza che il servizio a chi soffre è dovere primario di giustizia, che la carità non è chiamata a supplire, ma a sostenere e ad arricchire. Un dovere di tutti e non una opzione discrezionale; un ministero non affidato alla semplice spontaneità, ma che richiede una severa e continuata preparazione e formazione.

Può tuttavia accadere, come di fatto è accaduto, che una verità centrale e prioritaria, proprio perché tale, sia considerata a tale punto scontata da diventare disattesa. E questo anche all'interno delle istituzioni cristiane.

All'affermarsi di questo fenomeno negativo possono aver contribuito sia la fine, in molti Paesi, dell'azione esclusiva di supplenza esercitata dalla Chiesa in questo campo, sia il sorgere di nuovi e più complessi problemi all'interno dell'assistenza sanitaria.

Va detto, tuttavia, con chiarezza, che se la Chiesa ha potuto sostituire — e in molte parti del mondo ancora lo fa — le istituzioni pubbliche nell'assistere i malati, tali istituzioni non potranno mai sostituire l'azione specifica e propria della Chiesa, la quale offre l'integrazione di

quell'assistenza morale, spirituale e religiosa che è componente essenziale della stessa assistenza sanitaria.

Ciò premesso, va subito ricordato che negli ultimi cinquant'anni, il magistero della Chiesa è intervenuto in maniera crescente per ridare a questo fondamentale dovere della evangelizzazione la sua doverosa priorità.

Pio XII fu il primo pontefice ad affrontare direttamente e con grande profondità quelli che oggi vengono chiamati i problemi della « bioetica ». Egli può considerarsi il fondatore di quella

disciplina che esamina e discute gli aspetti morali connessi con gli sviluppi e le applicazioni della moderna biologia e della medicina. Ma Pio XII tentò anche, sul piano pastorale pratico, il rinnovamento della pastorale sanitaria, cominciando proprio da Roma, che, per prima, tra le diocesi del mondo, conobbe l'avvio di una presenza capillare e insieme coordinata dell'azione della Chiesa nei luoghi di ricovero e di cura.

Grazie all'impulso di Pio XII, il magistero della Chiesa, nella seconda metà di questo secolo, ha dato orientamenti e direttive di importanza fondamentale per la soluzione dei problemi morali legati all'esercizio della ricerca, della scienza e della prassi mediche nel loro rapporto con i postulati della morale. I suoi Discorsi ai Medici ed agli Operatori sanitari, restano ancora oggi una moderna summa di principi e di prassi di medicina e morale di chiaro e determinante orientamento pastorale.

Giovanni Paolo II è certamente il Vicario di Cristo che, per misterioso disegno divino, è stato propulsore e insieme testimone di una nuova, incisiva, organica presenza della Chiesa nel mondo della sanità e della salute. Presenza intesa come aspetto qualificante di quella che egli chiama la « nuova evangelizzazione ».

Mi limito ad indicare le pietre miliari del magistero e del ministero di Giovanni Paolo II in questo campo.

Nel 1984 egli pubblicò la Lettera apostolica *Salvifici doloris* sul significato della sofferenza umana. Si tratta del primo documento nella Chiesa di tanta ampiezza dedicato al tema della sofferenza.

L'anno successivo, alla stessa data dell'11 febbraio, il Santo Padre ha istituito la pontificia Commissione, divenuta poi Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori sanitari: un dicastero che, illuminato dalla dottrina sul significato cristiano del-

la sofferenza umana, ha il compito di curarne l'applicazione attraverso la promozione, il coordinamento e l'impegno crescente degli operatori sanitari a servizio della vita, dal suo concepimento fino al suo naturale tramonto, e nei momenti della infermità secondo il precetto divino: « Curate infirmos ».

Il 13 maggio 1992, infine, il Papa ha istituito la Giornata Mondiale del Malato, da celebrarsi annualmente, a partire dal 1993, l'11 febbraio, memoria liturgica della Beata Vergine di Lourdes.



Fanno da cornice a questo trittico, i costanti contatti del Papa con il mondo della sofferenza; la testimonianza eccezionale da lui offerta sia dopo il gravissimo attentato del 13 maggio 1981 sia in occasione della sua più recente infermità. Vicende vissute nel più elevato spirito soprannaturale tanto da trasformare il suo letto di sofferenza nella più vera ed impegnata cattedra di verità sul valore sanante e redentivo del dolore.

Nei suoi otto anni di vita, il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori sanitari è stato presente, a livello mondiale e di Chiesa universale, con una continuata azione di animazione, di apertura a tutto il mondo sanitario, di dialogo con tutti i responsabili della sanità e della salute, indipendentemente dalle diversità ideologiche, politiche, sociali ed anche religiose. Sempre ed ovunque, il dicastero che ho l'onore di presiedere, ha cercato ed offerto concrete iniziative e grande collaborazione. Alla base di questa azione generale, è stato il convincimento verificato che l'interesse ai temi e ai problemi della salute costituisce un fattore di straordinaria aggregazione ed unione e, quindi, di convivenza tra i popoli e di pace.

Tra le iniziative particolari del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, vorrei ricordare le seguenti. Il dicastero:

- ha curato il primo censimento, nella storia della Chiesa, delle istituzioni sanitarie cattoliche nel mondo;

- ha sollecitato e ottenuto che, presso ogni Conferenza episcopale, fosse nominato un Vescovo incaricato della pastorale sanitaria;

- partecipando, attraverso il suo presidente, ai recenti Sinodi dei Vescovi, ha preso atto con gioia dell'accogliimento di proposte concrete di pastorale sanitaria. Basti l'esempio dell'introduzione, nella *Declaratio* conclusiva dell'Assemblea speciale per l'Europa del Sinodo dei Vescovi, della proposta accolta all'unanimità, che recita: «Il diritto alla salvaguardia della salute e, nella misura possibile, al suo ricupero, deve essere fermamente assicurato. L'impegno dell'intera società e la sollecitudine pastorale della Chiesa devono essere rivolti a

tutti coloro che soffrono, soprattutto a coloro che sono afflitti dalle malattie del nostro tempo. È necessario che gli Operatori sanitari abbiano un'adeguata formazione morale e per i problemi della bioetica»;⁶

- pubblica da sette anni, in cinque edizioni linguistiche, la rivista quadrimestrale «*Dolentium hominum. Chiesa e salute nel mondo*», in cui riunisce — per la formazione e l'informazione degli operatori sanitari — sia l'insegnamento e le direttive del Papa e della Santa Sede, sia rilevanti contributi sui più gravi problemi di etica medica e di pastorale sanitaria, sia l'informazione su quanto attuano nel mondo le istituzioni sanitarie cattoliche;

- ha promosso otto Conferenze internazionali (l'ottava avrà luogo nel prossimo autunno e avrà per tema: «Il bambino è il futuro della società») che hanno rispettivamente trattato, ad altissimo livello scientifico e pastorale, i problemi dei farmaci, dell'umanizzazione della medicina, della longevità e qualità della vita, dell'Aids, della mente umana, della droga e dell'alcoolismo e dei disabili. Ciascuna di queste Conferenze internazionali — delle quali sono stati pubblicati integralmente gli Atti — si è conclusa con un discorso del Papa che, in rapporto ai singoli temi affrontati, costituisce oggi una chiara direttiva sia per gli operatori sanitari sia per gli operatori di pastorale sanitaria;

- ha partecipato, intervenendo con proposte concrete, alle principali iniziative internazionali in materia di sanità e di salute tenute, negli ultimi otto anni, in ogni parte del mondo;

- ha dato impulso ed ha sostenuto molteplici associazioni ed organizzazioni di volontariato e varie altre iniziative come quella particolarmente importante della promozione vocazionale religiosa a servizio degli infermi.

Mi sono limitato a tracciare le linee essenziali di un impegno che, per sua natura, ha mille altri addentellati, che non è difficile intuire,

Mi si consenta, per concludere, di insistere su due concetti.

In primo luogo, la Chiesa è e vuole essere vicina a quanti operano nel mondo della sanità e

della salute per essere più efficacemente vicina agli infermi: della sanità come politica, come legislazione e come programmazione sanitaria proprie di ciascun Paese; della salute come di tutto ciò che concerne la prevenzione, la diagnosi, la terapia e la riabilitazione per il migliore equilibrio psico-fisico della persona.

La Chiesa conta in questo campo la maggiore presenza effettiva nel mondo. Con le sue circa trentamila istituzioni sanitarie, essa è in grado di assicurare un'azione pionieristica e di frontiera per il miglioramento dell'assistenza sanitaria, specie contro le nuove malattie del nostro tempo.

In secondo luogo, vorrei ribadire che la Chiesa, come più volte ha ripetuto anche il Santo Padre Giovanni Paolo II, considera il servizio agli infermi una nobilissima professione, ma prima ancora una vocazione ed una missione. I tre aspetti si integrano, sono tre facce di un medesimo diamante.

La migliore e più qualificata preparazione professionale ha bisogno di essere sostenuta da una vocazione di servizio vissuta come missione da adempiere. Il Santo Medico Giuseppe Moscati diceva che la scienza da sola non basta ove manchi la carità a sostenerla. D'altra parte, proprio la vera professionalità mette in luce quale dovere di giustizia sia chiamato ad assolvere l'operatore sanitario di ogni livello, compreso quello amministrativo o, se vogliamo, di politica sanitaria, ogni fedele cristiano, anzi ogni persona umana, il buon Samaritano esprime, in ogni tempo, il codice di comportamento morale di giustizia e carità per tutti indistintamente. La nobiltà dei propositi non è sufficiente. Essa deve essere accompagnata da coerente testimonianza.

Il cammino da compiere è ancora lungo, poiché la coscienza dell'importanza e dei risvolti pratici del «servire infirmos», è tuttora debole.

Per essere efficaci, la parola e le direttive della Chiesa sul dovere di assistere gli infermi devono essere conosciute, meditate, approfondite e attuate da tutti gli operatori sanitari, a livello personale e associativo ma prima di ogni altro dai Vescovi e dai sacerdoti che ne devono dare

l'esempio. Non è vero che gli infermi siano serviti, assistiti come è dovere e non è vero che l'assistenza e il servizio agli infermi — dal punto di vista pastorale e specialmente sacramentale — sia facile. È necessaria una formazione, una specifica preparazione ed una prassi pastorale di esercizio e di esperienza fin dalla preparazione sacerdotale nei Seminari e negli Istituti religiosi.

Raccogliendo in volume, due anni fa, una serie di interventi su problemi etico-sanitari e di pastorale sanitaria, intitolai la raccolta: « Quel soffio sulla creta ».

Il nostro mondo sanitario, al pari della materia primordiale, è creta che deve essere modellata da una ferma fede nella vita come dono di Dio, da una coerente adesione al messaggio cristiano che diciamo di professare, da una credibile testimonianza di giustizia e di amore nel servire coloro che soffrono nel corpo e nello spirito: gli infermi i quali ci rappresentano Cristo stesso. Il volto di Cristo agli occhi della fede deve essere veduto ed ammirato in quello degli infermi, è così che si può riuscire a comprendere e a vivere soprannaturalmente lo straordinario e misterioso carisma della sofferenza che può e deve culminare nella ricerca di Dio Creatore e redentore della vita.

¹ Cf. Mt 20, 28

² Mt 5, 4: « Beati gli afflitti, perché saranno consolati ». *Ibid.* 25, 45: « In verità vi dico: ogni volta che non avete fatto queste cose a uno di questi miei fratelli più piccoli, non l'avete fatto a me ».

³ Lc 9, 1-2: « Allora egli chiamò a sé i Dodici e diede loro potere e autorità su tutti i demoni e di curare le malattie. E li mandò ad annunciare il regno di Dio e a guarire gli infermi ».

⁴ GIOVANNI PAOLO II, Lettera apostolica *Salvifici doloris*, 30: « Cristo allo stesso tempo ha insegnato all'uomo a far del bene con la sofferenza ed a far bene a chi soffre. In questo duplice aspetto egli ha svelato fino in fondo il senso della sofferenza ».

⁵ Cf. F. ANGELINI, *La prima evangelizzazione in America Latina e l'attenzione della Chiesa per gli infermi*. Roma 1992.

⁶ SYNODUS EPISCOPORUM COETUS SPECIALIS PRO EUROPA, *Declaratio*, 10.

pianeta anziani

(*Prolusione del Cardinale Fiorenzo Angelini nel Convegno « Longevità e società » promosso dall'Associazione « Oasis Maria Santissima ».* Troina, 16 settembre 1993).

Nell'augurare il migliore svolgimento dei lavori di questo Convegno, saluto di cuore le autorità presenti e tutti gli illustri partecipanti. Una particolare attestazione di apprezzamento al Padre Luigi Ferlauto, Presidente dell'Oasi Maria Santissima ed ai suoi collaboratori che con tanta cura hanno preparato queste giornate di studio.

È certamente significativo che il tema di questo Convegno sia trattato e approfondito in un luogo dove si cerca di dare attuazione concreta all'impegno di offrire agli anziani la migliore assistenza.

Vi è un motivo particolare che mi rende gradito l'invito fattomi di aprire i vostri lavori.

Il manifesto « Solidarietà fra le generazioni » riprodotto nell'elegante pieghevole che contiene il programma di questo Convegno, mostra una coppia di anziani ed una di bambini; sullo sfondo si erge, per entrambe, l'albero, che amo interpretare come l'albero « della vita ».

Tra due mesi, in Vaticano, promossa dal Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, che ho l'onore di presiedere, si terrà l'VIII Conferenza internazionale che, quest'anno, alle soglie della celebrazione dell'Anno internazionale della Famiglia, avrà per tema: « Il bambino è il futuro della società ».

Un evento che, come dimostra l'esperienza delle Conferenze internazionali annuali che l'hanno preceduto, ha una risonanza

mondiale. I messaggi con i quali il Santo Padre ha sempre chiuso questo simposio costituiscono ormai dei riferimenti preziosi per la scienza e l'etica mediche.

Peraltro, tra i primi temi affrontati, fu anche quello della « Longevità e qualità della vita », oggetto della III Conferenza internazionale, tenuta nel novembre del 1988. E fu proprio in quella circostanza che il Santo Padre sottolineò come esigenza irrinunciabile per la qualità della vita delle persone anziane riferirne l'assistenza e la valorizzazione ai principi fondamentali della sacralità della vita umana, della dignità della persona e dell'intangibilità della sua libertà (cf. « *Dolentium hominum. Chiesa e salute nel mondo* ». 4, 1989, n. 10/1. Atti della III Conferenza internazionale, 8-10 novembre 1988, p. 7).

Mi si consenta, perciò, di legare idealmente il tema del vostro Convegno con quello della prossima Conferenza internazionale sul bambino.

Piace oggi parlare del « pianeta anziani », del « pianeta giovani », del « pianeta bambini », ecc. È giusto parlare di pianeti, perché essi esistono ed hanno vita in quanto fanno capo ad un astro. I pianeti sono corpi celesti, ma spenti, che brillano di luce solare riflessa e si muovono in orbite intorno al Sole e contemporaneamente ruotano sul proprio asse con caratteristiche proprie per ciascun pianeta.

Come, nel nostro sistema planetario, ogni pianeta dice riferimento vitale al sole, così ogni età della esistenza umana si richiama alla vita in assoluto.

La valorizzazione sempre più accentuata delle diverse età della vita si risolve, in ultima analisi, in una maggiore considerazione del valore della vita nel suo insieme. Infatti, anche da un punto di vista meramente scientifico, la vita umana personale non è la somma, per così dire, aritmetica dell'infanzia, dell'adolescenza, della giovinezza, dell'età matura

e di quella senile, bensì qualcosa di unitario che, in ciascuna delle sue fasi, si presenta con carattere di interezza e di integralità.

La stessa considerazione delle diverse età della vita esige una chiara nozione della *vita* in quanto tale, vorrei dire della vita senza età. E mi piace trovare tra i titoli degli interventi che si terranno nel corso di questo Convegno, quelli di: « Non esiste e non è mai esistita la terza età », e di: « La vecchiaia dei giovani ».

Se, almeno come criterio metodologico, assumiamo che la vita rappresenta un *valore*, dobbiamo riconoscere che essa è un valore globale e primario, in quanto nessun altro valore è concepibile senza richiamarsi al valore *vita*. E quando parliamo di vita biologica e di vita psichica, di vita culturale e di vita sociale, spirituale e religiosa, umana e divina, coniugale e familiare, economica, morale, individuale, comunitaria, ecc., obbediamo all'esigenza irrinunciabile di ricondurre alla nozione di vita tutto ciò che conosciamo ed amiamo.

Non si valorizza alcuna età della vita se non si valorizzano tutte le età della vita, sia sul piano strettamente personale, come dicevo, sia su quello sociale.

L'anziano è stato bambino, adolescente, giovane e adulto; a sua volta, l'anzianità e la longevità sono potenziali ed auspicabili nel bambino, nell'adolescente, nel giovane e nell'adulto.

Il bambino è il futuro della società poiché le fasi della sua esistenza sono graduale maturazione della sua crescita. E forse mai, come oggi, nel nostro Paese, gli anziani sono il presente della società, ma lo sono perché furono bambini, adolescenti, giovani e adulti.

Oggi in Italia la popolazione in età pensionabile supera per numero la popolazione attiva. Lo squilibrio non è dato soltanto dall'aumento dell'aspettativa di vita, ma dal graduale abbassamento, anzi azzeramento della natalità. Per mancanza di bambini si chiudono a centinaia e migliaia le scuole materne ed elementari e la prospettiva ormai si allarga alle scuole medie inferiori e superiori. Le statistiche sono preoccupanti e rivelano una disarmonia che si traduce in disarticolazione sociale; aumentano i padri senza figli, i nonni senza nipoti, poiché si attende non all'infanzia ed alla giovinezza per se stesse, ma si attende alla vita

e, con la vita, al tessuto sociale. I singoli pianeti, per stare in metafora, rischiano di cadere nel buio, perché si cerca di spegnere l'astro solare della vita che li illumina. Sembra divenuto anacronistico l'auspicio della Bibbia: « Corona degli anziani sono i figli dei figli, onore dei figli i loro padri » (*Proverbi* 17, 6).

Occorre recuperare l'unità armonica dell'esistenza umana, anzi della società. Unità che non è uniformità né omogeneità di componenti, ma convergenza delle diversità.

Un coro polifonico è tale se vi concorrono tutte le voci, da quelle bianche a quelle tenorili, baritonali e basse.

La parabola della vita ha l'andamento di una esecuzione corale nella quale al numero ed alla qualità delle voci deve aggiungersi l'armonia del loro canto.

La società ha bisogno di questa armonia, che il valore vita distribuisce nell'arco di tutta l'esistenza umana con caratteristiche inconfondibili, ma l'una relazio-

nata all'altra, l'una bisognosa dell'altra. Le desertificanti aggressioni alla vita che, nella nostra società, stanno cancellando l'infanzia, non possono che coinvolgere anche gli anziani che già avvertono una crescente solitudine e una dolorosa demotivazione.

Scriva Sant'Agostino: « La nostra infanzia sia innocenza, i primi anni verecondia, l'adolescenza pazienza, la giovinezza virtù, l'età matura merito, la senilità nient'altro che un intelletto candido e saggio » (« Infancia nostra innocentia sit, pueritia sit reverentia, adulescentia patientia, iuventus virtus, senium meritum, senectus nihil aliud quam canus sapiensque intellectus »), (*Sermone* 28).

Come sempre provvidenzialmente accade, tuttavia, molteplici problemi posti da questa disarticolazione sociale hanno accresciuto la consapevolezza della necessità e dell'urgenza di risolverli.

La strada da percorrere, tuttavia, non può essere esclusivamente quella di affrontare i problemi cosiddetti di settore, ma di recuperare quella che il Papa chiama una « cultura di vita » da contrapporre all'invadente « cultura di morte ».

E cultura di vita esserne servitori e non arbitri dal suo concepimento fino al suo naturale tramonto. E cultura di vita, promuoverla, difenderla, valorizzarla in tutto il suo arco e in tutti gli esseri umani. È cultura di vita avvalersi dell'esperienza maturata con la longevità per trasformarla in patrimonio di solidarietà, di convivenza armoniosa, di proposte costruttive.

Per conoscere adeguamente una strada, bisogna prima averla percorsa. Chi ha il dono di una longevità vigile conosce questo percorso; perciò la Bibbia invita a frequentare la casa del saggio fino a logorarne la soglia dell'ingresso (*Siracide* 6, 36) e in altro passo dice: « La via dei giusti è come la luce dell'alba che va rischiarandosi fino a pieno giorno » (*Proverbi* 4, 18).

Tutti i problemi della longevità, e particolarmente quelli sociali, vanno affrontati e risolti alla luce di una visione piena ed esaltante della vita che ci incalza non per abbatterci, ma per aiutarci a scoprirne l'inestimabile valore.



che cosa si aspetta da noi la Chiesa come persone consacrate all'ospitalità

(Prolusione del Cardinale Fiorenzo Angelini al corso di Pastorale Sanitaria Fatebenefratelli. Roma, 7-14 novembre 1993).

Innanzitutto un benvenuto ed un saluto a tutti i partecipanti a questo Corso di Pastorale Sanitaria, agli organizzatori, ai relatori e a quanti offriranno il loro contributo di scienza e di esperienza.

Il mondo della pastorale sanitaria, anzi, il *nostro* mondo, è tanto sconfinato quanto lo è il dolore umano nelle sue molteplici manifestazioni fisiche, psichiche, morali e spirituali. Personalmente, tuttavia, ho sempre preferito e preferisco parlare non già di mondo della sofferenza o di pianeta dolore, quanto piuttosto di mondo della sanità e della salute, proprio per sottolineare la posizione costruttiva che, per vocazione e per missione, siamo chiamati ad assolvere nei confronti della sofferenza umana.

La Chiesa, come istituzione e come Popolo di Dio, come struttura gerarchica e come comunità profetica, vede impegnato in questo mondo della sanità e della salute la sua più vasta, consistente e qualificata forza.

Sono circa trentamila le istituzioni sanitarie cattoliche sparse in tutto il mondo, senza contare gli innumerevoli ambulatori e luoghi di ospitalità per infermi dei quali è impossibile condurre un censimento; si contano a decine di migliaia i religiosi e le religiose impegnati nella pastorale sanitaria. Nei territori dove la Chiesa dà awio alla sua presenza o è ai suoi inizi, l'ambulatorio, il consultorio medico, l'attenzione ai sofferenti e ai bisognosi precede cronologicamente la costruzione del luogo di culto; prima che di pane, spesso la Chiesa è portatrice di farmaci non meno indispensabili del vitto.

A questo dato incontestabile fa da cornice la conferma storica: alla Chiesa si deve l'introduzione della socializzazione dell'assistenza sanitaria, quando soltanto dalla Chiesa venivano la lotta e il rimedio contro le epidemie; dalla Chiesa furono costruiti i primi ospedali e ancora oggi, in molti Paesi in via di sviluppo, la Chiesa non soltanto conduce, in campo sanitario, opera di supplenza, ma talvolta è la sola a prendersi cura degli infermi.

Contro i nuovi mali che affliggono l'umanità, come la tossicodipendenza e la diffusione dell'Aids, la prima, integrale e costruttiva reazione è venuta dalla Chiesa.

Quando, nel 1989, a Londra, presi parte, per conto della Santa Sede, al Summit di ben 148 Paesi che tentavano una prima reazione compatta e coordinata contro la minaccia dell'Aids, non fu difficile stigmatizzare i limiti di una reazione che si esauriva nell'illusorio ricorso alla generalizzata contraccezione. Al punto che un intero piano dell'edificio nel quale si teneva il summit non era che una esposizione quasi grottesca della più incredibile varietà di contraccettivi.

Il mandato di Cristo, la storia della prima predicazione della Chiesa, la storia della Chiesa in duemila anni ha scritto le sue pagine migliori nel servizio ai bisognosi e ai sofferenti.

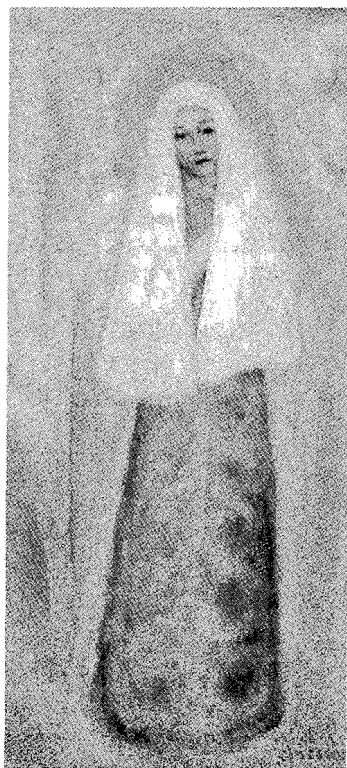
Muovendo da questo presupposto, dottrinale e storico insieme, ricevo significato l'interrogativo: *Che cosa si aspetta da noi la Chiesa, come persone consacrate all'ospitalità?*

Mi si consenta una precisazione all'interno del quesito. Non direi semplicemente come persone consacrate all'ospitalità, bensì come persone consacrate che si riconoscono nel carisma dell'ospitalità, che per i figli di San Giovanni di Dio è oggetto di voto.

La storia degli istituti religiosi maschili e femminili è storia di questa testimonianza di consacrazione piena, vissuta secondo carismi diversi in risposta alle esigenze dei tempi.⁶

Bisogna tuttavia riconoscere, che il carisma dell'ospitalità — nella cui nozione compiuta rientrano i compiti della pastorale sanitaria — ha una sua attualità perenne, dalla quale discende la risposta al quesito contenuto nell'assunto. Attualità oggi considerata dal Santo Padre come missione fondamentale della Chiesa.⁷

Alla radice della natura della risposta che, come persone consacrate, siete chiamate a dare alle attese della Chiesa sta innanzitutto la pienezza con la quale viene vissuta la vostra *consacrazione religiosa*.



Gli esperti che si avvicenderanno in questo Corso si soffermeranno sui vari aspetti della pastorale sanitaria che siete impegnati a compiere.

Vorrei tuttavia sottolineare tre aspetti, che considero fondamentali ed urgenti e che, tra gli altri, trovo anche sottolineati nelle *Costituzioni* dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio.

Non sono certamente gli unici aspetti che corrispondono ad altrettante attese della Chiesa, ma ritengo che siano particolarmente attuali nel momento storico in cui viviamo.

Voto di ospitalità ed evangelizzazione

Il primo aspetto attiene al rapporto tra pratica del voto di ospitalità ed azione evangelizzatrice.

Le vostre *Costituzioni* legano strettamente l'attuazione del vostro carisma alla evangelizzazione.

Voi intendete vivere il voto dell'ospitalità « come annuncio e segno della vita nuova ed eterna conquistata dalla redenzione di Cristo ». E cioè, con la vostra vita donata all'amore di Dio nel servizio dei poveri e dei bisognosi, annunciate il Regno secondo lo stile di Gesù.⁸ Un impegno, come precisano le vostre *Costituzioni*, che potrebbe anche richiedere il sacrificio della vita,⁹ come fu, per esempio, per i vostri numerosi confratelli, recentemente beatificati, trucidati ancora giovanissimi durante la guerra civile spagnola.

La pastorale sanitaria è evangelizzazione secondo lo stile di Gesù che si dedico con predilezione ai deboli e agli ammalati nello spirito e nel corpo,¹⁰ fino ad identificarsi con essi ed a chiedere a noi quale parametro di giudizio della nostra condotta, di identificarci con loro."

Difficilmente noi prendiamo sul serio questo insegnamento del Signore, tanto chiaro da non aver bisogno di una particolare esegesi.

Per voi, figli spirituali di un Santo che amava chiamarsi «zero», questo stile di Gesù è oggetto di un voto, cioè di una «promessa deliberata e libera di un bene possibile e migliore fatta a Dio».¹²

L'osservanza di questo voto è il vostro modo di annunciare il Vangelo: un modo tra i più efficaci e credibili, che consente un'immediata verifica.

Un modo di evangelizzare gli altri che si traduce anche in evangelizzazione di noi stessi, poiché nei deboli e nei sofferenti è riconoscibile il Volto stesso di Gesù, come il Signore ci ha assicurato.

Una evangelizzazione che costituisce anche la vostra formazione iniziale e permanente.¹³

E dirò che sono rimasto particolarmente colpito nel trovare nel vostro testo costituzionale il concetto ricorrente di «felicità», di gioia riferito all'esercizio del vostro ministero e apostolato.

La vocazione religiosa viene da Dio; rispondervi è ascoltare la parola di Dio e trovare in essa la serenità, la pace e la letizia più profonda.

Questo la Chiesa si attende da voi: che viviate nella gioia, anche se non facile e da conquistare ogni giorno, il voto che ha dato un indirizzo di dedizione definitiva alla vostra esistenza.

Il coraggio della testimonianza

In secondo luogo, la Chiesa si aspetta da voi il coraggio della testimonianza.

La vostra particolare consacrazione religiosa vi «impegna a difendere ed a vegliare sui diritti della persona a nascere, a vivere decorosamente, a essere assistita nelle infermità e a morire con dignità».¹⁴

Si riconosce che la Chiesa, particolarmente nel nostro tempo e attraverso l'impulso impresso dal Santo Padre Giovanni Paolo II, è d'avanguardia nella difesa dei diritti umani fondamentali che si riassumono nel diritto alla vita ed alla sua dignità.

In questa missione, la Chiesa si attende da voi una testimonianza viva, un'azione di prima linea.

In un tempo, come il nostro, attraversato da tante paure e oppresso da tanti incubi, occorre recuperare il coraggio che ci viene dalla fede e dalla promessa di Cristo.

Negli anni più recenti, anche all'interno delle istituzioni ecclesiastiche, si è preferito discutere anziché operare, parlare anziché

fare, moltiplicare i dubbi anziché affidarsi alle certezze.

La doverosa apertura agli altri ha finito per spingerci a chiuderli in noi stessi. La legittima ricerca dei metodi più idonei è parsa introdurre distinzioni e discriminazioni all'interno del concetto di bontà, quasi esistesse una bontà di ieri, di oggi e di domani, e non una bontà di sempre.

Dei problemi da affrontare e da risolvere sappiamo tutto, ma non sappiamo come risolverli.

Un motivo di questa situazione va ricercato nello smarrimento di alcuni principi essenziali o nodali che sono il supporto di una chiara concezione o visione della vita.

Tra questi principi, appunto sovrasta quello dei diritti della persona nei confronti della vita e della sua dignità.

Noi, voi siete chiamati ad essere vicini alla persona umana nella difesa del suo diritto alla vita e ad una vita degna, perché voi, noi crediamo nella vita come dono di Dio. Un dono da difendere, ma anche da scoprire ogni momento nel nostro prossimo, soprattutto in coloro che assistono impotenti alla propria vita aggredita dalla malattia, dall'ingiustizia, dall'egoismo, dalla discriminazione, dall'odio.

La compassio evangelica non è compassione come manifestazione filantropica, ma *condivisione* della condizione umana, capacità di riconoscere nella vita dei fratelli, la vita di Cristo, la vita che è Cristo.

Indagini e statistiche dimostrano che molti dei giovani di oggi amano scelte totali, forme di dedizione radicale. Stupisce che in questo contesto le vocazioni religiose e sacerdotali segnino da decenni il passo in tante parti del mondo.

Eppure, quale scelta è più globale, più radicale di quella di essere totalmente vicini agli altri per renderli partecipi, attraverso il servizio alla vita, della redenzione di Cristo? Perché allora tanti istituti religiosi sono persino afflitti dal timore di un declino irreversibile?

Che cos'è che non rende sufficientemente credibile e contagiosa la nostra, la vostra testimonianza?

Ho parlato di coraggio, ma vorrei aggiungere il concetto di.

entusiasmo che deve accompagnare il vostro lavoro, l'esercizio, la pratica della vostra vocazione ospedaliera.

Il mondo ha molto più bisogno di testimoni che non di maestri.

Quale pastorale è maggiormente vocazionale della pastorale sanitaria? Se sarete convinti di questo, avrà relativa importanza adottare un metodo o l'altro, avvalersi di questo o quel sussidio. Voi siete chiamati ad essere il primo strumento, il primo sussidio. È questo che la Chiesa si aspetta da voi.

Un'intensa e rigorosa vita spirituale e interiore

Infine, la Chiesa si attende da voi una intensa e rigorosa vita spirituale e interiore.

Chi è impegnato sulle frontiere dell'evangelizzazione ha un compito arduo, ma ha anche la possibilità di una costatazione obbligata e quotidiana. Da soli, con le proprie forze esclusivamente non è possibile tener fede all'impegno assunto con la consacrazione religiosa indirizzata nel delicatissimo settore della sanità e della salute.

Non mi riferisco tanto alla tentazione della resa, quanto al rischio dell'assuefazione, della

routine, del lasciarsi andare, del cadere in quell'accidia spirituale che si trasforma in piena sterilità pastorale.

Le giornate di studio che vi attendono sono giustamente scandite da momenti forti di preghiera liturgica, con al centro la celebrazione eucaristica.

Si parla molto oggi, ed anche giustamente, di necessità di aggiornamento formativo e direi anche professionale. Ma occorre pure l'aggiornamento costante della nostra vita interiore. Aggiornamento che si attua con la preghiera, il sacrificio, la rinuncia, la semplicità della vita, l'abnegazione. Occorre riscoprire l'indicazione ascetica del « nudus nudum Christum sequar ».

Quante volte, accanto a chi soffre, tocchiamo con mano il limite delle nostre forze! Quante volte sentiamo il bisogno sofferto dell'intervento di una forza superiore che ci venga in aiuto!

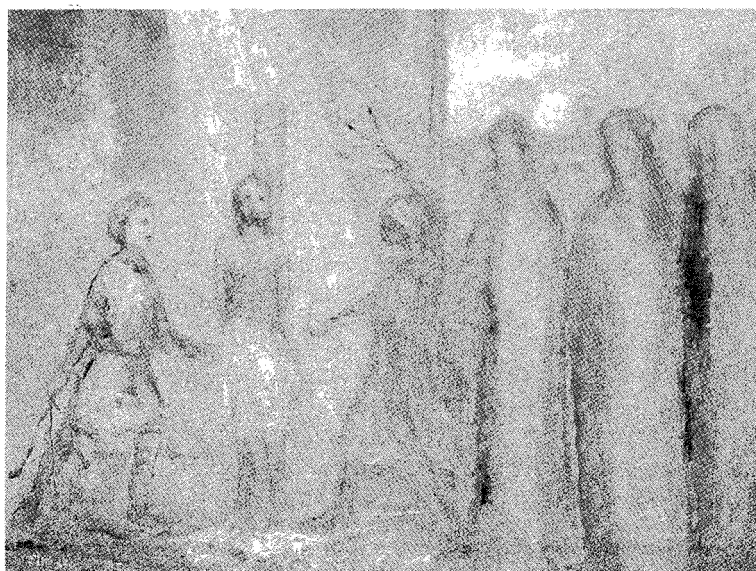
Le vostre *Costituzioni* lo ricordano con molta chiarezza, dove si legge: « Rinnoviamo la coscienza della nostra vocazione nella celebrazione e nella contemplazione del mistero di Cristo. La Parola di Dio e l'Eucaristia occupano un posto centrale nella nostra vita; contempliamo Gesù nel suo modo di trattare

con gli ammalati e principalmente nella sua passione e morte, suprema manifestazione del suo amore all'uomo. Questo ci rinvigorisce nella carità e ci stimola a realizzare la nostra missione imitando la vita del nostro Salvatore ».¹⁵

La preghiera comunitaria e personale è il primo mezzo della pastorale sanitaria: un mezzo che le vostre *Costituzioni* invitano a vedere rispecchiato nella semplicità, nella disponibilità, nella dedizione e nella fedeltà della Vergine Santissima.¹⁶

Nell'augurare il migliore svolgimento a questo Corso, vi invito a riflettere su questi brevi richiami, poiché sono convinto che da essi possa derivare una crescente amore per la vostra vocazione, che dovette considerare un dono, anzi un privilegio. Avere la possibilità di offrire a chi soffre e a chi è nel bisogno un aiuto non illusorio è dono, direi addirittura fortuna straordinaria, togliendo al termine ogni coloritura di casualità.

Ogni giorno io ringrazio Iddio di questo dono e, forse per questo — e chi mi conosce si sarà anche stancato di sentirmelo ripetere — amo confessare apertamente che se rinascessi una, dieci, cento, mille volte, riabbraccerei la vocazione sacerdotale. E



credo che lo rifarei perché l'avermi il Signore assegnato per tanti anni al ministero della pastorale sanitaria mi ha aiutato a scoprire ed a capire fino all'evidenza la grandezza e la bellezza di questa vocazione.

Con semplicità e con umiltà, è l'augurio che faccio anche a tutti voi.

problema ed animazione della Pastorale nel campo sanitario

(Conferenza del P. José L. Redrado, Segretario del Dicastero, nel Corso di Pastorale Sanitaria, Fatebenefratelli. Roma, 7-14 novembre 1993).

I. Presupposti da tenere presenti nella programmazione ed animazione pastorale

1. Attenzione alle sfide che presenta il campo sanitario d a Chiesa

Abbiamo detto e sentito molte volte che il settore sanitario è uno spazio complesso che richiede una pastorale specializzata.

Gli operatori di pastorale devono cominciare sistemando se stessi, cioè, sapendo dove si trovano, quale è l'ambiente in cui dovranno lavorare.

Vorrei indicare, in linea di massima, alcune delle sfide che l'operatore di pastorale dovrebbe tenere presente sia nella sua mente che nella sua programmazione.

Principali sfide¹

a) Secolarizzazione della medicina con la conseguente perdita di mistica e capacità di attrazione per il personale sanitario. Oggi non si attende al malato principalmente per vocazione o missione, ma per altri motivi.

b) Disumanizzazione della medicina: esiste una ipertrofia tecnica. L'uomo è stato spiazzato dalla macchina, si è creata una mentalità tecnica in cui l'impersonale, lo stress ed il sentirsi come un robot impediscono l'avvicinarsi al malato e portare a termine un'assistenza integrale. L'assistenza si fa sempre più tecnica e meno umana.

c) La mancanza di preparazione etica nei professionisti incide nei criteri negativi in argomenti così importanti per la vita come

la genetica, l'eutanasia, l'aborto, la morte; oppure in temi derivanti dalla professione: la responsabilità, il rispetto, la giustizia, la lealtà.

d) Importanza sociale dei temi della salute che spesso servono come piattaforma politica più che come soluzione delle realtà concrete. I governi e gli elevati costi sanitari portano la Chiesa a restare fuori. I governi intervengono sempre più nel settore della sanità come mezzo di controllo delle loro popolazioni.

e) Complessità del campo sanitario che spesso rende difficile la distribuzione delle risorse tecniche, umane ed economiche.

f) La massima parte dei problemi morali con cui si deve confrontare la Chiesa sorgono nel campo della sanità.

g) L'invecchiamento degli effettivi religiosi nella maggior parte degli Istituti, con il conseguente ritiro dai posti di lavoro.

h) Il rapido e profondo cambiamento sperimentato dall'assistenza sanitaria e la mancanza di adattamento allo stesso ritmo e livello da parte di non pochi istituti religiosi sanitari; è mancato il salto di qualità per sapere adattarsi alle nuove esigenze sanitarie.

2. La malattia, momento adatto all'evangelizzazione

In primo luogo, per il malato stesso, poiché la nuova situazione da vivere cambia totalmente la sua vita, forse da una grande attività alla paralisi della stessa, da un non avere mai tempo a dover contare tutte le ore del giorno per pensare, valutare, rivisitare, « vivere ».

Intorno al malato si trova la famiglia che partecipa e soffre la stessa realtà; famiglia che può trovare un momento per rinnovare la sua fede ed il suo amore.

Tempo adatto pure per la comunità cristiana, che può esercitare allora i valori della solidarietà, l'accoglienza o la fede condivisa nella preghiera.

Tempo speciale per quanti lavorano nell'ospedale, in modo particolare per gli operatori della pastorale, per tutti i cristiani, giacché il malato è una « cassa di risonanza » di tanti problemi, occasione per svegliare l'apostolato.

¹ PIO XII, *Allocuzione del 1° giugno 1941*: « Da duemila anni, vive e vigoreggia nell'anima della Chiesa quel sentimento che ha spinto ed ancora spinge fino all'eroismo della carità i monaci agricoltori, i liberatori degli schiavi, coloro che curano gli ammalati, coloro che portano il messaggio della fede, della civiltà, della cultura a tutte le generazioni e a tutti i popoli, al fine di creare condizioni sociali tali da rendere possibile per tutti una vita degna dell'uomo e del cristiano ».

² Cf. *Lumen gentium*, 42-43; *Perfectae caritatis*, 1.

³ Cf. *Lumen gentium*, 44.

⁴ *Perfectae caritatis*, 5.

⁵ Cf. *Codice di Diritto canonico*, can. 573.

⁶ GIOVANNI PAOLO II, Enc. *Redemptio missio*, 69: « La storia attesta i grandi meriti delle famiglie religiose nella propagazione della fede e nella formazione di nuove Chiese, dalle antiche istituzioni monastiche e dagli Ordini medievali fino alle moderne Congregazioni ».

⁷ GIOVANNI PAOLO II, Esort. apost. *Christifideles laici*, 38.

⁸ ORDINE OSPEDALIERO DI SAN GIOVANNI DI DIO, *Costituzioni*, art. 21.

⁹ *Ibid.*, n. 22.

¹⁰ Cf. *Mt* 9, 12; *Lc* 18, 15-16; *Mt* 8, 16-17.

¹¹ Cf. *Mt* 25, 34-45.

¹² *Codice di Diritto canonico*, can. 1191, § 1.

¹³ *Costituzioni*, art. 53: « La vocazione ospedaliera che abbiamo ricevuto è un dono che si sviluppa in noi nella misura in cui rispondiamo ogni giorno all'invito di Dio che ci chiama a identificarci con Cristo nell'amore verso gli uomini e specialmente nel servizio agli ammalati e ai bisognosi ».

¹⁴ *Ibid.*, art. 23.

¹⁵ *Ibid.*, art. 4.

¹⁶ *Ibid.*



Ma è, soprattutto, il tempo di Dio. Iddio ha i suoi momenti, i suoi disegni, i suoi mezzi. Dio passa frequentemente per la via dell'uomo, ma a volte l'uomo è distratto; allora, nella malattia, può sentirlo senza tanto rumore. Sappiamo per esperienza come la malattia sia stata per molta gente il momento atto al cambiamento di vita, di sentire più vicino Dio che passa; e passa non per giudicarci ma per salvarci.

3. Cinque linee chiave per il rinnovo della nostra pastorale³

3.1. Che l'uomo viva! Da una pastorale di aiuto a « ben morire » ad una pastorale di aiuto a « ben vivere » (vivere consapevolmente la salute, la malattia, la sofferenza e la morte).

3.2. Tutti responsabili! Da una pastorale « clericalizzata » ad una pastorale « ecclesiale », missione e responsabilità di tutto il Popolo di Dio.

3.3. Il malato è qualcuno, non qualcosa! Da una pastorale che « cosifica » il malato ad una pastorale che lo « personifica ».

3.4. Fuori dagli ospedali ci sono i malati più bisognosi! Da

una pastorale soltanto ospedaliera per i malati ad una pastorale per i malati extraospedaliera.

3.5. Senza coordinamento non c'è efficacia né si fa trasparente il volto della Chiesa! Da una pastorale senza organizzazione e isolata ad una pastorale pianificata e coordinata.

II. Due modelli di Pastorale Sanitaria: Gesù di Nazaret e la Comunità Apostolica

1. Gesù di Nazaret

a) Si presenta come modello: « Io sono la via, la verità e la vita » (Gv 14, 6).

« Io sono il buon pastore... conosco le mie pecore... e le mie pecore conoscono me » (Gv 10, 16).

b) Gesù è in piena comunione con il Padre: « Mio cibo è fare la volontà di colui che mi ha mandato » (Gv 4, 34). E spesso si rivolge alla preghiera: Gesù si ritirava in luoghi solitari a pregare (cfr. Lc 5, 15-16); passò la notte in orazione (cfr. Lc 6, 12).

c) Il suo stile di pastorale non è impositivo, ma si integra, accompagna, spiega, illumina, converte, celebra. Vedere il me-

raviglioso esempio dei discepoli di Emmaus e l'azione pastorale di Gesù (cfr. Lc 24, 12-25).

d) Gesù, nella pastorale utilizza la parola; l'evangelista Matteo ci riferisce per lo meno cinque grandi discorsi che fanno parte dell'evangelizzazione di Gesù:

- discorso della montagna (cfr. Mt 5-7);
- discorso missionario (cfr. Mt 10);
- discorso delle parabole (cfr. Mt 13);
- regola della comunità (cfr. Mt 18);
- discorso escatologico (cfr. Mt 24-25).

e) Gesù impiega nella sua pastorale soprattutto i gesti: la solidarietà agli emarginati, l'accoglienza, il perdono e la guarigione dei malati.

I malati, gli emarginati, sono i destinatari privilegiati della pastorale di Gesù. In questo settore, soprattutto, la sua parola abbonda ed i suoi gesti sono provocanti:

— Il Vangelo ci dice che Gesù percorreva la Galilea insegnando e guarendo; la sua fama si diffondeva, gli portavano i malati e li guariva (cfr. Mt. 4);

— la gente restava meravigliata ed esclamava: Ha fatto bene ogni cosa; fa udire i sordi e fa parlare i muti! (cfr. Mc 7, 37);

— sicuramente Gesù non curò tutti ma comunicò la salvezza a tutti quelli che trovava: tra essi, molti paralitici, sordi, ciechi, lebbrosi (cfr. Mt 8, 9; Mc 5; Gv 5);

— sorprendono in Gesù le sue parole: « Io voglio, voglio, sii sano » (Mt 8, 3). « Non temere, continua solo ad aver fede » (Mc 5, 36); ma specialmente i suoi gesti ed i suoi silenzi: come guarda, fa attenzione, rispetta, si ferma (cfr. Gv 8, 1-11; 9, 1-40; Mt 9, 18-26). Parole e segni che causavano stupore e ammirazione.

f) Gesù istituisce la prima équipe di pastorale

Gesù non è un'evangelizzatore solitario. Chiama dei discepoli, convoca un gruppo di seguaci, li ammaestra e poi li invia ad annunciare e promuovere il regno di Dio, proclamando la parola e attuando i segni di guarigione.

« Chiamati a sé i dodici discepoli, diede loro il potere di scacciare gli spiriti immondi e di guarire ogni sorta di malattie. E li mandò ad annunziare il regno di Dio e a guarire gli infermi » (Mt 10, 1; Lc 9, 2).

La pedagogia di Gesù ha tre parti:

1. Chiama (Lc 6, 12-16; Mt 10, 1-4).
2. Processo di *foumazione* del gruppo in cui ognuno si manifesta per quello che è:
 - Pietro, il capo (Mt 16).
 - Filippo il distratto (Gv 14, 8).
 - Giovanni il discepolo amato (Gv 13, 23).
 - Ognuno vuole essere il primo (Lc 9, 43-50; Mc 10, 35-45).

Un poco per volta, Gesù attua il suo ruolo di pedagogo, di educatore:

- insegna loro a pregare (Lc 11, 1-3);
- spiega loro specialmente le parabole (Mc 4, 1-20);
- fa loro vivere determinate esperienze: Tabor (Lc 9, 28-36), la missione dei dodici, l'invio dei settantadue (Lc 9, 1-6; 10, 1-20);
- li entusiasma e li prepara per i momenti di difficoltà:
 - prendere la croce (Lc 9, 23-27);
 - vi perseguiteranno (Gv 15, 20);
 - chi avrà perseverato sino alla fine... (Mc 13, 13).

3. Infine, li invia:

- Ricevete lo Spirito Santo, andate, battezzate (Mt 28, 16-20).
- Ed essi partirono e percorsero i villaggi evangelizzando e guarendo dovunque (Lc 9, 6) e scacciando molti demoni e ungendo con l'olio molti malati e guarendo.

2. La comunità apostolica

È enorme l'attività apostolica di Paolo e dei dodici come ce la raccontano gli *Atti degli Apostoli* (cfr. anche Lettera Enciclica di Giovanni Paolo II *Redemptoris missio*, nn. 24-27). In connessione con gli insegnamenti di Gesù,

annunziano la Buona Nuova e guariscono i malati (Mc 6, 13).

« Intanto andava aumentando il numero degli uomini e delle donne che credevano nel Signore fino al punto che portavano gli ammalati nelle piazze, ponendoli su lettini e giacigli perché, quando Pietro passava, anche solo la sua ombra coprisse qualcuno di loro. Anche la folla delle città vicine a Gerusalemme accorrevà, portando malati e persone tormentate da spiriti immondi, e tutti venivano guariti » (Atti 5, 14-16). La Chiesa ha avuto sempre consapevolezza della sua missione; insieme a tutte queste forme appare una modalità che sarà l'istituzione ospedaliera nella Chiesa per mezzo dei diaconi.

Gli *Atti degli Apostoli* (6, 1-7) ci raccontano l'elezione dei primi sette diaconi il cui compito doveva essere il servizio agli indigenti (2, 45; 4, 35), affinché gli apostoli non abbandonassero il ministero della parola (6, 2).

Si deve alla Chiesa tutta l'organizzazione ospedaliera, alberghi ed ospedali per i pellegrini, gli ammalati, gli orfani.



Concili e Sinodi — come quello di Cartagine (309) e quello di Tours (567) — imporranno di stabilire rifugi accanto alle chiese e l'obbligo di offrire cure ai bisognosi, i malati e le vedove.⁴

III. Evangelizzare, missione specifica della Chiesa

1. Consapevolezza di questa missione

La Chiesa esiste per evangelizzare, annunziare, comunicare la Buona Nuova, poiché incaricata di portare avanti le parole e i gesti di Gesù (Mt 28; EN 13, 14).

— « Evangelizzare è la ragione di essere della Chiesa e se questa è la sua missione specifica, tutti i suoi membri devono avere una viva consapevolezza della propria responsabilità circa la diffusione del Vangelo » (*Messaggio del Papa nella Giornata Mondiale delle Missioni*, 21/10/90).

Alla Chiesa, in quanto comunità dei credenti, le è stata affidata, attraverso il mandato apostolico, la « cura dei malati ». Questo compito di curare i malati è inseparabile dalla evangelizzazione. La stessa tradizione della Chiesa ci insegna nel suo Magistero:

— Che il servizio ai malati è parte integrante della sua missione (Motu Proprio *Dolentium hominum*, n. 1).

— La Chiesa cerca l'incontro con l'uomo, in modo particolare nella via della sofferenza: « L'uomo e la via della Chiesa » (*Salvifici dolouis*, n. 3).

— Prendersi cura dei malati è « diaconia della Chiesa locale e universale ». Questo ministero non si limita solo ai suoi fedeli, ma si apre — si deve aprire — per fedeltà al Vangelo, a tutti i sofferenti (Lc 10, 25-37).

— La cura del malato fa riferimento all'uomo nella sua unità somatico-spirituale (Motu Proprio *Dolentium hominum* n. 2).

— Sarà, dunque, un obbligo della comunità cristiana aiutare il malato a liberarsi di quanto impedisce che la sofferenza sia, per lui e per gli altri, « una forza redentrice » (*Salvifici dolouis*, n. 19).

Vediamo questa pratica pastorale con i malati sempre viva attraverso tutta la storia della Chiesa. A volte sarà un compito di *supplenza*, mettendo le sue istituzioni al loro servizio dove c'è un vuoto, cioè, dove non arriva lo Stato. In altre occasioni, la Chiesa offrirà allo Stato, già presente, una *collaborazione* come segno di qualità nell'assistenza ai malati. Ma sempre la Chiesa dovrà attuare la sua *specifica missione di presenza pastorale*: essendo colei che continua l'opera di Gesù, è inviata a dire una parola, a fare un gesto con tutti, ma soprattutto i deboli, gli anziani, i malati.

È qualcosa di irrinunciabile, è la sua missione; l'assistenza ai malati da parte della Chiesa non è un consiglio, ma un vero mandato dato da Gesù.⁵

2. Verso una nuova evangelizzazione

Il Papa Giovanni Paolo II, nella Lettera Enciclica *Veritatis Splendor* (6 agosto 1993) fa riferimento a questo suo pensiero di « nuova evangelizzazione » già enunciato dieci anni fa in un discorso ai Vescovi del CELAM (9 maggio 1983). L'Enciclica al n. 106 diceva:

« L'evangelizzazione è la sfida più forte ed esaltante che la Chiesa è chiamata ad affrontare dalle sue origini. In realtà, questa sfida è imbastita non tanto dalle situazioni sociali e culturali che trova lungo la sua storia, quanto dal mandato di Gesù Cristo risuscitato, che definisce la ragione di essere della Chiesa: « Andate in tutto il mondo e predicate il vangelo ad ogni creatura » (Mc 16, 10).

Tuttavia, il momento che viviamo — per lo meno nel seno di certe popolazioni — manifesta piuttosto il segno di una grande provocazione a una « nuova evangelizzazione », cioè, all'annuncio del Vangelo, sempre nuovo e sempre portatore di novità, una evangelizzazione che deve essere « nuova nel suo ardore, nei suoi metodi e nella sua espressione ».

Cinque anni dopo, a Salto (Uruguay), spiegando lo stesso Papa il significato di quelle espressioni, diceva:

« L'evangelizzazione sarà nuova *nell'ardore* se, nella misura in cui si attua, rinforzate sempre di più l'unione con Cristo, primo evangelizzatore; ... sarà nuova nei *metodi* se ogni membro della Chiesa si fa protagonista della diffusione del messaggio di Cristo; ... affinché l'evangelizzazione sia nuova pure nella sua *espressione* dovete avere le orecchie bene attente a quanto il Signore possa suggerire in qualsiasi momento ».⁶

Ogni azione evangelizzatrice deve sempre iniziare con una azione verso il proprio interiore; vuol dire che l'evangelizzatore ha dovuto prima evangelizzare se stesso, ha dovuto passare l'esperienza dell'incontro con Gesù salvatore (EN, 24), giacché l'evangelizzazione è, soprattutto, comunicazione di una esperienza; non si tratta di un'attività professionale di una propaganda ideologica, né di un servizio filantropico; è, innanzitutto, una testimonianza di vita. Per trasmettere la dottrina in modo persuasivo c'è bisogno di testimoni.



Dobbiamo evitare l'inerzia apostolica, superare schemi preteriti, ritmi ripetitivi, incapaci di rispondere alle necessità. Da una posizione di inerzia non è possibile evangelizzare.

Il Papa Giovanni Paolo II viene incontro a queste difficoltà; è significativo il n. 36 dell'Enciclica *Redemptoris missio* in cui accenna alle difficoltà all'interno della Chiesa:

« Le difficoltà interne al popolo di Dio non mancano e sono, certamente, le più dolorose. Già il mio predecessore, Paolo VI, indicava in primo luogo "la mancanza di fervore, tanto più grave quando nasce dal dentro; essa si manifesta nella stanchezza, nella delusione, nell'accomodamento, nel disinteresse e, soprattutto, nella mancanza di gioia e di speranza" (EN, 80). Le divisioni che sono esistite ed esistono tra i cristiani sono grandi ostacoli alla missionarietà della Chiesa (cfr. AG, 6), la scristianizzazione in paesi cristiani, il calo delle vocazioni all'apostolato, le contro-testimonianze di fedeli e di comunità cristiane che non seguono nella loro vita il modello di Cristo. Una delle ragioni più gravi dello scarso interesse verso l'impegno missionario, è la mentalità indifferentista, largamente diffusa purtroppo anche tra i cristiani, spesso radicata in visioni teologiche non corrette e aderenti ad un relativismo religioso che porta a considerare che "una religione vale l'altra". Possiamo aggiungere, come diceva lo stesso Pontefice, che pure esistono "certi alibi che possono deviare dall'evangelizzazione. I più insidiosi sono certamente quelle che pretendono di appoggiarsi a certi insegnamenti del Concilio" (EN, 80). A questo riguardo, raccomando vivamente ai teologi e ai professionisti della stampa cristiana di intensificare il proprio servizio alla missione per trovare il senso profondo del loro importante lavoro per la retta via del *sentire cum Ecclesia* ».

Un autore moderno,⁷ commentando le tre espressioni del Papa, dice a proposito della terza, « evangelizzazione nuova nei metodi »:

« Il Vaticano II e diversi episcopati nazionali hanno dato alla Chiesa bellissimi documenti.

Dobbiamo costatare con amarezza che tali documenti sono stati letti da poche persone e, quando sono stati letti, non hanno avuto la drastica efficacia che dovevano avere, a causa della mancanza di progetti e di metodologie pastorali che li traducano in opere D.

Spesso non mancano soltanto i progetti, ma anche lo stesso concetto di progetto: si considera progetto «una campagna annua», un «punto eccellente di pastorale», un «calendario di iniziative...».

Dunque è necessario proporre progetti per mezzo dei quali si possa far arrivare a tutti la proposta evangelica; e si possa impegnare nell'azione pastorale della Chiesa il maggior numero possibile di laici (come si dice nell'America Latina, bisogna «svegliare il gigante addormentato»; che è il laicato).

Senza un progetto ed un metodo correlativo, corriamo il rischio di aumentare il potenziale della centrale senza mettere i cavi che portino la luce a tutte le abitazioni; corriamo il rischio di edificare una enorme cisterna di acqua, senza disporre le tubature che portino l'acqua a tutte le case.

Questo è così evidente che pare incontestabile; tuttavia, proprio qui manca la pastorale della Chiesa. Risolvere questo problema significa risolvere uno dei maggiori problemi pastorali.

Concludo questa lunga riflessione prima di entrare nei criteri di programmazione e animazione pastorale, con una parola di coraggio che prendo dall'Enciclica *Redemptoris missio*, n. 36, del Papa Giovanni Paolo II:

«Le difficoltà interne ed esterne non devono farci diventare pessimisti o inattivi. Quello che conta — qui come in ogni settore della vita cristiana — è la fiducia che viene dalla fede, cioè dalla certezza che non siamo noi i protagonisti della missione, ma Gesù Cristo ed il suo Spirito. Noi siamo soltanto collaboratori».

3. Formazione degli Operatori della Pastorale Sanitaria

È difficile portare avanti oggi una nuova evangelizzazione se-

condo il criterio che veniamo indicando, se gli operatori non posseggono una formazione pastorale di base e se questa non si aggiorna periodicamente. Il Concilio Vaticano II ha insistito molto su questa formazione pastorale,⁸ e indica che tutti gli altri aspetti della formazione devono essere indirizzati alla finalità pastorale (OT, 4). Il decreto *Apostolicam actuositatem*, nn. 28, 29, dice che tale formazione deve essere multiforme e completa e adattata alle diverse forme di apostolato (nn. 16-19, 31).

«L'obiettivo chiave sarà raggiungere il sufficiente discernimento delle vie che lo Spirito indica alla Chiesa tra i cambiamenti di questa società in trasformazione radicalizzata e accelerata. Si tratta di educare in una seria teologia dell'azione pastorale che abbracci tutti i suoi campi: morale, sociale, spirituale: formare nella conoscenza di una adeguata metodologia pastorale e di una retta criteriologia dell'azione: puntualizzare i termini della solidarietà responsabile della Chiesa nella sua azione relazionata con la società umana; educare nel lavoro di base, nell'iniziativa personale, nello spirito consociativo, nel lavoro di gruppo, nell'apertura a solidarietà più larghe» (cfr. Assemblea congiunta Vescovi-sacerdoti, Spagna, *Relazione VII*).

I mezzi per questa formazione sono oggi molti e vari; si forma dall'esperienza, dall'introduzione in attività pastorali dove esiste buona organizzazione, coordinamento e valutazione; ecco una cattedra molto importante. Ognuno si forma con la presenza alle lezioni di ottimi maestri, a corsi, corsi brevi, settimane di riflessione. Per la formazione nella Pastorale Sanitaria con i gradi accademici di Laurea e Dottorato in Teologia Pastorale Sanitaria, esiste nel mondo solo un Centro, il *Camillianum*, a Roma, diretto dai Padri Camilliani. Congratulazioni, perché stanno nascendo in molti altri paesi Scuole e Centri di Pastorale Sanitaria e perché questo tema va introducendosi nei Seminari e Istituti della Pastorale.

Sottolineiamo la necessità che l'operatore della Pastorale includa nel suo piano di vita uno spazio per la formazione permanente. Non dimenticare che fa parte di questa formazione la lettura di libri, riviste, ecc., per tenere sempre vivi la mente e

Qualcuno potrà chiedere: e il risultato? La risposta è sempre positiva: si è andati molto avanti, resta ancora molta strada da fare, ma i risultati sono abbondanti.

Attenzione, però! Non bisogna cadere nella trappola del quantificabile: nella pastorale ci sono cose che non sono misurabili.

«Le azioni pastorali procedono da una comunità di persone e tendono a creare vita comunitaria di fede, di carità e di partecipazione. Dunque:

1. Il risultato dell'azione pastorale non può essere misurato in termini quantitativi. Non è un'azione finalizzata alla produzione di cose.

2. I caratteri propri dell'azione pastorale richiedono un processo di elaborazione che non può esprimersi soltanto in concetti giuridici.

3. Non sono applicabili in maniera univoca all'azione pastorale gli schemi organizzativi degli enti politici, dei sindacati, dell'industria, ecc., sebbene si deve tener conto di tutti i progressi delle scienze umane sulla dinamica di gruppi, l'organizzazione del lavoro, la pianificazione, ecc.

L'azione pastorale esige i propri alvei che le diano maggior ampiezza, maggior efficacia, maggior permanenza. Questi alvei li chiameremo strutture pastorali.

Le strutture della Chiesa sono funzionali e strumentali per l'adempimento della sua missione. Per questo sono necessarie — ce ne deve essere qualcuna — e contingenti, poiché tutte sono ricambiabili.

A queste strutture pastorali della Chiesa è intrinseco il carattere strumentale contingente, provvisorio: mai sono fine a se stesse: provengono dalla vita, devono servire fedelmente alla vita e rinnovarsi con essa» (cfr. Assemblea congiunta Vescovi-sacerdoti, Spagna, *Relazione 111*, 01 e 02).

IV. Il progetto di pastorale

Dopo la precedente riflessione di base, in cui abbiamo potuto vedere certi presupposti, modelli e indicazioni generali, nel presente capitolo dobbiamo integrare quattro idee: chi sono gli operatori della suddetta pastorale, chi sono i destinatari, con quale programma portiamo a termine la pastorale e che tipo di animazione usiamo.

1. Operatori della pastorale

Si potrebbe dare la risposta con un grande titolo: *Tutti responsabili*.¹⁰

Il Concilio Vaticano II chiede sia al vescovo, sia ai sacerdoti che si prendano maggior cura « dei malati e dei moribondi, visitandoli e animandoli nel Signore » (PO, 6, 8; LG, 38).

Anche il Diritto Canonico (can. 529, § 1) ricorda ai parroci il dovere di assistere i malati e i moribondi e farlo con generosa carità.

I due documenti del Papa Giovanni Paolo II, *Salvifici doloris* e *Dolentium hominum* — il primo sul senso cristiano della sofferenza ed il secondo che istituisce il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari — hanno dato il via ad un nuovo movimento nella cura pastorale dei malati. " Questa sollecitudine pastorale è stata anche ricordata dal Papa nella sua Esortazione Apostolica *Cristifideles laici*, nn. 53 e 54.

Mi riferisco adesso a due operatori qualificati nell'ospedale: il cappellano e la comunità religiosa.

Il cappellano

— È il pastore, il servitore della parola (EN, 6), il testimone qualificato della carità; lui accoglie, dialoga, rispetta, serve.

— Bisogna che conosca bene l'ambiente ospedaliero, che abbia vocazione per attuare la pastorale in questo settore, che sia idoneo, che si prepari, che dedichi il tempo a pianificare, scoprire, sintonizzare.

— Non è un « funzionario », ma un testimone della fede che illumina, stimola, coordina, integra e trasmette speranza, esperienza, vita.

La comunità religiosa

— I religiosi posseggono nella loro vita consacrata un mezzo privilegiato di efficace evangelizzazione (EN, 69).

— Nell'ospedale si giustifica soltanto come un « servizio migliore » prestato ai malati.

— Più che direttori od organizzatori tecnici, i religiosi devono essere, nel loro posto di lavoro:

- animatori dello Spirito,
- collaboratori efficaci e responsabili del cappellano,
- testimoni della speciale sollecitudine e dedizione al malato,



- rispettosi verso il malato, la famiglia e i colleghi di lavoro.

La prima scelta di un progetto pastorale, più che guardare l'azione pastorale in se stessa, deve guardare al pastore, all'operatore. Ognuno dà ciò che possiede. La pastorale vale quanto il pastore; l'evangelizzazione vale quanto l'evangelizzatore; l'apostolato vale quanto l'apostolo.¹²

L'autore della nota che stiamo indicando spiega mirabilmente le qualità che deve adoperare l'evangelizzatore perché l'azione pastorale sia efficace; mi limito ad enumerarle; è un bel decalogo:

« L'evangelizzatore deve essere pieno di Dio, deve essere un discepolo, un convertito; deve aver fatto esperienza di Dio, aver ricevuto la forza dall'alto; deve vivere l'unione con Dio, l'intimità con lo Spirito Santo. associato a Lui, da Lui dipendente; infine, deve annunciare e operare guidato dalla Parola di Gesù ».

2. Destinatari della pastorale

« ...il quale (Dio) vuole che tutti gli uomini siano salvi e arrivino alla conoscenza della verità » (1 Tim 2, 4).

« Tutti i malati, in quanto tali, hanno bisogno di assistenza e di amore. Ma la nostra sollecitudine

apostolica non solo deve essere indirizzata ai malati, ma deve anche abbracciare il personale sanitario e la famiglia dello stesso malato.

L'evangelizzazione del mondo della salute esige dai professionisti credenti e, ancora più, dai religiosi, la previa conoscenza di tutta una serie di realtà:

a) Prendere coscienza del mondo sanitario che bisogna vivere. Un mondo dai molteplici aspetti: tecnico, organizzativo, economico, sociale... Mondo che riflette e manifesta molti cambiamenti nella forma di concepire oggi la salute, le possibilità di guarigione e le prestazioni del personale.

b) Conoscenza reale del mondo dei malati: esperienze vissute, bisogni, reazioni e attitudini davanti al dolore, la vita, la morte, il trascendente.

c) Conoscenza dell'incidenza della malattia nell'ambiente che circonda il malato — soprattutto nella famiglia — attenzione alle sue necessità, alle sue esperienze ed alterazioni.

d) Conoscenza del personale sanitario: il suo legame, le motivazioni, i valori, i bisogni. La dimensione cristiana». ¹³

La programmazione della pastorale deve tener conto di questo aspetto generale — tutti i malati — ma soprattutto del settore specifico: che specie di malati, quale struttura sanitaria...

3. Piano aggiornato di Pastorale Sanitaria

Uno dei segni del nostro mondo è l'organizzazione. A un ospedale organizzato, rinnovato, deve corrispondere una pastorale programmata, rinnovata, aggiornata. Non possiamo operare come pompieri, nell'improvvisazione: ci vuole un piano, un progetto aggiornato di pastorale, triennale o annuo.

Gli elementi principali di un piano pastorale sono: l'animazione, l'animatore, il gruppo, la programmazione e il processo.

A. L'animazione pastorale

Animare è infondere anima, stimolare, creare un clima. L'animazione è l'arte di suscitare dinamismi. Il suo obiettivo consiste nella trasformazione degli atteggiamenti ¹⁴

B. L'animatore

Il futuro delle istituzioni dipende dai gruppi che, a sua volta, dipendono dall'animatore poiché il ruolo di quest'ultimo è quello di formatore, educatore, evangelizzatore.

Qualità dell'animatore: se in realtà lui deve essere un fautore di cambiamento, gli si deve chiedere che sia animato, che si trovi in forma, che abbia una visione aperta del significato della teologia pastorale, motivato e preparato per lavorare in gruppo, spirito di iniziativa, incline al dialogo, capace di osservare se stesso e il mondo circostante e capacità di organizzazione.

Le sue saranno, naturalmente, *funzioni* di animazione: creare il gruppo, motivare le persone, aiutarle ad assumersi delle responsabilità, valutare gli altri."

C. Il gruppo di pastorale

Si tratta di un certo numero di persone che condividono un comune compito. Le persone si riuniscono in gruppo perché così possono portare avanti in modo migliore un obiettivo. Bisogna creare consapevolezza di appartenenza al gruppo, che include un certo vincolo comune e una certa simpatia.

Ogni gruppo o «équipe» è sempre una realtà dinamica; conta con un processo di maturazione simile a quello della persona e passa le stesse fasi: infanzia, adolescenza, maturità, età adulta.

Quando inizia la formazione del gruppo dobbiamo tener presente i seguenti fattori:

— pazienza (la vita non cresce a stratoniti);

— capacità di entusiasmo e di speranza;

— una certa tecnica (giacché non basta solo la buona volontà);

— tempo materiale e psichico da dedicare ai membri dell'«équipe»;

— scegliere bene il coordinatore e fare in modo che nella prima fase della formazione del gruppo non ci siano persone difficili. ¹⁶

Se l'animazione e l'animatore devono essere fattori di cambiamento, di trasformazione, il gruppo attua in modo più abbondante questa trasformazione; è più facile cambiare una persona integrata in un gruppo che una persona singola; il cambiamento in gruppo dura generalmente di più; sappiamo anche che le decisioni sono più facilmente accettate se si prendono in gruppo.

D. Programmazione pastorale e il suo processo

«*Programmazione pastorale* è lo studio, l'elaborazione, la decisione di una serie di azioni pastorali atte a far passare l'ospedale, la parrocchia, la diocesi da una data condizione ad un'altra migliore». ¹⁷

Definita la programmazione, ci chiediamo: *come programmare?* Ed ecco la risposta: per mezzo di una pastorale *per obiettivi*. ¹⁸ Perché crediamo che è un processo più educativo e perché risponde meglio al fine che inseguiamo; ci obbliga a ben definire le scelte e ad essere più seri nei compiti; influisce progressivamente nel rinnovamento degli Operatori della pastorale e ci obbliga ad una maggior animazione e coordinamento.

Questa organizzazione per obiettivi esige:

— Descrivere il campo del nostro lavoro pastorale.

— Posizione dell'ospedale ed aree d'influenza.

— Capacità dell'ospedale: malati e personale.

— Tipi di malati: acuti, cronici; ospedale infantile, generale, ecc.

— Aspetti religiosi: specificare globalmente se i malati e i loro familiari sono credenti o meno e che tipo di pratiche religiose frequentano.

Porsi gli obiettivi

Conosciuto il campo di lavoro pastorale, sarà tempo di proporsi degli obiettivi che possono essere:

e *Generali*: tentativi di collaborazione, animazione, testimonianza, servizio.

e *Specifici*: Sono quelli che si concretizzano ogni anno e secondo il tipo di ospedale, di malati, ecc... per proporre l'uno o l'altro.

Azioni concrete

Si attuano gli obiettivi con una serie di attività, come la visita, la catechesi, i sacramenti, l'insegnamento, le riunioni.

Le attività che integrano la programmazione devono essere bene studiate, con possibilità di realizzazione, unite tra loro, tenendo conto del criterio di efficacia e che siano convergenti; si deve anche tener presente il principio di gradualità e globalità. Le attività devono orientarsi verso gli obiettivi intermedi e, in definitiva, all'obiettivo finale. ¹⁹

Nella programmazione pastorale dobbiamo interrogarci pure su *quali persone?* Si tratta, da

una parte, del gruppo *coordinatore* della pastorale nell'ospedale, che coinciderà normalmente con il responsabile o i responsabili e che forma parte del personale ospedaliero.

Per il numero, si tratta di una o più persone: può essere il cappellano e altri operatori (religiosi, laici) che hanno la responsabilità del servizio religioso. Può darsi che a questo gruppo coordinatore si aggiunga, secondo le necessità, un *gruppo collaboratore*, volontari che, in modo organizzato, si incaricano delle funzioni specifiche, d'accordo con il programma.

Valutazione dell'attività pastorale

Sono necessarie riunioni periodiche a diversi livelli: del gruppo coordinatore e di questo con il gruppo collaboratore. Queste riunioni di valutazione ci permettono di programmare meglio, motivarci, entusiasmarci e attuare le necessarie correzioni.

E. Diversi modelli di programmazione della Pastorale Sanitaria

Prima di finire vorrei riferirmi ad alcuni modelli pubblicati in libri o riviste; non faccio cenno ad altri esistenti in ciclostile.

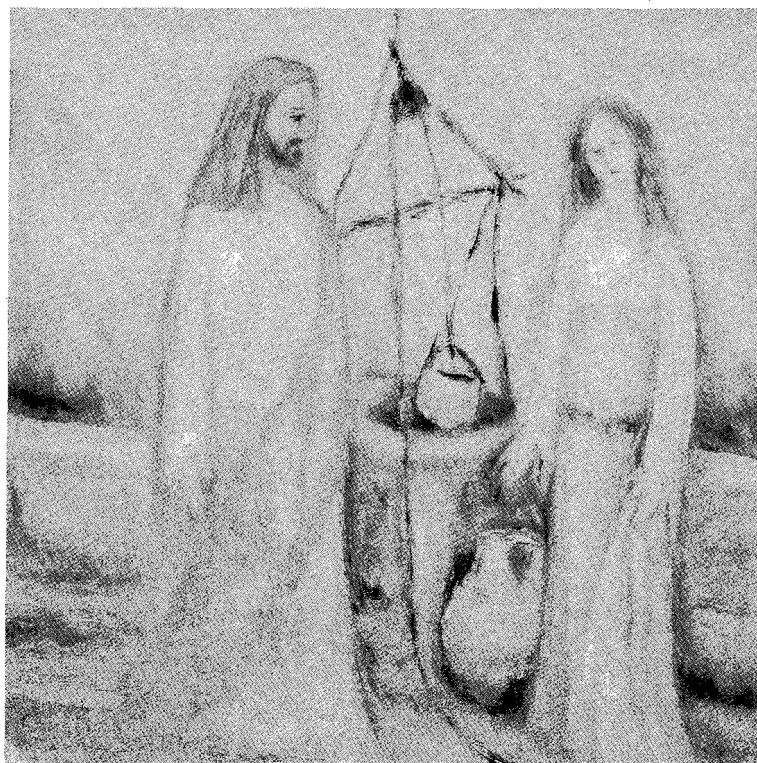
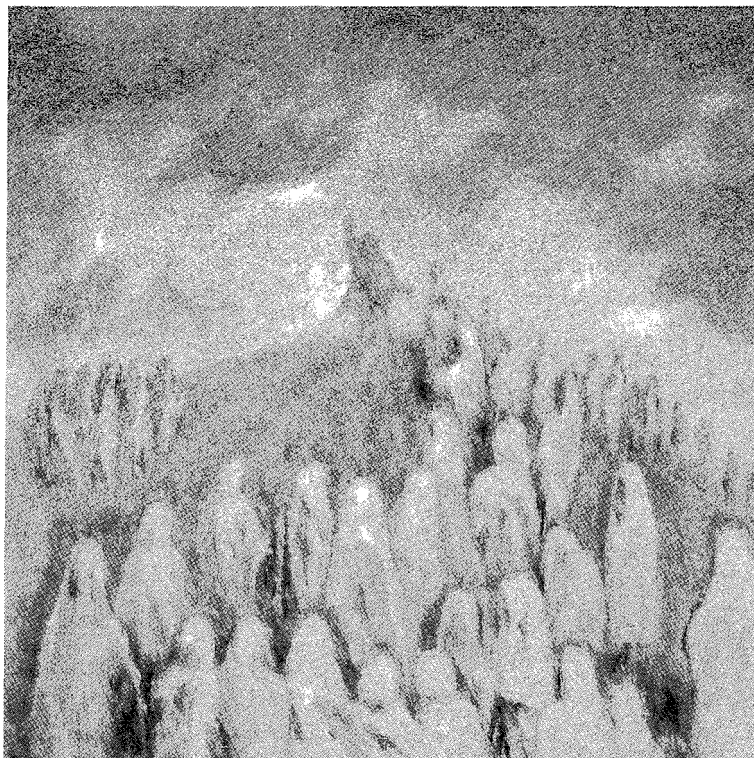
- «Pastorale dei malati nell'ospedale e nella parrocchia». Segretariato internazionale di Pastorale Sanitaria Fatebenefratelli. Curia Generalizia, Roma 1982.

- «Programmazione pratica di un servizio religioso», pp. 39-45.

- O.H. Informazione Fratelli Ospedalieri (Curia Generalizia, Roma). Quaderni di Pastorale Sanitaria. Il n. 2 contiene diversi modelli di programmazione: ospedali generali, psichiatrici, centri di educazione speciale, alberghi notturni, persone anziane, centri rurali e pastorale di malati in parrocchie.

- Boletín Informativo, San Juan de Dios (Castilla) n. 177, enero/febrero 1993. «Pastoral de la salud, un reto para servir mejor». Programmazione di vari servizi religiosi in ospedali.

- Rivista «Labor Hospitalaria» n. 170/1978 y n. 177/1980.



● «Servicio religioso en el Hospital Infantil San Juan de Dios», Barcelona.

● Rivista «*Dolentium Hominum*» n. 20/1992: «Piano di azione del Dipartimento di Pastorale Sanitaria per il triennio 1990/93 - Spagna D.

● NICOLA DE MARTINI, «Parrocchia 2000». Ed. Elle Di Ci, Torino 1993, pp. 319-365: «Un esempio di programmazione». Si presentano aspetti importanti ed accenni a diversi settori.

● Departamento de Pastoral Social, Boletín n. 8. Santa Fe de Bogota, septiembre-octubre 1993. Presentazione del programma DEPAS 1993/1995.



Note

¹ REDRADO JOSÉ L., *Iglesia y salud en el mundo* «*Dolentium Hominum*», n. 15/1990, «*Labor Hospitalaria*», n. 219/1991.

² CASSIDY JAMES, *Hospitales católicos en el mundo* «*Dolentium Hominum*», n. 14/1990, pp. 22-23, RUSSELL E. SMITH, *L'etica medica una creatura della Chiesa* «*Dolentium Hominum*», n. 15/1990

³ Cfr. DELGADO RUDE, *Presencia evangelizadora en el mundo de la salud*, Sal Terrae, settembre 1982.

⁴ REDRADO JOSÉ L., *Presencia cristiana en clínicas y hospitales*, PPC, Madrid 1969.

⁵ REDRADO JOSÉ L., *Iglesia y salud en el mundo*: «*Dolentium Hominum*», n. 15/1990; «*Labor Hospitalaria*», n. 219/1991.

⁶ Cfr. Rivista «*Anime e Corpi*», novembre-dicembre 1992, p. 678.

⁷ DE MARTINI NICOLA, *Parrocchia 2000*, Ed. ElleDiCi, Torino 1993, pp. 6 e 7.

⁸ Vedere il mio articolo *Dimensión Pastoral de la Formacibn*: in «*Labor Hospitalaria*», n. 178/1980 (Formazione degli Operatori di Pastorale Sanitaria). Rinvio il lettore a questa citazione, dove troverà numerose idee.

⁹ ANGELINI F., *Quel soffio sulla creta*, Tipografia Poliglotta Vaticana, 1990. L'Operatore della Pastorale Sanitaria troverà in questo libro un vero manuale sia per l'abbondanza di temi che per la ricchezza degli stessi. Cfr. anche *Formazione sacerdotale e pastorale sanitaria*, un piccolo libro pubblicato dal Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari. Il lettore troverà in esso numerosi criteri e ragioni per la formazione del sacerdote nella suddetta pastorale.

¹⁰ Cfr. *Pastorale degli infermi nell'ospedale e nella parrocchia*. Segretariato internazionale di Pastorale Sanitaria. Fatebenefratelli, Ed. Paoline, Roma 1982, pp. 13-15.

¹¹ ANGELINI F., *Quel soffio sulla creta*, Tipografia Poliglotta Vaticana, 1990, pp. 162-182.

¹² DE MARTINI NICOLA, *Parrocchia 2000*, ElleDiCi, Torino 1993, pp. 89-104.

¹³ *¿Qué es la Pastoral Sanitaria?* Segretariato Internazionale di Pastorale Sanitaria. Fatebenefratelli, Curia Generalizia, Roma, novembre 1980, p. 9.

¹⁴ RAMIREZ MARÍA DEL SAGRARIO, *Dinámica de grupo y animación socio-cultural*. Ed. Marsiega, Madrid 1983.

¹⁵ RAMIREZ MARÍA DEL SAGRARIO, o.c., pp. 117-133. Anche *Pastoral Social*, Secretariado Latino-americano de Caritas, Quito 1990, pp. 101-112.

¹⁶ RAMIREZ MARÍA DEL SAGRARIO, o.c., p. 21.

¹⁷ DE MARTINI NICOLA, o.c., p. 145.

¹⁸ REDRADO JOSÉ L., *Pastoral en los centros hospitalarios*: «*Labor Hospitalaria*», n. 185/1982.

¹⁹ DE MARTINI NICOLA, o.c., p. 148-150; vedi anche CABELLO MIGUEL, ESPINOSA EDUARDO, GOMEZ JUSTINO, *Manual de Planificación Pastoral*, Ed. Paulinas, Caracas 1987; VARIOS, *De masa a pueblo de Dios*, PPC, Madrid 1982.

Bibliografia

PAOLO VI, Esortazione Apostolica *Evangelii Nuntiandi*, 8 dicembre 1975.

GIOVANNI PAOLO II, Lettera Apostolica *Salvifici Doloris*, 11 febbraio 1984.

— Motu Proprio *Dolentium hominum*, 11 febbraio 1985 (Decreto istitutivo del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari).

— Lettera del Papa al Cardinale Angelini, 13 maggio 1992, che istituisce la Giornata Mondiale del Malato da celebrarsi ogni anno l'11 febbraio, festività della Madonna di Lourdes.

— Lettera Enciclica *Redemptoris missio*, 7 dicembre 1990 (circa la permanente validità del mandato missionario).

PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI

— Rivista *Dolentium Hominum* (in quattro lingue: italiano, spagnolo, francese e inglese).

— Diversi libri in italiano, spagnolo, francese e inglese:

— I religiosi nel mondo della sofferenza e della salute;

— I laici nel mondo della sofferenza e della salute;

— La formazione del sacerdote per la pastorale familiare;

— Giornata Mondiale del Malato.

Video: *Giovanni Paolo II e i malati* (il valore della sofferenza) (in italiano, spagnolo, francese e inglese).

FATEBENEFRAELLI

Segretariato Internazionale di Pastorale Sanitaria:

— *¿Qué es la Pastoral Sanitaria?* Roma 1980 (traduzione in italiano, inglese, portoghese).

— *Pastoral de enfermos en el hospital y en la parroquia*, Roma 1982 (trad. italiano, inglese e portoghese).

— *Dimensión apostólica de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios*, Roma 1982.

— *Quaderni di Pastorale Sanitaria*, nn. 1, 2, 3.

SELARE

— Pubblica la Rivista *Selare*.

— Una collana su temi di pastorale.

— Un corso a distanza per la preparazione degli Operatori di Pastorale Sanitaria.

- Corso a distanza per preparare gli Operatori di Pastorale (pubblic. piccoli libri per gli alunni).

ANIMAZIONE, PROGRAMMAZIONE,
GRUPPO

ATILANO ALAIZ, *El animador de grupo*, Ed. Paulinas, Madrid 1984.

VARIOS, *De masa a pueblo de Dios*, PPC, Madrid 1982.

BEAUCHAMP-GRAVELINE-QUIVIGER, *Cómo animar un grupo*, Sal Terrae, Santander 1985.

JESÚS ANDRÉS VELA, *Dinámica psicológica y eclesial de los grupos apostólicos*, Ed. Guadalupe, Buenos Aires 1971.

MAITE MELENDO, *Comunicación e integración personal*, Sal Terrae, Santander 1985.

VARIOS, *Manual de Planificación Pastoral*, Ed. Paulinas, Caracas 1987.

MARÍA DEL SAGRARIO RAMÍREZ, *Dinámica de grupo y animación socio-cultural*, Marsiega, Madrid 1983.

SEGRETERIATO LATINOAMERICANO DE CARITAS, *Pastoral Social*, Quito 1990.

NICOLA DE MARTINI, *Parrocchia 2000*, ElleDiCi, Torino 1993.

VARI, *L'animatore nel gruppo giovanile*, ElleDiCi, Torino 1992.

VARI, *Guida dell'Animatore cristiano*, EDB, Bologna 1990, nn. 17, 18, 19.

MARIO COMIGLIO, *Abilitare l'animazione*, ElleDiCi, Torino 1991.

TEMI DIVERSI SULLA PASTORALE
SANITARIA

ANGELINI F., *Quel soffio sulla creta*, Tipografia Poliglotta Vaticana 1990.

REDRADO JOSÉ L., *Presencia cristiana en clínicas y hospitales*, PPC, Madrid 1969.

SEGRETERIATO NACIONAL DE PASTORAL SANITARIA - España

- *La Iglesia en el mundo de la salud*, Edice, Madrid 1982.

- *La asistencia religiosa en el hospital*, Edice, Madrid 1987.

VARIOS, *La Iglesia y los hospitales*, Ed. Ariel, Barcelona 1969.

VARIOS, *Los religiosos al servicio de los enfermos*, Instituto de Teología - Vida religiosa, Madrid 1982.

TILLARD, *En el mundo sin ser del mundo*, Ed. Sal Terrae, Santander 1982.

BUREAU DI PASTORALE DEI MALATI DI BRUXELLES, *La comunidad cristiana y los enfermos*, Marova 1980.



A. PERULAN y P. SAAVEDRA, *Evangelizar hoy a los enfermos*, Col. Selare, n. 3, Bogota 1980.

VARIOS, *Los religiosos ante la actual situación en España*, Instituto de Teología - Vida religiosa, Madrid 1983.

VARIOS, *Evangelización y hombre de hoy*, Edice, Madrid 1986.

EDIZIONI CAMILLIANE

- Collana Mondo della salute:

PANGRAZZI, *Creatività pastorale a servizio del malato*. «Il lutto, un viaggio dentro la vita».

CASERA, *L'assistente religioso nel mondo della sanità*.

BUCKMAN, *Cosa dire? Dialogo con il malato grave*.

AA.VV., *Presenza nella sofferenza*. «Il mosaico della misericordia».

Sono pure di interesse per gli Operatori di Pastorale altre tre collezioni di Edizioni Camilliane:

- Collana «Esperienze».

- Collana «Sentieri della speranza».

- Collana «Operatori Sanitari».

RIVISTE

Dolentium Hominum (in italiano, spagnolo, francese e inglese) Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari Città del Vaticano.

Labor Hospitalaria (in spagnolo) Fatebenefratelli Ctra Esplugas s/n 08034 Barcellona (Spagna).

Selare (in spagnolo). Carrera. 8a. n. 17-44 Sur Ap. aereo 8669. Santafé de Bogota D.C. (Colombia).

Camillianum (in italiano). Piazza della Maddalena, 53 - 00186 Roma.

Anime e Corpi (in italiano). Località Canonica, 3 - 21020 Brezzo di Bedero (Varese).

Medicina e Morale (in italiano). Facoltà di Medicina. Largo Francesco Vito - 00168 Roma.

MOSCA

posa di prima pietra

Il giorno 25 luglio 1993, a Mosca, ha avuto luogo la posa della prima pietra e la benedizione per l'inizio dei lavori di costruzione del Centro Ospedaliero per la riabilitazione pediatrica « Blagocenter », a seguito dell'accordo al riguardo stipulato tra il Governo di Mosca e l'Amministrazione Apostolica della capitale russa.

L'iniziativa della costruzione di questa istituzione sanitaria e di quanto essa comporterà è del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari che ha seguito le lunghe e laboriose trattative. I costi della nuova struttura ospedaliera e quelli relativi al suo funzionamento sono assicurati dalla generosa carità di amici benefattori che hanno recepito l'importanza e il valore di un'opera destinata all'assistenza sanitaria ai bambini. Il nuovo Centro ospedaliero sorge in una zona tra le più popolate della metropoli russa.

Alla cerimonia erano presenti: per il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, S. Em.za il Cardinale Fiorenzo Angelini, Presidente, il p. José L. Redrado, Segretario, il Prof. Franco Splendori e il Comm. Luciano Fiordeponi; per la Rappresentanza Pontificia a Mosca, il Nunzio Apostolico S.E.R. Mons. Francesco Colasuonno; per l'Amministrazione apostolica di Mosca, S.E.R. l'Arcivescovo e Amministratore apostolico Mons. Tadeusz Kondrusiewicz; per la Congregazione religiosa femminile che sarà impegnata nell'assistenza ospedaliera, Madre M. Maurizia Biancucci, Superiora generale delle Suore Benedettine Riparatrici del

Santo Volto di Nostro Signore Gesù Cristo e M. Quirina Pelella; per la Città di Mosca, il Ministro della Sanità, l'On.le Deputato al Parlamento Dr. Anatoly Nikolaevich e il Vice-prefetto di Mosca Dr. Sergei I. Khoudyakov; inoltre, i responsabili dei lavori di costruzione del nuovo Centro.

Con il Ministro della Sanità il Cardinale Angelini aveva avuto un colloquio il giorno del suo arrivo a Mosca (23 luglio); per l'occasione, il rappresentante del Governo della Repubblica di Russia aveva manifestato il suo apprezzamento per la sensibilità della Chiesa Cattolica circa i problemi della sanità e della salute. Al Ministro della Sanità e al suo Assistente Dr. Dmitrij Dechaev è stato anche trasmesso l'invito a partecipare alla prossima Conferenza promossa in Vaticano dal Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari e che avrà per tema: « Il Bambino è il futuro della società ».

Quattro i momenti della cerimonia di benedizione e di inaugurazione dei lavori: la recita iniziale della preghiera del Padre Nostro; gli interventi di Mons. Tadeusz Kondrusiewicz e del Cardinale Fiorenzo Angelini; l'innalzamento di un documento ricordo; gli interventi del Ministro della Sanità del Governo della Repubblica di Russia e del Vice-prefetto di Mosca.

Nel suo intervento, Mons. Tadeusz Kondrusiewicz ha vivamente ringraziato il Cardinale Angelini e tutti i suoi collaboratori per la tenacia con la quale ha portato avanti l'iniziativa della costruzione del nuovo Centro ospedaliero che, sorgendo sulle rovine di un preesistente edificio, simboleggia la rinascita della Chiesa in Russia dopo settant'anni di persecuzione e di emarginazione.

Il Cardinale Angelini ha innanzitutto ringraziato le autorità di governo per aver favorito l'iniziativa; un vivo ringrazia-

mento anche al Rappresentante pontificio Mons. Francesco Colasuonno e all'Amministratore apostolico di Mosca per la piena cooperazione prestata. Ringraziamento formulato anche a nome della delegazione e delle responsabili della Congregazione religiosa che auspica di poter lavorare nel futuro Centro ospedaliero. Il Cardinale ha quindi espresso la piena disponibilità a rendere un servizio che intende contribuire alla rinascita del popolo russo attraverso una testimonianza di amore resa ai più deboli e bisognosi indipendentemente dalla razza, dalla lingua, dal credo politico e religioso dei destinatari; ha, poi, ribadito l'intenzione di collaborare con i fratelli della Chiesa ortodossa. Il Cardinale si è detto lieto di veder sorgere un'opera al servizio dei bambini che sono il futuro della nostra società, sottolineando la coincidenza che proprio quest'anno, a questo tema, sia dedicata l'VIII Conferenza internazionale promossa dal Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari. Infine, un pensiero ed una benedizione per le maestranze e i lavoratori affinché siano consapevoli di contribuire alla creazione di uno strumento di conforto e di sollievo per i bambini, di un luogo di preghiera e di sofferenza. Il Cardinale Angelini ha terminato il suo intervento ricordando la sollecitudine del Papa verso tutti i sofferenti e particolarmente i bambini e la sua gioia per questa nuova iniziativa.

Si è quindi proceduto alla firma dell'atto dell'avenuta cerimonia. Copia dell'atto, con medaglie raffiguranti il Santo Volto di N.S.G.C. e il Servo di Dio Abate Ildebrando Gregori sono state sigillate in un astuccio introdotto e murato dentro una colonna dell'erigendo Centro ospedaliero. I responsabili ecclesiastici e civili presenti hanno proceduto insieme a murare il piccolo contenitore.

Terminata questa cerimonia, ha preso la parola il *Ministro della Sanità Dr. Anatoly Nikolaevich*. Rivolgendosi soprattutto al Cardinale Angelini, il Ministro si è detto lieto che siano state superate tutte le difficoltà per arrivare alla creazione di questa struttura ospedaliera. Ha quindi auspicato il massimo incremento possibile del servizio offerto dalla Chiesa per curare i bambini.

Infine, è intervenuto il *Vice-Prefetto di Mosca Dr. Serghei I. Koudyakov* che si è soffermato sul significato di quest'opera che sorge in una delle zone più popolate di Mosca, auspicando che il nuovo Centro diventi irradiazione di una crescente attività di servizio.

Il nuovo edificio del Centro Ospedaliero per la riabilitazione Pediatrica di Mosca sarà portato a termine e consegnato, per entrare in attività, tra dodici mesi.

PARIGI

sede di vari incontri

— Il VII Colloquio « Médecine Méditerranée » organizzato dall'Istituto delle Scienze della Salute di Parigi si è svolto i giorni 14 e 15 maggio 1993 a Nizza sul tema « La fonction de doyen de la Faculté de Médecine ». Ha partecipato all'incontro per conto del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari il Rev. Jean-Marie Musivi Mpendawatu, Ufficiale.

— La prima riunione del Comitato Internazionale di Bioetica, recentemente istituito dall'UNESCO, ha avuto luogo nella Sede dell'UNESCO a Parigi i giorni 15-16 settembre 1993. Oltre ai 50 membri del CIB provenienti da tutti i continenti — tra

cui il Rev. Jean-Marie Musivi Mpendawatu, nostro Ufficiale — erano presenti osservatori e rappresentanti di Istituti, Comitati, Associazioni e Organismi impegnati e interessati alle problematiche della bioetica.

All'Ordine del Giorno: lo studio e la definizione dei problemi da affrontare, della metodologia del lavoro, dello spirito del CIB e del calendario delle prossime riunioni con scadenza alla fine del 1996.

— Dal 26 ottobre al 16 novembre 1993 si è tenuta a Parigi la 21ª Conferenza dell'UNESCO. La Delegazione della Santa Sede con a capo il Nunzio Apostolico di Francia, S.E.R. Mons. Lorenzo Antonetti, era composta da 6 membri e 5 esperti: tra gli esperti, l'Ufficiale del Dicastero Rev. Jean-Marie Musivi Mpendawatu che ha seguito i lavori della Commissione sociale che aveva nel suo calendario anche la problematica etica riguardante il progetto « genoma umano ».

BUDAPEST

conferenza sulla bioetica

Più di 300 persone, soprattutto medici, hanno partecipato alla Conferenza Internazionale sulla bioetica celebrata a Budapest dal 16 al 19 giugno 1993. I medici Ungheresi erano in numero maggiore rispetto a quelli venuti dall'Inghilterra, Germania, Slovacchia, Rep. Ceca, Romania e Italia.

L'incontro si è svolto in un ambiente ecumenico, data la presenza di tanti protestanti. Il Dott. Gyula Gaizier, Presidente

del Centro di Bioetica dell'Ungheria, è stato l'organizzatore principale di questa Conferenza.

In rappresentanza ufficiale del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, ha preso la parola all'inizio dell'incontro Mons. James Cassidy.

Le discussioni svolte durante la Conferenza, oltre che interessanti, hanno trattato dei rapporti con l'insegnamento della morale cattolica, benché l'Assemblea fosse composta in maggioranza da protestanti ungheresi.

COLONIA (Germania)

conferenza delle Organizzazioni Internazionali Cattoliche (OIC)

Dal 10 al 16 ottobre 1993, 30 Assistenti Ecclesiastici appartenenti a diversi paesi hanno partecipato alla Conferenza delle OIC. La discussione (giorni 10 e 11) si è imperniata principalmente sul ruolo degli Assistenti Ecclesiastici presso le OIC, sulle qualità richieste dai cappellani al servizio delle OIC e sulla loro formazione.

La relazione dell'incontro è stata comunicata all'Assemblea generale. Gli Assistenti Ecclesiastici hanno insistito sulle responsabilità dei cappellani delle organizzazioni e sulla necessità della loro formazione per attendere ai loro compiti sia a livello locale che nazionale.

Per parte della Federazione Internazionale dei Medici Cattolici, ha presenziato Mons. James Cassidy, Assistente della medesima Federazione.

TROINA (Italia)

« pianeta anziani »

Il Cardinale Angelini ha partecipato al Convegno « Longevità e società », organizzato dalla « Oasi Maria Santissima » in Troina-Sicilia. Era accompagnato dal Prof. Franco Splendori, Consultore del Dicastero. Il giorno 16 settembre, il Cardinale Angelini ha presentato una relazione sul tema: « Pianeta anziani », che viene pubblicata in questo numero della rivista.

PRAGA

simposio delle Conferenze Episcopali Europee

« Libertà e solidarietà » è stato il tema del Simposio celebrato a Praga dal 7 al 12 settembre 1993.

Il tema è stato trattato in un eccellente spirito di dialogo dai vescovi, rappresentanti delle Conferenze Episcopali Europee, e da altri organismi ecclesiali. Il Pontificio Consiglio era rappresentato dal P. Jean-Pierre Schaller, Consultore del nostro Dicastero.

BRUXELLES

comunicazione e farmaci

L'Istituto di scienze della Salute ha organizzato, con questo titolo, un Colloquio europeo tenutosi nei giorni 15 e 16 di ottobre 1993. Il dott. Jean Dréano, Membro dell'Accademia Nazionale di Francia e già membro del nostro Pontificio Consiglio ha partecipato come rappresentante del nostro Dicastero.

ROMA

corso di pastorale sanitaria

Durante i giorni 7-14 novembre 1993, i Fatebenefratelli hanno celebrato un Incontro Internazionale su « Pastorale Sanitaria » indirizzato agli Operatori nelle loro strutture sanitarie.

Tra i relatori, il Cardinale Angelini, che ha dato inizio ai lavori con una relazione sul tema « Cosa si aspetta da noi la Chiesa come persone consacrate all'ospitalità? ». Inoltre, il P. Redrado ha animato una giornata con una relazione intitolata « Programmazione e animazione della pastorale nel campo sanitario ». Ambedue le conferenze sono pubblicate in questo numero della rivista.

CITTÀ DEL VATICANO

VIII Conferenza Internazionale

« Il bambino è il futuro della società »

Durante i giorni 18-20 di novembre 1993, è stata celebrata nell'Aula Paolo VI, l'VIII Conferenza Internazionale che ha trattato il tema: « Il bambino è il futuro della società ». La Conferenza è stata organizzata dal Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari.

Hanno partecipato alla Conferenza tre premi Nobel (Rita Levi Montalcini, Joseph E. Murray, M. Oscar Arias), numerosi scienziati, ricercatori, pedagoghi, medici pediatri, giuristi, sociologi, studiosi di teologia morale, esponenti delle maggiori organizzazioni internazionali impegnati nella protezione dell'infanzia, dal Direttore generale dell'UNICEF a quello dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Temi e problemi affrontati

sono quelli recepiti dalla *Convenzione Internazionale sui diritti dell'infanzia*, approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989 e già sottoscritta da 135 Stati, compresa la Santa Sede, e dalla *Dichiarazione Mondiale* e dal *Piano di Azione* approvati dal *Summit Mondiale sull'infanzia*, celebrato nel settembre 1990 e al quale ha partecipato anche la Santa Sede.

La Conferenza, quindi, ha offerto il suo contributo di sensibilizzazione e di conoscenza affinché i traguardi a favore dell'infanzia programmati per il corrente decennio siano veramente raggiunti. Tra i più urgenti sono: *eliminare* la poliomielite, il tetano neonatale e le malattie da carenza di vitamina A e di iodio; *dimezzare* la mortalità infantile dovuta a malattie gastrointestinali; *ridurre* a un terzo il tasso di mortalità materna e di malnutrizione grave; *assicurare* acqua potabile e sistemi igienico-sanitari a tutte le famiglie; *avviare* un programma di istruzione con la lotta all'analfabetismo.

La Conferenza è stata articolata in relazioni e comunicazioni che hanno affrontato, in maniera interdisciplinare, le questioni riguardanti la diagnostica prenatale, la nascita, le malattie perinatali e infantili, l'accoglienza, lo sviluppo psicofisico del bambino, le istanze relative alla crescita e all'inserimento sociale del bambino, con particolare attenzione alla sua famiglia di provenienza.

Il criterio ispiratore della Conferenza rimane il presupposto che soltanto il ricupero del concetto integrale della promozione, della difesa della vita e della sua qualità può scuotere le coscienze e rendere anche possibile il reperimento delle necessarie risorse destinate a risolvere i problemi dell'infanzia.

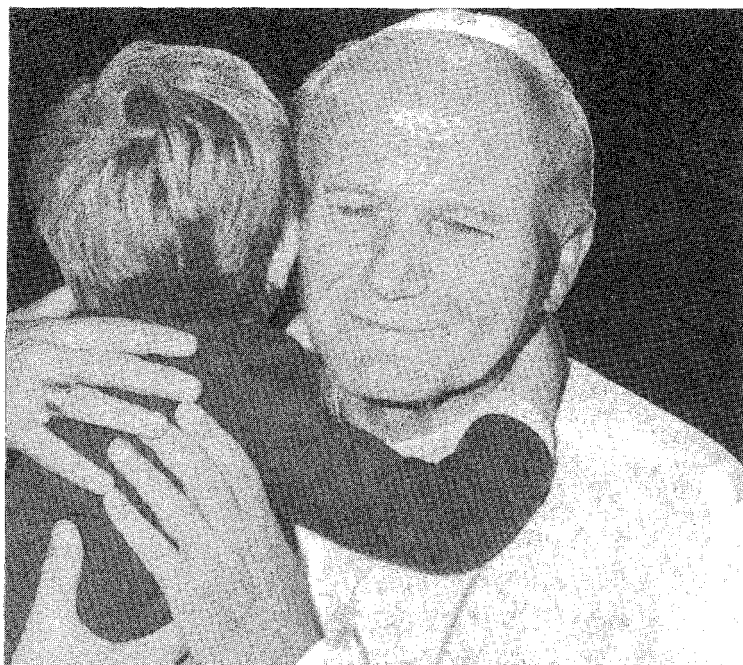
Hanno partecipato alla Conferenza più di 8.000 persone, rappresentanti di 106 nazioni. Erano presenti: vari ministri della Sanità, numerosi ambasciatori e molti responsabili di organizzazioni governamentali.

Il Discorso del Santo Padre Giovanni Paolo II nell'Aula Paolo VI, ha concluso questa grande manifestazione.

Gli atti della Conferenza saranno pubblicati in quattro lingue sulla nostra Rivista *Dolentium Hominum*, n. 25 (1/1994).

Il Pontificio Consiglio della Pastorale
per gli Operatori Sanitari

PRESENTA



Giovanni Paolo II e i malati

Il valore
della sofferenza

Realizzazione del
CENTRO TELEVISIVO VATICANO

Il Papa tra i malati e per i malati. Un documento del Magistero e del Ministero di Giovanni Paolo II nel pianeta del dolore umano.

*Giovanni Paolo II che ha direttamente sperimentato in se stesso il peso della malattia si fa testimone eccezionale del significato **più** profondo della sofferenza.*

Una galleria di immagini suggestive e toccanti della presenza della Chiesa accanto ai malati. Un documento attuale sul messaggio della solidarietà e della carità cristiana. Un esempio da ammirare e da imitare.

Richieste: all'Editrice Elle Di Ci, 10096 Leumann To; c.c.p. 8128. Oppure alle Librerie Elle Di Ci, Librerie LES e Librerie Religiose. Per ordini urgenti: Tel. 011/95.91.091; oppure Telefax 011/95.74.048 (Ufficio Vendite).

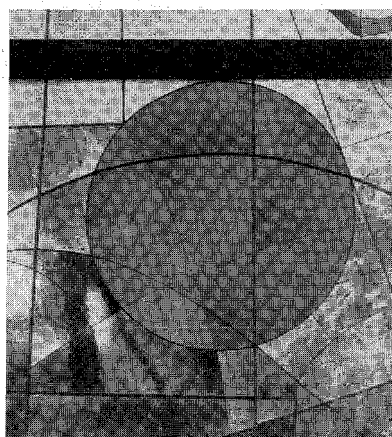
Prezzo a copia: L. 25.000

RIVISTA DEL
PONTIFICIO CONSIGLIO
DELLA PASTORALE
PER GLI OPERATORI
SANITARI

*Campagna di
abbonamento 1994*

1994

 DOLENTIUM
HOMINUM
CHIESA E SALUTE NEL MONDO



**Abbonarsi
o rinnovare
l'abbonamento
è semplice:
basta versare
L. 60.000 (estero 60 \$)
sul conto corrente postale
numero 63353007
intestato al
Pontificio Consiglio
della Pastorale
per gli Operatori
Sanitari
Via della Conciliazione, 3
00193 Roma**

**Nel prossimo
numero**

saranno pubblicati gli Atti dell'VIII Conferenza Internazionale su « Il bambino è il futuro della società ». La Conferenza Internazionale è stata promossa dal nostro Pontificio Consiglio, e ha avuto luogo nell'Aula Paolo VI in Vaticano, nei giorni 18-20 Novembre '93. I non abbonati alla Rivista possono acquistare gli Atti presso la nostra Direzione, inviando l'importo di L. 80.000 per assegno bancario, o con il cc.pt. n. 63353007, intestato al Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari - Via della Conciliazione, 3 - 00193 ROMA

Avvertiamo gli abbonati che riteniamo rinnovato l'abbonamento per il 1994 salvo segnalazione contraria in merito