



DOLENTIUM HOMINUM

N. 33 – anno XI (N. 3) 1996

RIVISTA DEL PONTIFICO CONSIGLIO DELLA PASTORALE
DEGLI OPERATORI SANITARI

Direzione, Redazione, Amministrazione:
Città del Vaticano
Telef.: 698.83138, 698.84720, 698.84799,
Fax: 698.83139
Telex: 2031 SANITPC VA

In copertina:
vetrata di P. Costantino Ruggeri

Pubblicazione quadrimestale

Abbonamento: 60.000 Lire
(o importo equivalente in valuta locale),
compresa spedizione

Una copia lire 20.000
(o importo equivalente in valuta locale),
compresa spedizione

Stampa
Editrice VELAR S.p.A., Gorle (BG)

Spedizione in abb. postale
Comma 27 art. 2 legge 549/95 - Roma

Direttore:
FIORENZO CARD. ANGELINI

Redattore Capo:
P. JOSÉ L. REDRADO O.H.

Segretario:
P. FELICE RUFFINI M.I.

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

Collaborano in redazione:
P. DAVID MURRAY M.ID.
MARIA ÁNGELES CABANA M.ID.
SR. M. GABRIELLE MULTIER
D. JEAN-MARIE M. MPENDAWATU

Sommario

- 4 MESSAGGIO DEL SANTO PADRE
IN PREPARAZIONE ALLA
V GIORNATA MONDIALE DEL MALATO

MAGISTERO

- 7 **Dai discorsi del Santo Padre
Giovanni Paolo II**

ARGOMENTI

- 16 **La fede elemento trascendente
e facilitante il risultato terapeutico
nel paziente sofferente.**
*Prof. Pierluigi Zucchi,
Padre Bonifacio Honings*

- 29 **Tecnologia e dignità umana**
Suor Ma. Suárez Vázquez

- 35 **Il cappellano, l'assistenza religiosa
e la cappellania**
P. Arnaldo Pagrazzi, M.I.

TESTIMONIANZE

- 44 **La sanità in Bolivia**

- 47 **“Al servizio della carità per la vita”
Progetto di Pastorale della salute
per l'America Latina e i Caraibi**
*Suore della Carità Domenicane
della Presentazione della Santa Vergine*

ATTIVITÀ DEL PONTIFICIO CONSIGLIO

**VIII Congresso
Federazione Europea Medici Cattolici**

- 58 **Servire chi soffre è una missione**
Card. Angelo Sodano

- 59 **Siamo testimoni
del nostro servizio alla vita**
Card. Fiorenzo Angelini

- 60 **La moderna medicina
e la nostra concezione dell'uomo**
Card. Fiorenzo Angelini

Convegno a Pompei

- 63 **Gioinezza della vecchiaia**
P. José L. Redrado

- 68 **Cronaca dell'attività
del Pontificio Consiglio 1996**

*Le illustrazioni di questo numero
sono tratte dal libro:
“Cosma e Damiano”
di Pierre Julien, François Ledermann
e Alain Touwaide,
Antea Edizioni, Milano 1993*

MESSAGGIO DEL SANTO PADRE

in preparazione alla V GIORNATA MONDIALE DEL MALATO

11 febbraio 1997

1. La prossima Giornata Mondiale del Malato sarà celebrata l'11 febbraio 1997 presso il Santuario di Nostra Signora di Fatima, nella nobile Nazione portoghese. Il luogo prescelto è particolarmente significativo per me. Là, infatti, volli recarmi nell'anniversario dell'attentato alla mia persona in Piazza San Pietro per ringraziare la divina Provvidenza, secondo il cui imperscrutabile disegno il drammatico evento aveva misteriosamente coinciso con l'anniversario della prima apparizione della Madre di Gesù, il 13 maggio 1917, alla Cova da Iria.

Sono lieto, pertanto, che a Fatima si svolga la celebrazione ufficiale di una Giornata come quella del Malato che mi sta particolarmente a cuore. Essa offrirà così a ciascuno l'occasione di porsi nuovamente in ascolto del messaggio della Vergine, il cui nucleo fondamentale è "la chiamata alla conversione e alla penitenza, come nel Vangelo. Questa chiamata è stata pronunciata all'inizio del ventesimo secolo e, pertanto, a questo secolo è stata particolarmente rivolta. La Signora del messaggio sembra leggere con una speciale perspicacia i segni dei tempi, i segni del nostro tempo" (*Allorazione a Fatima*, 13 maggio 1982, in *Insegnamenti* V/2 [1982], p. 1580).

Ascoltando la Vergine Santissima, sarà possibile riscoprire in maniera viva e toccante la sua missione nel mistero di Cristo e della Chiesa: missione che già si trova indicata nel Vangelo, allorché Maria sollecita Gesù a dare inizio ai miracoli, dicendo ai servi durante il convito nuziale a Cana di Galilea: "Fate quello che vi dirà" (*Gv* Z, 5). A Fatima Ella s'è fatta eco di una precisa parola pronunciata dal Figlio all'inizio della sua missione pubblica: "Il tempo è compiuto...; convertitevi e credete al Vangelo" (*Mc* 1, 15). L'insistente invito di Maria Santissima alla penitenza non è che la manifestazione della sua sollecitudine materna per le sorti della famiglia umana, bisognosa di conversione e di perdono.

2. Anche di altre parole del Figlio, Maria si fa portavoce a Fatima. In particolare, risuona nella Cova da Iria l'invito di Cristo: "Venite a me, voi tutti che siete affaticati e oppressi, e io vi ristorerò" (*Mt* 11, 28). Le folle di pellegrini che, da ogni parte del mondo, accorrono in quella terra benedetta non sono forse testimonianza eloquente del bisogno di ristoro e di conforto che innumerevoli persone sperimentano nella propria vita?

Sono soprattutto coloro che soffrono a sentirsi attratti dalla prospettiva del "ristoro" che il Medico divino è in grado di offrire a chi si rivolge a Lui con fiducia. E a Fatima questo ristoro si trova: è a volte ristoro fisico, quando nella sua Provvidenza

Dio concede la guarigione dalla malattia; è più spesso ristoro spirituale, quando l'anima, pervasa dalla luce interiore della grazia, trova la forza di accettare il peso doloroso dell'infermità trasformandolo, mediante la comunione con Cristo, servo sofferente, in strumento di redenzione e di salvezza per sé e per i fratelli.

La via da seguire, in questo difficile cammino, ci viene indicata dalla voce materna di Maria che, sempre, nella storia e nella vita della Chiesa, ma in modo particolare nel nostro tempo, continua a ripetere le parole: "Fate quello che vi dirà".

3. La Giornata Mondiale del Malato è, dunque, una preziosa occasione per riascoltare ed accogliere l'esortazione della Madre di Gesù che, ai piedi della Croce, ebbe in affidamento l'umanità (cfr. *Gv* 19, 25-27). La Giornata si colloca nel primo anno del "triduo" preparatorio del Grande Giubileo del Duemila: un anno interamente dedicato alla riflessione su Cristo. Proprio questa riflessione sulla centralità di Cristo "non può essere disgiunta dal riconoscimento del ruolo svolto dalla sua santissima Madre... Maria, infatti, addita perennemente il suo Figlio divino e si propone a tutti i credenti come modello di fede vissuta" (Lett. Ap. *Tertio millennio adveniente*, n. 43).

L'esemplarità di Maria trova la sua più alta espressione nell'invito a guardare al Crocifisso per imparare da Lui che, assumendo totalmente la condizione umana, ha voluto liberamente caricarsi delle nostre sofferenze e offrirsi al Padre come vittima innocente per noi uomini e per la nostra salvezza, "con forti grida e lacrime" (*Eb* 5, 7). Egli ha così redento la sofferenza, trasformandola in un dono di amore salvifico.

4. Carissimi Fratelli e Sorelle, che soffrite nello spirito e nel corpo! Non cedete alla tentazione di considerare il dolore come un'esperienza soltanto negativa, al punto da dubitare della bontà di Dio. Nel Cristo sofferente ogni malato trova il significato dei propri patimenti. La sofferenza e la malattia appartengono alla condizione dell'uomo, creatura fragile e limitata, segnata sin dalla nascita dal peccato originale. In Cristo morto e risorto, tuttavia, l'umanità scopre una nuova dimensione del suo soffrire: invece che un fallimento, esso le si rivela come l'occasione per offrire una testimonianza di fede e di amore.

Carissimi ammalati, sappiate trovare nell'amore "il senso salvifico del vostro dolore e risposte valide a tutti i vostri interrogativi" (Lett. Ap. *Salvifici doloris*, n. 31). La vostra è una missione di altissimo valore sia per la Chiesa che per la società. "Voi che portate il peso della sofferenza siete ai primi posti tra coloro che Dio ama. Come a tutti coloro che Egli ha incontrato lungo le vie della Palestina, Gesù vi ha rivolto uno sguardo pieno di tenerezza; il suo amore non verrà mai meno" (*Discorso agli ammalati ed ai sofferenti*, Tours, 21 settembre 1996, 2, in *L'Osservatore Romano* 23/24 settembre 1996, p. 43). Di questo amore privilegiato sappiate essere testimoni generosi attraverso il dono del vostro patire, che tanto può per la salvezza del genere umano.

In una società come quella attuale, che cerca di costruire il proprio futuro sul benessere e sul consumismo e tutto valuta sulla base dell'efficienza e del profitto, malattia e sofferenza, non potendo essere negate, o vengono rimosse o sono svuotate di significato nell'illusione di un loro superamento attraverso i soli mezzi offerti dal progresso della scienza e della tecnica.

Senza dubbio, la malattia e la sofferenza restano un limite e una prova per la mente umana. Alla luce della Croce di Cristo, tuttavia, esse diventano un momento privilegiato di crescita nella fede e uno strumento prezioso per contribuire, in unione con Gesù Redentore, all'attuazione del progetto divino della salvezza.

5. Nella pagina evangelica relativa al giudizio finale, quando "il Figlio dell'uomo verrà nella sua gloria con tutti i suoi angeli" (*Mt* 25, 31), sono indicati i criteri in ba-

se ai quali sarà pronunciata la sentenza. Com'è noto, essi sono riassunti nella solenne affermazione conclusiva: "In verità, vi dico: ogni volta che avete fatto queste cose a uno solo di questi miei fratelli più piccoli, l'avete fatto a me" (*Mt 25, 40*). Tra questi "fratelli più piccoli" ci sono i malati (cfr. *Mt 25, 36*), spesso soli ed emarginati dalla società. Sensibilizzare l'opinione pubblica nei loro confronti è una delle finalità principali della celebrazione della Giornata Mondiale del Malato: essere vicino a chi soffre, affinché sappia mettere a frutto la propria sofferenza anche attraverso l'aiuto di coloro che gli sono accanto per curarlo ed assisterlo, è questo l'impegno a cui la Giornata richiama.

Sull'esempio di Gesù, occorre accostarsi come "buoni samaritani" all'uomo che soffre. Occorre imparare a "servire negli uomini il Figlio dell'uomo", come diceva il Beato Luigi Orione (cfr. *Scritti 57, 104*). Bisogna saper vedere con occhi solidali le sofferenze dei propri fratelli, non "passare oltre", ma farsi "prossimo", stando accanto a loro, con gesti di servizio e di amore rivolti alla salute integrale della persona umana. Una società si qualifica per lo sguardo che rivolge ai sofferenti e per l'atteggiamento che adotta nei loro confronti.

Troppi essere umani, nel mondo in cui viviamo, restano esclusi dall'amore della comunità familiare e sociale. Apparendo a Fatima a tre poveri pastorelli per renderli annunciatori del messaggio evangelico, la Vergine Santissima ha rinnovato il suo liberante *Magnificat*, facendosi voce di "coloro che non accettano passivamente le avverse circostanze della vita personale e sociale né sono vittime dell'alienazione – come oggi si dice – bensì proclamano con Lei che Dio è vindice degli umili e, se è il caso, depone i potenti dal trono" (*Omelia presso il Santuario di Zapopan, 30 gennaio 1979, 4, in Insegnamenti II/1 [1979], p. 295*).

6. Anche in questa circostanza, pertanto, rinnovo un forte appello ai responsabili della cosa pubblica, alle organizzazioni sanitarie internazionali e nazionali, agli operatori sanitari, alle associazioni di volontariato e a tutti gli uomini di buona volontà, affinché si uniscano all'impegno della Chiesa, la quale, aderendo all'insegnamento di Cristo, intende annunciare il Vangelo attraverso la testimonianza del servizio a coloro che soffrono.

La Vergine Santissima, che a Fatima ha asciugato tante lacrime, aiuti tutti a trasformare questa Giornata Mondiale del Malato in un momento qualificante di "nuova evangelizzazione".

Con tali auspici, mentre invoco sulle iniziative promosse in occasione di questa Giornata la materna protezione di Maria, Madre del Signore e Madre nostra, imparto volentieri a voi, carissimi ammalati, ai vostri familiari, agli operatori sanitari, ai volontari e a tutti coloro che vi sono accanto con spirito di solidarietà nelle vostre sofferenze la mia affettuosa Benedizione.

Dal Vaticano, 18 Ottobre 1996

magistero

*Dai discorsi
del Santo Padre*

Offrite la vostra sofferenza per divenire protagonisti nel cammino verso il grande Giubileo del Duemila

GIOVANNI PAOLO II AI PELLEGRINI DELL'OPERA FEDERATIVA
TRASPORTO AMMALATI A LOURDES

Il Santo Padre ha ricevuto in udienza sabato mattina, 23 marzo, nell'Aula Paolo VI, i partecipanti al pellegrinaggio organizzato dall'Opera Federativa Trasporti Ammalati a Lourdes. Il Papa ha invitato gli ammalati ad offrire la loro sofferenza per divenire protagonisti del cammino di rinnovamento verso il Giubileo del Duemila. All'udienza partecipavano anche un gruppo di studenti milanesi.

Questo il discorso:

8 1. Vi accolgo con gioia, carissimi Fratelli e Sorelle dell'Opera Federativa Trasporto Ammalati a Lourdes! Un caloroso benvenuto rivolgo soprattutto a voi, cari malati che avete affrontato i disagi del viaggio per venire a Roma, vicino alla tomba dell'apostolo Pietro.

Saluto i responsabili dell'Associazione ed esprimo il mio apprezzamento per questa e per le altre iniziative che permettono a tante persone di vivere la forte esperienza di fede che è il pellegrinaggio. So che quello di *confermare la vostra fede* è il motivo principale che vi ha spinti a venire. Perciò voglio anzitutto richiamare alla vostra mente le parole dell'apostolo Pietro: «Siete ricolmi di gioia, anche se ora dovete essere per un po' di tempo afflitti da varie prove, perché il valore della vostra fede, molto più preziosa dell'oro, che, pur destinato a perire, tuttavia si prova col fuoco, torni a vostra lode, gloria e onore nella manifestazione di Gesù Cristo» (1 Pt 1,6-7).

2. Il secondo motivo che vi ha condotti qui è la volontà di *offrire la vostra preghiera e la vostra sofferenza*: è un'offerta, si direbbe un obolo spirituale accumulato nella concretezza del quotidiano, specialmente quando esso diventa pesante e richiede maggiore pazienza.

Carissimi, io vi ringrazio per lo spirito di generosa oblazione e di devota solidarietà col Papa che vi animano in questo pellegrinaggio e, più ancora, nell'ordinaria offerta delle vostre preghiere e sofferenze. Vi ringrazio e vi ripeto quanto ho scritto nel Messaggio per l'ultima Giornata Mondiale del Malato: «Soffrire ed essere accanto a chi soffre: chi vive nella fede queste due situazioni entra in particolare contatto con le sofferenze di Cristo ed è ammesso a condividere "una specialissima

particella dell'infinito tesoro della redenzione del mondo"» (n. 5).

3. Il terzo motivo del vostro pellegrinaggio è il proposito di inserirvi attivamente, valorizzando proprio la condizione in cui vi trovate, nell'itinerario di *preparazione al Grande Giubileo dell'Anno 2000*. A questo riguardo, ribadisco la mia esortazione a sentirvi a pieno titolo protagonisti del cammino di rinnovamento evangelico che la Chiesa intera è chiamata a percorrere in questi anni che ci conducono al Giubileo (cfr *ibid.*). Voi, carissimi, «siete chiamati ad una peculiare missione nell'ambito della nuova evangelizzazione, ispirandovi a Maria Madre dell'amore e del dolore umano. Vi sostengono in tale non facile testimonianza, gli operatori sanitari, i familiari, i volontari che vi accompagnano lungo il quotidiano cammino della prova» (*Ivi*, n. 2). Vi sostiene anzitutto l'Immacolata, che amate e venerate come meta principale dei vostri pellegrinaggi terreni e del grande pellegrinaggio della vita. Vi accompagni anche la mia Apostolica Benedizione, che ora imparto con grande affetto a voi, qui presenti, ed estendo volentieri a quanti non hanno potuto venire come pure ai vostri familiari.

Queste le parole di saluto rivolte dal Papa agli studenti del Collegio San Carlo di Milano in occasione del centoventicinquesimo anniversario di fondazione:

Sono lieto di accogliere anche gli alunni di Terza Media del Collegio San Carlo di Milano, venuti in occasione del centoventicinquesimo anniversario di fondazione dell'Istituto, che vanta tra i suoi ex-alunni Achille Ratti di Desio, chiamato poi dalla Provvidenza a diventare Papa col nome di Pio XI.

Cari ragazzi, voi state per concludere un ciclo scolastico e per iniziare una nuova fase della vostra crescita umana e cristiana. Auguro a voi e a tutti gli amici del «San Carlo» di vivere la vostra età come un'apertura alla vita, ricordando sempre quello che disse un giorno Gesù ai suoi discepoli: «Io sono la Vita». Sì, carissimi, seguite Gesù e la vostra vita sarà piena di bontà e di gioia! Vi benedico di cuore, insieme con i vostri educatori.

Continuate ad operare sull'esempio del vostro fondatore

AI MEMBRI DEL «GROUPE RAOUL FOLLEREAU», 27 APRILE 1996

Signor Presidente,
Signore, Signori,
Cari amici,

1. È per me fonte di grande gioia ricevervi qui e, per vostro tramite, ricevere tutto il *Groupe Raoul Follereau*, che mi è gradito salutare nelle sue numerose ramificazioni, assieme ai membri che lo compongono, le famiglie da esso rappresentate, i donatori che lo sostengono e le centinaia di migliaia di malati già guariti o in via di guarigione che rappresentano la sua prima ragione d'essere. Desidero porgerLe i miei vivi ringraziamenti, Signor Presidente, per la Sua appassionata presentazione della persona e dell'operato del vostro fondatore, oltre che del gruppo umanitario da voi animato.

Desidero innanzitutto rendere grazie a Dio per i risultati ottenuti in mezzo secolo, sin dal giorno in cui Raoul Follereau decise di consacrarsi alla lotta contro il flagello della peste che affliggeva intere nazioni, impedendo a migliaia di esseri umani di condurre un'esistenza degna di questo nome. Colpito dalle difficoltà di questi poveri, il cui corpo era per loro divenuto una penosissima prigione, si pose al loro servizio con contagiante entusiasmo. Da vero cristiano egli prese sul serio la frase di Cristo: «Ogni volta che avete fatto queste cose a uno solo di questi miei fratelli più piccoli, lo avete fatto a me» (*Mt 25, 40*).

Dotato di una poliedrica personalità, Raoul Follereau seppe associare in sé qualità tra loro complementari, che unite permisero straordinarie realizzazioni. Egli aveva la virtù della compassione: «Sono sempre stato ossessionato – scriveva – dalla miseria e sempre pieno di ammirazione e di amicizia per quanti la combattono, a qualunque livello». Pur consapevole dell'«impossibilità di abbracciare tutta la miseria del mondo», fece comunque dono totale della sua persona per sconfiggere la miseria: «Pensai che lì c'era di che riempire più che a sufficienza la vita di un giovane, quale io ero allora. Così mi ci consacrai».

2. Forti di questo esempio, voi avete a cuore di proseguire la sua attività e avete dinanzi un campo ancora immenso, poiché, non contenti di combattere la lebbra, voi combattete

con la stessa energia ogni tipo di lebbra! Ormai la vostra attività, partendo da Adzopé, il primo villaggio di lebbrosi fondato nel 1942, si è irraggiata in ogni continente. Nei Paesi lontani, così come nelle vostre città e nelle loro periferie, non mancano miserie nascoste, situazioni disperate di vite spezzate cui voi cercate di portare il conforto della parola e dell'azione, del sorriso e dell'amicizia, della compassione e del dono di voi stessi.

Mi congratulo con voi e vi esorto a continuare ad operare nei paesi sconvolti dalla guerra o flagellati dalle epidemie. «Il nostro appello, diceva Raoul Follereau, sarà sempre attuale». Egli si faceva anche eco delle parole di Cristo: «I poveri infatti: li avete sempre con voi» (*Gv 12, 8*). E voi saprete rendere i più infelici parte del paziente lavoro che permetta loro di ritrovare la loro dignità, perché voi non avete mai a che fare con dei casi, ma con delle persone.

3. Come già da tempo, voi cooperate con la Chiesa in tutti i continenti per unire le vostre forze e far vincere la vita. Desidero esprimerVi con forza la mia stima, la mia fiducia e la mia riconoscenza per quanto fate. Raoul Follereau ha tracciato per voi il cammino, avendo egli stesso seguito Cristo che è la vita (cfr. *Gv 14, 6*). Imparando da lui sarete in grado di determinare ciò che è giusto e buono, e compierlo con entusiasmo.

Dio vi accompagni, miei cari amici! Possa egli realizzare, per mezzo vostro, quello che Lui stesso ha cominciato! Per incoraggiarvi nella vostra opera, fonte di speranza, vi imparto di tutto cuore la mia Benedizione Apostolica e la estendo a quanti vi sono cari.

«Cari ammalati, unite le vostre sofferenze alla Croce di Cristo e pregate per il ministero che mi è affidato»

LA PREGHIERA MARIANA RECITATA IN CATTEDRALE
NEL PRIMO SABATO DEL MESE (COMO)

Nel Duomo di Como Giovanni Paolo II ha guidato la recita del Santo Rosario nella serata del 4 maggio, primo sabato del mese. Al termine, rivolgendosi ai numerosi sacerdoti, religiosi, religiose e fedeli laici – tra i quali un gruppo di ammalati – che si sono uniti a lui per partecipare alla preghiera mariana, il Papa ha pronunciato le seguenti parole di saluto:

Carissimi Fratelli e Sorelle!

1. Sono lieto di aver potuto recitare insieme con voi il Santo Rosario in questa Chiesa Cattedrale dedicata alla Beata Vergine Maria Assunta. L'ultima volta, nel mese di ottobre dell'anno scorso, ho recitato così il Santo Rosario nella Cattedrale di San Patrizio, St. Patrick Cathedral, a New York. Un buon segno! Cade quest'anno il sesto centenario degli inizi della sua costruzione. L'armonioso edificio, con le sue splendide strutture e i suggestivi affreschi, crea un'atmosfera sacra in cui è facile raccogliersi e pregare.

Dalle numerose raffigurazioni mariane presenti nel tempio ci viene l'invito ad accostarci con fiducia alla Madre di Dio e Madre nostra. Sul Calvario Gesù ci ha affidati a Lei perché ci conduca per mano, in ogni momento della vita, verso una sempre più profonda adesione ai disegni provvidenziali che, Dio ha su ciascuno di noi.

Esprimo il mio affetto anzitutto a voi, cari malati, che vedo con piacere qui davanti, come pure a tutti gli infermi che sono potuti intervenire a questo momento di preghiera. Sappiate unire costantemente, nella fede, la vostre sofferenze alla croce vittoriosa di Cristo e pregate anche per me e per il ministero che mi è affidato.

Ringrazio voi, cari Sacerdoti qui presenti, e quanti, attraverso la radio o la televisione, si sono spiritualmente uniti a noi per la recita della corona del Rosario. Esorto tutti, specialmente in questo mese di maggio che la devozione popolare dedica alla Madonna, a ricorrere con fiducia al Santo Rosario. Invitate, altresì, cari Sacerdoti, le famiglie e le comunità a voi affidate a recitare spesso la Co-

rona, preghiera efficacissima per impetrare doni celesti.

Saluto cordialmente e ringrazio le Religiose che sono numerose e auguro per loro di crescere nelle vocazioni. Voi non sapete come siete necessarie! Saluto poi i tanti fedeli che, in vario modo, hanno preso parte a questo incontro, sia nella Cattedrale che all'esterno. A ciascuno invio il mio affettuoso pensiero.

2. In questo primo sabato del mese di maggio, carissimi Fratelli e Sorelle, mi è spontaneo indicarvi Maria Santissima come modello a cui fare riferimento nel corso della giornata, per trovare nei suoi esempi ispirazione e guida sicura. Vi esorto ad invocare Maria senza mai stancarvi: sarà per voi motivo di conforto e di speranza. Maria, infatti, sostiene i cristiani nel loro quotidiano pellegrinaggio della fede, rafforza la loro fedeltà agli impegni evangelici ed apre i cuori alla carità verso tutti, specialmente verso i meno fortunati.

Nel darvi appuntamento a domani ed invocando l'intercessione della nostra Madre celeste e dei santi Patroni di questa Diocesi, a tutti imparto di cuore la mia Benedizione.

Al termine del Santo Rosario, nel fare rientro in Episcopio, il Papa ha augurato «Buona notte» ai tanti fedeli che lo attendevano.

Il significato salvifico della sofferenza

AD ALCUNI «VOLONTARI DELLA SOFFERENZA» DI HONG KONG, 31 MAGGIO

Cari Amici in Cristo,

è con grande gioia che do il benvenuto al gruppo di *Volontari della Sofferenza* di Hong Kong, ed ai *Lavoratori Silenziosi della Croce* che vi assistono durante la vostra visita a Roma. La vostra fede ed il vostro coraggio di fronte alla sofferenza fanno di quest'incontro un momento speciale e significativo per il Successore di Pietro. Vi incoraggio nell'offerta di voi stessi e nel vostro apostolato.

Voi già sapete che le vostre sofferenze possono introdurvi nell'essenza del mistero cristiano. Nella sua lettera ai Colossesi, l'apostolo Paolo scrive: «Sono lieto nelle sofferenze che sopporto per voi e completo nella mia carne quello che manca nei patimenti di Cristo, a favore del suo corpo che è la Chiesa» (1, 24). Quello che San Paolo dice è che Cristo crocifisso e risorto è unito in modo speciale a quelli che soffrono, perché attraverso la Croce la vita trionfa sulla morte e la grazia sul peccato. Egli è il nostro Salvatore e nessuno può accrescere la sua opera di Redenzione. Ma attraverso il mistero della Chiesa, il suo corpo. Egli ci introduce nel suo sacrificio, così che scopriamo – nella lotta quotidiana con i nostri limiti – *il significato salvifico della sofferenza*. A quel punto sono possibili la pace interiore e perfino la gioia spirituale (cfr. *Salvifici Doloris*, n. 26).

Per il cristiano, infermità, malattia ed altre affezioni non sono qualcosa a cui rassegnarsi passivamente. *La sofferenza appartiene alla natura trascendente dell'uomo*: è uno di quegli ambiti in cui uomini e donne, perfino i bambini, sono resi capaci quasi di andare oltre loro stessi. Accettata e sopportata nella fede, la sofferenza diviene lo strumento della nostra santificazione e di quella degli altri. Diviene fonte di redenzione per l'umanità intera.

Sono certo che il Centro di Hong Kong dei *Volontari della Sofferenza* ha un'importante ruolo da svolgere nella vita spirituale della Chiesa locale, comunicando quella misteriosa vitalità che viene dall'unione devota con il Signore crocifisso e dando testimonianza *del potere del Vangelo di trasformare perfino le situazioni più difficili*. Incoraggio i *Lavoratori Silenziosi della Croce*, incluso il gruppo di

novizi qui presenti oggi, a perseverare nel vivere e condividere con gli altri il carisma che il vostro fondatore, Monsignor Novarese, vi ha lasciato.

Possa Maria, Consolatrice degli Afflitti, essere vicina a tutti voi.

E in segno di forza e di pace nel Signore, vi imparto di cuore la mia Benedizione Apostolica.

Nuove forme di solidarietà reale per rispondere al moltiplicarsi degli attentati contro la dignità umana

*TOURS, L'INCONTRO CON GLI AMMALATI ED I SOFFERENTI
NELLA BASILICA DI SAN MARTINO*

Nel pomeriggio di sabato 21 settembre Giovanni Paolo II si è recato in visita nella Basilica di san Martino a Tours, dove ha presieduto la Celebrazione della Parola. Durante la visita, il Santo Padre ha incontrato i malati, i disabili, i poveri e gli anziani.

Di seguito pubblichiamo, in una nostra traduzione italiana, l'omelia pronunciata dal Papa:

Cari Fratelli e care Sorelle,

1. «Beati voi, perché vostro è il Regno dei cieli!»! Saluto tutti voi con affetto, poiché attribuisco una grande importanza a questo nostro incontro. I vostri volti esprimono la speranza; i vostri volti parlano anche di Dio, poiché voi avete valore ai suoi occhi. *San Martino ci riunisce* questo pomeriggio nella Basilica che accoglie la sua tomba. In tutta la sua esistenza, egli cercò di vivere pienamente il messaggio delle Beatitudini, proprio quello che abbiamo appena riascoltato. Egli ci accompagna invisibilmente; io gli chiedo di venire ad illuminarci, dal momento che egli fu uno dei più grandi Apostoli del Vangelo sulla terra del vostro Paese. *In lui, la Chiesa rico-*

nosce l'esempio del cristiano totalmente rivolto verso il suo prossimo: egli donò la sua vita per i suoi fratelli nella sequela di Cristo.

Ognuna delle Beatitudini è stata vissuta da san Martino: povero di cuore, egli attese ogni cosa da Dio, senza contare sulle proprie forze fisiche, intellettuali, o spirituali. In uno spirito d'abbandono, sapeva che la volontà di Cristo su di lui era la sua unica ragione di vita. Di natura dolce, egli abbandonò le armi per servire il suo prossimo. Commosso dinanzi alla miseria spirituale della sua epoca, percorse le campagne, «annunciando ai poveri la Buona Novella, ai prigionieri la liberazione, agli afflitti la gioia». Affamato e assetato di giustizia, seppe stabilire uno stile di vita conforme alla giustizia di Dio, che supera quegli uomini. «Unito al Signore da una tenerissima misericordia» (Sulpicio Severo), fu un uomo di perdono e andò in soccorso dei poveri che Dio pose lungo il suo cammino. Uomo dal cuore puro, seppe resistere alle tentazioni. Artefice di pace, riuscì a risolvere numerosi conflitti della sua epoca, senza rifiutare «il peso della giornata e il cardo» (Mt 20, 12). Perseguitato a causa della giustizia, mostrò che Cristo riempie tutta la vita e merita di essere seguito, costi quel che costi.

2. Nella società attuale conosciamo troppe forme di povertà, di tristezza e di afflizione. La povertà materiale, la malattia, la sofferenza fisica, i diversi tipi di esclusione che affliggono i nostri contemporanei, le forme di infelicità sono molteplici: nessuno può essere sicuro di sfuggire ad esse nel corso della propria vita. Alcuni ne subiscono più di una, poiché esse si generano a vicenda. Arriva un momento in cui ogni via d'uscita sembra chiusa, in cui la vita non appare più come un dono di Dio, bensì come un fardello. È allora che la beatitudine degli afflitti acquista tutto il suo senso. Cristo ha osato proclamare che coloro che piangono sono beati e saranno consolati (cfr. Mt 5, 4). Ha affermato che essi sono chiamati alla felicità eterna. Grazie al suo amore infinito, il Signore risponde così al desiderio di felicità che dimora nel cuore di ogni uomo. Cosa c'è, infatti, di più grande e di più importante dell'essere amati e riconosciuti per se stessi, per la bellezza del proprio

essere interiore, che non dipende né dalle apparenze né dall'interesse immediato che si può rappresentare per gli altri?

Come san Martino, siamo invitati ad aprire gli occhi e a riconoscere nel povero che sta morendo di freddo alle porte della città, nel forestiero che bussa alla nostra porta, un fratello da accogliere e da amare. *Una società viene giudicata dallo sguardo che rivolge ai sofferenti della vita* e dall'atteggiamento che adotta nei loro confronti. Ognuno dei suoi membri dovrà un giorno rispondere delle proprie parole e dei propri atti nei confronti di coloro che nessuno guarda, nei confronti di coloro dai quali ci si allontana. Il poverello di Amiens, si narra nella *Vita di San Martino*, «per quanto supplicasse i passanti di avere pietà della sua miseria, tutti proseguivano senza fermarsi» (3, 1). Per la loro differenza, essi non hanno saputo riconoscere il proprio fratello. Ignorando il prossimo, si sono fatti beffe di una parte della loro stessa umanità. Quel giorno nessuno di essi è stato capace di vedere Cristo che moriva di freddo nella persona del povero.

Ogni *essere straziato* nel corpo o nello spirito, ogni persona privata dei propri diritti fondamentali, è un'immagine vivente di Cristo. «Nei poveri e nei sofferenti, la Chiesa riconosce l'immagine del suo Fondatore povero e sofferente» (Costituzione *Lumen gentium*, n. 8). Con la sua morte sulla croce, Cristo, che ha conosciuto la sofferenza estrema, resta vicino a noi. Contemplando il mistero della sua Passione, noi scopriamo tuttavia la speranza offerta dal Signore. Tramite il suo amore per noi, Egli ci ha aperto un nuovo cammino. Con la sua Risurrezione il mattino di Pasqua, Egli attesta che *la morte e la sofferenza non hanno più l'ultima parola sull'uomo* e che un futuro è sempre possibile. Un'esistenza che, sul piano umano, poteva sembrare rinchiusa in un vicolo cieco, è diventata un passaggio. Sì, cari amici, voi che portate il peso della sofferenza, siete ai primi posti tra coloro che Dio ama. Come a tutti coloro che Egli ha incontrato lungo le vie della Palestina, Gesù vi ha rivolto uno sguardo ricolmo di tenerezza; il suo amore non verrà mai meno. Poiché sin dalla vostra origine siete figli di Dio, voi occupate nella Chiesa, Corpo di Cristo, un posto privilegiato.

Di fronte al moltiplicarsi degli attentati alla dignità e all'integrità delle persone, *di fronte all'aumento del numero degli esclusi, occorre trovare nuovi stili di vita* personali e collettivi che permettano di superare le crisi, soprattutto in quei Paesi che, come il vostro, dispongono di abbondanti risorse umane e naturali. Occorre porre in essere *delle nuove*

forme di solidarietà, sia all'interno di ogni società che tra le nazioni. Per garantire a tutti l'accesso al lavoro, non converrebbe rivedere alcune pratiche e favorire una più equa distribuzione dei beni? Coloro che hanno la fortuna di avere redditi sufficienti sono pronti a dividerli maggiormente con coloro che non riescono a vivere in maniera accettabile? Uno stile di vita più sobrio permetterebbe a molti di evitare gli sprechi e di essere più attenti alle necessità del prossimo.

Ogni essere umano, per quanto bisognoso, è stato creato a immagine e somiglianza di Dio, e nulla può fargli perdere questa dignità. Qualunque sia la sua origine, qualunque sia il peso della sua prova, rifiutare di vederlo significa condannarsi a non comprendere nulla della vita.

3. Ascoltiamo il messaggio delle Beatitudini: «Beati i misericordiosi, perché otterranno misericordia»! (*Mt 5, 7*). La misericordia di cui parla Cristo è la tenerezza di Dio; il perdono ne è un'espressione importante. Il cuore misericordioso si lascia così commuovere dalla miseria altrui e rimane inquieto finché non ha fatto tutto quanto è in suo potere per recare conforto a quanti sono nel bisogno. Per entrare nel Regno, occorre avere *questo cuore misericordioso*, non soltanto sensibile al bisogno, ma anche *capace di alleviare la sofferenza, di infrangere la solitudine e di impegnarsi attivamente per accogliere i propri fratelli e le proprie sorelle meno fortunati*.

I misericordiosi otterranno misericordia. «Ogni volta che avete fatto queste cose a uno solo di questi miei fratelli più piccoli, lo avete fatto a me» (*Mt 25, 40*), dirà loro Cristo nell'ultimo giorno. La felicità dell'eternità sarà la felicità di vedere Dio e di riconoscerlo nella persona di tutti coloro che saranno stati posti da Lui sul nostro cammino, con i quali vivremo per sempre dell'amore che non finirà mai. Questa felicità, noi la percepiamo sin da oggi. Il Vangelo ci invita ad *agire fraternamente nei confronti del nostro prossimo*, proprio perché *in lui Dio è presente* e ci attende. Il rapporto con Dio è indissociabile dall'amore per il prossimo, e in particolare per il povero che incontriamo.

4. L'attenzione rivolta ai poveri costituisce uno dei criteri fondamentali dell'appartenenza a Cristo. Essa deve caratterizzare l'impegno temporale del cristiano. La fede deve essere accompagnata da un'azione in favore dei nostri fratelli in umanità, poiché «l'amore del Cristo ci spinge» (*2 Cor 5,14*) a servire ogni uomo, quello che amiamo e quello che non amiamo abbastanza. Ecco perché *lancio*

un appello a favore di una solidarietà reale fra tutti. Quando dunque sarà davvero rispettato il diritto di ognuno al lavoro, alla casa, alla cultura, alla salute, ad un'esistenza degna di questo nome? La Chiesa verrebbe gravemente meno alla sua missione se non ricordasse questo imperioso dovere di fare tutto il possibile, nelle società ricche dell'Occidente e in ogni società, per debellare i flagelli che non cessano di imperversare sulla superficie del nostro pianeta. Cristo è venuto per «annunziare ai poveri un lieto messaggio» (Lc 4, 18). Nessuno dei suoi discepoli, nessuno dei suoi fratelli è dispensato dal prendere parte a questa opera impegnativa, salutare e gratificante.

5. Che san Martino vi guidi ogni giorno!
Che egli vi ispiri le parole, i gesti, gli atteggiamenti

d'amore, di fraternità, di compassione che vi aiuteranno a vivere! Da milleseicento anni egli intercede presso il Padre a favore di coloro che sono ricorsi a lui con fiducia. Se lo pregate, egli non abbandonerà nessuno di voi, nessuno di coloro che vede soffrire lungo le vie tortuose della vita. Alle porte di Amiens, Martino donò metà del suo mantello. Che egli continui ad essere il nostro modello di carità reale ed autentica!

Come segno dell'amore che proviene da Dio, come pegno della speranza fondata su Cristo, vi imparto di tutto cuore la Benedizione Apostolica e la estendo a tutti coloro che voi rappresentate, a quanti soffrono a causa di una ferita e chiedono al Signore di venire a guarirla. Voglio dirlo al nostro mondo: la condivisione è fonte di felicità! La gioia è possibile! Che Dio vi custodisca sempre!

Grande è il valore dell'umana sofferenza nell'opera redentiva di Cristo e della Chiesa

PANNONHALMA, LE PAROLE RIVOLTE AGLI AMMALATI E AGLI ANZIANI CHE VIVONO NELL'OSPIZIO «CASA DI SANT'ADALBERTO» PRESSO L'ARCIABBZIA

Nel pomeriggio di venerdì 16 settembre il Santo Padre ha incontrato gli anziani e gli infermi che vivono nell'ospizio «Casa di Santo Adalberto» presso l'Arciabazia di Pannonhalma. È stato un incontro particolarmente intenso e toccante.

Queste le parole del Papa, che qui pubblichiamo in una traduzione italiana:

Considero importante, durante il mio pellegrinaggio in Ungheria, questo pur breve incontro con voi, carissimi Fratelli e Sorelle, segnati dalla malattia e dal peso degli anni. Vi ringrazio per avermi invitato, testimoniando così l'affetto e la vicinanza spirituale di ciascuno di voi al Papa. Il mio pensiero va anche a quanti, a motivo dell'infermità e dell'età, accompagnano questa mia visita da casa, da una clinica, dall'ospedale. A tutti un sentito grazie, in special modo per le preghiere! Grande è il valore dell'umana sofferenza e indispensabile è l'apporto della cosiddetta «terza età»!

Quella della *malattia* è una condizione ambivalente: da una parte, impedendo in vario

modo la persona, la conduce a sperimentare il proprio limite e la propria fragilità; dall'altra, mettendola a più diretto contatto con la Croce di Cristo, l'arricchisce di possibilità nuove. Con l'offerta a Cristo delle proprie sofferenze, la persona malata può recare un personale contributo alla sua opera redentiva e partecipare attivamente all'edificazione della Chiesa.

Anche l'*anziano* costituisce una presenza assai preziosa per la famiglia e per la società. Voi anziani siete i custodi di un patrimonio ricchissimo di valori e di esperienze. Non tenetelo chiuso in voi stessi, ma comunicatelo ai più giovani, con saggezza e discrezione, ed essi stessi ve ne saranno grati.

Carissimi Fratelli e Sorelle, la Vergine Maria vi ottenga di vivere in pienezza di fede la vostra condizione e di trovare negli altri attenzione, ascolto e solidarietà. A ciascuno di voi e a tutti i malati ed anziani di questo amato Paese imparto di cuore una speciale Benedizione Apostolica, che estendo volentieri anche alle persone che si prodigano generosamente nell'assistenza.

argomenti

*La fede come elemento
trascendente e facilitante
il risultato terapeutico
nel paziente sofferente...*

*Tecnologia
e dignità umana*

*Il Cappellano,
l'assistenza religiosa
e la cappellania*

La fede elemento trascendente e facilitante il risultato terapeutico nel paziente sofferente

STUDIO CONTROLLATO IN CIECO SU UN GRUPPO DI SOGGETTI
AFFETTI DA PATOLOGIE DOLOROSE CRONICHE

L'intento del presente studio è considerare nella prima parte come l'elemento trascendente della fede possa influire sulla soglia di percezione del dolore e sulla risposta terapeutica. Nella seconda parte del lavoro viene presa in considerazione anche l'interpretazione teologica del fenomeno.

Prima parte Impostazione clinico-statistica

Materiale e Metodo

Lo studio, in cieco (cioè senza conoscere a priori le convinzioni religiose dei pazienti), è stato condotto su 120 pazienti ricoverati in reparti di Medicina Generale per patologie dolorose croniche. All'ingresso in reparto veniva verificata la patologia responsabile del quadro algico; i pazienti venivano quindi suddivisi, secondo un criterio random (assegnazione casuale dei pazienti), in 2 gruppi. Un gruppo di 60 pazienti (gruppo di studio) eseguivano una terapia farmacologica comprendente farmaci antiflogistici non steroidei e vitamina C per via parenterale (Ac. ascorbico 3 g e Acetilsalicilato di lisina 1 g in 250 cc di Sol. Fisiologica); inoltre, veniva effettuato a questi soggetti un test, che abbiamo definito "Test di Trascendenza Spirituale (T.T.S.)", costituito dalla lettura e meditazione di un brano in grado di stimolare il loro patrimonio intimo. Il brano, tratto dal Vangelo di Giovanni, veniva consegnato al paziente con l'invito ad una attenta lettura.

Un secondo gruppo di 60 pazienti presi in esame contemporaneamente (gruppo di controllo) seguivano invece un trattamento farmacologico identico a quello del gruppo di studio, ma non venivano sotto-

posti al T.T.S.

Il trattamento aveva una durata di 10 giorni. Durante questo periodo i soggetti venivano quotidianamente sottoposti ad una valutazione soggettiva del dolore, prima e due ore dopo la somministrazione dei farmaci e, nel gruppo di studio, dopo la somministrazione contemporanea del T.T.S.

L'intensità del dolore veniva valutata mediante una Scala Visiva Analogica (V.A.S.) (Fig. 1) nella quale non vi sono punti di riferimento fissi, tranne il livello di base indicante "nessun dolore" ed il livello massimo indicante "il più forte dolore immaginabile" (Scott J., Huskisson, E.C., 1976). La Scala Visiva Analogica (V.A.S.) è una linea verticale di 10 cm con i due livelli sopra nominati, sulla quale il paziente deve indicare l'intensità del proprio dolore (vedi Fig. 1). La lettura della V.A.S. veniva eseguita mediante una scala divina in 100 mm e, quindi, i rilievi venivano espressi in una scala numerica ordinale (cfr. Bibliografia*).

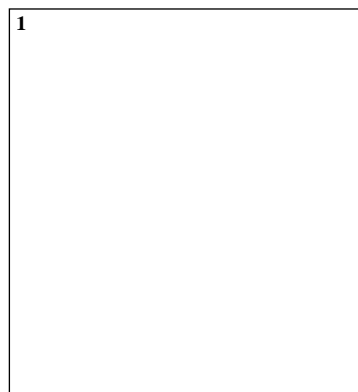


Fig. 1 - Rappresentazione della metodica di misurazione del dolore secondo la Scala Visiva Analogica (V.A.S.). Il paziente viene invitato a indicare su una linea alta 10 cm il livello del proprio dolore; viene, quindi, misurato il valore numerico corrispondente al tratto eseguito dal paziente.

Al termine del trattamento, cioè alla fine del decimo giorno di degenza, è stato chiesto ai pazienti se fossero credenti o no, ottenendo così due sottogruppi nel contesto dei due gruppi iniziali.

In pratica, al termine, si sono delineati 4 gruppi così costituiti:

Gruppo c1: pazienti credenti trattati con T.T.S. (37 soggetti) (Tab. I);

Gruppo a2: pazienti agnostici (non credenti) trattati con T.T.S. (23 soggetti) (Tab. II);

Gruppo c3: pazienti credenti ai quali non è stato somministrato T.T.S. (34 soggetti) (Tab. III);

Gruppo a4: pazienti agnostici (non credenti) ai quali non è stato somministrato il T.T.S. (26 soggetti) (Tab. IV).

L'elaborazione statistica dei risultati è stata eseguita al 1° (T0a e b), 5° (T5a e b) e 10° (T10a e b) giorno di terapia tramite analisi statistica (a=inizio del trattamento; b=controllo dopo due ore).

Il primo controllo statistico effettuato è teso a verificare che la distribuzione delle patologie sia la stessa nei gruppi dei credenti (gruppi c) e degli agnostici (gruppi a). Indicando per semplicità con **V1** la V.A.S. di base e con **Vd** la differenza fra V1 e l'ultimo punteggio della V.A.S., è stata condotta una indagine per stabilire se la distribuzione dei valori di V1 (soglia base di dolore) e di Vd (innalzamento della soglia in seguito a terapia) fossero le stesse per:

a) *credenti ed agnostici* (indipendentemente dalla somministrazione di T.T.S.)

soggetti (c1+c3) e (a2+a4)

b) *soggetti trattati con T.T.S. e senza* (indipendentemente dall'impostazione etico-religiosa)

soggetti (c1+a2) e (c3+a4)

c) *credenti con T.T.S. e senza* soggetti c1 e c3

TAB. I – Gruppo c1: pazienti credenti trattati con T.T.S.

Paziente	Sesso	Patologia	VAS T0a	VAS T0b	VAS T5a	VAS T5b	VAS T10a	VAS T10b
1	m	Lombosciat.	6	5	5	4	4	3
2	m	Emicrania	5	5	4	3	3	3
3	m	ETP pancr.	6	6	5	6	6	4
4	m	ETP colon	7	6	7	7	7	5
5	m	Dol. deaff.	6	6	5	4	4	3
6	m	Gonartrosi	6	4	5	4	4	3
7	m	Per. sca. om.	6	5	5	4	4	3
8	m	Artr. cerv.	4	3	3	3	3	2
9	m	Sacroileite	5	4	4	2	2	2
10	m	Artr. lomb.	6	5	5	3	3	3
11	m	Cef. grapp.	6	6	6	6	6	5
12	m	Lombosciat.	7	6	6	5	5	5
13	m	Artr. cerv.	4	4	4	3	3	2
14	f	Cef. musc.	3	2	2	2	2	2
15	f	Gonartrosi	6	5	6	3	3	3
16	f	Lombosciat.	4	4	4	3	3	3
17	f	Emicrania	6	5	5	1	1	2
18	f	Artr. cerv.	3	2	2	2	2	1
19	f	ETP mamm.	7	7	6	8	8	6
20	f	Cef. musc.	3	2	2	1	1	1
21	f	Coxartrosi	5	3	2	1	1	1
22	f	Artr. lomb.	4	4	4	3	3	2
23	f	Lombosciat.	5	5	5	4	4	3
24	f	Lombosciat.	4	3	1	3	3	1
25	f	Nevr. trig.	6	7	6	6	6	5
26	f	Cef. musc.	5	4	4	3	3	3
27	f	Emicrania	5	4	4	4	4	3
28	f	ETP mamm.	8	7	7	7	7	6
29	f	Art. reum.	5	4	5	4	4	3
30	m	Cef. musc.	5	4	5	4	4	3
31	m	Art. reum.	5	4	4	4	4	4
32	f	Artr. cerv.	5	4	4	4	4	3
33	f	Emicrania	5	4	4	4	4	3
34	f	Cef. musc.	5	5	4	4	4	2
35	f	Emicrania	5	4	4	4	4	3
36	f	Emicrania	5	4	5	4	4	3
37	f	Nevr. trig.	5	4	5	3	3	3
Media V.A.S.			5,216	4,486	4,432	3,891	3,783	3,432
D.S.			1,11	1,28	1,36	1,42	1,59	1,27

17

TAB. II – Gruppo a2: pazienti agnostici (non credenti) trattati con T.T.S.

Paziente	Sesso	Patologia	VAS T0a	VAS T0b	VAS T5a	VAS T5b	VAS T10a	VAS T10b
1	m	Artr. poliart.	6	5	4	6	6	6
2	m	Lombosciat.	7	6	5	4	4	5
3	m	ETP gastr.	8	6	5	5	5	6
4	m	Artr. cervic.	5	4	5	4	4	4
5	m	Artr. lombar.	6	5	6	5	5	5
6	m	ETP gastr.	7	6	6	5	5	5
7	m	Nevr. trigem.	7	6	6	5	5	5
8	m	Gonartrosi	6	4	4	5	5	4
9	m	Lombosciat.	6	5	6	5	5	5
10	m	Coxartrosi	6	6	5	5	5	4
11	f	Lombosciat.	7	6	6	4	4	4
12	f	Emicrania	6	5	4	4	4	4
13	f	ETP mamm.	8	7	6	6	6	6
14	f	Lombosciat.	6	5	5	5	5	5
15	f	Artr. reumat.	7	6	6	6	6	6
16	f	Artr. lombar.	6	6	5	5	5	4
17	f	ETP mamm.	7	6	5	5	5	5
18	f	Coxartrosi	6	5	4	5	5	4
19	f	Sacroileite	5	5	6	4	4	4
20	f	Lombosciat.	5	5	5	4	4	4
21	f	Nevr. trigem.	6	5	5	5	5	4
22	f	ETP utero	6	5	5	5	5	5
23	f	Coxartrosi	6	5	4	5	5	4
Media V.A.S.			6,31	5,4	5,14	4,7	4,87	4,7
D.S.			0,81	0,71	0,75	0,55	0,62	0,75

TAB. III – Gruppo c3: pazienti credenti ai quali non è stato somministrato il T.T.S.

Paziente	Sesso	Patologia	VAS T0a	VAS T0b	VAS T5a	VAS T5b	VAS T10a	VAS. T10b
1	m	Lombosciat.	6	5	5	5	5	5
2	m	Coxartrosi	5	5	4	4	4	4
3	m	Lombosciat.	7	6	7	5	5	5
4	m	Artr. cerv.	4	4	3	3	3	3
5	m	Emicrania	5	4	4	4	4	4
6	m	Cef. grapp.	7	6	6	5	5	4
7	m	Gonartrosi	6	5	5	6	6	4
8	m	Artr. lomb.	4	5	4	3	3	4
9	m	ETP polmoni	6	4	5	3	3	4
10	m	Artr. cerv.	4	2	2	2	2	3
11	m	Nevr. trig.	6	6	6	5	5	5
12	m	ETP gastr.	8	7	7	7	7	6
13	f	Cef. musc.	4	3	2	2	2	2
14	f	Artr. cerv.	2	2	1	0	0	1
15	f	Nevr. herp.	7	5	4	4	4	4
16	f	Artr. lomb.	6	5	6	5	5	4
17	f	Emicrania	4	3	4	3	3	2
18	f	Emicrania	5	3	3	3	3	3
19	f	Lombosciat.	5	7	5	4	4	2
20	f	Coxartrosi	4	3	2	1	1	2
21	f	ETP utero	7	6	6	6	6	5
22	f	ETP mamm.	7	6	7	6	6	5
23	f	Cef. musc.	3	3	3	3	3	2
24	f	Cef. musc.	3	2	2	2	2	1
25	f	Lombosciat.	7	7	6	4	4	3
26	f	ETP. gastr.	6	6	7	4	4	4
27	f	Emicrania	6	5	5	4	4	2
28	f	Lombosciat.	6	7	6	5	5	3
29	f	Gonartrosi	4	4	4	3	3	3
30	m	Cef. musc.	5	4	6	5	5	4
31	f	Coxartrosi	5	5	4	5	5	5
32	f	Artr. reum.	5	5	5	4	4	4
33	f	Cef. musc.	5	5	5	4	4	4
34	f	Coxartrosi	3	3	4	4	4	4
Media V.A.S.			5,21	4,64	4,55	4,17	3,91	3,52
D.S.			1,41	1,47	1,61	1,61	1,46	1,21

18

TAB. IV – Gruppo a4: pazienti agnostici (non credenti) ai quali non è stato somministrato il T.T.S.

Paziente	Sesso	Patologia	VAS T0a	VAS T0b	VAS T5a	VAS T5b	VAS T10a	VAS T10b
1	m	Artr. reum.	6	5	5	4	4	5
2	m	ETP prostata	8	6	6	6	6	6
3	m	Lombosciat.	6	6	5	5	5	5
4	m	Nevr. herp.	7	7	6	4	4	5
5	m	Gonartrosi	6	5	6	5	5	6
6	m	Cef. grapp.	7	6	6	5	5	6
7	m	Lombosciat.	6	6	7	4	4	5
8	m	Per. scap. or.	6	4	5	4	4	4
9	m	Artr. cervic.	6	5	5	4	4	4
10	m	Artr. reum.	6	6	7	6	6	5
11	m	Coxartrosi	7	5	6	4	4	4
12	f	Artr. reum.	7	6	6	6	6	6
13	f	Nevr. trig.	7	6	7	6	6	6
14	f	Cef. musc.	7	6	7	6	6	5
15	f	Artr. lomb.	6	6	5	5	5	4
16	f	Artr. lomb.	6	5	5	5	5	5
17	f	Gonartrosi	5	4	4	4	4	4
18	f	Nevr. trigem.	6	5	6	5	5	6
19	f	ETP mamm.	8	6	7	5	5	7
20	f	ETP pancr.	7	6	6	6	6	5
21	f	Lombosciat.	6	6	5	5	5	5
22	f	Emicrania	7	6	6	6	6	6
23	f	ETP mamm.	7	6	5	6	6	6
24	f	Emicrania	6	5	6	6	6	5
25	f	Lombosciat.	7	7	6	6	6	6
26	f	Lombosciat.	7	6	7	6	6	6
Media V.A.S.			6,53	5,65	5,81	5,11	5,15	5,26
D.S.			0,69	0,73	0,87	0,64	0,81	0,81

d) *agnostici con T.T.S. e senza*

soggetti a2 e a4

e) *soggetti con T.T.S. credenti e non*

soggetti c1 e a2

f) *soggetti senza T.T.S. credenti e non*

soggetti c3 e a4

Tale indagine è volta ad appurare se:

1 – i credenti abbiano una soglia del dolore di base più alta degli agnostici;

2 – la terapia dia migliori risultati sui credenti che sugli agnostici;

3 – il T.T.S. innalzi la soglia di base del dolore;

4 – il T.T.S. migliori i risultati della terapia.

Abbiamo, tuttavia, rilevato che, nell'analisi di distribuzioni asimmetriche come quelle della variabile Vd, il test t di Student non è il più indicato per individuare differenze fra le distribuzioni.

Test più appropriati possono essere il test di Wilcoxon o il test U di Mann-Whitney ossia quei test che appartengono al gruppo di quelli detti di "tendenza centrale". Essi sono indicati per individuare differenze tra 2 distribuzioni. Abbiamo in questo caso impiegato il **test U di Mann-Whitney**.

Risultati

La distribuzione delle patologie è risultata equipartita in modo soddisfacente nei vari gruppi.

Nelle tabelle I, II, III, IV sono riportati i valori, le **medie** e le **deviazioni standard (SD)** per i gruppi nelle 6 consecutive misure V.A.S.

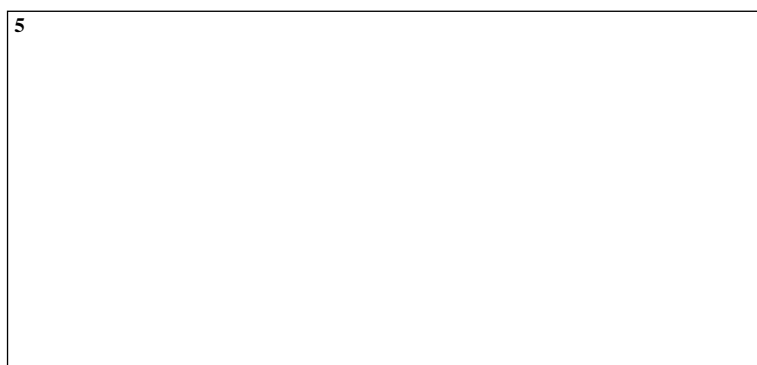
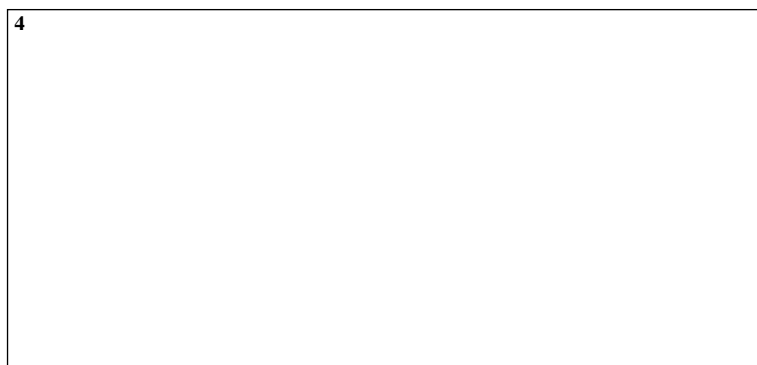
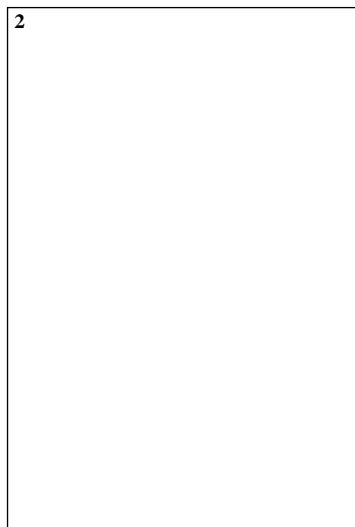
In figura 2 è rappresentato il valore medio per i 4 gruppi nelle 6 consecutive misure V.A.S.

In figura 3 sono rappresentate le diverse distribuzioni di V1 (a sinistra) e Vd (a dx.) dei 4 gruppi c1, a2, c3, a4.

In figura 4 e 5 sono riportate le coppie di distribuzioni rispettivamente di V1 e Vd: a sinistra, dei soggetti a cui è stato somministrato il T.T.S. (c1+a2) e non (c3+a4); a destra, dei soggetti credenti

(c1+c3) ed agnostici (a2+a4).

In figura 6 e 7 sono riportate le coppie di distribuzioni rispettivamente di V1 e Vd dei soggetti a cui è stato somministrato il T.T.S. e non, a sinistra i credenti (c1, c3), a destra gli agnostici (a2, a4);



In figura 8 e 9 sono riportate le coppie di distribuzioni rispettivamente di V1 e Vd dei soggetti credenti ed agnostici, a sinistra quelle di soggetti a cui è stato somministrato il T.T.S. (c1, a2) ed a destra quella dei soggetti a cui non è

Fig. 2 – Medie V.A.S. nelle rilevazioni T0a T0b, T5a, T5b, T10a, T10b, dei gruppi c1, a2, c3, a4.

Fig. 3 – Distribuzioni di V1 (a sinistra) e Vd (a destra) dei gruppi c1, a2, c3, a4.

Fig. 4– Distribuzione di V1 di gruppi cumulati: a sinistra soggetti con e senza T.T.S. (c1+a2, c3+a4); a destra soggetti credenti ed agnostici (c1+c3, a2+a4).

Fig. 5 – Distribuzione di Vd di gruppi cumulati: a sinistra soggetti con e senza T.T.S. (c1+a2, c3+a4); a destra soggetti credenti ed agnostici (c1+c3, a2+a4)

Fig. 6 – Distribuzione di V1 per gruppi (effetto della somministrazione di T.T.S.): a sinistra credenti con e senza T.T.S. (c1, c3); a destra agnostici con e senza T.T.S. (a2, a4).

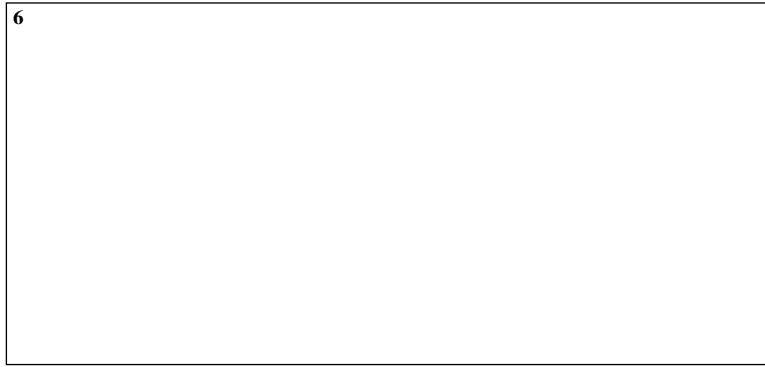


Fig. 7 – Distribuzione di Vd per gruppi (effetto della somministrazione del T.T.S.): a sinistra soggetti credenti con somministrazione di T.T.S. e non (c1, c3); a destra agnostici con T.T.S. e non (a2, a4).

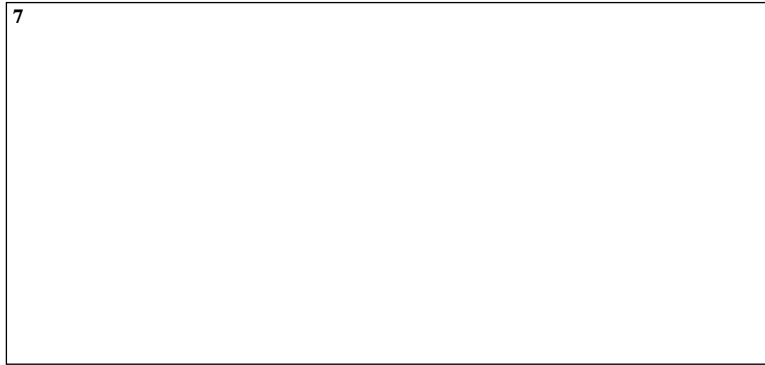
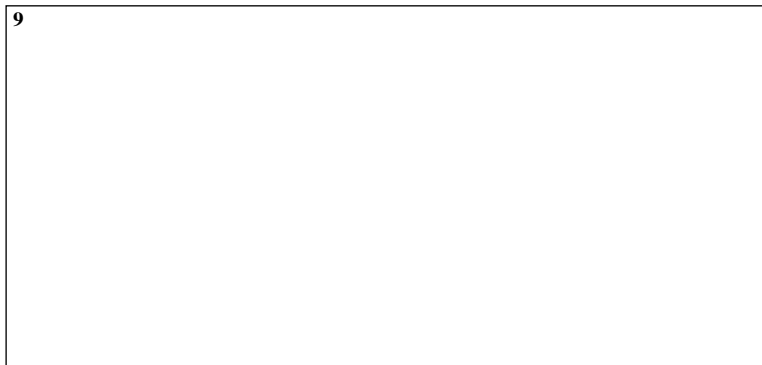
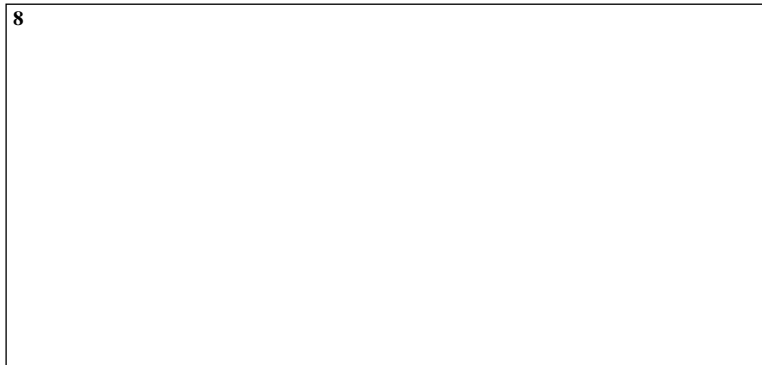


Fig. 8 – Distribuzione di V1 per gruppi (differenza credenti - agnostici): a sinistra soggetti credenti e agnostici con T.T.S. (c1, a2); a destra soggetti credenti ed agnostici senza T.T.S. (c3, a4).

Fig. 9 – Distribuzione di Vd per gruppi (differenza credenti - agnostici): a sinistra soggetti credenti ed agnostici con somministrazione di T.T.S. (c1, a2); a destra soggetti credenti ed agnostici senza T.T.S. (c3, a4).



A) Al test di normalità le distribuzioni di V1 possono considerarsi normali in tutti i 4 gruppi. Il confronto **tra le medie** delle varie distribuzioni effettuato con il test t di Student produce i dati riportati nella tabella V.

B) Al test di normalità le distribuzioni di Vd per i 4 gruppi non risultano normali. Ma, come spesso si opera, anche in tali casi il confronto tra le medie delle diverse distribuzioni è stato effettuato tramite il test t. I risultati sono indicati nella tabella VI.

Dalla tabella V si rivela che:
 – la somministrazione del T.T.S. non cambia significativamente V1 (1-3; 2-4; 1+2+3+4).

– il valore medio di V1 è significativamente diverso per i soggetti del gruppo c ed a (1-2; 3-4; 1+3 – 2+4).

Dalla tabella VI si traggono inoltre le seguenti deduzioni:

– il valore medio di Vd è significativamente diverso tra i soggetti trattati con T.T.S. del gruppo c (1-3) e del gruppo a (2-4) ed ovviamente tra quelli dei gruppi cumulati (1+2) – (3+4) cioè

in media la risposta alla terapia migliora con il T.T.S.

– Il valore medio di Vd è significativamente diverso tra i

stato somministrato (c3, a4). Le medie e le SD delle distribuzioni di V1 e Vd per i gruppi c1, a2, c3, a4 sono:

Nr. casi	37	23	34	26
	V1c1 5.216+1.134	V1a1 6.304+0.822	V1c3 5.206+1.431	V1a4 6.538+0.706
	Vdc1 2.216+0.787	Vda2 1.609+0.656	Vdc3 1.647+1.125	Vda4 1.269+0.667

(cfr. Bibliografia**)

gruppi	nr. gradi libertà	valore t	significatività
1-3	69	0.033	< 5% N.S.
2-4	47	1.050	> 5% N.S.
1-2	58	-3.929	< 1‰
3-4	58	-4.287	< 1‰
1+3 - 2+4	118	-5.932	< 1‰
1+2 - 3+4	118	-0.652	> 5% N.S.

gruppi	nr. gradi libertà	valore t	significatività
1-3	69	2.451	< 1%
2-4	47	1.755	< 5%
1-2	58	3.043	< 5‰
3-4	58	1.429	7.5% N.S.
1+3 - 2+4	118	3.120	< 1‰
1+2 - 3+4	118	3.076	< 1‰

gruppi	Z	significatività
1-3	0.66	N.S.
2-4	1.148	N.S.
1-2	3.757	< 1‰
3-4	3.759	< 1‰
1+3 - 2+4	5.430	< 1‰
1+2 - 3+4	1.108	N.S.

gruppi	Z	significatività
1-3	2.475	< 1%
2-4	1.717	< 3%
1-2	2.883	< 5‰
3-4	1.926	< 5‰
1+3 - 2+4	3.408	< 1‰
1+2 - 3+4	3.255	< 1‰

soggetti credenti ed agnostici se a questi viene somministrato il T.T.S. (1-2) ma non significativamente se non vi è tale somministrazione (3-4). In media i soggetti credenti rispondono meglio alla terapia.

I risultati del confronto del valore delle distribuzioni di V1 e Vd con questo test sono indicati nella tabella VII.

I risultati del test U sono perfettamente compatibili con quelli del test t per la variabile V1.

Il confronto col test U delle distribuzioni di Vd per i diversi gruppi fornisce i dati riportati nella tabella VIII

Secondo il test U risulta una differenza significativa per tutte le 6 coppie di distribuzioni della variabile Vd che risulta significativamente spostata verso valori più alti nel primo gruppo rispetto al secondo.

Dall'analisi sulla distribuzione delle 2 variabili V1 e Vd risulta che:

a) il T.T.S. non aumenta significativamente la soglia iniziale del dolore (come da logica aspettativa) ma migliora significativamente i risultati della terapia con il conseguente innalzamento della soglia nocicettiva (cfr. Tab. V, VI, VII, VIII i gruppi 1+2 verso 3+4);

b) nei credenti c'è una soglia di base più alta (cfr. Fig. 2);

c) nei credenti vi è un miglior risultato della terapia rispetto ai non credenti (cfr. Fig. 5, 7, 9).

Per studiare una eventuale differenza nel modo di variare della V.A.S. nei vari gruppi, durante il trattamento, è stata effettuata sui 120 casi anche una analisi fattoriale, come ulteriore verifica.

In un insieme di curve formate da n determinazioni, gli andamenti sono diversi tra loro. L'analisi fattoriale trova, dalle curve date, due o più curve (i fattori f_1, f_2, \dots) per cui ogni curva dell'insieme è data da una combinazione lineare di questi.

Es. con due:

$c = co + a.f_1 + b.f_2$ con co indicante la curva media della popolazione

dove co è uguale per tutte

a e b sono le percentuali con cui le due curve di base contribuiscono a formare la curva c (pesi)

NB: per ragioni matematiche i fattori sono "ortonormali"

$$f_i * f_j = 0 \text{ se } i \neq j \\ 1 \text{ se } i = j$$

In un problema medico e psicologico spesso viene attribuito, in base all'andamento della curva, un significato al fattore.

Nel nostro caso, il *primo fattore* (*) potrebbe essere chiamato "fattore di miglioramento" (V.A.S. normalizza che tende a decrescere); il *secondo fattore* (o) può essere interpretato come la reazione del soggetto alla terapia per ripristinare lo stato iniziale (cfr. Tab. IX).

Nella proporzione tra questi due andamenti, si ottengono modalità diverse dell'andamento complessivo per un dato soggetto.

Fig. 10a – Fattori principali: 1° (*) “fattore miglioramento”. 2° (o) “fattore di reazione dell’organismo”.

Fig. 10b – Modalità dell’andamento della V.A.S. nei credenti e negli agnostici indipendentemente dai valori iniziali.

Tab. IX

Primo fattore principale (*)	
1	.751
2	.563
3	-.221
4	-.615
5	-.604
6	-.486
Secondo fattore principale (o)	
1	-.248
2	.227
3	.558
4	.238
5	-.223
6	-.399

È possibile, inoltre, separare il valore quantitativo dei dati dalla modalità con cui questi cambiano durante il trattamento.

Dall’analisi dei dati V.A.S. si ottengono due fattori principali (Fig. 10a, 10b); sono stati quindi calcolati, successivamente, per le 2 popolazioni (credenti e agnostici) gli andamenti medi nelle 6 determinazioni, indipendenti dai valori quantitativi dei dati.

Esaminando tali andamenti si osserva che la rapidità di variazione decresce nell’ordine per i diversi gruppi c1, c3, a2, a4 (il gruppo c è quello che presenta la massima variazione tra l’inizio e la fine del trattamento).

Conclusioni

In sintesi, i risultati dello studio sono i seguenti:

1) i pazienti credenti presentano una soglia di percezione del dolore più elevata (cioè avvertono meno il dolore) rispetto ai non credenti;

2) i gruppi dei pazienti credenti hanno, rispetto agli agnostici, migliore risposta al trattamento meditativo.

A conferma di questi dati la differenza (Δ) fra la soglia media di partenza (Media V.A.S. T0a) e quella finale (Media V.A.S. T10b) è nel gruppo c1 di 1,784; nel gruppo c3 di 1,69; nel gruppo a2 di 1,61; nel gruppo a4 di 1,27.

L’analisi di Δ evidenzia come il miglioramento maggiore si abbia nel gruppo dei pazienti credenti sottoposti al T.T.S., e decresca in modo sempre più sensibile negli altri gruppi (rispettivamente credenti senza T.T.S., agnostici con T.T.S., agnostici senza T.T.S.).

Da questo studio il meccanismo fisiopatologico con cui la condizione di fede modula la percezione dello stimolo doloroso può essere spiegato:

a) *neurofisiologicamente* con l’attivazione di fasci inibitori discendenti che modulano la conduzione dello stimolo nocicettivo determinando una minore percezione del dolore (Melzack R. e Wall P.D.);

b) *neurofarmacologicamente* con la liberazione di endorfine, sostanze endogene di natura oppiacea ad azione analgesica (Hughes J. e Coll., 1975; Corradetti R. e Coll., 1978) (cfr. Bibliografia***).

II PARTE

Interpretazione Teologica

Questo studio controllato in cieco su un gruppo di soggetti affetti da patologie dolorose croniche mette il teologo moralista di fronte a dati sperimentali ottenuti da sperimentazioni eseguite con la massima scrupolosità scientifica.

Di essi due attirano anzitutto

to e soprattutto l’attenzione. Il primo dato riguarda la differenza sia della soglia di base del dolore sia i risultati terapeutici tra i gruppi dei pazienti credenti e i pazienti agnostici. I credenti hanno una soglia di base del dolore più alta ed anche i risultati della terapia sono migliori. Il secondo dato riguarda la differenza in base alla somministrazione della lettura di un brano evangelico. La quotidiana lettura meditata ha avuto come effetto tanto l’innalzamento della soglia di base del dolore quanto il miglioramento terapeutico sia per i pazienti credenti che per i pazienti agnostici.

Da ciò si deduce che l’essere credente o meno e la lettura meditata o meno di un brano della Parola di Dio hanno un influsso sia sulla soglia di percezione del dolore che sulla efficacia terapeutica del farmaco.

Già sappiamo dalla scienza che una convinzione etico-religiosa trascendente può attivare fasci inibitori in modo tale da chiudere il cancello agli input degli stimoli dolorosi oppure può favorire il rilascio di endorfine che, a loro volta, bloccano i recettori agli stimoli nocicettivi. Ma, ed è quanto interessa adesso, quale può essere la spiegazione “teologica” di questo meccanismo fisiopatologico? Avverto subito che non intendo mettere in discussione le spiegazioni scientifiche; anzi, trovo nella chiusura del cancello agli input nocicettivi e nel blocco dei recettori un validissimo substrato. Di più, memore l’assioma “*gratia non destruit sed perficit naturam*” cioè la grazia non distrugge ma perfeziona la natura, e ricordando la tesi che la grazia ha un effetto sanante,

queste spiegazioni scientifiche mi sembrano confermare sia l'assioma che la tesi. Pertanto articolo la spiegazione teologica in tre momenti: l'unità ontica dei diversi elementi costitutivi dell'uomo; la forza stimolante dell'elemento trascendente della fede; l'influsso sulla soglia di base del dolore e sulla efficacia terapeutica.

1. L'unità ontica dei diversi elementi costitutivi dell'uomo

Parlando dei costitutivi della persona umana l'Antico Testamento usa tre termini: corpo (*basar*), anima (*nephes*), spirito (*ruach*). Da notare subito che, per quanto significano costitutivi diversi dell'uomo, questi termini indicano pur sempre l'unità dell'essere umano.

Infatti, il termine *nephes*, cioè anima, non ha nulla a che fare con la dicotomia platonica dei termini corpo ed anima, ma indica piuttosto che l'uomo è un vivente nel corpo. Questa importante indicazione antropologica trova una ulteriore conferma nel significato del termine *basar*. In effetti *basar*, cioè corpo, è sinonimo con io, tu, lei. "Mon *basar*", scrive uno dei più grandi studiosi in materia, "c'est moi, être charnel"¹. Tuttavia l'unità dei costitutivi dell'essere umano viene soprattutto indicata dal termine *ruach*. Insomma, l'uomo vive solo fino a quando egli respira, ma questa respirazione, questo suo fiato (*ruach*) gli viene in ogni istante da Dio. È quanto leggiamo nel racconto della creazione dell'uomo: "...allora Jahvè Dio plasmò l'uomo con la polvere del suolo e soffiò nelle sue narici un alito di vita; così l'uomo divenne un essere vivente"².

Dunque, nella sua unità, l'uomo è anzitutto e soprattutto un essere religioso. Ogni uomo, che lo sappia o no, ha un rapporto di *primaria* origine e di *ultimo* fine con Dio. Per indicare questa relazione esistenziale-religiosa dell'uomo con Dio – *Alpha e Omega* –, la Bibbia usa, appunto, il termine *ruach*. In altre parole, quando

gli autori ispirati vogliono rivelare che ogni uomo è, anzitutto e soprattutto, un essere spirituale-corporeo chiamato ad incontrarsi con Dio, usano il termine *ruach*. In questa indicazione costitutiva dell'uomo i padri del Vaticano II colgono il massimo della sua dignità. Scrivono: "La ragione più alta della dignità dell'uomo consiste nella sua vocazione alla comunione con Dio. Fin dal suo nascere l'uomo è invitato al dialogo con Dio: non esiste, infatti, se non perché creato per amore da Dio, da lui sempre per amore è conservato"³.

Ora da questa visione teologica dell'uomo possiamo trarre due conclusioni. La prima: l'uomo "non sbaglia a riconoscersi superiore alle cose corporali e a considerarsi più che soltanto una particella della natura o un elemento anonimo della città umana"⁴. La seconda: l'uomo non "vive pienamente secondo verità se non lo riconosce liberamente e se non si affida al suo Creatore"⁵. Ecco perché, nella sua interiorità, l'uomo trascende l'universo quando volgendosi al cuore, cioè a questa profonda interiorità dove lo aspetta Dio che scruta i cuori, decide sotto lo sguardo di Dio del suo destino. Perciò, tornando a questa profondità l'uomo riconosce di avere un'anima spirituale e importante e non si lascia illudere da fallaci finzioni che fluiscono unicamente dalle condizioni fisiche e sociali, ma va, invece, a toccare la profonda verità stessa delle cose"⁶.

Tuttavia, per cogliere ancora più in profondità questa unità ontico-religiosa dei diversi costitutivi dell'uomo, dobbiamo riflettere sui termini usati da San Paolo: *soma* (corpo), *psyche* (anima), *pneuma* (spirito). Con il termine *soma* egli indica tutto l'uomo nella sua viva e vivente realtà esistenziale in relazione a Cristo e allo Spirito Santo. "Non sapete, scrive ai Corinzi, che i vostri corpi sono membra di Cristo?" "O non sapete che il vostro corpo è tempio dello Spirito Santo che è in voi e che avete da Dio?... Glorificate dunque Dio nel vostro cor-

po"⁷. Tuttavia, ed è quanto qui interessa maggiormente, l'Apostolo parla di uno stile di vita dell'uomo *somatico* che gli è proprio a causa della presenza, nella sua più profonda interiorità, dello Spirito del Padre e di Cristo. L'uomo somatico è abilitato ad un culto spirituale ossia ad offrire il suo corpo" come sacrificio vivente, santo e gradito a Dio;⁸. In altri termini, lo Spirito di Cristo, presente nell'uomo, dà alla sua esistenza corporea un valore culturale gradito a Dio. Di più, questa presenza dello Spirito è soprattutto la causa della partecipazione dell'uomo somatico alla *doxa*, cioè alla gloria di Cristo. Il miracoloso convertito sulla via di Damasco non ci lascia il minimo dubbio in proposito: "E se lo Spirito di colui che ha resuscitato Gesù dai morti abita in voi, colui che ha resuscitato Cristo dai morti darà la vita anche ai vostri corpi mortali per mezzo del suo Spirito che abita in voi"⁹.

L'uomo somatico è l'uomo che vive una vita guidata dallo Spirito e, quindi, partecipa già alla risurrezione di Cristo. È l'uomo che ha già ferito alla radice tutte le forze nemiche, perché in grado di distruggere, in virtù della presenza dello Spirito di Cristo, il peccato nel suo cuore. In effetti "la risurrezione di Cristo ferì mortalmente con la grazia alla radice tutte le forze distruttrici del peccato e della morte racchiuse nel cuore dell'uomo, che corrompono il mondo e sono causa di ogni sorta di servitù e di schiavitù"¹⁰. Dunque, ed è quanto interessa rilevare, l'uomo *pneumatico* ha, secondo San Paolo, nel suo cuore un patrimonio intimo capace di superare, in radice, tutti i mali anche quelli della sofferenza e della morte.

A questo punto mi preme notare come questa antropologia teologica è in piena armonia con le aspirazioni naturali più segrete del cuore umano perché, oltre a difendere la dignità della persona umana, essa ridona speranza a quanti disperano ormai in un destino più alto. Questa armonia diventa ancora più vera e verace qualora accettiamo che tutta la

creazione attende “con impazienza la rivelazione dei figli di Dio... e nutre la speranza di essere lei pure liberata dalla schiavitù della corruzione, per entrare nella libertà della gloria dei figli di Dio”¹².

Ecco perché, dato che nessun uomo può sfuggire del tutto agli interrogativi enigmatici della vita, della morte, della colpa e del dolore, questo discorso evangelico di difesa della dignità e di speranza del cuore invita ogni uomo ma, soprattutto, il malato ad una riflessione meditata. In effetti, la dignità e la speranza trovano proprio *in Dio* il loro fondamento e la loro perfezione perché *da Dio* l'uomo riceve le doti di intelligenza e di libertà, ma soprattutto perché *da Dio* è chiamato a comunicare con Lui in qualità di figlio e a partecipare alla sua stessa felicità¹³. La struttura unitaria ontico-religiosa di ogni essere umano spiega dunque, molto bene, dal punto di vista teologico, perché è più che giusto somministrare soprattutto ai malati un brano evangelico da leggere e meditare. Infatti, “soltanto Dio dà una risposta piena e certa, lui che chiama l'uomo a pensieri più alti e a ricerche più umili”¹⁴.

Naturalmente, e ciò porta al secondo e principale momento della spiegazione teologica in tema algologico, l'accoglienza della risposta mediante la lettura meditata della Parola di Dio presuppone un atteggiamento di fede.

2. La forza stimolante dell'elemento trascendente della fede

Quando Dio volle manifestare e comunicare di se stesso e dei decreti eterni della sua volontà riguardo alla salvezza degli uomini trascende assolutamente la comprensione della mente umana¹⁵. In altre parole e con più precisione: “A Dio che rivela è dovuta l'*obbedienza della fede* (cfr. Rom. 16, 26; Rom. 1, 5; 2 Cor. 10, 5-6), con il quale l'uomo si abbandona tutto a Dio liberamente, prestando «il pieno ossequio dell'intelletto e della volontà a Dio che rivela» e as-

sentendo volontariamente alla rivelazione data da lui”¹⁶. Appunto perché la fede è un dono trascendente, l'uomo necessita, perché possa prestare l'obbedienza alla fede de “la grazia di Dio che previene e soccorre e gli aiuti interiori dello Spirito Santo, il quale muova il cuore e lo rivolga a Dio, apra gli occhi della mente, e dia «a tutti dolcezza nel consentire e credere alla verità»”¹⁷. Aggiungo ancora, ed è molto importante per la spiegazione teologica, lo stesso Spirito santo perfeziona continuamente la fede per mezzo dei suoi doni, affinché l'intelligenza della rivelazione diventi sempre più profonda¹⁸. La fede, concepita come obbedienza, connota dunque una struttura dialogica: Dio si rivolge all'uomo e questi ascolta e risponde.

Ora nel presente studio controllato in cieco la fede in quanto elemento trascendente ha come funzione di misurare (la funzione di misurare) una eventuale variazione sia della soglia di base del dolore che del risultato terapeutico del farmaco. A ciò venne somministrato, in concreto, un testo che presenta Dio come la fonte di amore, non solo perché Egli è Amore da dove ogni amore origina, ma, e ciò è molto importante per il malato che legge e medita, anche e soprattutto, perché rivela che chi sta nell'amore dimora in Dio e Dio dimora in lui. La meditazione su questo reciproco divino-umano dimorare nell'amore intende effettuare nel malato un atteggiamento esistenziale di fiducioso abbandono teologico nell'amore di Dio, affinché ne risulta una migliore sopportazione del dolore e una maggiore efficacia farmacologica.

Prima di continuare la spiegazione teologica rilevo con i vescovi italiani la situazione di profonda crisi “soggettiva” in merito. “Il fenomeno della secolarizzazione, nel quale vive il cristiano di oggi, non mette soltanto in crisi la sua fede, ma forse in modo ancora più profondo scalfisce la sua presenza teologica, per la vita presente e futura non sfuggono, infatti, alla crisi provocata

dal secolarismo le realtà più grandi e drammatiche della vita dell'uomo, quali la sofferenza, la malattia e la morte. Anzi, proprio a riguardo di questa realtà si sta operando un cambiamento di mentalità e di sensibilità che finisce per intaccare il significato cristiano della esistenza umana”¹⁹.

“L'invocare Dio come «terapeuta», come Colui che può compiere cose che non sono in potere dell'ingegno umano, sembra sconveniente e superstizioso ad un uomo che tende ormai a considerarsi unico arbitro del proprio destino”²⁰.

Eppure l'uomo che riflette sulla compassione di Cristo per i malati non troverà né sconveniente e ancora di meno superstizioso ricorrere a lui come ad un medico, basta aprire il Vangelo e seguirlo mentre percorre la Galilea guarendo i malati e cacciando i demoni. Torna davvero come un ritornello nella vita di Gesù che egli dà sollievo a chi soffre e a chi si trova in uno stato di miseria. L'evangelista Marco racconta che Cristo approdò nella regione di Genesaret e appena sbarcato, “gli abitanti lo riconobbero e, percorrendo tutta quella regione, cominciarono a portargli i malati sui loro lettucci, dovunque venivano a sapere che si trovasse Gesù. E dovunque egli giungeva nei villaggi, nelle città, nelle borgate, deponevano i malati sulle piazze e lo supplicavano che permettesse loro di toccargli almeno la frangia del mantello. E tutti quelli che lo toccavano erano guariti”²¹. Queste guarigioni erano le credenziali messianiche preannunciate dal profeta Isaia: “Dite agli smarriti di cuore: «Coraggio!»! Non temete: ecco il vostro Dio... Egli viene a salvarvi. Allora si apriranno gli occhi dei ciechi e si stureranno le orecchie dei sordi. Allora lo zoppo salterà come un cervo, griderà di gioia la lingua dei muti...”²². “La compassione di Cristo verso i malati e le sue numerose guarigioni di infermi di ogni genere, precisa il Catechismo della Chiesa Cattolica, sono un chiaro segno del fatto che «Dio ha visitato il suo popolo» (Lc 7, 16) e che il Re-

gno di Dio è vicino”²³. Tuttavia, ed è questo il fondamento della spiegazione teologica, non si tratta di interventi magici, perché Cristo esige sempre un atteggiamento di fede. Anzi, la guarigione, come dice Lui stesso, è piuttosto l’effetto della fede del malato. Un giorno una donna, che da dodici anni soffriva d’un flusso di sangue, venne tra le folle alle spalle di Gesù e gli toccò il mantello. «Poiché diceva: «Se riesco a toccare anche solo le sue vesti sarò guarita». All’istante si seccò la fonte da cui perdeva il sangue ed essa sentiva nel suo corpo che era guarita dalla piaga. Subito Gesù ebbe coscienza che da lui era uscita una forza e, rivolto alla folla, disse: «Chi ha toccato le mie vesti?» I suoi discepoli gli risposero: «Vedi la folla che ti schiaccia e domandi “Chi mi ha toccato?”. Ma Gesù si guardava intorno per vedere colei che lo aveva fatto. Allora la donna, spaurita e tremante, ben sapendo ciò che le era accaduto, venne a gettarsi ai suoi piedi e gli disse la verità. Gesù le disse: «Figlia la tua fede ti ha salvato: va’ in pace e sii guarita dalla tua infermità»”²⁴.

La reazione di Gesù evidenzia senza alcuna possibilità di equivoco, che il contatto tra la donna e lui non è stato di ordine fisico, come pensavano i discepoli, ma di ordine “trascendente” vale a dire, come lui stesso afferma, di “fede”. Questa donna è entrata nella sua profonda interiorità, dove essa trascendeva l’universo e dove Cristo (Dio), che scrutava il suo cuore, le parlava perché decidesse del suo destino. Nella sua profonda interiorità ebbe luogo quel dialogo di fede che alla donna fece dire: «se riesco a toccare anche solo le sue vesti sarò guarita» e così avvenne. Infatti, Gesù le disse: «Figlia la tua fede ti ha salvata:... sii guarita dalla tua infermità». Qui è dunque chiarissimo che la causa della guarigione è stata la fede della donna. Gesù stesso ne dà la più convincente testimonianza, quando dice di essersi sentito toccare dalla fede della donna al momento che ebbe

coscienza che da lui era uscita una forza.

Che la fede, come elemento trascendente, è decisiva per un incontro divino-umano che facilita il risultato terapeutico nel paziente sofferente, trova una prova pertinente nel caso della guarigione di un ragazzo indemoniato. Dopo aver rimproverato tutti che sono increduli, Gesù chiede di condurre il ragazzo da lui. Visto Gesù, il maligno squassò convulsamente il ragazzo. Alla domanda di Gesù che desiderava sapere da quanto tempo questo accadesse, il padre risponde: “dall’infanzia”. Poi si

rivolge a Gesù dicendo: “se qualcosa puoi, aiutaci per pietà! Se puoi! – disse Gesù – tutto è possibile a chi crede! Il padre del ragazzo subito gridò: «Io credo! Vieni in aiuto alla mia mancanza di fede»... Gesù... intimò allo spirito immondo: «Signore muto e sordo, io ti ordino: esci da lui e non entrarvi mai più»... Il fanciullo diventò come morto... Ma Gesù, prendendogli le mani, lo rialzò e quello stette in piedi”²⁵.

A scanso di equivoci, devono essere rilevati con grande chiarezza due punti. Il primo è che Gesù non ha voluto guarire tutti i malati e meno ancora ha voluto togliere la malattia e la morte dalla vita terrena dell’uomo. “Secondo la fede cristiana la malattia ha la sua origine, oltre nella finitezza

della creatura umana, nella corruzione introdotta nel mondo dal peccato”²⁶. Tuttavia è proprio questo nesso tra peccato e malattia che spiega l’attenzione tutta particolare di Gesù per i malati. I vescovi italiani affermano: “Gesù, che è venuto a togliere il peccato del mondo, ha perciò avuto un’attenzione tutta particolare per i malati e ha manifestato verso di loro la sua infinita misericordia, liberando dalle infermità quanti ricorrevano a lui con fede e gli venivano portati con fiducia”²⁷.

Il secondo punto rileva che Gesù risponde all’atteggiamento della fede del malato con una azione miracolosa. Comunque questo non toglie forza alla spiegazione teologica; anzi, la conferma. Anzitutto perché ogni guarigione miracolosa dai mali fisici aveva il valore di essere un segno e il preludio della liberazione dal peccato, che era appunto la causa della morte e della malattia²⁸. La fede è, quindi, chiaramente la forza che affronta la malattia nella sua radice. Pertanto, la spiegazione teologica, coglie, giustamente, negli atteggiamenti trascendenti della fede e della fiducia teologici riguardanti la compassione divina in favore dei malati fattori in grado di alzare la soglia di base del dolore e aumentare l’efficacia terapeutica della somministrazione dei farmaci. A questo punto resta ancora da spiegare come questi elementi trascendenti, stimolati da una prolungata lettura meditativa di un brano evangelico, influiscono sul meccanismo fisiopatologico senza che si tratti di un’azione miracolosa.

3. L’influsso trascendente sulla soglia di base del dolore e l’efficacia terapeutica

Per facilitare la comprensione di quanto segue e rilevare la connessione logica riassumo brevemente il discorso fin qui svolto.

Dai grafici della Variazione Media VAS nei 4 gruppi risulta con la massima evidenza l’influsso della credenza e

della lettura meditata sulla soglia di base del dolore e sulla efficacia della terapia farmacologica²⁹. Nell'intento di spiegare questi dati sperimentali dal punto di vista teologico ho elaborato, come premesse, l'unità ontica degli elementi costitutivi di ogni persona umana prima, e la forza stimolatrice dell'elemento trascendente della fede, poi. È da queste premesse che deduco adesso alcune conclusioni per spiegare le indicate variazioni in tema algologico: il reciproco influsso tra i vari costitutivi e il dominante influsso del costitutivo spirituale su tutto l'essere della persona. Naturalmente qui interessa principalmente l'influsso trascendente sulle persone affette da patologie dolorose croniche.

La conclusione esplicativa del reciproco influsso di base anzitutto sul significato paolino della parola *sarx* ossia *carne*. Con questo termine l'Apostolo indica la concupiscenza, vale a dire ogni forma veemente di desiderio umano che si oppone ai dettami della ragione umana. Perciò la concupiscenza si identifica con l'opposizione della carne allo spirito³⁰. La carne "ingenera disordine nelle facoltà morali dell'uomo e, senza essere in se stessa un peccato, inclina l'uomo a commettere il peccato"³¹.

Così è chiaro che "già nell'uomo, essendo un essere *composto, spirito e corpo*, esiste una certa tensione, si svolge una certa lotta di tendenze tra «lo spirito» e «la carne». Ma essa di fatto appartiene all'eredità del peccato, ne è una conseguenza e, al tempo stesso, una conferma. Fa parte dell'esperienza quotidiana del combattimento spirituale"³².

Ora appunto da questo combattimento spirituale tra lo spirito e la carne consegue che l'uomo *carnale* è chiamato a diventare l'uomo *somatico* ossia l'uomo che è un corpo pneumatizzato oppure che è un pneuma incarnato. L'Apostolo ce lo rivela quando scrive ai Galati: "Ma se vi lasciate guidare dallo Spirito, non siete più sotto la legge... I frutti dello Spirito... sono: ca-

rità, gioia, pace, longanimità, benignità, bontà, fedeltà, mitezza, temperanza. Contro azioni del genere non v'è legge. Quelli che appartengono a Cristo hanno crocifisso la carne con le sue passioni e le sue voglie. Se viviamo dello Spirito, conformiamoci allo Spirito"³³. Ecco come San Paolo evidenzia il reciproco influsso "esistenziale" dei costitutivi ontici di ogni persona umana, tanto negativo per il male della "carnalizzazione" quanto positivo per il bene della "spiritualizzazione". Ovviamente qui interessa la dinamica della spiritualizzazione.

Nota subito che questa dinamica è, anzitutto e soprattutto, opera di Cristo e del suo Spirito. È ancora San Paolo a rivelarcelo. "...anche noi tutti vivemmo un tempo secondo le nostre passioni carnali, seguendo i desideri della carne e dei malvagi pensieri, ed eravamo così, a causa delle naturali inclinazioni, oggetto dell'ira allo stesso modo degli altri. Ma Dio, ricco di misericordia, per la grande carità con cui egli ci ha amati, morti com'eravamo per le nostre colpe, ci ridonò la vita con Cristo – per la grazia siete stati salvati – e con lui ci risuscitò e ci fece sedere nelle regioni celesti, in Cristo Gesù; per dimostrare nei secoli avvenire la sovrabbondante ricchezza della sua carità, per la sua bontà verso di noi in Cri-

sto Gesù"³⁴. Non si tratta dunque per San Paolo di discriminare e di condannare il corpo, che con l'anima spirituale costituisce la natura dell'uomo e la sua soggettività personale, ma di avere cura delle opere, o meglio delle stabili disposizioni – virtù e vizi – moralmente *buone o cattive*, che sono frutti di *sottomissione...* oppure di *resistenza... all'azione salvifica dello Spirito Santo*³⁵. Ma già eccoci al discorso sulla conclusione esplicativa della forza stimolatrice dell'elemento trascendente della fede e il conseguente influsso determinante pneumatico sul meccanismo fisiopatologico.

In effetti, è per opera di Cristo e del suo Spirito che siamo ormai in grado di vivere da uomo somatico nelle opere dello Spirito contro la carne e ciò, appunto, per mezzo della fede, "poiché, precisa San Paolo, per la grazia siete stati salvati, per mezzo della fede; e questo non da voi: è un dono di Dio; non per le opere, affinché nessuno abbia a vantarsi. Noi siamo, infatti, opera di lui, creati in Cristo Gesù in vista delle opere buone, predisposte da Dio perché noi le praticassimo"³⁶. Insomma: chi vive dello Spirito, cammina anche secondo lo Spirito³⁷.

In altre parole, "nella vita cristiana, lo Spirito Santo compie la sua opera mobilitando tutto l'essere, compresi i suoi dolori, i suoi timori e le sue tristezze, come è evidente nell'Agonia e nella Passione del Signore"³⁸. Ciò spiega perché i cristiani, pur conoscendo come tutti gli uomini la portata drammatica della malattia e avvertendone la complessità, "ma illuminati e sorretti dalla fede, hanno modo di penetrare più a fondo il mistero del dolore e sopportarlo con più virile fermezza"³⁹. Qui è chiarissimo che la fede quale elemento trascendente di luce e di sostegno effettua un duplice influsso: in quanto luce abilita ad una più profonda penetrazione del mistero del dolore e in quanto sostegno abilita ad una più virile sopportazione del medesimo.

A questo punto rilevo che sono, precisamente, questi in-

flussi della fede che la Chiesa professa quando offre ai credenti il segno particolare dell'amore misericordioso di Cristo verso coloro il cui stato di salute è seriamente compromesso per malattia o vecchiaia verso le quali il dono speciale di grazia è rappresentato dal sacramento dell'unzione degli infermi. Celebrando questo sacramento, "tutta la chiesa raccomanda gli ammalati al Signore sofferente e glorificato, perché alleggerisca le loro pene e li salvi, anzi li esorta a unirsi spontaneamente alla passione e alla morte di Cristo, per contribuire così al bene del popolo di Dio"⁴⁰. Faccio notare che il Catechismo della Chiesa Cattolica insegna esplicitamente il suddetto duplice influsso della fede-dono dello Spirito Santo. "La grazia fondamentale di questo sacramento è una grazia di conforto, di pace e di coraggio per superare le difficoltà proprie dello stato di malattia grave o della fragilità della vecchiaia. Questa grazia è un dono dello Spirito Santo che rinnova la fiducia e la fede in Dio e fortifica contro le tentazioni del maligno, cioè contro la tentazione di scoraggiamento e di angoscia di fronte alla morte"⁴¹.

Ecco come Cristo continua ad assistere nel tempo e nello spazio, attraverso la forza del suo Spirito, ogni uomo ed ogni credente che stimola in qualche modo, per mezzo del dono trascendente della fede, il costitutivo più intimo del suo essere, ossia il *ruach* o la *pneuma*. Lo Spirito di Cristo intende, con questo stimolo di fede, non solo guarire l'anima del malato ma anche, se è salutare, il suo corpo. Questo influsso della fede risulta evidente dal sacramento istituito "ad hoc" da Cristo ed annunziato da S. Giacomo. Quanto Cristo «medico del corpo e dello spirito»⁴² ha istituito, viene infatti annunziato da S. Giacomo come segue: «Chi è malato, chiami a sé i presbiteri della Chiesa e preghino su di lui, dopo averlo unto con l'olio, nel nome del Signore. E la preghiera fatta con fede salverà il malato: il Signore lo rialzerà...»⁴³.

A scanso di equivoci preciso che si tratta qui, è vero, del rito specifico istituito da Cristo in favore degli infermi, ma ciò non toglie nulla al valore probativo della presente spiegazione teologica; anzi. Infatti, questo rito sacramentale rappresenta soltanto il massimo e non l'unico aspetto dell'influsso che effettua la fede e la fiducia teologica in tema algologico. La chiesa, precisa il Catechismo della Chiesa Cattolica, "crede nella presenza vivificante di Cristo medico delle anime e dei corpi. Questa presenza è particolarmente operante nei sacra-

menti e in modo tutto speciale nell'Eucaristia, pane che dà la vita eterna e al cui legame con la salute del corpo San Paolo allude"⁴⁴. L'Apostolo allude a chi, quando mangia e beve, non discerne il corpo del Signore⁴⁵. Comunque, ed è quanto intendo affermare, l'invito di Cristo rivolto ai suoi discepoli di "guarire gli infermi" non si limita alla celebrazione dell'unzione degli infermi, ma si estende a tutte le cure in favore dei malati. Pertanto, precisa ancora il Catechismo, la Chiesa cerca di attuare questo compito che ha ricevuto dal Signore sia attraverso le cure che presta ai malati sia mediante la preghiera di intercessione con la quale li accompagna⁴⁶.

Ora, e ciò è della massima importanza, in questo studio

abbiamo voluto attuare il compito di "guarire gli infermi", appunto anche, mediante la somministrazione di una lettura meditata dalla Parola di Dio. Volevamo stimolare la fede nella presenza vivificante di Cristo medico delle anime e dei corpi e, di conseguenza, controllare scientificamente quale influsso trascendente avesse la forza della fede in tema algologico. I grafici evidenziano chiaramente la effettiva variazione, sui quattro gruppi, della soglia di base del dolore e dell'efficacia terapeutica. Questa evidenza "scientifica" ha trovato alla luce della fede della Chiesa, che nella Parola di Dio è presente lo Spirito vivificante di Cristo, medico delle anime e dei corpi, una validissima spiegazione "teologica" in base all'unità ontico-religiosa dei costitutivi della persona umana e alla forza stimolante dell'elemento trascendente della fede.

Confrontando la spiegazione "scientifica" con quella "teologica" della Variazione Media VAS nei 4 Gruppi, sono persuaso che ci troviamo di fronte alla conferma del rapporto "perfettivo e sanante" della grazia con la natura. L'unità ontico-religiosa dei diversi costitutivi spiega, chiaramente, non solo il loro influsso reciproco, ma soprattutto l'influsso dominante del costitutivo pneumatico su quello somatico. La grazia della fede ha effettuato un influsso sulla soglia del dolore, sia chiudendo il cancello agli inputs nocicettivi, sia bloccando i recettori deputati alla percezione dello stimolo doloroso mediante la liberazione di endorfine.

Per dare a questa interpretazione ancora maggiore peso mi rifaccio all'insegnamento della Chiesa sull'uomo nel Paradiso. Interpretando autenticamente il simbolismo del linguaggio biblico, la Chiesa insegna che tutte le dimensioni della vita dell'uomo erano potenziate dall'irradiazione della grazia della santità originale, per cui "finché fosse rimasto nell'intimità divina, l'uomo non avrebbe dovuto né morire, né soffrire. L'armo-

nia interiore della persona umana, l'armonia tra l'uomo e la donna, infine l'armonia tra la prima coppia e tutta la creazione costitutiva la condizione detta «giustizia originale»⁴⁷. Dunque, l'irradiamento della grazia nell'anima del primo uomo era tale da impedire che il suo corpo, pur essendo mortale, morisse e che il suo corpo, pur essendo sofferente, soffrisse. L'anima-spirituale era talmente potenziata dalla grazia di Dio da avere un tale influsso sul corpo-materiale da impedire che morisse e che soffrisse. Ora sorge la domanda certamente non retorica: perché la fede non può potenziare talmente l'anima da avere un influsso sul corpo sofferente tale da alzarne la soglia del dolore e da migliorarne il recupero della salute? La risposta affermativa della spiegazione teologica acquista ancora più forza persuasiva se pensiamo che la presenza vivificante dello Spirito di Cristo è garante, perché autore, della risurrezione del corpo. Se l'irradiamento della grazia paradisiaca può impedire che il corpo «mortale e sofferente» dell'uomo muoia e soffra, tanto più la forza della fede nella presenza dello Spirito vivificante stimolata dalla lettura meditativa della sua Parola è capace di alzare la soglia del dolore e di migliorare l'efficacia terapeutica del corpo che, sì, morirà, ma risorgerà immortale per mezzo, appunto, dello Spirito di Cristo che abita in noi.

Conclusioni

Da quando detto gli Autori si sentono di affermare che:

1) la Fede crea in ciascun individuo una valenza etica di potenziamento o di ritrovamento del proprio Io Spirituale talmente elevata ed autonoma che innalza la soglia del dolore nei pazienti credenti;

2) ciascun individuo, anche se agnostico o indifferente ad impostazioni etico-religiose, è stimolato per la sua configurazione comunque divina, perché entità ad immagine e somiglianza di Dio anche se a lui inconscia, da riferimenti di ti-

po trascendente quali la lettura con meditazione di un brano che ricordi una presenza superiore, cui far riferimento.

Ciò conferma che la Fede stimolata da una meditata lettura evangelica crea un miglior vissuto della malattia in generale e dello stato doloroso in particolare.

Prof. PIERLUIGI ZUCCHI, S.O.,
Direttore dell'Istituto
per lo Studio e la Terapia del Dolore

Padre BONIFACIO HONINGS,
O.C.D.,
Docente di Teologia Morale presso
la Pontificia Università Urbaniana,
TERESIANUM

Bibliografia

*
«Dio è amore; chi sta nell'amore dimora in Dio e Dio dimora in lui.

Per questo l'amore ha raggiunto in noi la sua perfezione, perché abbiamo fiducia nel giorno del giudizio; perché, come è lui, così siamo anche noi in questo mondo. Nell'amore non c'è timore, al contrario l'amore perfetto scaccia il timore, perché il timore suppone un castigo e chi teme non è perfetto nell'amore.

Noi amiamo, perché egli ci ha amati per primo. Se uno dicesse: «Io amo Dio», e odiasse il suo fratello, è un mentitore. Chi infatti non ama il proprio fratello che vede, non può amare Dio, che non vede. Questo è il comandamento che abbiamo da lui: chi ama Dio, ami anche il suo fratello.

Chiunque crede che Gesù è il Cristo, è nato da Dio: e chi ama colui che ha generato, ama chi da lui è stato generato. Da questo conosciamo di amare i figli di Dio: se amiamo Dio e ne osserviamo i comandamenti, perché in questo consiste l'amore di Dio, nell'osservare i suoi comandamenti; e i suoi comandamenti non sono gravosi. Tutto ciò che è nato da Dio vince il mondo; e questa è la vittoria che ha sconfitto il mondo: la nostra fede».

I Giovanni, 4, 16-11; 5, 1-4;

**

WILCOXON S., *Individual comparisons by ranking methods*, Biometrics Bull., 1(1945) 80-83

MANN H.B. and WHITNEY D.R., *On a test with one of two random variables is stochastically larger than the other*, Ann. Mat. Statist., 18(1947) 50-60

CORRADETTI R., PEPEU G., *Le endorfine*. In: C.A. PAGNI, P. PROCACCI, V. VENTAFRIDA (Eds.), *Il Dolore: problemi di fisiopatologia e terapia*, Edizioni Libreria Cortina, Verona, 1978, pp. 83-94.

HUGHES J., SMITH T.W., KOSTERLITZ

H.W., FOTHERGILL L.A., MORGAIN B.A., MORRIS H.R., *Identification of two related pentapeptides from the brain with potent opiate agonist activity*, Nature, 258 (1975) 577-579.

MELZACK R. and WALL P.D., *Pain mechanisms: a new theory*, Science, 150 (1965) 971-979.

Note

¹ D. LIJS, *La chair dans l'Ancien Testament*, «Bas'ar», Parigi, 1967, p. 113.

² Genesis, 2, 7; cf. B. HONINGS, *Procreare è amare la vita con l'amore creatore di Dio*, in «Conoscere, amare, servire la vita», Dolentium Hominum, n. 28, X, 1995, 1, p. 181-186.

³ Costituzione Pastorale sulla Chiesa nel mondo contemporaneo, *Gaudium et Spes*, n. 19; in seguito citerò GS, n. ...

⁴ GS, n. 14.

⁵ GS, n. 19.

⁶ GS, n. 14.

⁷ I Cor. 6, 15.

⁸ I Cor. 6, 19-20.

⁹ Rom. 12, 1.

¹⁰ Rom. 8, 11.

¹¹ B. HONINGS, *Una irenologia della chiesa per il mondo di oggi*. Roma, Edizioni Centena 1993, p. 205-206.

¹² Rom. 8, 19-21.

¹³ GS, n. 21.

¹⁴ Costituzione dogmatica sulla Divina Rivelazione, *Dei verbum*, n. 6, in seguito citerò DV, n. ...

¹⁵ DV, n. 6.

¹⁶ DV, n. 5.

¹⁷ *Ibidem*.

¹⁸ Cf. *Ibidem*.

¹⁹ CEI, *Evangelizzazione e sacramenti della penitenza e dell'unzione degli infermi*, Collana-Documenti CEI, n. 11, ELLE DI CI Torino 1974, n. 118.

²⁰ CEI, *ibidem*, n. 123.

²¹ Mc, 6, 55-56.

²² Isaia, 36, 4-6.

²³ CCC, n. 1503.

²⁴ Mc, 5, 27-34.

²⁵ Mc, 9, 20-27.

²⁶ CEI, *Evangelizzazione...*, n. 132.

²⁷ CEI, *Evangelizzazione...*, n. 133.

²⁸ Cf. *ibidem*.

²⁹ Cf. sopra p. 22

³⁰ Scrive: «Vi dico dunque: camminare secondo lo Spirito e non rischierete di appagare le voglie della carne. La carne, infatti, ha voglie opposte allo Spirito e lo spirito ha desideri opposti alla carne: essi stanno in lotta tra loro, così che voi non fate ciò che vorreste». (Gal. 5, 16-17).

³¹ CCC, n. 2515.

³² CCC, n. 2516.

³³ Gal. 5, 18, 22-25.

³⁴ Ef. 2, 3-7.

³⁵ GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Dominum et Vivificantem*, 55;

³⁶ Ef. 2, 8-10.

³⁷ Cf. Gal. 5, 25.

³⁸ CCC, n. 1769.

³⁹ CEI, *Evangelizzazione e sacramenti della Penitenza e dell'Unzione degli Infermi*, ELLE DI CI, Torino 1974, n. 131.

⁴⁰ CCC, n. 1499.

⁴¹ CCC, n. 1520.

⁴² Costituzione sulla Sacra Liturgia, *Sacrosanctum Concilium*, n. 5.

⁴³ Giac. 5, 14-15.

⁴⁴ CCC, n. 1509.

⁴⁵ ICO 11, 30.

⁴⁶ Cf. CCC, n. 1509.

⁴⁷ CCC, n. 376.

Vorrei iniziare questo mio intervento con una domanda: "Perché oggi esistono tante situazioni di disumanizzazione, di indifferenza, e persino di violazione dei diritti dei malati?". La risposta è nella perdita o nella carenza dell'aspetto "mistico" nella nostra professione, di questa "mistica" nel servizio ai malati e nel rifiuto di ciò che va oltre la pura funzione e attività sanitaria.

Riferendosi al mondo attuale, Saint-Exupéry diceva: "ogni sentimento umano viene ridicolizzato, e gli uomini non vogliono lasciarsi destare alla vita dello spirito". Ciò può essere perfettamente applicato al nostro mondo ospedaliero, dove stiamo attenti solamente al progresso tecnologico, scientifico, al lavoro come tale, e alla politica. La nostra mentalità diventa così egoista, utilitaristica, economica e calcolatrice.

Per questo il concetto di "servizio agli ammalati" ha perso valore, ed inoltre lo si è svuotato di tutto il suo significato umano: è ridotto alla sola attività lavorativa o al servizio tecnico che bisogna compiere perché a ciò siamo demandati, e nel tempo stabilito ci trasformiamo in robot, la cui frase più importante è "la cosa non mi riguarda..."

La nostra vocazione è molto apprezzata per il suo valore di dedizione al servizio del malato. Questa inclinazione è un dono di Dio in favore dei malati, un eccellente ministero di "Carità", un autentico ministero sacro, come lo definì Papa Pio XII.

Dobbiamo accogliere questo dono con gratitudine, sapendo che l'assistenza al malato costituisce una missione ed un ministero per la grande causa del Vangelo e del Regno di Dio.

Dobbiamo percorrere il nostro cammino in modo respon-

sabile, libero, dinamico, e inserirci nell'ambiente ospedaliero come operatori di cambiamenti, non solamente per quanto riguarda l'aspetto della preparazione scientifica e tecnica, ma anche per quanto riguarda l'umanizzazione dell'infermieristica e della medicina.

Parlare dell'aspetto umanistico è un tema appassionante, ampio, e che in alcun modo potrebbe essere esaminato in tutta la sua pienezza. Parlare della nostra identità implica necessariamente parlare del nostro lavoro, della nostra missione. Parlare delle nostre convinzioni o dei nostri valori implica anche collegarli all'impegno del nostro operare, del nostro comportamento, e di questa umanizzazione tanto più profonda e appassionata quanto maggiore è la limitazione imposta da un'educazione scientifica, pretenziosa e unilaterale.

L'umanizzazione è ciò che, unitamente ad esercitare la scienza, protegge allo stesso modo noi e i malati. Essere umanisti non significa essere buoni, sebbene debbano esserlo sia il medico che l'infermiera; né essere colti, nonostante ce ne sia bisogno, né coltivare le lettere, la storia e l'arte, sebbene ciò sia utile. Essere umanisti significa anzitutto aver acquisito una cultura molto profonda, che affini la nostra sensibilità, facendoci vedere il malato con un'atteggiamento positivo; aver affinato il buon senso per cercare di accettarlo con le sue virtù e le sue miserie; aver elevato la ragione di vita per essere disposto a servirlo e ad aiutarlo.

L'umanizzazione non è un lusso, né una raffinatezza dello studioso. Umanizzazione significa cultura, comprensione dell'uomo, con le sue aspirazioni e le sue miserie, valo-

rizzazione del buono, del bello e del giusto della vita. La cultura è la scala di valori che consentono all'uomo di cercare, con un atteggiamento appassionato, il bene, la bellezza e la giustizia, tutto quanto sublima la conoscenza e nobilita la vita.

Sviluppare la cultura dell'umanizzazione è una necessità per un'équipe sanitaria multidisciplinare, e senza di essa sarà difficile offrire la comprensione, la sicurezza e il sostegno in cui confida l'uomo malato, con le proprie aspirazioni e le proprie miserie.

Dice Roussel Dick: "Essere malato vuol dire essere strano, senza vigore, indebolito per la mancanza di aiuto, sconvolto per la fiducia tradita, un estraneo tra persone estranee. Vuol dire sopportare l'incertezza di una diagnosi, essere prigioniero della propria solitudine, abbandonato, incatenato nell'invalidità, nella difficoltà di affrontare la vita, incatenato alla minaccia della morte".

Il paziente si abbandona fiduciosamente nelle mani dell'équipe sanitaria; venir meno a questa fiducia, ignorare il fattore emotivo del malato e curarlo in modo freddo e distante, quando non con modi che riflettono la mancanza di interesse, significa lasciarlo nell'abbandono.

Se provassimo a conoscere in modo più profondo questo misterioso mondo del malato, scopriremmo che l'"essere" con il malato è più importante del "fare" per il malato stesso. Perciò, in questo mondo del fare, l'équipe sanitaria interdisciplinare dei nostri tempi non solo esige una preparazione basata sulle conoscenze scientifiche richieste dal progresso tecnologico moderno, ma non può neanche accontentarsi del solo aspetto tecnico-scientifico, in quanto dobbiamo essere persone che o-

gni giorno imparano ad essere sensibili al dolore umano.

Come un effetto catalizzatore, l'umanizzazione proiettata nella scienza invita l'uomo ad uscire dall'isolamento egoista e lo spinge a lavorare nobilmente in collaborazione. In questo modo formiamo un'équipe sanitaria con un unico ideale: "Il malato". Il rapporto medico-malato, infermiera-malato, è un rapporto eminentemente umano. Da una parte c'è un uomo che soffre e che chiede aiuto, e dall'altra c'è un uomo che si appresta a darlo mettendo in atto il suo sapere e la sua esperienza.

La scienza è necessaria, essa ci rende forti ma non migliori. Uno spirito umanizzatore apprezza la scienza, ma sa che oltre le scoperte, i progressi nel campo della medicina, della fisica e della chimica, ci sono le reazioni psichiche del malato, la sua angoscia e la sua sofferenza. Non si può concepire la cultura disunita dalla stessa vita, né una genuina umanizzazione che si disinteressa dei problemi dell'uomo.

L'uomo moderno domina o vuole dominare la natura, è dinamico, aperto al fare, e noi siamo orgogliosi di appartenere a quest'epoca tecnica e segnata da grandi progressi scientifici mi chiedo però:

Quale impatto hanno nei pazienti i grandi progressi scientifici e tecnologici attuali? Aumenteranno l'efficacia della medicina o porteranno un'ulteriore sofferenza ai pazienti? Ci avvaliamo degli apparati per curare meglio il paziente, o curiamo più la macchina dello stesso paziente?

Il progresso della scienza e della tecnica non può né deve arrestarsi, l'équipe sanitaria deve poter conoscere ed apprezzare la grande utilità di una équipe moderna, ma deve altresì sapere che il suo buon uso o il suo abuso potranno portare al malato un aiuto efficace o un danno; le macchine possono fare grandi cose, ma non possono capire la sofferenza del malato, le sue tensioni o le sue emozioni. Per quanto precise siano, non potranno mai rimpiazzare l'os-

servazione diretta del paziente da parte di un medico preparato, anche e soprattutto perché il soggetto dell'osservazione è un essere umano che soffre.

Per quanto meccanizzata e tecnicizzata possa diventare la medicina del futuro, e lo sarà ad un livello tale che possiamo appena immaginare, la medicina clinica, l'infermieristica ed il binomio medico e/o infermiera-malato, non scompariranno. La macchina non trionferà mai sull'uomo.

Chi non si accosta al malato e non scopre la persona nella sua totalità, non ha raggiunto

la propria personalizzazione, la propria unità, non è maturato dal punto di vista umano; quando siamo capaci di amare e di rispettare noi stessi saremo poi anche in grado di amare l'uomo, di servirlo, soprattutto quando egli è malato; non l'uomo come astrazione, ma l'uomo in carne ed ossa, che lavora, che soffre, che sogna e che spera, di qualsiasi razza, credo e provenienza esso sia.

Nella nostra epoca, l'obiet-

tivo principale dell'ospedale è quello di offrire delle cure scrupolose, umane e integrali, dove il paziente non venga identificato con un numero, con una appartenenza ad un medico, o con una malattia, ma sia una "persona". Il malato dev'essere il punto focale delle nostre cure, affinché possa ricevere non soltanto risposte scientifiche, ma altresì umane.

Dobbiamo creare ospedali che siano per i malati non soltanto un luogo dove ricevere le cure mediche più valide, ma un luogo dove ci sia il calore dell'affabilità e dell'aiuto umano.

Le cure fredde ed impersonali non sono sufficienti nel nostro rapporto con il paziente, per quanto esse possano essere scientifiche ed efficaci. Certamente, in talune occasioni possono essere sufficienti, ad esempio quando si ha bisogno di cure rapide, ma nella maggior parte delle volte, quando la malattia si prolunga o si aggrava, il malato ha bisogno di aggrapparsi ad una speranza. Questa speranza è la fiducia che egli ha riposta nell'équipe sanitaria, nelle sue conoscenze, nel suo prestigio e nello spirito di affabilità con il quale lo cura.

L'ospedale dev'essere una casa dove ci sono i malati, il calore dell'affabilità e l'aiuto umano. Un luogo per guarire, per rivivere, così come lo esige il diritto dell'uomo malato. Dev'essere uno spazio nel quale ci sia un pallido riflesso della casa. Dobbiamo convincerci che tutta la scienza dell'équipe sanitaria non basta per scaldare l'atmosfera che grava su un malato, se non vi si mette l'anima ed il cuore.

I malati devono trovare un ambiente di Pace accogliente, dove gli uomini si tendono la mano.

È essenziale perciò che il gruppo ospedaliero che riceve il malato sia sufficientemente umanizzato per farlo sentire come a casa propria, e cioè accettato così com'è, compreso ed aiutato in quelle che sono le sue necessità fondamentali. Tutto ciò sarà possibile se siamo coerenti con la nostra mistica. Mistica che dirige la

nostra vita verso livelli superiori, che ci invita ad andare avanti, sempre, per meglio servire e poi per condividere la conoscenza e la ricchezza spirituale che la vita ci concede, facendolo senza rifiuti, senza egoismi, sentendo la nobile funzione del dare, perché è ricco solo colui che dà ed è forte solo colui che sa donarsi prestando delle cure di alta qualità e che siano vere, sicure e bene impostate, per mezzo di due virtù fondamentali: quella del sapere prima e quella del servire poi.

Sapere è assolutamente indispensabile per poter offrire un servizio efficace, servizio che si attua fornendo una collaborazione ogni volta più utile per aiutare il trattamento, la cura e la riabilitazione di coloro che soffrono. Trattare i malati freddamente e con distacco, non fa che aumentare la loro solitudine e la loro sofferenza spirituale. I pazienti non sono carne amorfa, non sono carne sulla quale fare degli esperimenti, ma sono un dolore che impreca, un'umile angoscia che anela per una voce amica, una parola consolatrice. Solamente in questo modo si può rendere più sopportabile la solitudine di chi soffre fisicamente per il male, per il proprio abbandono e la propria solitudine.

L'umanizzazione è per noi indispensabile, perché senza di "lei" non potremmo vivere in alcun modo la nostra missione umanizzante.

Dobbiamo sforzarci di operare per umanizzare la medicina, promuovere la vita, la speranza, la cura mediante un'azione che esprima che i rapporti, la comunicazione, l'autorità, la vita affettiva, i sentimenti, tutto quanto viene vissuto in ospedale è rivolto al malato, e al suo benessere in modo particolare.

Dobbiamo acquisire la cultura come processo di umanizzazione, ed una preparazione tale che ci permetta di conoscere o di osservare attraverso gli atteggiamenti, gli interessi e le disposizioni, i valori che rivelano la propria condotta individuale.

Nella nostra professione dobbiamo far risaltare i valori

di etica, umanizzazione, preparazione professionale e servizio.

La soddisfazione in cui dobbiamo sperare è quella di essere professionisti della salute, avendo il privilegio di poter alleviare il dolore, di consolare, di dare aiuto, speranza e amore, vivendo realmente la testimonianza del nostro impegno, fino alle ultime conseguenze.

L'umanizzazione che dobbiamo coltivare ha le sue radici in una fede profonda, che ci guida verso una speranza gioiosa e serena all'interno di un amore senza limiti.

Come équipe sanitaria, coltiviamo la nostra mente e il nostro spirito. Quanto più il mondo di oggi palpita di angoscia, tensioni, dolore, tanto più ci deve avvicinare alla fonte della pace, della luce e dell'amore. Da questa fonte attingeremo lo stimolo a non separare le conoscenze scientifiche dalla cultura e dalla riflessione costante sui temi eterni del comportamento: il dovere, l'amore, il bene, ed innalzeremo così l'anima di

fronte ai momenti difficili della sofferenza, del dolore, dell'angoscia e della stessa morte, per adempiere il dovere che abbiamo scelto, non in modo freddo ma umanamente, perché la vita non è dovere ma carità.

L'epoca in cui le infermiere erano al servizio del gruppo medico è passata. Oggi invece noi infermiere siamo le fedeli e valide collaboratrici dei medici, con la nostra intelligenza ed una maggiore capacità di decisione. Dall'impegno che mettiamo, dalle nostre osservazioni, dalle azioni che compiamo, dipende molte volte il trattamento del malato e il far diventare preziosi quei minuti da cui dipende la salvezza o la morte del malato. Siamo consapevoli del fatto di dover dividere il nostro tempo tra pazienti, équipe, ricerca, insegnamento e aggiornamento, perché oggi abbiamo delle responsabilità che prima non avevamo. Oggi non obbediamo soltanto, ma agiamo e siamo introdotte assieme all'équipe multidisciplinare in un vortice di alta tecnologia. È questa la nostra sfida.

Siamo presenti in:

- Consulto esterno: nell'insegnamento per la prevenzione delle malattie, clinica di ipertensione, anticoagulanti, ecc. realizzando in questo Istituto un primo livello di cure.

- Nelle urgenze: agendo in assenza del medico, stabilendo al momento opportuno le misure per salvare una persona.

- Unità coronarica: osservando i monitor, interpretando gli elettrocardiogrammi, partecipando attivamente al controllo del paziente al quale verrà praticata l'angioplastica e nel trattamento della fibrinolisi coronarica.

- Emodinamica: nella cardiologia interventistica: angioplastica coronarica, valvuloplastiche, chiusura dei condotti arteriosi, nella elettrofolgorazione e nell'uso di apparecchi elettrobiomedicali sofisticati.

- Sala operatoria: chirurgia di fatti anomali, che producono aritmia come il Wolf Parkinson White, trattamento chirurgico di cardiopatie con-

genite complesse, trapianti, ecc.

– Servizio di perfusione: nell'utilizzo della pompa cuore-polmone.

– Terapia Chirurgica Intensiva: nel trattamento del paziente dopo l'operazione, utilizzo di apparecchi elettromedicali, computer, monitor, ventilatori, palloncino intraortico di contro-pulsazione..

– Pediatria: nel trattamento del bambino con cardiopatie congenite complesse.

– Cardiopneumologia: negli studi spirometrici, con il trattamento medico-chirurgico del paziente, così come la cura dell'assistenza ventilatoria.

– Nefrologia: nel caso di pazienti con nefropatia convenzionale e terminale, nel sostegno psicologico e tecnico dell'insufficienza renale avanzata.

– Riabilitazione cardiaca: l'infermiera interagisce con il paziente durante il suo processo riabilitativo, comprendendo le sfere fisiche, per mezzo di esercizi fisici, sedute di psicologia con terapie di gruppo, e l'arduo lavoro nell'ambito della prevenzione secondaria.

– Laboratorio di fisiologia: nella manifattura di protesi cardiache di pericardio bovino.

– Chirurgia sperimentale: realizzando congiuntamente al medico protocolli di ricerca scientifica.

Oggi siamo professionisti di più alto livello, ma più esso è alto, maggiore è la nostra responsabilità. Senza dimenticare che, in questi tempi disumanizzanti, dobbiamo colmare lo spazio esistente tra la nostra dimensione interiore di persone e l'atteggiamento di umanità che il malato si aspetta da noi, ed ogni volta più insistentemente.

Così come il sostegno accademico deve assicurare il senso etico ed umanistico, non si può concepire una vera educazione senza una solida struttura morale. Così come l'amore per il sapere, la dignità di comportamento, la rettitudine, l'umanizzazione sono le azioni che devono ispirare la nostra vita. Il mondo attuale non ci chiede sol-

tanto di essere forti, ma migliori, e ciò si ottiene solo grazie alla strada della cultura. Con essa si acquisisce la comprensione umana, un giusto spirito di giustizia, un corretto atteggiamento di aiuto agli altri.

Oggi le distanze dello spazio si sono accorciate, ma si sono allargate quelle tra i cuori, e la società è diventata più fredda, gli uomini sembrano soli, estranei, si è perso il senso dei valori più umani e trascendenti. La distanza tra l'uomo e i suoi fratelli si fa più profonda.

Per questo motivo, noi che

siamo al servizio della promozione e del mantenimento della salute dobbiamo essere realmente sensibili nei confronti di ogni dolore umano.

Questo dolore ci umanizza ed inoltre rende più umano colui che lo prova, se noi sappiamo guidarlo. In questo modo, il paziente trova nel suo dolore un elemento positivo di trasformazione, dà un senso alla sua sofferenza, lotta per la vita, si redime e presta un grande servizio umanizzando

la medicina. Laddove l'équipe sanitaria cerca di curare l'uomo in un modo realmente umano, li viene proclamato il messaggio di libertà che trasforma corpi malati e mani esperte in esseri umani uniti fraternamente, capaci di conquistare un mondo migliore.

Siamo sicuri di possedere la cultura necessaria, la disponibilità richiesta, la sensibilità delicata per accostarci ad un essere umano che si trova in una situazione di pericolo, che richiede il nostro aiuto, o invece partecipiamo in modo freddo alla sua disperazione fisica, psicologica, sociale e morale?

Il mondo attuale reclama la presenza dell'équipe multidisciplinare, ma composta da persone che si impegnano veramente, che non si spaventano, che non si oppongono all'andamento della storia, in quanto vivono l'impegno della libertà che si fonda nella Fede. Una libertà che non impedisce, ma che permette di vivere profeticamente l'incontro con la vita, l'incontro di quell'uomo che non vuole soffrire lo schiacciamento della miseria, con la sua sequela di malattia, morte e decadenza.

Attualmente l'équipe multidisciplinare e l'infermiera religiosa, uniti nello stesso ideale, si addentrano per le strade oggi esistenti nella lotta per ottenere il prezioso dono della salute per il nostro popolo, che ogni giorno ha maggiore bisogno di comprensione, delicatezza e bontà imbevute di quella carità che è Amore.

Perché l'esercizio della nostra professione non sia solamente un'esecuzione di compiti, di funzione tecnica, ma un servizio autenticamente umano di generosa dedizione, di vicinanza personale, di accompagnamento rispettoso ed attento, quale valore, quale motivazione, quale intenzione interiore sono necessari?

È indispensabile solamente un valore universale e nobile che motivi, susciti ed orienti ad avere degli atteggiamenti che non si limitino a ciò che dev'essere fatto per giustizia, ma che vadano oltre, per offrire tutto il bene concreto che il

malato richiede; cioè un valore che dia vita e che sviluppi un dinamismo incarnato nella reale situazione dell'ospedale.

Questo valore o principio ispiratore ed animatore di un servizio ospedaliero autentico è l'amore. Come osservava il Papa Paolo VI riferendosi al mondo: "Il mondo e nel nostro caso il piccolo mondo degli ospedali è malato non per mancanza di mezzi, ma per mancanza di amore. L'unico rimedio per curarlo è mettervi più amore".

Si richiede, pertanto, "un supplemento di amore", come diceva Bergsón, un cambiamento ed un rinnovamento di cuore. "Più cuore e più col cuore in mano", diceva San Camillo. Lo stile di un servizio diligente e umano ai malati nasce dal di dentro, dall'amore. Migliorare il servizio non è un fatto spontaneo, ma porta con sé una presa di coscienza, un lavoro di interiorizzazione, un cammino da percorrere con il proposito di rieducare il cuore all'amore, "toglierò da voi il cuore di pietra e vi darò un cuore di carne" (Ez 36,26), cioè una disposizione interiore di amore sincero.

Rieducare il cuore all'amore nei confronti del malato non è altro che umanizzare se stessi, diventare umani, sensibili e aperti nei confronti di tutti per umanizzare al tempo stesso il servizio al malato e soprattutto l'ambiente.

Il malato, come persona umana, non può vivere senza amore. Ha bisogno di trovare in noi un atteggiamento d'amore, un servizio comprensivo e generoso. Egli desidera e spera di essere accolto ed assistito con calore umano, sente la necessità di un rapporto umano, oltre alle cure e ai servizi tecnici.

Per noi cristiani c'è un impegno in più. Nella tendenza naturale, frutto del sentimento che ci fa amare il prossimo, si inserisce una realtà o forza interiore, che è parte dell'ordine sovrannaturale; è il dono della carità, frutto dello Spirito Santo, cioè il Dio che è Amore.

Questo amore chiamato carità si innesta nella natura u-

mana, si unisce alle tendenze ed alle aspirazioni naturali, invade l'essere e le istanze del cuore, si tramuta in fonte e forza di un amore fraterno, profondo, diventa capacità di amare e di donarsi.

Questo dono dello Spirito Santo esige condiscendenza all'azione di Dio. L'amore che deriva da questa arrendevolezza è spontaneo e sensibile, sereno e possente per smuovere, sviluppare e regolare tutti i mezzi e gli stimoli presenti nel cuore umano.

Inoltre, l'amore di carità dona alle qualità umane basilari una qualità di virilità, di

forza, di aiuto e ci mantiene sempre aperti, attivi e dinamici nei rapporti con gli altri; inoltre orienta, ispira e dà forma agli atti ed ai gesti concreti.

Non dà luogo a egoismi personali; stimola e regola le motivazioni istintive; pone il malato al centro della sua azione; desidera realmente il bene dei pazienti, diffonde ricchezza umana e spirituale, si inserisce nella condizione dell'infermo, si mette a sua

disposizione per il suo bene, per il suo recupero totale o per aiutarlo a morire dignitosamente.

Si può dire che l'amore caritativo porta ad operare con allegria e entusiasmo, perché colma di calore e di umanità tutta l'azione assistenziale, la rende efficace, la esalta e la perfeziona.

Come per l'amore, così è il servizio. Papa Paolo VI diceva: "Voi valetе per i sentimenti del vostro cuore". Nel mondo del malato, nel suo ambiente, in ciò che lo circonda, la persona che soffre ha bisogno di poter vedere, annusare, udire, toccare in noi questa dimensione divina, che in altre parole più accessibili a noi è conosciuta come umanizzazione. Noi stesse non vogliamo tante parole, vogliamo testimonianza, coerenza, atteggiamenti di vita.

L'altra parte di questa dimensione divina è quando la persona che soffre per la propria prostrazione, dopo aver contemplato gli atteggiamenti e la vita di Gesù, scopre e fa emergere una capacità, una forza, un'energia, spesso prima sconosciuta, che la fa maturare come persona; molti di noi che ci troviamo in mezzo a questo dolore, vediamo di frequente queste persone, uomini o donne, bambini e giovani, adulti e anziani, che la sofferenza ha ingigantito e sviluppato, perché dalla propria limitazione tirino fuori quel coraggio, quella perseveranza, quella forza per continuare a lottare per la vita nella sua totalità o per la totalità della vita dentro la limitazione. Un esempio potrebbe essere la pietra nerastra e grezza del diamante, ove a mano a mano che viene scolpita e lavorata, scompare il colore scuro ed appare la luminosità, la brillantezza, la trasparenza, la delicatezza.

San Camillo de Lellis, protettore delle persone che si dedicano al servizio del malato, vuole che "affiliamo" questo piccolo diamante divino nel mondo del dolore; questo è il nostro impegno, la nostra responsabilità, dobbiamo essere le mani ed il cuore di Cristo, dobbiamo rendere presente e

visibile oggi la sua misericordia e la sua compassione.

Ciò non può lasciarci indifferenti. Guardando Cristo vediamo come Gesù si fa solido con chi soffre, scopre le necessità e i desideri dei malati, si incarna nella loro situazione e diviene loro compagno di viaggio, come un fratello, per dare speranza, salute, o per aiutarli a morire dignitosamente. In questo servizio generoso, si trova già in questa terra una Beatitudine "che è la felicità del cuore e dello spirito che nasce dal conforto che si dà ai malati".

Per portare a compimento questa missione tanto grande e nobile di consacrare la nostra vita all'Amore della scienza e alla ricerca della felicità umana, non dobbiamo rimanere nella teoria per quanto riguarda il nostro essere e fare, perché le nostre resteranno solo delle belle opere sulla carta se non le "incarniamo" nella nostra vita.

Desidero terminare con un proverbio indio che dice: "quando la mente non è bloccata, il risultato è la sapienza, e quando lo spirito non è bloccato il risultato è l'Amore".

Anthony de Mello, gesuita indiano, ha questo concetto dell'Amore: solo chi ama sarà felice e ama solo chi è felice. Amare è uno stato che non

sceglie chi amare, ma che ama perché non può fare altrimenti, perché è amore.

La risposta dell'amore è sempre quella di cui l'altro ha bisogno, perché il vero amore è chiaroveggenza e comprensivo, sta sempre dalla parte dell'altro.

Dio è la verità, la felicità e la realtà, è la fonte che è sempre disposta a colmarci di amore nella misura in cui liberamente ci apriamo a Lui.

Egli ci darà la Pace, la Forza, e l'Amore di cui abbiamo bisogno per vivere l'infermieristica e la medicina di oggi con un profondo impegno di giustizia e di carità che nasce dal cuore stesso del Dio della Misericordia, per manifestarlo a tutti coloro che hanno bisogno di noi in campo sanitario.

Vorrei chiedere a Lui e alla Madonna Santissima di Guadalupe, Madre di Misericordia, di benedire tutti noi che lavoriamo in questo campo affinché, rafforzati nella preghiera, avendo il senso della solidarietà e della collaborazione nelle Istituzioni ove siamo presenti, possiamo rendere viva la misericordia, ed alla fine dei nostri giorni ci ricevano nell'altra vita con queste parole: "Venite, benedetti dal Padre mio, perché ero malato e mi avete visitato [...]. Ogni volta che avete fatto queste

cose a uno solo di questi miei fratelli più piccoli, l'avete fatto a me".

Inf. Suor MA. SUAREZ
VAZQUEZ

Capo Reparto Infermeria
Istituto Nazionale di Cardiologia
Ignacio Chávez, Messico

Bibliografia

GIOVANNI PAOLO II, *Salvifici Doloris*.

PIERLUIGI MARCHESI, *Ospitalità dei Fatebenefratelli verso il 2000*, Selare Bogotà 1987.

CUADRADO TAPIA, *Enfermos sois los preferidos*, Monte Carmelo, Burgos 1988.

GRANDI VIRGILIO, *Al servicio de los Enfermos con amor*, Selare Bogotà 1987.

Soc. I. E. FROMM e S. ZUBIRAN, *El ser humano y su dignidad ante la muerte*, INN México 1990.

PIERLUIGI MARCHESI, *Por un hospital más humano*, Selare Bogotà 1981.

REDRADO, GOLGURINA, MARCHESI, BOLECH, BRUSCO, *Humanización en salud*, Selare Bogotà 1988.

CORREA, *Medicina y ética, Dignidad humana y libertad*, Universidad Anahuac, México 1995.

Dolentium Hominum No. 2, Chiesa e salute nel Mondo, Vaticano 1986.

I. CHÁVEZ, *Humanismo médico, educación y cultura*, El Colegio Nacional México, D.F. 1978.

BOROS LADISLAUS, *We are future*, Herder and Herder, St. Louis 1970.

H. NOWEN, *Un ministerio creativo*, Compan y Inc. Garden, N. York 1990.

H. FABER, *El arte de la conversación pastoral*, Abingdon Press Nashville Tenn. 1980.

I. CHÁVEZ, *La medicina y el médico*, Herbasa, México D.F., 1993.

Il cappellano, l'assistenza religiosa e la cappellania

1. Introduzione

All'entrata dell'ospedale S. Giacomo, di Roma è scolpita la seguente frase: *“Vieni per essere guarito, se non guarito almeno curato, se non curato almeno consolato”*.

I tre verbi menzionati: “guarire”, “curare”, “confortare”, propongono distinti orizzonti di salute e di speranza. Spesso gli operatori sanitari, i malati e i familiari focalizzano la loro attenzione su uno di questi, generalmente la guarigione fisica, trascurando o minimizzando il valore degli altri.

Esaminando le priorità delle diverse professioni, potremmo dire che i medici si preoccupano soprattutto di “guarire”, le infermiere di “curare” e i cappellani di “consolare”. I medici, alla luce della loro preparazione tecnica e scientifica, si sentono primariamente investiti del compito della guarigione: attraverso diagnosi accurate, interventi chirurgici o terapeutici mirano a ridare salute e vita a chi è malato.

La preoccupazione delle infermiere è di curare e alleviare la sofferenza risponden-

do ai bisogni fisici, mentali e psicologici del malato.

Il contributo del cappellano e dei volontari è di “confortare” o consolare chi è nel dolore, attraverso gesti di vicinanza e solidarietà, e di accompagnare nel processo del morire quanti non possono essere ulteriormente aiutati dalle scienze umane. Anche se rappresentanti delle diverse discipline possono privilegiare l'attenzione a uno di questi verbi, è importante concepirli come interconnessi e integrati tra loro, per cui chi guarisce allo stesso tempo cura e consola, chi offre vera consolazione allo stesso tempo contribuisce a guarire e curare le ferite.

Partendo da questa premessa, il mio intervento si propone di prospettare il contributo costruttivo che la pastorale può offrire nella “guarigione”, “cura” e “consolazione” delle persone.

Quando parlo di azione pastorale mi riferisco in primo luogo ai cappellani, ma anche alla cappellania come progetto di Chiesa, e ai collaboratori pastorali come risorse e strumenti per irradiare il *“vangelo della misericordia”*. I mo-

delli in cui si articola ed esprime la presenza pastorale sono legati dalle diverse tradizioni culturali, dalla prospettiva ecclesiologica e dalla sensibilità e visione pastorale di quanti operano in questo settore.

2. L'identità del cappellano

Per quanto concerne l'*identità del cappellano*, i requisiti per assumere questo ruolo variano da paese a paese: in alcune nazioni sono riconosciuti tali solo coloro che sono sacerdoti o ministri ordinati, in altre si includono religiose o laici che hanno conseguito una determinata preparazione e hanno ricevuto il benestare dei rispettivi vescovi o delle Chiese di appartenenza.

La seguente mappa illustra, in maniera approssimativa, la distribuzione dei cappellani in Europa secondo il criterio dell'ordinazione o meno e dell'esercizio del ministero a tempo pieno o parziale. Nel leggere questi dati occorre tenere presente l'appartenenza a tradizioni religiose diverse: i paesi scandinavi (Norvegia, Svezia, Finlandia, Danimar-

ca, Islanda) hanno una maggioranza di luterani evangelici (dall'80 al 95%); quelli dal Centro Europa (Germania, Olanda, Svizzera, Ungheria) esprimono una varietà di tradizioni religiose; i paesi latini sono a maggioranza cattolica e altre nazioni sono caratterizzate dal predominio di una fede religiosa: i greco-ortodossi in Grecia, i cattolici in Irlanda e Polonia, gli anglicani in Gran Bretagna.

chia, ha comportato spesso conseguenze deleterie nel servizio al malato e alla comunità ospedaliera.

La pastorale del malato richiede cuore sensibile ed educato, non improvvisazioni o forzature.

2.2 La preparazione specifica

L'ospedale è attualmente uno degli ambienti scientifici

Tabella riassuntiva	Tempo pieno		Tempo parziale
AUSTRIA	cappellani	90	105
	suore	10	15
	laici	30	10
DANIMARCA	cappellani	3	37
FINLANDIA	cappellani	16	10
FRANCIA	cappellani	800	200
	suore	400	3.000
	laici		
GERMANIA	cappellani	1.300	700
	diaconi	45	
	suore	110	
	laici	400	
GRAN BRETAGNA	cappellani	248	1.200
	suore/diaconesse	41	
	laici	14	
IRLANDA	cappellani	80	35
	suore	70	
	laici	3	
ISLANDA	cappellani	10	
ITALIA	cappellani	1.000	100
	suore	25	300
NORVEGIA	cappellani	84	25
OLANDA	cappellani	700	300
POLONIA	cappellani	40	250
PORTOGALLO	cappellani	50	230
	diaconi	1	
SPAGNA	cappellani	850	300
	suore/laici	300	
SVEZIA	cappellani	183	
	diaconesse/laici	147	
	(a tempo pieno o parziale)		
SVIZZERA	cappellani	80	40
	suore/laici	15	
UNGHERIA	cappellani	8	
	suore/diaconesse	35	

A parte il possesso dei requisiti ufficiali, l'identità del cappellano dovrebbe far leva sui seguenti elementi:

2.1 La motivazione per il servizio

La motivazione è il motore della vita, non è possibile accompagnare bene il malato se mancano le necessarie motivazioni interiori. La prassi da parte di vescovi o superiori maggiori di assegnare cappellani in ospedale solo sulla base di bisogni circostanziali o in quanto il soggetto non era più in grado di offrire una valida prestazione in parroc-

più sofisticati e richiede, anche pastoralmente, persone competenti e professionali che non si ispirino solo alla spontaneità e alla buona volontà. Nel corso degli ultimi anni, in diversi paesi europei sono sorti centri di teologia pastorale sanitaria o tirocini specifici, quali il Clinical Pastoral Training, per promuovere la preparazione umana, teologica, etica e pastorale del cappellano, in vista di un suo apporto più efficace e creativo accanto al malato e a quanti si adoperano per assisterlo.

Contesti di presenza

Gli ambiti dell'azione pastorale abbracciano una varietà di contesti: dagli ospedali generali alle case per anziani, dalle istituzioni psichiatriche ai centri di riabilitazione, dagli ospedali universitari agli Hospices.

Gli *orizzonti* dell'attività pastorale includono: il malato, la famiglia, il personale sanitario, la parrocchia, ecc. Mantenendo la nostra attenzione sul cappellano, cerchiamo di accompagnarlo in una specie di viaggio virtuale da cui emergono i diversi ruoli che egli può rivestire nel corso della sua attività pastorale.

3. I ruoli del cappellano

Nella varietà di incontri che il cappellano vive ogni giorno si può delineare un mosaico di ruoli, ognuno dei quali ha un suo spazio o un suo tempo nella relazione con il malato. Passiamo in rassegna questi ruoli, puntualizzando elementi significativi che li contraddistinguono.

3.1 Il ruolo simbolico

Il cappellano non è lì per annunciare se stesso, ma Qualcuno o qualcosa di più grande di sé. Egli stesso non si ritiene la salvezza del malato, ma uno strumento nelle mani di Colui che salva; non si illude di rappresentare l'amore ma di essere un umile riflesso di Colui che è l'Amore.

Anche per il malato la presenza e il passaggio del cappellano richiama una realtà più vasta legata a Dio, alla Chiesa, ai valori del cristianesimo, all'appartenenza parrocchiale, al significato della preghiera e dei sacramenti, alla dimensione spirituale, alla speranza del paradiso e di una nuova vita.

In qualche occasione, lo stesso passaggio del cappellano può scatenare reazioni negative collegate a ferite non rimarginate, a esperienze che hanno prodotto risentimenti e alienazione, a ricordi intrisi di delusione e amarezza. In que-

sti casi la presenza religiosa è associata ad aspetti negativi, quali: l'autoritarismo, il controllo, la condanna, il senso di colpa, l'incoerenza, l'insistenza sul peccato, la mancanza di umanità, la paura dell'inferno.

La percezione positiva o negativa del cappellano dipende in gran parte dalle esperienze precedenti del malato con figure religiose; un eventuale rifiuto della sua visita non deve essere intesa come rigetto della persona stessa, quanto di ciò che simboleggia. La capacità del cappellano di gestire con sensibilità e delicatezza questo momento critico potrebbe favorire un clima favorevole per sanare una vecchia ferita.

3.2 Il ruolo di consolatore

Il cappellano, sull'esempio del buon samaritano, è presente per versare sulle ferite dei malcapitati "l'olio della consolazione" e il "vino della speranza".

La prima forma di consolazione è *l'ascolto* dell'altro, che si esprime nell'accoglienza delle sue reazioni e preoccupazioni, dei suoi pensieri e sentimenti. Chi soffre ha l'esigenza di dare voce al proprio dolore senza sentirsi giudicato, colpevolizzato o banalizzato per ciò che prova. Egli ha bisogno di comprensione non di facili consigli, di rispetto, non di pietà.

Il conforto si trasmette anche attraverso lo *stile* della *presenza pastorale*: c'è una presenza che stanca e un'altra che vivifica, una visita che provoca irritazione e un'altra che suscita il desiderio di nuovi incontri, un passaggio che lascia indifferenti e un altro che produce buoni ricordi. Una presenza può parlare di umanità e di calore, un'altra di formalità; talvolta una breve visita diventa occasione di scontro e un'altra di autentico incontro. Molto dipende dalle attitudini umane dell'operatore pastorale.

Il vangelo della consolazione si trasmette, inoltre, attraverso la *fedeltà dell'accompagnamento*, soprattutto in quelle circostanze in cui la

malattia si prolunga nel tempo, quando sono necessarie impegnative ed estenuanti terapie o quando si avvicina il momento di concludere il proprio pellegrinaggio terreno. Il vero consolatore non è colui che nell'oscurità del venerdì Santo si affretta a proclamare la Risurrezione, ma chi è disposto a vegliare nel venerdì Santo e diviene così un simbolo di speranza.

3.3 Il ruolo dell'intermediario

Il cappellano non privilegia l'attenzione alla malattia e alle cure mediche, ma ai vissuti interiori e ai rapporti interpersonali. La sua relazione di aiuto mira a sciogliere quei nodi che interferiscono con la salute interiore dei suoi interlocutori e a promuovere rapporti sananti. Egli si adopera a promuovere i rapporti ai seguenti livelli:

3.3.1. *Il rapporto del malato con il proprio mondo interiore*

È stato detto che, oggi, nel mondo occidentale l'unico modo per riflettere e meditare è di ammalarsi. Una volta ospedalizzato l'individuo non è più immerso nella miriade di stimoli e distrazioni esterne, ma è costretto a guardarsi

dentro, a rivisitare il suo passato e il suo stile di vita, a interrogarsi sul perché del dolore, talvolta a dover fare scelte etiche impegnative.

Da questa esperienza di introspezione e verifica può maturare ed avere una prospettiva diversa del mondo: cose che precedentemente apparivano importanti ora sembrano secondarie e irrilevanti; altre che venivano prese per scontate ora sono apprezzate e valorizzate. Il cappellano si inserisce in questo momento di crisi e di riflessione e, attraverso la sua mediazione, cerca di contribuire a trasformare la crisi imposta dalla malattia in un'opportunità di crescita umana e spirituale.

3.3.2. *Il rapporto del malato con i suoi familiari*

In molte circostanze, il malato affronta con realismo ed equilibrio la sua condizione mentre i suoi cari si lasciano travolgere dall'ansia, da un eccessivo bisogno di protagonismo o di paternalismo nei suoi confronti; provocano conflittualità con il personale curante o assumono atteggiamenti colpevolizzanti tra di loro. La famiglia riveste un ruolo vitale nell'esperienza di chi soffre, ma il suo contributo deve manifestarsi nell'affetto non nell'eccessivo affanno o vittimismo, nel rispetto dei ruoli non nel controllo delle decisioni, nella comunicazione serena ed aperta non nel diniego sistematico della verità, nell'affermazione dell'individuo non nella costante critica negativa...

Il cappellano cerca di conoscere i familiari, non solo il malato, per assicurarli della sua disponibilità e presenza, per dare loro utili informazioni, per facilitare la comunicazione con il personale curante, per raccogliere preziose indicazioni sulla personalità e risorse del loro caro ospedalizzato e per accompagnarli nei momenti dolorosi della morte e del lutto. Soprattutto si adopera per sbloccare dinamiche che interferiscono nella comunicazione del malato con il proprio tessuto familiare, esplora strategie costrutti-

ve per affrontare insieme la sfida di una diagnosi infausta o di un'infermità cronica, individua e sostiene persone della famiglia che sono in grado di aiutare le altre ad affrontare eventi dolorosi.

3.3.3. *Il rapporto del malato con il personale sanitario*

La sofferenza comporta sempre adattamenti a nuovi ruoli, come quello di malato, a nuovi ambienti, come l'ospedale, a nuovi linguaggi, come quello usato dal personale sanitario. Colui che varca la soglia di un nosocomio si sente spesso smarrito e confuso nel nuovo ambiente ed ha bisogno di ritrovare la serenità in un rapporto di fiducia con quanti sono impegnati a migliorare le sue condizioni.

È importante che medici, infermieri e professionisti diversi che lo assistono, si relazionino a lui come persona non come numero o un organo disfunzionale o un interessante caso clinico da sottoporre a un prossimo convegno di studio.

Spesso i conflitti e le tensioni sorgono perché il malato o i familiari avvertono che il personale curante assume atteggiamenti spersonalizzanti, autoritari e disumanizzanti nei loro confronti relegandoli al ruolo passivo di osservatori del processo, non corrispondenti o protagonisti.

Il cappellano può rivestire uno spazio vitale di mediazione cercando di sensibilizzare il personale sulla necessità di recuperare la centralità del malato nel servizio ed evitare il rischio costante che l'ospedale diventi un posto di lavoro per i sani più che un luogo di cura per i malati.

3.3.4. *Il rapporto del malato con altri malati*

Qualche anno fa, in California, è stata condotta una ricerca con malati gravi, in cui si chiedeva loro quale sarebbe stata la persona con cui si sarebbero sentiti più liberi di confidare i loro stati d'animo nei momenti particolarmente critici della loro malattia. Dai dati raccolti sono em-

erse le seguenti indicazioni: ultime persone, in ordine di graduatoria, con cui i malati si sarebbero confidati sono risultati i medici e i tecnici perché ritenuti troppo occupati per dare ascolto ai loro sentimenti e preoccupazioni; una valutazione non molto migliore hanno ricevuto le infermiere; la posizione del cappellano variava: per alcuni risultava una figura ideale con

cui aprirsi, per altri del tutto secondaria.

I familiari si classificavano pressapoco al quinto posto, dato che molti pazienti non si sentivano liberi di far pesare sui propri cari il proprio travaglio, perché già oberati da tanti adattamenti imposti dalla malattia. Un posto importante era riservato agli amici, perché apparivano sufficientemente sensibili e obiettivi da assicurare ascolto e solidarietà e non erano ingroviati nelle dinamiche familiari.

Le indicazioni più interessanti riguardavano i due gruppi che si classificavano ai primi due posti. Al posto di onore molti hanno messo i volontari, la cui visita gratuita non era condizionata dai ruoli o da altri interessi, ma si ispirava a motivazioni umane e religiose. Al primo posto la maggioranza ha scelto altri malati, persone credibili che potevano capire il dolore perché loro

stessi lo vivevano, in altri modi e forme, in prima persona.

Il dolore crea alleanza, unione e, alla sua ombra, si sprigiona l'amore. Le indicazioni suggerite dall'indagine aprono uno spazio vitale per la pastorale e prospettano un ruolo creativo del cappellano legato non solo alla sua capacità di dialogo con i singoli, ma di creare comunità a favorire l'interscambio e il reciproco aiuto tra coloro che si trovano a percorrere lo stesso pellegrinaggio.

La condivisione informale in una stanza o in un reparto di ospedale e la formazione di gruppi di mutuo aiuto per persone che vivono una specifica esperienza di infermità o di lutto, possono costituire occasioni per mettere la propria esperienza e saggezza a servizio degli altri e della speranza.

3.4 Il ruolo di animazione

"Animazione" significa dare un'anima, portare alla luce la vitalità delle persone. È importante scoprire modi e strategie per stimolare gli operatori sanitari a esprimere le loro potenzialità, altrimenti il lavoro diventa routine, le strutture si fossilizzano ed essi perdono le loro motivazioni e creatività.

Il cappellano può svolgere una preziosa azione di animazione a vari livelli: in primo luogo egli cerca di affermare le persone aiutandole a riconoscere i loro doni e valori per metterli a servizio della crescita personale, o dell'istituzione. Una seconda forma di animazione consiste nel sapere individuare, motivare e coltivare operatori disposti a impegnarsi in progetti di testimonianza comune.

La collaborazione nella formazione dei volontari può diventare una delle piste privilegiate per umanizzare il servizio al malato. Il vero leader non è chi promuove se stesso o il proprio protagonismo, ma chi sa valorizzare i talenti degli altri e li favorisce per il bene della comunità.

Fare pastorale oggi è sempre più il risultato di una col-

laborazione comune e sempre meno il protagonismo del singolo. Esistono due modelli, in atto in Italia, per animare l'azione pastorale.

3.4.1. La cappellania: è formata da un gruppo ristretto di persone – sacerdoti, religiosi e laici – impegnati a tempo pieno o parziale nella pastorale. In pratica, la cappellania è costituita da uno o più cappellani, una o più suore e uno o più laici che hanno conseguito una speciale preparazione. Attraverso una programmazione comune e incontri di verifica, cercano di testimoniare insieme la presenza della Chiesa nel mondo della Salute con lo scopo di contribuire all'umanizzazione ed evangelizzazione degli operatori sanitari e delle strutture sanitarie.

3.4.2. Il Consiglio Pastorale: è un organismo formato da membri del personale sanitario e amministrativo, del volontariato e dei malati cristianamente impegnati a testimoniare i valori evangelici nel mondo della salute. Il loro numero può variare da 15 a 30 persone, in rappresentanza dei diversi gruppi operanti in ospedale. Il Consiglio Pastorale è innanzitutto uno strumento per coagulare le forze e creare un vincolo comunitario tra quanti si sentono impegnati a testimoniare lo spirito del vangelo.

In secondo luogo questo spirito di collaborazione interdisciplinare rappresenta uno dei modi più efficaci per incidere sulla più vasta comunità ospedaliera attraverso progetti e iniziative a livello liturgico, formativo, ricreativo e caritativo, che contribuiscono ad animare la vita istituzionale.

La capacità del cappellano di promuovere queste iniziative non è altro che un mettersi in sintonia con le indicazioni ecclesiali che richiamano come l'azione pastorale non è patrimonio esclusivo dei sacerdoti, ma responsabilità dell'intera comunità cristiana.

3.5 Il ruolo catechetico

Nel corso della sua vita terrena, Gesù ha adoperato para-

bole e immagini tratte dalla vita quotidiana per illuminare e ammaestrare i suoi apostoli e le folle. Sull'esempio del Fondatore, il cappellano fa tesoro delle occasioni offerte dal ministero per educare i malati a dare un senso al dolore, ad attingere luce alla Parola di Dio e alla riflessione.

Talvolta catechizzare significa trasformare uno sfogo di amarezza in preghiera; spesso è il malato stesso che diventa evangelizzatore e formatore dei sani attraverso il suo esempio, la sua fede e la sua serenità. I maestri più saggi sono le persone più vulnerabili; i malati, per chi sa ascoltarli, diventano un'università, non tanto per il contributo che offrono alla scienza, quanto per quello che danno alla sapienza umana.

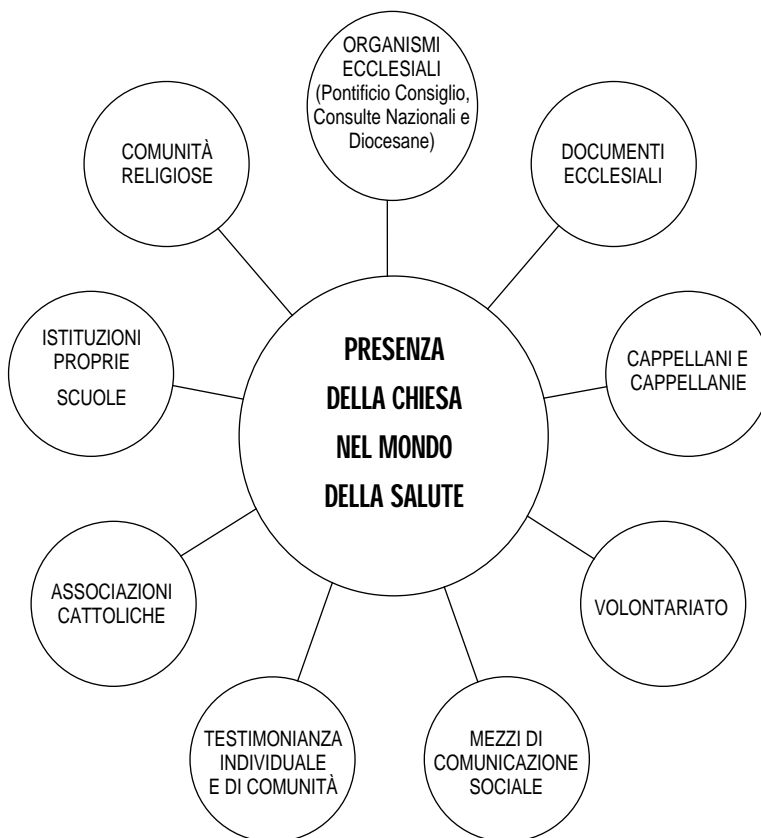
Dietro ogni volto che soffre è nascosto un dono; dipende dal visitatore recepirne i messaggi. Chi si lascia educare dagli infermi impara ad affrontare la sfida della malattia e della morte, si prepara alla vecchiaia, apprezza maggiormente la propria salute, relativizza i problemi, si mantiene più umile e più compassionevole.

C'è un contributo catechetico che il cappellano offre al personale sanitario e alla comunità ospedaliera. Attraverso la riflessione sulla Parola di Dio, momenti di preghiera o paraliturgie, celebrazioni eucaristiche in reparto, l'amministrazione comunitaria dell'Unzione degli Infermi, ha l'opportunità di deporre semi sul terreno degli ascoltatori, maturandone la fede, purificando le immagini di Dio che suscitano paura, educando alla sopportazione reciproca, stimolando la responsabilità.

Anche nel contesto della collaborazione interdisciplinare e dei comitati di bioetica, la presenza del cappellano può servire a mettere in luce valori in gioco dinanzi alle complesse sfide poste dalla bioetica: dalla fecondazione in vitro, dall'eutanasia, dal trapianto di organi, a dei diritti dei malati, e favorire scelte e decisioni che rispettino il principio della dignità umana.

3.6 Il ruolo di collegamento

Il cappellano è membro di una Chiesa che testimonia la sua presenza nel mondo della



salute attraverso una varietà di forme e risorse.

Il cappellano – e/o la cappellania – rappresenta un tassello di un variegato mosaico di risorse. All'interno della struttura ospedaliera egli ha compiti organizzativi nell'assicurare gli spazi e servizi necessari per svolgere il suo compito, nel mantenere il contatto con l'amministrazione e la direzione sanitaria al fine di cooperare agli obiettivi istituzionali e informa gli organi competenti su iniziative e progetti della cappellania e del consiglio pastorale.

L'ospedale non è però un'isola, ma un componente della comunità più vasta e l'orientamento attuale di ridurre al minimo i giorni di degenza ospedaliera comporta il potenziamento delle strutture di appoggio sul territorio, soprattutto la parrocchia.

Il cappellano mantiene i contatti con il vescovo, i responsabili della parrocchia e della prefettura diocesana, i gruppi di visitatori dei malati, al fine di armonizzare gli sforzi, qualificare il servizio e collaborare a sensibilizzare l'intera comunità cristiana verso il mondo della sofferenza e della salute.

Una delle forme privilegiate di sensibilizzazione è costituita dalla Giornata Mondiale del Malato; istituita da Giovanni Paolo II, questa iniziativa si sta affermando come lo strumento più efficace e capillare per focalizzare l'attenzione della Chiesa e della società sui malati e suscitare energie nuove a servizio di questo mondo.

3.7 Il ruolo rituale

Frequentemente l'immagine del cappellano viene confinata e ridotta a questa dimensione religiosa, vale a dire al ruolo di chi passa a dare una benedizione o amministrare i sacramenti. Il pericolo maggiore è che il cappellano stesso si situi in questo orizzonte limitando il suo intervento alla sfera liturgica e sacramentale. La dimensione rituale ha un suo contributo sanante da offrire, ma costituisce un momento di arrivo,

non di partenza di un incontro.

Dove è possibile, è importante costruire la relazione con il malato sulla base di elementi precedentemente menzionati, quali il ruolo di consolazione e di mediazione e, alla luce di quanto scaturisce, discernere il contributo religioso che meglio risponde alle esigenze dell'interlocutore. In qualche occasione la preghiera costituisce la risposta più adeguata: essa assume un significato particolare nel tempo della sofferenza e può trasmettere quella forza, pace e serenità che non si trova nei farmaci, ma in un profondo rapporto di fiducia in Dio.

In altre occasioni, i sacramenti diventano un farmaco dell'anima e mezzi per ricevere la grazia di Dio e il conforto religioso; nel tempo della malattia rivestono un significato particolare i sacramenti dell'Eucarestia, della riconciliazione e dell'unzione dei malati e dipende dal cappellano e dal contesto del malato valutare i tempi e i modi più adeguati per proporli.

Un aspetto comunitario della dimensione rituale è legato allo stile del cappellano di presiedere ed animare le

celebrazioni eucaristiche, affinché non siano frettolose e senza vita, ma diventino occasioni celebrative della fede, alimentino la speranza e ispirino la carità.

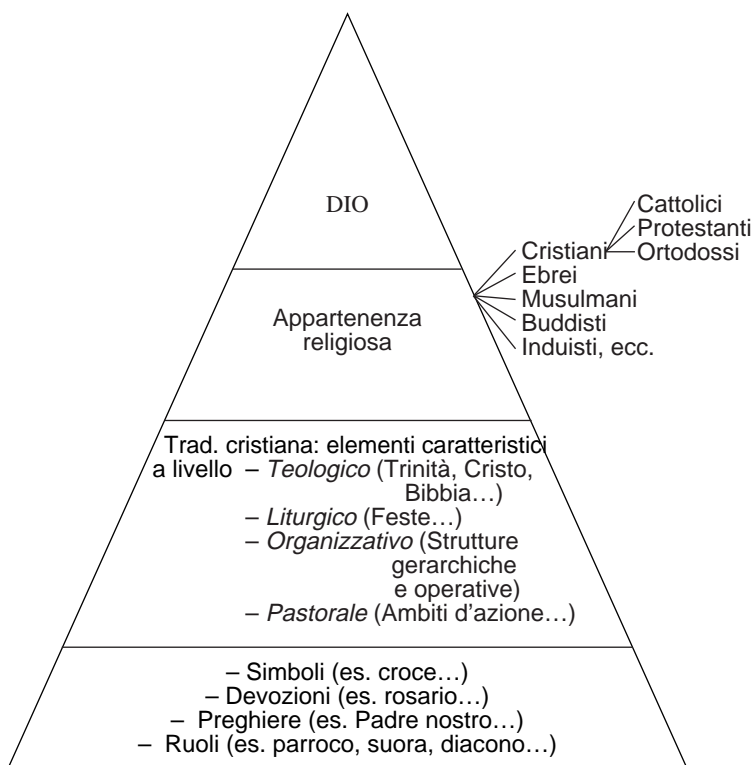
3.8 Il ruolo ecumenico

Nella società odierna, sempre più multiculturale e multireligiosa, si richiede la presenza di un cappellano che possieda spirito ecumenico.

Le grandi città si sono trasformate in un punto di incontro delle diverse culture e l'ospedale in un crocevia dell'umanità. Nelle corsie del nosocomio si possono trovare, fianco a fianco, l'etiope e il peruviano, il polacco e l'egiziano, l'indiano e lo spagnolo; ognuno di essi con la sua storia personale e il suo patrimonio culturale e religioso.

Il cappellano si rende presente a questo mosaico di tradizioni portando il contributo della sua umanità e il volto dell'accoglienza e della bontà.

La prospettiva ecumenica comporta, in modo particolare, la capacità di saper distinguere due dimensioni del patrimonio spirituale delle per-



sone: la tradizione religiosa e la spiritualità.

3.8.1. La tradizione religiosa è quell'insieme di valori, pratiche, riti e manifestazioni esterne che costituiscono il bagaglio di una determinata fede trasmessa tramite il canale comunitario e culturale. Così, ad esempio, la nascita in una determinata nazione comporta che l'individuo sia esposto, assimili e faccia propria la tradizione religiosa della famiglia o del contesto culturale di appartenenza.

Possiamo prospettare uno schema di riferimento (vedi pagina precedente) usando l'immagine di una piramide i cui gradini esprimono le diverse componenti della tradizione religiosa.

3.8.2. La spiritualità, d'altro canto, non è necessariamente mediata dalla cultura, ma fa parte del vissuto del singolo e abbraccia un orizzonte più vasto della tradizione religiosa. La spiritualità può essere direttamente collegata con l'appartenenza a una tradizione religiosa, ma per molti individui non lo è. Più che in passato oggi ci sono molte persone che non frequentano la Chiesa, il Tempio, la Moschea o la Pagoda, né appaiono interessati ai valori proposti da queste istituzioni, ma possiedono una ricca spiritualità.

La spiritualità è ciò che dà significato all'esistenza, i valori che motivano l'agire, il rapporto con Dio e con il sacro, il senso del proprio impegno nel mondo, ecc.

Il cappellano diventa ecumenico nella misura in cui sa accogliere, attraverso frammenti di dialoghi, la spiritualità che anima l'esistenza delle persone. La seguente traccia delinea alcuni elementi che possono caratterizzare il patrimonio spirituale di una persona:

– il *rapporto con Dio* o con il divino – il colloquio con i malati rivela le loro diverse immagini di Dio, la percezione che hanno del suo agire e della sua presenza nel mondo e stili di preghiera e linguaggio diversificati per incontrarlo;

– il *significato del soffrire* – ogni individuo assume atteggiamenti diversi dinanzi all'esperienza della vulnerabilità e del dolore, e fa appello a risorse interiori che lo rendono capace di rendere feconda la sofferenza;

– il *senso della vita e della morte* – l'impatto con il dolore suscita interrogativi profondi: qual è lo scopo della vita e il senso della morte?;

quali i valori o la fede che aiutano a far fronte all'ineluttabilità della morte?; quale credenza nell'aldilà;

– il *bisogno di perdono* – esaminando il proprio passato, la persona trova sempre carenze, debolezze, incoerenze, disappunti, errori di omissione e di commissione. Il rimpianto e il rammarico per la propria fragilità fanno emergere il bisogno di perdono: c'è chi ha bisogno di riceverlo da Dio, chi dagli altri, chi è chiamato a darlo a se stesso.

La conversazione intima diventa occasione per il malato di "confessare" i propri sbagli e indirettamente di chiedere perdono;

– il *rapporto con gli altri* – "Da questo tutti sapranno che siete miei discepoli, se avrete amore gli uni per gli altri" (Gv 13, 35). La spiritualità di un individuo si esprime in modo particolare nel suo modo di relazionarsi, per cui si

avverte uno spirito diverso in chi si rapporta agli altri ispirandosi alla solidarietà, alla gentilezza e alla carità, da un altro i cui motivi relazionali sono egoistici e finalizzati alla manipolazione e allo sfruttamento del prossimo.

La spiritualità di una persona che si dichiara atea, ma la cui vita è contrassegnata da una forte generosità e da un genuino rispetto per il prossimo, è molto più profonda e autentica di quella di un'altra che frequenta quotidianamente la chiesa, ma i cui rapporti sono alimentati dall'invidia o dalla gelosia e dalla costante critica degli altri.

– il *rapporto con se stessi* – È stato scritto: "Ho cercato il mio Dio e il mio prossimo, ma non ho trovato nessuno dei due; allora ho cercato me stesso e ho trovato tutti e tre". La conoscenza e l'accettazione di se stessi è un presupposto essenziale per offrire accoglienza a Dio e agli altri dentro di sé. Chi è in esilio nella propria casa fa fatica a trovare nella stessa una dimora per Dio o per il prossimo.

Chi ha una povera immagine di sé, tende costantemente a sottovalutarsi, non si valorizza come dono di Dio, si autocondanna limitando la propria libertà e potenzialità e impoverendo la propria spiritualità. S. Ireneo diceva: "La gloria di Dio è la creatura pienamente viva".

– il *rapporto con la natura* – se molti scoprono Dio familiarizzandosi con la storia della Salvezza o guardando negli occhi di un bambino, di una bella donna o di un anziano, altri avvertono la sua presenza specialmente nel contatto con le bellezze da Lui create: apprezzare il ciclo delle stagioni, ammirare il creato dalle vette delle montagne o dalle profondità degli abissi, contemplare un fiore che sboccia, godere la tranquillità di un lago, adagiarsi all'ombra di una quercia, fotografare la bellezza di un tramonto, diventano momenti spirituali che rivelano il mistero delle cose, la gratuità della vita, la Provvidenza di Dio.

Nell'incontro con le voci e i colori del Creato, l'uomo in-

contra il suo creatore e la sua contemplazione diventa preghiera, adorazione, ringraziamento.

4. Conclusioni

Ho cercato di delineare una mappa di sentieri, un ventaglio di ruoli che possono rendere più incisiva la presenza e la testimonianza del cappellano e della cappellania in ospedale. Ma avere la mappa

non serve, se non si è disposti a compiere il viaggio.

La consapevolezza è il primo passo che prospetta itinerari percorribili, ma poi occorrono l'umiltà, la motivazione e la tenacia di impegnarsi a fare il cammino.

La sfida a comunicare in modo comprensibile il vangelo nel mondo della salute richiede nei cappellani ed équipes pastorali una crescente motivazione a formarsi, tramite corsi e tirocini, per esse-

re più competenti; la disponibilità a coltivare lo spirito di collaborazione e di progettualità con altre persone e gruppi impegnati a umanizzare ed evangelizzare l'ospedale, e la creatività sufficiente per affrontare con immaginazione e originalità le provocazioni poste dal complesso mondo del dolore e della salute.

P. ARNALDO PANGRAZZI,
MI.

testimonianze

La sanità in Bolivia

*Al servizio della carità
per la vita
Suore Dominicane*

La sanità in Bolivia

1. Bolivia

1.1. Popolazione e sue proiezioni

La Bolivia è l'unico paese mediterraneo dell'America del Sud. Le sue coste si estendono per 1.098.581 km². Secondo le proiezioni dell'Istituto Nazionale di Statistica relative al censimento del giugno 1992, gli abitanti sono 6.344.396. La densità di popolazione è di 5,78 abitanti per km², molto bassa in rapporto ad altri paesi dell'America Latina.

Qualora la popolazione dovesse mantenere il ritmo attuale di crescita, nel 2000 gli abitanti della Bolivia saranno oltre 8 milioni.

La popolazione cresce ad un ritmo superiore a quello dell'economia del paese. Il reddito pro capite è diminuito e va perdendo il potere d'acquisto, per le costanti minisvalutazioni a seconda della Borsa Boliviana.

Attualmente il paese registra il più alto tasso di fecondità dell'America Latina, stimato a 6,2 bambini per donna, superiore di oltre il 50% della media registrata nel resto del continente Latinoamericano. Nelle aree rurali, il tasso di fecondità arriva a 8 figli per donna.

Nel 1992 il 58% della popolazione totale della Bolivia era concentrato nelle città dato che, a partire dal 1976, si è verificato un aumento considerevole della migrazione dalla campagna alla città; dal 1985 il fenomeno si è acuito come conseguenza del decreto 21060, con il quale veniva disposto il Ricollocamento (Licenziamento) soprattutto dei lavoratori dei centri minerari che si trasferirono in massa nelle città.

1.2. Indicatori basilari

– Tasso di mortalità nei minori di 5 anni (1991): 166 per

mille secondo lo "Stato Mondiale dell'Infanzia - 1991" dell'UNICEF.

– Tasso di mortalità infantile. Varia a seconda delle fonti:

* 105 per mille secondo lo "Stato Mondiale dell'Infanzia - 1991" dell'UNICEF, per il 1989

* 102 per mille secondo il Ministero della Sanità

* 270 per mille secondo il libro "Analisi critica della realtà", IV edizione, 1989

* 213 per mille secondo lo studio del CERES del 1987

* 110 per mille secondo il Bollettino AIS del 1992

– PNL: \$ 570 pro capite nel 1988

– Aspettativa di vita alla nascita: 54 anni (1989)

– Popolazione al di sotto del livello di povertà assoluta nel periodo 1980-1988 nella zona rurale: 85%

1.3. Sanità

Il livello sanitario è il riflesso delle condizioni di vita. Malgrado i cambiamenti fondamentali avvenuti nel decennio dal 1980 al 1990 nelle politiche sanitarie del paese, purtroppo questi non sono andati di pari passo con politiche globali tendenti ad un miglioramento del livello di vita; inoltre l'applicazione di sistemi economici disumanizzati ha dato eccellenti risultati per quanto riguarda i parametri economici, ma le sue conseguenze sociali si sono ripercosse chiaramente nella miseria in cui vivono vari settori e riflettono con evidenza gli alti tassi di mortalità per malattie morbose e di denutrizione.

La crisi economica che attraversa il paese acuisce in maniera allarmante i problemi sanitari, soprattutto per il bambino e la donna. La transazione strutturale sollecitata dalle macroorganizzazioni economiche internazionali ha avuto

nella maggior parte dei paesi in via di sviluppo, e in Bolivia in modo concreto, un impatto negativo sulle spese governative nel settore sanitario.

Secondo studi realizzati dalla nostra organizzazione, l'80% della popolazione vive in condizioni di estrema povertà. Anche l'UNICEF sostiene che l'80% della popolazione non ha la possibilità di soddisfare le proprie necessità basilari, e in questi ultimi anni i salari reali dei lavoratori sono diminuiti del 44%.

Nonostante i programmi della Segreteria Nazionale della Sanità, in particolare quello delle mobilitazioni popolari per le vaccinazioni, siano stati accolti favorevolmente e abbiano raggiunto un'eccellente diffusione, tuttavia queste misure non sono state sufficienti, giacché non sono state accompagnate da politiche tese a migliorare le condizioni di vita.

Un'alimentazione adeguata sarebbe il complemento ideale per migliorare gli indici di salute del paese, così come le condizioni di alimentazione e di vita. Va sottolineato che il miglioramento delle condizioni di vita non avviene con la diminuzione della popolazione, bensì con la produzione, creando lavoro e salari che permettano di vivere dignitosamente.

Secondo studi dell'I.M.E. (Investimenti Medici Essenziali), circa l'80% della popolazione boliviana presenta una situazione sanitaria con un'alta prevalenza di rischio, per mancanza di previdenza sociale, per bassa aspettativa di vita e minimo accesso ai servizi sanitari.

Le difficili condizioni geografiche del paese, la dispersione della popolazione nell'area rurale e le barriere culturali e sociali esistenti, sono ulteriori fattori che influiscono

sulla prestazione di servizi preventivi ed assistenziali.

Se a tutto ciò sommiamo l'alto costo dei medicinali, possiamo dire che la situazione sanitaria in Bolivia è una delle più critiche del mondo.

– *Mortalità infantile*

Come abbiamo già detto, secondo il Ministero della Sanità il tasso di mortalità infantile è del 102 per mille.

Di seguito sono schematizzate le dieci principali cause di morte in bambini minori di un anno.

MALATTIE	NUMERO DI BAMBINI	%
1. Malattie perinatali e di prima infanzia	2.377	44,2
2. Respiratorie	1.140	21,2
3. Gastrointestinali	478	8,9
4. Pertosse	404	7,5
5. Non sufficientemente definite	364	6,8
6. Tutte le infezioni e le malattie parassitarie	180	3,4
7. Scarlattina	99	1,8
8. Malattie allergiche, nutrizionali e anemia	79	1,5
9. Morbillo	71	1,4
10. Tetano	49	0,9

Pertanto, il 60,6% corrisponde a malattie contagiose, di cui il 33% prevenibili con vaccinazione e il 27% con azioni sull'ambiente.

La mortalità infantile nei minori di 5 anni costituisce il 65% della mortalità in generale. Il tasso di mortalità da 0 a 5 anni permette di misurare direttamente la salute delle madri e dei bambini e di riflettere altri fattori, come le entrate e la disponibilità di alimenti, l'accesso all'acqua potabile e al risanamento efficace.

Il 65% della mortalità infantile riguarda i minori di 5 anni.

Il 60% delle 10 principali cause di mortalità corrisponde a malattie contagiose, di cui il 33% possono essere controllate tramite vaccinazione e il 27% attraverso azioni di risanamento ambientale.

In Bolivia 60.792 bambini non raggiungono l'anno di vita. Ogni giorno muoiono 166 bambini e ogni minuto 7. La mortalità perinatale raggiunge il 110 per mille.

In alcuni luoghi la mortalità infantile supera il 200 per mille.

Secondo l'ex-Ministero per

la Previdenza Sociale e la Sanità Pubblica, ora Segretariato della Sanità, la mortalità infantile raggiunge il 102 per mille.

Le infezioni respiratorie acute uccidono ogni anno circa 20.000 bambini che hanno meno di un anno.

– *Malattie ad alto rischio*

* La popolazione è esposta ad un alto rischio di malattie e di morte a causa di diarrea, infezioni respiratorie acute e, in modo particolare, per denutrizione.

* Il morbillo e la pertosse sono malattie importanti nel quadro della mortalità infantile.

* La tubercolosi ha un'incidenza del 3 per mille annuale, e tende ad aumentare a causa delle scarse condizioni socio-economiche e sanitarie.

* Il gozzo costituisce uno dei maggiori problemi per la sanità pubblica a causa delle gravi conseguenze che comporta, soprattutto per la madre e il bambino.

2. La Chiesa e la sanità

La Chiesa risponde alle problematiche sopra descritte complementando lo stato in questa sua doverosa funzione, mettendo in atto programmi di cure sanitarie di base, cioè promuovendo e prevenendo da un lato e prestando cure di secondo e terzo livello dall'altro.

La Chiesa svolge tale lavoro in tutto il paese, con differenti programmi, progetti e opere sanitarie (da piccole postazioni sanitarie ai grandi ospedali che si mantengono grazie allo

sforzo della Chiesa stessa, del finanziamento esterno, e in qualche misura dei corrispettivi della Segreteria Nazionale della Sanità del Ministero per lo Sviluppo Umano).

3. La Chiesa e le nuove leggi

Il 30 giugno 1995 è stata promulgata la Legge di Partecipazione Popolare, quella stessa che va suscitando discussione e talvolta aspettative nelle diverse parti della società civile. A partire dal 1° gennaio 1996, è entrata in vigore anche la Legge di Decentralizzazione.

Le trasformazioni presupposte dall'applicazione di queste due leggi in tutti gli ambiti del campo economico, politico e sociale del Paese, giustificano un'analisi che permetta di comprendere meglio il carattere, le possibilità, la portata e i limiti di queste stesse leggi che riguardano tutti i boliviani.

Sebbene attualmente conosciamo la problematica delle opere sanitarie, a partire dall'entrata in vigore delle due leggi va nascendo una nuova problematica che deve avere risposte e soluzioni immediate, un'attuazione uniforme ed unitaria di fronte al governo e alle ulteriori istanze incaricate di applicare le nuove leggi.

È perciò imprescindibile analizzare e dare priorità ai problemi che nasceranno a partire dall'applicazione delle nuove leggi nelle opere sanitarie, cercando in questo modo un coordinamento e una consultazione adeguati unificando i criteri nei loro piani d'azione tendenti a migliorare le condizioni di salute e di vita della popolazione più bisognosa.

In accordo alla Legge di Partecipazione Popolare, la responsabilità dei servizi sanitari è stata trasferita, per quanto riguarda le infrastrutture, le attrezzature e i costi, ai Governi cittadini.

Secondo la pertinente regolamentazione, le infrastrutture e le attrezzature dovranno restare in mano alla Chiesa e delle Organizzazioni non Governative, qualora lo desiderino; questo tema merita un'a-

nalisi approfondita all'interno delle opere sanitarie tenendo conto della partecipazione dei Governi cittadini coinvolti per quanto riguarda lo sviluppo dei diversi programmi, progetti e la loro stessa esecuzione.

Si auspica che queste nuove parti nel campo della salute, siano sempre più coinvolte nel lavoro delle diverse opere, progetti e programmi sanitari, in accordo al loro sviluppo.

Infine, come conseguenza dell'applicazione della Legge di Partecipazione Popolare e della Decentralizzazione che costituiscono il sostegno giuridico del modello di libero mercato, verrà attuato il nuovo modello sanitario come risposta ai cambiamenti segnalati.

Nel processo di messa in esecuzione si trova il nuovo modello sanitario che prende come livelli di gestione le seguenti istanze:

a) Unità di Programmazione Sanitaria (UPROS) in tutte le istituzioni sanitarie del primo livello di cure. A tale livello di gestione dovrà essere organizzato il Comitato territoriale Popolare di Sanità con la partecipazione di delegati delle OTB per la pianificazione partecipativa dei programmi e delle attività sanitarie nell'ambito territoriale di lavoro sotto la responsabilità dell'istituzione sanitaria.

b) Unità Basilare di Gestione (UBAGES). Per quanto riguarda la popolazione e il territorio, corrisponde ai servizi del primo livello di cure ed alcuni del secondo livello come i centri di "Salud Hospital" in grado di risolvere le esigenze dei pazienti nelle specialità sanitarie di base che si trovano nella giurisdizione di una sezione municipale. A questo livello di cure dovrà essere organizzato il Direttorio Territoriale di Sanità (DITESA), con la partecipazione del comune, del settore sanitario, delle OTB e di rappresentanti di altre istituzioni che lavorano in questo campo (Chiesa e ONG), all'interno di questa giurisdizione.

La sua funzione basilare è l'elaborazione del Programma Annuale Operativo di Sanità, l'assegnazione di mezzi, la

gestione e l'amministrazione dello stesso.

c) Direzione Territoriale di Sanità. È l'unione delle giurisdizioni municipali. In generale può corrispondere ad una associazione di sezioni municipali, che si trovano in più di una provincia, come nel caso della DITES del Valle Alto de Cochabamba che corrispondeva al II Distretto dello stesso dipartimento.

A questo livello di cure sanitarie dovrà essere organizzato il Direttorio Subregionale di Sanità (DISUBSA) la cui funzione principale sarà l'elaborazione, la gestione e l'amministrazione del programma Subregionale di Sanità, oltre al coordinamento degli sforzi e delle risorse dei diversi governi municipali, dei rappresentanti del settore sanitario, delle Organizzazioni Territoriali di Base, di altri settori in relazione al campo sanitario, per il conseguimento di obiettivi comuni.

Infine, come conseguenza dell'entrata in vigore della Legge di Partecipazione Popolare, i servizi sanitari sono stati trasferiti, per quanto riguarda le infrastrutture, le attrezzature e i costi, alla responsabilità dei governi municipali.

4. Accordo quadro tra Chiesa e Stato

A partire dal 1984 è stato firmato un accordo quadro con lo Stato col proposito di regolare i rapporti tra Chiesa e Stato per quanto riguarda il settore sanitario.

Attualmente verrà firmato un accordo tra lo Stato, rappresentato dal Ministero per lo Sviluppo Umano, e la Chiesa cattolica, rappresentata dalla Conferenza Episcopale Boliviana, che include i tre importanti settori in cui lavora la Chiesa: Educazione, Salute e Famiglia e Istituzioni di bambini e adolescenti.

5. Prospettive

Attualmente, la Commissione Episcopale Boliviana sta cercando di attuare un Piano Triennale per focalizzare il lavoro nell'organizzazione della Pastorale Sanitaria, al fine di elaborare linee strategiche e di coordinamento con tutte le opere sanitarie della Chiesa cattolica nel paese, fissando una posizione di fronte alla problematica della sanità e generando un impatto a livello nazionale per i servizi che presta complementariamente alle azioni dello Stato.

Elaborare una Carta Pastorale Sanitaria, che costituisca il quadro di riferimento fondamentale del lavoro della Chiesa in Bolivia nel campo della sanità, definendo le linee strategiche affinché le azioni sanitarie della Chiesa in Bolivia possano offrire un servizio coerente e pianificato.

Aiutare la popolazione a prendere coscienza e darle la capacità di risolvere i propri urgenti problemi sanitari promuovendo azioni organiche e solidali del vero ruolo del cristiano per contribuire alla diminuzione degli alti indici di mortalità per malattia e degli elevati tassi di denutrizione.

Rafforzare e organizzare i Comitati Diocesani di Sanità, che permettano di strutturare la Pastorale Sanitaria della Chiesa in Bolivia.

Promuovere azioni organiche solidali di promozione della salute attraverso la messa in atto di un piano di abilitazione e di comunicazione basato sulle cure sanitarie di base e sulla Dottrina Sociale della Chiesa.

Elaborare materiale di diffusione e di abilitazione in temi di cure sanitarie di base e Dottrina Sociale della Chiesa.

“Al servizio della Carità per la Vita” Progetto di pastorale della salute per l’America Latina e i Caraibi

Presentazione

Quest’anno celebriamo il terzo centenario della nascita della prima Suora della Carità Domenicana della Presentazione avvenuta nel 1696 in Francia. Con lungimiranza Marie Poussepin fondò una comunità del Terzo Ordine di San Domenico per venire incontro ai bisogni della parrocchia, per l’educazione delle fanciulle e il servizio agli ammalati. Le 3200 suore attualmente presenti in 33 paesi, attente alla chiamata della Chiesa e del mondo, cercano di rispondere alle urgenze del momento.

Il 48° Capitolo Generale, celebrato nell’agosto del 1984, ha riaffermato la priorità del carisma nel mondo della salute. A partire da quel momento, le consorelle dell’America Latina, impegnate nel servizio alla vita, hanno iniziato un ampio processo di valutazione e di approfondimento che le ha preparate ad elaborare il loro primo Progetto di Pastorale della Salute, mezzo di animazione e di organizzazione congiunta, edito nel 1987.

Di fronte agli appelli delle attuali e mutate circostanze, si è avvertita la necessità di approfondire e di sviluppare il processo iniziato nella Congregazione. La Parola di Dio, letta in Chiesa, l’analisi della realtà, e la valutazione dell’operato, hanno permesso di precisare criteri chiari che, assunti in gruppo, dispongono all’impegno e rendono possibile l’applicazione di priorità e strategie.

A partire dall’esperienza maturata sulla base del primo progetto, è stata elaborata la nuova edizione che presentiamo qui di seguito.

Agli albori del quarto secolo di vita della Congregazione, il presente *Progetto di Pastorale della Salute per l’America Latina e i Caraibi* giunge ad ogni

Suora della Carità Domenicana della Presentazione con la novità del Regno che “fa nuove tutte le cose”, novità che irrompe nel cuore di ogni persona quando si apre alla misericordia, alla liberazione interiore e che fa di ogni uomo un fratello.

La presenza audace e valorosa di Marie Poussepin, colma della grazia della sua beatificazione, ci ha poste di fronte alla realtà del nostro continente e ci ha spinte alla ricerca di risposte che, a partire dal carisma congregazionale, possano rendere presente il Vangelo nel mondo della salute.

L’impegno per la vita, motivato a partire da Sainville e alimentato per tre secoli dal servizio caritativo, ha portato le Province e Viceprovince dell’America Latina e dei Caraibi ad attualizzare il progetto di pastorale della salute che, dopo otto anni di applicazione, si presenta con nuova vitalità in ogni sua parte:

– *La realtà che si trasforma e ci interpella* è un’espressione concreta del carattere congiunturale del momento storico, in cui le strategie e le politiche sociali ed economiche incidono sul conseguimento di condizioni proprie per la protezione e lo sviluppo della vita e la conservazione della salute del popolo. Di fronte a questa situazione, la Chiesa e, in essa, la Congregazione, presentano la propria realtà, con i suoi momenti di luci e ombre nella realizzazione della loro azione pastorale.

– *Il Fondamento Biblico-Teologico e il Carisma*, ci permettono di avvicinarci ai principi che sostengono il nostro servizio caritativo nel mondo della salute. Attraverso queste pagine possiamo scoprire come lo stesso Spirito che animò l’azione di Gesù, il Buon Sa-

maritano della storia, e che diede impulso alla risposta di Marie Poussepin tre secoli fa, continui ad ispirare l’impegno di ogni Consorella a favore dell’“uomo caduto in mano ai briganti”. Cosciente della sua missione profetica, la Chiesa ci impegna, come Congregazione, nell’annuncio del Regno agli ammalati e agli esclusi nonché nella difesa e nella promozione della vita, a partire da “un nuovo impulso apostolico”, espressione della passione per il Regno e per la nostra propria vocazione.

La parte progettuale è espressa nella definizione di *Missione*, nella presentazione delle *Sfide, priorità e strategie* e nelle proposte per l’*Applicazione e la Valutazione del Progetto*.

– *La Missione* definisce la filosofia con cui si assume il servizio caritativo nel mondo della salute; mentre esprime i valori che ci identificano, manifesta il come, il dove e il con chi del nostro compito evangelizzatore a favore della vita.

– *Le sfide, priorità e strategie* manifestano il dinamismo del nostro servizio apostolico di fronte alle problematiche impellenti della realtà. Questa parte del progetto permette ad ogni struttura della Congregazione in America Latina e nei Caraibi di creare risposte proprie con l’audacia e la creatività che contraddistinsero *Marie Poussepin*, nonché di condividere la ricchezza delle sue esperienze missionarie attraverso valutazioni a livello provinciale o interprovinciale.

È nostro auspicio che il presente Progetto, approvato nel corso della VII Assemblea Interprovinciale della Salute, riceva l’accoglienza più entusiasta e sia per ogni *Consorella e Comunità* uno strumento attraverso il quale possa passare

l'azione dello Spirito che "tutto rinnova", lanciando la Congregazione con nuovo impulso verso il suo quarto secolo di vita e il terzo millennio della cristianità.

1. Motivazione

Impegnate nella missione della Chiesa e della Congregazione a favore della salute e della vita umana, come popolo di Dio:

"sentiamo il dovere di annunciare il Vangelo della vita, di celebrarlo nella liturgia e nell'intera esistenza e di servirlo" in linea col carisma congregazionale.

Sulla base di questa prospettiva, le Province e Viceprovince dell'America Latina si sono impegnate in una ricerca continua a partire dal 1980, dando origine nel 1987 al *Progetto di Pastorale della Salute per l'America Latina*.

Oggi nuove realtà pongono sfide alla nostra missione:

- Le mutate condizioni, i progressi della tecnica, le conquiste scientifiche con le sue implicazioni etico-morali e i mutamenti socio-economici e politici, sollecitano nuove risposte al servizio della salute e della vita.
- La Chiesa impegnata nel Piano di Gesù, il quale venne perché "abbiano la vita e l'abbiano in abbondanza"², si sente inviata con preferenza verso i poveri, i deboli e gli ammalati. Essa scopre la sua missione evangelizzante e manifesta la propria solidarietà nell'affermazione della vita, come segno dell'azione salvifica e redentrice di Dio nella storia.
- Animata dalla forza del carisma e con nuovo impulso apostolico, la Congregazione, a partire dall'inculturazione e dalla solidarietà, nella dinamica dell'incarnazione, vede nella pastorale della salute un cammino privilegiato per la realizzazione del progetto missionario di Marie Poussepin, a condizione di saper leggere con lucidità e audacia il momento storico e, con fedeltà creativa, dare la risposta che l'uomo di oggi esige.

La realtà attuale evidenzia la necessità di attualizzazione del Progetto di Pastorale della Salute per l'America Latina e i Caraibi. Il cammino percorso nelle Province e Viceprovince in questi anni ha arricchito, ha dato la possibilità di sentire con maggior forza l'impegno a favore della vita, ha unificato principi e criteri e ci ha aiutato a crescere a livello personale e comunitario.

2. Una realtà che si trasforma e ci interpella

1. L'America Latina e i Caraibi, popoli giovani, ricchi di esperienza storica, presentano nella propria realtà forti contrasti di ricchezza e povertà; soffrono per la minaccia che comporta dipendenza, il flagello degli interessi politici ed economici non solo dei paesi ricchi, ma anche dei loro governi, che molte volte lottano per lo sviluppo, a costo del sacrificio dei propri fratelli.

Situazione di salute

2. La composizione della popolazione sta attraversando una transizione, con una diminuzione dei gruppi minori di 15 anni e un aumento della speranza di vita alla nascita di 69 anni per il periodo 1990-1995³. In alcune regioni sono migliorate le condizioni di vita ed è diminuita la mortalità per malattie morbose.

3. In ogni paese nascono nuove forme di organizzazione della popolazione, con grandi possibilità di contribuire alla trasformazione sociale, come: promotori comunitari di salute, lavoratori organizzati che si preoccupano di ottenere migliori condizioni nei servizi sanitari, entità statali e private che assicurano sostegno economico e organizzativo allo sviluppo di programmi tendenti a migliorare la qualità di vita nel campo dell'educazione e della salute, in particolare nelle zone emarginate.

4. Impulso alla professionalizzazione e alla specializzazione dei lavoratori nell'area della salute, incremento della

ricerca biomedica, bioetica e sociale, abilitazione in gestione e ingegnerizzazione, sono forze che contribuiscono ad una prestazione efficiente ed appropriata dei servizi sanitari.

5. Esistono situazioni particolarmente inquietanti.

Si constata una diminuzione della crescita generale della popolazione a seguito della riduzione del tasso di fertilità, dei cambiamenti generali della struttura della mortalità, dei movimenti migratori tra paesi e degli spostamenti forzati di popolazione come conseguenza della violenza e della ricerca di migliori condizioni di vita.

6. Il profilo epidemiologico dei paesi è misto: esso unisce i problemi tradizionali come le malattie infettive e della malnutrizione, che colpiscono fondamentalmente la popolazione infantile e i gruppi che vivono in condizioni di estrema povertà, con le malattie proprie dello sviluppo, come quelle cardiovascolari, degenerative e il cancro.

7. La violenza istituzionalizzata principalmente nella popolazione giovane e adulta, gli omicidi, i traumi, gli incidenti, i sequestri, le sparizioni di persona, la sovversione e il conflitto armato, interpretano un vuoto di valori etico-civili che colpiscono direttamente la salute della popolazione, mentre predomina una cultura cittadina di intolleranza, uno spirito di conflitto e una mancanza di rispetto dell'altro.

8. Lo stile di vita è il prodotto tipico della cultura della premodernità, della modernità e post-modernità che, trovandosi simultaneamente presenti nella società, rendono difficile l'organizzazione di servizi sanitari e generano condizioni propizie all'insorgere di nuove malattie, risultato della mancanza di coesione sociale e di un errato concetto di libertà, amore e sessualità.

9. La disintegrazione familiare, le unioni libere, le ragazze madri, la maternità prematura, la mortalità materna, l'aborto, l'ingerenza dei governi

nella pianificazione delle nascite, la sottomissione della donna in determinate culture, le sue molteplici responsabilità in casa e al lavoro, così come la sua discriminazione, costituiscono nelle nostre società latinoamericane altrettante aggressioni alla famiglia.

10. La fame, la malnutrizione, la disoccupazione, l'ignoranza, l'analfabetismo, l'uso di stupefacenti e l'alcolismo, come anche l'ineguale distribuzione delle risorse economiche, umane e istituzionali, influiscono sempre più sull'insorgere delle malattie e sulla scarsa garanzia dei servizi sanitari.

11. Il rapporto equivoco dell'uomo con la natura ha creato fenomeni che producono gravi conseguenze per la salute, come: la contaminazione dell'acqua e del suolo, i disastri naturali senza un'adeguata preparazione per fronteggiarli, l'estinzione della flora e della fauna, l'eliminazione degli spazi verdi e delle regioni naturali, l'aumento dell'inquinamento nelle aree metropolitane, l'inadeguato smaltimento dei rifiuti. È ugualmente inquietante la scarsa diversificazione delle coltivazioni, nonché la coltivazione e la lavorazione di cocaina, marijuana e papavero.

12. Il popolo ha valori e credenze radicati, a volte un senso magico della fede. Tanto le false credenze religiose quanto la superstizione e il fanatismo possono tradursi in ostacolo per la difesa e la promozione della vita e della salute.

Sistemi di servizi sanitari

13. I sistemi sanitari gravitano fondamentalmente attorno alla malattia, come risultato delle condizioni di vita, invece che attorno alla salute.

Attualmente i paesi Latinoamericani e Caraibici hanno adottato una politica neo-liberale, che restringe l'intervento dello stato e lo sottomette alle leggi di mercato. Tale politica, dietro l'apparente democrazia, privilegia le prerogative di una ridotta minoranza, nega e viola

i diritti della maggioranza, scarica la responsabilità sanitaria sull'impresa privata e incorpora nuove tecnologie inaccessibili alla maggioranza della popolazione⁴.

14. Si è sempre più lontani dalla giustizia sociale unita al concetto di *salute per tutti*. In generale le comunità sono carenti di servizi sanitari che diano loro garanzia e di un'efficienza che privilegi coloro che presentano una maggiore concentrazione di fattori condizionanti della malattia e accessibilità senza barriere geografiche, economiche, culturali e amministrative.

15. Lo scarso stanziamento di fondi destinato dai governi alla sanità e l'inadeguata distribuzione e amministrazione delle risorse, influiscono negativamente sulla garanzia e sulla qualità dei servizi.

La popolazione, specialmente nelle aree rurali ed emarginate, accetta passivamente la sua condizione e attende la soluzione da parte degli organismi governativi, senza impegnarsi direttamente affinché la situazione cambi.

16. I governi propendono verso nuovi sistemi di sicurezza sociale integrale con il proposito di garantire i diritti irrinunciabili della persona e della comunità, per ottenere una qualità di vita conforme alla dignità umana, retta da principi di equità, efficienza, universalità e partecipazione comunitaria.

I progressi delle scienze sanitarie, la ricerca biomedica, la tecnologia, l'ingegnerizzazione, incidono in maniera positiva sulla salute, tuttavia la tecnica non sempre privilegia il rapporto persona-operatore sanitario.

17. L'infrastruttura delle istituzioni e le precarie condizioni di lavoro per il personale, hanno creato la necessità di riunirsi in sindacati; si osserva che alcuni di questi sono manipolati da interessi politici, ideologici e personali, che colpiscono direttamente la qualità del servizio e favoriscono il disimpegno professionale.

Pastorale della salute

18. L'azione caritativa nella Chiesa nasce con uno scopo eminentemente assistenziale in cui i religiosi vedono un mezzo propizio per la realizzazione dei loro carismi; l'ospedale è considerato come qualcosa di sacro, poiché i malati sono il centro dell'attenzione. Con il trascorrere del tempo, molti religiosi lasciano le istituzioni ospedaliere per diverse ragioni: i governi hanno assunto la responsabilità che compete loro di offrire servizi sanitari⁵, è aumentato il personale laico preparato, e i servizi si sono tecnicizzati. Allo stesso modo il processo di secolarizzazione e anche di secolarismo della società ha influito notevolmente su questo fatto.

19. Attualmente la Chiesa in America Latina e nei Caraibi ha linee ed opzioni chiare di evangelizzazione che le permettono un maggiore avvicinamento a gruppi specifici che lavorano in difesa della vita. Gli ultimi documenti del magistero ecclesiastico costituiscono una denuncia profetica e una linea di orientamento affinché gli operatori pastorali riscoprano la loro identità a favore di una presenza evangelizzante, nel complesso e conflittuale mondo della salute.

20. Rappresentano segni di vita e di speranza la riflessione e l'attenzione integrale che si va prestando alla salute, la nascita di gruppi di pastorale della salute, le associazioni di malati, le organizzazioni popolari, quanti si impegnano nella ricerca di una migliore qualità di vita. Sforzi vengono compiuti per promuovere l'umanizzazione delle strutture e il fomento dei valori etici.

21. Alcuni operatori pastorali non dispongono di sufficiente preparazione teologica e tecnica per affrontare, illuminare ed orientare la problematica sociale e sanitaria verso la ricerca di soluzioni rispondenti alla realtà e ai valori etici e morali promulgati dalla Chiesa. L'evangelizzazione non giunge ancora alla radice delle situazioni, mancano una interrelazione tra il Vangelo e la vi-

ta concreta, personale e sociale dell'uomo, un orientamento e una maggiore organizzazione della pastorale a tutti i livelli: nazionale, diocesano, parrocchiale e istituzionale, come anche la consapevolezza che la pastorale della salute è compito di tutti i cristiani e non solo di pochi impegnati.

22. Nei paesi dell'America Latina e dei Caraibi esistono regioni molto estese, fasce di miseria, aree distanti e zone di violenza dove non sono giunte le cure sanitarie primarie e l'azione pastorale della Chiesa e in cui urge la presenza di personale pastorale preparato e professionalmente qualificato.

La Congregazione nel campo della salute

23. La storia della nostra congregazione nel mondo della salute è centenaria in America, dove, spinte dalla forza del carisma, giunsero le nostre Consorelle francesi. La Colombia fu il paese scelto nel 1873 per iniziare la semina e l'ospedale San Giovanni di Dio a Santafé de Bogotá la prima opera della Presentazione in quel continente, seme che si diffuse e si moltiplicò rapidamente sotto *molteplici forme di presenza*.

24. Con una chiara visione del momento, con audacia e dedizione generosa delle loro vite, spesso fino all'eroismo, le nostre prime consorelle si dedicarono al servizio degli ammalati, spesso in condizioni tecniche ed economiche precarie, tuttavia grazie al loro spirito apostolico, ciò non costituì un ostacolo alla realizzazione della loro missione a favore della salute e della vita.

25. Se ieri a Sainville fu un atto di solidarietà ad animare le nostre Consorelle, oggi la Congregazione in America Latina e nei Caraibi desidera essere testimone di solidarietà, con molteplici servizi che parlano di gratuità e di misericordia, di promozione della persona, di impegno reale nei confronti del popolo e della loro situazione sanitaria.

26. Attualmente il *servizio caritativo nel mondo della salute* è una sfida per la Congregazione, per le condizioni di miseria in cui vive la maggior parte della popolazione, condizioni queste che reclamano un'azione diretta nella difesa e nella promozione della vita, come risposta ecclesiale e come impegno con il carisma congregazionale, in uno dei suoi orientamenti apostolici.

27. Ci sono fatti che mettono in discussione la nostra presenza nel mondo della salute:

- Mancanza di conoscenza della problematica sociale, incarnazione nell'ambiente, motivazione, creatività e audacia per rivitalizzare la missione sanitaria nella Congregazione per cui non sempre le risposte vanno di pari passo con le necessità.
- Oltre il 50% delle Consorelle attive in questo campo hanno superato i 60 anni. Le consorelle giovani impegnate in questo orientamento apostolico rappresentano una percentuale bassa, il che incide sulla disponibilità delle risorse umane e sulle possibilità di risposta della Congregazione.
- La pastorale vocazionale, inoltre, non è stata accettata da tutte le comunità di salute come un dovere che compete loro.
- Fa discutere fortemente la quasi totale assenza di questo primordiale orientamento apostolico del carisma in alcuni paesi dell'America Latina e dei Caraibi in cui è giunta la Congregazione.
- In molte Consorelle impegnate in campo sanitario è debole l'impegno nell'autoformazione, mancano abitudini di studio, disciplina intellettuale e preparazione teologico-pastorale.

3. Fondamento biblico-teologico e il carisma

Il piano di Dio sull'umanità

28. Dio ha per ogni uomo e ogni donna un progetto di *vita*, concepito nella Verità che ci fa liberi per mezzo e per l'amore,

proposta di *alleanza*⁶ tra Dio e l'uomo. Dio realizza questo progetto nel divenire della storia umana nel suo Popolo, a partire da ogni persona in cui Egli dimora, imprimendogli la propria immagine, rendendola capace di stabilire nuove relazioni:

- con il mondo *in libertà*;
- con le altre persone *in fraternità*;
- con Dio *in filiazione*.

29. Nell'armonia di queste relazioni, la persona trova le condizioni propizie per realizzare la vita secondo la propria dignità, all'interno di una società strutturata su tre piani inseparabili:

- quello della Fede, che rende efficace la Parola;
- quello della Comunione e del rispetto per la persona e per la natura;
- quello della Solidarietà e della partecipazione⁷.

In questa prospettiva, il Popolo sperimenta *Dio* come un Dio vicino, che cammina con lui, che, con i gesti e le azioni, assume le caratteristiche di Padre e di Madre, che si schiera dalla parte degli ultimi, i più bisognosi e abbandonati.

30. Il peccato, e con lui la malattia, il dolore e la morte, fa la sua comparsa nel mondo e infrange questo *Piano di Dio* sull'umanità; pur tuttavia l'uomo non è abbandonato al suo destino: a questa umanità dolente *Dio Padre* offre la liberazione in *Gesù Cristo*, Figlio di Dio, che, per mezzo dell'*Incarneazione*, ha assunto la condizione umana e ha solidarizzato con la nostra povertà e con i nostri limiti, meno che col peccato⁸. Lo *Spirito* dà impulso a questa ricerca di vita e realizzazione.

31. Gesù non solo è sensibile al dolore umano, bensì si identifica con colui che ha fame, freddo o che è malato. Con gli atti e le parole, con la vita e la missione annuncia il *Regno* e si fa segno visibile dell'amore misericordioso del Padre, che venne a rivelarci. Perdonare i peccati⁹, è l'unto dallo *Spirito* e viene al mondo a restaurare il Piano di Dio per l'umanità; per questo ai discepoli di Giovanni

il Battista che lo interrogano risponde: "*Andate ed annunziate a Giovanni ciò che udite e vedete: i ciechi vedono, gli zoppi camminano, i lebbrosi sono mondati, i sordi odono, i morti risorgono e ai poveri viene annunziata la Buona Novella*"¹⁰.

32. Gesù fu vicino agli ammalati, ai poveri, alle donne e a tutti gli esclusi, non per rafforzare la loro situazione di esclusione, emarginazione e dolore, ma per farli sentire degni, apprezzati, accompagnati, compresi nella loro situazione, per invitarli a sollevarsi dalla loro prostrazione, per toglierli della loro situazione di peccato. Dal mistero pasquale la vita, il dolore e la malattia acquisiscono nuovo significato per l'uomo.

La Chiesa continua il disegno redentore di Gesù

33. Come Gesù, la Chiesa esiste per annunciare la Buona Novella del Vangelo, quest'annuncio la impegna radicalmente e integralmente; il mandato di Gesù ai suoi seguaci e alla Chiesa include un'attenzione preferenziale ai malati e agli afflitti; così nell'invio missionario e apostolico ai discepoli Egli dice espressamente: "*Durante il cammino predicate dicendo: è vicino il regno dei cieli. Guarite gli infermi...*"¹¹.

34. Il potere di curare e di ristabilire la salute, è un carisma e un ministero all'interno della comunità cristiana, è un segno della proclamazione della Buona Novella della vita e della salvezza in Cristo. Questo carisma ha un modello evangelico, quello del Samaritano, proclamato da Gesù. La Chiesa, cosciente della sua missione, deve avvicinarsi come il Buon Samaritano al malato e, solidale con lui, farlo sentire persona, reincorporandolo al suo ambiente familiare e sociale¹².

35. Nella sua missione profetica, la Chiesa è chiamata ad annunciare il Regno in modo particolare agli ammalati, agli esclusi e a coloro che soffrono e a denunciare il peccato fino alle sue radici storiche, sociali,

politiche ed economiche, cause di malattia e di morte, di perdita del valore della vita e di negazione della dignità umana. Il suo messaggio è diretto in particolare all'uomo, signore della creazione, e lo invita a trasmettere la vita in forma cosciente e responsabile, ad amministrarla, a goderla, curarla, difenderla e proteggerla in conformità al Progetto di Dio¹³.

36. La Chiesa, come comunità cristiana, annuncia la Buona Novella della Salvezza quando opta per la vita e accresce la speranza nella edificazione di un mondo più umano e fraterno, manifestazione di "cieli nuovi e terra nuova". Modello e figura di questa Chiesa impegnata con il Regno, è *Maria*, madre di tutti coloro che rinascono alla vita, madre di quella *Vita* di cui tutti vivono. Generando la Vita, ella ha come rigenerato coloro che di questa vita dovevano vivere¹⁴.

37. Nel Progetto di Dio assunto dalla Chiesa nella sua azione pastorale, la salute è intesa come un dono e considerata come un fatto condizionato da fattori sociali, storici, politici ed economici che la collocano al di là dei fenomeni biologici osservabili. Essa è il risultato della interazione dell'uomo con la natura e le condizioni di vita; così la salute, la malattia, la sofferenza e la morte, sono esperienze limite, che collocano l'uomo di fronte al mistero dell'esistenza e danno alla Chiesa la possibilità di rendere presente la salvezza offerta da Cristo attraverso la *Pastorale della Salute*.

38. La *Pastorale della Salute*, intesa come azione di tutto il Popolo di Dio, impegnato nel promuovere, curare, difendere e celebrare la vita, rende presente nella società la missione salvifica di Gesù Cristo, attraverso:

– La *Pastorale degli ammalati*, come testimonianza di solidarietà con coloro che soffrono affinché, a partire dalla loro condizione, collaborino nella realizzazione del suo progetto storico e diventino testimoni del

valore redentore della sofferenza.

- La *Pastorale della Salute Istituzionale*, come contributo al piano di salvezza di Dio sull'uomo: nell'evangelizzazione e nell'umanizzazione della scienza e della tecnologia, nella difesa della vita e della dignità umana e nella qualificazione della cura della salute.
- La *Pastorale Comunitaria* come processo educativo, partecipativo, redentore e trasformatore delle comunità e gruppi sociali, avente come obiettivo la promozione della cultura della vita, illuminata dai valori del Vangelo.
- La *Pastorale Familiare* come rappresentazione della Chiesa in tutto l'itinerario di "salute-malattia" della persona è vera scuola di umanizzazione e santuario della vita.

La parrocchia, come centro di coordinamento e di animazione pastorale, orienta l'evangelizzazione a favore della salute e della vita.

39. Da questa visione integrale dell'uomo offerta dalla Pastorale ecclesiale, la salute si colloca di fronte al paradigma della qualità di vita, della malattia, della sofferenza e della morte, come opportunità offerte alla persona per incontrare se stessa e i fratelli, appaiono come cammino per scoprire la loro verità e, con dinamismo che infonde speranza, tornare al Dio della vita che "tutto restaura in Gesù Cristo".

Impegnate nel piano di Dio, a partire dal carisma congregazionale

40. Marie Poussepin, donna "ispirata dalla Provvidenza", "Apostolo Sociale della Carità", volle che il suo Istituto si dedicasse all'imitazione della carità di Gesù Cristo, attraverso la pratica delle opere di misericordia, specialmente mediante "le cure corporali e spirituali ai poveri malati del Campo o degli ospedali dei quali sono incaricate"¹⁵.

41. L'esperienza di Dio, trasformatrice e profonda, le per-

mise di scoprire un nuovo linguaggio per giungere ai fratelli; ella percepì come chiamate del Signore gli avvenimenti del mondo e il grido silenzioso degli uomini e delle donne del suo tempo e con novità e audacia frutto del suo spirito contemplativo, creò la risposta misericordiosa che il momento storico esigeva.

42. L'azione missionaria di Marie Poussepin trova la sua solidità nella "Comunità di Vita Apostolica", comunità che si costruisce giorno dopo giorno, a partire dalla Parola, che ha la sua fonte nell'Eucaristia, il suo modello nella Vergine Maria e la sua espressione nella fraternità. Da questa Comunità il servizio alla vita e alla salute è un ministero la cui finalità non è altro che la diffusione del Regno, in cui i poveri hanno l'opzione preferenziale¹⁶.

43. Nella realtà conosciuta e contemplata, la nostra Madre Fondatrice seppe discernere i segni e negli orientamenti e politiche sanitarie della sua epoca trovò canali per *inculturare il Vangelo con il suo servizio caritativo nella difesa della vita e nella promozione della salute*.

44. Il servizio caritativo di Marie Poussepin in rapporto al mondo della salute presenta caratteristiche proprie:

- Cura i malati con edificazione, dato che è colma di carità¹⁷.
- Manifesta una carità delicata nella cura delle Consorelle ammalate¹⁸.
- Quando si trova alla presenza di persone colpite da malattie ripugnanti, ella riserva a se stessa la preferenza di curarli¹⁹.
- Le visite agli ammalati hanno come finalità la pratica delle opere di misericordia spirituali e corporali²⁰.
- Considera l'attenzione agli ammalati come un'arte, che esige competenza al fine di rendere il migliore servizio a Gesù Cristo attraverso i suoi ammalati²¹.
- Chiede alle Consorelle di prestare il servizio agli ammalati testimoniando la ca-

rità e senza dimostrare alcun disgusto, cercando di essere più utile al bene delle anime che alla cura del corpo²².

- Con prudenza e audacia organizza le diverse forme di presenza che permettono una rapida espansione della sua Comunità.
- Con capacità di rischiare e lungimiranza, prevede la formazione e l'abilitazione delle sue suore come un dovere di giustizia nel disimpegno della missione "là dove la Chiesa ci chiama e dove i nostri fratelli hanno bisogno di noi"²³.

45. Nell'ottica di Marie Poussepin la missione non deve essere fonte di reddito ma realizzarsi nella gratuità e nella misericordia. Le Consorelle vivono del lavoro inteso come vocazione e non come mera attività; è mezzo di evangelizzazione che permette alla comunità la condivisione e la solidarietà con i più poveri²⁴.

46. Fedele al progetto dell'Apostolo Sociale della Carità, e agli albori del quarto secolo della sua storia, la Congregazione desidera continuare l'opera evangelizzatrice iniziata a Sainville, a favore dell'elevazione dell'uomo, nella ricerca della promozione della vita e della salute.

47. Oggi questa opera deve essere segnata come ai suoi inizi dal marchio del discernimento della realtà, dallo studio contemplativo delle chiamate di Dio attraverso gli avvenimenti, dalla selezione delle priorità e dei metodi secondo i criteri evangelici e del carisma, dalla fedeltà all'uomo, alla Chiesa e ai principi fondanti. Il servizio caritativo nel campo della salute, esercitato con misericordia, intelligenza del momento, responsabilità e capacità innovativa, deve offrire alla pastorale ecclesiale un mezzo qualificato con cui possa agire il progetto redentore proposto dal Signore della Vita.

48. Nel mondo della salute, ogni Suora della Carità Domenicana della Presentazione costituisce nel suo servizio caritativo la presenza della Chiesa come testimone dei valori e-

vangelici; nel suo lavoro quotidiano fa suoi gli orientamenti dell'etica cristiana; con la sua vita e le sue parole evangelizza secondo lo stile di Gesù e il carisma di Marie Poussepin. In un mondo sempre più pluralistico, ella condivide la missione a favore della vita con i *laici* che fa partecipi della sua *spiritualità*.

49. La fedeltà al Piano di Dio, rivelato nella sua Parola, e la creatività che presuppone il prolungamento nel tempo del servizio caritativo nel campo della salute, esigono oggi da ogni consorella e da ogni comunità:

- attenzione prioritaria e totalizzante a Dio, C 38
- atteggiamento di conversione costante, C 15
- solida formazione basata sulla Parola di Dio e sul Carisma congregazionale, I.P.
- conoscenza intelligente, critica e misericordiosa del momento storico, C 53
- attualizzazione professionale, C 39
- capacità di stabilità e sradicamento che permetta itineranza evangelica, C 52.

50. *L'attenzione integrale all'uomo e alla donna e l'opzione per la vita sono una chiamata alla Congregazione nel suo quarto secolo, alle porte del terzo millennio del cristianesimo e alla luce della Beatificazione della Nostra Madre Fondatrice, affinché con nuovo dinamismo risponda oggi nel mondo della salute, inculti il Vangelo a partire da un servizio profetico e promuova la solidarietà come "nuovo nome della carità"*.

51. A motivo del suo carattere internazionale, la Congregazione si sente impegnata in un *nuovo impulso apostolico*, espressione della passione per Dio, per il regno e per l'uomo, che trova il suo dinamismo nell'incarnazione al fine di poter dire all'uomo di oggi:

*"ciò che le nostre mani
hanno toccato,
ossia il Verbo della vita,
noi lo annunziamo
anche a voi"*

(I Gv 1, 1-3)

4. La nostra missione

52. Siamo Suore della Carità Domenicane della Presentazione della S. Vergine nel mondo della salute, in cui desideriamo *annunciare Gesù Cristo con un nuovo impulso apostolico contraddistinto dalla solidarietà e dall'inculturazione, nell'impegno per la giustizia, nella difesa e nella promozione della vita.*

Come Congregazione presente in America Latina e nei Caraibi tra i più bisognosi, vogliamo offrire nelle istituzioni assistenziali e di formazione sanitaria, nelle opere parrocchiali e diocesane nonché nei gruppi multidisciplinari, un servizio caritativo fondato sui valori evangelici, sul rispetto per la vita, la natura e il riconoscimento della dignità dell'uomo e della donna, servizio caratterizzato dalla carità misericordiosa, la gratuità, la comunione, l'universalità e l'intelligenza del momento.

A partire dalla comunità locale e in collaborazione con i laici, desideriamo continuare il progetto missionario di Marie Poussepin nella storia attuale, promuovere con i nostri atteggiamenti e le nostre azioni la salute e la vita, lasciandoci evangelizzare ed evangelizzando persone e strutture, affinché il Regno venga e il carisma si incarni nelle culture e abbia la forza convocatrice del "vieni e vedrai".

5. Sfide

53. La realtà in mutamento, compresa alla luce delle esigenze del Vangelo, della Chiesa e del carisma congregazionale, ci pone delle sfide in cui si giocano la vita e la vitalità del Vangelo e del progetto di Marie Poussepin.

- Rispondiamo con audacia e creatività alle esigenze del mondo di oggi mediante una formazione qualificata, altrimenti il carisma congregazionale nel campo della salute perderà il suo dinamismo e la sua attualità.
- Mediante un'azione cosciente, pianificata e ragionevole, impegniamoci nella difesa della vita e dei diritti umani,

o la nostra missione non sarà fedele al Vangelo, all'intuizione di Marie Poussepin e al momento storico.

- Integriamoci con i laici nel servizio alla salute e alla vita sulla base di principi etici e cristiani, o la nostra presenza nel mondo della salute perderà il suo dinamismo evangelizzatore.
- Optiamo per una pastorale della salute organizzata, dinamica, audace e aperta al cambiamento che rivalizzi la nostra presenza missionaria altrimenti la nostra ragione d'essere nel mondo della salute non avrà un significato evangelizzatore.

6. Priorità e strategie

54. Formazione qualificata delle consorelle

- Dare impulso alla formazione teologica e pastorale radicata nella Parola con una dimensione umana, etica spirituale e biblica.
- Rafforzare la vita fraterna segno di comunione e di impegno con la missione.
- Promuovere l'idoneità e l'aggiornamento delle Consorelle nelle aree che condizionano e determinano la salute.
- Riprendere nella nostra missione la *cultura della salute propria del popolo.*
- Discernere le politiche sanitarie e impegnarci in esse con senso evangelico.

55. Difesa della vita e dei diritti umani

- Leggere la realtà sanitaria con senso critico alla luce del Vangelo.
- Riscattare i valori umani ed etici nella prestazione del servizio sanitario.
- Fare dell'annuncio profetico un impegno a favore:
 - della salute
 - della qualità di vita
 - della partecipazione cittadina
- Promuovere e prendere parte a gruppi interdisciplinari tendenti a stimolare la cultura della vita.
- Assumere prioritariamente la nostra missione là dove sorgono situazioni di povertà, miseria o emarginazione.

I laici nel servizio alla vita e alla salute

- Riscoprire con il laico la vocazione di servizio e il suo impegno nella difesa e nella promozione della vita e della salute.
- Rendere partecipi della nostra spiritualità i laici che condividono con noi il servizio caritativo nel mondo della salute.
- Riconoscere e privilegiare nella nostra missione la famiglia, l'elevazione e la preparazione della donna come generatrice di vita.
- Nostro coinvolgimento a livello personale e comunitario nella pastorale vocazionale come opzione della Congregazione e mezzo per mantenere vivo il carisma.

57. Organizzazione della pastorale della salute

- Favorire la penetrazione del Vangelo nel mondo della salute.
- Testimoniare nel nostro servizio sanitario la passione per la nostra vocazione e per il mondo, rendendo attraente la sequela radicale di Cristo.
- Riscoprire il valore dei mezzi di comunicazione e il loro utilizzo a favore della difesa e della promozione della vita.
- Organizzare e dinamizzare la pastorale della salute con la partecipazione dei laici, nelle istituzioni in cui lavoriamo.
- A livello di comunità parrocchiale e nelle aree rurali ed emarginate, stimolare un processo educativo, partecipativo e trasformatore nel campo della salute.
- Testimoniare la solidarietà con quanti sono ammalati e con i loro familiari, tanto nelle istituzioni come nelle loro case.
- Riscoprire un nuovo dinamismo evangelizzatore nel campo della salute con le consorelle più anziane e ammalate.

7. Applicazione e valutazione del progetto

58. A livello di ogni Provincia l'applicazione del presente

Progetto comprende le seguenti tappe:

- L'Organismo di partecipazione per la missione, nel campo della salute, deve ridestare in tutte le consorelle della Provincia o Viceprovincia, la *motivazione e l'impegno di diffusione, applicazione ed esecuzione*.
- Ogni comunità locale e ogni consorella devono sentire la responsabilità di *assimilare e approfondire* questo documento, in particolare coloro a cui è stato affidato questo orientamento apostolico del carisma.
- Sulla base delle linee orientative di questo Progetto, ogni Provincia e Viceprovincia d'America Latina e dei Caraibi, elaborerà progetti specifici a seconda della propria realtà. È compito della comunità locale di *rendere vivo il Progetto di Pastorale della Salute*.
- L'organismo di partecipazione per la missione nel campo della salute, proprio di ogni struttura, dovrà cercare la forma per *valutare annualmente* i passi compiuti nell'applicazione del Progetto e apportare le necessarie correzioni.

59. A livello interprovinciale, nell'incontro che si realizza ogni due anni, le Province e le Viceprovince d'America Latina e dei Caraibi presentano una *relazione sui successi e sulle difficoltà* riscontrate, come anche i suggerimenti per la sua attualizzazione.

In queste stesse riunioni,

vengono *fissati quei mezzi* che devono assicurare il dinamismo del processo e l'unità di criteri nell'azione pastorale, e al tempo stesso segnalati gli obiettivi per il periodo successivo.

*Suore della Carità
Domenicane della Presentazione
della S. Vergine, 1995*

Note

- ¹ Lettera Enciclica *Evangelium Vitae*, n. 79
- ² *Giov* 10, 10
- ³ Celam. Pastoral de Salud, II Encuentro Latinoamericano y del Caribe n. 264. Quito, Ecuador, Nov. 1994, pag. 10.
- ⁴ GREGORIO IRIARTE O.M.I., *Neoliberalismo - sì o no?* Ed. Paulinas Medellín 1995, pag. 41.
- ⁵ ONU, *Dichiarazione dei Diritti Umani*, Art. 22 e 25.
- ⁶ *Dt.* 30, 19-20
- ⁷ *DP* 317 e 322
- ⁸ *Fil.* 2, 6-8
- ⁹ *Mc* 2, 9-11
- ¹⁰ *Mt* 11, 4-5
- ¹¹ *Mt* 10, 7-8
- ¹² *Lc* 10, 25-37
- ¹³ *Evangelium vitae* n. 78-81
- ¹⁴ *Evangelium vitae* n. 102
- ¹⁵ *Regl.* I
- ¹⁶ C.I.
- ¹⁷ *Sumario de la Positio*, trad. H. Margarita de la Encarnación ed Copiyepes Medellín 1986. Pag. 97.
- ¹⁸ *Reglamento para las Hermanas de Sainville*, trad. Suor Margarita de la Encarnación, Tours, 1985, cap. XXV
- ¹⁹ *Sumario Positio*, op. cit. pag. 97
- ²⁰ *Regolamenti* op. cit. Cap. XXXVI
- ²¹ *Ibid.* Cap. XXXVI e XLII
- ²² *Regole Generali*
- ²³ C. 51
- ²⁴ *Reg.* XXXVI

Bibliografia

- RAFAEL SERRA, MIGUEL ROURE, *Sagrada Biblia*, Regina, Barcelona, 1970.
- GIOVANNI PAOLO II, Lettera Enciclica *Evangelium vitae*, Editrice Vaticana, Roma, 1996.
- GIOVANNI PAOLO II, Lettera Enciclica *Redemptoris Missio*, Editrice Vaticana, Roma, 1990.

GIOVANNI PAOLO II, Lettera Apostolica *Salvifici doloris*, Editrice Vaticana, Roma, 1984.

GIOVANNI PAOLO II, Lettera Enciclica *Sollicitudo rei socialis*, Editrice Vaticana, Roma, 1987.

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Il rispetto della vita umana nascente e dignità della procreazione*, Editrice Vaticana, Roma, 1987.

Rivista del Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, *Dolentium Hominum*, nn. 24, 26, 28.

SUORE DELLA CARITÀ DOMENICANE DELLA PRESENTAZIONE, *Costituzioni*, Poliglotta Vaticana, Roma, 1981.

SUORE DELLA CARITÀ DOMENICANE DELLA PRESENTAZIONE, *Regolamenti di Sainville*, Camus, Tours, 1986.

SUORE DELLA CARITÀ DOMENICANE DELLA PRESENTAZIONE, *Documento del 50° Capitolo Generale: Marie Poussepin Apostolo sociale della carità*, Roma, 1994.

SUORE DELLA CARITÀ DOMENICANE DELLA PRESENTAZIONE, *Proyecto de Pastoral de salud para America Latina*, UPTC, Tunja, 1987.

SUOR INES MERCEDES MEJIA TORO, *Informe sobre la vida de la Congregación 1979-1984*, 48° Capitolo general, Bucaramanga, 1984.

SUOR INES MERCEDES MEJIA TORO, *Informe sobre la vida de la Congregación 1989-1994*, 50° Capitolo general, Roma, 1994.

SUORE DELLA CARITÀ DOMENICANE DELLA PRESENTAZIONE, *Documento de ética medica*, Clinica el Rosario, Medellín, 1985.

SUORE DELLA CARITÀ DOMENICANE DELLA PRESENTAZIONE, *La formazione nella Congregazione*, Ratio Formationis, Roma, 1992.

Sumario de la positio, Trad. Suor Margarita de la Encarnación, Copiyepes, Medellín, 1986.

CONSIGLIO EPISCOPALE LATINOAMERICANO, *Planeación Pastoral Participativa*, Corni, Bogotá, 1993.

CELAM, *Pastoral de la Salud*. Segundo encuentro Latinoamericano y del Caribe, Quito, Ecuador, 1994.

CELAM, *Hacia un manual de Pastoral e salud*, Documento de trabajo, Bogotá, 1987.

Arcidiocesi di Medellín, Foro sobre ética medica, 1995.

Legge 100 del 1993, Sistema de Seguridad social integral, Santafé de Bogotá.

GREGORIO IRIARTE O.M.I., *Neoliberalismo: sì o no?*, Paulinas, Santafé de Bogotá, 1995.

*attività
del Pontificio
Consiglio*

*VIII Congresso
Federazione Europea
Associazione Medici
Cattolici*

Convegno a Pompei

Cronaca

Servire chi soffre è una missione

Lettera del Cardinal Angelo Sodano, Segretario di Stato, al Cardinal Fiorenzo Angelini.

Città del Vaticano, 10 Maggio 1996

Signor Cardinale,

In occasione dell'ottavo Congresso Europeo delle Associazioni dei medici Cattolici, che si terrà a Praga nella prima decade del prossimo mese di giugno sul tema: «La medicina di oggi e la nostra immagine dell'uomo», il Santo Padre desidera esprimere il proprio compiacimento per tale incontro, che ha una particolare rilevanza per la presenza di gruppi di Medici dei Paesi dell'Est europeo, da poco costituiti in Associazioni aderenti alla Federazione Europea.

La loro partecipazione non mancherà di recare uno specifico contributo non solo al progresso della medicina, ma anche al consolidarsi della collaborazione dei medici europei.

Il Sommo Pontefice, profondamente sensibile di fronte alla necessità dell'ora presente, non si stanca di ribadire l'importanza della ricerca per il progresso scientifico in un campo così fecondo e ricco di promesse qual è quello della medicina. Tale ricerca è certamente avvalorata dalla luce che discende da quei fondamentali principi etici già riconosciuti e promossi dall'antichità precristiana, ma è soprattutto dallo splendore della verità della fede cristiana che essa attinge pienezza sul piano naturale e soprannaturale.

Da buoni samaritani del nostro tempo, gli operatori sanitari che si ispirano al Vangelo sanno «fermarsi», anzi «commuoversi» (cfr. *Lc* 10, 33) davanti al fratello sofferente e chinarsi amorevolmente su di

lui, per curarne le ferite e farsi carico della sua situazione.

Chi soffre fisicamente o spiritualmente è debole e si sente solo: ha bisogno, sì, di medicine e di cure, ma anche di conforto e di solidarietà spirituale. Servire chi soffre è, quindi, non solo una professione sociale, ma è anche una «missione» che consiste nel farsi prossimo dell'ammalato, aiutandolo a non perdersi di coraggio e ad affrontare serenamente la prova.

Come afferma il Santo Padre nella Lettera Apostolica *Salvifici doloris*: «L'eloquenza della parabola del buon samaritano, come anche di tutto il Vangelo, è in particolare questa: l'uomo deve sentirsi *chiamato in prima persona* a testimoniare l'amore nella sofferenza».

Le istituzioni sono molto importanti ed indispensabili; tuttavia nessuna istituzione può da sola sostituire l'amore umano e l'iniziativa umana, quando si tratti di farsi incontro al dolore dell'altro. Questo si riferisce alle sofferenze fisiche, ma vale ancora di più se si tratta delle molteplici sofferenze morali, e quando, prima di tutto, a soffrire è l'anima» (n.29).

Il medico, oggi più che mai,

è chiamato a scorgere nell'immagine del malato l'immagine stessa del Cristo, ricordando sempre il detto del Signore: «ero malato e mi avete visitato» (*Mt* 25, 36). Tutto ciò richiede evidentemente che ciascuno sappia mettere la propria competenza a servizio degli altri, quali che siano la loro patria, la loro razza e la loro ideologia.

Accanto a chi soffre ci sia sempre un cuore che ama, un cuore capace di battere in sintonia con quello del fratello in difficoltà; un cuore sollecito sempre dei bisogni dell'altro. E questo per il profondo rispetto che ciascuno è tenuto a portare al dono sacro della vita umana, per sua natura intangibile.

Sua Santità formula l'auspicio che al progresso scientifico dei docenti e degli operatori sanitari, a cui sono commessi l'incremento e il perfezionamento della medicina, si accompagni anche la vigile coscienza dell'alta missione di proteggere la vita umana creata da Dio e redenta da Cristo. Parimenti il Sommo Pontefice Giovanni Paolo II esprime il voto di una fedeltà esemplare al magistero ecclesiale, di una collaborazione feconda con i Vescovi, posti dallo Spirito Santo a reggere il popolo di Dio ed infine di uno slancio sempre più generoso nell'animazione cristiana dei luoghi di sofferenza.

Con questi voti il Santo Padre ben volentieri imparte a Lei, Signor Cardinale, ai relatori e promotori del convegno la propiziatrice Benedizione Apostolica, che volentieri estende a tutti i partecipanti e loro familiari.

Mi valgo della circostanza per confermarvi con sensi di distinto ossequio

Cardinal ANGELO SODANO
Segretario di Stato

Siamo testimoni del nostro servizio alla vita

Omelia del Cardinale Fiorenzo Angelini all'inaugurazione dell'Ottavo Congresso della Federazione Europea delle Associazioni dei Medici Cattolici

Praga, Giugno 1996

La liturgia di questo periodo è sotto il segno della Pentecoste.

Con la discesa dello Spirito Santo (*Atti* 2, 4-17) ha avuto inizio la Chiesa.

Lo Spirito Santo, o Spirito di Dio, è la potenza soprannaturale con cui Dio, entrando nell'uomo, gli trasmette una forza superiore. Ricevuto lo Spirito Santo, infatti, gli apostoli divennero coraggiosi testimoni di Cristo (*Atti* 4, 31), proprio perché lo Spirito è la forza con cui Gesù dona la vita spirituale a quelli che credono in lui (*Giovanni* 7, 37-39).

Una forza – come attesta San Paolo – che rende persino capaci di compiere prodigiose guarigioni (1 *Corinti* 12,10).

L'odierna celebrazione liturgica nel cuore del vostro Congresso sia occasione di meditare su di un dono particolare, che la fede riconduce allo Spirito Santo, il dono della sapienza.

La sapienza sta alla scienza, come l'amore sta alla conoscenza.

Dio è amore (1 *Giovanni* 4, 8.16) e l'amore è il primo dono, quello che contiene tutti gli altri. Questo amore, Dio lo ha «riversato nei nostri cuori per mezzo dello Spirito Santo che ci è stato donato» (*Romani* 5, 5).

Poche professioni come quella del medico avvertono, nell'esperienza quotidiana, la necessità di requisiti che vadano oltre la semplice scienza e conoscenza, per rendere capaci di esplorare non soltanto la condizione fisica di coloro che

siamo chiamati ad assistere, ma la loro psiche e il loro cuore.

La sapienza, mentre si contrappone ad una falsa scienza, è coronamento indispensabile della vera scienza.

La storia ci insegna che conoscenza e scienza puramente umane, incapaci di guardare oltre la breve vicenda dell'uomo sulla terra, si traducono in stoltezza e debolezza (1 *Corinti* 1, 17-29; *Romani* 1, 22). E oggi che il progresso scientifico ha raggiunto traguardi un tempo inimmaginabili, si avverte con drammatica attualità il bisogno di una sapienza che ci renda capaci di trasformare la scienza in consapevole coscienza del destino ultraterreno dell'uomo. Ma questo è possibile soltanto se la scienza, attraverso il dono della sapienza, sa farsi canale di amore al servizio dell'uomo.

In quanto scienza dell'amore, la sapienza è anche sorgente di unità. Unità che, per voi che provenite da Paesi diversi, che parlate lingue diverse, che appartenete a scuole diverse di pensiero, è tanto più necessaria in quanto unica e inconfondibile è la vostra missione e unica e inconfondibile deve essere la vostra, anzi la nostra testimonianza.

Allo Spirito Santo, chiediamo, in questo momento, il dono di essere *insieme* testimoni del nostro servizio alla vita; *insieme* impegnati a rendere credibile la verità sull'uomo e sulla sua condizione rivelataci da Cristo.

Meditiamo queste parole così profonde e pertinenti del grande maestro di dottrina San Cirillo di Alessandria. Egli scrive: «Noi tutti che abbiamo ricevuto l'unico e medesimo Spirito, cioè lo Spirito Santo, *siamo uniti tra di noi e con Dio*. Infatti, sebbene presi separatamente, siamo in molti, e in ciascuno di noi Cristo faccia

abitare lo Spirito del Padre e suo, tuttavia unico e indivisibile è lo Spirito. Egli riunisce nell'unità spiriti che tra loro sono distinti e fa di tutti in se stesso un'unica e medesima cosa. Come la potenza della santa umanità di Cristo rende con-corporei coloro nei quali si trova, allo stesso modo l'unico e indivisibile Spirito di Dio che abita in tutti, conduce tutti all'unità spirituale» (*Commentarius in Johannem*, 12).

È questo il pensiero al quale vorrei rimanesse legato il ricordo dell'incontro di questi giorni: la consapevolezza della necessità che la nostra scienza sia costantemente arricchita dal dono divino della sapienza.

In un passo tra i più citati, ma forse non sufficientemente meditati della costituzione conciliare sulla Chiesa nel mondo contemporaneo, si legge: «L'epoca nostra, più ancora che i secoli passati, ha bisogno di questa sapienza, perché diventino più umane tutte le sue nuove scoperte. È in pericolo, di fatto, il futuro del mondo, a meno che non vengano suscitati uomini più saggi» (*Gaudium et spes*, 15).

Con la Chiesa invochiamo lo Spirito Santo ripetendo le parole della sequenza a Lui dedicata: «Senza la tua divina presenza, noi siamo un nulla e niente in noi è puro. Cancella ogni nostra colpa, liberaci dall'aridità spirituale, sana ciò che in noi è infermo. Piega ciò che in noi vi è di arrogante, riscalda ciò che è freddo, indirizza al bene ciò che ci induce a deviare dalla retta via (*Sine tuo numine, nihil est in homine, nihil est innoxium. Lava quod est sordidum, Riga quod est aridum, Sana quod est saucium. Flecte quod est rigidum, Fove quod est frigidum, Rege quod est devium*) – Amen.

Card. FIORENZO ANGELINI

La moderna medicina e la nostra concezione dell'uomo

*Proslusione del Cardinal
Fiorenzo Angelini all'VIII
congresso della Federazione
Europea delle Associazioni dei
Medici Cattolici*

Innanzitutto un cordiale saluto a tutti i partecipanti a questo VIII Congresso della Federazione Europea delle Associazioni dei Medici Cattolici. Saluto particolarmente i Presidenti delle diverse Associazioni, gli Assistenti Ecclesiastici, i membri dei Consigli e quanti hanno le responsabilità direttive ed organizzative all'interno delle rispettive Associazioni nazionali.

Ringrazio, poi, vivamente di avermi invitato ad aprire i Vostri lavori con qualche riflessione su di un tema. quello del Vostro VIII Congresso – che ci interpella sul legame inscindibile tra *scienza e coscienza*, tra *esperienza professionale* e *principi ispiratori* che devono guidarla.

L'argomento richiamato dal tema è vastissimo, ma è tutt'altro che generico. Il suo nucleo va al cuore di un problema sempre più avvertito, quello cioè del rapporto tra una scienza, come la medicina, il cui cammino in avanti non soltanto è inarrestabile, ma conosce una sorprendente e crescente rapidità.

Come, mettendo piede nella corrente di un fiume, non ci si bagna mai nella stessa acqua, così verrebbe di dire che, in medicina, lo scenario muta continuamente, o meglio, si illumina di sempre nuova luce.

In quanto etimologicamente e realmente «cura dell'uomo», la medicina è tra le più vive, universali e gratificanti sorgenti di speranza; lo fu in passato, lo è particolarmente oggi, considerato che anche la medicina moderna ha imboccato le cosiddette autostrade informatiche, attraverso le quali non po-

trà che raggiungere sempre nuovi e lusinghieri traguardi.

Rapportando medicina moderna e nostra concezione dell'uomo, verrebbe spontaneo dire che mentre la medicina rappresenta l'elemento dinamico, la nostra concezione dell'uomo rappresenta l'elemento statico.

Ciò è vero soltanto in parte: lo è nel senso che, sempre, quale retroterra della medicina – come del resto di ogni altra branca del sapere – c'è una determinata concezione dell'uomo e del suo destino. Non lo è, se dovessimo illuderci che, in termini di formulazione discorsiva, di penetrazione dei concetti, anche l'idea umana e cristiana dell'uomo che noi professiamo non conosce un suo intrinseco progresso.

E voi che appartenete a tradizioni culturali diverse, siete pienamente consapevoli del dinamismo interno della penetrazione e della presentazione dei principi immutabili.

Personalmente sono convinto che proprio in questa nebulosa ambiguità è uno dei motivi di una persistente incomprendimento, anche nel nostro ambiente, del rapporto tra medicina e morale, tra problemi e soluzioni individuati dalla medicina e interrogativi di ordine razionale ed etico che essi pongono.

La dimostrazione di tutto questo è data, tra l'altro, dalla tendenza o tentazione di chiudersi nei propri sistemi di pensiero ed anche di allarmarsi sterilmente di fronte a innovazioni terminologiche o di sistemazione ideologica che cercano di adeguarsi al cammino in avanti dell'uomo, senza perdere di vista il punto di partenza immutabile.

Medicina e concezione dell'uomo si muovono entrambe nella direzione di un progressivo avvicinamento al *mistero che è l'uomo*. Perciò si

parla anche di misteri della scienza, nel senso che essa, se rettamente intesa, è graduale approfondimento della conoscenza dell'essere umano nel quadro più generale della conoscenza dell'universo; contemporaneamente, la riflessione speculativa – ma anche guidata dal sentimento – sull'uomo ne svela sempre più reconditi accessi.

Se, infatti, noi proviamo a sostituire all'espressione «concezione dell'uomo» l'espressione «concezione della vita umana», subito scopriamo che proprio nella nozione di vita, sia il servizio che la medicina è chiamata ad assolvere sia quello spettante alla riflessione filosofica ed anche teologica si incontrano sino quasi a saldarsi.

Le tecniche di cui si avvale la medicina possono consentire all'uomo «di prendere in mano il proprio destino», ma lo espongono anche «alla tentazione di andare oltre i limiti di un ragionevole dominio sulla natura»¹.

Scienza e tecnica medica, specialmente nell'odierno progresso, essendo ordinate all'uomo il quale ne è l'artefice, o si alimentano ai valori di fondo dell'uomo e si pongono al suo servizio, o si mettono contro l'uomo.

Sarebbe, infatti, contraddittorio ed anche illusorio rivendicare la neutralità morale della ricerca scientifica e delle sue applicazioni².

Ebbene, proprio questa impossibile neutralità postula un continuo, coraggioso, ma anche fermo rinnovamento nel portare avanti insieme ed armonicamente progresso della scienza medica e lucida presentazione della nostra concezione dell'uomo.

Qual è, dunque, quella che potremmo chiamare, senza alcuna presunzione, ma con sincera umiltà intellettuale, la no-

stra concezione dell'uomo?

Diciamo subito che essa non è *nostra* nel senso che sia necessariamente contraria o contrapposta a quella degli altri o di altri. Può esserlo, ma non è questo il dato da cui muovere per definirla.

Nostra vuol dire innanzitutto che crediamo in essa e che cerchiamo di farne un criterio di coerenza nel nostro agire e di testimonianza di fronte a coloro che ci avvicinano.

Nostra, anche perché deve essere chiara, inconfondibile, apertamente riconoscibile da parte di tutti.

Nostra, infine, perché dobbiamo sentirci impegnati a rafforzarla, a farne una direttrice di condotta sempre più solida e ben radicata.

Come dicevo all'inizio, in breve spazio di tempo non si può descrivere e illustrare adeguatamente quella che chiamiamo la nostra concezione dell'uomo. Essa tuttavia ha alcuni capisaldi irrinunciabili, che mi sembra possano essere indicati nei seguenti che formano, per così dire, la cornice dell'antropologia cristiana.

E sono proprio questi capisaldi che, accostati, messi a fianco del concetto di medicina moderna, ne illuminano la portata e ne dimostrano lo stretto legame con la concezione dell'uomo.

Uniti in un'unica formulazione o definizione, questi capisaldi ci dicono che: *l'uomo è immagine di Dio, cerca la felicità, è dotato di libertà e responsabilità che ne fanno un soggetto capace di atti moralmente buoni, dei quali è criterio e giudice una coscienza morale rettamente formata.*

Il *punto di partenza* è questo: l'uomo essendo «la sola creatura che Dio abbia voluto per se stessa»³, realizza se stesso nel cercare e nell'amare Dio⁴, di cui è perfettissima immagine.

La riflessione non soltanto cristiana è giunta, nelle sue più alte espressioni, alla conclusione che il mondo e l'uomo non hanno in se stessi né il primo principio né il loro fine ultimo. Qualcosa ci trascende, qualcosa e Qualcuno «che tutti chiamano Dio»⁵.

In questa origine trascen-

dente affonda le sue radici il desiderio della felicità. Nella concezione di questo desiderio e nei modi per soddisfarlo le vie della conoscenza e della prassi divergono.

Tutti, infatti, sappiamo che la felicità è cercata o nella ricchezza, o nel benessere, o nella gloria umana, o nel potere, o in qualsivoglia attività anche nobilissima ma che non travalica la nostra condizione fragile; ma sappiamo anche che in questi traguardi l'uomo non incontra la felicità alla quale aspira, la piena realizzazione di sé.

Purtroppo noi trascuriamo questa verifica, ma essa è implicita nelle cose.

Se noi, la nostra vita scaturiscono da Dio, anzi da un atto di amore di Dio, è percorrendo questa strada che noi possiamo maturare la nostra personale realizzazione.

Ciò è tanto vero che i traguardi sbagliati o inadeguati li chiamiamo anche *idoli*, proprio perché istintivamente abbiamo bisogno di realizzarci in qualcosa e in qualcuno che abbia i connotati della divinità.

Dotato di libertà e di responsabilità, l'uomo è un soggetto morale, capace di atti moralmente buoni, di cui è giudice una coscienza rettamente formata.

Che la libertà e la responsabilità di cui siamo dotati ci possano anche far commettere il male è tanto evidente da non aver bisogno di dimostrazione. Non meno evidente, tuttavia, è la nostra capacità di compiere atti moralmente buoni in forza della nostra libertà e responsabilità.

Criterio supremo dell'agire umano è la coscienza, a condizione che sia rettamente formata.

Qui certamente il problema si fa complesso, soprattutto nei confronti di alcune scelte della vita.

Direi, tuttavia, che proprio mettendo a confronto la suddetta concezione dell'uomo con la medicina in generale e con quella moderna in particolare, noi scopriamo che la medicina può essere addirittura una guida per tenerci saldi nella doverosa, cristiana e cattolica concezione dell'uomo.

La medicina, infatti, è soprattutto servizio alla vita, la quale è servita in pienezza quando non ci si limita alla sola realtà corporea, ma alla vita ed alla dignità della persona umana nel suo insieme.

E fu proprio parlando in un ospedale romano che Giovanni Paolo II toccò il tema del rapporto tra la medicina e la nostra concezione dell'uomo, affermando che se la vita è dono di Dio, essa deve costituire il punto terminale e indeclinabile di riferimento al quale occorre di continuo guardare nell'esercizio dell'arte medica in tutte le sue fasi⁶.

E direi che, al riguardo, fa poca differenza riferirsi alla medicina moderna o alla medicina di sempre.

Ho incontrato ammalati e medici in molte parti del mondo: in modesti ambulatori nel cuore dell'Africa, dell'America Latina e dell'Asia, come pure in grandi complessi ospedalieri dell'Europa e del Nordamerica. Ho visto applicare tecniche rudimentali e tecniche sofisticate. Sempre, per l'elemento che lasciava in me un segno incancellabile, il dato uguale ed immutabile era il bisogno di vita e la necessità che l'intervento medico soddisfacesse questo bisogno di vita: medici e infermi si battono insieme per la vita.

In altre parole, il banco di prova della nostra autentica, veritiera, coerente concezione dell'uomo è dato dal modo con cui, avvalendoci delle conquiste della medicina moderna, siamo in grado di servire la sua vita, sia prevenendone la malattia, sia curandone le infermità, sia lenendo le sofferenze quando i mali sono inguaribili.

Se, tuttavia, in generale, la retta coscienza si forma quasi automaticamente in un esercizio umanizzato della medicina, non mancano problematiche che attendono una risposta o almeno un approfondimento. È di fronte a queste che siamo chiamati a curare ininterrottamente la nostra formazione umana e professionale, poiché proprio nel campo dell'esercizio della medicina i problemi assumono dimensioni che chiamano in causa, oltre che la

nostra intelligenza, anche la nostra sensibilità.

Il problema dell'umanizzazione della medicina si pone proprio per l'esigenza di un forte sodalizio tra ragione e sentimento, tra intelligenza e cuore.

Io credo che la *Carta degli Operatori Sanitari* che ha avuto così lusinghiera accoglienza tra gli operatori sanitari cattolici, ma anche presso medici, studiosi e scienziati che cattolici non sono, costituisca un prezioso strumento di chiarezza e, lasciatemelo dire, di serenità interiore se accolta nelle sue direttive.

Ogni medico cattolico la consideri il suo *vademecum*, adoperandosi nell'approfondirla quotidianamente.

Certamente, però, esistono casi, situazioni, aspetti della vostra attività individuale e associativa che possono creare interrogativi ai quali non vi sentite in grado di rispondere o che considerate irrisolti o non sufficientemente approfonditi o presentati dai testi del magistero solenne e ordinario della Chiesa.

Ebbene, proprio per la soluzione di questi problemi, Giovanni Paolo II ha istituito la

Pontificia Accademia per la Vita, il cui scopo è quello di «studiare, informare e formare circa i principali problemi di biomedicina e di diritto, relativi alla promozione e alla difesa della vita, soprattutto nel diretto rapporto che essi hanno con la morale cristiana e le direttive del Magistero della Chiesa»⁷.

Sia compito delle vostre Associazioni nazionali e della stessa Federazione Europea formulare – in sede di incontri scientifici o di Congressi – postulati o interrogativi da inoltrare direttamente a questo organismo così autorevole e rappresentativo per averne una risposta rispondente alle specifiche esigenze.

Questo Vostro VIII Congresso può offrire una preziosa occasione per studiare questo genere di iniziative il cui vantaggio è anche quello di abituarci ad una più stretta collaborazione, senza la quale la nostra testimonianza di medici cattolici non potrà, come invece deve, trovare accoglienza nell'universale sforzo della medicina di essere a servizio dell'uomo.

Card. FIORENZO ANGELINI

Note

¹ GIOVANNI PAOLO II, *Discorso ai partecipanti all'81° Congresso della Società italiana di medicina interna e all'82° Congresso della Società Italiana di Chirurgia generale*, 27 ottobre 1980 (Acta Apostolicae Sedis, 72, 1980, p. 1126).

² «La scienza e la tecnica... essendo ordinate all'uomo da cui traggono origine e incremento, attingono dalla persona e dai suoi valori morali l'indicazione della loro finalità e la consapevolezza dei loro limiti. Sarebbe, perciò, illusorio rivendicare la neutralità morale della ricerca scientifica e delle sue applicazioni». Congregazione per la Dottrina della fede, *Istruzione Donum vitae*, 22 febbraio 1987, 2.

³ CONCILIO VATICANO II, Cost. pastorale *Gaudium et spes*, 24.

⁴ «Come ti cerco, dunque, o Signore? Cercando Te, mio Dio, io cerco la felicità. Ti cercherò perché l'anima mia viva. Il mio corpo vive nella mia anima e la mia anima vive di Te». S. AGOSTINO, *Confessiones*, 10, 20, 29.

⁵ TOMMASO D' AQUINO, *Summa theologiae*, I, 2, 3.

⁶ «Se la vita è dono di Dio, grande dono di Dio, essa deve costituire per noi il punto terminale e indeclinabile di riferimento, al quale occorre di continuo guardare in tutte e singole le prestazioni e le fasi in cui si articola l'esercizio di un'arte tanto delicata come la medicina». *Discorso all'arcispedale S. Giacomo in Augusta*, 21 dicembre 1981.

⁷ Lettera apostolica Motu proprio *Vitae mysterium*, 11 febbraio 1994, n. 4.

Gioinezza della vecchiaia

Relazione del P. José L. Redrado al Convegno sulla rete integrata dei servizi per l'assistenza geriatrica.

Pontificio Santuario Pompei, 11 luglio 1996

1. Riflettendo sul titolo da dare al mio saluto e alle conclusioni di questa giornata sull'assistenza geriatrica, mi sono trovato con l'espressione «Gioinezza della vecchiaia»¹, che mi ha colpito, perché si tratta di una espressione carica di significato.

È stato detto che l'uomo nasce vecchio e che poi, piano piano, diventa giovane perché gioinezza della vecchiaia è l'altruismo, è quello di dare, di non ricevere più.

2. Una seconda idea che mi ha colpito è il fatto di osservare la grande quantità di frasi, slogans e detti a proposito della vecchiaia:

- È stata chiamata l'età d'oro, l'età della pensione.
- Per Cicerone l'ideale era «invecchiare senza inacidirsi» come i buoni vini.
- Tutti sappiamo la frase di Juvenal che voleva arrivare alla vecchiaia con «Mens sana in corpore sano».
- Un filosofo greco disse che «la vecchiaia inizia quando i ricordi pesano di più che le speranze».
- Nel Medioevo, la Scuola di Salerno dava i seguenti consigli per arrivare alla vecchiaia: «Vita onesta e sistemata. Prendere pochi rimedi. Mettere tutti i mezzi per non inquietarsi per nulla. Cibi con moderazione. Esercizio e distrazione».

E il salmista esulta di gioia e di speranza quando dice: «Nella vecchiaia daranno ancora frutto...» (*Sal.* 91, 15).

3. Contrariamente alla nostra cultura che emargina gli anziani, nella antichità essi godevano di grande stima, erano messi a capo delle famiglie e dei gruppi, erano come responsabili dell'amministrazione della giustizia e della custodia delle tradizioni.

Molte di queste idee le ha conservate la Sacra Scrittura, soprattutto nei libri dell'Esodo (cc. 3, 12, 17) e dei Numeri (cap. 11).

«Riunisci gli anziani d'Israele...»

Mosè convocò tutti gli anziani...»

Allo stesso modo, nel Nuovo Testamento gli anziani hanno un compito di responsabilità e fanno parte del Sinedrio (Cfr. *Atti degli Apostoli*: cc. 11-21).

Sono famose al riguardo le sentenze della Sacra Scrittura:

- La vita è un dono di Dio e si promette lunga a chi onora i propri genitori (*Es.* 20, 12) e chi teme il Signore «prolunga la vita» (*Prov.* 10, 27). «Corona dei vecchi sono i figli dei figli, onore dei figli i loro padri» (*Prov.* 17, 6). «Abramo morì in felice canizie, vecchio e sazio di giorni...» (*Gen.* 25, 8), morì in pace, cosciente di aver vissuto una vita piena, come l'altro

anziano del Nuovo Testamento, Simeone, che esclamò benedicendo Dio: «Ora lascia, o Signore, che il tuo servo vada in pace...perché i miei occhi hanno visto la tua salvezza...» (*Lc* 2, 29-30).

Ed è proprio in San Paolo che troviamo sia l'esortazione, sia l'esempio personale; ecco i testi: «I vecchi siano sobri, dignitosi, assennati, saldi nella fede. Ugualmente le donne anziane si comportino in maniera degna dei credenti e non siano maldicenti, né schiave di molto vino; sappiano piuttosto insegnare il bene per formare le giovani all'amore del marito e dei figli, ed essere prudenti, caste, dedite alla famiglia» (*Tito* 2, 2, 5).

«Non ci scoraggiamo, ma se anche il nostro uomo esteriore si va disfacendo, quello interiore si rinnova di giorno in giorno» (*2ª Cor.* 4, 16).

«Quanto a me, il mio sangue sta per essere sparso in libagione ed è giunto il momento di sciogliere le vele. Ho combattuto la buona battaglia, ho terminato la mia corsa, ho conservato la fede» (*2ª Tim.* 4, 6-7).

4. A nessuno è nascosto che camminiamo verso una società di anziani². Gli studi sociologici illustrano ampiamente questa idea dell'invecchiamento della nostra società.

Non insisterò troppo, soltanto voglio segnalare, in sintesi, qualche idea e alcune cifre che mi aiuteranno dopo a trarne alcune conclusioni.

* Nel 2000 due terzi degli anziani vivranno in un paese in sviluppo.

* Nel 2020 la popolazione totale in questi paesi aumenterà del 95% mentre il numero delle persone anziane residenti aumenterà del 240%

I 20 PAESI PIU TOCCATI DALL'INVECCHIAMENTO
Proiezione dell'accrescimento della popolazione al di sopra dei 60 anni tra il 1980 e il 2020
(in milioni)

Graduatoria 1980	Paese	Popolazione nel 1980	Oltre 60 anni nel 1980	Popolazione nel 2020	Oltre 60 anni nel 2020	Graduatoria 2020
1	Cina	996,1	73,6	1.436,3	238,9	1
2	India	688,9	44,6	1.186,3	149,7	2
3	U.S.A.	227,7	35,8	304,4	66,9	4
4	U.R.S.S.	265,5	34,7	358,1	69,3	3
5	Giappone	116,8	15,0	132,6	34,7	5
6	R.F. Germania	61,6	11,9	54,7	15,7	8
7	Regno Unito	55,9	11,3	56,1	13,5	13
8	Italia	57,1	9,8	57,5	14,5	10
9	Francia	53,7	9,2	58,3	14,3	11
10	Indonesia	151,0	8,0	262,1	30,1	6
11	Brasile	121,3	7,5	233,8	28,4	7
12	Spagna	37,4	5,6	45,4	9,2	18
13	Polonia	35,6	4,7	44,6	9,7	17
14	Bangladesh	88,2	4,6	206,0	12,6	15
15	Pakistan	86,1	4,0	198,1	13,9	12
16	Messico	69,4	3,6	146,0	14,6	9
17	Argentina	28,2	3,4	45,6	6,7	20
18	Vietnam	54,2	3,3	103,4	9,8	16
19	Canada	24,1	3,3	32,5	7,7	19
20	Nigeria	80,6	3,2	301,8	12,8	14

64

PERSONE ANZIANE NELLA COMUNITÀ EUROPEA E NEGLI STATI MEMBRI AL 1991

	60 anni e più		80 anni e più	
	migliaia	%	migliaia	%
EUR 12	68.576	19,9	11.936	3,5
Belgio	2.062	20,7	353	3,5
Danimarca	1.046	20,3	192	3,7
Germania	16.264	20,4	3.011	3,8
Gran Bretagna	11.931	20,7	2.128	3,7
Grecia	2.049	20,2	323	3,2
Francia	10.953	19,3	2.151	3,8
Irlanda	538	15,3	79	2,2
Italia	11.888	20,6	1.878	3,3
Lussemburgo	73	19,1	12	3,1
Olanda	2.611	17,4	437	2,9
Portogallo	1.798	18,2	247	2,5
Spagna	7.362	18,9	1.125	2,9

5. Con le cifre delle tabelle due cose compaiono con chiarezza:

* che la popolazione di più dei 60 anni andrà sempre più in aumento; si prevede che per l'anno 2020 ci sarà un anziano su due in attivo;

* che il miglioramento delle condizioni di vita degli anziani non sembra in aumento in questi anni e questo dipenderà molto dal totale miglioramento della nazione.

Le condizioni di vita degli anziani si riferiscono a certi indicatori, come la consumazione totale, la casa, il "comfort"...

Subentra qui un concetto, e cioè, quello del miglioramento e della qualità della vita a tutti i livelli: economico, medico, sociale, personale (necessità, desideri, valori).

La qualità di vita nasce dal contrasto tra vita reale e vita attesa, e cioè dalla valutazione della distanza esistente tra di esse. La qualità sarà considerata soddisfacente quando la distanza percepita non sarà ampia»³.

Conclusioni

1. Bisogna creare una cultura che aiuti sempre di più questa ultima tappa della vita. Dopo aver scritto tutto un libro durante la vita, questo ultimo capitolo deve essere pieno di entusiasmo, gioia, speranza, sentimento del dovere compiuto, coscienza di essere stato utile, di avere collaborato, aiutato, di avere fatto storia.

È ora di coltivare altri valori che prima abbiamo trascurato, o non li abbiamo vissuti abbastanza: l'amicizia, la lettura, la riflessione, la musica, l'arte, il pregare, ricordare e celebrare le cose che ci rendono felici, come gli anniversari; e prepararsi a morire con serenità, con dignità.

2. Longevità e qualità della vita. Ecco una sfida aperta che si presenta alla società e alle scienze biomediche. La sociologia ci dice quanto è grande il salto dato, la speranza di vita! Quanto è aumentata l'età media! È una

grande conquista. Adesso si tratta di dare vita agli anni; conquistare una maggiore salute fisica e mentale per questa ultima tappa della vita.

Come dice il Papa Giovanni Paolo II: «Non basta infatti, assicurare il soddisfacimento dei bisogni primari connessi con la longevità: occorre anche tener conto delle esigenze poste dalla dignità personale dell'anziano, mettendo a sua disposizione quell'insieme di provvidenze, che gli consentono di condurre un'esistenza accompagnata da un'attività idonea all'età...» (N° 2).

E continua il Papa:... «lo stretto rapporto che nel tema stesso della vostra Conferenza avete giustamente posto tra longevità e qualità della vita lascia intendere che dovrebbe considerarsi una inadeguata conquista l'aumento percentuale dell'aspettativa di vita, se la qualità dell'esistenza non procedesse di pari passo. Tuttavia, per perseguire efficacemente un tale obiettivo è necessario coinvolgere l'intero corpo sociale, affinché maturi una nuova sensibilità nei confronti di questo problema. Alla medicina preventiva e curativa deve accompagnarsi un'azione a largo raggio che preveda istituzioni e strutture in grado di aprire agli anziani i settori della cultura, dell'istruzione, delle più varie attività... (N° 7).

3. Diventa sempre più urgente migliorare la nostra attenzione sociale verso gli anziani, creando nuove forme assistenziali, perché ci troviamo in una società che premia la salute, la gioventù, la bellezza, l'utilità e l'efficacia; valori che difficilmente si trovano nei gruppi della terza e della quarta età.

Bisogna che la società cambi la mentalità riguardo agli anziani, evitando il più possibile il distacco familiare, integrandoli secondo le loro possibilità, ad esempio in forme di volontariato, nella formazione personale adatta all'età e in tante altre forme che aiutino l'anziano a vivere con serenità e a dare un signifi-

ficato agli ultimi anni. Bisogna aiutarli ad accettare le loro limitazioni, ma aiutarli anche a sentirsi utili.

Aiutarli a stimare l'amicizia, ad essere segno di riconciliazione tra le generazioni, ad essere segno di felicità, di prudenza, di giudizio, di consiglio. È necessario che la società approfitti dell'immensa esperienza ottenuta con gli anni.

In una società sempre più dispersa ed impersonale si dovrebbe pensare alla creazione di strutture sociali e sanitarie che permettano una attenzione giusta e concreta verso gli anziani: assistenza domiciliare, residenze assistite, day hospital, ospedale di notte...

Il Papa Giovanni Paolo II nel discorso ai partecipanti alla III Conferenza Internazionale, promossa dal Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari⁵ diceva: «Difatti, oggi il rifiuto del modello familiare patriarcale, specie nei Paesi ricchi, ha favorito il crescente fenomeno dell'affidamento dell'anziano alle strutture pubbliche o private, le quali, nonostante i buoni intendimenti, in genere non sono in grado di aiutarlo totalmente a superare la barriera dell'isolamento psicologico e soprattutto dell'emarginazione familiare, privandolo del calore della famiglia, dell'interesse per la società, dell'amore alla vita. Occorre perciò creare strutture di accoglienza che tengano sempre maggiormente conto di queste esigenze psicologiche e spirituali dell'essere umano, dalle quali dipende in misura determinante la «qualità della vita» di chi è giunto a tale stadio...

Bisogna, tuttavia, affermare con forza che non è quella la soluzione ideale. L'obiettivo verso cui si deve orientare è che l'anziano possa restare nella sua casa, contando eventualmente su adeguate forme di assistenza domiciliare. In ciò, all'impegno pubblico potrà affiancarsi l'azione del volontariato, con l'apporto delle iniziative ispirate dagli insegnamenti della Chiesa cattolica, come anche

da quelli di altri movimenti religiosi e umanitari, meritevoli di rispetto e di gratitudine» (N° 4).

4. Formare ed educare i giovani e le famiglie alla solidarietà, all'accoglienza alla comprensione e all'aiuto.

In un mondo di egoismo, di stress, di stimolo esagerato dei valori materiali, è difficile dare spazio agli altri; ne deriva l'emarginazione e l'aggressività che stiamo vivendo nella nostra società.

Si dovrebbe dire alle nuove generazioni che loro saranno gli anziani del domani; se vogliono essere ben assistiti devono cominciare da adesso a creare una cultura di solidarietà manifestata in gesti concreti, fatti di vicinanza e d'amore.

«...L'umanità e la Chiesa di oggi devono imparare a convivere con gli anziani. Forse questa è una delle esperienze nuove più importanti dell'umanità che la società di oggi deve fare.

Il prolungamento della vita ha cambiato le proporzioni della società, modificando l'equilibrio tra i membri delle nostre famiglie, e dandoci nuove esigenze morali. Tutto ciò a causa dell'aumento del numero degli anziani. Se li calcoliamo, risulta che essi formano un quarto della nostra società, e che fanno parte della nostra famiglia...

La realtà fisica, le conseguenze psichiche, i processi di deterioramento, il modo per alleviarli ed accompagnarli in questo itinerario che stupisce è un grande tirocinio che tutti abbiamo dinanzi, i ricercatori ed i sanitari, i familiari, la Chiesa e le istituzioni pubbliche...»⁶.

5. Attenzione pastorale.

L'invecchiamento non è soltanto un problema biologico. L'anziano, oltre alle alterazioni somatiche e psichiche, deve affrontare situazioni di tipo sociale, soprattutto in una società in costante cambiamento che lo rende insicuro davanti ad un avvenire incerto; si pensi alla pensione, alla perdita progressiva degli esseri amati...; tutta una

storia nella quale non è e non si sente più protagonista. È una storia di serenità, di sollievo, di abbandono delle responsabilità, ma anche di tante esperienze di morte, di tante perdite che lasciano un vuoto interiore, una specie di strappo che angoschia; mancano i punti di riferimento.

Tuttavia, la vecchiaia è un cammino verso la terra di comunione e di amicizia, è il cammino della debolezza accettata; è, e deve essere un'età felice⁷.

Questo esige il concorso delle responsabilità di tutto il tessuto sociale: la famiglia, la società, la Chiesa...

La responsabilità della comunità cristiana gioca qui un ruolo importante, perché entra, soprattutto, in un programma di valori credibili.

Questa responsabilità della comunità cristiana deve manifestarsi in una organizzazione che permetta una attenzione vicina e pratica al gruppo di anziani. Questa attenzione programmata deve essere orientata verso i seguenti punti:

- integrazione degli anziani nei gruppi parrocchiali;
- creazione di centri parrocchiali o clubs per gli anziani;
- creazione del volontariato parrocchiale con attività concrete e programmate: visite a partire dalla parrocchia, assistenza domiciliare, ministri dell'Eucaristia.
- programmazione della vita cristiana dell'anziano.

Riguardo a quest'ultimo punto bisognerebbe tenere presente che i loro bisogni religiosi sono in consonanza con il passato e che la loro religiosità è ancorata a schemi assimilati e che, a volte, sono pieni di angosce, timori, incertezze. Un ruolo molto importante gioca la catechesi che li aiuta a mettere ordine e serenità nel loro interiore. Dinanzi a un Dio di timore, offrire un Dio di amore e di speranza. La stessa catechesi porterà a una maggiore partecipazione nella liturgia e nei sacramenti; a fare cioè, un cammino di fede. Questa pratica religiosa, vissuta con se-

renità nell'ambito della comunità cristiana, porterà senza dubbio l'anziano a sentirsi protagonista, apostolo nella pastorale della parrocchia e tutto sarà come un dovere e come frutto di una esperienza. Il Papa, nella esortazione apostolica *Christifideles laici* l'afferma così quando dice: «La Chiesa chiede e attende che essi abbiano a continuare la loro missione apostolica e missionaria, non solo possibile e doverosa anche a questa età, ma da questa età resa in qualche modo specifica e originale. È un compito da assumersi, superando con decisione la tentazione di rifugiarsi nostalgicamente in un passato che non ritorna più o di rifuggire da un impegno presente a causa delle difficoltà incontrate in un mondo dalle continue novità; e prendendo sempre più chiara coscienza che il proprio ruolo nella Chiesa e nella società non conosce affatto soste dovute all'età, bensì conosce solo modi nuovi» (N° 48).

«Il problema principale nel rapporto con le persone anziane non è tanto come andare verso di loro e aiutarle, ma come permettere che esse entrino nel centro stesso della nostra vita, come creare lo spazio dove possano essere accolte e ascoltate con premurosa attenzione. Ma tutto ciò non ci è facile, perché tendiamo sempre a negare non solo l'esistenza delle persone anziane, ma anche «dell'anziano» che lentamente si sveglia dentro di noi e richiama la nostra attenzione»⁸.

Vorrei finire queste conclusioni con qualche parola di ringraziamento e ammirazione, in primo luogo verso tante famiglie che con affetto e amore stanno ogni giorno accanto ai loro cari anziani.

Il mio ringraziamento e la mia ammirazione vanno a quell'esercito di religiosi e religiose che hanno consacrato le loro vite al servizio degli ammalati, particolarmente alle persone della terza e quarta età. Quanti gesti di affetto, solidarietà e amore! Quanta compagnia in questa lunga solitudine!

Infine una parola di ringra-

ziamento e di incoraggiamento a tutte quelle persone che lavorano nel mondo della salute, affinché continuino a mettere sempre più intelligenza, scienza e professionalità nel curare gli anziani, e che sempre li accompagni l'umanità, la solidarietà, la sensibilità, l'amore.

Bibliografia

Dolentium Hominum n° 10 anno IV - n° 1 1989. *Longevità e qualità della vita*. Atti della conferenza internazionale promossa dal Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari.

VESCOVI DELL'EMILIA ROMAGNA, *Nota pastorale - Gli anziani della comunità cristiana*.

L. SANDRIN L., CARETTA F., PETRINI M., *Anziani Oggi*, Ed. Camilliane Torino 1995, ampia bibliografia sugli aspetti medici, sociali, psicologici e religiosi degli anziani.

La Terza età, numero monografico

«concilium» 3. 1991.

HASCHEK P., *Con Dio quando si fa sera*, Queriniana, Brescia 1994.

HOZ V.G., *Fuertes en la edad avanzada*, Ediciones Palabra, Madrid 1990.

JUCHLI L., *Avanzare negli anni senza invecchiare. Note spirituali*, Città Nuova, Roma 1990.

TETTAMANZI D., *Nella vecchiaia daranno ancora frutti*, Edizioni Ancora, Milano 1988.

AZPITARTE E. L., *La edad inutil?*, Ediciones Paulinas, Madrid 1993.

CAGLIANO S., *L'invecchiamento come e perché. Aspetti biologici, medici, sociali*, Newton Compton, Roma, 1982.

LAICARDI C., PIPERNO A., *La qualità della vita nella terza età*, Borla, Roma 1987.

CAVALIERI U., *Per invecchiare meglio: una nuova scienza*, Angeli F., Milano 1991.

SCORTEGAGNA R., *Il ruolo del volontariato nell'assistenza agli anziani*, Milano, Marsilio, Venezia 1985.

Riviste

Giornale di Gerontologia, Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, Via G.C. Vianni, 5, 50129 Firenze.

Anziani oggi, Centro di Promozione e Sviluppo dell'Assistenza Geriatrica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Largo F. Vito 1, 00168 Roma.

Note

¹ Esempi catechistici «Jesus», n° 53, Ed. dominicana italiana, Napoli, ottobre 1982.

² Cfr. Riv. «*Dolentium Hominum*» n° 10/1989. Atti della Terza Conferenza Internazionale «*Longevità e qualità della vita*». «*Aggiornamenti sociali*» 9-10/1993. «*Situazione degli anziani nella comunità europea*».

³ SANDRIN - CARETTA - PETRINI, «*Anziani oggi*» - Ed. Camilliane, Torino 1995, pag. 118; BENCIONILI - VIAFORA «*Etica e Geriatria*» (*L'anziano cronico non autosufficiente*), CIC. Ed. Internazionali, Roma 1996.

⁴ Cfr. *Dolentium Hominum* n° 10/1989 (Discorso ai Partecipanti alla III Conferenza Internazionale sul tema: «*Longevità e qualità della vita*»).

⁵ Cfr. *Dolentium Hominum*, n° 10/1989;

⁶ FERNANDO SEBASTIAN «*Atteggiamenti cristiani nei confronti degli anziani malati terminali*» in *Dol. Hom.* n° 29/1995.

⁷ JEAN VANIER «*Ogni uomo è una storia sacra*», EDB, Bologna 1996 (4. «*La vecchiaia: il tempo della serenità e dei lutti*»).

⁸ SANDRIN - CARETTA - PETRINI, «*Anziani oggi*», Ed. Camilliane, Torino 1995, p. 166.

Cronaca delle Attività del Pontificio Consiglio - 1996

Nel 1996, il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari ha avuto un'attività vivace e varia nei diversi settori della sua competenza, facendosi interprete della compassione e della carità di Cristo verso coloro che soffrono nel loro corpo e nel loro spirito.

In sede si è continuato il lavoro ordinario, sempre inteso, sia di corrispondenza epistolare con gli episcopati su specifiche questioni riguardanti problemi di pastorale sanitaria, di bioetica, di richieste di materiale; di aggiornamento dell'archivio, di attività editoriale, sia di contatto personale con i Rappresentanti pontifici, in particolare con quelli di nuova nomina, con Arcivescovi, Vescovi, sacerdoti, religiosi e religiose impegnati nel vasto campo della sanità e della salute. È stata sempre molto attiva la collaborazione dei Membri e dei Consulenti del Pontificio Consiglio.

1. Nomine e assunzioni nel Dicastero

Con biglietti della Segreteria di Stato, il Santo Padre ha confermato in *aliud quinquennium* il Segretario e il Sottosegretario del Pontificio Consiglio e ha nominato i Membri e Consulenti del medesimo Dicastero (Cf. *Dolentium Hominum*, n° 32/1996).

Con biglietto del Presidente del Dicastero, in data 26 ottobre 1996, il Rev.do Don Krysstof Jozef Nykiel, sacerdote della Arcidiocesi di Lodz (Polonia), è stato assunto come Ufficiale del Dicastero.

2. Celebrazione della IVa Giornata Mondiale del Malato

La IVa Giornata Mondiale

del Malato ha avuto quest'anno il suo momento celebrativo più significativo a Città del Messico, nel Santuario-Basilica Nazionale di Santa Maria di Guadalupe. Della Delegazione pontificia, guidata dal Presidente del Dicastero Card. Fiorenzo Angelini, *Inviato Speciale* del Santo Padre, facevano parte Pp. José L. Redrado e Felice Ruffini rispettivamente Segretario e Sottosegretario del Dicastero, il Sig. José Barroso Chávez, Presidente dell'Ordine di Malta-Messico, Mons. Joseph Spiteri, Segretario della Nunziatura Apostolica in Messico. Una ampia informazione di questa celebrazione la troverà il lettore sulla nostra rivista *Dolentium Hominum*, n° 32/1996.

3. Riunioni interdicasteriali

– presso il *Pontificio Consiglio «Giustizia e Pace»*. Il Segretario del Dicastero P. José L. Redrado, O.H. ha partecipato il 19 gennaio alla riunione interdicasteriale circa il *Vertice Mondiale sullo Sviluppo Sociale*, svoltosi a Copenaghen sotto gli auspici delle Nazioni Unite, e il 26 marzo alla riunione interdicasteriale in vista della preparazione della *Giornata Mondiale della Pace* (1997).

– presso il *Pontificio Consiglio per la Famiglia*. Il 22 luglio, partecipazione del Segretario P. José L. Redrado all'incontro interdicasteriale circa *alcune questioni riguardanti i rapporti tra la Santa Sede e l'UNICEF*.

– presso il *Pontificio Consiglio «Cor Unum»*. P. José L. Redrado, Segretario del Dicastero, ha partecipato il 19 ottobre alla riunione speciale di preparazione all'Anno della Carità 1999 sul tema: *«L'impegno caritativo: verso dove?»*.

– presso il *Pontificio Consiglio per la Promozione dell'Unità dei Cristiani*. Il Rev. Jean-Marie Mpendawatu ha partecipato il 1° febbraio all'incontro interdicasteriale della Commissione di Coordinamento nella Curia Romana per le Attività Ecumeniche.

– presso il *Pontificio Consiglio per il Dialogo Inter-Religioso*. Il 26 marzo, partecipazione del Rev. Jean-Marie Mpendawatu, Ufficiale del Dicastero, alla riunione interdicasteriale sul tema: *«La formazione dei Cristiani per l'incontro con i Musulmani»*.

4. Partecipazione e rappresentanza a Congressi e Convegni

GENNAIO

– Il giorno 26, il Sottosegretario del Dicastero, P. Felice Ruffini, M.I., ha partecipato, in qualità di membro, all'incontro del Comitato Tecnico del Grande Giubileo dell'Anno 2000, presso la sede del suddetto Comitato.

FEBBRAIO

– A Roma, il giorno 3, presso la Domus Pacis, il Card. Fiorenzo Angelini ha partecipato ad una riunione organizzata dalla Presidenza Nazionale dell'Unione Cattolica Farmacisti Italiani sul tema: *«Ruolo dell'UCFI nel mondo della farmacia e l'annuncio del Vangelo nel proprio ambiente»* indirizzando un saluto ai partecipanti.

MARZO

– Il giorno 16, su invito dell'Associazione Oasi Maria SS, il Card. F. Angelini, accompagnato dal Segretario del Dicastero P. José L. Redrado, O.H., ha partecipato ad un

Convegno di presentazione della *Carta degli Operatori Sanitari*, dando una relazione sul tema: «Il generare ed il vivere»; il Segretario del Dicastero è intervenuto al Convegno con una relazione su: «Il morire e la soppressione della vita».

APRILE

– Il giorno 3, in preparazione delle Feste pasquali, il Card. F. Angelini ha predicato un ritiro spirituale ai medici cattolici presso la sede della LUMSA (Roma) sul tema: «Precetto Pasquale».

– Il giorno 24, il Card. F. Angelini ha presieduto la concelebrazione eucaristica di chiusura del Congresso promosso dal Pontificio Consiglio per la Famiglia in occasione del 1° Anniversario dell'Enciclica *Evangelium vitae*.

– Il giorno 25, il Presidente Card. F. Angelini ha inaugurato, con un saluto indirizzato ai partecipanti, la riunione del Consiglio Direttivo della Pontificia Accademia per la Vita e della Fondazione della medesima Accademia.

– Il giorno 28, 50° Anniversario della nascita dell'Opera di P. Damiani in Pesaro, il Card. F. Angelini ha presieduto, nella Cattedrale di Pesaro, una concelebrazione eucaristica ricordando, nell'omelia, l'esemplare figura del P. Damiani e le grandi opere di carità da lui compiute.

MAGGIO

– Il giorno 17, a Veroli (FR), il Segretario del Dicastero P. José L. Redrado ha partecipato al 1° Congresso Internazionale organizzato dal Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, Psicologia e Scienze Umane «La Bussola» sul tema: «Algos and Pathos in Human Phylogenesis», presentando una relazione su: «Dolore e morte in conflitto con noi: alla ricerca di un senso».

– Dal 20 al 25, a Ginevra, l'Ufficiale del Dicastero Rev. Jean-Marie Mpendawatu ha partecipato in seno della Delegazione della S. Sede ai lavori della 49a Assemblea Mondia-

le dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

GIUGNO

– Dal 1 al 2, il Card. F. Angelini, ha partecipato a Lecce, su invito di S.E.R. Mons. C.F. Rупpi, Arcivescovo di Lecce, alle celebrazioni giubilari in onore del Beato Filippo Smaldone, e ha presieduto la solenne celebrazione eucaristica ricordando, nell'omelia, l'esemplare figura del Beato Smaldone.

– Dal 5 al 6, accompagnato dal Segretario del Dicastero P. José L. Redrado, il Card. F. Angelini ha partecipato a Praga (Repubblica Ceca) ai lavori dell'VIII° Congresso della Federazione Europea delle Associazioni Medici Cattolici (FEAMC) sul tema: «La medicina di oggi e la nostra immagine dell'uomo». Argomento dell'intervento del Card. F. Angelini: «la moderna medicina e la nostra concezione dell'uomo». (Cf. *Dolentium Hominum*, n° 33/1996).

– Dal 17 al 20 giugno, a Lubljana (Slovenia), il Rev. P. Pierluigi Marchesi, O.H., Membro del Dicastero, ha preso parte quale membro della Delegazione della S. Sede alla Conferenza dei Ministri europei della Sanità sulle *Riforme dei Sistemi Sanitari in Europa*.

LUGLIO

– Il giorno 11, a Pompei, il Segretario del Dicastero, P. José L. Redrado, O.H., ha partecipato al Convegno sulla *Rette Integrata dei Servizi per l'Assistenza Geriatrica*, promosso dal Pontificio Santuario di Pompei, indirizzando ai partecipanti un saluto di conclusione dei lavori sul tema: «Giovinezza della Vecchiaia».

OTTOBRE

– Dal 6 all'11, in rappresentanza del Dicastero, il Rev.do Mons. Ignacio Carrasco de Paula, Consultore del Pontificio Consiglio, ha partecipato, in Asunción (Paraguay), al XV° Congresso Latino-americano di Ostetricia e Ginecologia, e all'VIII° Con-

gresso Paraguaiano di Ginecologia e Ostetricia, presentando due relazioni su «La medicina ética pasa por un momento difícil», e «Mortalidad perinatal es elevada en el país».

– Dal 7 all'11, a Collevalenza, il P. José L. Redrado, Segretario del Dicastero, ha presentato la *Carta degli Operatori Sanitari* al Convegno Nazionale promosso dall'AIPAS (Associazione Italiana di Pastorale Sanitaria).

– Il giorno 12, a Perugia, il Card. F. Angelini ha partecipato all'inaugurazione del 45° Congresso Nazionale della Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed estetica indirizzando un saluto ai partecipanti.

– Il giorno 19, a Como, il Card. F. Angelini ha partecipato, su invito dell'Associazione «Amici dell'Organo», alla Cerimonia della consegna del «Premio Albert Schweitzer 1996» consegnando il suddetto Premio al Dr. Michel Sabouret, Direttore dell'Ospedale A. Schweitzer di Lambaréné (Gabon).

DICEMBRE

– Il giorno 3, è stato presentato, presso l'Aula Magna dell'Università degli Studi di Catania il volume «*Operare per servire - Carta degli Operatori Sanitari*», atti del Convegno celebrato nel mese di marzo scorso a Troina. Sono intervenuti il Card. F. Angelini e il P. José L. Redrado, O.H., presenti alla cerimonia.

5. Visite e viaggi pastorali

APRILE

– A Mosca, nei giorni 19-21, accompagnato dal Segretario del Dicastero P. José L. Redrado, O.H., il Card. F. Angelini ha partecipato al Congresso Internazionale sulla Bioetica, promosso dall'Accademia Russa delle Scienze Mediche, presentando una relazione su «*Evangelium vitae*». Durante la sua permanenza a Mosca, il Card. Angelini, ha avuto vari incontri con personalità e autorità civili riguardo all'Ospedale pediatri-

co che vi sta costruendo il Pontificio Consiglio.

MAGGIO

– Dal 22 al 24, viaggio pastorale in Cabon. Accompagnato da P. Felice Ruffini, M.I., Sottosegretario del Dicastero, dai Prof. Franco Splendori e Domenico Di Virgilio, Consultori del Dicastero, nonché dal R.P. Gianfranco Grieco, Giornalista dell'Osservatore Romano, e da S.E. Jean Robert Goulongana, Ambasciatore del Gabon presso il Quirinale, ha visitato l'ospedale costruito a Lambaréné da Dr. A. Schweitzer, la sua camera e la sua tomba, incontrando pazienti, operatori sanitari insieme con il Direttore e i rappresentanti dell'AISI (Associazione Internazionale per il sostegno all'ospedale), religiose infermiere e cappellani ospedalieri, offrendo in dono all'ospedale un'ecografo, nonché della documentazione relativa alla costruzione di case-prefabbricate per i medici dell'ospedale. Il Card. F. Angelini ha avuto anche numerosi incontri con personalità religiose e civili.

SETTEMBRE

– Dal 6 al 10, accompagnato dal Segretario del Dicastero P. José L. Redrado, O.H., dall'Abate D. Simone Tonini O.S.B.Silv, postulatore della causa di santificazione del Servo di Dio Abate I. Gregori, da Madre M. Maurizia Biancucci, Superiora Generale della Congregazione Benedettina delle Suore Riparatrici del Santo Volto di N.S.G.C., il Card. F. Angelini ha presieduto a Clifton (USA) presso il Monastero del Santo Volto, la solenne celebrazione eucaristica ricordando, nell'omelia, l'esemplare figura del Servo di Dio Abate D. Ildebrando Gregori, e ha benedetto il busto del Servo di Dio.

6. XIa Conferenza Internazionale

Organizzata dal Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, la XIa

Conferenza internazionale si è svolta in Vaticano, nell'Aula Paulo VI, dal 28 al 30 novembre sul tema: «Ad immagine e somiglianza di Dio: sempre? Il disagio della mente umana».

Una partecipazione importante: 7.500 iscritti provenienti da 105 Paesi, tra i quali 6 Ministri della Sanità, 14 Ambasciatori, duemila medici. Tra i 66 illustri relatori, la Consorte del Presidente del Portogallo, 2 Cardinali, 5 Ambasciatori, nonché numerosi ed autorevoli ricercatori, scienziati e studiosi di biomedicina, di psicologia, psichiatria, filosofia, etica, sociologia, diritto, teologia morale e pastorale. Da segnalare anche tra gli illustri relatori S.Em.za il Card. J. Ratzinger, che ha aperto la Conferenza con un intervento magistrale di illuminazione teologica sulla mente umana, e il premio Nobel Erwin Neher, che ha parlato sul funzionamento del sistema nervoso cerebrale. Nel corso della Conferenza sono state affrontate le varie tematiche riguardanti *la struttura della mente umana*, i dati sulla diffusione delle malattie mentali, le loro *cause dirette e indirette*, *i luoghi del disagio*, nonché i criteri ed i mezzi di *prevenzione, terapia e riabilitazione*. Con ottica etica e spirituale sono stati approfonditi *compiti e metodi dell'assistenza ai malati di mente*, sia dal punto di vista strettamente medico che da quello pastorale. In ciascuna sessione veniva proposta un'esperienza di musicoterapia, consistente nell'esecuzione da parte di un'Orchestra Sinfonica diretta dal Prof. Adolfo Petiziol (Presi-

dente della Società Italiana di Musicoterapia) di una serie di brani musicali. Sono stati eseguiti i brani di: Wolfgang Amadeus Mozart, Franz Schubert, Ludwig van Beethoven, Giochino Rossini e Helmut Laberer. Il Santo Padre è intervenuto alla fine dei lavori della Conferenza internazionale con un discorso di chiusura.

7. Attività editoriale

La rivista quadrimestrale «*Dolentium Hominum. Chiesa e salute nel mondo*», organo ufficiale del Dicastero è uscita regolarmente nelle quattro versioni linguistiche e trova sempre di più grande accoglienza presso gli operatori sanitari di tutto il mondo. Un numero della rivista contiene gli Atti integrali della Conferenza internazionale annuale promossa dal Pontificio Consiglio.

La *Carta degli Operatori Sanitari*, la prima edizione – in lingua italiana – viene pubblicata nel mese di ottobre 1994, su iniziativa del Dicastero, e ha incontrato una straordinaria accoglienza; essa tuttora è disponibile nelle seguenti lingue: italiano, francese, spagnolo, inglese, tedesco, olandese, polacco, portoghese, russo, arabo, ceco, rumeno ed è in corso di traduzione nelle lingue: lituana, malgascia, albanese e ungherese.

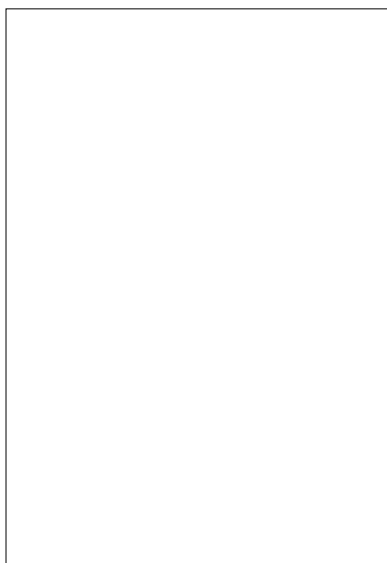
8. Varie.

– L'11 novembre, si è svolto presso la Pontificia Università Urbaniana il 2° Incontro di spiritualità organizzato dalla Congregazione Benedettina delle Suore Riparatrici del Santo Volto di N.S.G.C. sulla figura del Servo di Dio Abate Ildebrando Gregori OSB Silv., e sulla devozione del Volto Santo di Gesù. Sono intervenuti all'incontro il Card. F. Angelini che ha svolto una relazione su: «Il Servo di Dio Ab. D. Ildebrando Gregori e il nostro tempo» e il R.P. José L. Redrado si è soffermato su: «La misteriosa forza della sofferenza per una nuova evangelizzazione».

*RIVISTA DEL
PONTIFICIO CONSIGLIO
DELLA PASTORALE
PER GLI OPERATORI
SANITARI*

*Campagna di
abbonamento 1997*

1997



***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 della XI Conferenza Internazionale su "Il disagio della mente umana". La Conferenza Internazionale è stata promossa dal nostro Pontificio Consiglio e ha avuto luogo in Vaticano, nei giorni 28-30 novembre '96. 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 1997 salvo segnalazione contraria in merito