

DOLENTIUM HOMINUM

N. 47 – anno XVI – N. 2, 2001

RIVISTA DEL PONTIFICIO CONSIGLIO
PER LA PASTORALE DELLA SALUTE

DIREZIONE

S.E. MONS. JAVIER LOZANO BARRAGÁN, *Direttore*
S.E. MONS. JOSÉ L. REDRADO, O.H., *Redattore Capo*
P. FELICE RUFFINI, M.I., *Segretario*

COMITATO DI REDAZIONE

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

CORRISPONDENTI

BAUTISTA P. MATEO, *Argentina*
CASSIDY MONS. J. JAMES, *U.S.A.*
DELGADO DON RUDE, *Spagna*
FERRERO P. RAMON, *Mozambico*
GOUDOTE P. BENOIT, *Costa d'Avorio*
LEONE PROF. SALVINO, *Italia*
PALENCIA P. JORGE, *Messico*
PEREIRA DON GEORGE, *India*
VERLINDE SIG.A AN, *Belgio*
WALLEY PROF. ROBERT, *Canada*

TRADUTTORI

CHALON DR.A COLETTE
FARINA SIG.A ANTONELLA
FFORDE PROF. MATTHEW
GRASSER P. BERNARD, *M.I.*
QWISTGAARD SIG. GUILLERMO

Direzione, Redazione, Amministrazione: PONTIFICIO CONSIGLIO PER LA PASTORALE DELLA SALUTE
CITTÀ DEL VATICANO; Tel. 06.698.83138, 06.698.84720, 06.698.84799,
Fax: 06.698.83139 - www.healthpastoral.org - E-MAIL: opersanit@hlthwork.va

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

Realizzazione a cura della Editrice VELAR S.p.A., Gorle (BG)

In copertina: Vetrata di P. Costantino Ruggeri

Spedizione in abbonamento postale - art. 2, comma 20/c, legge 662/96 - Roma

Sommario

MAGISTERO

5 **Dai discorsi del Santo Padre**

IX GIORNATA MONDIALE DEL MALATO
SYDNEY, 11 FEBBRAIO 2001

12 **Lettera al Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute** *Giovanni Paolo II*

13 **All'inizio del terzo millennio si dia nuovo impulso al secolare impegno della Chiesa nel mondo della sanità, autentico laboratorio della civiltà dell'amore** *Giovanni Paolo II*

14 **Nella malattia voi potete essere per molti parola di speranza e persino di gioia** *Giovanni Paolo II*

15 **Uniti a Cristo i sofferenti diventano ministri della nuova evangelizzazione** *S. Em.za Card. Edward Bede Clancy*

18 **Celebrazione della IX Giornata Mondiale del Malato** **"La nuova evangelizzazione e la dignità dell'uomo sofferente"** *Don Krzysztof Nykiel*

ARGOMENTI

24 **Dolore fisico e sofferenza morale dell'uomo-comune e dell'Uomo-Cristo** *Prof. Pierluigi Zucchi* *P. Bonifacio Honings*

34 **Necessità spirituali del bambino malato e sua attenzione pastorale** *S.E. Mons. José L. Redrado*

45 **Filosofia, costruzione di una professione** *Fr. Cecilio Eseverri Chaverri*

52 **Aspetti neurologici della morte** *Dott.ssa Purificacion de Castro* *P. Miguel Angel Monge*

55 **Paure e speranze dinanzi alla morte** *P. Arnaldo Pangrazzi*

TESTIMONIANZE

60 **Il Servo di Dio** **Manuel Lozano Garrido, paralitico, cieco, giornalista e scrittore** *Mons. Rafael Higuera Álamo*

64 **L'ospedale di Santo Spirito di Roma come esempio dell'apostolato della misericordia** *Prof. Marian Surdacki*

73 **Dipartimento di Pastorale, Ospedale Cardinal Tien, Taiwan**

75 **Arcidiocesi di Filadelfia.** **Protocollo per la valutazione dei rapporti di collaborazione nell'ambito della sanità cattolica**

77 **L'approccio paolino all'istruzione infermieristica: una risposta all'invito della Chiesa a un'assistenza umanitaria** *Suor Rosamond Marie Abadesco*

Le illustrazioni di questo numero sono tratte dal libro:
"Pittura e scultura nella Chiesa di San Domenico
a San Miniato: studi e restauri"
a cura di Antonia D'Aniello
Pacini Editore - Ospedaletto (Pisa), 1998



Dai discorsi del Santo Padre



La vita vincerà!

IL DISCORSO DI GIOVANNI PAOLO II AI PARTECIPANTI ALLA SETTIMA ASSEMBLEA GENERALE DELLA PONTIFICIA ACCADEMIA PER LA VITA, RICEVUTI IN UDIENZA NELLA MATTINA DI SABATO 3 MARZO, NELLA SALA CLEMENTINA

1. È sempre con vivo piacere che vi incontro, illustri membri della Pontificia Accademia per la Vita. Quest'oggi il motivo che me ne offre l'occasione è l'annuale vostra Assemblea Generale, che vi ha visti convenire a Roma da diversi Paesi. Il mio più cordiale saluto va a ciascuno di voi, benemeriti amici che formate la famiglia di quest'Accademia a me molto cara. Un particolare e deferente pensiero rivolgo al vostro Presidente, il Professor Juan de Dios Vial Correa, che ringrazio per le amabili parole con cui ha interpretato i vostri sentimenti. Estendo il mio saluto al Vice-Presidente Mons. Elio Sgreccia, ai componenti del Consiglio Direttivo, ai collaboratori e benefattori.

2. Avete scelto come tema per la vostra riflessione assembleare un argomento di grande interesse: *“La cultura della vita: fondamenti e dimensioni”*. Già nella sua stessa formulazione il tema manifesta il proposito di portare l'attenzione sull'aspetto positivo e costruttivo della difesa della vita umana. In questi giorni vi siete domandati da quali fondamenti occorra partire per promuovere o riattivare una cultura della vita e con quali contenuti proporla ad una società contrassegnata – come ricordavo nell'Enciclica *Evangelium vitae* – da una sempre più diffusa ed allarmante cultura della morte (cfr. nn. 7, 17).

Il miglior modo per superare e vincere la pericolosa cultura della morte consiste proprio nel dare solidi fondamenti e luminosi contenuti ad una cultura della vita che ad essa si contrapponga con vigore. Non è sufficiente, anche se necessario e doveroso, limitarsi a esporre e denunciare gli effetti letali della cultura della morte. Occorre piuttosto rigenerare di continuo il tessuto interiore della cultura contemporanea, intesa come mentalità vissuta, come convinzioni e comportamenti, come strutture sociali che la sostengono.

Tanto più preziosa appare questa riflessione, se si tiene conto che dalla cultura non viene influenzata soltanto la condotta individuale, ma anche le scelte legislative e politiche, le quali, a loro volta, veicolano spinte culturali che non di rado ostacolano, purtroppo, l'autentico rinnovamento della società.

La cultura orienta, inoltre, le strategie del-

la ricerca scientifica, che oggi, come non mai, è in grado di offrire mezzi potenti, non sempre impiegati purtroppo per il vero bene dell'uomo. Anzi, talora la ricerca sembra muoversi, in molti campi, addirittura contro l'uomo.

3. Opportunamente, pertanto, voi avete voluto precisare i fondamenti e le dimensioni della cultura della vita. In questa prospettiva, avete posto l'accento sui grandi temi della creazione, evidenziando come la vita umana debba essere percepita quale dono di Dio. L'uomo, creato ad immagine e somiglianza di Dio, è chiamato ad essere suo collaboratore libero e, ad un tempo, responsabile nella “gestione” del creato.

Avete voluto, altresì, ribadire il valore inalienabile della dignità di persona, che connota ogni individuo, dal concepimento alla morte naturale; avete rivisitato il tema della corporeità e del suo significato personalistico; avete portato l'attenzione sulla famiglia come comunità d'amore e di vita. Vi siete soffermati a considerare l'importanza dei



mezzi di comunicazione per una capillare diffusione della cultura della vita, e la necessità di impegnarsi nella testimonianza personale a suo favore. Avete inoltre ricordato come vada perseguita, in questo ambito, ogni via che favorisca il dialogo, nella convinzione che la verità piena sull'uomo è a sostegno della vita. Il credente è sorretto, in questo, dall'entusiasmo radicato nella fede. La vita vincerà: è questa per noi una sicura speranza. Sì, vincerà la vita, perché dalla parte della vita stanno la verità, il bene, la gioia, il vero progresso. Dalla parte della vita è Dio, che ama la vita e la dona con larghezza.

4. Come sempre avviene nel rapporto tra riflessione filosofica e meditazione teologica, anche in questo caso sono di imprescindibile aiuto la parola e l'esempio di Gesù, che ha dato la sua vita per vincere la nostra morte e per associare l'uomo alla sua risurrezione. Cristo è la "resurrezione e la vita" (Gv 11, 25).

Ragionando in quest'ottica, nell'Enciclica *Evangelium vitae* ho scritto: «Il *Vangelo della vita* non è una semplice riflessione, anche se originale e profonda, sulla vita umana; neppure è soltanto un comandamento destinato a sensibilizzare la coscienza e a provocare significativi cambiamenti nella società;

tanto meno è un'illusoria promessa di un futuro migliore. Il *Vangelo della vita* è una realtà concreta e personale, perché consiste nell'annuncio della persona stessa di Gesù. All'apostolo Tommaso e ad ogni uomo, Gesù si presenta con queste parole: "*Io sono la Via, la Verità e la Vita*" (Gv 14, 6)» (n. 29).

Si tratta di una fondamentale verità che la comunità dei credenti, oggi più che mai, è chiamata a difendere e propagare. Il messaggio cristiano sulla vita è «scritto in qualche modo nel cuore stesso di ogni uomo e di ogni donna, risuona in ogni coscienza *dal principio*, ossia dalla creazione stessa, così che, nonostante i condizionamenti negativi del peccato, può essere conosciuto nei suoi tratti essenziali anche dalla ragione umana» (*Evangelium vitae*, 29).

Il concetto di creazione non è soltanto un annuncio splendido della Rivelazione, ma anche una sorta di presentimento profondo dello spirito umano. Ugualmente, la dignità della persona non è nozione derivabile soltanto dall'affermazione biblica secondo cui l'uomo è creato "ad immagine e somiglianza" del Creatore, ma è concetto radicato nel suo essere spirituale, grazie al quale egli si manifesta come essere trascendente rispetto al mondo che lo circonda. La rivendicazione della dignità del corpo come: "soggetto", e non semplice "oggetto" materiale, costituisce la logica conseguenza della concezione biblica della persona. Si tratta di una concezione unitaria dell'essere umano, che molte correnti di pensiero, dalla filosofia medioevale fino ai nostri tempi, hanno insegnato.

5. L'impegno per il dialogo tra fede e ragione non può che rafforzare la cultura della vita, congiungendo insieme dignità e sacralità, libertà e responsabilità di ogni persona, quali componenti imprescindibili della sua stessa esistenza. Verrà, altresì, garantita, insieme con la difesa della vita personale, la tutela dell'ambiente, entrambi creati e ordinati da Dio, come è comprovato dalla stessa struttura naturale dell'universo visibile.

Le grandi istanze relative al diritto alla vita di ogni essere umano dal concepimento alla morte, l'impegno per la promozione della famiglia secondo il disegno originario di Dio, e l'urgente bisogno, ormai da tutti sentito, di tutelare l'ambiente nel quale viviamo rappresentano per l'etica e per il diritto un terreno di comune interesse. Soprattutto in questo campo, in cui sono coinvolti i diritti fondamentali dell'umana convivenza, vale quanto ho scritto nell'Enciclica *Fides et ratio*: «La Chiesa permane nella più



profonda convinzione che fede e ragione si recano un aiuto scambievole, esercitando l'una per l'altra una funzione sia di vaglio critico e purificatore, sia di stimolo a progredire nella ricerca e nell'approfondimento» (n. 100).

La radicalità delle sfide che oggi vengono poste all'umanità, da una parte, dai progressi della scienza e della tecnologia, dall'altra dai processi di laicizzazione della società, esige uno sforzo appassionato di approfondimento della riflessione sull'uomo e sul suo essere nel mondo e nella storia. È necessario dar prova di una grande capacità di dialogo, di ascolto e di proposta, in vista della formazione delle coscienze. Solo così si potrà dar vita ad una cultura fondata sulla speranza e aperta al progresso integrale di ogni individuo nei vari Paesi, in modo giusto e solidale. Senza una cultura che mantenga saldo il diritto alla vita e promuova i valori fondamentali di ogni persona, non si può avere una so-

cietà, sana né la garanzia della pace e della giustizia.

6. Prego Dio perché illumini le coscienze e guidi quanti sono coinvolti, a vari livelli, nell'edificazione della società di domani. Sappiano sempre proporsi conte obiettivo primario la tutela e la difesa della vita.

A voi, illustri membri della Pontificia Accademia per la Vita, che spendete le vostre energie a servizio di uno scopo tanto nobile ed esigente, esprimo il mio più vivo e grato apprezzamento. Il Signore vi sostenga nel lavoro che state svolgendo e vi aiuti a portare a compimento la missione che vi è affidata. La Vergine Santissima vi conforti con la sua materna protezione.

La Chiesa vi è riconoscente per l'alto servizio che rendete alla vita. Quanto a me, desidero accompagnarvi con il mio costante incoraggiamento, avvalorato da una speciale Benedizione.

7

La disabilità è un invito a superare ogni egoismo e a impegnarsi per nuove forme di solidarietà

2 APRILE 2001, MESSAGGIO DI GIOVANNI PAOLO II INVIATO
«AI MIEI FIGLI E ALLE MIE FIGLIE» DEL MOVIMENTO “FEDE E LUCE”
RACCOLTI PRESSO LA GROTTA DI MASSABIELLE A LOURDES,
IN OCCASIONE DEL 30° DI FONDAZIONE

Ai miei Figli e alle mie Figlie
del Movimento “Fede e Luce”

1. In questa Settimana Santa del primo anno del nuovo millennio, unendomi a voi con affetto e con preghiera, saluto tutti voi che vi siete raccolti presso la Grotta di Massabielle, in occasione del 30° anniversario di fondazione del vostro Movimento. È Maria stessa che vi accoglie, per ravvivare in voi il desiderio di “venire a bere alla sorgente”, e per condurvi, come un giorno fece con Bernadetta, all'incontro con suo Figlio. A Lourdes l'amore di Gesù e di Maria per i più deboli si manifesta con singolare potenza e invita a rendere grazie a Dio per le meraviglie che Egli compie in voi. Io vi incoraggio a mantenere viva e a consolidare la vostra fede per-



ché possiate essere missionari nella vita d'ogni giorno.

2. Voi disabili costituite il cuore della grande famiglia "Fede e Luce". La vostra esistenza è dono di Dio e vi rende testimoni della gioia autentica; se pur talora l'handicap vi porta a difficili combattimenti esistenziali, voi spesso vivete, secondo l'espressione di Claudel, con "anime ingrandite in corpi impediti". Cari amici, voi siete un prezioso tesoro per la Chiesa, che è pure famiglia vostra, e occupate un posto speciale nel cuore di Gesù.

3. Da trent'anni, "Fede e Luce" non ha cessato di richiamare con audace coraggio e perseveranza la dignità eminente di ogni persona umana. Possiamo render grazie per la speranza e la fiducia che tante persone, tante famiglie hanno trovato nel vostro Movimento. Desidero ringraziare cordialmente coloro che stanno accanto ai disabili, per l'insostituibile lavoro quotidianamente portato avanti a servizio dei dimenticati delle nostre società, e soprattutto per la gioia che a loro offrono.

Essi testimoniano che la gioia di vivere è una sorgente nascosta la cui origine sta nella fiducia in Dio e in Maria, sua Madre. Vorrei salutare in modo particolare Jean Vanier e Maria Elena Mathieu, che da molto tempo si impegnano per la vita e la promozione dei disabili.

4. La vostra presenza a Lourdes, cari Fratelli e Sorelle, costituisce, inoltre, un appello ai cristiani e ai responsabili della nostra società perché comprendano meglio che se il disabile ha bisogno di aiuto, la disabilità costituisce in primo luogo un invito a superare ogni egoismo e a impegnarsi per nuove forme di fraternità e di solidarietà. Come ho avuto modo di ricordare a Roma, in occasione del loro Giubileo, le persone disabili mettono «in crisi le concezioni della vita legate soltanto all'appagamento, all'apparire, alla fretta, all'efficienza» (*Omelia*, 3 dicembre 2000, n. 5). Esse chiamano ogni membro della società a sostenere moralmente e materialmente i genitori con figli portatori d'handicap. Mentre si tende sempre più a sopprimere prima della nascita l'essere umano probabile portatore di handicap, l'azione di "Fede e Luce" rappresenta un segno profetico a favore della vita, e di attenzione prioritaria ai più deboli della società.

5. Nella vostra grande diversità, provenendo da 75 Paesi, voi vi trovate a sperimentare



una vera dimensione ecumenica. La presenza insieme a Lourdes di cristiani di varie confessioni, cattolici, ortodossi, anglicani e protestanti, attesta, partendo da una convinzione fondata sulla comune fede in Cristo risorto, che ogni persona è dono di Dio, dotata di dignità e diritti inalienabili, e che, nonostante l'handicap, è possibile vivere felici.

6. Con tutto il mio affetto invoco su di voi, su coloro che vi accompagnano e su quanti non sono potuti venire, la forza del Signore risuscitato, perché renda ciascuno capace di continuare con coraggio e gioia a testimoniare l'amore di Dio nel mondo. Possiate voi, seguendo l'esempio di Bernadetta, accogliere e far fruttificare sempre più la Buona Novella, di cui la nostra umanità ha tanto bisogno! Vi affido alla tenerezza materna di Nostra Signora di Lourdes, e di gran cuore vi impartisco la Benedizione Apostolica.

Si faccia più spedito il passo di chi è chiamato a chinarsi per curare l'uomo ferito e sofferente, come il Buon Samaritano

DISCORSO DEL PAPA AI PARTECIPANTI AL CONVEGNO, PROMOSSO DALL'UFFICIO NAZIONALE PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ DELLA CEI, RICEVUTI IN UDIENZA SABATO MATTINA, 12 MAGGIO, NELL'AULA PAOLO VI. IL CONVEGNO, SVOLTOSI A FIUGGI DAL 10 AL 12 MAGGIO, HA AVUTO PER TEMA "LA CHIESA ITALIANA NEL MONDO DELLA SALUTE: IDENTITÀ E NUOVI PERCORSI"

1. Sono molto lieto di porgere il benvenuto a tutti voi, che in questi giorni riflettere sulla presenza della Chiesa nel mondo della salute, della malattia e della sofferenza. Saluto anzitutto il Cardinale Camillo Ruini, Presidente della Conferenza Episcopale Italiana, Mons. Javier Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, e li ringrazio per le loro cordiali parole. Saluto gli altri Presuli presenti, specialmente Mons. Alessandro Plotti, Arcivescovo di Pisa e Vice-Presidente della Conferenza Episcopale Italiana, e Mons. Benito Cocchi, Vescovo di Modena e Presidente della Commissione Episcopale della Conferenza Episcopale Italiana per il servizio della carità e la pastorale della salute.

Estendo, poi, il mio saluto a tutte le persone malate e sofferenti, alle loro famiglie e a quanti si prendono cura di loro. Davvero – come ho avuto modo di scrivere nel Messaggio di quest'anno per la Giornata Mondiale del Malato – desidero idealmente, ogni giorno, recarmi a visitare chi soffre, per «sostare al fianco dei degenti, dei familiari e del personale sanitario» (n. 3).

Questo vostro Convegno, significativo per molti motivi, si inserisce nel cammino intrapreso dalla Chiesa italiana per una sempre più attiva promozione della Pastorale della Salute. Vi incoraggio a proseguire su tale strada, perché venga riconosciuta alla Pastorale della Salute tutta la sua forza di testimonianza evangelica, in piena fedeltà al mandato del Cristo: «Andate, annunciate il Regno di Dio e curate gli infermi» (cfr. Lc 5, 1-2; Mt 10, 7-9; Mc 3, 13-19).

2. Vi siete riuniti per approfondire il senso e le modalità con cui attualizzare oggi questo mandato di Cristo. Da un attento discernimento delle attuali realtà socio-culturali scaturiscono di certo indicazioni concrete su quale debba essere la presenza della Chiesa nel campo della cura della salute, migliorandone la qualità e individuandone nuovi per-

corsi di penetrazione apostolica.

È utile, in proposito, ricordare, come scrivevo nella Lettera apostolica *Novo Millennio Ineunte*, che «non si tratta di inventare un nuovo programma. Il programma c'è già: è quello di sempre, raccolto dal Vangelo e dalla viva Tradizione. Esso si incentra in ultima analisi in Cristo stesso» (n. 29).

E nel Messaggio per l'ottava Giornata Mondiale del Malato durante il Grande Giubileo del 2000 osservavo: «Gesù non ha solo curato e guarito i malati, ma è anche stato un instancabile promotore della salute attraverso la sua presenza salvifica, l'insegnamento, l'azione... In Lui la condizione umana mostrava il volto redento e le aspirazioni umane più profonde trovavano realizzazione. Questa pienezza armoniosa di vita egli vuole comunicare agli uomini di oggi» (n. 10). Sì, Gesù è venuto perché tutti «abbiano la vita e l'abbiano in abbondanza» (Gv 10, 10). E quale ambito, più di quello della salute e del-



la sofferenza, attende l'annuncio, la testimonianza e il servizio del Vangelo della vita?

Imitando Cristo, che ha preso su di sé il volto "dolente" dell'uomo per renderlo "glorioso", la Chiesa è chiamata a percorrere la via dell'uomo, specie se sofferente (cfr. *Redemptor Hominis* 7, 14, 21; *Salvifici doloris*, 3). La sua azione va incontro alla persona inferma per ascoltarla, prendersene cura, lenirne le pene, aprirla alla comprensione del senso e del valore salvifico del dolore.

Mai si insisterà abbastanza, e voi l'avete fatto nel Convegno, sulla necessità di porre al centro la persona, sia del malato che degli operatori.

3. La Chiesa apprezza quanto altri operano in questo campo e offre alle pubbliche strutture il suo apporto per rispondere alle esigenze di una cura integrale della persona.

In ciò è mossa e sostenuta da una visione di salute che non è semplice assenza di malattia, ma tensione verso un'armonia piena e un sano equilibrio a livello psichico, spirituale e sociale. Propone un modello di salute che si ispira alla "salvezza salutare" offerta da Cristo: un'offerta di salute "globale", "integrale" che risana il malato nella sua totalità. L'esperienza umana della malattia è così illuminata dalla luce del Mistero pasquale. Gesù crocifisso, sperimentando la lontananza del Padre, a Lui grida la sua richiesta di aiuto ma, in un atto di amore e di fiducia filiale, si abbandona nelle sue mani. Nel Mes-

sia crocifisso sul Golgota la Chiesa contempla l'umanità che tende fiduciosa a Dio le sue braccia doloranti. A chi è nel dolore, essa si accosta con compassione e solidarietà, facendo suoi i sentimenti della misericordia divina. Questo servizio all'uomo provato dalla malattia postula la stretta collaborazione tra operatori sanitari e pastorali, assistenti spirituali e volontariato sanitario. Quanto preziosa appare, a questo riguardo, l'azione delle diverse associazioni ecclesiali di operatori sanitari, sia di tipo professionale, medici, infermieri, farmacisti, sia di tipo più spiccatamente pastorale e spirituale!

4. Una menzione speciale meritano, a questo proposito, le Istituzioni religiose che, fedeli al proprio carisma, continuano a svolgere un ruolo importante in questo settore. A queste Istituzioni, maschili e femminili, mentre le ringrazio per la testimonianza che pur in mezzo a non poche difficoltà offrono con generosità e competenza, chiedo di salvaguardare e rendere sempre più riconoscibile nelle presenti situazioni il proprio carisma.

Il loro è un servizio pubblico, al quale auspico vivamente che non manchi mai il giusto riconoscimento da parte delle autorità civili. Un servizio che domanda, inoltre, un forte e convinto investimento nel campo della formazione specifica degli operatori sanitari. Si tratta di "opere di Chiesa", patrimonio e diaconia del vangelo della carità per quanti sono bisognosi di cura. A tali opere non deve mai mancare il supporto dell'intera Comunità ecclesiale.

Carissimi Fratelli e Sorelle! Ecco un ambiente privilegiato nel quale la Chiesa è chiamata a testimoniare la presenza del Signore risorto. A tutti coloro che vi sono coinvolti vorrei ripetere quanto ho scritto nella citata Lettera apostolica *Novo Millennio Ineunte*: «Andiamo avanti con speranza! Un nuovo millennio si apre davanti alla Chiesa come oceano vasto in cui avventurarsi, contando sull'aiuto di Cristo» (n. 58). All'inizio di questo secolo si faccia più spedito il passo di chi è chiamato a chinarsi per curare l'uomo ferito e sofferente, come il Buon Samaritano. Maria, che dal Cielo veglia materna su chi è provato dal dolore, sia il costante sostegno di quanti si dedicano ad alleviarlo.

Con tali sentimenti, ben volentieri a tutti impartisco una speciale Benedizione Apostolica.



IX Giornata Mondiale del Malato



11

***Sydney
11 febbraio 2001***

Lettera di Giovanni Paolo II al Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute

Al Venerabile Fratello
Arcivescovo Javier Lozano Barragán

Nella pace che viene da Dio, saluto Vostra Eccellenza e quanti sono riuniti a Sydney nella Cattedrale di Saint Mary per questo Sacrificio Eucaristico che costituisce il cuore della IX Giornata Mondiale del Malato. Chiedo a Vostra Eccellenza di trasmettere a Sua Eccellenza il Cardinale Edward Clancy, alla Chiesa di Sydney e a tutta l'Australia l'assicurazione della mia vicinanza nella preghiera mentre siete riuniti a riflettere su come la nuova evangelizzazione di cui abbiamo bisogno all'inizio del Terzo Millennio cristiano, debba rispondere ai molti e complessi interrogativi che nascono nel campo della salute, alla luce della Croce di Cristo, in cui l'umana sofferenza trova «il suo supremo e più sicuro punto di riferimento» (*Salvifici doloris*, 31).

Poche sfere dell'esperienza umana sono, come la salute, soggette ai profondi cambiamenti sociali e culturali che interessano la vita di oggi. Questa è una delle ragioni per cui, nel 1985, ho istituito quello che sarebbe diventato il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, zelantemente presieduto da Vostra Eccellenza. Nei suoi anni di vita, esso ha reso un servizio inestimabile non solo a quanti sono direttamente coinvolti nel mondo della salute cattolico, ma alla comunità in generale cercando di affrontare i molteplici problemi che, a partire dalla sua creazione, si sono fatti sempre più pressanti.

All'alba del nuovo millennio, è più urgente che mai che il Vangelo di Gesù Cristo permei ogni aspetto della salute; per questo accolgo con piacere la scelta del tema di questa Giornata Mondiale del Malato: «la nuova Evangelizzazione e la dignità dell'uomo sofferente». L'evangelizzazione deve essere nuova – nel metodo e nell'ardore – perché molto è cambiato e sta cambiando nella cura del malato. Non solo il mondo della salute si trova di fronte a pressioni economiche e complessità legali senza precedenti, ma esiste anche un'incertezza etica che tende ad oscurare quelli che sono sempre stati i suoi chiari fondamenti morali. Questa incertezza

può diventare una confusione fatale, che si manifesta come un fallimento a comprendere che il fine essenziale della salute è quello di promuovere e salvaguardare il benessere integrale della persona, che la ricerca e la pratica medica devono essere sempre unite ad imperativi etici, che i deboli e quanti possono sembrare improduttivi agli occhi della società dei consumi hanno una dignità inviolabile che deve essere sempre rispettata, e che la salute dovrebbe essere considerata un diritto fondamentale di tutti, senza eccezione alcuna. Vorrei pertanto applicare al lavoro del Pontificio Consiglio e alle discussioni della vostra Conferenza quanto ho detto nella mia recente Lettera apostolica *Novo Millennio Ineunte* alla chiusura dell'Anno Giubilare: è diventato sempre più importante «spiegare adeguatamente i motivi della posizione della Chiesa, sottolineando soprattutto che non si tratta di imporre a non credenti una prospettiva di fede, ma di interpretare e difendere i valori radicati nella natura stessa dell'essere umano» (n. 51).

La Giornata Mondiale del Malato ha una parola vitale da dire e il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute ha un ruolo indispensabile da svolgere nella missione ecclesiale di proclamare il Vangelo della vita e l'amore per il mondo.

Mentre siete riuniti in questo giorno della memoria della Madonna di Lourdes, nella Cattedrale dedicata alla Vergine della Consolazione, affido Vostra Eccellenza, il Cardinal Clancy, il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute e tutti coloro che prendono parte alla Giornata Mondiale del Malato all'amorevole intercessione della Santissima Vergine, che la Chiesa invoca come «*Salus infirmorum*». Come pegno di gioia e di pace nel di Lei figlio, il Redentore del mondo, volentieri impartisco l'Apostolica Benedizione.

Dal Vaticano, 18 gennaio 2001

GIOVANNI PAOLO II

All'inizio del terzo millennio si dia nuovo impulso al secolare impegno della Chiesa nel mondo della sanità, autentico laboratorio della civiltà dell'amore

DISCORSO DEL SANTO PADRE ALL'ANGELUS DI DOMENICA 11 FEBBRAIO, RIVOLGENDOSI AI FEDELI CHE GREMIVANO PIAZZA SAN PIETRO PER IL CONSUETO APPUNTAMENTO DELLA RECITA DELLA PREGHIERA DOMENICALE

Carissimi Fratelli e Sorelle!

1. Oggi, memoria liturgica della Beata Vergine di Lourdes, si celebra la *Giornata Mondiale del Malato*. Il luogo designato per la significativa ricorrenza è quest'anno Sydney, in Australia, dove si è recato Mons. Javier Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, con i suoi collaboratori. Ogni Comunità diocesana, inoltre, pone oggi al suo centro le persone malate e gli operatori sanitari. Anche nella Basilica di San Pietro si terrà, nel pomeriggio, la tradizionale Celebrazione Eucaristica, che sarà presieduta dal Cardinale Camillo Ruini. Al termine, scenderò io stesso per incontrarmi con i malati ed i pellegrini presenti.

Nel Messaggio per l'odierna Giornata, pubblicato il 22 agosto scorso, mi sono soffermato sul tema *"La nuova evangelizzazione e la dignità dell'uomo sofferente"*. Gli ospedali, i centri per malati o per anziani ed ogni casa in cui è presente l'umana sofferenza costituiscono ambiti privilegiati in cui far risuonare il messaggio del Vangelo, apportatore di speranza. È dunque importante che, all'inizio del terzo millennio, si dia nuovo impulso al secolare impegno della Chiesa nel mondo della sanità, autentico laboratorio della civiltà dell'amore.

2. Guardando l'attuale situazione mondiale, non posso dimenticare che tanti, troppi fratelli e sorelle sono ancor oggi privati delle cure sanitarie indispensabili. È questa una grave ingiustizia, che reclama con urgenza uno sforzo da parte di tutti, a partire specialmente da quanti hanno maggiori responsabilità a livello politico ed economico.

Vorrei, in questa significativa circostanza, rendere merito a quanti, individui, istituzioni religiose, organizzazioni non governative, si dedicano con premura ammirevole al servizio dei malati e dei sofferenti. Penso, in particolare, alle schiere di Religiosi e Religiose che, negli ospedali e nei piccoli centri sanita-

ri, insieme a numerosi laici, operano nei Paesi più poveri in mezzo a difficoltà e conflitti, rischiando anche la vita per salvare quella dei fratelli. Tutti incoraggio a proseguire in questa benemerita opera, che in molte nazioni sta producendo una vasta e provvidenziale sensibilizzazione delle coscienze.

3. Volgiamo ora lo sguardo alla Vergine Santa. La Cattedrale di Sydney, in cui si tiene la solenne Celebrazione Eucaristica, presieduta a mio nome dal Cardinale Edward Bede Clancy, Arcivescovo di quella Città, è dedicata a Maria Santissima Auxilium christianorum, "Aiuto dei Cristiani". Da nove anni, in varie parti del mondo, si rinnova nel segno della Madonna di Lourdes, quest'appuntamento con la sofferenza e la speranza. Affidiamo a Lei i malati del mondo intero, affidiamoLe anche quanti pongono al loro servizio la propria competenza professionale e talora l'intera esistenza.

Buona domenica e buona settimana a tutti!



Nella malattia voi potete essere per molti parola di speranza e persino di gioia

DISCORSO DI GIOVANNI PAOLO II ALLE MIGLIAIA DI SOFFERENTI RIUNITI DOMENICA POMERIGGIO, 11 FEBBRAIO, NELLA BASILICA VATICANA PER LA CONCELEBRAZIONE EUCARISTICA PRESIEDUTA, A NOME DEL PAPA, DAL CARDINALE VICARIO CAMILLO RUINI, IN OCCASIONE DELLA IX GIORNATA MONDIALE DEL MALATO

Carissimi Fratelli e Sorelle!

1. Come ogni anno ci ritroviamo quest'oggi, 11 febbraio, per un ormai consueto incontro nella Basilica Vaticana. Il pensiero va naturalmente alla Grotta di Massabielle, dove tanta gente nel corso dell'anno sosta in preghiera ai piedi della statua dell'Immacolata Concezione. E, proprio nel nome di Maria, saluto tutti voi, che vi siete dato appuntamento per la Celebrazione Eucaristica e per una suggestiva fiaccolata, che fa rivivere il clima tipico di Lourdes. Saluto pure coloro che hanno promosso e concretamente organizzato questa sempre commovente manifestazione mariana.

In primo luogo, il mio saluto va al Cardinale Vicario ed ai Vescovi presenti; saluto poi i responsabili dell'Opera Romana Pellegrinaggi e quanti, sacerdoti, religiosi, religiose e laici, prendono parte al convegno nazionale teologico-pastorale sul tema "*Chiesa locale, pellegrinaggio e traditio fidei*".

Saluto in particolare voi, cari ammalati, e, con voi, i responsabili ed i volontari dell'UNITALSI, benemerita associazione che si prende cura di voi, specialmente durante i pellegrinaggi.

2. La vostra presenza, cari malati e volontari, assume un significato singolare, poiché celebriamo la *Giornata Mondiale del Malato*, ormai giunta alla nona edizione. Ho ancora in mente quella che abbiamo vissuto lo scorso anno. Eravamo nell'intenso clima spirituale del Grande Giubileo e tanta impressione ha suscitato la testimonianza di fede data da coloro che vi hanno preso parte. L'adesione generosa dei sofferenti alla volontà del Signore costituisce sempre una grande lezione di vita. Come ho avuto modo di ripetere in altra occasione, la Chiesa conta molto sul sostegno di quanti sono provati dalla malattia: il loro sacrificio, talvolta anche poco compreso, congiunto ad intensa preghiera, risulta misteriosamente efficace per la diffusione del Vangelo e per il bene dell'intero popolo di Dio.

Cari Fratelli e Sorelle, vorrei ripetervi quest'oggi il più vivo ringraziamento per questa

vostra silenziosa missione nella Chiesa. Siate sempre profondamente persuasi che essa imprime una straordinaria forza al cammino dell'intera comunità ecclesiale.

3. Vogliamo sentirci questa sera, nella cornice suggestiva di quest'incontro, in comunione con i nostri fratelli che si sono dati appuntamento a Sydney, in Australia, per la Giornata Mondiale del Malato. Il tema che quest'anno ho scelto per tale ricorrenza è "*La nuova evangelizzazione e la dignità dell'uomo sofferente*". Si tratta di un argomento su cui è importante soffermarsi a meditare, perché il dolore fisico e quello spirituale segnano, più o meno profondamente, la vita di tutti ed è necessario che la luce del Vangelo illumini anche questo aspetto dell'esistenza umana.

Nella Lettera apostolica *Novo Millennio Ineunte*, che ho firmato nel giorno della chiusura del Giubileo, ho invitato tutti i credenti a contemplare il volto di Gesù. Ho scritto in quella Lettera che la "contemplazione del volto di Cristo ci conduce così ad accostare l'aspetto più paradossale del suo mistero, quale emerge nell'ora estrema, l'ora della Croce» (n. 25).



Soprattutto voi, amici ammalati, comprendete quanto la Croce sia paradossale, perché vi è dato di sentire il mistero del dolore nella vostra stessa carne. Quando, a causa di una malattia grave, vengono meno le forze, s'allontanano i progetti a lungo coltivati nel cuore. Alla sofferenza fisica spesso si aggiunge quella spirituale, dovuta ad un senso di solitudine che attanaglia la persona. Nell'odierna società, una certa cultura considera la persona ammalata al pari di un fastidioso ostacolo, non riconoscendo l'apporto prezioso che essa reca, sul piano spirituale, alla comunità. È necessario ed urgente riscoprire il valore della Croce condivisa con Cristo.

4. A Lourdes la Madonna, il 18 febbraio del 1858, disse a Bernadetta: "Io non ti prometto che sarai felice in questo mondo, ma nell'altro". Nel corso di un'altra apparizione la invitò a volgere gli occhi verso il cielo. Riascoltiamo come rivolte a noi queste esortazioni della Madre celeste: sono invito a saper valutare nella giusta maniera le realtà terrene, sapendo, che siamo destinati ad un'esistenza eterna. Sono aiuto a sopportare con pazienza le contrarietà, i dolori e le malattie, nella prospettiva del Paradiso. Talora pensare al Paradiso è parso a taluni come un evadere dal concreto quotidiano; al contrario, la luce della fede fa meglio capire e quindi più consapevolmente accettare la dura esperienza del soffrire. La stessa santa Bernadetta, duramente provata dal male fisico, ebbe ad esclamare un giorno: «Croce del mio Salvatore, croce santa, croce

adorabile, in voi sola io pongo la mia forza, la mia speranza e la mia gioia. Voi siete l'albero della vita, la scala misteriosa che unisce la terra al cielo e l'altare sul quale voglio sacrificarmi, morendo per Gesù» (M.B. Soubirous, *Carnet de notes intimes*, p. 20).

5. Ecco il messaggio di Lourdes, che tanti pellegrini, sani e malati, hanno accolto e fatto proprio. Possano le parole della Vergine suonare come interiore conforto per voi, Fratelli e Sorelle sofferenti, a cui rinnovo l'espressione della mia fraterna solidarietà. Nella malattia voi potete essere per molti, se accogliete docilmente la volontà divina, parola di speranza e persino di gioia, perché dite all'uomo di questo tempo, spesso inquieto e incapace di dare un senso al dolore, che Dio non ci ha abbandonato. Vivendo con fede la vostra situazione, voi testimoniate che Dio è vicino. Voi proclamate che questa vicinanza tenera e amorosa del Signore fa sì che non ci sia una stagione della vita che non valga la pena di essere vissuta. La malattia e la morte non sono realtà da fuggire o da censurare, perché inutili, ma entrambe sono tappe di un cammino.

Ugualmente mi preme incoraggiare quanti si dedicano con passione alla cura degli ammalati, perché proseguano nella loro preziosa missione d'amore, e possano in essa sperimentare le interiori consolazioni che il Signore dispensa a chi si fa buon samaritano accanto al prossimo che soffre.

Con questi sentimenti, vi abbraccio tutti nel Signore e di cuore vi benedico.

Uniti a Cristo i sofferenti diventano ministri della nuova evangelizzazione

L'OMELIA DEL CARDINALE EDWARD BEDE CLANCY, INVIATO SPECIALE DEL SANTO PADRE PER LA GIORNATA MONDIALE DEL MALATO, NELLA CATTEDRALE DI SYDNEY, A CONCLUSIONE DELLE CELEBRAZIONI

Ancora viviamo nel bagliore del Grande Giubileo che però si mescola, ora, con l'alba del nuovo millennio. Papa Giovanni Paolo II ha passato in rassegna le benedizioni dell'anno del Grande Giubileo nella sua Lettera apostolica *Novo Millennio Ineunte*. In questa Lettera riconosce la grande fioritura di esercizi e di iniziative giubilari che hanno avuto luogo nelle diocesi e nelle parrocchie di tutto il mondo, ma dedica le sue riflessioni agli avvenimenti accaduti in Roma, o nei quali è

stato personalmente e immediatamente coinvolto. Avvenimenti che, naturalmente, hanno avuto una valenza universale.

Il Papa ricorda la richiesta di perdono a nome di tutta la Chiesa per le colpe commesse dai suoi figli e dalle sue figlie lungo i secoli – che chiama purificazione della memoria della Chiesa. Ricorda la testimonianza data da così tanti martiri nei nostri tempi; l'indole peregrinante dell'anno giubilare manifestata da tanti pellegrinaggi, specialmente

dei giovani, a Roma e alle tombe degli Apostoli; il Congresso Eucaristico; gli appuntamenti e gli incontri ecumenici e il suo memorabile pellegrinaggio in Terra Santa. Egli vede nell'Anno Santo con tutte le sue attività in tutto il mondo, una vivida espressione della presenza, del mistero e del volto di Cristo. Ricordando le parole che alcuni pellegrini greci rivolsero all'apostolo Filippo: "Vogliamo vedere il Cristo", il Santo Padre chiede: "Non è forse il compito della Chiesa di riflettere la luce di Cristo in ogni periodo storico, per far splendere il suo volto anche alle generazioni del nuovo millennio?". Cristo è il nostro tutto. Egli è "la nostra Via, la nostra Verità e la nostra Vita", tutte le cose vengono ricapitolate in Lui, noi tutti siamo uniti con Lui e tra di noi come membri dell'unico corpo mistico.

Questa totale assimilazione e incorporazione in Cristo per cui Egli diviene la nostra totalità e il nostro fine, il nostro alfa e omega, è il tema costante delle letture di oggi. Nella prima lettura il profeta Isaia liricamente descrive il Salvatore che deve venire:

"Il popolo che camminava nelle tenebre
vide una grande luce,
su coloro che abitavano in terra tenebrosa
una luce rifulse...

Poiché un bambino è nato per noi,
ci è stato dato un figlio..." (Is 9, 16).

Alle parole di Isaia fanno eco quelle di S. Paolo che scrive agli Efesini: «Prima della creazione del mondo, Egli ci ha scelti in Cristo per essere santi e immacolati al suo cospetto nella carità, predestinandoci a essere suoi figli adottivi per opera di Gesù Cristo, secondo il beneplacito della sua volontà. E questo a lode e gloria della sua grazia, che ci ha dato nel suo Figlio diletto» (Ef 1, 1-6). Nel Vangelo Cristo stesso coglie l'occasione per confermare questa verità quando si parla di sua madre e dei suoi parenti: «Chiunque compie la volontà di Dio, costui è mio fratello, sorella e madre» (Mc 3, 35).



Dopo averci portato, attraverso le sue riflessioni sul Giubileo, faccia a faccia con Cristo, Papa Giovanni Paolo II ora ci invita con Cristo e in Cristo ad affrontare il futuro e a rispondere agli inviti e alle sfide che questo ci rivolge. Per questo cita le parole di Cristo nel Vangelo di S. Matteo: «Io sono con voi tutti i giorni, fino alla fine del mondo» (Mt 28, 20). «Questa certezza, cari Fratelli e Sorelle – dice il Papa – ha accompagnato la Chiesa per duemila anni ed è stata ora rinnovata nei nostri cuori dalla celebrazione del Giubileo. Da essa dobbiamo trarre un nuovo impeto di vita cristiana, facendone la forza che ispira il nostro cammino di fede. Consapevoli della presenza del Signore risorto in mezzo a noi, ci poniamo allora la stessa domanda rivolta a Pietro in Gerusalemme dopo il discorso di pentecoste: "Che cosa dobbiamo fare?" (At 2, 37)».

Il Santo Padre fa notare che non si tratta di inventare un nuovo progetto, infatti c'è un solo progetto: quello del Vangelo e della tradizione della Chiesa, che trova il suo centro in Cristo stesso. "Questo è un progetto – egli aggiunge – che non cambia con il mutare dei tempi e delle culture, anche se tiene conto del tempo e della cultura per poter avere con essa un vero dialogo e una comunicazione efficace. Questo progetto per ogni tempo è il nostro progetto per il Terzo Millennio". Ciò che invece ci aspetta "è un'entusiasmante opera di rivitalizzazione; un'opera che ci coinvolge tutti". Il Papa poi indica alcune priorità, come la santità, la preghiera, i sacramenti della Riconciliazione e dell'Eucaristia, la grazia e la Parola rivelata di Dio. Una particolare enfasi la mette sulla carità, specialmente su quella *koinonia* o comunione e sugli insegnamenti del Concilio Vaticano II. Proprio come Cristo invitò Pietro a gettare la rete di nuovo, anche se aveva faticato tutta la notte senza successo, così il Santo Padre ci invita ad intraprendere con fede e coraggio – senza essere rubati da delusioni del passato – questo lavoro di rivitalizzazione della Chiesa del nuovo Millennio: è il Cristo del Grande Giubileo che ci guida.

Il Papa sottolinea che tutti i battezzati, senza eccezione, sono chiamati a partecipare con zelo a questa nuova e benedetta iniziativa. Così facendo egli porta l'attenzione sull'insegnamento di S. Paolo circa l'unità e la diversità nella Chiesa illustrata dal paragone col corpo: un capo e molte membra. "Per questo – dice il Papa – la Chiesa del Terzo Millennio dovrà incoraggiare tutti i battezzati e cresimati ad essere consapevoli della loro attiva responsabilità nella vita della Chiesa".

A questo punto la giornata mondiale del

malato ci obbliga a chiederci qual è il posto dei malati e di chi li assiste in questa iniziativa di rivitalizzazione. Con la parola “malati” e “afflitti” intendiamo tutti coloro che soffrono sia a motivo di malattia – fisica o mentale – sia a motivo delle debolezze e dei limiti dovuti all’età che avanza. Intendiamo sia coloro che ne sono afflitti in modo permanente che quelli che ne soffrono periodicamente; quelli che soffrono in modo grave come quelli le cui sofferenze sono forse più lievi.

Una cosa è certa: nel piano provvidenziale delle cose i malati non sono semplicemente una sfortunata minoranza, il retaggio del peccato originale e qualcosa di peso a una Chiesa che, ciononostante, si sforza di costruire il Regno di Dio. Non bisogna cioè pensare ad essi come ad un fattore negativo nella missione della Chiesa. Questo potrebbe essere dedotto anche solo dal numero delle persone coinvolte: in fondo chi non è un malato almeno in qualche momento della propria vita? Ma molto di più può essere dedotto dall’importanza dei malati e degli afflitti nella missione terrena di Gesù: gran parte del suo tempo fu speso per curare gli ammalati. «La sua fama si sparse per tutta la Siria e così condussero a lui tutti i malati, tormentati da varie malattie e dolori, indemoniati, epilettici e paralitici; ed egli li guariva» (Mt 4, 24).

La chiave del significato dei malati nell’opera dalla redenzione e della salvezza sta nella sofferenza. L’opera di Cristo nell’alleviare le sofferenze, infatti, era simbolica del suo perdono dei peccati: «Egli si è caricato delle nostre sofferenze, si è addossato i nostri dolori» (Is 53, 4). Ma ancor di più, egli scelse la sofferenza per se stesso come mezzo della nostra redenzione. Per questo coloro che soffrono pazientemente sono uniti a Cristo nostro Salvatore in un modo unico e privilegiato. S. Paolo ne era ben consapevole: «sono lieto delle sofferenze che sopporto per voi e completo nella mia carne quello che manca ai patimenti di Cristo, a favore del suo corpo che è la Chiesa» (Col 1, 24). Parlando a chi soffre, nel suo messaggio per la presente Giornata, il Santo Padre dice: “Li invito a contemplare con fede il mistero di Cristo crocifisso e risorto, così da scoprire l’amorevole piano di Dio nella loro stessa esperienza di dolore. Solo guardando a Gesù, «uomo dei dolori che ben conosce il patire» (Is 53, 3), infatti, è possibile trovare serenità e fiducia”. I malati e i sofferenti, così intimamente uniti a Cristo, sono, attraverso le loro sofferenze, attivi e anzi ministri chiave della nuova evangelizzazione. La sofferenza vissuta con fede è così santificata.

E se coloro che soffrono diventano uno con



Cristo, lo stesso vale per chi se ne prende cura. Essi continuano la missione di Cristo nel portare sollievo, comprensione, ristoro e incoraggiamento ai malati e talvolta nel fare miracoli umani attraverso le loro conoscenze. In questa era tecnologica, però, spetta loro anzitutto portare quel calore personale e quell’amore che abbraccia ogni essere umano come figlio di Dio ed erede del Regno dei Cieli, e riconoscere Cristo stesso nel malato. «Ero malato – Gesù ha detto – e voi mi avete visitato» (Mt 25, 35).

La sofferenza e la cura di chi soffre sono due apostolati paralleli e interdipendenti. Essi traggono la loro linfa direttamente dal Vangelo e rendono Cristo presente nel nostro mondo: così come pochi altri fanno. Entrambi sono perciò destinati a giocare un ruolo centrale nel ridare nuova vita alla Chiesa del nuovo Millennio.

La Chiesa australiana vanta un passato invidiabile per quanto riguarda l’apostolato della salute. Subito dopo l’insediamento europeo, e dopo che vennero tolte le restrizioni alla Chiesa Cattolica, ospedali cattolici sono sorti in tutti i maggiori centri abitati, soprattutto ad opera di Congregazioni religiose. La superiorità degli ospedali e delle altre attrezzature della Pastorale sanitaria della Chiesa sono sempre state riconosciute dalla comunità civile e i dottori e le infermiere australiane sono state e tuttora sono tra i migliori al mondo. In questi anni, però, le strutture di Pastorale sanitaria della Chiesa, come gli ospedali di tutto il mondo, hanno dovuto affrontare problemi sempre crescenti. Vi è stato uno sbalorditivo aumento dei costi; un minor numero di giovani assume la professione infermieristica come una vocazione religiosa; nuove malattie minacciano la vita umana e vanno a gravare sulle risorse disponibili; la stessa professione medica, infine, si trova giornalmente a confronto con complessi problemi di ordine medico-morale. Tali sono le sfide che abbiamo discusso in questi giorni.

Con questa Messa, dunque, ci rivolgiamo a Dio in preghiera, ringraziandolo anzitutto per la divina assistenza che è stata la nostra fiducia nel passato. Lo preghiamo anche che ci illumini, ci dia forza e ci guidi mentre accettiamo, le sfide e cogliamo le opportunità che ci si presentano. In modo particolare dobbiamo pregare per vocazioni religiose dedite alla Pastorale della Salute, perché esse avranno sempre un ruolo chiave da svolgere. Anche il Santo Padre ha sottolineato l'importanza di una preghiera fervente e una stretta unione con Cristo mentre ci addentriamo decisamente nel nuovo Millennio.

Nella tradizione cattolica Maria è sempre stata riconosciuta come amica e patrona dei malati e dei sofferenti in cui, in modo particolare, Ella vede la chiara immagine del suo figlio divino. Madre di noi tutti, Maria ha una particolare compassione per i suoi figli malati. Per questo la invochiamo *Salute degli in-*

fermi e Conforto degli afflitti nelle litanie di Loreto. Maria stessa ha dimostrato la sua speciale cura per gli ammalati e gli afflitti in luoghi come Lourdes e Fatima. Ne segue, naturalmente, che anche coloro che si prendono cura dei malati hanno un posto particolare nel suo cuore. Pertanto è veramente appropriato che la Giornata Mondiale del Malato sia sempre associata a un santuario mariano, come avviene per la Messa odierna che celebriamo nella bella Chiesa madre di Australia, dedicata alla Nostra Signora Aiuto dei Cristiani.

Memori che questa giornata è dedicata non solo ai malati di Australia, ma ai malati in tutto il mondo, in questa festa di Nostra Signora di Lourdes affidiamo tutte le persone malate, assieme a coloro che li assistono, al suo cuore materno.

S. Em.za Card. EDWARD BEDE CLANCY
Arcivescovo di Sydney

Celebrazione della IX Giornata Mondiale del Malato “La nuova evangelizzazione e la dignità dell'uomo sofferente”

SYDNEY, 11 FEBBRAIO 2001

La IX Giornata Mondiale del Malato è stata solennemente celebrata nella Cattedrale di St. Mary a Sydney, in Australia. “La scelta del continente australiano con la sua ricchezza culturale ed etnica – come ha ricordato il Santo Padre nel Messaggio per questa Giornata – pone in luce lo stretto vincolo della comunione ecclesiale: essa supera le distanze, favorendo l'incontro tra identità culturali diverse, fecondate dall'unico annuncio della salvezza”. “*La nuova evangelizzazione e la dignità dell'uomo sofferente*” è stato il tema di questa IX Giornata Mondiale del Malato, anche per porre l'accento sulla necessità di evangelizzare in modo rinnovato questa sfera dell'esperienza umana, per favorirne l'orientamento al benessere integrale della persona e

al progresso di tutte le persone in ogni parte del mondo.

Della Missione pontificia al seguito di S. Em.za Card. Edward Bede Clancy, Inviato Speciale del Santo Padre alla IX Giornata Mondiale del Malato, facevano parte il Rev. Don Krzysztof Nykiel, Ufficiale del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, il Dr. John Gallagher e il Giudice John Slattey.

L'Arcivescovo Javier Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, con il Vescovo Segretario Mons. José L. Redrado, O.H., ha guidato la Delegazione di un gruppo di sedici persone: ufficiali del Dicastero, prelati, sacerdoti, religiosi e laici da sempre impegnati nella Pastorale della Salute.

La caratteristica saliente del-

la celebrazione della IX Giornata Mondiale del Malato è stato l'impegno del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, della Conferenza Episcopale Australiana dei Vescovi Cattolici e della Commissione Episcopale della Pastorale sanitaria. Questa convergente collaborazione ha reso possibile non soltanto un'adeguata preparazione e celebrazione della Giornata, ma anche una sua singolare forza sensibilizzatrice verso aree sempre più vaste sia di fedeli che di istituzioni religiose e laiche impegnate nel campo della salute e della sofferenza.

La preparazione remota della Giornata

Annunciata e indetta dal Messaggio del Santo Padre, la

celebrazione della Giornata è stata oggetto di numerose iniziative preparatorie. Va ricordato che questo Pontificio Consiglio ha curato, tramite i Vescovi Incaricati per la Pastorale sanitaria e tramite i mezzi di comunicazione (Internet, stampa, interviste dei Superiori, ecc.) una capillare diffusione sul piano internazionale del Messaggio del Santo Padre, nonché la preparazione del Manifesto ufficiale della Giornata e dei diversi sussidi. Anche Radio Vaticana ha trasmesso in diretta le principali iniziative legate alla celebrazione.

La celebrazione della IX Giornata Mondiale del Malato

I momenti salienti della celebrazione che hanno contraddistinto le giornate dell'8, 9 e 10 febbraio, culminando nella celebrazione solenne conclusiva della IX Giornata Mondiale del Malato dell'**11 febbraio**, sono stati le visite ad alcuni ospedali e cliniche (8-9 febbraio), l'incontro con il Sindaco di Sydney e con le Autorità civili ed ecclesiastiche (9 febbraio), la Conferenza su "*La nuova evangelizzazione e la dignità della persona sofferente*" (10 febbraio) e la celebrazione solenne del giorno 11 febbraio.

1) *Le visite ad alcuni ospedali e cliniche.* Giovedì **8 febbraio**, S.E. Mons. J. Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, con il Segretario del Dicastero S.E. Mons. José L. Redrado, O.H., e con alcuni componenti della Delegazione vaticana, ha visitato il "Burwood Hospital", l'Ospedale cattolico dei Fatebenefratelli con 86 posti letto, dove ha potuto constatare come viene evangelizzato oggi, in Australia, il mondo della salute e della sofferenza. La Delegazione è stata ricevuta dal Provinciale e Direttore dell'Ospedale Peter Burke che ha spiegato la loro missione da oltre 40 anni nel Continente australiano. In seguito hanno avuto un incontro con il Personale

ospedaliero e hanno visitato i diversi reparti confortando i malati e portando a tutti la benedizione del Santo Padre.

Nella mattinata di venerdì **9 febbraio**, la Delegazione vaticana guidata dall'Arcivescovo Presidente Javier Lozano Barragán, ha visitato il "St. Vincent Hospital" diretto dalle Suore della Carità di San Vincenzo de Paoli. Colpiva l'immensità del complesso ospedaliero. In una sede sono riuniti l'ospedale pubblico e quello privato, la clinica e l'istituto di ricerca sul cancro e sui trapianti. La Delegazione ha incontrato il Personale dell'Ospedale ed i malati. In questa visita si è potuto constatare che l'istituto di ricerca sul cancro e sui trapianti è veramente all'avanguardia.

2) *L'incontro con il Sindaco di Sydney e con alcune Autorità civili ed ecclesiastiche.* Venerdì 9 febbraio, al pomeriggio, il Presidente S.E. Mons. J. Lozano Barragán con il Segre-

suli della Conferenza Episcopale Australiana e i Rappresentanti della Commissione episcopale della Pastorale sanitaria.

3) *Conferenza su "La nuova evangelizzazione e la dignità della persona sofferente".* Sabato **10 febbraio**, si è svolta nell'auditorium del "Mary Mackillop Place" di Sydney, una Conferenza sul tema "*La nuova evangelizzazione e la dignità della persona sofferente*", moderata da Mr. Francis Sullivan, Direttore Esecutivo del "Catholic Health Australia".

Erano presenti circa 500 partecipanti giunti da tutta l'Australia, dall'Italia, dalla Spagna, dalle Filippine e da altri Paesi dell'Asia e dell'Oceania, che hanno seguito con vivo interesse le diverse comunicazioni ed interventi. Oltre alla Delegazione vaticana guidata dal Presidente del Dicastero S.E. Mons. Javier Lozano Barragán, erano presenti



tario S.E. Mons. Redrado, e con altri componenti della Delegazione giunta da Roma, ha incontrato nella "Sydney Town Hall" il Sindaco di Sydney, Mr. Frank Sartor. Oltre all'indirizzo di cordiale saluto c'è stato uno scambio di doni. All'incontro hanno partecipato anche S. Em.za Card. Edward Bede Clancy, Arcivescovo di Sydney ed Inviato Speciale del Papa per la IX Giornata Mondiale del Malato, nonché alcuni Pre-

S. Em.za Card. Edward Bede Clancy, Arcivescovo di Sydney ed Inviato Speciale del Papa alla celebrazione della IX Giornata Mondiale del Malato, l'Arcivescovo di Canberra e Goulburn, Mons. Francis Carroll, Presidente dei Vescovi Cattolici della Conferenza Episcopale Australiana, S.E. Mons. John Joseph Gerry, Ausiliare del Vescovo di Brisbane, Presidente della Commissione Episcopale per la Pasto-

rale sanitaria, i Presidenti e rappresentanti delle Associazioni e Federazioni Cattoliche Internazionali del mondo della salute: Medici, Farmacisti ed Infermieri, Cappellani ospedalieri, Religiosi/e ed infermieri/e, studentesse delle facoltà di medicina. Significativa la presenza delle personalità del mondo scientifico e culturale della Nazione.

A dare il benvenuto ai Partecipanti erano l'Inviato Speciale del Papa S. Em.za Card. Edward Bede Clancy, S.E. Mons. Francis Carroll, Arcivescovo di Canberra e Goulburn e Presidente della Conferenza Episcopale Australiana dei Vescovi Cattolici e Mr. Francis Sullivan, Direttore Esecutivo del "Catholic Health Australia".

Il Presidente del Dicastero S.E. Mons. Lozano ha inaugurato i Lavori della Conferenza con una Prolusione su *"Gli Organismi episcopali, nazionali e parrocchiali per la Pastorale della Salute"*, legando così il tema della Conferenza sulla nuova evangelizzazione e la dignità della persona sof-

fo ha destinato, secondo la tappa della vita in cui si trova". Per quanto riguarda l'origine della vita, il principio basilare continua ad essere quello di sempre: "la vita umana è un dono di Dio e come tale va trattato. Il modo con cui Dio vuole che questo dono venga trasmesso è nella forma più alta d'amore, cioè l'amore matrimoniale dei coniugi in seno ad una famiglia. Tutto ciò che contraddice questo principio che vale anche per l'eutanasia – ha aggiunto il Presule – non è accettabile dal punto di vista morale".

In seguito alla Prolusione del Presidente del Dicastero sono seguiti altri interventi, tutti orientati nel dare un valido contributo al tema della Giornata.

Sr. Annette Cunliffe R.S.G., Direttore dell'Associazione Cattolica della Sanità in Australia, e Fr. Gerald A. Arbuckle S.M., Condirettore del "Refounding and Pastoral development" di Sydney, hanno parlato della Pastorale sanitaria come "Ministero che tocca l'essenza stessa della Chiesa".

ney – si sono soffermati sul "modo" con il quale evangelizzare il sistema sanitario oggi, sia dal punto di vista etico che legale e pastorale.

Sempre il giorno 10, al pomeriggio, hanno avuto luogo i "Workshops" su come sostenere l' *"Identità cattolica nel mondo della salute"*, cioè del medico, dell'infermiere, del cappellano ospedaliero e dell'operatore pastorale della salute.

Al riguardo sono intervenuti il Dr. Gian Luigi Gigli, Presidente della Federazione Internazionale dei Medici Cattolici (FIAMC), M.me Anne Verlinde, Segretaria Generale del Comitato Internazionale delle Infermiere e degli Assistenti Medico-Sociali Cattolici (CICIAMS), P. David Ranson, Cappellano dell' "Ospedale St. Vincent" di Melbourne.

La Giornata di studio e di riflessione si è conclusa con alcuni suggerimenti e proposte da presentare alla Conferenza Episcopale che hanno come finalità il miglioramento della presenza dei Buoni Samaritani di oggi, nel vasto campo della salute e della sofferenza, che resta sempre il luogo privilegiato per una nuova evangelizzazione.



ferente con la portata evangelizzatrice di questi Organismi.

Nella sua Conferenza il Presidente ha ribadito tra altro il **concetto della salute** che "non è solo l'assenza della malattia, ma è una tensione armonica verso il benessere fisico, psichico, sociale e spirituale che permette all'uomo di svolgere la missione a cui Dio

Trattando il tema: *"Evangelizing in the Health System. Ethical, legal, pastoral questions"*, i tre Relatori – il Rev. Dr. Gerald Gleeson, del "Catholic Institute" di Sydney, il Prof. Peter Dwyer dell'Università del "New South Wales", e Ms. Janine Wilson, Psicoterapista e Docente in Teologia pastorale al "Catholic Institute" di Syd-

4) *La celebrazione dell'11 febbraio.* La mattina dell'11 febbraio l'Arcivescovo Javier Lozano Barragán, Presidente del Dicastero, accompagnato dal Segretario del Dicastero S.E. Mons. José L. Redrado, dai Revv. P. Gianfranco Grieco, dell'Osservatore Romano, Don Antonio Soto e Don Krzysztof Nykiel, Officiali del Dicastero, ha inaugurato la Giornata con le visite ad alcuni ammalati del "St. Vincent's Hospital". Il Presidente e il Segretario hanno confortato i malati portando loro la Benedizione del Santo Padre e ad alcuni portando la Santa Comunione ed amministrando il sacramento dell'Unzione degli Infermi. Sempre nella mattina dell'11 febbraio il Presidente del Dicastero, l'Arcivescovo Javier Lozano Barragán ha presieduto nel "St. Vincent Hospital" una Santa Messa per i malati e gli Operatori sanitari

che non potevano recarsi alla Cattedrale, durante la quale ha amministrato ad alcuni malati il sacramento dell'Unzione degli Infermi.

Il momento celebrativo più significativo è stata la solenne concelebrazione eucaristica, di domenica **11 febbraio**, memoria della Beata Vergine di Lourdes, presieduta dall'Inviato Speciale del Santo Padre per questa Giornata, S. Em.za Card. Edward Bede Clancy, Arcivescovo di Sydney. Attorno al Cardinale Clancy erano 25 Presuli, tra i quali Arcivescovi e Vescovi del Continente dell'Oceania con il Presidente della Conferenza Episcopale Australiana dei Vescovi Cattolici, S.E. Mons. Francis Carroll, l'Arcivescovo di Canberra e Goulburn, l'Arcivescovo Francesco Canali, Nunzio Apostolico in Australia, l'Arcivescovo Javier Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, il Vescovo Segretario Mons. José L. Redrado, S.E. Mons. John Joseph Gerry, Ausiliare del Vescovo di Brisbane, Presidente della Commissione Episcopale per la Pastorale sanitaria, i Vescovi giunti dalla Papua Nuova Guinea dalla Nuova Zelanda, dalla Malaysia e dal Ghana, nonché alcuni Officiali del Pontificio Consiglio e circa 100 sacerdoti dell'Arcidiocesi di Sydney.

Solenne e composta è stata la concelebrazione eucaristica alla quale hanno partecipato 3.600 pellegrini, tra i quali i malati insieme ai loro accompagnatori; erano presenti anche i Presidenti e rappresentanti delle Associazioni e Federazioni Internazionali del mondo della salute: Medici, Infermieri, Cappellani ospedalieri, Religiosi/e, studentesse delle facoltà di medicina, nonché una rappresentanza delle Religiose della FERS della Spagna.

All'inizio della solenne concelebrazione eucaristica, dall'altare della Cattedrale di Sydney, dedicata alla Vergine della Consolazione, S.E. Mons. Javier Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute ha letto in lingua inglese il mes-

saggio del Santo Padre Giovanni Paolo II indirizzato a Lui in occasione di questa Giornata, messaggio che ha riscosso un lungo applauso dell'assemblea raccolta in preghiera. Ancora una volta le parole del Santo Padre toccavano i cuori e proiettavano nel futuro questa Chiesa chiamata a difendere il valore della vita, dal concepimento fino al naturale tramonto.

S. Em.za Card. Edward Bede Clancy, Arcivescovo di Sydney ed Inviato Speciale del Papa alle celebrazioni per la IX Giornata Mondiale del Malato, nella sua omelia ha riassunto tutta la consegna giubilare del Santo Padre raccolta nella Lettera apostolica *Novo Millennio Ineunte*, per ribadire l'urgenza di ripartire da Cristo e con Cristo per evangelizzare ogni campo di apostolato, e in modo particolare quello della salute e della sofferenza. La IX Giornata Mondiale del Malato, ricordava il Card. Clancy, "ci obbliga a chiederci qual è il posto dei malati e di chi li assiste in questa nuova iniziativa di rivitalizzazione post-giubilare..."; "La sofferenza e la cura di chi soffre – sosteneva ancora il Porporato – sono due apostolati paralleli e interdipendenti. Essi traggono la loro linfa direttamente dal Vangelo e rendono Cristo presente nel mondo così come pochi altri fanno. Entrambi sono perciò destinati a giocare un ruolo determinante nel ridare nuova vita alla Chiesa del Terzo Millennio".

Un momento molto toccante è stato anche l'amministrazione del sacramento dell'Unzione degli Infermi a 25 malati da parte di S. Em.za Card. Clancy, Inviato Speciale del Papa, del Presidente del Dicastero S.E. Mons. Javier Lozano Barragán, e degli altri due Presuli della Chiesa locale.

La celebrazione della Giornata si è conclusa con la solenne Benedizione di tutti i partecipanti, e specialmente dei malati.

Il giorno **13 febbraio**, al ritorno per Roma, su invito della Commissione Episcopale della Pastorale Sanitaria Thailandese, il Presidente S.E. Mons. Javier Lozano Barragán, accom-



pagnato dal Vescovo Segretario Mons. Redrado e dagli altri componenti della Delegazione vaticana, si è fermato a Bangkok, visitando a Rayong, città distante 200 km da Bangkok, un centro di cura dei malati di Aids dei Padri Camilliani, dove si è tenuto un Incontro con la Commissione della Pastorale sanitaria della Chiesa locale con a capo S.E. Mons. Lawrence Khai Saenphon-On, Arcivescovo di Thare e Nonseng, e con i Responsabili del Centro. Durante l'incontro è stata presentata la situazione della Pastorale sanitaria in Thailandia, nonché le attività che si svolgono nel centro. L'Arcivescovo Presidente ha evidenziato le linee fondamentali per una Pastorale sanitaria a livello della Conferenza Episcopale. All'Incontro hanno partecipato anche S.E. Mons. Adriano Bernardini, Nunzio Apostolico in Thailandia, S.E. Mons. Lawrence Thienchai Samanchit, Vescovo di Chanthaburi, P. Gianfranco Grieco dell'Osservatore Romano, Mons.

Jean Marie Mpendawatu, Don Antonio Soto, P. Bernard Grasser, M.I., rispettivamente Officiali e collaboratore del Dicastero.

La visita si è conclusa con una concelebrazione eucaristica, accompagnata da canti e preghiere e presieduta in lingua thai dall'Arcivescovo Lawrence Khai Saen-Phon-On, Responsabile per la Pastorale sanitaria in Thailandia, alla quale hanno partecipato, oltre alla Delegazione vaticana, anche S.E. Mons. Lawrence Thienchai Samanchai ed alcuni Padri Camilliani del centro. È stata veramente una celebrazione gioiosa che ha visto i malati, bambini e adulti veri protagonisti.

Dopo la celebrazione eucaristica la Delegazione ha condiviso il pranzo con i Dirigenti del centro e con tutti i malati.

La Delegazione vaticana è giunta a Roma nella mattina del 14 febbraio.

I servizi logistici e di transfer, curati dal Sottosegretario del Dicastero, Rev. P. Felice Ruffini, M.I., con l'attiva col-

laborazione delle addette alla Segreteria Generale del Dicastero, hanno reso confortevole e impeccabile il susseguirsi dei vari momenti dell'articolata partecipazione alla celebrazione di Sydney e all'Incontro di Rayong.

Conclusione

1. Occorre sottolineare la buona preparazione della Giornata e il buon svolgimento di essa.

2. Partecipando alle giornate di studio e di preghiera, si è potuto constatare l'apertura, l'ospitalità e l'accoglienza da parte della Chiesa australiana.

3. Si può notare il positivo sviluppo della Pastorale sanitaria in Australia.

4. La partecipazione dei diversi gruppi con un'immediata integrazione nello svolgimento delle Giornate.

5. Resta della Giornata sicuramente lo spirito della celebrazione che porterà ad una maggiore attenzione verso i malati e sofferenti che sono e

rimangono sempre la via della Chiesa. All'alba del nuovo millennio è più che mai urgente proclamare il Vangelo della vita e riaffermare la dignità della persona sofferente.

6. Il Messaggio del Santo Padre, il suo amore per i malati e sofferenti restano come un invito rivolto a tutti, specialmente ai malati di ogni età e condizione, ad abbandonarsi nelle braccia paterne di Dio; è anche un invito ad essere sempre custodi e Testimoni del Vangelo della vita, facendo del bene a chi soffre e fare del bene con la propria sofferenza. È stata quindi accolta con nuovo entusiasmo la consegna giubilare del Santo Padre racchiusa nella Lettera apostolica *Novo Millennio Ineunte*, per ripartire da Cristo per evangelizzare ogni campo di apostolato ed in modo particolare quello della salute e della sofferenza che è autentico *laboratorio della civiltà dell'amore*.

Don KRZYSZTOF NYKIEL
*Officiale del Pontificio Consiglio
 per la Pastorale della Salute*





***Dolore fisico e sofferenza
morale dell'uomo-comune
e dell'Uomo-Cristo***

***Necessità spirituali
del bambino malato
e sua attenzione pastorale***

***Filosofia, costruzione
di una professione***

Aspetti neurologici della morte

***Paure e speranze
dinanzi alla morte***

Dolore fisico e sofferenza morale dell’Uomo-comune e dell’Uomo-Cristo

INTERPRETAZIONE FISIOPATOLOGICA E TEOLOGICA
IL FENOMENO DELLA EMATOIDROSI

PRIMA PARTE Interpretazione fisiopatologica del dolore e della sofferenza nell’Uomo-comune

Noi sappiamo che dalla *fase biologica del dolore fisico* (o algos) l’uomo matura una *fase etica* di interiorizzazione del proprio dolore fisico, che è il dolore morale o sofferenza (pathos), che rappresenta un momento di libera e cosciente reattività del proprio Io che implica la volontà. Questa condizione porta sia nell’Uomo-comune che nell’Uomo-Cristo ad una maggior conoscenza di Dio e, quindi, ad un accrescimento della Fede, momento fondamentale che tende a far accettare e sopportare anche situazioni cliniche di dolore veramente intenso sia nelle patologie cliniche che colpiscono l’uomo comune (Zucchi-Honings, 1996), sia nella situazione agonica della Crocifissione dell’Uomo-Cristo.

Fig. 1 - Interpretazione medico-teologica del dolore e della sofferenza.
Gate Control: porta di controllo delle afferenze nocicettive.
Endorfine: sostanze endogene di natura oppiacea ad azione analgesica.

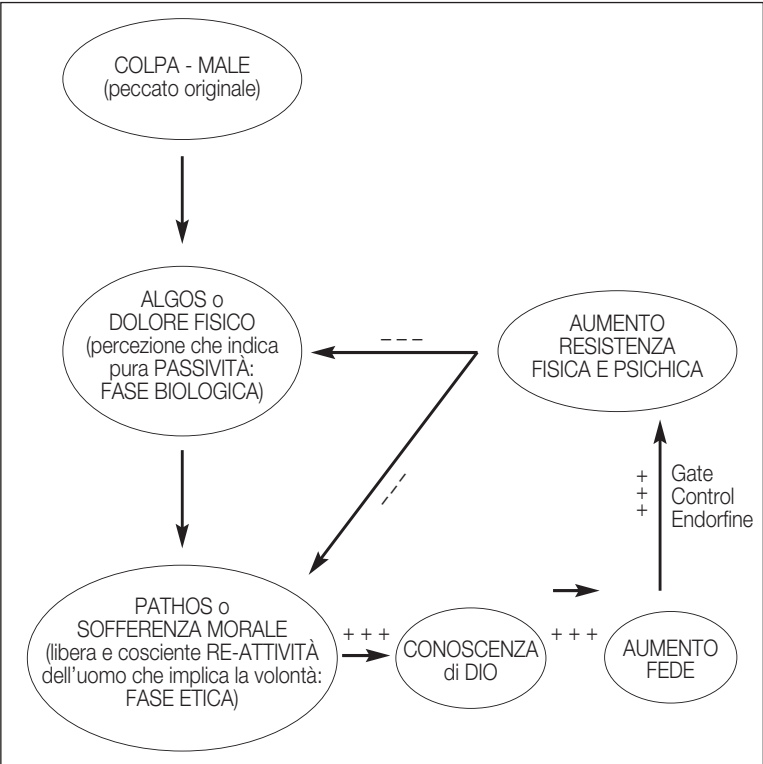


Fig. 2 - Rappresentazione schematica delle principali stazioni dell’antinocicezione.

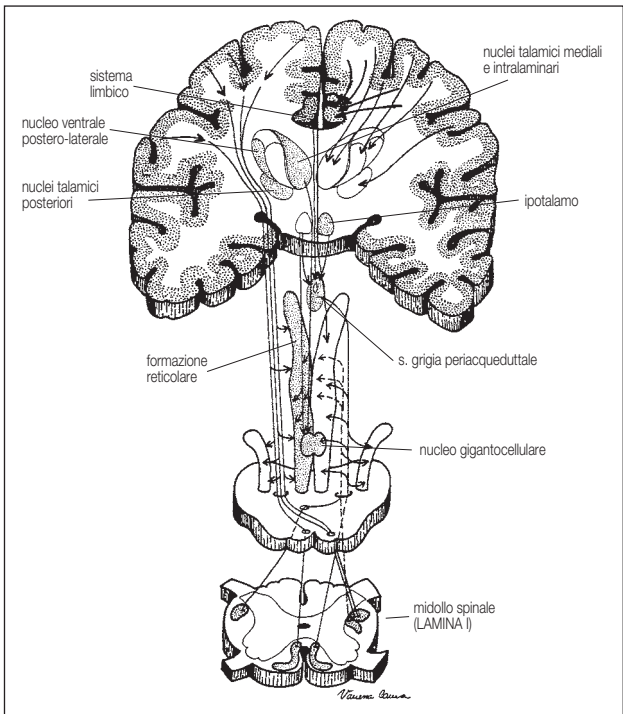
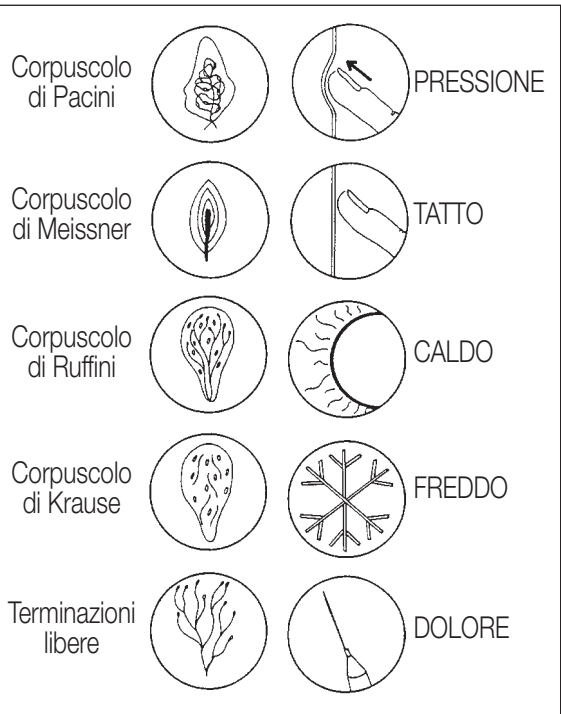


Fig. 3 - Rappresentazione schematica dei recettori della sensibilità.



L'innalzamento della soglia del dolore (= diminuzione della percezione del dolore fisico e della sofferenza morale) nel credente è dovuto a un aumento delle resistenze fisiche e psichiche che la condizione di Fede è in grado di realizzare nell'organismo di ciascun individuo che abbia come punto di riferimento una Entità Superiore (Fig. 1) (Zucchi-Honings, 1996).

Meccanismo fisiopatologico dell'innalzamento della soglia del dolore

Il meccanismo fisiopatologico con cui la condizione di fe-

de nell'uomo comune e nell'Uomo-Cristo riesca ad innalzare la soglia del dolore consiste: a) *neurofisiologicamente* nell'attivazione delle vie dell'antinocicezione (Fig. 2) rappresentate da fasci inibitori discendenti che determinano la chiusura del cancello all'input nocicettivo, causato dalla noxa algogena, che parte dai diversi tipi di recettori (Fig. 3) e che percorre i fasci ascendenti della nocicezione (Fascio neospinotalamico e Fascio paleospinotalamico) (Fig. 4) a livello delle diverse stazioni (Fig. 5), come sostenuto anche nella "Teoria del Cancellone" di Melzack e Wall (1965, cfr. fig. 6), b) *neurofarmacologicamente*

nella liberazione di encefaline, sostanze endogene che l'organismo produce, di natura addirittura oppiacea (morfinica) ad azione antalgica, localizzate a vari livelli del Sistema Nervoso Centrale (nuclei talamici mediali e intralaminari, sistema limbico, nucleo ventrale posterolaterale, nuclei talamici posteriori, ipotalamo, formazione reticolare, sostanza grigia periacqueduttale, nucleo gigantocellulare) (Fig. 2).

Sistemi dell'organismo che interferiscono con il dolore

Il dolore costituisce un'entità

Fig. 4. Rappresentazione schematica del tratto neospinotalamico e paleospinotalamico, vie che conducono e modulano il dolore fino ai centri superiori.

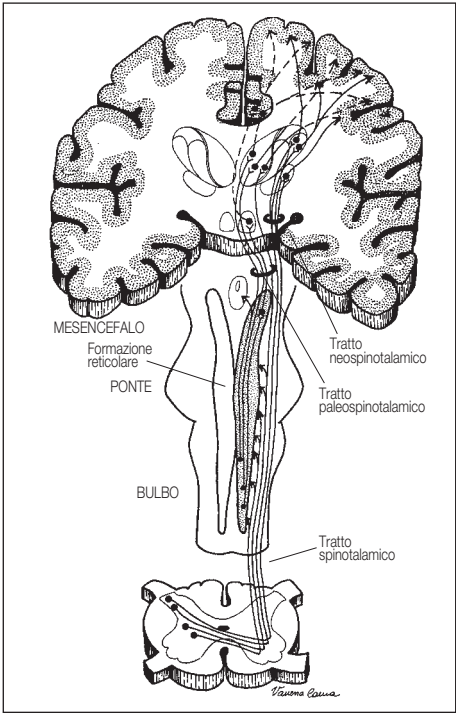


Fig. 5 - Rappresentazione schematica delle stazioni della nocicezione.
I neurone: recettore-midollo; II neurone: midollo-talamo; III neurone: talamo-corteccia.

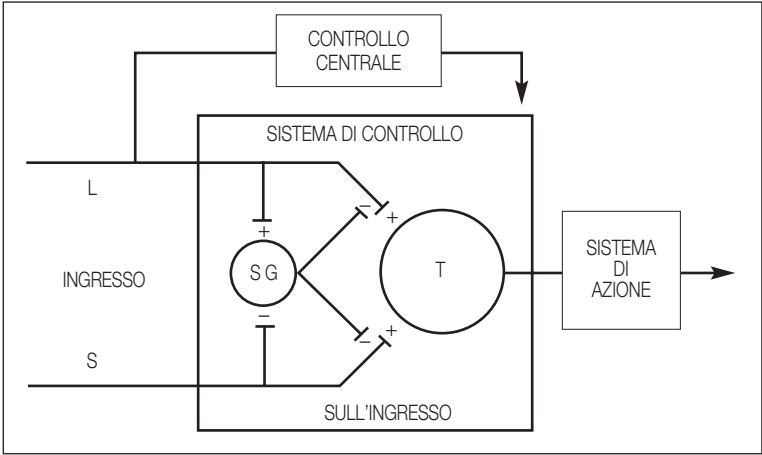
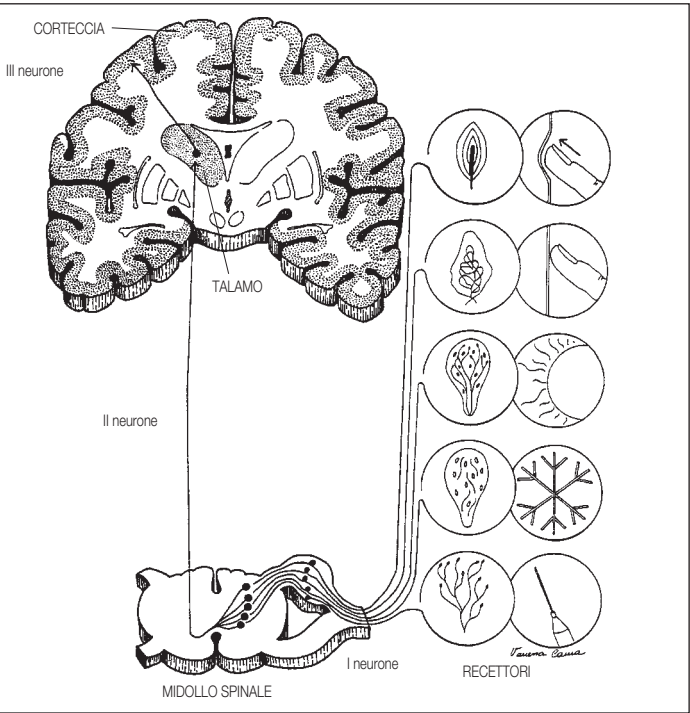
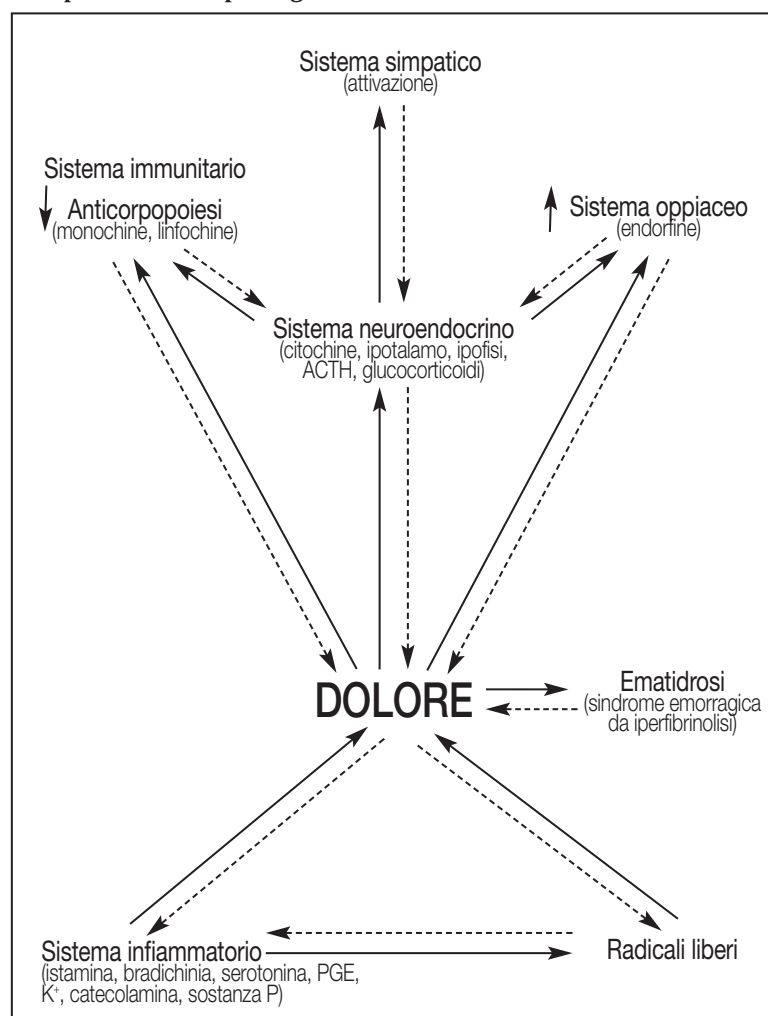


Fig. 6. Rappresentazione schematica della "Teoria del controllo sull'ingresso" (gate control theory) secondo Melzack e Wall (1965).
L = fibre afferenti di grosso diametro; S = fibre afferenti di piccolo diametro; SG = interneurone della Sostanza Gelatinosa che determina l'inibizione presinaptica sulle fibre afferenti che convergono su uno stesso neurone T. L'attività dell'interneurone (SG) è eccitata dagli impulsi condotti dalle fibre di grosso diametro e inibita dagli impulsi condotti dalle fibre di piccolo diametro.

Fig. 7. Sistemi dell'organismo che interferiscono con il dolore. Interpretazione fisiopatologica del fenomeno della ematoidrosi.



nosologica molto complessa, la cui genesi e la cui tipologia implicano l'intervento di più sistemi (Zucchi, 1995). Le interazioni tra questi sistemi e il sintomo dolore sono spesso reciproche.

La figura 7 ha lo scopo di fornire una visione schematica di questi rapporti.

Dolore e sistema neuroendocrino

I rapporti fra sistema endocrino e gli altri sistemi informativi dell'organismo, in primo luogo il sistema nervoso e quello immunitario, sono attualmente oggetto di grande interesse scientifico (Levi Montalcini, 1995; 1996). In particolare è oggi riconosciuta l'importanza dei glicocorticoidi come ormoni che ubiquitariamente mediano funzioni nervose, metaboliche e immuno-

Considerazioni fisiopatologiche dei glicocorticoidi

Secrezione dei glicocorticoidi

La corteccia surrenale è suddivisa in diverse zone:

- 1) la *zona glomerulare*, che secerne *aldosterone*;
- 2) la *zona fascicolata*, che secerne *glicocorticoidi*;
- 3) la *zona reticolare*, che secerne *androgeni*.

Questa distinzione non è comunque assoluta, poiché la zona fascicolata e la zona reticolare costituiscono una stessa unità funzionale. Infatti, anche se esiste, di regola, una "specializzazione fisiologica" per cui la zona fascicolata produce cortisolo e la reticolare produce deidroepiandrosterone, entrambe sono in grado di produrre gli stessi steroidi (Angeli et al., 1994).

La secrezione endocrina del-

la zona fascicolare è sostanzialmente controllata dall'*angiotensina II*.

Sia l'azione dell'ACTH che dell'angiotensina II sulla secrezione surrenalica si esplicano attraverso siti recettoriali specifici appartenenti al gruppo Gs (recettori associati a G-proteine stimolatorie) (Mountjoy et al., 1992). L'azione di stimolo esercitata dall'ACTH nella secrezione surrenalica di glicocorticoidi ha come messaggero intracellulare fondamentale l'AMP ciclico (cAMP) (Gill 1979). Comunque, accanto ad ACTH e angiotensina II, altri fattori esercitano un'attività di controllo sulla secrezione surrenalica. Infatti, se il controllo della zona fascicolata è essenzialmente di competenza dell'ACTH (probabilmente con fattori complementari fra i quali la stessa angiotensina II), la secrezione glomerulare è regolata, insieme alla angiotensina II anche dalla concentrazione di sodio e potassio, dal *peptide natriuretico atriale* (ANP), dalla *dopamina*, dallo stesso ACTH e da altre sostanze. La zona fascicolata, accanto allo stimolo principale dell'ACTH, risente dell'azione complementare di altri fattori, fra i quali l'angiotensina II. Meno chiare sono le conoscenze sul controllo della secrezione di deidroepiandrosterone-solfato da parte della zona reticolare. Sono stati suggeriti come modulatori di questa secrezione peptidi di origine ipofisaria e sostanze provenienti dalla midollare sottostante per diffusione e per via vascolare (*encefaline*, *corticotropin releasing factor*, o *CRH*, *oppioidi*, *ACTH*) (Angeli et al., 1994).

Secrezione di ACTH

La secrezione ipofisaria di ACTH è regolata da più fattori; in particolare le due molecole più importanti sono il *CRH* e la *vasopressina* (*AVP*, *arginin-vasopressina*).

Il CRH presenta altre azioni oltre alla citata azione specifica sull'ipofisi: inibisce, a livello ipotalamico, l'attività di neuroni secernenti altri *releasing factors*, stimola l'attività simpatica a livello centrale, modula funzioni endocrine, comportamen-

tali e neurovegetative. In questo senso il CRH riveste un ruolo importante nelle reazioni di adattamento allo stress (Richard, 1993). La secrezione del CRH avviene in massima parte a livello ipotalamico ed è a sua volta sotto il controllo di varie molecole (*acetilcolina, serotonina, catecolamine, GABA, neuropeptidi oppioidi, neuropeptide Y*). È comunque riconosciuta anche una sintesi periferica di CRH.

Il ruolo della “*vasopressina*” (AVP) come effettore del controllo ipotalamico appare attualmente non meno importante di quello dell’ACTH. Analogamente all’ACTH, la secrezione di AVP da parte dei neuroni paraventricolari riconosce più modulatori (*sistema adrenergico, neuropeptide Y, GABA, sistema oppioide*). I *glicocorticoidi* inibiscono la secrezione di AVP, così come quella di CRH (Uth, 1988).

L’asse ipotalamo-ipofisario

L’attività quotidiana dell’asse ipotalamo-ipofisario presenta delle caratteristiche importanti. Essa è *intermittente o pulsante* in quanto gli episodi di secrezione sono intervallati da periodi di riposo funzionale. Segue un *ritmo circadiano*, come evidenziato dal fatto che oltre il 70% della produzione di ACTH e cortisolo avviene nelle 8 ore che seguono la mezzanotte. Possiede una propria *sincronizzazione endogena* in quanto le cellule, anche in vitro – quindi private dei consueti specifici – mantengono una certa attività ritmica. Infine, essa risente di una *sincronizzazione esogena*, poiché tale regolazione è modulata anche da fattori esterni che agiscono da sincronizzatori, quali l’alternanza luce-buio, il ritmo dei pasti, l’orario lavorativo. In termini finalistici, la secrezione massimale che avviene al mattino può essere interpretata come un tentativo di programmare l’organismo per affrontare la giornata in piena efficienza; la possibilità di una modulazione sulla base di stimoli esterni suggerisce invece una capacità di integrazione e di adattamento all’ambiente (Angeli et al., 1992; 1994).

Dolore, stress, citochine e ACTH

Per quanto riguarda la liberazione di ACTH, accanto al citato meccanismo che riconosce come mediatori fondamentali CRH e AVP e al feed-back negativo dovuto ai glicocorticoidi, è opportuno sottolineare il ruolo svolto da due fattori: lo stress e le citochine.

È noto che lo stress di per sé non è un fenomeno patologico, ma una reazione di adattamento fisiologico e parafisiologico che prepara ad una reazione di difesa. È ugualmente noto che esiste una variabilità individuale soggettiva, nel senso che un medesimo evento scatenante, “*stressor*”, può determinare risposte variabili in soggetti diversi. Comunque il ruolo dello stress sulla liberazione di ACTH è molto importante e si esplica sia attraverso un’aumentata liberazione ipotalamica di CRH e AVP, sia mediante un’aumentata risposta ipofisaria a queste due sostanze (Gaillard et al., 1987; Donald, 1994). Inoltre, sulla base del tipo di stress operante, il microambiente ipotalamico si modifica; così, ad esempio, stress emozionali aumentano il tono oppioide (Gaillard, 1987), mentre lo stress indotto da un’ipoglicemia induce una caduta del tono inibitorio oppioide e una stimolazione simpatica.

È attualmente riconosciuto che alcune *citochine* aumentano la secrezione di ACTH (*II-1, II-2, II-6, tumor necrosis factor o TNF alfa, interferon-gamma*). Il concetto apre prospettive di assoluto interesse nello studio dei complessi rapporti fra sistema neuroendocrino, immunità e dolore. Infatti la liberazione di citochine può essere conseguente a danno tissutale, a stimolazione del sistema immunitario dovuta a fattori infettivi, a traumi (Imura e Fukata, 1994). In questo senso il circuito *citochine-ipotalamo-ipofisi-surrene* rappresenta un fattore fisiologico di limitazione del danno in corso di stimoli flogistici. Tale risposta *endogena* risente, ovviamente, dello stato psicofisico del soggetto, per cui, ad esempio in condizioni psicofisiche scadenti, il

meccanismo citato può dare risposte inadeguate.

Accanto all’azione surrenalica, l’ACTH esercita la propria azione anche a livello extrasurrenalico. Esso possiede, infatti, un’attività melanocitostimolante e ha un ruolo, tuttora non chiaro, sul controllo della pressione arteriosa. Inoltre l’ACTH e alcuni suoi frammenti hanno effetti importanti sul Sistema Nervoso Centrale (SNC), favorendo processi percettivi, mnemonici e le performances psicofisiche (Angeli et al., 1994).

Glicocorticoidi: effetti periferici

I recettori per i glicocorticoidi sono in pratica ubiquitari e, pertanto, l’azione di queste sostanze si esplica a più livelli. Una descrizione dettagliata degli effetti periferici dei glicocorticoidi esula dallo scopo di questa trattazione. In sintesi, ricordiamo che essi esercitano effetti complessi sul *metabolismo lipidico, glicidico, proteico, sul bilancio idroelettrolitico*. Hanno attività a livello *cardiovascolare* (aumento della P.A., vasocostrizione, potenziamento del simpatico), *gastroenterico* (aumento della secrezione di acido cloridico, riduzione della produzione di muco), *respiratorio* (aumento dell’interazione fra catecolamine e recettori beta-2 bronchiali, sintesi di surfactant), *ematologico* (eritrocitosi, leucocitosi, neutrofilia, eosinopenia). Per una più dettagliata descrizione di questi effetti rimandiamo ad altri testi (Angeli et al., 1994). Ci occuperemo qui, invece, pur sinteticamente, di alcune nozioni fondamentali riguardo ai rapporti che legano i **glicocorticoidi** alla **sensazione dolorosa**, cioè gli effetti sul Sistema Nervoso Centrale, la loro azione antinfiammatoria e i rapporti col sistema immunitario.

Glicocorticoidi e Sistema Nervoso Centrale

Si ritiene che i glicocorticoidi abbiano azione sullo sviluppo cerebrale in fase prenatale e postnatale, fino alla pubertà (Doupe et al., 1982), stabilizzando una serie di circuiti neurali prevalentemente a livello

limbico e che i principali bersagli di questi ormoni siano l'*amigdala* e l'*ippocampo*; inoltre si ritiene che gli steroidi rivestano un ruolo di modulazione nella neurotrasmissione adrenergica e serotoninergica (Mason, 1986). Sulla base del ruolo del sistema limbico e della serotonina nelle reazioni emotive e comportamentali, si comprende come il cortisolo aumenti lo stato emotivo e favorisca impulsi reattivi; tale azione rientra nella finalità di preparare adeguate reazioni allo stress (Angelucci et al., 1991; Angeli et al., 1994).

Altre azioni del cortisolo a livello del SNC comprendono *effetti psichici* (euforia, insonnia, ma anche ansia, depressione, psicosi), *ipoanosmia* (nell'ipercortisolismo cronico), *aumento del flusso ematico e stabilizzazione dell'attività neuronale danneggiata* (dopo somministrazione acuta), *neurotossicità* (per eccesso cronico di corticosteroidi) (Angeli et al., 1994).

Azione antiflogistica dei glicocorticoidi

I glicocorticoidi riducono la permeabilità vasale, la migrazione leucocitaria, la sintesi e la liberazione nello spazio extracellulare dei mediatori della flogosi, la formazione di tessuto di granulazione (Schleimer 1993). È importante sottolineare che l'azione antinfiammatoria dei glicocorticoidi si esplica secondo due diversi modelli: infatti alcuni effetti necessitano di concentrazioni elevate di cortisolo (*carico farmacologico*), mentre il ruolo "*fisiologico*" di queste sostanze deve essere valutato alla luce del *ciruito ipotalamo-ipofisi-surrene* (vedi sopra).

Dolore, glicocorticoidi e sistema immunitario

Anche in questo ambito l'azione dei glicocorticoidi deve essere vista sia come *componente fisiologica*, sia come secondaria a *carico farmacologico*, quindi a dosaggi elevati. L'azione dei glicocorticoidi è modulatrice sui *linfociti B* (attivazione o inibizione dose-dipendente della risposta anticor-

pale), mentre è inibitoria sui *linfociti T*, su *macrofagi* e *monociti*, sulle *cellule naturali killer (NK)*. I glicocorticoidi esercitano inoltre un'azione inibitoria sulla sintesi di *citochine* e aumentano l'espressione genica di *enzimi* e *proteine regolatrici*.

In sintesi lo **stimolo doloroso e in particolare gli eventi ad esso correlati (danno tissutale, traumi, fattori infettivi) determinano una liberazione di citochine**. Queste sostanze, a loro volta, *aumentano la secrezione di CRH e AVP a livello ipotalamico e quindi la conseguente liberazione ipofisaria di ACTH e surrenalica di steroidi*. **L'innescarsi del circuito citochine-ipotalamo-ipofisi-surrene determina in definitiva una risposta antiflogistica-analgistica endogena da parte dell'organismo.**

Dolore e sistema immunitario

Quaranta anni di ricerca condotta dal gruppo di Rita Levi Montalcini sul Nerve Growth Factor (NGF; Levi Montalcini, 1995; 1996) ha aperto nuove prospettive sulle interazioni tra sensibilità dolorifica, sistema endocrino e sistema immunitario. In particolare è stato dimostrato come il NGF abbia la possibilità di interagire con molte cellule del sistema nervoso, neuroendocrino e immunitario, attivando così sistemi omeostatici che rafforzano i meccanismi di difesa fisiologici dell'organismo.

Per tale motivo, con l'intento di superare la rigida divisione in sistemi, Rita Levi Montalcini ha ipotizzato un sistema omeostatico neuro-endocrino-immunitario.

Secondo tale sistema lo stimolo doloroso provoca l'attivazione di riflessi antidromici assonici, con la liberazione di sostanza P, attivazione mastocitaria, liberazione di istamina e di prostaglandine. Lo stesso stimolo, tramite impulsi ascendenti nei fasci ipotalamici, attiva molti nuclei encefalici, soprattutto quelli colinergici, che possiedono recettori specifici per il NGF. Tale attivazione si estende ai nuclei della base e a

quelli ipotalamici, all'ipofisi, alle ghiandole endocrine e al sistema simpatico. È soprattutto il ruolo svolto dal sistema simpatico uno degli elementi più originali e innovativi di questa teoria. Esso, infatti, stimolando il sistema immunitario nei suoi punti chiave (timo, linfonodi, milza), rappresenta senz'altro la struttura di connessione essenziale per il funzionamento di questo sistema omeostatico integrato.

Un importante lavoro di Besedowsky riportava un aumento di ACTH e di glicocorticoidi dopo iniezione endovenosa di interleuchina-1 (Besedowsky et al., 1986). Questa osservazione ha posto le basi per comprendere le connessioni fra dolore, apparato neuroendocrino e immunità. In sintesi, *l'evento doloroso provoca l'attivazione della risposta neuroendocrina* (vedi sopra) *mediante il sistema immunitario*. A sua volta è intuitivo come alterazioni del sistema immunitario siano connesse a maggiore suscettibilità verso stimoli dolorosi.

Dolore e radicali liberi

Una lesione tissutale, acuta o cronica, genera un processo flogistico che, a sua volta, innescava una serie di reazioni locali e generali dell'organismo. Tali reazioni, volte a limitare il danno e ad accelerare i processi di rigenerazione, producono anche una serie di effetti dannosi, quali, appunto, il *dolore*. Nella genesi del dolore sono implicati numerosi fenomeni (vasodilatazione, essudato, migrazione leucocitaria, aumento della permeabilità capillare) che a loro volta sono dovute a varie reazioni di attivazione. Queste reazioni comprendono l'attivazione del sistema del complemento, della coagulazione, il rilascio di prostaglandine, serotonina, istamina ed altre. In queste reazioni di attivazione un ruolo importante è oggi attribuito ai radicali liberi dell'ossigeno. Questi radicali risulterebbero liberati in seguito al danno tissutale e, in via indiretta, ad alcuni fenomeni connessi al danno tissutale stesso (attivazione del complemento,

chemiotassi leucocitaria). *I radicali liberi dell'ossigeno sarebbero dunque agenti principali della sensazione dolorosa. Le azioni di queste sostanze sarebbero: vasocostrizione e aggregazione piastrinica con ischemia locale; stimolazione nervosa diretta dovuta ad edema; azione chinino e prostaglandino-mediata; acidosi; irritazione per liberazione di enzimi litici* (Cuocolo, 1986).



Dolore e flogosi

I rapporti fra dolore e flogosi sono stati in parte descritti nel paragrafo precedente. In sintesi, l'evento lesivo determina l'attivazione di un processo flogistico alla cui genesi partecipano diverse reazioni e sistemi (vedi sopra). Il dolore non rappresenta altro che uno dei molteplici effetti di queste reazioni. In pratica, dunque, si realizzerebbe il seguente schema: *a) evento lesivo; b) flogosi; c) dolore*. Si deve comunque ricordare che il dolore può essere generato anche al di fuori del meccanismo descritto, cioè in assenza di lesione e della flogosi conseguente. È il caso del *dolore cutaneo da stimolazione meccanica*, prodotto, ad esempio, mediante la rapida introduzione di un ago nella cute; in questa situazione il sintomo *dolore* è dovuto all'eccitazione diretta dei nocicettori meccanici. Il risultato è una sensazione algica di tipo puntorio "*pricking pain*" (Galletti et al., 1980). Anche in questi casi, comunque, accanto alla stimolazione meccanica

diretta il trauma scatenante può attivare anche il meccanismo flogosi-mediato.

Per quanto riguarda il rapporto opposto "*dolore come origine della flogosi*", il rapporto è implicito, dal momento che, come si è visto, l'evento lesivo è molto spesso costituito da uno stimolo doloroso. Inoltre l'attività dei nocicettori genera, di per sé, modificazioni tissutali locali, con vasodilatazione, edema, liberazione di neuropeptidi quali la sostanza P. Queste modificazioni persistono oltre lo stimolo iniziale e si estendono al di là della zona in cui è stato applicato lo stimolo stesso. In questo modo l'intensità e la qualità del dolore vengono modificate ed amplificate (Fields, 1988). Si deve infine ricordare che il dolore, acuto o cronico, genera sempre una reazione psicologica sfavorevole (più spesso ansia nel dolore acuto, depressione in quello cronico) che può contribuire a creare un ambiente favorevole per il mantenimento dello stato flogistico.

Dolore e sistema nervoso simpatico

Anche in questo caso i rapporti sono complessi e reciproci. Il ruolo del sistema nervoso simpatico nella genesi del dolore è riconosciuto e più volte sottolineato in letteratura. Basti pensare alla *causalgia*, entità nosologica complessa, appartenente al gruppo delle *distrofie simpatiche riflesse* o *algodistrofie riflesse*. Questa sindrome è caratterizzata da dolore urente, scatenato anche da stimoli di modesta intensità, generalmente localizzato a un arto. Possono coesistere alterazioni trofiche della cute, quali una caratteristica lucentezza (*glossy skin*), disturbi vasomotori, demineralizzazione ossea (Galletti et al., 1980). Il dolore è sostenuto proprio dalla attività simpatica, come dimostrato dal fatto che un blocco delle afferenze simpatiche alla regione dolente determina una scomparsa immediata del sintomo (Fields, 1988).

Per quanto riguarda l'azione del dolore sul sistema nervoso simpatico, è stato dimostrato

che l'azione di stimoli nocivi a livello delle strutture somatiche profonde può determinare l'eccitazione dei recettori sensitivi, attivando la scarica afferente e inducendo un'eccitazione riflessa di vie efferenti somatiche e vegetative. L'attivazione delle fibre somatiche efferenti determina fenomeni di contrattura muscolare e, di conseguenza, ulteriore eccitazione dei recettori sensitivi. L'attivazione delle efferenti simpatiche induce liberazione diretta di noradrenalina, fenomeni vasomotori, variazione della permeabilità capillare. L'effetto è una modulazione dei recettori (cioè una variazione della loro soglia e modalità di risposta). In definitiva si creano modificazioni tali da perpetuare le condizioni algogene (Maresca, 1987; Procacci et al., 1963).

Dolore e sistema oppiaceo

I rapporti fra dolore e derivati dell'oppio riconoscono origini antichissime e l'uso di queste sostanze nelle sindromi algogene è tuttora fondamentale. Relativamente recenti sono invece molte acquisizioni sui *peptidi oppioidi endogeni*. Queste sostanze vengono prodotte direttamente a livello del sistema nervoso; sono noti, finora, tre gruppi di molecole, *encefaline*, *endorfine* e *dinorfine*. Le *encefaline* possiedono un'azione morfina-simile, antagonizzata dal naloxone. Sono presenti nel sistema nervoso simpatico, nell'intestino, nelle cellule cromaffini della midollare surrenale, nel sistema nervoso centrale. Qui la loro massima concentrazione è a livello della sostanza grigia peridurale, in aree ventrali bulbari e pontine, nelle lamine I, II, V, e X del midollo spinale. La *beta endorfina* è invece altamente concentrata nell'ipotalamo. Le *dinorfine* si ritrovano nelle stesse sedi delle encefaline, ma hanno un'attività analgesica minore. È attualmente riconosciuto un ruolo importante agli oppioidi endogeni; infatti è stato dimostrato che numerosi stimoli, fra i quali lo *stress* e la *stimolazione nocicettiva*, attivano questi sistemi (Zoppi, 1991).

Dolore e sistema fibrinolitico

È noto (Neri Sernerì, 1987; Gordon, 1978) che in situazioni di elevato stress e intenso dolore fisico vengano liberate dai tessuti del nostro organismo quantità abnormi di attivatore del plasminogeno che passano in circolo. In tali situazioni di attività proteolitica plasmatica il principale difetto coagulativo è dovuto alla presenza di prodotti della proteolisi. Queste sostanze derivanti dallo stesso fibrinogeno o dalla fibrina circolano nel sangue e agendo come antitrombine producono un'abnorme polimerizzazione del fibrinogeno alterando contemporaneamente la funzione piastrinica. Nelle situazioni cliniche di intenso dolore fisico è comunque possibile sia la liberazione locale di sostanze trombotiche che quella di sostanze fibrinolitiche.

Fenomeno dell'ematoidrosi

Uno degli aspetti abbastanza rari che deve essere preso in considerazione nel dolore dell'Uomo-comune è il fenomeno dell'ematoidrosi.

Nel *Dizionario dei termini tecnici di Medicina* di M. Garnier-V. Delamare il sostantivo femminile ematoidrosi, che deriva dalla lingua greca αἷμα = sangue, ἰδρῶς = sudore e che nella lingua italiana è sinonimo di sudore di sangue, viene così definito: turba della secrezione sudorale caratterizzata da colorazione rossa del sudore; la colorazione è dovuta alla presenza di pigmenti ematici, senza globuli rossi.

Tale fenomeno si è manifestato proprio nell'agonia di Gesù descritta da Luca, evangelista e medico, in tal modo: «In preda all'angoscia pregava più intensamente e il suo sudore divenne gocce di sangue che cadevano a terra».

L'eziologia dell'ematoidrosi (Fig. 7) nell'Uomo-comune può essere causato da un intenso dolore fisico che è in grado, tramite un'attivazione da stress, di provocare una sindrome emorragica da iperfibrinolisi, che causa il fenomeno dell'e-

molisi dei globuli rossi con successiva liberazione di emoglobina nel plasma e, quindi, nel sudore. Tale evento, raro nell'Uomo-comune, si è verificato nell'Uomo-Cristo.

SECONDA PARTE Interpretazione teologica del dolore nell'Uomo-Cristo

«Al centro della catechesi noi troviamo essenzialmente una persona: quella di Gesù di Nazareth, unigenito del Padre [...] il quale ha sofferto ed è morto per noi e ora, risorto, vive per sempre con noi [...] Catechizzare [...] è, dunque, svelare nella persona di Cristo l'intero disegno di Dio [...]. È cercare di comprendere il significato dei gesti e delle parole di Cristo, dei segni da lui operati»¹.

Secondo quanto riportato nella prima parte, l'agonia di Gesù nel Getsemani può rappresentare la figura tipica del malato terminale. Comunque la sua terminalità clinica, pur essendo simile in tutto alla terminalità clinica dell'Uomo-comune, ha per il teologo il significato di una finalità misteriosa: la salvezza dell'umanità peccatrice. La Chiesa esprime questo concetto nell'inno riportato da San Paolo: «Abbiate in voi gli stessi sentimenti che furono in Cristo Gesù, il quale, pur essendo di natura divina, non considerò un tesoro geloso la sua uguaglianza con Dio; ma spogliò se stesso, assumendo la condizione di servo divenendo simile agli uomini; apparso in forma umana, umiliò se stesso facendosi obbediente fino alla morte e alla morte di croce»². A conferma di ciò la Chiesa insegna che il Figlio di Dio si è fatto uomo per salvarci riconciliandoci con Dio: è Dio «che ha amato noi e ha mandato il suo Figlio come vittima di espiazione per i nostri peccati» (1 Gv 4, 10); «Il Padre ha mandato il suo Figlio come Salvatore del mondo» (1 Gv 4, 14); «Egli è apparso per togliere i peccati» (1 Gv 3, 5)³.

Nella prima parte di questo studio è stata affrontata l'interpretazione fisiopatologica del dolore fisico, della sofferenza morale e dell'ematoidrosi di

Gesù nel Getsemani. Nella seconda parte si offre un'interpretazione teologica dell'agonia dell'Uomo-Cristo.

La terminalità clinica del Cristo agonizzante può essere paragonata a quella dell'Uomo-comune. Per spiegarla lo studioso Pierluigi Zucchi si è servito – nella prima parte del presente lavoro, e ciò è più che giusto – dei dati empirici e teorici (Zucchi-Honings, 1996). Ma chi si accinge ad offrire un'interpretazione teologica del significato misterioso del medesimo fenomeno clinico, sa che deve ricorrere a fonti proprie e specifiche. Perciò, già nell'introduzione tematica, la Persona di Gesù viene presentata come un mandato dal



Padre per la salvezza dell'umanità intera⁴. Entrando in *medias res* mi piace ricorrere alla presentazione di San Gregorio Magno, papa, ancor più specifica e pertinente, come la troviamo nel *Commento al libro di Giobbe*: «Cristo infatti soffrì la passione e sopportò il tormento della croce per la nostra redenzione, sebbene non avesse commesso violenza con le sue mani, né peccato, e neppure vi fosse inganno sulla sua bocca. Egli solo fra tutti levò pura la sua preghiera a Dio, perché anche nello stesso strazio della passione pregò per i suoi persecutori, dicendo: «Padre, perdonali, perché non sanno quello che fanno» (Lc 23, 34)⁵.

Con questa presentazione del Cristo sofferente, il grande pontefice precisa che ogni tentativo esegetico del teologo deve immergersi subito, appunto perché ci troviamo di fronte a

un grande mistero, nell'alveo della fede. Ne è talmente convinto che prosegue il suo pensiero domandandosi: «Che cosa si può dire, che cosa si può immaginare di più puro della propria misericordiosa intercessione in favore di coloro che ci fanno soffrire? Avvenne perciò che il sangue del nostro Redentore, versato con crudeltà dai persecutori, fu poi da loro assunto con fede e il Cristo fu da essi annunziato quale Figlio di Dio»⁶.

A questo punto si rileva perché sia ancora più chiaro l'intento dello studio degli Autori, che la *spiegazione scientifica* da una parte, e l'*interpretazione teologica*, dall'altra, sono due momenti che si completano, anzi si integrano in quanto rivelano sia la verità e la veracità del mistero dell'Incarnazione del Verbo di Dio sia la sua finalità salvifica. Il fenomeno dell'ematoidrosi fornisce, secondo la precedente spiegazione fisiopatologica, una sorprendente prova scientifica della corporeità dell'uomo Cristo. La descrizione lucana non ammette dubbi: «In preda all'angoscia, pregava più intensamente e il suo sudore divenne come gocce di sangue che cadevano a terra»⁷.

Ora, ed è quanto intende precisare la presente interpretazione teologica, è un dato di fede che tutti siamo stati redenti per mezzo di questo sangue, appunto perché era il sangue del Figlio di Dio-Padre, il sangue della Seconda Persona della Santissima Trinità.

A scanso di qualsiasi equivoco viene riportata la parola all'insegnamento autentico e autorevole del CCC: «Il Nome del Dio Salvatore era invocato una volta all'anno, per l'espiazione dei peccati di Israele, dal sommo sacerdote, dopo che questi aveva asperso col sangue del sacrificio il propiziatorio del Santo dei Santi» (cfr. *Lv* 16, 15-16; *Sir* 50, 20; *Eb* 9, 7). Quando Paolo dice di Gesù che «Dio l'ha stabilito a servire come strumento di espiazione [...] nel suo sangue» (*Rm* 3, 25), intende affermare che nella sua umanità «era Dio a riconciliare a sé il mondo in Cristo» (2 *Cor* 5, 19)⁸.

Così è evidente che, chi cer-

ca un'interpretazione teologica dell'ematoidrosi di Gesù nel Getsemani sa di dover entrare nel mistero della sua sofferenza "vicaria o sostitutiva" al nostro posto. Ci si rende conto della grande complessità dell'esegesi di un fenomeno che, dal punto di vista scientifico, può essere riscontrato anche in patologie cliniche. Pertanto ci rivolgiamo all'autore della lettera agli Ebrei. Nell'intento di poter cogliere il significato del mistero della riparazione dei nostri peccati, per mezzo dello strumento della sofferenza e dell'agonia di Gesù nel Getsemani, l'autore ci invita a contemplare «Gesù, per poco abbassato al di sotto degli angeli, coronato di gloria e onore attraverso la passione della morte, affinché per la bontà di Dio gustasse la morte per ogni uomo»⁹. Continuando, lo stesso autore, ispirato, rileva, proprio nella luce di questa contemplazione, l'estrema convenienza della passione come via scelta dal Padre per la redenzione dell'umanità intera: «Infatti a colui, per il quale e per mezzo del quale sono tutte le cose, che conduce alla gloria dei numerosi figli, conveniva perfezionare, per mezzo della passione, il capo della loro salvezza. Infatti colui che santifica e quelli che sono santificati sono tutti da uno; per la qual cosa non ha vergogna di chiamarli fratelli, dicendo: *Annunzierò il tuo nome ai miei fratelli, innegherò a te in mezzo all'assemblea*. E di nuovo: *Io confiderò in lui*. E ancora: *Ecco me e i figlioli che Dio mi ha dato*»¹⁰.

Il significato eziologico del dolore fisico e della sofferenza morale nell'agonia dell'Uomo-Cristo

Eccoci giunti al perché il dolore fisico, la sofferenza morale di Gesù e la sua morte in croce, culminanti nel fenomeno dell'ematoidrosi, vennero giudicate da Dio come strumento maggiormente conforme alla sua misericordia e pienamente soddisfacente delle esigenze della sua giustizia. Il CCC, alla luce della divina parola scritta, ci avvia ad afferrarne le ragioni

più convincenti. «Come per la disobbedienza di uno solo tutti sono stati costituiti peccatori, così anche per l'obbedienza di uno solo tutti saranno costituiti giusti» (*Rm* 5, 19).

Con la sua obbedienza fino alla morte, Gesù ha compiuto la sostituzione del Servo sofferente che offre "se stesso in espiazione", mentre porta "il peccato di molti" (tutti, B. Honnings) e li giustifica addossandosi "la loro iniquità" (cfr. *Is* 53, 10-12). Gesù ha riparato per i nostri errori e dato soddisfazione al Padre per i nostri peccati¹¹.

Appunto per dare ancora più consistenza alla convenienza del perché "teologico" del significato misterioso del fenomeno dell'ematoidrosi, vengono evidenziati due aspetti fondamentali: 1) la piena consapevolezza umana di Gesù dinanzi all'orrore della morte; 2) la pienezza dell'amore "sacrificale" del divin Agonizzante nel Getsemani. Eccone una precisazione magisteriale: «Il calice della Nuova Alleanza, che Gesù ha anticipato alla Cena offrendo se stesso (cfr. *Lc* 22, 20), in seguito egli lo accoglie dalle mani del Padre nell'agonia al Getsemani (cfr. *Mt* 26, 42) facendosi "obbediente fino alla morte" (*Fil* 2, 8; cfr. *Eb* 5, 7-8). Gesù prega: "Padre mio, se è possibile, passi da me questo calice!" (*Mt* 26, 39). Egli esprime così l'orrore che la morte rappresenta per la sua natura umana. Questa, infatti, come la nostra, è destinata alla vita eterna; in più, a differenza della nostra, è perfettamente esente dal peccato (cfr. *Eb* 4, 15) che causa la morte (cfr. *Rm* 5, 21); ma soprattutto è assunta dalla Persona divina dell'"Autore della vita" (*At* 3, 15), del "Vivente" (*Ap* 1, 17; cfr. *Gv* 1, 4; 5, 26). Accettando nella sua volontà umana che sia fatta la volontà del Padre, (cfr. *Mt* 26, 42) Gesù accetta la sua morte in quanto redentrice, per "portare i nostri peccati nel suo corpo sul legno della croce" (1 *Pt* 2, 24)»¹².

A dare il significato misterioso, vale a dire del valore di salvezza universale, al fenomeno umano dell'ematoidrosi di Gesù nel Getsemani è stato il suo amore sino alla fine. Sì,

proprio questo amore conferisce il valore di redenzione e di riparazione, di espiatione e di soddisfazione al sacrificio di Cristo (cfr. Gv 13, 1). «Egli – precisa ancora il CCC – ci ha tutti conosciuti e amati nell’offerta della sua vita (cfr. Gal 2, 20; Ef 5, 2-25)»¹³. Ormai, spero che sia *luce clarius*, l’interpretazione teologica che dà un valore salvifico universale al fenomeno del dolore, della sofferenza, del sudore di sangue di Gesù nel Getsemani e della morte sulla croce, si fonda sull’esistenza in Cristo della Persona divina del Figlio. «Nessun uomo – insegna il CCC – fosse pure il più santo, era in grado di prendere su di sé i peccati di tutti gli uomini e di offrirsi in sacrificio per tutti. L’esistenza in Cristo della Persona divina del Figlio, che supera e nel medesimo tempo abbraccia tutte le persone umane e lo costituisce Capo di tutta l’umanità, rende possibile il suo sacrificio redentore per tutti»¹⁴.

La conferma più probante del nostro studio sta nelle seguenti parole: «In realtà solamente nel mistero del Verbo incarnato trova vera luce il mistero dell’uomo. Adamo, infatti, il primo uomo, era figura di quello futuro (cfr. Rm 5, 14) e cioè di Cristo Signore. Cristo, che è il nuovo Adamo, proprio rivelando il mistero del Padre e del suo amore, svela anche pienamente l’uomo all’uomo e gli fa nota la sua altissima vocazione [...] Egli è “l’immagine dell’invisibile Dio” (Col 1, 15; cfr. 2 Cor 4, 4). Egli è l’uomo perfetto, che ha restituito ai figli di Adamo la somiglianza con Dio, resa deformata già subito agli inizi a causa del peccato»¹⁵. Ecco la finalità misteriosa dell’Incarnazione, ma ciò che interessa notare, lo strumento con il quale il Verbo di Dio ha realizzato questa finalità, è stata la nostra natura umana. «Poiché – precisa il magistero – nella sua Persona divina incarnata “si è unito in certo modo ad ogni uomo”; in lui la natura umana è stata assunta, senza per questo venir annientata; per ciò stesso essa è stata anche in noi innalzata a una dignità sublime»¹⁶.

Nella enciclica *Fides et Ra-*

tio, Papa Wojtyła rileva che Paolo, parlando il linguaggio dei filosofi suoi contemporanei, raggiunge il culmine del suo insegnamento e del paradosso che vuole esprimere: «Dio ha scelto ciò che nel mondo [...] è nulla per ridurre a nulla le cose che sono» (1 Cor 1, 28). Per esprimere la natura della gratuità dell’amore rivelato nella croce di Cristo, l’Apostolo non ha timore di usare il linguaggio più radicale che i filosofi impiegavano nelle loro riflessioni su Dio. La ragione non può svuotare il mistero di amore che la Croce rappresenta, mentre la Croce può dare alla ragione la risposta ultima che essa cerca. Non la sapienza delle parole, ma la Parola della Sa-



pienza è ciò che San Paolo pone come criterio di verità e, insieme, di salvezza¹⁷.

In maniera analoga gli autori, in questo studio, hanno voluto per l’uomo della scienza e della tecnica di oggi, non solo non svuotare il mistero del divin Agonizzante ma piuttosto, al massimo, riempire questo mistero del suo amore “salvifico” universale, mediante una spiegazione scientifica e un’interpretazione teologica del dolore fisico, della sofferenza morale, dell’ematoïdrosi e della morte sul legno della croce.

Gli autori si sono sempre ricordati di essere, come tutti, un po’ simili ai discepoli di Emmaus; tuttavia, quando la discussione riguarda Gesù, conviene ricordare le sue parole: «O stolti e tardi di cuore a credere a quello che hanno detto i profeti! Non doveva forse il Cristo patire tutto questo ed entrare nella sua gloria?» (Lc 24, 25-26).

Certo non come se egli stesso avesse peccato (cfr. Gv 8,

46). «Ma – come insegna il CCC – nell’amore redentore che sempre lo univa al Padre (cfr. Gv 8, 29), egli ci ha assunto nella nostra separazione da Dio a causa del peccato al punto da poter dire a nome nostro sulla croce: “Mio Dio, mio Dio, perché mi hai abbandonato?” (Mc 15, 34; Sal 22, 2). Avendolo reso così solidale con noi peccatori “Dio non ha risparmiato il proprio Figlio, ma lo ha dato per tutti noi” (Rm 8, 32) affinché noi fossimo “riconciliati con lui per mezzo della morte del Figlio suo” (Rm 5, 10)»¹⁸.

Conclusioni

Dal presente studio sull’interpretazione fisiopatologica e teologica del dolore fisico, della sofferenza morale e del fenomeno dell’ematoïdrosi possono essere tratte le seguenti conclusioni affermando che:

a) l’uomo ha sempre più bisogno di una formazione culturale che parta dal significato salvifico della passione sofferta dall’Uomo-Cristo nel Getsemani;

b) l’uomo, in questo mondo edonista, pragmatista, utilitarista, se credente deve fondare e affinare la propria formazione etica su momenti fondamentali della vita rappresentati dal dolore fisico e dalla sofferenza morale per fortificarsi non solo sotto il profilo etico, ma anche nei confronti di quello fisico, come è stato evidenziato nell’interpretazione medico-teologica del dolore e della sofferenza rappresentata in figura 1 (Zucchi-Honings, 1996);

c) l’uomo deve abituarsi ad accettare la sofferenza e ad interpretare la morte come *dies natalis* che rappresenta la mediazione, tramite la fede, a una nuova manifestazione epifanica di Dio.

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

P. BONIFACIO HONINGS,
O.C.D.
Cattedra di Teologia Morale
Pontificia Università Lateranense
e Urbaniana, Teresianum,
Roma

Bibliografia/References

Prima parte

ANGELI A., GATTI G., MASERA R., *Chronobiology of the hypothalamic-pituitary-adrenal and renin-angiotensin-aldosterone system*. In TOITOU Y., HAUS E. (Eds.), *Biologic Rythms in clinical and laboratory medicine*. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg, 1992.

ANGELI A., MASERA R.G., ORLANDI F., TERZOLO M., *Sindromi da eccesso di glucocorticoidi*. In *Atti dei congressi della Società Italiana di Medicina Interna*, 1, 1994.

ANGELUCCI L., *Sistema ipotalamo-ipofisi-surrene nell'invecchiamento*. In ANDREANI D., MOTTA M. (Eds.), *Ghiandole endocrine e invecchiamento*. Roma, 1991.

BESEDOWSKY A., DEL REY A., SORKIN E., DINARELLO C.A., *Immunoregulatory feed-back between interleukin I and glucocorticoid hormones*. *Science*, 233 (1986), pp. 652-654.

BIGGS R., *Human blood coagulation in haemostasis and thrombosis*. Blackwell, Oxford, 1976.

CUOCOLO R., *Danno radicalico a livello di organismo: il dolore*. In NOVELLI G.P., PEDUTO V.A., URSINI F. (Eds.), *Radicali liberi in anestesia, analgesia, terapia intensiva e medicina critica*. Tipografia Artigiana Fiorentina, Firenze, 1986.

DONALD R.A., WITTERT G.A., *Stress and corticotropin regulation*. *Curr. Opin. Endocrinol. Diab.*, 3 (1994), pp. 24-28.

DOUPE A.J., PATTERSON P.H., *Glucocorticoids and the developing nervous system*. In GANTEN D., PFAFF F. (Eds.), *Adrenal actions on the brain. Current topics in neuroendocrinology*. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 3 (1982), pp. 54-67.

FIELDS H.L., *Il dolore: meccanismi di insorgenza e trattamento terapeutico*. Milano, McGraw-Hill, 1988.

GAFFNEY P.J., BALKUW-ULUTIN S., *Fibrinolysis: current fundamental and clinical concepts*. Acad. Press, London, 1978.

GAILLARD R.C., DAMLUJI S., *Stress and the pituitary-adrenal axis*. Ballière's Clin. Endocrinol. Metab., 1 (1987), pp. 319-354.

GALLETTI R., DURANTI R., ZUCCHI P.L., BASILE A., *Il dolore*. In *Patologia Medica*, Piccin Editore, Padova, 1980.

GANDOLFO G.M., *Diagnostica di laboratorio delle malattie emorragiche*. Lombardo, Roma, 1977.

GARNIER M., DELAMARE V., *Dizionario dei termini tecnici di Medicina*. Marrafese Editore, Roma, 1989.

GILL G.N., *ACTH regulation of the adrenal cortex*. In GILL G.N. (Ed.), *Pharmacology of adrenal cortical hormones*. Pergamon Press, Oxford e New York, 1979.

GORDON J.L., *Platelets in biology and pathology*, North Holland, Amsterdam, 1978.

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

IMURA H., FUKATA J., *Endocrine-paracrine interaction in communication between the immune and endocrine systems. Activation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in inflammation*. *Eur. J. Endocrinol.*, 130 (1994), pp. 32-37.

LEVI MONTALCINI R., *"Polypeptide growth factors" with special emphasis on wound healing. Introduction*. *Cell. Biol. Int.*, 5 (1955), pp. 355-359.

LEVI MONTALCINI R., DAL TOSO R., DELLA VALLE F., SKAPER S.D., LEON A., *Update of the NGF saga*. *J. Neurol. Sci.*, 2 (1995), pp. 119-127.

LEVI MONTALCINI R., SKAPER S.D., DAL TOSO R., PETRELLI L., LEON A., *Nerve growth factor: from neurotrophin to neurokine*. *Trends Neurosci.*, 11 (1996), pp. 514-520.

MARESCA M., *La sindrome acroparestesica (Sindrome di Nothnagel-Putnam-Schultze). Problemi eziopatogenetici e terapeutici*. *Algologia*, 2 (1987), pp. 105-130.

MASON J.W., *A review of psychoendocrine research on the pituitary-adrenal cortical system*. *Psychosom. Med.*, 30 (1986), pp. 576-607.

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

MOUNTJOY K.G., ROBBINS L.S., MORTRUD M.T., CON R.D., *The cloning of a family of genes that encode the melanocortical cell steroidogenic responsiveness*. *Mol. Cell. Endocrinol.*, 81 (1992), pp. 43-52.

NERI-SERNERI G.G., *Malattie emorragiche e trombotiche*, SEU, Roma, 1987.

OGSTON D., BENNETT B., *Haemostasis*, J. Wiley & Sons, London, 1977.

OUALI R., LANGLOIS D., SAEZ J.M., BERGEOT M., *Opposite effects of angiotensin II and corticotropin on bovine adrenocortical cell steroidogenic responsiveness*. *Mol. Cell. Endocrinol.*, 81 (1991), pp. 43-52.

PROCACCI P., MARCHETTI P.G., BUAZZELLI G., ROCCHI P., *Effetti del blocco farmacologico del ganglio stellato sulla sensibilità dolorifica cutanea dell'individuo sano*. *Arch. Fisiol.*, 62 (1963), pp. 67-87.

RICHARD D., *Involvement of corticotropin-releasing factor in the control of food intake and energy expenditure*. *Ann. NY. Acad. Sci.*, 697 (1993), pp. 155-172.

SCHLEIMER R.P., *An overview of glucocorticoid antiinflammatory actions*. *Eur. J. Clin. Pharmacol.*, 45 (1993), pp. S3-S7.

SPAEL T.H., *Progress in haemostasis and thrombosis*, Grune & Stratton, New York, voll. 1-2-3-4.

UTH R.M., MCKELVY J.F., HARRISON R.E., BOHN M.C., *Demonstration of glucocorticoid receptor-like immunoreactivity in glucocorticoid-sensitive vasopressin and corticotropin-releasing factor neurons in the hypothalamic paraventricular nucleus*. *J. Neurosci. Res.*, 19 (1988), pp. 405-411.

VECCHIET L., ALBE-FESSARD D., LINDBLOM U., GIAMBERARDINO M.A., *New trends in referred pain and hyperalgesia*, Elsevier, Amsterdam, 1993.

WILLIAMS W., *Hematology*, McGraw-Hill Book Co., New York, 1977.

ZOPPI M., *Il dolore. Basi fisiopatologiche con particolare riguardo alla reumatologia*. Ciba-Geigy (Ed.), Milano, 1991.

ZUCCHI P.L. (Ed.), *Compendium of Pain Semantics*, vol. 5, I.S.T.D. Editore, Firenze, 1995.

ZUCCHI P.L., HONINGS B., *Faith as a Transcendent Element Facilitating Therapeutic Results in suffering Patients*, *Dolentium Hominum*, 3 (1996), pp. 16-28.

Nota esplicativa di alcuni termini e sigle utilizzati nel testo:

- ACTH: ormone adrenocorticotropo.
- anticorpopoiesi: processo di sintesi degli anticorpi.
- anticorpi: sostanze specifiche che si formano nell'organismo (siero) dopo il contatto con agenti esterni (antigeni); in molti casi esercitano un'azione protettiva.
- dolore: "il dolore è un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata con un danno attuale o potenziale del tessuto e descritta con termini riferentisi a tale danno" (definizione del Comitato

per la tassonomia dell'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore - I.A.S.P., 1979).

- ematoidrosi: turba della secrezione sudorale caratterizzata da colorazione rossa del sudore; la colorazione è dovuta alla presenza di pigmenti ematici senza globuli rossi.

- emolisi: liberazione dell'emoglobina contenuta nel globulo rosso in seguito a rottura della parete di questo.

- endorfine: sostanze endogene ad azione oppiacee (analoga alla morfina) presenti nell'organismo e che vengono liberate dopo stimolo algogeno.

- fibrinolisi: s.f. (*fibrina*; λύειν - dissolvere). Dissoluzione della fibrina e, per estensione, dissoluzione di un coagulo sanguigno (*trombolisi*). È un fenomeno che si verifica normalmente alcuni giorni o alcune settimane dopo la formazione del coagulo. Quando si produce troppo rapidamente, la f. può causare drammatiche emorragie (*f. emorragica*) intra- o post-operatorie (soprattutto in chirurgia toracica) o in seguito a un parto, a un aborto o/e a uno shock traumatico; oppure emorragie meno abbondanti (come ecchimosi, ematurie) nel corso di certi cancri (della prostata, pancreas, stomaco), di cirrosi e/o di leucemie. È dovuta sia alla liberazione di sostanze attivanti la fibrinolisi, sia alla produzione da parte dei tessuti malati di un fermento proteolitico. Essa è talvolta primitiva, ma il più delle volte è secondaria, reattiva, nel corso di una sindrome di coagulazione intravascolare disseminata (CID).

- GABA: acido gamma-aminobutirrico.

- Getsemani: Orto degli Ulivi nel quale Gesù consumò la sua agonia.

- P.A.: pressione arteriosa.

- plasma: parte liquida del sangue.

- radicali liberi: sostanze che si formano in seguito a vari stimoli e processi (dolore, flogosi, necrosi, ossidazione, invecchiamento); sono responsabili di danni tissutali.

- sistema infiammatorio: è costituito da sostanze (istamina, serotonina, prostaglandine) rilasciate nell'organismo dopo stimolo lesivo.

- sistema neuroendocrino: sistema comprendente varie ghiandole secernenti sostanze attive endogene (ormoni).

- sistema oppiaceo: sistema di modulazione endogena del dolore che libera endorfine.

- SNC: Sistema Nervoso Centrale.

- Società Operaia (S.O.): gruppo culturale di spiritualità getsemanica fondata dal Professor Luigi Gedda a Roma nel 1948.

Seconda parte

¹ GIOVANNI PAOLO II, Esort. ap. *Catechesi tradendae*, 5.

² Fil. 2, 5-8, citato nel *Catechismo della Chiesa Cattolica* (CCC), n. 461.

³ CCC, n. 457.

⁴ *Ibidem*, p. 1.

⁵ SAN GREGORIO MAGNO, *Commento al libro di Giobbe*, Lib. 13, 21: PL 75, 1028.

⁶ *Ibidem*.

⁷ Lc 22, 44.

⁸ CCC, n. 433.

⁹ Eb 2, 9.

¹⁰ Eb 2, 10-13.

¹¹ CCC, n. 615.

¹² CCC, n. 612.

¹³ CCC, n. 616.

¹⁴ *Ibidem*.

¹⁵ GS, n. 22.

¹⁶ Cfr. *Ibidem* e CCC, n. 618.

¹⁷ GIOVANNI PAOLO II, Lettera enciclica *Fides et Ratio*, n. 23.

²⁰ CCC, n. 603.

Necessità spirituali del bambino malato e sua attenzione pastorale

XXV GIORNATE NAZIONALI DELLA SALUTE, MADRID, SETTEMBRE 2000

“I bambini amano di più il pasticcere del medico perché il primo procura piacere con i suoi pasticcini e il secondo provoca dolore tagliando e bruciando” (Platone, *Gorgias* 464d-465a)

1. I bambini hanno diritto ad essere evangelizzati

“Evangelizzare i bambini. Anche loro hanno diritto a crescere nella fede. A noi spetta trasmettere. Essi hanno diritto a ricevere: Fede, Speranza, Amore”.

Questi e molti altri slogan venivano ripetuti nella Giornata Mondiale Missionaria dei bambini del 30 gennaio 1977. Il bambino sta cominciando la vita ed è sensibile a tutto ciò che lo circonda: famiglia, scuola, compagni... Il suo è un mondo immaginario, fantastico, ideale, bello, carico di affetto, ma molto fragile. Per questo le leggi e gli adulti devono rispettare i diritti di una vita che si può manipolare facilmente.

L'ONU ha riconosciuto ed enunciato dieci principi fondamentali per il fanciullo:

I diritti enunciati nella Dichiarazione devono essere riconosciuti a tutti i fanciulli senza discriminazione alcuna.

Il fanciullo deve beneficiare di una speciale protezione in modo da essere in grado di crescere in modo sano e normale sul piano fisico, intellettuale, morale, spirituale e sociale.

Il fanciullo ha diritto, sin dalla nascita, a un nome e a una nazionalità.

Il fanciullo ha diritto a un'alimentazione, a un alloggio, a svaghi e a cure mediche adeguati.

Il fanciullo che si trova in una situazione di minoranza fisica, mentale o sociale ha diritto a ricevere il trattamento,

l'educazione e le cure speciali di cui esso abbisogna per il suo stato o condizione.

Il fanciullo, per lo sviluppo armonioso della sua personalità, ha bisogno di amore e di comprensione.

Il fanciullo ha diritto a un'educazione che, almeno a livello elementare, deve essere gratuita e obbligatoria.

In tutte le circostanze, il fanciullo deve essere fra i primi a ricevere protezione e soccorso.

Il fanciullo deve essere protetto contro ogni forma di negligenza, di crudeltà o di sfruttamento.

Il fanciullo deve essere educato in uno spirito di comprensione, di tolleranza, di amicizia fra i popoli, di pace e di fratellanza universale.

2. Il bambino, personaggio importante nella Bibbia

Il bambino gode di un trattamento speciale nei passaggi biblici: “corona dei vecchi” (Prv 17, 6), “virgulto d'ulivo intorno alla mensa” (Sal 128, 3). Poiché la sua vita si sta formando ed è fragile, necessita di ulteriore sostegno e protezione: “Non maltratterai l'orfano” (Es 22, 21). “Quando Israele era giovinetto, io l'ho amato” (Os 11, 1). “I suoi bimbi saranno portati in braccio, sulle ginocchia saranno accarezzati” (Is 66, 12).

Con Gesù Bambino, nato a Betlemme, presentato al tempio e obbediente ai suoi genitori (Lc 2, 12-51), la figura del bambino viene esaltata e, nel Natale, tutta l'umanità ricorderà e godrà non solo la nascita dell'Emanuele, bensì la propria fanciullezza, perché tutti nel Natale siamo un po' bambini.

Nella predicazione della Buona Novella, Gesù insisterà sul fatto che i bambini

sono nella condizione di ricevere il Regno – “di loro è il regno dei cieli” (Mt 19, 1) – e che bisogna diventare bambini (Mt 18, 3), rinascere e accogliere il Regno come fa un bambino (Gv 3, 5; Mc 10, 15).

Come dice un autore: “... La figura del bambino è considerata perfino come un ‘sacramento’ dell'accoglienza di Gesù. ‘Chi accoglie uno solo di questi bambini in mio nome, accoglie me’ (Mt 18, 5); un'accoglienza che fa riferimento al Padre (Mc 9, 37). Il bambino rappresenta l'immagine della creatura umana piccola, indifesa o in situazione di necessità. ‘Ogni volta che avete fatto queste cose a uno solo di questi miei fratelli più piccoli, l'avete fatto a me’ (Mt 25, 40). Gesù stesso vuole essere amato e accolto nella figura del bambino...”¹.

Nella sua predicazione Gesù fa costante riferimento ai fanciulli perché scopriamo quanto è vicino il Regno se si possiedono le qualità dei bambini: semplicità, purezza di cuore, umiltà, apertura e disponibilità.

3. Esperienza religiosa del bambino

“Le cose divine dormono nel bambino: l'educatore deve destarle” (Adrienen Necker de Saussure, *pedadoga*).

Pierre Duval, cantautore francese, ci racconta la seguente esperienza, vissuta nella sua famiglia:

“A casa mia, la religione non aveva alcun carattere solenne: ci limitavamo a recitare ogni giorno le preghiere tutti insieme. È rimasta nella mia memoria la posizione che assumeva mio padre. Tornava stanco dal lavoro nei campi, con un gran carico di legna sulle spalle. Dopo la cena si

inginocchiava a terra, appoggiava i gomiti su una seggiola e teneva la testa tra le mani, senza guardarci, senza fare alcun movimento, né dare il minimo segno di impazienza.

“Io pensavo: ‘Mio padre che è tanto forte, che governa la casa, che sa guidare i buoi, che non si piega di fronte al sindaco... Mio padre di fronte a Dio torna bambino. Come cambia aspetto quando si mette a parlare con Lui. Dio deve essere molto grande se mio padre si inginocchia di fronte a Lui. Però deve essere anche buono, se è possibile parlargli senza cambiarsi d’abito!’.

“Al contrario non vidi mai inginocchiarsi mia madre. La sera era troppo stanca per farlo. Si sedeva in mezzo a noi, tenendo tra le braccia il più piccolo. Ci guardava, ma non diceva nulla. Non apriva bocca, nemmeno se i più piccoli le davano fastidio, nemmeno se infuriava la tempesta sopra la casa o il gatto faceva qualche danno.

“E io pensavo: ‘Deve essere molto semplice Dio, se è possibile parlargli tenendo un bambino in braccio e vestendo un grembiule. E deve essere anche una persona molto importante, se mia madre quando gli parla non fa caso al gatto o al temporale’.

“Le mani di mio padre e le labbra di mia madre mi hanno insegnato, su Dio, molto più del catechismo”.

San Giovanni Crisostomo esorta i genitori a educare i figli, a formarli, a farli diventare atleti di Cristo. Ognuno di voi, dice, sia come il pittore

che lavora con cura al ritratto; allo stesso modo dovete fare con i vostri figli.

Allo stesso tempo, si lamenta con queste espressioni: “(...) Nessuno pensa ai figli, nessuno parla loro della verginità, nessuno della moderazione, nessuno del disprezzo delle ricchezze e della gloria, nessuno del fatto che annunciano le Scritture. Quindi, quando i figli sono privi di maestri fin dalla prima età, che sarà di loro? Ognuno fa tutto il possibile per educare i propri figli nelle arti, nelle lettere e nell’eloquenza, mentre nessuno ha la minima preoccupazione della cosa principale: formare la loro anima”.

I bambini hanno diritto a conoscere Dio e sarebbe deplorevole che i genitori e gli educatori glielo nascondessero.

a. Influenza dei genitori e degli educatori sulla religiosità

a.1. La fiducia del bambino nei confronti degli educatori

Il bambino impara dai genitori e dagli educatori ad affrontare la vita, a contemplare, a meravigliarsi, a captare la ricchezza della natura, ad essere sensibile. Apprende ad appartenere a un gruppo, a una famiglia che si stimola, che cresce nei valori sociali, religiosi e culturali. Sentendosi amato e accolto, il bambino entrerà nel progetto familiare con le proprie vittorie e i propri insuccessi, andrà acquisendo esperienza, assimilando valori e rispondendo alla vita a partire dalle “parole” e, soprattutto, dai “gesti” che percepisce, ad esempio, su temi vitali quali quelli della salute, la morte, il lavoro, l’amicizia, l’impegno sociale e religioso.

La famiglia e la scuola sono luoghi importanti per il bambino nella prima infanzia, determinanti per la sua formazione, per costruire un sistema di valori, per crescere in sensibilità.

a.2. Il senso delle cose

Il bambino comincia a scoprirlo nella tappa che va dai 5 agli 11 anni. Genitori e educatori giocano qui un ruolo inso-

stituibile, delicato; è il momento dello sviluppo morale, dell’interiorizzazione e della personalizzazione di atti religiosi, dell’educazione della fede.

Chi non ha sentito, ad esempio, al termine di questa tappa, come una specie di chiamata al religioso? E in un contesto familiare e scolastico equilibrato e vivo nei valori, chi non ha visto nascere, come spontanea, una chiamata vocazionale?

Questa fotografia che sto mostrando diventa più viva e reale in una società chiamata “sacrale”, a cui appartiene l’infanzia di quasi tutti i presenti a questa riunione nazionale, a differenza del contesto attuale in cui il ruolo della famiglia e della scuola perde forza di riferimento.

Poiché tutto questo si presenta ai bambini in forma immatura, si insiste tanto, pedagogicamente, perché i genitori e gli educatori assumano il ruolo di condurre progressivamente il bambino fino alla maturità. È un cammino di crescita integrale negli aspetti fisici, psichici, sociali, religiosi.

D’altra parte la presenza di “modelli” aiuta a raggiungere delle mete; se questi modelli sono vicini e vivi – genitori, educatori, sacerdoti – l’incarnazione del modello, benché provvisoria, aiuterà il bambino a crescere e a maturare.

Senza dubbio una preparazione religiosa aiuta il bambino a crescere perché lo pone di fronte ai problemi centrali, vitali, lo obbliga ad affrontarli, a valorizzarli...

b. Come farlo?

Le risposte sono certamente svariate. Ci limiteremo ai principi che sono validi per tutti.

b.1. La parola illumina

La parola scopre, spiega, dà ragione, dice perché. È importante che le parole annuncino il tema di Dio ai bambini in forma gioiosa, che dicano quanto Dio ci ama, quanto possiamo avvicinarci a Lui, che siano parole che parlano di amicizia con Dio, parole che



suscitino il desiderio di Dio, il desiderio di cercarlo, volerlo, amarlo e anche proclamarlo.

Questa proclamazione non è esclusiva degli adulti; anche i bambini possono farla. La Giornata dell'Infanzia Missionaria di questo Anno Santo Giubilare aveva come tema: "I bambini, missionari del terzo millennio".

Ad essa, all'infanzia missionaria, alludeva Giovanni Paolo II quando ha detto che "è una vera rete di solidarietà umana e spirituale tra i bambini dei vecchi e dei nuovi continenti".

b.2. Ma l'esempio e il gesto attraggono

"L'uomo contemporaneo ascolta più volentieri i testimoni che i maestri o se ascolta i maestri lo fa perché sono testimoni" (EN 41).

Gli esempi di vita sono più efficaci della parola. Se questo è valido per tutti, lo è in particolare per i bambini. Il bambino necessita di modelli da imitare, lo vediamo nello sport, nel cinema, nella canzone... Si vuole identificare con uno di loro, se lo mette nel cuore, sulle labbra, mette la sua foto in cornice e questa presiede una parte della sua camera; vedendo da vicino il modello, si identifica con lui, farà perfino i suoi gesti, utilizzerà le sue parole, si vestirà perfino come lui.

Papa Paolo VI sottolinea l'importanza dell'esempio quando, a proposito della preghiera, chiedeva alle madri: "Madri, insegnate ai vostri figli le preghiere del cristiano? Li abituate, quando sono malati, a pensare a Cristo che soffre, a invocare l'aiuto di Maria e dei Santi? Il vostro esempio vale una lezione di vita, vale un anno di culto... così portate pace alla famiglia... così costruite"³.

Il bambino ha bisogno di apprendere le cose di Dio; diciamoglielo con la parola, accompagnamole con l'esempio.

"Le cose divine dormono nel profondo del bambino e l'educatore ha il dovere di destarle" (Adrienne Necker).

Non tutti i momenti e le circostanze sono uguali; l'educa-

tore deve discernere per saper parlare e accompagnare questi momenti, suscitando, illuminando, trasmettendo forza, coraggio, serenità, grandezza, bontà, amore; attribuiti di Dio che si manifestano nella natura e, fondamentalmente, nelle creature. La verità che è Dio viene detta, custodita, trasmessa.

b.3. La testimonianza di bambini santi

Santi innocenti. Diedero la propria vita a Betlemme, nel luogo dove nacque il Bambino Gesù, bambini minori di due anni. Confessarono il Bambino Gesù non con la lingua, bensì con il sangue. Il poeta latino Prudenzio dirà di loro: "Giocate, innocenti, sotto l'ara, con la corona e la palma". La loro festa si celebra il 28 dicembre.

Ines, la pura, la martire di tredici anni. "Quali lusinghe impiegherà il persecutore per sedurla!" esclamò Sant'Ambrogio. La sua festa cade il 21 gennaio.

Lucia, nome luminoso, martire durante la persecuzione di Diocleziano, "lottò fino alla morte per la legge di Cristo". La sua festa viene celebrata il 13 dicembre.

Cecilia, il 22 novembre, martire della fede. *Agata*, "la buona", martirizzata durante la persecuzione di Decio, nel 251; la sua festa si celebra il 5 febbraio.

Giusto e Pastore, rispettivamente di 7 e 9 anni, martirizzati durante la persecuzione di Diocleziano, il 6 agosto dell'anno 304.

Maria Goretti, muore martire a 12 anni, il 6 luglio 1902. Canonizzata da Papa Pio XII il 24 giugno 1950.

Francisco e Giacinta, vergenti di Fatima. Francisco muore a dodici anni, Giacinta a nove. Sono stati beatificati da Giovanni Paolo II il 13 maggio del 2000.

La lista potrebbe allungarsi se passiamo in rassegna i nostri ospedali pediatrici, se li assommiamo alle famiglie che vivono con coerenza la vita cristiana, danno esempio ed educano alla fede i propri figli. Vi ricordo due esempi vicini.

Alexia González Barrós di 14 anni, che ha compiuto un vero cammino di santità a partire dal dolore. Muore nella clinica universitaria di Pamplona il 5 dicembre 1985. È in corso il suo processo di beatificazione.

Antonietta Meo (Mennolina). Nata a Roma nel 1930, muore il 3 luglio 1937, ad appena sette anni. Ci ha lasciato un diario e 150 lettere indirizzate a Gesù, alla Vergine e alla Trinità. Gli studiosi parlano di questo caso con stupore perché vedono negli scritti di questa bambina un bellissimo sistema teologico e allo stesso tempo rivelano una vita di intima unione con Dio. Una vita di santità elaborata anche dalla sofferenza. È in atto il processo di beatificazione e c'è chi parla di un nuovo dottore della Chiesa. Dopo Santa Teresa di Lisieux, dottore della Chiesa a 24 anni, avremo un altro dottore a 7 anni?

Abbiamo voluto segnalare queste figure per testimoniare che la santità è presente anche nei bambini.

In occasione della beatificazione di Francisco e Giacinta, la Conferenza Episcopale portoghese ha pubblicato una Nota pastorale, in cui proponeva i nuovi beati come esempio da imitare "per il fulgore della loro carità e altre virtù evangeliche". "I pastorelli – continua la Nota – ci ricordano che anche i bambini hanno un compito da svolgere nella Chiesa e nella società... e che la santità è vocazione comune a tutti e aspetto caratteristico del popolo di Dio" (*L'Osservatore Romano*, edizione spagnola, 12 maggio 2000).

L'omelia del Papa durante la beatificazione di Francisco e Giacinta segnala l'aspetto spirituale dei Pastorelli di Fatima (cfr. *Ecclesia*, 27 maggio 2000). Proprio il Papa, nella celebrazione del Giubileo dei bambini – il 2 gennaio scorso – esortava i fanciulli con queste parole: "Cominciando con voi, bambini e adolescenti, la serie delle solenni celebrazioni giubilati, la Chiesa vi pone al centro dell'attenzione dei credenti. Ricevete il dono del Giubileo e tornate a casa trasformati dall'amore di Gesù,

che vi ha dato la sua amicizia. Seguitelo con entusiasmo e aiutate tutti ad avvicinarsi a Lui con totale fiducia. Gesù è la Porta Santa che ci permette di entrare nel Regno di Dio” (*L'Osservatore Romano*, 3-4 gennaio 2000).



4. Il bambino malato

Non è facile stare di fronte a una persona malata; non lo sappiamo fare, siamo a disagio, è una cosa ardua, difficile. Tutti lo abbiamo sperimentato, in particolare si sente più a disagio il sacerdote, porta “armi” di difficile appoggio per sentirsi sicuro di fronte al malato; il personale sanitario ha l’appoggio tecnico che molte volte gli fa da barriera, che gli dà autorità, prestigio... Sono armi difensive. Tutti abbiamo vissuto queste o simili situazioni di fronte al malato.

Se ciò è vero, quando il malato è un bambino il problema si aggrava. È il mistero del dolore che non ha età, non ha luogo, e neanche sesso. Soffrire all’inizio della vita, perché? Perché soffrono e muoiono i bambini, gli innocenti? È la domanda che si fa Camus, è la domanda che ci facciamo noi.

Io stesso sono stato nove anni cappellano di un ospedale pediatrico a Barcellona; 400 letti, un grande consultorio, pronto soccorso e un reparto di maternità – 50 letti – annesso all’ospedale.

Potete immaginare l’attività, il carico di dolore e di speranza, l’abilità dei professionisti, la durezza della gior-

nata, la lotta per la vita, tanti bambini che iniziano la vita soffrendo, tante madri attaccate alla croce, sperando in “resurrezioni”, in un successo della medicina, perfino in un miracolo. E poi l’attività professionale, molta e molto se-

ria, e tutti i temi umani ed etici che nascono quotidianamente.

E in mezzo a tutto ciò l’équipe pastorale, che accompagna, anima, celebra la vita debole, malata, ma carica di vita, di esperienza.

Quanti venerdì santi, ma quante domeniche di Pasqua! Quanti ricordi!

“Ricordo l’angoscia di una giovane coppia per la malattia del proprio figlio morto a tre mesi. Quanto tempo passava nella cappella tra speranze e disperazioni!

“– E la madre di Jordi, con che amore e illusione curava il figlio!

“– Quante famiglie sperano che li visitiamo. ‘Vi stavamo aspettando’, ci dicono spesso.

“– E quel padre, Paco, disilluso, disperato per il figlio affetto da spina bifida, che non crede in nulla, che dice di aver perduto la fede... Lo spingiamo a uscire dall’oscurità, dalla tristezza e, col passare dei giorni, vediamo più luce e tranquillità in quella casa, in questa coppia insieme al figlio.

“– E cosa raccontare di Alicia, di 12 anni, di Juan di 8, di Gemma di 9, malata di leucemia, di José Manuel, 6 anni, di Maria, 3 anni?

“– Miguel Angel è un bam-

bino di 7 anni, malato di cancro, un caso disperato. Il bambino piange, sta male, lo sente e con una consapevolezza di adulto ripete con una certa frequenza tra i singhiozzi: ‘Mamma, uccidimi!’. Parliamo con i genitori, cerchiamo di stare più vicino, di animare, ma non ci viene dato tempo per una conversazione più lunga. Tutto è interrotto. È tanto difficile, c’è molta angoscia!

“– Ecco la riflessione di un genitore: ‘Nel mio lavoro mi sento distante e non ho fiducia nei miei colleghi... Ho sempre creduto che nella gente ci fosse molta cattiveria, ma dopo tanti giorni in ospedale ho scoperto questo valore umano nel personale sanitario, nei volontari, nel servizio religioso. Sono contento, benché mio figlio sia sempre malato. L’ospedale è una sorpresa’.

“– E un altro genitore: ‘Noi genitori, privi di spirito e spaventati dalla malattia incurabile di nostra figlia, siamo stati consolati soltanto dalle parole del sacerdote che ci ha accompagnato durante il battesimo e la morte di nostra figlia’.

“– ‘Molte grazie, Elvira, mi hai aiutato molto’, erano le parole di una madre alla persona che le aveva fatto visita dopo la sepoltura della sua bambina”.

Permettetemi di raccontarvi la testimonianza di una bambina di 8 anni che ha sofferto un incidente insieme alla cugina, e che visitavamo con una certa frequenza. Dopo essere stata dimessa, venne un giorno all’ospedale a trovarci, portando varie cose e una lettera che diceva così:

“Caro San Giovanni di Dio, mia nonna ti ossequia con questo ramo di fiori per aver curato me e mia cugina. Cura tutti i bambini di questo ospedale. Aiuta Yolanda e Gustavo, Rafa, ecc., che vengano curati come tu hai fatto con noi. La mia nonna ti manda questo ramo di fiori perché tu curi altri bambini. Desidero che tu dia una lezione ai cuochi che cucinano molto male e ai bambini dell’ospedale la loro cucina non piace. Ti lascio le mie stampe perché ora non ne

ho bisogno grazie a te che mi hai curato. Te le lascio perché le usino altri bambini che ne hanno bisogno, però ti chiedo che nessuno debba usarle in questo mondo perché io credo che non c'è bisogno che la gente muoia o soffra, perché se non ci fossero queste cose orribili tutto il mondo vivrebbe felice. Te lo dice con tutto l'amore, Isabel Maria"⁴.

Scene come queste si moltiplicano nell'ospedale pediatrico; sicuramente il sacerdote non avrà tempo per analizzare, come fa lo psicologo, esperienze, stadi, pensieri e reazioni del bambino di fronte alla "sua malattia" o alla "sua morte". Lasciamo questa analisi agli specialisti e pensiamo globalmente alla vita quotidiana dell'ospedale nelle molteplici scene di genitori e figli che soffrono; in molti casi l'attenzione pastorale dovrà ricadere più sui primi – nel loro dolore e nella loro angoscia – che sui figli, giacché questi sono molto piccoli di età. Se il lavoro dell'ospedale si realizza in una équipe vera, il servizio pastorale sarà aiutato dagli altri professionisti, soprattutto psicologi, assistenti sociali, ecc. Basterà essere presenti nell'équipe per "trarre beneficio" dalla competenza di detti professionisti al servizio della Pastorale.

Credo che il servizio pastorale debba svolgere un ruolo importante nel binomio bambino-genitori e soprattutto bambino-madre, per captare esperienze, necessità, problemi; per captare la vita e esservi presente. Per questo le attenzioni pastorali si orienteranno maggiormente verso una relazione di aiuto in cui nasca la fiducia e a partire dalla quale si potranno ricostruire tanti problemi vitali che affiorano nei momenti di dolore. La Pastorale migliore sarà, quindi, una presenza continua, discreta, non invadente, una presenza organizzata e coordinata, che accentui i punti forti di necessità delle persone nell'ospedale: al centro il bambino ammalato e attorno a lui i suoi genitori e il personale sanitario.

Non è questo il luogo per scoprire quali debbano essere

gli atteggiamenti, le forme, gli stili di presenza dei componenti il servizio pastorale, che si devono invece studiare ed arricchire con l'esperienza; credo che sapersi "situare", cioè sapere dove stare, conoscere quali sono le necessità basilari, avere la garanzia di possedere un minimo di qualità per il ministero in quel luogo, e organizzare il servizio, sia il bagaglio imprescindibile su cui devono contare tutti i componenti del servizio pastorale.

Tutti questi criteri aiuteranno a costruire giorno dopo giorno la presenza, il dialogo, l'aiuto, la celebrazione sacramentale e liturgica; daranno luce alle nostre parole, senso ai nostri gesti; sentiremo il piacere di condividere speranze e disperazioni, dolori, angustie e gioie per il successo, la guarigione...; vedremo nascere vite nuove, resuscitate in mezzo al dolore e alla morte. Basta non lasciarsi cogliere dalla routine, dall'improvvisazione, dal non sapere cosa fare.

Oggi lo Spirito è presente, operante, oggi continua a scegliere annunciatori di novità di vita, di resurrezione, d'amore, di gioia, di festa. A questa chiamata dello Spirito dobbiamo dare risposte entusiaste e intelligenti, che nascano dalla fede, pieni dello Spirito. I rischi e la fatica saranno tanti, però vale la pena gridare con la forza dello Spirito: "sono qui".

Evangelizzati per evangelizzare. Convinti che quanto annunciamo non è patrimonio nostro ma che ci viene affidato dal Signore: "Andate ed evangelizzate". Convinti anche che il disegno di Dio viene condizionato dalla libertà degli uomini che rifiutano, non accolgono il messaggio.

È ora che dobbiamo seguire l'esempio di Gesù, degli Apostoli, e di tanti evangelizzatori che non si ritrassero di fronte alle difficoltà, anzi si armarono di coraggio, di entusiasmo e di speranza.

Vi esorto, per questo, a non lasciarvi vincere dalle "malattie del corpo" che possono frenare l'entusiasmo evangelizzatore: la poca salute, l'età avanzata, la stanchezza... An-

cor meno, lasciarvi vincere dalle "malattie dello spirito: l'apatia, la tristezza, la mancanza di entusiasmo, le contraddizioni, le infinite difficoltà..."

Esercitatevi piuttosto nei doni dello Spirito: "amore, gioia, pace, pazienza, benevolenza, bontà, fedeltà, mitezza, dominio di sé" (Gal 5, 22), la forza, la speranza, convinti che le grandi opere sono frutto di Dio, ma che hanno bisogno della nostra collaborazione.

Nascerà così la nuova evangelizzazione: nuova nell'ardore, nuova nei metodi, nuova nelle espressioni.

Sono queste le basi e i criteri su cui dobbiamo organizzare un servizio pastorale nell'ospedale pediatrico che garantisca la presenza evangelizzatrice. A questo dedicheremo il successivo paragrafo.



5. Il servizio di evangelizzazione nell'ospedale pediatrico

a. Evangelizzare, missione specifica della Chiesa

La Chiesa esiste per evangelizzare, annunciare, trasmettere la Buona Novella, come continuatrice della parola e dei gesti di Gesù (Mt 28; EN 13,14).

Evangelizzare è la ragion d'essere della Chiesa e se questa è la sua missione specifica, tutti i suoi membri devono avere viva coscienza della propria responsabilità nei riguardi della diffusione del Vangelo.

a.1. Consapevolezza di questa missione

Alla Chiesa in quanto comunità di credenti, attraverso il mandato apostolico, è stata affidata la “cura dei malati”. Questa cura dei malati è inseparabile dall’“Evangelizzazione”.

La stessa tradizione della Chiesa, attraverso il suo Magistero, ci insegna:

- che il servizio ai malati è parte integrante della sua missione (DH 1);

- la Chiesa cerca l’incontro con l’uomo, in modo particolare, mediante il cammino della sofferenza: “L’uomo è cammino della Chiesa” (*Salvifici doloris*, 3);

- curare i malati è “diaconia” della Chiesa locale e universale. Questo ministero non si limita ai suoi fedeli, ma, per fedeltà al Vangelo, si apre – e si deve aprire –, a tutti coloro che soffrono (*Lc* 10, 25-37);

- la cura dei malati fa riferimento all’uomo nella sua unità somato-spirituale (DH 2);

- sarà pertanto obbligo della comunità cristiana aiutare il malato a liberarsi di tutto ciò che impedisce che la sofferenza sia, per lui e per gli altri, “una forza di redenzione” (SD 19);

- la cura dei malati è una “diaconia” ecclesiale che esprime in modo perfetto la sua essenza di “sacramento universale di salvezza” (LG 1).

Questa sollecitudine della Chiesa per i malati, la cui testimonianza non solo è grande in estensione, ma anche grandiosa per qualità, come dimostra la storia, questa preoccupazione – ripeto – viene sottolineata nel Magistero di questi ultimi anni: Pio XII ha illuminato la scienza medica con innumerevoli discorsi che fanno testo nel momento presente. Il Concilio Vaticano II, oltre al messaggio diretto ai malati, segnala tanto al vescovo quanto ai sacerdoti, di avere la maggiore sollecitudine “per i malati e i moribondi, visitandoli e confortandoli nel Signore” (PO 6, 8; LG 38). Lo stesso Diritto Canonico (can. 529, par. 1) ricorda ai parroci il dovere di assistere i malati e i moribondi e di farlo con generosa carità.

Infine, i due documenti dell’attuale Pontefice, Giovanni Paolo II, *Salvifici doloris* e *Dolentium hominum*, il primo sul senso cristiano della sofferenza e il secondo Motu Proprio istitutivo del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, hanno messo in marcia un nuovo movimento nella cura pastorale dei malati.

Questa sollecitudine pastorale è stata ugualmente ricordata in modo particolare dal Papa nelle sue esortazioni apostoliche *Christifideles laici*, ai nn. 53 e 54 e *Vita consecrata* nn. 82 e 83.

Allo stesso modo, la sollecitudine pastorale della Chiesa a favore dei malati è presente in tutto il Magistero dell’attuale Pontefice, tanto nei suoi numerosi discorsi in incontri con malati e professionisti della medicina⁵, quanto in documenti di grande rilievo – legislazione canonica, nuovo catechismo, lettere encicliche ed esortazioni apostoliche –; in tutti troviamo diversi passaggi che, direttamente o indirettamente, alludono al campo della Pastorale sanitaria e che abbiamo avuto cura di raccogliere e commentare nella nostra rivista “*Dolentium hominum*”, come presentiamo qui di seguito.

La Pastorale sanitaria nei documenti della Chiesa:

Scritti pubblicati nella rivista “*Dolentium hominum*”:

La cura dei malati secondo la legislazione canonica (DH 11, pp. 5-8)

La Chiesa e i malati nel nuovo Catechismo della Chiesa Cattolica (DH 23, pp. 44-47).

Lettere encicliche ed esortazioni apostoliche:

- *Spiritus vivificantem* (DH 5, pp. 18-20)

- *Christifideles laici* (DH 12, pp. 8-10)

- *Redemptoris missio* (DH 17, pp. 7-9)

- *Centesimus annus* (DH 17, pp. 10-12)

- *Pastores dabo vobis* (DH 21, pp. 8-10)

- *Evangelium vitae* (DH 29, pp. 4-14)

- *Vita consecrata I* (DH 32, pp. 7-10)

- *Una speranza nuova per il Libano*

- (DH 36, pp. 10-11)

- *Ecclesia in America* (DH 41, pp. 6-8)

- *Fides et Ratio* (DH 41, pp. 9-16)

a.2. Un’evangelizzazione nuova nell’ardore, nei metodi, nelle espressioni

Il Papa Giovanni Paolo II, nella Lettera enciclica *Veritatis splendor* (6 agosto 1993) fa allusione a questo suo pensiero di “nuova evangelizzazione” lanciato dieci anni fa in un discorso ai vescovi del CELAM (9 maggio 1983). Così recita il n. 106 dell’Enciclica:

“L’evangelizzazione è la sfida più forte ed esaltante che la Chiesa è chiamata ad affrontare sin dalla sua origine. In realtà, a porre questa sfida non sono tanto le situazioni sociali e culturali che essa incontra lungo la storia, quanto il mandato di Gesù Cristo risorto, che definisce la ragione stessa dell’esistenza della Chiesa: ‘Andate in tutto il mondo e predicate il vangelo ad ogni creatura’ (*Mc* 16, 15). Il momento però che stiamo vivendo, almeno presso numerose popolazioni, è piuttosto quello di una formidabile provocazione alla ‘nuova evangelizzazione’, ossia all’annuncio del Vangelo sempre nuovo e sempre portatore di novità, un’evangelizzazione che deve essere ‘nuova nel suo ardore, nei suoi metodi e nella sua espressione’”.

Cinque anni dopo il discorso al CELAM, a Salto in Uruguay, spiegando il significato di quelle espressioni, il Santo Padre diceva: l’evangelizzazione sarà nuova nell’ardore, se, nella misura in cui verrà attuata, rafforzerà sempre più l’unione con Cristo, primo evangelizzatore; sarà nuova nei metodi, se ogni membro della Chiesa diventerà protagonista della diffusione del messaggio di Cristo; perché l’evangelizzazione sia nuova anche nell’espressione, dovete stare con le orecchie attente a ciò che il Signore può suggerire in qualunque momento.

Ogni azione evangelizzatrice deve cominciare sempre con un’azione dal di dentro; cioè l’evangelizzatore deve

prima evangelizzare se stesso, passare l'esperienza dell'incontro con Gesù salvatore (EN 24), giacché l'evangelizzazione è soprattutto comunicazione di un'esperienza; non si tratta di un'attività professionale di una propaganda ideologica, né di un servizio filantropico, ma è soprattutto una testimonianza di vita. Per trasmettere la dottrina in modo convincente sono necessari i testimoni.

Dobbiamo evitare l'inerzia apostolica, superare schemi passati, ritmi ripetitivi, incapaci di rispondere alle necessità. Con l'inerzia non è possibile evangelizzare. "Occorre sempre di nuovo uscire dalla situazione di una Chiesa che ha perduto il primo amore, che tollera l'idolatria, che ha ceduto al compromesso, dal torpore di una Chiesa che dorme o che vive tiepidamente nella mediocrità, per essere *Chiesa povera, Chiesa che ascolta lo Spirito Santo, Chiesa di comunione*. Trasformare l'umano per farlo diventare divino: ciò richiede una *metanoia*, un cambiamento radicale. Come quello progressivo e poi decisivo dei discepoli di Emmaus: convertiti dalla Parola e dalla presenza viva di Cristo, hanno cambiato strada"⁶.

È il Papa Giovanni Paolo II a venire incontro a queste difficoltà; significativo è il n. 36 della *Redemptoris missio* in cui allude alle difficoltà all'interno della Chiesa:

"Non mancano le *difficoltà interne* al popolo di Dio, le quali, anzi, sono le più dolorose. Già il mio predecessore Paolo VI indicava in primo luogo 'la mancanza di fervore, tanto più grave perché nasce dal dentro; essa si manifesta nella stanchezza, nella delusione e, soprattutto, nella mancanza di gioia e di speranza' (EN 80). Grandi ostacoli alla missionarietà della chiesa sono anche le divisioni passate e presenti tra i cristiani (AG 6), la scristianizzazione in paesi cristiani, la diminuzione delle vocazioni all'apostolato, le contro-testimonianze di fedeli e di comunità cristiane che non seguono nella loro vita il modello di Cristo. Ma una delle ragioni più gravi dello scar-

so interesse per l'impegno missionario è la mentalità indifferente, largamente diffusa, purtroppo, anche tra cristiani, spesso radicata in visioni teologiche non corrette e improntata a un relativismo religioso che porta a ritenere che 'una religione vale l'altra'. Possiamo aggiungere – come diceva lo stesso pontefice – che ci sono anche 'alibi che possono sviare dall'evangelizzazione. I più insidiosi sono certamente quelli, per i quali si pretende di trovare appoggio nel tale o tal altro insegnamento del concilio' (EN 80)".

E ancora il Papa anima a superare queste difficoltà. "Le difficoltà interne ed esterne non debbono renderci pessimisti o inattivi. Ciò che conta – qui come in ogni settore della vita cristiana – è la fiducia che viene dalla fede, cioè dalla certezza che non siamo noi i protagonisti della missione, ma Gesù Cristo e il suo Spirito. Noi siamo soltanto collaboratori".

Il prossimo 2001 celebreremo a Sydney, in Australia, la IX Giornata Mondiale del Malato il cui tema sarà: "La nuova evangelizzazione e la dignità dell'uomo che soffre".

Nel messaggio che il Papa ha inviato in occasione di detta Giornata si sottolinea la necessità di evangelizzare questo settore sanitario di grande esperienza umana.

Nel numero tre del Messaggio il Papa ci dice che gli ospedali sono *santuari* in cui si partecipa il mistero pasquale di Cristo e che è importante che in queste strutture non manchi una presenza qualificata e significativa di credenti che apprendano da Cristo ad essere buoni samaritani.

Gli ospedali, i centri sanitari e i centri per anziani sono *ambiti privilegiati* della nuova evangelizzazione, dice il Papa. È importante che, all'inizio del Millennio, si dia un impulso rinnovato all'evangelizzazione nel mondo sanitario, luogo indicato per diventare un laboratorio prezioso di civiltà dell'amore, come dice ancora il Papa in questo Messaggio.

"Se sarete quello che dovete essere, metterete fuoco in tut-

to il mondo" (Giovanni Paolo II ai giovani nell'omelia di chiusura della Giornata Mondiale della Gioventù, 20 agosto 2000).

Sono parole di Santa Caterina da Siena che il Papa fa sue e lancia ai giovani. Sono parole di grande attualità per la Pastorale nei centri sanitari, in cui è necessario mettere fuoco, un fuoco apostolico, interiore, spirituale, un fuoco che incendi la vita e il nostro futuro, che incendi i nostri passi vacillanti e stanchi. Mettere fuoco vuol dire porre anima, vita, amore, servizio, solidarietà al "corpo tecnico", alle strutture sanitarie. Il servizio pastorale deve essere l'*anima* dell'ospedale, l'anima della struttura sanitaria. Deve essere *fuoco* che arde, che entusiasma; *luce* che illumina, *gioia* che soavizza il dolore, *compagnia* nella solitudine, *amore* che cura e salva.

a.3. Formazione degli Operatori della Pastorale sanitaria

È difficile realizzare oggi una nuova evangelizzazione, secondo il criterio che stiamo indicando, se gli operatori non possiedono una formazione pastorale di base e se questa non si aggiorna periodicamente. Il Concilio Vaticano II ha insistito molto su questa formazione pastorale, e ha indicato che tutti gli altri aspetti della formazione devono essere diretti alla finalità pastorale (OT 4). Nel decreto *Apostolica actuositatem* nn. 28 e 29 si dice che la formazione pastorale deve essere multiforme e completa, e adattata alle diverse forme di apostolato (nn. 16-19, 31).

"L'obiettivo chiave sarà raggiungere il discernimento sufficiente dei cammini che lo Spirito va indicando alla Chiesa in seno ai cambiamenti di questa società in trasformazione radicalizzata e accelerata. Si tratta di educare in una seria teologia dell'azione pastorale che abbracci tutti i suoi campi: morale, sociale, spirituale; formare nella conoscenza di un'adeguata metodologia pastorale e di una retta criteriologia d'azione; precisare i termini della solidarietà responsabile della Chiesa nella

sua azione relazionata alla società umana; educare nel lavoro di base, nell'iniziativa personale, nello spirito associativo, nel lavoro d'équipe, nell'apertura a solidarietà più ampie" (cfr. *Assemblea congiunta Vescovi-sacerdoti*, Spagna, pendenza VII).

I mezzi per questa formazione oggi sono molti e variati; ci si forma a partire dall'esperienza, dall'inserimento in attività pastorali dove esiste una buona organizzazione, coordinamento e valutazione; questa è una cattedra molto importante. Ci si forma assistendo a lezioni di buoni maestri, a corsi, a settimane di riflessione. Per una formazione in Pastorale sanitaria con i gradi accademici di laurea e dottorato in Teologia pastorale sanitaria, esiste finora nel mondo solo un centro, il Camillianum di Roma, diretto dai Padri Camilliani. Stanno però nascendo in molte Nazioni scuole e centri di Pastorale sanitaria e questo tema viene sempre più inserito nei seminari e negli istituti di Pastorale.

Sottolineiamo la necessità che l'Operatore pastorale includa nel suo progetto di vita uno spazio per la formazione permanente. Non dimentichiamo che fa parte di questa for-

giunti finora arricchiscono.

Ma attenzione, non cadiamo nel trabocchetto del quantificabile: nella Pastorale ci sono cose che non sono misurabili.

"Le azioni pastorali provengono da una comunità di persone e tendono a creare vita comunitaria di fede, carità e partecipazione. Di conseguenza:

1. il risultato dell'azione pastorale non è misurabile in termini quantitativi. Non è un'azione che porti alla produzione di cose;

2. i criteri propri dell'azione pastorale reclamano un processo di elaborazione che non può esprimersi solo in concetti giuridici;

3. non sono applicabili in modo univoco all'azione pastorale gli schemi organizzativi degli enti politici, dei sindacati, dell'industria, ecc., sebbene debbano essere tenuti in conto tutti i progressi delle scienze umane sulla dinamica di gruppo, l'organizzazione del lavoro, la pianificazione, ecc.

L'azione pastorale richiede propri canali che gli diano maggiore ampiezza, maggior efficacia, maggior permanenza. Li chiameremo strutture pastorali.



mazione la lettura di libri, riviste, ecc., allo scopo di tenere sempre allenata la mente e vivo l'ideale.

Ci si potrà chiedere: e il risultato? La risposta è sempre positiva, si è progredito molto, resta tuttavia molta strada da percorrere, però i risultati rag-

Le strutture della Chiesa sono funzionali e strumentali per il compimento della sua missione. Per questo sono necessarie e contingenti, perché sono tutte intercambiabili.

Alle strutture pastorali della Chiesa è consustanziale il carattere strumentale contingen-

te, provvisorio: non sono mai un fine in sé, procedono dalla vita, devono servire fedelmente la vita e rinnovarsi con essa (cfr. *Assemblea congiunta Vescovi-sacerdoti*, Spagna, pendenza III, 01 e 02).

b. Il progetto pastorale

Deve contemplare i seguenti capitoli: destinatari del progetto, l'équipe pastorale e il programma.

b.1. Destinatari del progetto: l'ospedale pediatrico

– Si tratta di un progetto che tiene conto del luogo: l'ospedale, con i suoi molteplici aspetti tecnici, organizzativi, economici, sociali, etici.

– Ospedale pediatrico: pertanto conoscenza della realtà del bambino, esperienze, necessità, reazioni di fronte alla situazione della malattia.

– Vedere inoltre, in modo particolare, il contorno familiare per il contatto e il ruolo che i genitori e soprattutto la madre svolgono.

– Conoscenza del personale sanitario: vincolo, motivazioni, valori, necessità.

– Appartenenza, cioè proprietà, dell'ospedale e sua filosofia.

– Dinamica e vita quotidiana dell'ospedale e in particolare una conoscenza della permanenza media del bambino. Oggi la permanenza è molto breve, e condiziona progetti "solidi e permanenti"; si dovrà programmare con una mentalità nuova una Pastorale cosiddetta "di urgenza", tanto per la brevità come per le condizioni della permanenza.

b.2. L'équipe pastorale

È vero che in molti casi sarà una sola persona ad essere vincolata e responsabile della Pastorale del centro; però anche in simili casi questa persona può chiamare a farvi parte "volontari" con funzioni specifiche di visita, distribuzione della Comunione, ecc.

In molti altri casi sarà una vera équipe composta da sacerdote(i), religiose e laici. Tutti devono conoscere bene l'ambiente ospedaliero, "inclinare" a realizzare la Pastorale di questo settore, idonei. La cosa

importante dell'azione pastorale sono le persone, gli agenti. Uno non dà ciò che non ha.

La Pastorale vale ciò che vale il pastore; l'evangelizzazione vale ciò che vale l'evangelizzatore; l'apostolato vale ciò che vale l'apostolo. Non si tratta di "funzionari" ma di testimoni che illuminano, stimolano, coordinano, integrano e trasmettono speranza, esperienza, vita.

È importante realizzare questa parola in équipe, creare l'équipe, animarla, farla conoscere. Ogni équipe, ogni gruppo è sempre una realtà dinamica; ha un processo di maturazione simile a quello della persona e passa per le stesse fasi: fanciullezza, adolescenza, maturità ed età adulta.

All'inizio della formazione dell'équipe di Pastorale, dobbiamo tener conto dei seguenti fattori:

- pazienza (la vita non cresce tutta in una volta);
- capacità di entusiasmo e di speranza;
- una certa tecnica (poiché non basta la buona volontà);
- tempo materiale e psichico da dedicare ai membri dell'équipe;

– scegliere bene il coordinatore e far sì che nella prima fase della formazione del gruppo non ci siano persone difficili.

Se l'animazione e l'animatore devono essere fattori di cambiamento, di trasformazione, il gruppo realizza più fortemente questa trasformazione; è più facile cambiare una persona integrata in un gruppo piuttosto che isolata; il cambiamento realizzato in équipe di solito dura di più; sappiamo anche come le decisioni siano più facilmente accettate se prese in gruppo.

b.3. Il programma

"La programmazione pastorale è lo studio, l'elaborazione, la decisione di una serie di azioni pastorali appropriate per far sì che l'ospedale passi da una condizione determinata ad un'altra migliore".

Definita la programmazione, ci chiediamo: come programmare? La risposta è la seguente, per mezzo di una Pastorale per obiettivi, perché crediamo che si tratti di un

processo maggiormente educativo e che risponde meglio al fine che perseguiamo; perché ci obbliga a definire bene le scelte e ad essere più seri nei compiti; perché influisce progressivamente sul rinnovamento degli Operatori pastorali e ci obbliga a maggiore animazione e coordinamento.

Questa organizzazione per obiettivi esige di descrivere il campo del nostro lavoro pastorale secondo le necessità e le possibilità. Conosciuto il campo di lavoro, occorrerà proporre obiettivi generali e specifici e azioni concrete.



Le attività che integrano la programmazione devono essere ben studiate, con possibilità di realizzazione, unite tra di loro, tenendo conto del criterio di efficacia ed essere convergenti; si deve tener presente anche il principio di gradualità e globalità.

Infine, nella programmazione dobbiamo tenere presente la situazione attuale in cui siamo, ciò che desideriamo e ciò che è possibile fare.

Pertanto, nel concreto il programma contempla il caso di un ospedale pediatrico: bisogna vedere il volume, la dinamica, le situazioni concrete. Si tratta di una cosa fondamentale. Si tratta anche di un'équipe di Pastorale che vuole funzionare come tale: persone preparate, con entusiasmo e voglia di lavorare; persone con un programma che contempli attività concrete, distribuzione e coordinamento di funzioni.

Nella programmazione non possiamo dimenticare due

criteri fondamentali: dobbiamo avere rispetto per i malati, i familiari e i lavoratori per il credo che professano; il servizio pastorale deve essere integrato nel lavoro assistenziale dell'ospedale, e in nessun modo deve essere un'isola nell'ospedale.

Nasce a domanda: quali attività pastorali possono essere realizzate in un ospedale pediatrico? Dopo quanto ho detto sull'équipe pastorale e il luogo concreto in cui si realizza la Pastorale, mi soffermerò a segnalare alcune aree di attenzione pastorale.

1. Personale dell'ospedale

Una relazione continua con il personale medico e infermieristico favorirà fortemente la dinamica pastorale. Punti forte di questa relazione possono essere:

- approfittare della visita a reparti e altri servizi;
- programmare alcune iniziative per il personale, come corsi, conferenze, ecc.;
- integrare il servizio pastorale nella dinamica docente dell'ospedale;
- approfittare di circostanze festive, sociali, familiari...;
- collaborare con le équipe interprofessionali in temi di studio su etica, umanizzazione, problematiche che nascono nella pratica professionale.

2. Con i bambini

Si devono tenere ben presenti l'età, le condizioni e la permanenza nell'ospedale. Tenendo conto di tutto ciò, si for-

mulerà una presenza pastorale diretta soprattutto a:

- una visita programmata e costante;

- una presenza “catechetica”, in particolare nei servizi di una lunga degenza e in unione con la “scuola” che, a partire dall’ospedale, segue il corso scolastico del bambino;

- dimensione sacramentale; qui entrano in gioco vari fattori: quanti bambini dell’ospedale sono in età di ricevere i sacramenti, qual è la pratica religiosa dei bambini, quali celebrazioni sacramentali è possibile programmare, e come, quando;

- la famiglia; tutto quanto facciamo al bambino passa per la famiglia: visite, atti religiosi, celebrazioni, ecc., devono tener presente questa mediazione familiare di fronte al bambino e, allo stesso tempo, la dimensione evangelizzatrice di fronte alla famiglia.

3. L'équipe

La prima dimensione del programma deve contemplare anche l'équipe: le sue necessità e la sua responsabilità. Punti del programma nei confronti dell'équipe potrebbero essere i seguenti:

- prestare attenzione alle persone che fanno parte dell'équipe pastorale: preparazione, esperienze, ritmo, integrazione, attività;

- potenziare le aree dell'équipe: dinamica di gruppo, relazione di aiuto, celebrazione della fede;

- integrazione “autorizzata e responsabile” in certe dinamiche ed aree di riflessione a livello di ospedale: comitato di etica, comitato di accoglienza e umanizzazione, docenza;

- valutazione periodica delle attività pastorali a diversi livelli, secondo un cronogramma preciso;

- curare il contatto con parrocchia, zona pastorale e diocesi. Servirà per fornire idee ed esperienze e riceverne a sua volta.

Conclusioni

Dopo questa lunga dissertazione, in cui ho tentato di indi-

viduare e plasmare un programma pastorale nell'ospedale pediatrico, vorrei concludere, sintetizzando quanto abbiamo detto con questi quattro infiniti: **essere, apprendere, dire, fare.**

1. Essere

Per ottenere una buona musica, la cosa più importante è il musicista, non lo strumento. Allo stesso modo, nella Pastorale la cosa importante non sono i programmi, ma i pastori, quel che sono, la vita e lo Spirito che pongono nei programmi.

Nella Pastorale, se non si fa affidamento allo Spirito, si va al fallimento. Lo Spirito Santo è forza, luce, è protagonista dell'evangelizzazione. Non sono i nostri metodi quelli che danno efficacia, ma lo Spirito. La Pastorale è un problema di testimonianza più che di metodi. Nella Pastorale non è la nostra fatica ciò che conta, la forza non sta nel farlo bensì nell'essere e, “essendo”, essere capaci di rendere presente il Resuscitato, di far sì che la gente scopra Cristo e possa dire “È il Signore!” (Gv 21).

Cosa dobbiamo essere per i bambini ammalati? Dobbiamo essere testimonianza, presenza, silenzio, sorriso, gioia, speranza, felicità, guarigione, salvezza. Questo è l'aspetto che deve vivere l'équipe pastorale ed essere capace di infondere in tutta l'azione pastorale nell'ospedale pediatrico.

2. Apprendere

Dal bambino, dai suoi familiari, dal personale sanitario, appendiamo ad entrare in contatto, a confrontarci; apprendiamo a contare sulle persone; esse segnalano quanto siamo fragili e ci insegnano che è dalla nostra fragilità, dalla nostra vulnerabilità, che si fa la Pastorale. Solo il “ferito”, il vulnerable, può curare e salvare.

3. Dire

Prima di dire, bisogna ascoltare, accogliere. Creare un ambiente di vicinanza, di amicizia che accompagna, che cura.

Dire, invitare, offrire, esortare a prendere il proprio lettuccio e alzarsi (Mc 2, 1-12). Entusiasmare, aprire spazi, dar vita alle “paralisi”, illuminare la vita perché si realizzi l'incontro, perché l'altro scopra la propria fede senza che si cerchi di convincerlo. Gesù ci serve da esempio. Emmaus (Lc 24), Zaccheo (Lc 19), Matteo (Mt 9, 9-13). Sicuri che scopriremo la presenza di Dio nell'altro, come Maria ed Elisabetta (Lc 1, 39-47).

Diciamo, seminiamo, però lasciamo spazio a Dio, è Lui che semina; lasciamolo crescere, il seme necessita di tempo (Mt 13).

4. Fare

Programmare. Discernere necessità, creare, celebrare, partecipare, coordinare, valutare. Cosa dobbiamo fare nell'ospedale pediatrico? Dare soluzioni? Essere soldato di Dio? Giocare a fare il medico, l'infermiere? Cosa dobbiamo fare, infine, nella Pastorale?

Come il Samaritano (Lc 10, 30-35), fermarsi, avvicinarsi, curare; ma attenzione, siamo mediazione, samaritani che si avvicinano al ferito, lo curano, che lo caricano sul giumento, lo portano alla locanda... Il resto lo farà il Signore.

Decalogo di assistenza integrale del bambino malato

Quando ero cappellano dell'ospedale pediatrico San Giovanni di Dio di Barcellona, è stato scritto un decalogo che abbraccia aspetti scientifici, umani, deontologici e religiosi, una sorta di impegno dell'ospedale a realizzare un'assistenza integrale del bambino malato.

Il decalogo è il seguente:

1. la cura integrale del bambino è il nostro primo e principale dovere;

2. dichiariamo di sottomettere la nostra opinione e il nostro amore alla verità scientifica;

3. la pratica della docenza attraverso il bambino non sarà mai lesiva per lui e non ne offenderà la dignità;

4. nel campo della pediatria

il medico e il personale infermieristico agiscono come delegati dei genitori e per questo nel loro lavoro assistenziale deve guidarli l'amore del bambino;

5. ogni dubbio che sorgesse nel trattamento del bambino sarà risolto tramite consulta al necessario livello;

6. di fronte al bambino malato non esistono condizionamenti derivati da razza, religione, nazionalità, livello sociale o amicizia;

7. anche il bambino incurabile ha diritto a vivere, ad essere curato e amato;

8. daremo al compagno o all'istituzione che proseguirà il trattamento del bambino tutta l'informazione precisa possibile;

9. promuoveremo la pediatria sociale, la prevenzione delle malattie e degli incidenti dei bambini mediante campagne popolari e riunioni scientifiche;

10. ci dichiariamo solidali e partner dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dell'UNICEF.

S.E. Mons. JOSÉ L. REDRADO,
O.H.
Segretario del Pontificio Consiglio
della Pastorale della Salute
Santa Sede

Bibliografia

- GIOVANNI PAOLO II:
- *Lettera ai bambini nell'anno della famiglia*. Ed. Vaticana, 1994.
- Messaggio per la Giornata mondiale della pace 1996, *"Diamo ai bambini un futuro di pace!"*.
- *Textos con motivo de la beatificación de los niños Francisco y Jacinta*, nella rivista "Ecclesia", 27 maggio 2000, pp. 24-32.
ROBERT COLES, *"La vita spirituale dei bambini"*. Ed. Rizzoli, Milano.
MARIATERESA ZATTONI - GILBERTO GILLINI, *"Proteggere il bambino"*. Ed. Ancora, Milano 2000.
ALICE STURIALE, *"Il libro di Alice"*. Ed. Rizzoli, Milano 1999.
MARIA ROSARIA DEL GENIO, *"Carissimo Dio Padre..."*. Libreria Editrice Vaticana, 1999.
SOFIA CAVALLETTI, *"Il potenziale religioso tra i 6 e i 12 anni"*. Città Nuova Editrice, Roma 1996.
REDRADO JOSÉ L., *"Presencia cristiana en clínicas y hospitales"*. PPC, Madrid 1969.

REDRADO JOSÉ L., *"Programación y animación de la pastoral en el campo sanitario"*, nella rivista "Dolentium hominum", n° 24/1993.

REDRADO JOSÉ L., *"El trabajo pastoral en un hospital infantil"* (Servicio religioso del hospital infantil S. Juan de Dios de Barcelona), in *Actas del Congreso "Evangélicación y hombre de hoy"*. Ed. Edice, Madrid 1986.

LOZANO B. JAVIER, *"Teología y Medicina"*. Ed. Selare, Bogotá 2000.

NARDÍN ADRIANA, *"La cura pastoral en un ospedale pediátrico"*, nella rivista "Insieme per servire", aprile-giugno 2000.

PANGRAZZI ARNALDO, *"El Capellán, la asistencia religiosa y la Capellanía"*, nella rivista "Dolentium hominum", n° 33/1996.

Seminario de estudio sobre el tema *"La identidad del Capellán Católico en la Pastoral de la Salud y Sanidad en los Umbrales del 3er Milenio"*, 22-23 Noviembre 1999, nella rivista "Dolentium hominum", n° 44/2000.

CATERINA CANGIÀ, *"Un papà di nome Dio"*. Ed. Paoline e Assioma.

EVELINA SAVINI e CORNELIA COLOSIO, *"Click su Gesù"*. Ed. Paoline e Laboratorio delle Idee.

AA.VV., *"La Iglesia en el mundo de la salud"*. Edice, Madrid 1982.

AA.VV., *"Congreso Evangelización y hombre de hoy"*. Edice, Madrid 1986.

PAGOLA J.A., *"Acción pastoral para una nueva evangelización"*. Sal Terrae Santander 1991.

COMISION EPISCOPAL DE PASTORAL, *"La asistencia religiosa en el hospital"*. Edice, Madrid 1987.

LUCA BRANDOLINI, *"I fondamenti deontologici delle professionalità sanitarie"*, in *"Educazione e salute del bambino"*. Centro Editoriale Cattolico Carroccio.

PINO PELLEGRINO, *"Appunti di educazione religiosa"*. Elle DiCi, Torino 1994.

LUCIANO SANDRIN, *"Bambino malato"*, in *"Dizionario di teologia pastorale sanitaria"*. Ed. Camilliane, Torino 1997.

EUGENIO SAPORI, *"Il bambino e la morte"*, nella rivista "Anime e Corpi", settembre/ottobre 1993.

ANDREA BERGAMO, *"Pianeta bambino: verso una nuova cultura"*, in *"L'ancora nell'unità di salute"*. Edizioni Centro Volontari della Sofferenza, Roma 1990.

AURELIANO PACCIOLLA, *"Psicologia della religiosità infantile"*, in *"L'ancora nell'unità di salute"*. Edizioni Centro Volontari della Sofferenza, n. 2 Roma 1990.

CONFERENCIA EPISCOPAL DE PORTUGAL, *"Nota pastoral sobre la beatificación de los pastorcitos de Fátima"* nel quotidiano "L'Osservatore Romano". Edición española, 12 mayo 2000.



Revista Cuadernos de Bioética, Vol. XI. N. 41, la 2000, gennaio-marzo, Santiago.

LUIGI ACCATTOLI, *"Cerco fatti di Vangelo"*. Società Editrice Internazionale, Torino.

PONENCIAS MESA REDONDA *"Aspectos éticos de la atención pediátrica"*, in *"Solución de dilemas éticos en la práctica clínica"*. Cuadernos de Bioética 1998/4.

AA.VV., *"La famiglia e l'integrità del disabile nell'infanzia e nell'adolescenza"*. Atti del Congresso organizzato del Pontificio Consiglio per la Famiglia nella rivista "Familia et Vita", Anno V, No. 1/2000.

SU NENOLINA, *"Dottore della Chiesa a sette anni?"*, nella rivista "Vita Pastorale", N. 3/2000.

PIERSANDRO VANZAN S.I., *"Antonietta Meo, detta Nennolina: una mistica di sei anni"*, nella rivista "La Civiltà Cattolica", 4 dicembre 1999.

AA.VV., *"Antonietta Meo"*, in *"Dizionario di Mistica"*, Ed. Vaticana.

Sobre el *"Niño enfermo"*, nella rivista "Labor Hospitalaria".

HH San Juan de Dios. C/ Antoni Pujadas, 40 - 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona).

FIDENCIA FOZ, *"Preparación del niño para la hospitalización y la intervención quirúrgica"*, nella rivista "Labor Hospitalaria", n. 146/1972.

REDRADO JOSÉ L., *"El niño y la muerte"*, nella rivista "Labor Hospitalaria", n. 159/1976.

CECILIO ESEVERN, *"Los niños y los jóvenes minusválidos"*, nella rivista "Labor Hospitalaria", n. 168/1978.

PARLAMENTO EUROPEO, *"Derechos del niño hospitalizado"*, nella rivista "Labor Hospitalaria", n. 207/1988.

Comité Ético (Barcelona), *"Criterios de muerte cerebral en los niños"*, nella rivista "Labor Hospitalaria", n. 212/1989.

Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos del niño, nella rivista "Labor Hospitalaria", n. 220/1991.

CAHUÉ, *"¿Hablar de la muerte con los niños?"*, nella rivista "Labor Hospitalaria", n. 225-226/1992.

OTERO, *"¿Cómo tratar con los niños el tema del sufrimiento?"*, nella rivista "Labor Hospitalaria", n. 235/1995.

MEDICAL RESEARCH INVOLVING CHILDREN. BRITISH PAEDIATRIC ASSOCIATION, *"Guías para la investigación con niños"*, nella rivista "Labor Hospitalaria", n. 237/1995.

AA.VV., *"Equipo pediátrico"*, nella rivista "Labor Hospitalaria", n° 256/2000.

MARTÍN MIGUEL, *"Aspectos espirituales"*, nella rivista "Labor Hospitalaria", n° 256/2000.

Note

¹ ROCCHETTA C., *Teologia della tenerezza*, Ed. EDB, pp. 145-147.

² PELLEGRINO P., *Appunti di educazione religiosa*, Elle DiCi, Torino 1994.

³ Ibidem, p. 12.

⁴ REDRADO J. L., *El trabajo pastoral en un hospital infantil*. Cfr. atti del Congresso.

⁵ JACIELKA J., *La pastorale degli ammalati nell'azione e nell'insegnamento di Giovanni Paolo II (1978-1992)*. L'autore, in questa tesi di dottorato, raccoglie 310 incontri del Papa con i malati e 230 incontri con i professionisti sanitari, dal 1978 al 1992, incontri avuti nei centri sanitari, parrocchie, udienze a motivo di gruppi di studio, congressi, ecc.

⁶ NGUYEN VAN THUAN F.X., *Testimoni della speranza*, Città Nuova, Roma, 2000.

1. Introduzione

La professione infermieristica è fondamentale nel vasto campo della salute. Non riconoscerlo sarebbe una calamità per il benessere *della società, delle popolazioni, delle famiglie, degli individui*.

È certo che la professione infermieristica è molto conosciuta nel campo della salute, però crediamo sia poco riconosciuta. Riconoscere vuol dire tornare a conoscere, tornare a leggere e a rileggere la storia. È questo ciò che vuole l'attuale professione, essere riconosciuta, e questo riconoscimento conviene alla società.

In un mondo già molto progredito in molte scienze, esperienze e conoscenze, la professione infermieristica è felicemente inserita in questo contesto: *scienza, esperienza, conoscenza*. Essa ha visto aumentate le sue responsabilità e ne ha individuato e assunto le conseguenze. Ha incorporato al suo saper fare il saper essere e il saper stare. Oggi tale professione è stata assunta a scienza, pertanto apporta ed esige contenuti empirici ed elementi epistemologici (Epistemologia, dottrina dei fondamenti e metodi della conoscenza scientifica).

Con il suo passaggio al livello universitario, la professione si è arricchita non solo, e molto, nelle attività e compiti propri, ma anche in altri che provengono da medici, farmacisti, ecc. Inoltre essa arricchisce il proprio "curriculum" anche mediante contenuti basati su principi statistici, informatici, di fisica, di gestione, psicologia, sociologia, diritto e altri rami del sapere, quali la filosofia, l'antropologia, i rapporti umani e di aiuto, la storia propria e della salute, ecc.

Alcuni, ma sono sempre di meno, ritengono che non sia necessario un livello maggiore di conoscenze. Essi ignorano

che *curare*, azione specifica degli infermieri, è una cosa molto più seria e di maggiore responsabilità che non occuparsi di macchine, computer o numeri. Vuol dire prendersi cura dell'essere umano nella sua integrità psicosomatica e socio-antropologica.

Tale professione non rientra nel campo della cura, azione specifica del medico, piuttosto complementa ed arricchisce il servizio assistenziale. È tutta questione di saper pianificare, scienza che oggi è una parte importante del curriculum accademico infermieristico. Essa ha bisogno di ottenere tutti i titoli accademici, e la società ha bisogno di infermiere e infermieri competenti, equilibrati, responsabili e capaci di volere e ottenere un lavoro d'équipe.

2. Principi e fini della professione infermieristica

La professione infermieristica, nella sua lunga storia, non si è posta il problema di chiedersi, o lo ha fatto appena:

- cosa è (cosa sono);
- cosa voglio dire;

- cosa pretendo;
- cosa faccio;
- cosa devo fare, come devo farlo;
- cosa si attende o cosa mi assegna la società;
- su quali fondamenti si deve basare,

perché risulti:

- vantaggiosa;
- proficua;
- attraente;
- accettabile.

Ora che la professione ha assunto un livello universitario, quando esigiamo che si sviluppi con noi la legge universitaria rispetto all'acquisizione di tutti i titoli accademici, è logico che cominciamo a dare segnali di maggiore età professionale, che sappiamo e vogliamo porci domande consapevoli e che cerchiamo di ottenere risultati soddisfacenti. Che sappiamo discernere quello che ci compete e che questo sia adeguato a quanto richiesto dalla società. Potremmo stabilire una specie di assioma: *la nostra professione deve adattarsi a ciò che la società ci chiede o può esigere da noi*. Parliamo di società,



non dei presupposti di qualche parte interessata della società.

La professione infermieristica, ignorante o dimentica dei suoi principi e dei suoi fini, dovrà costruire o ricostruire la sua idiosincrasia, cioè il suo carattere, la sua individualità, la sua particolarità, il suo modo d'essere, di stare, di fare o di agire. Ciò significa che dovrà costruire il proprio ambito di riferimento per i tempi di oggi, per lo spazio geopolitico o geosociale sul quale camminiamo, ci muoviamo o sul quale siamo.

Il "corpus" dottrinale e operativo infermieristico proviene dall'aspetto più significativo e ancestrale della coscienza dell'umanità¹. Da quando

definisce la parola terapeutica: impetrativa, magica e psicologica o naturale. E precisa: la parola impetrativa è la preghiera; la parola magica è la cura empirica, la guarigione; la parola psicologica è il parlare piacevole e suggestivo³.

Per tutto questo possiamo precisare che la professione infermieristica è quella che utilizza la *praxis* e il *logos* come terapia o cura dei malati. Essa, basandosi sulla filosofia di E. Kant, si centra in tre principi:

- critica della ragione pura;
- critica della ragione pratica;
- critica del giudizio².

In questo lavoro non toccheremo la ragione pratica, la parte principale di tutta l'operati-

- semiologia;
- cultura;
- qualità;
- etica;
- storia...

Principi che non ammettono controversia o che richiedono un dibattito, una discussione, un contrasto di pareri costruttivo, forte, realistico e, nella misura del possibile, positivo. Sono il nostro "logos" e la nostra "prassi".

3. Filosofia infermieristica

Qualunque professione che si consideri universitaria deve *dimostrare* e *appoggiarsi* su basi filosofiche. La filosofia non solo è il principio di ogni riflessione superiore, bensì diventa l'elemento principale dell'attività e del sentimento umano. Filosofare vuol dire cercare principi basilari per trovare fondamento in qualcosa di solido, in ciò che c'è di più solido e significativo nel fare e nell'astrazione, nella preoccupazione professionale, e anche umana.

"Si crede volgarmente che la scienza manchi di problemi filosofici e che non sia altro che una macchina per la ricerca di dati". "La filosofia permette di abbracciare tutti gli aspetti che possono presentarsi nell'esame della scienza: quello logico, quello gnoseologico (Gnoseologia, teoria della conoscenza. A volte, sinonimo di epistemologia) e, eventualmente, ontologico (Ontologia, parte della metafisica che tratta dell'essere in generale e delle sue proprietà trascendentali)". "È necessario distinguere i problemi metascientifici degli scienziati, però non bisogna inventare un abisso che li separa. Forse non esiste problema scientifico che non susciti problemi filosofici, né problema filosofico che possa essere affrontato con la speranza di riuscire se non adottando un atteggiamento scientifico"⁴.

Quando parliamo o trattiamo, partendo dalla professione infermieristica, questioni di filosofia, molti sono coloro che considerano il tema come qualcosa che non ci riguarda: *che la vita è realtà, non filosofia*.

apparve il primo sentimento di dolore, afflizione, debolezza nella terra, negli esseri umani, fece la sua comparsa anche la professione infermieristica, sempre disposta a porre la mano sulla fronte del prossimo, di colui che è più prossimo. Questa imposizione delle mani è stata sempre accompagnata, intrinsecamente unita, da parole di consolazione, da parole terapeutiche.

La mano sulla fronte, l'imposizione delle mani sul dolore è esattamente il titolo di una delle nostre opere pubblicate sulla professione² e centrata sul grafismo che appare sulla base di un vaso greco del IV a.C. Lain Entralgo analizza la parola terapeutica, nella sua relazione con la malattia, basandosi su Omero, Ippocrate, Platone e Aristotele.

Partendo da Omero, egli

vità professionale. Ne risulterebbe un contenuto complesso, anche se fondamentale. La ragione pura e la ragione del giudizio, dell'estetica, è ciò che considereremo con maggiore ampiezza. È ciò che conosciamo come la nostra filosofia.

La professione infermieristica del XIX e della prima metà del XX secolo riguardò maggiormente, e quasi totalmente, i concetti operativi o pratici. Mano esecutiva delle indicazioni o degli ordini medici, all'inizio non fu così. Oggi la professione infermieristica universitaria ci obbliga ad approfondire la filosofia, altrimenti non sarebbe una carriera universitaria. Noi assumiamo questo concetto filosofico con un ampio spettro:

- filosofia, principi filosofici;
- antropologia;



La vita – dicono, diciamo? – sono fatti, non parole; sono realtà, non fantasie; sono risultati... qualcosa di tangibile!

Per alcuni, per molti?, la filosofia è o risulta essere un tema complicato, trattato male o maltrattato, impreciso, a volte pedante. Però la filosofia è questione di atteggiamenti e anche di attitudini. Perché, se è vero che la filosofia non apporta molti strumenti pratici, molte scoperte tecniche, molte certezze empiriche e non apporta verità di scienza particolari, è pur vero che ricerca i principi universali, la logica vitale, umana, i concetti del senso comune, della scienza generale, della storia, del diritto, dell'etica, dell'ontologia...

Grazie ai Padri della filosofia classica sappiamo che attraverso la filosofia, la metafisica, la saggezza si giunge alla *bontà*. La bontà, nella filosofia greca, si identifica con la conoscenza. La filosofia e la bontà richiedono teoria e prassi. Pertanto, abnegazione, amabilità, virtù: capacità, efficacia, estetica, etica... fecondità. Certo la professione infermieristica attraverso la filosofia giunge alla fecondità, all'abbondanza, alla ricchezza, cioè, come indicato all'inizio di questo paragrafo, alla bontà².

4. Antropologia infermieristica

Attraverso la filosofia si giunge all'antropologia e alla psicologia. Possiamo ben considerare Platone e Aristotele come i padri di questi rami del sapere, per lo meno fin verso la fine del XVII secolo. Dopo sarebbero venuti gli antropologi della modernità.

L'antropologia che dobbiamo considerare a partire dalla professione infermieristica e a cui dobbiamo adattarci è quella che apporta il tipo di conoscenze che, più adattate alla nostra realtà, si centrano nelle scienze umane. Il ramo dell'antropologia che ci deve maggiormente interessare è la cosiddetta *antropologia culturale*, benché altri pensino che l'antropologia debba es-

sere "assunta in tutta la sua piena pluridimensionalità"⁵.

Edward Burnett Tylor, padre dell'antropologia moderna, definisce questa pluridimensionalità, nel concetto culturale, come "tutto quel complesso che comprende conoscenze, credenze, arte, morale, diritto, costumi e qualunque altra capacità o abitudini acquisite dall'uomo come membro della società"⁶. Siamo d'accordo con San Martin⁵ quando dice che nel "senso della filosofia dell'uomo, l'antropologia filosofica è una disciplina teorica, pratica ed epistemologica". E, aggiungerei, una disciplina *ermeneutica culturale* (Ermeneutica, arte di interpretare testi o contenuti) che pretende di interpretare discorsi universali: comunicazione, interrogazione e comprensione dell'essere umano, apertura agli altri, relazione di aiuto.

L'antropologia della sofferenza deve spingerci ad applicare tutti i mezzi, tutte le risorse, tutte le volontà all'essere umano in stato di necessità. L'essere umano ammalato nel mondo di oggi si trova in condizioni di precarietà che dovremo assumere e sostenere perché la sua vita trovi un senso.

In tutto questo, l'*antropologia della speranza* risulta sempre determinante⁷. "L'unica cosa che a mio giudizio risani veramente è l'amore incondizionato"⁸.

5. Semiologia infermieristica

La semiotica è parte essenziale della filosofia classica greca. Noi tratteremo la *semiotica pragmatica* che si relaziona con i soggetti che la usano, cioè con gli infermieri professionisti. Crediamo che i segni più importanti della professione rientrino nel campo semantico delle cure. *Verremo conosciuti mediante le nostre cure*, potrebbe essere il quadro di riferimento determinante.

Infermieri come agenti di umanizzazione, della salute. Infermieri che curano le persone nell'ambito della salute e, come conseguenza dei ser-

vizi resi, le mantiene in salute o le recupera dal loro cattivo stato generale, sostenendoli e potenziandoli nel loro stato vitale ottimistico e gratificante.

A partire da questo contenuto che socialmente e accademicamente viene riconosciuto alla nostra professione, possiamo applicare il significato, l'appellativo o il segno di agente, cioè, in questi casi, di un professionista che fa qualcosa per noi. E questo fare qualcosa, questo segno positivo professionale, risulta buono, gradevole e salutare.

L'essere agenti, l'essere persone che fanno qualcosa, *semiotica infermieristica*, fa di noi dei costruttori, dei creatori, dei maestri di opere. Opere umanizzatrici, che producono salute. Atti, segni in concreto, che già per Aristotele si configuravano come attualità e potenza:

– *attualità*, un certo movimento, un cambiamento verso realtà necessarie, un passo verso principi, filosofia, tecniche, modelli, risultati positivi, soddisfacenti.

– *potenza*, che è sempre qualcosa e si trasforma in qualcos'altro. È importante che questo qualcosa sia positivo, buono, gratificante, piacevole.

Questa visione della semiotica infermieristica, questa concezione professionale che l'attualizza e la potenza, l'umanizza anche. E questo, nel nostro lavoro di agenti sanitari, ci aiuta a risultare più amabili, benevoli, buoni, comprensivi, senza abbandonare l'aspetto professionale: scientifico, tecnico, epistemologico. È in questo procedere assistenziale, di pianificazione di cure, di diagnostica e di attuazioni o attività che appaiono o meno i segni della nostra serietà operativa professionale⁹.

Lo stato e la forma, l'aspetto significativo della professione infermieristica, deve basarsi su e richiedere da noi:

– *attitudini*, centrate nella formazione generale e specifica, formazione teorica e pratica, formazione continua come un nuovo e imprescindibile strumento di lavoro.

– *atteggiamenti*, che richiedono collaborazione con l'am-

biente, con l'équipe terapeutica, iniziativa, interesse, disciplina, buone relazioni umane e disposizione a dispensare un rapporto di aiuto equilibrato. Inoltre, lavoro in équipe debitamente equilibrato.

6. Cultura infermieristica

Distingueremo qui tra *cultura soggettiva*, educazione, istruzione, "curriculum" accademico, e *cultura oggettiva*, l'insieme di opere e realizzazioni delle persone, dei popoli, tradizioni socialmente acquisite, stile di vita totale, modi stabiliti e ricorrenti di pensare, sentire e agire. Ontologia.

In infermieristica consideriamo i due concetti imprescindibili. Ancor più crediamo che una cultura dipenda dall'altra. Per il fatto di essere una professione accademica, l'infermieristica diventa determinante della cultura soggettiva. Questa arricchisce intensamente la prestazione dei servizi. Si conoscono più profondamente i principi, i contenuti, i valori che accompagnano, o devono accompagnare ogni aiuto a chi ne ha bisogno.

Senza cultura professionale soggettiva risulta o è impossibile essere all'altezza richiesta da un lavoro prestato in un'équipe integrata. Stoneremmo palesemente e vergognosamente. Quindi consideriamo e auspichiamo la necessità di intensificarla mediante la formazione permanente o continua conosciuta e necessaria. Una formazione continua e permanente vuol dire aggiungere risalto, valori, fascino, qualità, significato, all'offerta e alla dispensazione dei servizi, dell'aiuto, delle cure proprie e indeclinabili della professione.

La cultura oggettiva "nel suo ampio significato etnografico (Etnografia, scienza che ha per oggetto lo studio e la descrizione delle razze o dei popoli) è tutto quel complesso che comprende conoscenze, credenze, arte, morale, diritto, costumi e qualsiasi altra capacità o abitudine acquisiti dall'uomo come membro della società"⁶.

Questo quadro di riferimento che abbiamo indicato deve essere un campo di riflessione e di pratica nella nostra opera professionale. E ci obbliga a conoscere e a conseguire nel nostro lavoro i concetti sull'*inculturazione*, la cultura che una generazione trasmette all'altra, che i popoli, le regioni, ecc. trasmettono alle nuove generazioni. È certo che alcuni stanno modificando questo *etnocentrismo* con il loro *relativismo culturale*, però dovremo trattare il problema con cura, con rispetto, a volte con ammirazione e sempre con prudenza, perché in questi temi non esistono modelli universali di condotta. Tuttavia dovremo prestare una grande attenzione a punti di vista alternativi.

La cultura, tanto soggettiva quanto oggettiva, deve condurci – professionalmente parlando – alla ricerca, all'innovazione, alla creatività metodologica. Possiamo dire che chi cerca con fede, con speranza, troverà sempre un tesoro. La salute è sempre una ricerca, un grande tesoro. Le persone che richiedono prestazioni, aiuto, sostegno, sono, per antonomasia, il grande tesoro dell'umanità. Nei confronti di quanti hanno bisogno di cure, gli infermieri devono aspirare a che essi conseguano la felicità, "un impossibile necessario"¹⁰.

7. Qualità infermieristica

Farsi domande, mettersi in discussione, lavorare, sviluppare, arrivare a conseguire una filosofia, dinamizzare una prassi sul *controllo di qualità* nel mondo sanitario, nel campo della professione infermieristica, vuol dire per lo meno pretendere qualcosa certamente utopistico o altamente difficile.

La professione infermieristica deve offrire qualità, valorizzare e vedere il livello della sua qualità. Perché tutto ciò che facciamo, se non riceve un peso specifico, un valore adattato alla sua realtà, mancherà di valore, non avrà un giusto apprezzamento. Sappiamo che

la qualità è dimostrabile. Se non si conseguono questi principi, non c'è qualità.

In ciascuna delle opere intraprese dovremo sempre cercare la qualità. La società non può permettersi prodotti o attività incompleti, o risultati di scarsa qualità, benché la qualità sia sempre soggetta e non assoggettata al gioco e all'equilibrio di altri elementi, siano essi presupposti molto accertati, strumentalità poco adeguata, conoscenze aggiornate, formazione costante, ecc.

A volte parliamo di qualità, della sua misura, e sembra che trattiamo di qualcosa che non esiste, che non arriva neanche alla categoria di idea come la proponeva Platone. Sarebbe triste, immaginiamo, dover dire dei professionisti sanitari, degli infermieri e delle infermiere, rispetto alla qualità del loro lavoro, quello che disse Eraclito: "Gli uomini non sono giunti alla conoscenza di questi logos che sono sempre esistiti, né prima di averne sentito parlare né dopo"¹¹.

Dopo esserci soffermati sul concetto di qualità, vediamo cosa intendiamo, sommariamente, per controllo. Un controllo è una verifica tra quanto proposto e quanto conseguito. Controllo si relaziona con verifica, conferma, corroborazione, grado di probabilità e mantenimento tra due limiti previamente concertati. Ne risulta, così, una questione paradigmatica (Paradigma, relazioni esistenti tra due elementi), analogica (Analogia, relazione di somiglianza tra cose o elementi distinti).

La verità nasce da una verifica adeguata tra il fatto, la sua qualità e la conveniente applicazione di un retto controllo. Per i greci la verità e la giustizia erano strettamente relazionate con l'ordine e la misura. Platone si erge a maestro e a difensore della giustizia. Il suo libro *La Repubblica* ne è una continua argomentazione¹².

La qualità e il suo controllo si relazionano con l'estetica, l'etica e la metaetica. Servono per stabilire ordine e analisi nella vita e nelle azioni degli individui, dei professionisti. Aristotele non solo fondò o ri-

costruì l'etica come disciplina filosofica, bensì impostò la maggior parte dei problemi che poi occuparono l'attenzione dei filosofi morali: relazione tra le norme e i beni; relazione tra l'etica individuale e quella sociale; classificazione delle virtù; esame del rapporto tra la vita teorica e la vita pratica, ecc.¹³. Più avanti studieremo il tema etico.

L'estetica, la giustizia, la verità, il bene, la qualità e il suo controllo dovranno porre ai nostri professionisti molti interrogativi, perché toccano il più profondo dell'essere umano, dell'essere umano bisognoso di cure, di assistenza, di aiuto. Pensare e interrogarsi è determinante per gli individui, per le persone. Qualità e controllo cos'altro sono e che cosa pretendono se non fare le cose bene, senza errori, con giustizia, con verità, con estetica? Questi e molti altri sono gli interrogativi che dovremo porci. In questo campo crediamo che dovremmo imporci molte meditazioni metafisiche¹⁴.

8. Etica infermieristica

Per quanto riguarda l'etica dovremo tener presente la filosofia di E. Kant e in particolare la sua tesi sugli *imperativi categorici*: aspetti necessari universali, inappellabili, che riguardano la condotta etica, e sugli *imperativi ipotetici*: tecnici, pragmatici, che riguardano la vita pratica. Condensando a questo riguardo gli imperativi kantiani, lo stesso autore precisa: *“Opera in maniera tale da trattare sempre l'Umanità, sia nella tua persona sia in quella di un altro, come un fine, e non servirti mai di essa come di un mezzo”*. L'etica kantiana reclama – o esige – perché adempiamo i nostri doveri:

- la libertà;
- l'immortalità;
- l'esistenza di Dio.

Ciò presuppone un'etica formale che ci dica come agire. Autonomia, impegno degli stessi soggetti. Un procedere disinteressato, lungi da ogni egoismo. Richiede una cono-

scenza equilibrata centrata nella *recta ratio*. La ragione era qualcosa che ossessionava Kant.

Il *catechismo della Chiesa Cattolica* precisa che la moralità degli atti umani dipende:

- dall'oggetto scelto;
- dal fine che si ricerca, dall'intenzione;
- dalle circostanze dell'azione¹⁵.

In questa congiunzione di oggetti, di intenzioni e di cir-



costanze può stare o sta la virtù, l'equilibrio che preconizzavano i filosofi classici, in particolare Aristotele. È il termine intermedio tra il buono e il non buono, tra il corretto e il non corretto. Però, certamente, *“l'atto moralmente buono presuppone allo stesso tempo la bontà dell'oggetto, del fine e delle circostanze”*.

Questo può rispondere al *retto operare* dei classici.

I professionisti che si occupano dei malati centrano la propria etica professionale, secondo i rispettivi *Codici Deontologici*, nei seguenti punti:

- prolungare la vita, salvare le vite umane;
- umanizzare la situazione dei malati ad alto rischio di perdere la vita;
- rispettare l'opzione del moribondo, che deve prendere la propria decisione di fronte al termine della sua vita e al modo di morire. E questo sia da solo sia mediante i suoi familiari o rappresentanti accreditati o legali.

Tutto ciò ci avvicina e ci induce a conoscere il significato

più profondo di *thanatos*. E con questo dell'*eutanasia*, della sua portata e, anche, della sua responsabilità e trascendenza. E ci viene spontaneo chiedere, chiederci: perché educiamo all'*eros* e non educiamo alla *thanatos*? Tutta via dovremo distinguere alcuni stili, modi o significati di questo vocabolo:

– *eutanasia attiva*, anticipazione artificiale del termine della vita;

– *eutanasia passiva*, assistenza del moribondo senza l'uso di mezzi artificiali che modificano una morte di qualità;

– *ortotanasia*, morte a tempo debito;

– *cacotanasia*, eutanasia attiva senza tener conto del malato o dei suoi familiari o rappresentanti legali;

– *distanasia*, deformazione del processo della morte, uso smisurato di risorse per ottenere un prolungamento della vita con pochissima qualità umana¹⁶.

In questa sezione relativa all'etica, l'équipe interdisciplinare risulta imprescindibile. Su questi temi bisogna agire sempre d'accordo, riunire le idee, i criteri, i pensieri, i programmi e le tecniche, gli obiettivi, le risorse, le analisi dei risultati.

Il segreto professionale ha molto a che vedere con l'etica e viceversa. Si fonda sul *giuramento di Ippocrate*. Anche secondo il *Diritto romano*: *“si devono rispettare le regole, si devono mantenere i segreti”*. La cultura cristiana ci parla

del *sigillum*. Più modernamente disponiamo della *Carta dei Diritti del malato e del Codice Deontologico della Professione Infermieristica*. In Europa lavoriamo in base alle interpretazioni dello stile:

– *francese*, mantenere sempre il segreto;

il carattere e il comportamento degli individui che hanno nobile lignaggio”¹⁸.

La professione infermieristica non ha sempre tenuto presente la necessità di conoscere la propria storia con dati empirici e per questo nelle nostre biblioteche ci sono mate-

cana. Le cose, i mezzi e la storia non vengono dal nulla! Tutto è interrelazionato! La storia della professione ispanica ci offre una lunga serie di documentazione veramente invidiabile e, senza dubbio, scientificamente comprovata.

Con questi dati possiamo fare nostri i suggerimenti di Gaarder: “sto facendo tutto il possibile perché tu ti renda conto delle tue radici storiche. Soltanto così sarai un essere umano. Soltanto così sarai più di una scimmia vestita. Soltanto così eviterai di fluttuare nel vuoto”²⁵.

Per citare un autore spagnolo contemporaneo diciamo che “in tempo di orfani, quando tante canaglie sono interessate che continuiamo ad essere orfani, il passato è l’unica cosa che ci salva e ci dà la serenità per opporci. La storia è memoria di ciò fummo”²⁶.

Questo è ciò che accadeva nella nostra professione fino a date recenti, cioè che eravamo o ci sembrava di essere orfani. Non avevamo o non ci sembrava di avere genitori, né fratelli, né un luogo di riferimento. Per questo ricorrevamo ad altre fonti, per identificarci con fratelli che non appartenevano al nostro popolo, al nostro sangue, alla nostra cultura. Le scuole infermieristiche, molti dei loro professori, bevono ancora a fonti estranee mentre hanno a casa loro tante fonti ricche, abbondanti e fresche. Non è cosa cattiva vedere ciò che fanno gli altri, ma è meglio conoscere e gustare le proprie cose, soprattutto se esse risultano essere molto buone.

Queste sono alcune delle cause per le quali non ci siamo soffermati su figure di infermieri professionali di alto livello e dottrina come, per non risalire al medioevo, la figura e la dottrina di Giovanni di Dio, 1539-1550²⁴; o di Andrés Fernandez, 1625²⁷; o José Bueno Gonzalez. La sua opera, che è stata recentemente pubblicata, ha visto la luce 26 anni in anticipo rispetto alla prima opera di Florence Nightingale di fronte alla quale Buen Gonzalez non sfigura in apporti professionali, né è di minore impor-



– *inglese*, mantenere il segreto purché non attenti al bene comune, che è superiore.

Il *Consenso informato* è un altro tema etico che la professione infermieristica deve oggi assumere con il massimo rigore, rispetto per le persone e prevenzione dei problemi legali che possono sorgere per non averlo osservato¹⁷.

9. Storia della professione infermieristica

La storia è il patrimonio più ricco dei popoli, delle persone, delle istituzioni e delle professioni. Potremmo dire che una professione senza storia non è una professione: “quello che studia lo storico non è un passato morto, bensì un passato che in un certo modo vive ancora nel presente”. “Il dovere di rispettare i fatti che ricade sullo storico non termina con l’obbligo di verificarne l’esattezza. Deve cercare di far sì che non manchi nel suo quadro nessuno dei dati conosciuti o suscettibili di esserlo che siano rilevanti in un senso o nell’altro per il tema che li riguarda o per l’interpretazione proposta”. “La cosa importante nella storia è

riali bibliografici che risultano più documenti raccontati o divulgati che autentici documenti comprovati. Si tratta di materiali informativi più che di elaborazioni storiche, materiale più di portata universale che di tematica concreta, precisa e empirica. E l’universale risulta generalizzato, meno preciso, come potrebbe essere l’opera di M. Patricia Donahue¹⁹. Ciò può avvenire anche per altri autori che seguono questa strada²⁰.

In Spagna, a partire dagli anni ’80, sono state pubblicate monografie storiche come quella di Francisco Ventosa o la nostra del 1984²¹; di Carmen Dominguez-Alcon del 1986²² e di Juana Hernandez Conesa (1995)²³. Sempre nel 1995 veniva stampata la seconda edizione della nostra opera²⁴. Si tratta di lavori molto ricchi e documentati. Non so se oggi tutti i Paesi possano offrire al riguardo una documentazione altrettanto ricca. Pensiamo che in questo campo della storia infermieristica la Spagna abbia seguito la strada migliore, una strada che può servire da base ad altre preoccupazioni storiche ben documentate della professione infermieristica ispano-ameri-

tanza; al contrario²⁸. Tutta questa situazione della nostra professione, tutta questa documentazione è risultata come una dimenticanza continua, come un'ignoranza superabile. Dobbiamo essere sempre dei professionisti alla ricerca di significato!

10. Conclusione

Concludere vuol dire chiudere definitivamente il discorso sul tema che ci interessa. Riconosciamo che si è trattato di un'esposizione un po' teorica, ma abbiamo cercato di presentarla con documentazione empirica. Proponiamo quindi di trarre alcune conclusioni pratiche:

1. essere coscienti del fatto che la nostra professione deve basarsi e dimostrare di avere principi e basi filosofiche, oltre che contenuti empirici;

2. l'antropologia che dobbiamo considerare nostra è il ramo culturale, centrato su conoscenza, credenze, morale, arte, diritto e costumi: principi filosofici;

3. la semiotica infermieristica è centrata nelle cure, nei servizi, nelle attenzioni alle persone invalide e bisognose. Devono risultare segni positivi della nostra opera professionale: filosofia e prassi;

4. la nostra professione deve approfondire i contenuti che apporta la cultura soggettiva e oggettiva, al fine di aumentare la ricerca, l'innovazione, la creatività e la metodologia assistenziale e delle cure;

5. la qualità e i suoi metodi di controllo risultano elementi necessari per assicurare la realizzazione di opere con estetica ed etica: con principi filosofici;

6. il nostro patrimonio professionale è formato dall'insieme delle esperienze e di quanto appreso nel corso della storia;

7. le scuole infermieristiche, con i loro organi direttivi e il personale docente, devono conoscere e insegnare la storia sulla base di documenti generali e approfondendo i nostri elementi. Solo così saremo professionisti informati e

smetteremo di considerarci degli orfani. Facciamo della nostra storia un campo di ricerca metodologica, empirica;

8. con questo lavoro presentato "cerchiamo semplicemente di aprire le finestre; nel nostro felice Paese non si aprivano le finestre dal primo giorno della sua storia, convinciti"²⁹.

Tenendo conto di quanto abbiamo presentato si costruisce e di potenzia una professione: LA NOSTRA PROFESSIONE INFERMIERISTICA!

Fr. CECILIO ESEVERRI
CHAVERRI, O.H.

Bibliografia

¹ ESEVERRI CHAVERRI C., *Un hospital un mundo*, Ed. Editorial 29. Barcelona, 1989.

² ESEVERRI CHAVERRI C., *Enfermería hoy. Filosofía y antropología de una profesión*, Ed. Díaz de Santos, S.A. Madrid, 1992.

³ LAIN ETRALGO P., *La curación por la palabra en la antigüedad clásica*, Ed. Anthropos. Madra, 1987.

⁴ BUNGE M., *La ciencia, su método y su filosofía*, Ediciones Siglo Veinte. Buenos Aires, 1988.

⁵ SAN MARTIN J., *El sentido de la filosofía del hombre. El lugar de la antropología filosófica en la filosofía y en la ciencia*, Ed. Anthropos. Barcelona, 1988.

⁶ HARRIS M., *Introducción a la an-*

tropología general, Ed. Alianza Universidad. Madrid, 1984.

⁷ LAIN ETRALGO P., *Antropología de la esperanza*, Ed. Guadarrama-Labor, S.A. Barcelona, 1978; LAIN ETRALGO, P., *Ser y conducta del hombre*, Ed. Espasa Calpe, S.A. Madrid, 1996.

⁸ KÜBLER-ROSS E., *La rueda de la vida*, Ediciones B. Grupo Zeta. Barcelona MadridMexico, D.F. 1997.

⁹ MARILYRM E., DOENGES-MARY F. MOORHOUSE, *Guía de bolsillo de DIAGNOSTICOS Y ACTUACIONES DE ENFERMERIA*, Ed. Doyma-Enfermería. Barcelona, 1992.

¹⁰ MARIAS J., *Antropología metafísica*, Ed. Alianza Universidad. Madrid, 1987; MARIAS J., *Persona*, Alianza Editorial, S.A. Madrid, 1996.

¹¹ VERNEAUX R., *Textos de los grandes filósofos. Edad Antigua*, Ed. Herder, S.A. Barcelona, 1982.

¹² PLATON, *La República. Tres tomos, bilingüe griego-español*, Edición del Instituto de Estudios Políticos. Madrid, 1969.

¹³ FERRATER MORA J., *Diccionario de Filosofía*, Cuatro tomos, Ed. Alianza. Madrid, 1986; GRACIA GUILLEN D., *Ética de la calidad de vida*, Ed. Fundación Santa María. Madrid, 1984.

¹⁴ DESCARTES R., *Discurso del método. Meditaciones metafísicas*, Ed. Espasa-Calpe, S.A. Madrid, 1984.

¹⁵ KANT M., *Fundamento de la metafísica de las costumbres*, Ed. Aguilar, S.A. Madrid, 1973; *Catecismo de la Iglesia Católica*, Ed. Asociación de Editores del Catecismo. Madrid, 1992.

¹⁶ KÜBLER-ROSS E., *Sobre la muerte y los moribundos*, Ed. Grijalvo. Barcelona, 1980; GAFO J., *Ética y legislación en Enfermería*, Ed. Universitas, S.A. Madrid, 1995.

¹⁷ ARECHEDERRA J.J. et. al, *Bioética, Psiquiatría y Derechos Humanos*, Ed. International Marketing and Communications, S.A. Madrid, 1988; SPAEMANN R., *Ética: Cuestiones fundamentales*, Ed. Euns. Pamplona, 1988.

¹⁸ CARR E.H., *¿Qué es la historia?*, Ed. Ariel, S.A. Barcelona, 1983.

¹⁹ DONAHUE M.P., *Historia de la enfermería*, Ed. Doyma. Madrid-Barcelona-Mexico, 1988.

²⁰ MOLINA T.M., *Historia de la enfermería*, Ed. Interamericana. Buenos Aires, 1973.

²¹ VENTOSA ESQUINALDO F., *Historia de la enfermería española*, Ed. Ciencia. Madrid, 1984; ESEVERRI CHAVERRI C., *Historia de la enfermería española e hispano-americana*, Ed. Salvat Editores. Barcelona, 1984.

²² DOMINGUEZ-ALCON C., *Los cuidados y la profesión enfermera en España*, Ed. Pirámide, S.A. Madrid, 1986.

²³ HERNANDEZ CONESA J., *Historia de la enfermería*, Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid, 1995.

²⁴ ESEVERRI CHAVERRI C., *Historia de la enfermería española e hispanoamericana. Segunda edición, muy aumentada*, Ed. Universitas, S.A. Madrid, 1995.

²⁵ GAARDER J., *El mundo de Sofía*, Edición 15ª, Ed. Siruela. Madrid, 1995.

²⁶ PEREZ-REVERTE A., *ABC CULTURAL*, del 12 gennaio 1996, N° 219. p.19. Madrid.

²⁷ FERNANDEZ A., *Instrucción de Enfermeros. Año 1625*, Editado en facsímil. Consejo General de Enfermería. Madrid, 1993.

²⁸ BUENO GONZALES J., *El arte de la enfermería*, Ed. Hermanos de San Juan de Dios. Madrid, 1833; Editado en facsímil. Consejo Autónomo de Enfermería de Aragón. Zaragoza, 1997.

²⁹ DELIBES M., *Cinco horas con Mario*, Ed. Destino. Barcelona, 1981.



L'uomo ha una vita geneticamente limitata. L'aspettativa media si stima ad 80 anni per la donna e a 76 anni per gli uomini. La durata massima della vita non è aumentata, anche se sono sempre di più le persone che raggiungono questa età. È ovvio che con gli anni si invecchia, cioè si produce un declino delle capacità intellettuali e fisiche, anche in condizioni di salute. D'altro lato esistono malattie, come i morbi di Parkinson e di Alzheimer, indiscutibilmente legate all'età. Si stima che se le persone raggiungessero i 110 anni di vita, si ammalerebbero tutte del morbo di Alzheimer. Inoltre l'uomo è esposto a malattie e incidenti – vivere presuppone un grande rischio – che possono provocare gravi limitazioni e, naturalmente, la morte a qualsiasi età.

La morte, come processo biologico, è comune all'uomo e all'animale. Nell'uomo però ha un aspetto biografico, una prospettiva specificamente umana. A differenza dell'animale, l'uomo sa che dovrà morire e, di conseguenza, di fronte alla propria morte deve adottare un atteggiamento e sviluppare una condotta. L'animale non sa, non può riflettere sulla sua morte; se la presagisce non è per un fatto individuale, bensì per un atto *istintivo* della specie (il toro nell'arena che si rifugia presso lo steccato, i cimiteri degli elefanti, ecc.). Quanto più è umano, tanto più è cosciente del fatto che la vita ha un termine.

Come succede per le grandi questioni, risulta difficile definire la morte. Cominciamo quindi a descriverla. La morte "sopravviene quando il principio spirituale che presiede all'unità dell'individuo non può più esercitare le sue funzioni sull'organismo e nell'organismo i cui elementi, lasciati a se stessi, si dissociano. Certo,

questa distruzione non colpisce l'essere umano intero. La fede cristiana – e non solo essa – afferma la persistenza, oltre la morte, del principio spirituale dell'uomo. La fede alimenta nel cristiano la speranza di ritrovare la sua integrità personale trasfigurata e definitivamente posseduta in Cristo (cfr. 1 Cor 15, 22)¹.

In altri tempi, la scienza medica indicava come momento della morte la cessazione della respirazione e del battito cardiaco; la teologia e l'azione pastorale della Chiesa cattolica si attenevano a queste condizioni, ad esempio nell'amministrazione dei Sacramenti. Più tardi, con il progressivo sviluppo della tecnica, la diagnosi di morte si è andata modificando e la teologia l'ha fatta propria, cosciente del fatto che spetta alla scienza medica determinare il momento in cui si produce la morte, come ha affermato Pio XII². Questa decisione non si basa, ovviamente, su criteri soggettivi, bensì su una rigida verifica dei criteri stabiliti. Nell'ottobre 1985 la Pontificia Accademia della Scienza ha pubblicato un documento su questo tema, in cui si afferma che "la morte cerebrale è il vero criterio della morte"³. Uno scritto successivo della stessa Accademia ha precisato che "la perdita totale e irreversibile di tutte le funzioni encefaliche è il vero criterio medico di morte abitualmente accettato"⁴.

Aspetti medici: irreversibilità e decomposizione

La morte ha due caratteristiche determinanti, una è l'irreversibilità – non è possibile tornare dalla morte alla vita – e l'altra è la decomposizione del corpo che inizia una volta che la persona è morta; in al-

cuni tessuti avviene in pochi minuti, per poi progredire fino a giungere, in alcuni mesi, alla totale disintegrazione, lasciando unicamente le ossa.

Per *accertare* il decesso devono sussistere due condizioni.

a. arresto cardio-respiratorio

Un arresto cardio-respiratorio di oltre 10 minuti è sufficiente per causare la perdita irreversibile di tutte le funzioni encefaliche e pertanto, in condizioni ordinarie, la prova che questo arresto è avvenuto porta a determinare che la persona è morta. Tuttavia, con manovre di rianimazione, in alcuni casi si può invertire la situazione (in generale arresti individuati nell'istante in cui si producono: malati monitorizzati asfissie neonatali tra le più frequenti).

La rianimazione e la riabilitazione cardio-polmonare è l'insieme di manovre dirette a ristabilire la respirazione e/o la circolazione quando queste sono cessate per una causa potenzialmente reversibile. La causa più frequente di arresto cardiaco negli adulti è la fibrillazione ventricolare (un tipo di aritmia) nel contesto di una cardiopatia ischemica (angina o infarto del miocardio). Ogni anno negli Stati Uniti (dove dispongono di statistiche affidabili) circa 500.000 persone subiscono un episodio di arresto cardiaco; solo 100.000 sarebbero reversibili, però meno del 3% (15.000 persone) rispondono alle manovre di rianimazione tornando a una vita produttiva. L'obiettivo della rianimazione è sostituire, prima, e ristabilire, poi, una circolazione spontanea, per fornire un flusso sanguigno adeguato al cuore e al cervello. Per questo si utilizza un insieme di manovre e di tecniche diverse (apertura della bocca, ventila-

zione artificiale, massaggio cardiaco, defibrillazione elettrica, somministrazione di farmaci vasoattivi e/o antiaritmici, ecc.) per tentare di evitare il danno cerebrale prodotto con l'assenza di un flusso adeguato di sangue ossigenato.

In circostanze normali, quando ha luogo l'arresto cardio-respiratorio in un paziente allo stato terminale per una malattia avanzata in fase necessariamente mortale, non ha senso pretendere una rianimazione cardiaca. In molti casi, anche se si disponesse di tutti i mezzi tecnici e lo si facesse, non si riuscirebbe a far sì che il cuore torni a battere in modo autonomo; in altri, anche se si riuscisse ad ottenerlo e si collegasse il paziente a un respiratore, l'arresto circolatorio cerebrale e la cessazione completa delle funzioni encefaliche avrebbero avuto già luogo, per cui si connetterebbe un respiratore a un cadavere. Per evitare queste due ultime situazioni che attentano alla dignità delle persone, in molti ospedali è pratica abituale indicare che se una persona in stato terminale muore, questo tipo di manovre non va effettuato.

In altre circostanze quali traumi, arresti cardiaci in persone sane, intossicazioni a causa di medicinali, bambini molto piccoli e in particolare in incidenti per immersione, deve essere fatto tutto il possibile per effettuare la rianimazione cardio-polmonare.

Una volta che si riesca a recuperare il battito cardiaco e

a ristabilire la respirazione (spontaneamente o meccanicamente), la situazione di sequele neurologiche nelle quali viene a trovarsi la persona rianimata può essere molto varia: completo recupero, limitazioni intellettuali e motorie a diverso livello, grave danno corticale con validità funzionale del tronco encefalico che gli permettono una respirazione autonoma (stato vegetativo e altri quadri clinici simili), danno tanto corticale quanto sottocorticale e di tronco encefalico con effetto sul livello di coscienza e di dipendenza dal respiratore (stati di coma a tutti i livelli). A volte la morte sopravverrà inesorabilmente dopo un certo periodo di tempo anche se la persona è collegata a un respiratore e si mantengono il battito cardiaco e la circolazione dei diversi organi mediante l'uso di molteplici farmaci d'azione periferica, questo perché saranno cessate in maniera irreversibile tutte le funzioni encefaliche.

b) Soggetto morto, anche se il cuore batte (criteri neurologici di morte)

Il cuore è in grado di battere in modo autonomo, anche se scollegato completamente dal resto dell'organismo. Questa capacità permette che possa essere collegato un respiratore e mantenuta la circolazione degli altri organi dell'individuo in assenza completa di funzionamento encefalico. Si possono in questo modo con-

servare gli organi in buono stato e procedere all'estrazione per trapianto. In questo caso, l'individuo è morto anche se il cuore continua a battere.

L'accertamento della perdita irreversibile di tutte le funzioni cerebrali deve essere realizzato di solito nelle unità di cure intensive, in qualche caso eccezionale nella sala chirurgica, perché già si sarà verificata una delle condizioni di morte – l'arresto respiratorio irreversibile – e la persona sarà stata pertanto collegata a un respiratore. Per provare che la persona risponde a criteri neurologici di morte vengono tolte tutte le medicine che possono avere un effetto depressivo sul sistema nervoso; nei casi di intossicazione bisogna aspettare il tempo necessario perché tutta la sostanza tossica sia eliminata. In primo luogo si riscontra l'assenza di funzioni corticali, percettività, e sottocorticali, reattività non specifica e al dolore. Si procede a ventilare la persona con ossigeno al 100% per 20 minuti, dopo di che si stacca il respiratore e si introduce ossigeno a 6 litri/m, mediante un catetere endotracheale e, dopo 10 minuti, si riscontra che non c'è funzione respiratoria. Fatta questa prova si torna a collegare il respiratore.

In seguito si esplorano altri riflessi di integrazione nel tronco cerebrale comprovandone l'assenza: le pupille non rispondono alle luce né a manovre che provocano dolore, non ci sono cambiamenti nella frequenza cardiaca con la provocazione del dolore, non si ottengono movimenti oculari con l'irrigazione di acqua ghiacciata nelle orecchie, non c'è riflesso della tosse all'introduzione di una sonda nella trachea, non viene modificata la frequenza cardiaca dopo l'iniezione di atropina, viene riscontrata anche ipotermia. Se esistono queste circostanze che evidenziano l'assenza totale di risposte corticali, sottocorticali e di riflessi integrati nel tallo encefalico, si può fare la diagnosi di morte. Si toglie il respiratore e in poco tempo, di solito pochi minuti, raramente più di mezz'ora, cessa anche il battito cardiaco.



I dati clinici che permettono di accertare la morte nelle circostanze riferite, possono essere corroborati da varie tecniche esplorative, tra le quali l'elettroencefalogramma – che in questo caso è sempre piatto, evidenziando l'assenza di attività cerebrale – e l'arteriografia e l'ecodoppler – che rivelano l'assenza di flusso a livello encefalico – che è un altro fatto fisiopatologico proprio di questa situazione.

Esigenze legali in caso di trapianto di organi

Se è previsto che la persona in cui vengono comprovati i criteri neurologici di morte si trasformi in donatore di organi, la legge esige che se ne verifichi la morte secondo i criteri neurologici riferiti tramite elettroencefalogramma realizzato da uno specialista in neurologia e ripetuto a distanza di sei ore. Inoltre nel momento dell'elettroencefalogramma il cervello deve essere piatto. Si tratta di una misura giuridica di prudenza che, in assoluto, non è necessaria dal punto di vista medico e che, nella pratica, può avere conseguenze che portano a non poter utilizzare gli organi dopo le sei ore di attesa. Per questo motivo ci sono tentativi per ridurre questo periodo di tempo o sostituire il requisito dell'EEG, con quello dell'assenza di flusso, misurata con ecodoppler. In Spagna, esiste un progetto di legge del 1999 in cui scompare la necessità del secondo EEG dopo sei ore, sostituendolo con le prove precedentemente indicate.

Controversia sui criteri di accertamento del decesso

I criteri neurologici di morte godono di un grande consenso nella comunità scientifica poiché essi sono stati esplicitati nei Criteri del Comitato Ad Hoc di Harvard del 1968. Rimane un punto di controversia relativo al tempo massimo di conservazione del battito cardiaco, giacché sono stati riferiti casi, soprattutto di giovani e adolescenti, in cui è stata documentata la persistenza del

battito cardiaco per vari mesi, senza altro aiuto del mantenimento della ventilazione e dell'alimentazione. Comunque è sempre valido il criterio di irreversibilità e per i neurologi si tratta soltanto di episodi. Quanto sperato e quanto avviene, secondo l'esperienza accumulata giorno per giorno nelle unità di cure intensive, dopo che si sono verificati i criteri neurologici di morte, anche con tutte le possibilità terapeutiche per mantenere la funzione cardiaca, è che la vita cessa in breve termine; di qui la necessità di ridurre il periodo legale di attesa per i trapianti.

Altro punto della controversia è che si vuole assomigliare una situazione tanto prolungata fino all'arresto cardiaco, allo stato vegetativo prolungato. Anche accettando che, socialmente, le due soluzioni potrebbero impostare una problematica con certe analogie, scientificamente si tratta di situazioni inequivocabili giacché allo stato vegetativo il paziente respira in modo autonomo. La si potrebbe anche voler equiparare a situazioni di coma profondo considerate irreversibili in cui è opportuno appoggiare con ventilazione assistita la respirazione che il paziente continua a mantenere, però in modo molto precario, giacché egli subirebbe un arresto cardio-respiratorio se l'ausilio venisse tolto. In questi casi il respiratore può essere staccato se lo si considera una misura sproporzionata; il paziente morirebbe in poco tempo e non potrebbero essere estratti i suoi organi giacché avrebbe avuto luogo l'arresto cardiaco.

Un ultimo motivo di discussione è dato dal fatto che i vari tessuti hanno diversa sensibilità all'ipossia, in modo tale che le cellule muoiono in maniera scaglionata e il funzionamento di alcuni organi si mantiene anche quando altri sono irreversibilmente danneggiati. La morte significa irreversibilità del funzionamento biologico integrato della persona come una unità, e inizio del processo di disintegrazione dei tessuti, e queste condizioni avvengono una volta intervenuto

l'arresto circolatorio cerebrale e soltanto quando è avvenuto. Si può dire che la morte sia un processo dal punto di vista clinico, ad esempio il periodo considerato terminale in un paziente malato, o le ore di vita che restano a un paziente con un quadro irriducibile di ipertensione endocraneale con erniazione cranio-caudale, o l'agonia, diciamo con proprietà "sta morendo". Però è equivoco affermare che una persona non è morta finché non muoiono tutte le sue cellule. Come afferma Martinez Lage⁵ "la morte o la cessazione della vita non ammette aggettivi". Si è morti o non lo si è. Si sconsigliano i termini "morte clinica" o "morte cerebrale" che possono confondere su gradi o tipi di morte, che è unica e univoca. È meglio riferirsi semplicemente a "morte". La diagnosi neurologica di morte deve essere (e di fatto lo è) totale e indipendente da qualunque fattore o circostanza riguardante la persona deceduta, i disegni o i credo della sua famiglia e un'eventuale donazione di organi per il trapianto.

Dott.ssa PURIFICACION
DE CASTRO
Specialista in Neurologia

P. MIGUEL ANGEL MONGE
Cappellano Medico
Clinica Universitaria di Navarra
Spagna

Note

¹ PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE DELLA SALUTE, *Carta degli Operatori Sanitari*, Città del Vaticano, 1995, n. 128.

² Alloc. 1957.

³ *Il prolungamento artificiale della vita e la determinazione esatta del momento della morte*, in "L'Osservatore Romano", 31-X-1985, p. 5.

⁴ Cfr. WHITE R.J., CARRASCO DE PAULA I., ANGSTWURM, *The determination of brain death and its relationship to human death*, Città del Vaticano 1992, pp. 207 ss.

⁵ *Diagnóstico de muerte. Criterios neurológicos*. Doc. Oficial de la Soc. Española de Neurología, approvato dal V Congresso Nazionale, 12-IX-1982; cfr. MARTINEZ VILA E., e MARTINEZ-LAE M., *Diagnóstico de la muerte. Criterios neurológicos*, in HERREROS J., ARCAS R., AZANZA J.R., ERRASTI P., *Trasplante cardiaco*, Ed. Científico-Médica, Barcellona 1986, pp. 65-79.

Paure e speranze dinanzi alla morte

Il filosofo Platone era solito impartire questa lezione di vita ai suoi discepoli: "Praticate il morire"; la psichiatra E. Kubler Ross ripetutamente ha ribadito: *"Chi non ha guardato in faccia la morte non è veramente libero di vivere"*.

La morte è un appuntamento per tutti, sia per chi l'ha messa in preventivo che per chi la rifiuta.

Giorno dopo giorno costruiamo la vita, giorno dopo giorno sperimentiamo la morte; queste due dimensioni dell'esistenza si richiamano costantemente.

Se, da un lato, la società occidentale ha progredito enormemente nell'ambito della medicina e nel produrre l'illusione di salute e di benessere, dall'altro si nota un regresso nella capacità dell'uomo moderno di gestire l'evento morte. Fondamentalmente ha preso il sopravvento la paura.

La società, dinanzi a situazioni che richiamano la mortalità, si è vestita di paura ed è un vestito che molti portano per tutte le stagioni.

Non si tratta tanto della paura che rende umani, riflessivi e solidali, quanto di una paura che paralizza, soffoca la libertà e toglie spazio alla speranza. È una paura che fa sì che alcune parole (ad es. "Sto per morire") non si possano proferire senza essere redarguiti, che alcuni temi non si debbano trattare senza apparire rinunciatarci o pessimisti, che certi addii non sia lecito farli senza smascherare la verità che si è scelto di negare.

Il predominio della paura comporta, come conseguenza, la rinuncia all'apertura e alla creatività, figlie del vero amore, per dare ospitalità all'angoscia e alla futilità, figlie del paternalismo e dell'egoismo.

Le radici della paura: il condizionamento culturale

Il peso della paura dinanzi alla morte, innanzitutto, ha radici culturali. Si è succubi di un modello di guardare alla morte che rende sprovveduti nel gestire questo evento in modo aperto e maturo.

Manifestazioni quotidiane di questo disagio sono, da una parte, la tendenza a ricorrere – dinanzi a diagnosi infauste – a dei sotterfugi, all'inganno benevolo o alla cosiddetta *"congiura del silenzio"* nell'illusione di proteggere i propri cari dalla verità oppure, dall'altra, la prassi di far leva su un certo linguaggio per ammorbidire l'impatto con il dolore.

Così, ad esempio, si parla di "neoplasma", di *"un problema oncologico"* o di "un brutto male" perché dire "cancro" appare troppo crudele e irriverente; oppure si usano espressioni quali: "è scomparso", "ci ha lasciati", "non è più con noi", "si è spento", "si è addormentato per sempre", perché dire "è morto" appare troppo freddo e definitivo.

Talvolta, anche dinanzi a chi invoca con insistenza il diritto di conoscere la propria condizione, i familiari, condizionati dalla paura, giocano fino in fondo la commedia del paternalismo, che non è altro se non un falso modo di interpretare la carità.

Si toglie così al morente il diritto di dare compimento alla propria vita, di prendere congedo dai propri cari dando voce ai pensieri e affetti che lo abitano, e di esprimere le sue ultime volontà.

In tal modo si sacrifica l'opportunità di amarsi fino in fondo nel modo più autentico, ci si priva dell'esperienza irripetibile di prepararsi al distacco condividendo le lacrime e i sorrisi, i ricordi e le



speranze, i sentimenti e i messaggi senza affidarli alla tomba o a un senso di rammarrico successivo.

Il modello di comunicazione che si impara lo si tramanda, per cui i genitori trasmettono ai figli l'eredità delle loro paure irrisolte. I bambini vengono così protetti dal dolore: invece di visitare il nonno morente in ospedale lo debbono ricordare nei momenti in cui era sano, in luogo di partecipare al funerale di un proprio caro sono inviati dagli zii al mare per alcuni giorni.

Non ci si rende conto che proteggendoli dal dolore li si protegge dalla vita perpetuando in loro l'incapacità di affrontare con realismo e serenità gli eventi inevitabili dell'esistenza.

La morte non si può togliere né evitare. La sfida è di affrontarla, sia da parte di chi muore che di chi resta, attivando le risorse interiori presenti in ogni persona.

Nella misura in cui ci si educa a rompere la schiavitù dalla paura per inaugurare la stagione della speranza, attraverso un sano confronto con la realtà, si creano modelli

livello familiare o professionale vissuta in modo innovativo, umano e umanizzante.

I diversi volti della paura

Il condizionamento del modello culturale nelle sue diverse articolazioni (rimozione, negazione, istituzionalizzazione e medicalizzazione della morte) si traduce in esperienza personale quando la morte bussa alla porta della propria vita.

La minaccia alla propria sicurezza e progettualità scatena un ventaglio di paure a seconda dell'identità, esperienza, valori e ruoli dei protagonisti. La paura non ha solo un nome, ma diversi volti e sfumature.

Privilegiando l'attenzione ai malati terminali si possono individuare diverse paure, ognuna delle quali può costituire la preoccupazione centrale della persona. Tra le paure più comuni citiamo le seguenti:

- il dolore fisico;
- l'ignoto;
- il giudizio (di Dio, degli altri, su se stessi);

- la solitudine;
- il senso di inutilità (la perdita di significato o del desiderio di lottare);
- il timore di essere dimenticato (di non lasciare traccia del proprio passaggio);
- la paura dell'annullamento totale nella morte.

Di tutte queste espressioni della paura, la più frequente è quella di morire soli.

La paura è figlia della nostra umanità e scaturisce dall'esperienza di vulnerabilità, impotenza e mortalità. Non ci sono formule magiche per dissolverla: alcuni la calmano con la preghiera e la fede, altri con la respirazione e la meditazione, altri ancora con la condivisione e l'accettazione.

Spesso il dare voce alle proprie paure fa sì che evolvano e si trasformino in abbandono e fiducia in *Qualcuno* che ha detto: *“Non abbiate paura, io sono con voi sempre”*.

In genere la paura si ridimensiona nella misura in cui è controbilanciata dal dinamismo della speranza.

I diversi volti della speranza

L'uomo è istintivamente orientato alla speranza, che si attiva maggiormente quando la salute o la vita sono in pericolo. Anche la speranza, come la paura, presenta un mosaico di volti.

Dinanzi a un'infermità grave o all'approssimarsi della morte l'uomo disegna l'orizzonte delle proprie esperienze lungo tre percorsi.

1. Le speranze mediche

Nella maggior parte dei casi questo è il terreno privilegiato su cui gioca il destino del proprio futuro.

Il ventaglio delle speranze legate alla scienza e alla guarigione fisica includono:

- la fiducia nei medici e nelle loro conoscenze;
- l'avvento di nuovi farmaci e terapie;
- i viaggi di speranza verso centri specializzati;
- le medicine alternative.



culturali più costruttivi di gestire il morire e la morte.

La diffusione di questi nuovi modelli dipende da un cambio di mentalità facilitato da corsi in materia, dalla lettura di articoli e libri che suscitano nuove sensibilità, dalla proposta di modi diversi di morire proposti dai mass media e, soprattutto, da un'esperienza a

- la separazione dai propri cari;
- la dipendenza dagli altri (dalla famiglia, dal personale sanitario);
- il sentirsi di peso;
- lo sfiguramento o il degrado fisico;
- la perdita di controllo (mentale o l'incontinenza);
- la perdita di dignità;

Questa comprensibile, ma talvolta esagerata e irrealistica attenzione alla guarigione del corpo, sottolinea il ruolo preponderante che gode la dimensione biologica a spese di una visione globale della salute. Per molti la speranza non ha altri nomi se non la guarigione fisica.

2. Le speranze umane

Queste risultano un terreno favorevole su cui costruire spazi di salute; salute intesa in senso lato, quindi non limitata alla sfera biologica ma comprendente la salute "personale", che abbraccia l'ambito emotivo, sociale, cognitivo e spirituale della persona. Le speranze umane dinanzi alla morte includono:

- il bisogno di comunicare i propri pensieri e sentimenti alle persone care;
- la voglia di vivere e fare piccoli progetti;
- il desiderio di condividere l'archivio dei propri ricordi, sbiaditi o nitidi;
- dare voce ai propri sogni e progetti non realizzati;
- il bisogno di alleviare il dolore o la solitudine;
- il desiderio di poter morire in casa;
- l'esigenza di sistemare le cose più urgenti prima di morire;
- perdonare o ricevere il perdono;
- dire addio ai propri cari.

La presenza di buoni ascoltatori che danno spazio al morente, che si pongono in un atteggiamento di accoglienza e umiltà affermando e onorando le sue scelte, facilitano il suo transito all'altra sponda.

È chiaro che la competenza umana non si improvvisa: è un apprendistato che richiede la capacità di convivere positivamente con la propria umanità e impotenza, di saper lasciare all'altro il protagonismo del suo morire, di rendersi presenza vicina e discreta nell'ultimo viaggio.

Ecco come Clarise, un'insegnante deceduta qualche anno fa negli USA, ha cercato di preparare il marito al distacco:

Posso partire?

*Me ne posso andare?
Non pensi che sia giunto il momento?*

*Sono pronto a dire addio a
giorni carichi di dolore,
a notti intrisi di solitudine.*

*Ho vissuto la mia vita e ho
fatto dei miei meglio.
Ora, lasciami fare questo
passo
e permettimi di liberare il mio
spirito.*

*All'inizio non volevo
andarmene;
ho lottato con tutte le mie
forze.
Ma ora c'è qualcosa che mi
attira
verso una luce che mi dà pace
e calore.*

*Voglio partire! Veramente, lo
desidero!
Mi risulta difficile restare.*

*Cercherò di vivere al meglio
ancora un giorno
per darti tempo di prenderti
cura di me,
per condividere il tuo amore e
le tue paure.
So che sei triste e angustiato,
lo leggo nelle tue lacrime.*

*Ti prometto che non sarò
lontano da te:
con il mio spirito ti sarò
vicino.
Dovunque tu sia...*

*Grazie per avermi amato,
sai quanto bene ti ho voluto
anch'io!
ecco perché è difficile dire
ADDIO
e separarmi da te.*

*Abbracciami ancora una
volta
e dimmi che OGGI mi lasci
partire,
perché mi vuoi tanto bene.*

(Clarise H., 1993)

3. Le speranze spirituali

Il terzo orizzonte della speranza si estende oltre il biologico e oltre l'umano per abbracciare il trascendente, vale a dire quello che dà senso alla vita, al soffrire e al morire, ciò

che va oltre la morte.

L'orizzonte spirituale comprende, innanzitutto, l'accettazione e la riconciliazione con il proprio passato intriso di ferite, errori, peccati e opportunità perdute.

Il processo della riconciliazione può essere facilitato dal sacramento della confessione, dal condividere con qualcuno l'esperienza di colpa o di rammarico, dal dialogo silenzioso del morente con Dio, che legge nel segreto di ogni cuore.

Vivere la riconciliazione significa far sì che non prenda il sopravvento il rimorso o il tormento interiore per errori connessi o per progetti incompiuti, ma anche permettere che la misericordia di Dio orienti il cammino, vivere in pace con i propri limiti, acquisire la serenità interiore.

In secondo luogo, l'orizzonte spirituale abbraccia il presente e include la capacità di onorare la dignità umana anche in mezzo al travaglio fisico, che prostra e mortifica, e dinanzi ai limiti della natura umana, che fanno sperimentare la "notte oscura" dell'anima attraverso il turbamento e lo smarrimento.

Dinanzi alla consapevolezza della vita che gradualmente si spegne si può accendere una nuova spiritualità che valorizza le piccole cose, così spesso prese per scontate, e attinge alle risorse della preghiera, della riflessione, della fede in Dio, del conforto sacramentale per trasformare l'attesa in speranza, la morte in resurrezione.

Vivere spiritualmente il presente significa trovare spazi di luce nell'oscurità dell'agonia, pronunciare e ricevere parole e gesti sananti nei confronti dei propri cari o di quanti si prendono cura di noi.

L'orizzonte spirituale si proietta, infine, nel futuro: va oltre la mortalità e la caducità della carne. Si basa sulla convinzione che il destino dell'uomo è l'incontro pieno con Dio, consiste nel credere che l'esistenza continua in un misterioso aldilà che ci attende dove sarà possibile rincontrare i propri cari e godere della pienezza della vita.

L'accompagnamento dei mo-

renti richiede rispetto per i diversi credo e religiosità professati. Anche lì dove la persona esprimesse di non credere nell'aldilà, è importante non ostinarsi a convincerla altrimenti, ma aiutarla a rivisitare il passato per affermare valori, realizzazioni e significati che hanno caratterizzato la propria storia.

Il mistero da scoprire

La morte, per tutti, è un traguardo e un mistero: un traguardo inevitabile e un mistero ineludibile.

Il fatto che la morte ponga fine alla progettualità umana produce, in molti, turbamento e sconforto. L'obiettivo consiste nel far sì che la paura non prenda il sopravvento sull'amore, sulla creatività, sulla speranza.

La sfida, culturale e personale, è di assumere la morte come parte della vita, creare esperienze e modelli positivi di come si può morire, educare familiari e operatori sanitari ad essere strumenti di conforto e vicinanza accanto a chi muore.

La speranza cristiana non è alternativa, ma complementare nei confronti delle altre speranze; è, allo stesso tempo,

storica e trascendente, è un continuare a vivere il mistero iniziato con la nascita, così efficacemente interpretato nella seguente parabola.

La parabola dei gemelli¹

Due gemelli, mentre crescevano nel grembo della madre, conversavano tra loro; erano pieni di gioia e dicevano: "Senti, non è incredibile l'esperienza della vita? Non è bello essere qui, insieme?".

Giorno dopo giorno andavano scoprendo il loro mondo. Un giorno si accorsero del cordone ombelicale che li univa alla madre, attraverso cui venivano alimentati, ed esclamano sorpresi: "Guarda quanto ci vuole bene la nostra mamma, condivide la sua vita con noi!".

Passarono così le settimane e i mesi finché, all'improvviso, si resero conto di quanto erano cresciuti.

"Cosa vorrà dire tutto questo?" domandò il primo. "Vuol dire che fra poco non ci staremo più qui dentro – rispose l'altro – non possiamo restare qui per sempre, nasceremo".

"In nessun modo voglio uscire di qui – obiettò il primo – io voglio rimanere qui

per sempre!". "Ragiona – gli rispose il fratello – non abbiamo altre soluzioni, e poi, forse, c'è un'altra vita, una volta che usciremo di qui".

"Ma non è possibile – sentenziò il primo – senza il cordone ombelicale non si può vivere! In più, altri prima di noi hanno lasciato il grembo materno, ma nessuno è tornato a dirci se c'è un'altra vita dopo la nascita. Dai retta a me, una volta usciti di qui, tutto finisce!".

Così, tra un'argomentazione e l'altra, trascorsero i loro ultimi giorni nell'utero, finché giunse il momento della nascita. Quando vennero alla luce, spalancarono gli occhi ed emisero un forte grido.

Quello che videro superava di gran lunga ogni loro aspettativa.

P. ARNALDO PANGRAZZI
*Professore all'Istituto Internazionale
di Teologia Pastorale Sanitaria
"Camillianum"
Roma*

Nota

¹ Labensangste-Lebenstraume, in Kranteubrief (1999), 1, p.3.





***Il Servo di Dio Manuel Lozano
Garrido, paralitico, cieco,
giornalista e scrittore***

***L'ospedale di Santo Spirito
di Roma come esempio
dell'apostolato
della misericordia***

***Dipartimento di Pastorale,
Ospedale Cardinal Tien,
Taiwan***

***Arcidiocesi di Filadelfia.
Protocollo per la valutazione
dei rapporti di collaborazione
nell'ambito della
sanità cattolica***

***L'approccio paolino
all'istruzione infermieristica:
una risposta all'invito
della Chiesa a un'assistenza
umanitaria***

Il Servo di Dio, Manuel Lozano Garrido, paralitico, cieco, giornalista e scrittore

Il 5 novembre 1994 veniva celebrata nella diocesi di Jaén l'apertura del processo di canonizzazione del Servo di Dio Manuel Lozano Garrido. La solenne cerimonia era presieduta dal Vescovo di Santo Reino, S.E. Mons. Santiago García Aracil.

Il 20 febbraio 1998 veniva firmato a Roma, presso la Congregazione per le Cause dei Santi, il decreto di validità di tutte le pratiche processuali diocesane. La Positio sulle virtù eroiche di questo malato è stata stampata e sottoposta allo studio dei Rev.mi Consul-
tori.

Chi era Manuel Lozano Garrido?

Manuel Lozano Garrido era un laico formatosi nella Gioventù dell'Azione Cattolica, invalido, cieco, giornalista e scrittore; uomo semplice che visse la gioia cristiana, nata dalla sua fede profonda, nel dolore durato per oltre venticinque anni, del tutto immobile sulla sedia a rotelle.

La sua vita di continua preghiera è rimasta plasmata nei suoi nove libri, di finissima letteratura religiosa, e in centinaia di articoli giornalistici in cui esponeva la dottrina sociale della Chiesa o parlava di ciascun piccolo successo di ogni giorno centrato a partire dal suo impegno cristiano.

Lolo, come familiarmente era conosciuto, si caratterizzava anche per una profonda devozione eucaristica e per una tenera pietà mariana.

La sua vita fu un continuo apostolato tra i malati incurabili a cui si associava in una pia unione, chiamata "Sinai", e a cui offriva la sua preghiera e i propri dolori attraverso la stampa cattolica. Allo stesso tempo la sua casa e la sua vita divennero un faro che illuminava e orientava apostolicamente, con i suoi prudenti con-

sigli, centinaia di giovani e di adulti, che facevano ricorso a lui come amico, confidente e consigliere.

Laico che visse innamorato della Chiesa, per la quale aveva una vera passione e che cercava di servire con la sua apparente inutilità, Manuel è un paradigma e un esempio "dell'oggi per oggi", con un *profilo spirituale* semplice e, allo stesso tempo, eroico.

La chiamata universale alla santità e la funzione di laico nella Chiesa, sottolineate dal Concilio Vaticano II – che il Servo di Dio seguì appassionatamente dalla sua sedia a rotelle – ebbero in Lolo un'eco profonda. Già dagli anni dell'adolescenza e di giovane dell'Azione Cattolica egli scrisse nelle sue note spirituali la sua ansia di seguire Cristo, come giovane laico, rischiando la propria vita in periodo di guerra e di persecuzione religiosa per aver professato apertamente la sua fede e per la sua devozione eucaristica; ciò lo portò perfino a soffrire la prigione e gli fece desiderare il martirio.

La semplicità di vita di questo ragazzo, che in piena gioventù rimase completamente paralizzato, gli fece vivere in modo "naturale" e gioioso le circostanze straordinarie in cui trascorse la sua lunghissima vita di malato incurabile.

Quanto detto finora è solo un compendio della sua vita. Andrei oltre i limiti di questo articolo se commentassi ognuno dei tratti caratteristici di questo *profilo spirituale* che ho tracciato. Però la ricchezza della vita cristiana di questo giovane dell'Azione Cattolica, invalido e tuttavia scrittore e consigliere di giovani, ha un aspetto su cui bisogna necessariamente soffermarsi in questo articolo: la dimensione apostolica che il Servo di Dio Manuel Lozano Garrido diede alla sua malattia.

Aspetti biografici

Manuel Lozano Garrido, Servo di Dio, nacque nella città industriale e mineraria di Linares (Jaén, Spagna), il 9 agosto 1920. Fu membro della Gioventù dell'Azione Cattolica fin dalla fondazione in quella città, nel 1931, prima come aspirante e poi svolgendovi incarichi direttivi.

A 23 anni, mentre stava svolgendo il servizio militare, un reumatismo lo rese invalido lasciandolo totalmente paralizzato, e, negli ultimi anni della sua vita, anche cieco. Morì a Linares il 3 novembre 1971.

Gli anni dell'adolescenza e della gioventù coincisero con la guerra civile spagnola (1936-1939), durante la quale fu incarcerato per vari mesi a motivo della sua fede. Prima di andare in prigione, come novello "Tarcisio" del XX secolo, distribuiva clandestinamente la Sacra Comunione per incarico di Don Rafael Alvarez Lara, che fu prima parroco a Linares e poi Vescovo di Guadiz e di Maiorca.

Dopo la guerra spagnola militò attivamente nella Gioventù dell'Azione Cattolica forgiando il suo spirito apostolico e approfondendo la sua formazione umana e spirituale, che in seguito riversò a piene mani nei suoi oltre 25 anni di invalidità.

In quegli stessi anni (1939-1941) intraprese la carriera dell'insegnamento e studiò per diventare esperto nell'arte mineraria.

Una volta dichiarata la sua invalidità, la sua vita assunse una direzione totalmente diversa: dalla sua totale immobilità diventò giornalista e scrittore, consigliere di centinaia di giovani e di quanti si avvicinavano a lui.

La sua vita, apparentemente inutile, diventò meravigliosamente fruttuosa: quando non poteva scrivere con la destra, lo faceva con la sinistra; quan-

do perse la vista registrava su un magnetofono.

Sono centinaia gli articoli da lui pubblicati sulla stampa a proposito di temi sociali, scientifici, letterari e, soprattutto, religiosi.

La forza gli veniva da un'intensa vita di preghiera, da una profonda pietà eucaristica e da una tenera devozione mariana, come possiamo leggere nei suoi profondi "Diari" spirituali che fanno parte dei nove libri da lui pubblicati.

Quando, già malato, gli fu concesso il permesso di celebrare la Santa Messa a casa sua, alla prima occasione chiese che sotto l'altare fosse posta la macchina da scrivere "perché così la base della Croce si inchiodi nella tastiera e metta lì le sue radici".

Chiamava la Vergine, a cui ha dedicato pagine bellissime nei suoi scritti, "Santa Maria delle cose senza splendore; Regina delle ore Gemelle; Eletta per le missioni in sordina; Maestra con un abbecedario di silenzi; Dama d'onore degli inutili; Madre della Croce senza tempo...".

I titoli delle sue opere sono:

El sillón de ruedas (1961) (Prologo di José María Pérez Lozano e Antonio Castro).

Dios habla todos los días (1962) (Prologo di Antonio Navarrete).

Mesa redonda con Dios (1963) (Prologo di Francisco Javier Martín Abril).

Las golondrinas nunca saben la hora (1967) (Prologo di José María Pemán).

Cartas con la señal de la cruz (1967) (Prologo di P. Félix García).

Reportajes desde la cumbre (1969) (Prologo di P.J.M. Llanos).

Bien venido amor (1969) (Prologo della 2ª edizione Rafael Higuera).

El árbol desnudo (1970) (Prologo di vari autori della stampa cattolica).

Las estrellas se ven de noche (postumo) (Prologo di Francisco Javier Martín Abril).

Todos somos elegidos (Quaderno vocazionale) (1968).

La sua opera letteraria, fondamentalmente di argomento religioso, è piena di poesia, di bellezza e di tenerezza.

Numerosi sono i premi letterari che gli furono assegnati e che ricevette con semplicità francescana. Nel 1969 il comune di Linares lo nominò "figlio prediletto" della città.

Il Servo di Dio (invalido e cieco) dà alla sua vita una dimensione apostolica

Uno dei censori delle opere di Lolo raccoglie nel capitolo *Con la señal de la cruz* il pensiero del Servo di Dio sul dolore: l'accettazione gioiosa della croce, il valore redentore

Dio, che fece della sedia a rotelle un calvario redentore, senza dubbio ha molto da dire all'uomo di oggi, educato in una società che si offre al piacere facile, e che ha fatto perdere all'uomo medio del nostro tempo il senso del dolore.

È opportuno citare in questo capitolo l'opera *Reflexiones clínicas y antropológicas acerca de un paciente ejemplar* Manuel Lozano Garrido, scritta dal dott. Fermín Palma².

Trascrive il dott. Palma questo testo del Servo di Dio: "Tu hai sempre dolori, sempre? Ebbene sì, sempre, sempre,



del dolore associato alla passione di Cristo, la forza purificatrice che nasce da questa accettazione.

Lolo lo scrisse in questo modo: "Tre atteggiamenti di fronte al dolore: quello di chi non è ancora andato oltre il bruciore della sua ferita: «Dio mi ha lasciato...»; quella di chi accetta, senza entrare nel suo spirito di attività significativa: «Dio mi ha chiesto...»; e quella di chi, comprendendo il valore comunitario della sofferenza, si offre pienamente all'ideale della redenzione: «Signore ti offro...»"¹.

Le figura di questo Servo di

sempre"³. E commenta: "sempre, come sempre «la rondine vola» e il fiume ha il suo rumore, secondo poemi di Lolo che riepiloga splendidamente Guillermo Sena, in «Srutidor del alma»⁴.

Sempre e perpetuamente dolore, come hanno riferito tutti gli autori, i giornalisti e gli amici, da Robert de Taizé che lo acclamerà: «Sacramento del dolore», fino ai suoi biografi Juan Sánchez Caballero e Juan Rubio Fernández e tanti altri, affascinati, nel rendersene conto, dal fatto che tanto il dolore quanto l'amore «partono da una stessa ferita», che

si trasforma in fonte di pensiero, vigore spirituale e vita”.

Egli sente i dolori che non sono “addormentati” di fronte a lui. Per questo in una delle sue pagine scrisse, parlando con il Signore: “*Quanto è dura l’angoscia, e non sono io che devo dirtelo perché Tu conoschi bene le agonie!*”⁵.

Senza dubbio la cosa più caratteristica del Servo di Dio fu il lunghissimo tempo della sua dolorosa malattia. Egli era invalido e, negli ultimi anni della sua vita, anche cieco. Una tale infermità era accompagnata da un quadro di sequele permanenti che lo tenevano sempre in punto di morte.

Il Servo di Dio era un lavoratore sofferente o un malato che lavora. Nella sua vita si mescolarono anno dopo anno, in un unico intreccio, il lavoro arduo e la malattia acuta; tuttavia, nella sua vita la profonda devozione eucaristica lo faceva vivere unito al sacrificio di Cristo. Il suo lavoro e il suo dolore di ogni giorno si univano – come il pane e il vino – al sacrificio eucaristico di Gesù Cristo, nell’assunzione quotidiana dell’Eucaristia.

Il Concilio Vaticano II parla dei malati, includendoli anche nella chiamata universale alla santità: “*Sappiano che sono pure uniti in modo speciale a Cristo che soffre per la salvezza del mondo...*”⁶. La forza immensa del dolore umano non può essere inutile. L’azione redentrice ha la propria suprema espressione nella Croce di Cristo... “*Per questo nella vita cristiana bisogna ottenere l’incontro del dolore e dell’amore, comunicando nella Croce di Cristo. Tutto questo dolore va accettato con amore affinché sia redentore e porti alla pienezza di vita*”⁷.

Forse per questo la più abbondante produzione letteraria uscita dalla penna del Servo di Dio è quella che cerca di compiere una riflessione cristiana sul dolore. Lo stesso tenta di fare nel suo primo libro *El sillón de ruedas*. Ma anche un altro libro, *Cartas con la señal de la Cruz*, indica la stessa cosa. In questa pubblicazione Lolo ripercorre la Via Crucis, commentando le quattordici

stazioni e aggiungendo altrettante lettere ai malati⁸.

La rivista *Sinai*⁹ aveva questo scopo: unire il dolore di tutti i malati che appartenevano a questa *opera apostolica* per offrire le loro sofferenze attraverso la stampa cattolica. Per questo tutti i numeri della rivista accolgono scritti del Servo di Dio sul valore del dolore, come nella serie di ventitré articoli pubblicati in *Enfermos Misioneros*¹⁰.

Il tema del dolore si frammischia nei suoi libri-diario *Dios habla todos los días*, *Las golondrinas nunca saben la hora* e *Las estrellas se ven de noche*.

L’esperienza del dolore a partire dalla fede

Tuttavia, più di ciò che scrisse il Servo di Dio sul dolore, vale l’esperienza del dolore: come il Servo di Dio visse la sua “identità” di malato.

I testimoni del Processo parlano della “abitazione in cui stava, in cui riceveva le cure ed era frequente che dovessimo lasciare il lavoro perché la sua malattia si era acuita”¹¹.

Il Servo di Dio vedeva il dolore come cammino di redenzione; considerava la sua malattia come un regalo di Dio: “*Infine, cado in ginocchio e do libero corso alla gratitudine... Non voglio il lamento; portami, in cambio, il sorriso e lascia che la gioia mi appenda ghirlande e rose sul cuore perché sta qui la fragranza del cuore che sorregge l’architettura della sofferenza*”. Egli allora comincia a fare il conto dei benefici: la prossimità di Dio che lo cerca, la fede, la Provvidenza, l’inquietudine spirituale, l’affetto, la vocazione personale... perché “*se una strada si chiude offre la risorsa di altri sentieri laterali che la sostituiscono*”¹².

Il Servo di Dio intitolò uno dei capitoli de *El sillón de ruedas* in questo modo: *El dolor se arrodilla*¹³. Quella che vi scrisse è la sua vita: visse in modo tale l’accettazione del dolore che un giorno pubblicò il suo *Credo della sofferenza*.

La gioia esultante del Servo di Dio nel suo dolore

Cos’è la gioia? si chiedeva il Servo di Dio in un articolo pubblicato in *Vida Nueva*¹⁴. E rispondeva: “*La gioia è una manifestazione vitale dell’uomo e, pertanto, di essenziale importanza nella sua evoluzione*”. In seguito cita Bernanos: “*c’è una gioia in Dio e una gioia più povera*”. A ragione negli avvisi della sua morte sono state raccolte idee disseminate nei suoi scritti: “*Sono vostro e vi rinnovo il mio appuntamento nella Gioia*”. Gioia con la maiuscola; la Gioia che è Cristo e l’incontro con il Padre.

Tutti i testimoni del Processo parlano della gioia, del sorriso, del buon umore, della giovialità del Servo di Dio. Egli scriveva: “*Al di sopra degli uomini inaciditi o sdolcinati, oltre i silenzi o le labbra aperte al canto, dobbiamo credere che il giubilo muova l’uomo come prodotto di una tensione e di un’ascesi: la gioia è il frutto di una conquista...*”; e aggiungeva: “*il cristianesimo è, anzitutto, un’operazione di gioia*”¹⁵.

Il Servo di Dio manifestava e trasmetteva continuamente questa gioia.

In una metafora che ritrae la sua vita scrisse: “*Con la vita che si illumina appena più di una candela molto corta, credo in te primavera... Ora, domani e sempre, credo nel Dio che ci ha regalato la primavera e che ci reso possibili le primavere*”¹⁶. Così scriveva il Servo di Dio quando già sentiva ultimarsi la vita. Questo testo è tratto dal libro postumo le cui prove di stampa gli furono consegnate alcuni minuti dopo la sua morte, quando già stava nell’eterna primavera dell’incontro con Dio.

La “naturalità soprannaturale”

A tutti è raggiungibile la santità dal momento che a tutti la impone lo stesso Dio. “*Non a tutti chiederà Dio una santità con forme straordinarie di profezie e miracoli, però sì la santità di fare straordinariamente*

bene le cose comuni e correnti di ogni giorno”, dice J. Urteaga¹⁷. Però questo modo di fare straordinariamente bene l’ordinario, non toglie che “le circostanze e l’ambiente ti trattino con durezza”¹⁸.

Questo aspetto di *naturalità*, nel fare l’ordinario, il Servo di Dio lo confessa come la costante dei suoi giorni: “la mia inutilità la vivo con una caratteristica di normalità, così come si nasce con i capelli rossi o con una vocazione di fresatori”¹⁹.



Il Servo di Dio, cosciente qual era del fatto che la sua malattia era un dono di Dio, come tale l’assumeva e la accettava. “Trasmetteva un’impressione di naturalezza che faceva sembrare normale ciò che in lui era una prova molto dura che portò con garbo, con la grazia di Dio...; la cosa ammirevole di Lolo è che la sua vita, uguale giorno dopo giorno, lo faceva vivere in modo straordinario l’ordinario di ogni giorno. E la straordinarietà del suo dolore, della sua invalidità, la viveva in modo ordinario, senza darle importanza”²⁰.

Per concludere, forse è opportuno citare altri suoi due testi.

Il primo dei suoi due libriciari conclude con alcune pagine di colloquio col Signore sulla fede e la speranza. “Devo sognare di vederti, morirò per non vederti e Tu continuerai protetto da sette veli, sempre nascosto e irraggiungibile... Più ti dico che no... che ogni lacrima vale una risata; un dolore una consolazione; la notte un mezzogiorno. Così è la fede che mendico. Come anche la

una pensilina della stazione, quando giunge il treno e scende l’amico che da molto tempo non vedevamo. Tu sei qui, seduto accanto alla mia sedia, e io ti metto il braccio con affetto attorno alle spalle...”²².

Quando il Servo di Dio scrisse queste parole, mancavano ancora dodici anni perché questo cieco giungesse a vedere la primavera tante volte desiderata dell’incontro definitivo con il Signore, dodici anni in cui percorse “in fretta” un cammino di immobilità di paralitico, insieme all’Amico che era giunto ed era rimasto lì, seduto accanto alla sua sedia a rotelle. Al termine di questi dodici anni, giunse finalmente l’incontro con Dio tante volte desiderato.

Mons. RAFAEL HIGUERAS
ÁLAMO
Canonico Magistrale di Jaén
Spagna

Note

¹ M. LOZANO GARRIDO, *Las estrellas se ven denoche*, Bilbao 1973, p. 102.

² F. PALMA, *Reflexiones clínicas y antropológicas acerca de un paciente ejemplar Manuel Lozano Garrido*, Zamora 1998, p. 18.

³ M. LOZANO GARRIDO, *Dios habla todos los días*, Bilbao 1967, p. 146.

⁴ M. LOZANO GARRIDO, poem: *Surtidor del alma*, La Carolina 1997, p. 36.

⁵ M. LOZANO GARRIDO, *Las golondrinas nunca saben lahora*, Bilbao 1967, p. 152.

⁶ Concilio Vaticano II, LG. n. 41.

⁷ B. JIMÉNEZ DUQUE, *Universal vocación a santidad*, in *Comentarios a la Constitución L.C.*, Madrid, BAC, 1966, p. 775.

⁸ M. LOZANO GARRIDO, *Cartas con la señal de la Cruz*, Bilbao 1967, pp. 149-196 e 29-103.

⁹ Summ., Pars altera, V, pp. 249-258.

¹⁰ C.P., Proc. Supl., Vol. V., pp. 28-30 e 88-135.

¹¹ Summ., Proc. Ord., XI testigo, María Dolores Muñoz, p. 70, n° 217; Proc. Ord., VII testigo, José González, p. 51, n° 163; Proc. Supl., VII testigo, Antonio Maldonado Trigueros, p. 152, n° 477.

¹² M. LOZANO GARRIDO, *El sillón de ruedas*, pp. 7, 19, 72 e 88.

¹³ M. LOZANO GARRIDO, *El sillón de ruedas*, p. 267.

¹⁴ *Vida Nueva*, 1-XII-1957.

¹⁵ M. LOZANO GARRIDO, *El sillón de ruedas*, pp. 203 e 205.

¹⁶ M. LOZANO GARRIDO, *Las estrellas se ven de noche*, Bilbao 1973, p. 309.

¹⁷ J. URTEAGA, *El valor divino de lo humano*, Edic. Rialp, Madrid 1959, p. 49.

¹⁸ J. URTEAGA, *op.cit.* p. 72.

¹⁹ M. LOZANO GARRIDO, *Dios habla todos los días*, Bilbao 1967, p. 20.

²⁰ Summ., Proc. supl., V testigo, Carmen Troyano, p. 136, n° 429 y p. 138, n° 436; cfr. XI testigo, Esperanza Fortes, p. 174, n° 538.

²¹ M. LOZANO GARRIDO, *Dios habla todos los días*, Bilbao 1967, p. 238-240.

²² M. LOZANO GARRIDO, *op.cit.*, p. 167.

L'ospedale di Santo Spirito di Roma come esempio dell'apostolato della misericordia¹

1. Brevi cenni sull'ordine e sull'ospedale di Santo Spirito

Nella storia dello sviluppo delle varie forme di attività ed iniziative di opere caritative – ispirate in maniera decisiva, per quasi diciotto secoli, fino all'Illuminismo, dalla dottrina cristiana sulla misericordia – ebbe fondamentale importanza la fondazione, verso la fine del sec. XII, dell'ordine ospedaliero di Santo Spirito. Esso venne fondato in Provenza da Guido di Montpelier, come *Ordo Fratrum Canonicorum Regularem Sancti Spiritus*. Anche se si trattò solo di uno dei numerosi ordini caritativi e cavalleresco-ospedalieri sorti nei sec. XI-XIII, tuttavia col suo veloce sviluppo, con l'ampiezza dell'organizzazione degli interventi e la varietà delle sue forme, esso dominò decisamente, nel Medioevo, sugli altri ordini finalizzati a missioni simili. L'attività dell'ordine di S. Spirito ha rappresentato un'epoca in sé conclusa, non solo nella storia della misericordia e delle opere pie, ma anche in tutta la civilizzazione cristiana e nella cultura medievale.

Simbolo indiscusso del potere e del ruolo trainante di quest'ordine nel campo delle opere pie nell'Europa medievale fu l'ospedale di Santo Spirito, fondato da papa Innocenzo III tra il 1198 e il 1201, a Roma, sul posto della precedente Scuola dei Sassoni, affidato ai religiosi di S. Spirito. Fin dall'inizio della sua esistenza quest'ospedale fu il più celebre e grande centro caritativo d'Europa, che servì anche da modello ed esempio per gli ospedali che velocemente si svilupparono in quei tempi, guidati dai religiosi sia di S. Spirito sia di altri ordini, come pure fondati da istituzioni laiche ed ecclesiali, come confraternite, città, arti. L'assi-

stenza sociale e l'attività caritativa, che si manifestavano soprattutto con fondazioni ospedaliere, costituivano nel Medioevo un compito fondamentale della Chiesa. Le opere pie ecclesiastiche, accanto alla fondazione di ordini, scuole, università, si presentavano come una delle tendenze caratteristiche fondamentali della cultura di quel tempo. Lo sviluppo dell'attività ospedaliera attingeva l'ispirazione dalla filosofia ascetica e dalla mentalità medievale, secondo le quali i *pauperes*, e quindi tutte le persone bisognose di aiuto, godevano di una generale accettazione e perfino di glorificazione da parte della Chiesa e della società.

La grandezza e il rango dell'ospedale romano di Santo Spirito si manifestavano non solo con la monumentalità e le dimensioni degli edifici, ma anche col fatto che esso fu sempre la casa madre dei religiosi di S. Spirito e la sede del loro superiore generale. Quasi per tutto il tempo della sua esistenza, cioè fino all'unificazione italiana nel 1870, rimase continuamente sotto la cura e la protezione del papa, fatto per cui veniva chiamato "arciospedale pontificio". Non c'era niente di simile all'ospedale di Santo Spirito di Roma, né nel Medioevo né nei tempi moderni, quando esso, dopo i restauri della fine del sec. XV e gli ulteriori investimenti fatti nel XVI sec., ebbe il suo periodo di massimo splendore. Nonostante i radicali cambiamenti, collegati coi modi della sua amministrazione, ha conservato il suo rango fino ai nostri tempi, costituendo uno dei più importanti e più grandi istituti di cura della Roma attuale.

Nei primi tre secoli della sua esistenza (XII-XIV sec.) l'ospedale serviva soprattutto per andare incontro ai bisogni dei malati e dei poveri; tuttavia la

cura dei trovatelli occupava un posto rispettabile nel suo funzionamento: questa funzione non venne direttamente documentata nelle fonti. Dopo la rifondazione e l'ampliamento compiuti da Sisto IV nel sec. XV nell'ambito dell'ospedale funzionavano due istituzioni, integralmente collegate tra di loro, ma con funzioni diverse: il vero e proprio ospedale per i malati e l'ospizio per i bambini abbandonati. L'ospedale di S. Spirito, come centro di cura, si occupava non solo delle cure dei malati, ma costituiva anche un grande centro medico e di studi di medicina, fornito della celebre Biblioteca Lancisiana e di un'accademia medica. Esisteva anche, presso di esso, una confraternita della carità e una banca che portava lo stesso nome dell'ospedale. In particolari periodi dipesero dall'amministrazione dell'ospedale di Santo Spirito anche altri ospedali minori di Roma; fu aggregato ad esso, fra l'altro, l'ospedale per i ragazzi affetti da malattie mentali.

Anche se l'attività della parte dell'ospedale che aveva funzioni di cura finora non è stata affatto studiata, essa non sarà l'oggetto del nostro articolo. Oggetto del nostro studio sarà invece l'ospizio dei bambini abbandonati (brefotrofio), funzionante all'interno dell'ospedale di Santo Spirito di Roma.

2. L'abbandono dei bambini

Nelle indagini sulla storia dell'assistenza sociale un posto fondamentale occupa, nell'arco della storia, il problema dei bambini non desiderati, di regola neonati, chiamati "esposti" o "proietti", presente soprattutto nelle grandi città europee. Era questa una particolare categoria di persone bisognose, particolarmente deboli, che non ricevendo un imme-

diato aiuto, non avevano nessuna possibilità di sopravvivere. Perciò salvare dei bambini abbandonati e assisterli costituiva una delle più importanti missioni della beneficenza e della carità cristiana.

L'abbandono dei bambini era praticato su larga scala già nei tempi precedenti al cristianesimo. I neonati venivano abbandonati in segreto; essendo il loro destino avvolto nel mistero, facilmente mitizzabile, sull'esposto si applicava la radicata credenza popolare che, al colmo della sventura, esiste sempre la possibilità di mutare il proprio destino. Romolo e Remo, fondatori di una civiltà, Mosé, per fare degli esempi, erano trovatelli che hanno sollecitato la nostra fantasia².

Nella cultura romana (II-III secolo) il neonato veniva posato in terra e se il padre, o il padrone della schiava-madre, lo sollevava, esso veniva nutrito e allevato; diversamente esso veniva esposto davanti alla porta e di fatto abbandonato³. I decreti di Costantino del 331 e di Onorio e Teodosio del 412 attribuivano i trovatelli a chi li aveva raccolti, dandogli la facoltà di considerarli liberi o schiavi; ma molti erano raccolti ed educati a cura della Chiesa, che generalmente si impegnava ad avviare i fanciulli verso un mestiere, così come si faceva con gli orfani, in modo che fossero poi in grado di mantenersi da sé; quanto alle fanciulle, oltre a mantenerle, le si provvedeva della dote per sposare, al fine di preservarle così dalla prostituzione⁴. Nel Medioevo l'assistenza ai bambini abbandonati non era formulata nel sistema

organizzato ed istituzionalizzato. Di solito i bambini non voluti venivano lasciati nelle chiese, nei monasteri, oppure venivano venduti, o affidati alle cure di persone e famiglie estranee. Fino alla fine del XII secolo l'assistenza degli esposti aveva un carattere casuale, in misura prevalente era nelle mani di persone private⁵. Una svolta radicale si attuò all'inizio del XIII secolo, quando nelle grandi e piccole città europee cominciarono a sorgere e a diffondersi velocemente ospedali, ospizi, brefotrofi destinati esclusivamente agli esposti, oppure che praticavano l'assistenza a questi bambini come una delle missioni principali⁶. La maggior parte delle istituzioni di questo tipo era costituita dagli ospedali gestiti dal più grande e più importante ordine religioso caritativo del medioevo, l'ordine di S. Spirito.

Il numero dei neonati abbandonati è aumentato ancora di più nei secoli moderni. Ciò riguardava soprattutto la Francia, la Spagna e l'Italia. Proprio nel Settecento il fenomeno dell'abbandono dei bambini esplode con una crescita numerica impressionante; si parla del Settecento come del "secolo dei trovatelli"⁷. Il brefotrofo fu una delle fondazioni tipiche del secolo; ogni grande città costruì il suo istituto, tanto che a metà dell'Ottocento ne esistevano in Europa 356 con più di 460.000 assistiti⁸.

Fra le istituzioni create per prendersi cura degli esposti un'importanza particolare aveva l'ospedale di Santo Spirito a Roma. Al modello e al sistema elaborato in questo ospedale si ispirarono, col passare degli anni, tutti i centri gestiti dall'ordine di S. Spirito, come anche altre istituzioni esercitanti la tutela su questa categoria di bisognosi. Si può giudicare questo sistema come completo, perché garantiva l'assistenza ai trovatelli per tutta la loro vita.

Il lavoro riguarda, in linea di massima, il sec. XVIII, che in prospettiva europea può essere definito come il secolo "dell'Illuminismo". La scelta è dettata solo in parte da criteri puramente pratici: soprattutto

per la ragione che la documentazione conservata è molto più ricca per il secolo XVIII che per i secoli precedenti. Come *terminus ante quem* si è preso invece la fine del sec. XVIII, coincidente con la nascita della Repubblica Romana e l'occupazione dello Stato Pontificio da parte di Napoleone; inoltre gli anni a cavallo tra i secc. XVIII e XIX costituiscono una netta cesura nello sviluppo ospedaliero e nell'assistenza sociale in tutta l'Europa. Da quel momento ebbe inizio un rapido processo di statalizzazione degli ospedali o di affidamento di essi ad un governo costituito da personale municipale e autonomo. Proprio da quel momento, inoltre, i precedenti ospedali, di solito ospizi, cominciarono ad essere in generale trasformati in centri di cura.

Il materiale documentario riguardante l'ospedale e consistente in più di tremila volumi e grosse cartelle si trova nell'Archivio di Stato di Roma⁹.

3. L'accoglienza dei trovatelli in ospedale

Secondo la primitiva idea di Innocenzo III, l'ospedale-ospizio di Santo Spirito fu istituito per i figli illegittimi. In pratica, però, gran parte dei bambini abbandonati era costituita da figli legittimi. Gravi motivi per liberarsi dai bambini da parte delle madri e delle loro famiglie erano la povertà nonché le malattie e i difetti fisici dei neonati¹⁰. Nel secolo XVII finirono all'ospedale di Santo Spirito di Roma circa 1.000 bambini all'anno; nel secolo XVIII, invece, molti di meno (500-700). I bambini esposti provenivano specialmente dalle cittadine e dai paesi posti in un raggio di circa 100 km da Roma¹¹.

L'edificio e la struttura interna dell'ospedale-ricovero erano pianificati in modo da garantire alle persone che abbandonavano i bambini una discrezione assoluta. I bambini, normalmente, venivano portati di notte o al crepuscolo, cosa che rendeva più facile l'anonimato. I piccoli venivano lasciati in una costruzione di le-



gno, grande, rotonda, simile ad una botte, chiamata ruota, inserita nei muri esterni dell'ospedale. La persona che portava il bambino, lo metteva nell'interno della ruota attraverso un'apertura, poi la girava e con un campanello dava un segnale alla persona di turno, che stava all'erta di notte e di giorno all'interno dell'ospedale¹². Per garantire alle donne che abbandonavano i bambini la sicurezza e la discrezione e così sottrarsi al disonore, le autorità papali le prendevano sotto la loro protezione, vietando, per esempio, ai rappresentanti dei servizi pubblici l'uso di qualsiasi sanzione verso di loro¹³. Dopo che veniva aperta, con la chiave, la ruota e dopo aver preso il bambino, la persona di turno, con l'aiuto di una lancetta, incideva nel suo piede destro una doppia croce, che era il segno dell'ospedale ed insieme dell'ordine di S. Spirito. Quando il taglio del segno era ancora fresco, veniva riempito di una tinta nera che lo rendeva più evidente e che gli dava, con questo, il carattere di tatuaggio o anche di marchio¹⁴.

I bambini abbandonati all'ospedale erano allattati da balie che vi andavano appositamente, le cosiddette "balie di casa". Dopo un breve soggiorno nell'ospedale, i bambini venivano affidati a donne che abitavano fuori dell'ospedale, chiamate "balie di fuori", perché fossero allattati ed allevati. Per la cura dei bambini alle balie veniva dato dall'ospedale un aiuto mensile in denaro e vestiario. Alle donne che si decidevano al pieno ruolo di balie nelle loro case, l'ospedale imponeva rigorose condizioni riguardanti la loro salute, la qualità del vitto, la moralità, la religiosità della vita, nonché lo stato materiale. In conseguenza delle migliori condizioni climatiche e di costume, venivano preferite balie provenienti da luoghi fuori Roma.

Dopo un periodo di soggiorno dalle balie, gli abbandonati dovevano essere incondizionatamente riconsegnati all'ospizio, le bambine fino agli 11 anni, i bambini un anno di più. Dopo il ritorno all'ospedale le bambine (chiamate "zitelle")

venivano collocate nel Conservatorio, i bambini invece alla Scuola dei putti. I ragazzi non rimanevano molto a lungo nella loro scuola. Molto presto, infatti, venivano affidati ad artigiani perché imparassero un mestiere. Nella Scuola dei putti vi erano di regola circa 30-50 ragazzi. Diverso era per le ragazze, che più raramente finivano a servizio di estranei, motivo per cui nel Conservatorio se ne trovavano sempre fra le 400 e le 700¹⁵. Inoltre sia i ragazzi sia le ragazze erano talora dati in adozione.

4. Il Conservatorio

Volendo presentare la vita quotidiana delle zitelle e ricostruire la struttura interna e la direzione dell'ospizio, non si può non parlare del ruolo avuto, da questo punto di vista, dalle suore della Congregazione di S. Spirito. Nei primi cinque secoli di esistenza dell'ospedale, esse erano strettamente integrate col funzionamento del Conservatorio e con la vita delle educande. Le suore, residenti nell'ospedale e poste sotto la regola di S. Agostino, fin dall'inizio dovevano assistere i malati e i trovatelli¹⁶. Tutte le suore che si trovavano nel convento costituivano, per le educande ad esse affidate, l'autorità superiore. Il loro compito consisteva, particolarmente, nell'insegnare alle educande vari generi di mestieri, nel sorvegliarle durante l'esercizio dei medesimi e nel controllarne la realizzazione. Fino al termine degli anni Sessanta del sec. XVII, le suore ebbero totale ed assoluto potere sulle educande. Erano, per le loro educande, amministratrici, educatrici, tutrici, insegnanti, catechiste e anche infermiere e dirigenti che ne controllavano le attività. Con le riforme compiute nel 1666 dal commendatore F. M. Fabei, le suore, che per alcuni secoli avevano governato il Conservatorio, smisero di governarlo. Il loro trasferimento in un luogo a parte e l'essere sottoposte a rigida chiusura al fine di evitare ulteriori ammissioni alla religione

le destinò ad una loro naturale estinzione¹⁷. Dalla fine degli anni Sessanta del sec. XVII il governo del Conservatorio fu totalmente in mano a laiche, spesso ex-educande del Conservatorio¹⁸.

La vita delle pensionanti era regolata con molto rigore dalle autorità superiori dell'ospedale e della Chiesa. Le trovatelle, dal momento che entravano fra le mura dell'ospedale e per tutto il tempo che restavano in questa istituzione, erano obbligate ad osservarne i regolamenti e ad adempiere compiti di vario genere stabiliti dai superiori o dalle autorità ospedaliere. In particolare nell'ospedale si cercava di creare le buone abitudini e di fare attenzione alla moralità delle pensionanti. Tenendo conto dei grandi pericoli morali cui incorrevano le educande per un'eccessiva libertà o per una disinvoltura nei contatti e nelle conversazioni con persone esterne, come pure con il personale interno maschile, laico e religioso, si decise per una chiusura molto severa delle abitanti del Conservatorio¹⁹. La chiusura stretta, per le pensionanti del Conservatorio si mantenne dall'inizio della sua istituzione senza affatto attenuarsi dopo che le zitelle furono isolate dalle suore e neppure dopo la cessazione del reclutamento delle suore nella congregazione.

Il principio della vita claustrale delle suddite doveva essere messo in pratica, non solo col divieto di entrare nel terreno dell'ospizio da parte di persone estranee, ma anche con la rigorosa proibizione di intrecciare qualsiasi contatto col mondo esterno da parte delle stesse pensionanti. Durante il secolo XVIII, più volte vennero date disposizioni a tutte le pensionanti di avvicinarsi con qualsiasi pretesto, al portone del Conservatorio, senza permesso della superiora o del commissario dell'ospedale²⁰.

Dalle analisi fatte si deduce che le zitelle del Conservatorio vivevano in totale chiusura, isolate dal mondo esterno. Quelle che non si sposavano e non si decidevano ad andare a servizio erano prive di qual-

siasi contatto col resto della società e, quindi, vivevano tutta la loro vita nel Conservatorio in totale separazione. Le pensionanti avevano l'unica possibilità di uscire ufficialmente dalle mura del Conservatorio tre volte all'anno, in occasione delle solenni processioni alla basilica di S. Pietro: queste avvenivano nel giorno dopo la Pentecoste, nel giorno di S. Marco e la domenica precedente la solennità di S. Antonio²¹.

Come nel Medioevo, anche nel periodo dopo il Concilio di Trento gli ospedali, come le altre istituzioni per lo più sotto la direzione e gestione ecclesiastica, costituivano luoghi

questo archihospitale apostolico di Santo Spirito, fussero con debiti modi governati et aiutati tanto nel servizio dell'anima quanto del corpo..."²³. L'ospedale di Santo Spirito era composto di due distinte istituzioni, con un'amministrazione però unita: l'ospedale per gli ammalati e l'ospizio per i bambini abbandonati. Secondo il sopracitato regolamento del 1623, l'ammalato, appena arrivato in ospedale e anche subito dopo essere sottoposto ai preliminari esami medici, doveva immediatamente confessarsi con uno dei quattro confessori di turno e ricevere il giorno seguente la santa comunione²⁴.



nei quali era curata non solo la malattia del ricoverato, ma anche la vita religiosa. Se questa era la norma generalmente seguita negli ospedali gestiti e amministrati dagli ordini religiosi, un'attenzione particolare merita l'ospedale Santo Spirito di Roma, legato in pieno alle istituzioni dell'ordine di Santo Spirito, in cui lo stile della vita religiosa e spirituale era dettato dai monaci e dalle monache²².

Il 25 dicembre 1623 il frate Domenico Borgarucci, segretario e archivista dell'ordine di S. Spirito, formulando il regolamento che suggerisce ai religiosi del S. Spirito, il modo di esercitare il governo dell'ospedale, espresse la seguente opinione: "Acciò gli infermi et esposti, li quali quotidianamente vengono a curarsi in

Nel caso degli ammalati, l'autorità dell'ospedale si limitava a richiedere loro l'obbligo della comunione solo per il periodo del loro soggiorno per cure e ricovero, diversamente da quanto avveniva con gli esposti. Già dal momento dell'abbandono del bambino "alla ruota", l'ospedale se ne assumeva la responsabilità per l'educazione e in particolare per la formazione religiosa e spirituale²⁵. L'interessamento dell'autorità ospedaliera per la vita religiosa dei suoi allievi continuava anche nel periodo di affidamento alle balie, quando erano concessi *ad artem*, *a tempo nubile*, e anche a matrimonio avvenuto. In concreto, questo interessamento era dovuto al fatto che l'ospedale voleva che tutte le balie, tutti gli artisti, artigiani, potenziali

mariti e famiglie che adottavano si distinguessero per corretta moralità, buoni costumi e zelante professione della fede cattolica²⁶. I bambini esposti erano accolti nella comunità cattolica attraverso il battesimo, che ricevevano subito dopo l'accoglienza nell'ospedale²⁷. Con rare eccezioni, quasi tutti gli esposti, dopo breve soggiorno nel brefotrofio, trovavano l'assistenza presso le balie "di fuori", dove passavano circa dieci anni della loro vita. Nelle loro case venivano impartiti agli esposti i rudimenti della fede.

Dopo circa dieci anni di soggiorno presso le balie, gli esposti tornavano di nuovo in ospedale. Da quel momento fino alla definitiva uscita dall'ospedale (adozioni, concessioni *a tempo nubile*, concessioni *ad artem*, matrimoni), l'educazione era esclusivamente nelle mani dei superiori immediati, il più delle volte di ecclesiastici e religiosi.

Come per tutti i cattolici, anche per i pensionanti dell'ospedale di Santo Spirito, uno dei più importanti avvenimenti nel processo di formazione era la Prima Comunione. Questo è attestato dall'ordine del commendatore Virgilio Spada del 1660, secondo il quale tutte le zitelle che si avvicinavano al dodicesimo anno di vita, nella Quaresima, erano obbligate a prepararsi alla Prima Comunione, la quale si svolgeva nel giorno di Pasqua²⁸. La frequente e regolare partecipazione ai sacramenti della Confessione e dell'Eucaristia costituiva il più importante impegno religioso degli abitanti del Conservatorio, era rigorosamente disciplinata attraverso i regolamenti ed era dipendente soprattutto dall'età delle zitelle. Secondo l'ordinamento del 1660 le zitelle dimoranti insieme con le suore nel convento dovevano trattare la confessione come il bene superiore, che garantisce la salvezza dell'anima²⁹.

La partecipazione ai santi Sacramenti, in particolare a quelli della Penitenza e della Comunione, costituiva solamente una delle molte maniere dell'educazione e della vita religiosa delle "zitelle del Con-

servatorio". Il registro delle pratiche religiose e spirituali obbligatorie nell'ospedale era insolitamente ricco e completo. Abitando insieme con le monache di Santo Spirito, le zitelle si comportavano quasi come suore, modellando lo stile della vita sullo spirito monastico. I loro impegni quotidiani, come il lavoro e le pratiche religiose, procedevano allo stesso modo. Allora sia la vita religiosa delle zitelle, come l'obbligatoria clausura, l'abito, rendevano la loro esistenza simile a quella della vita monastica. La situazione, in questa sfera, non mutò neanche quando le zitelle furono separate dalle monache.

All'inizio del XVIII secolo fu imposto da papa Clemente XI un regolamento che stabiliva l'orario degli impegni quotidiani delle zitelle, specificando la sfera delle pratiche religiose previste per loro. In genere, l'intensità e le ore dell'adempiimento di queste pratiche dipendevano soprattutto dall'età delle zitelle. Le anziane e quelle di età media, escludendo le ammalate e inabili al lavoro, si svegliavano la mattina al suono della campana dell'"Ave Maria", quindi andavano nella chiesa per partecipare alla messa, fare le devozioni e l'"Offizio Divino al Coro"; dopo aver adempiuto queste pratiche, si recavano al refettorio per la colazione, quindi si occupavano dei soliti lavori manuali. Durante il lavoro cantavano le lodi alla Beata Vergine Maria. La pausa fra il lavoro antimeridiano e quello pomeridiano era dedicata al pranzo. Dopo il lavoro pomeridiano le zitelle grandi e di media età cenavano, poi si recavano in cappella per recitare le stesse preghiere della mattina. Sembra proprio che alle *zitelle* non fosse riservato alcuno spazio libero nella giornata: tutto era programmato, prescritto con una minuzia e con uno scrupolo straordinari. Il citato regolamento accennava brevemente anche alle incombenze religiose delle zitelle più giovani, però, risulta direttamente dal regolamento, che le ragazze più giovani facevano le devozioni serali nei loro dormitori³⁰.

Una parte molto importante della cura delle anime, era l'organizzazione, di tanto in tanto, "di ritiri spirituali". Per esempio, gli "esercizi spirituali" nell'ospedale di Santo Spirito furono svolti dal 16 al 29 maggio nel 1760³¹. Dato il ruolo di grande importanza della vita spirituale nell'ospedale, per rendere più solenni le pratiche religiose, si richiese l'istituzione di un coro liturgico che accompagnasse la maggioranza delle cerimonie religiose che si svolgevano nel Conservatorio e in ospedale. Quel coro interveniva anche durante il compimento di preghiere ed uffici. Il compito principale del coro era la recita e il canto delle diverse preghiere (per esempio dei salmi) durante le comuni funzioni ed uffici³².

Da queste considerazioni risulta che all'ospedale di Santo Spirito era assegnata non solo la funzione di tutela sanitaria, ma anche quella educativa e pastorale. La vita degli abitanti dell'ospedale doveva essere tenuta nello spirito di zelante religiosità e devozione, regolandosi ogni atto e momento della giornata.

La formazione delle educande del Conservatorio doveva avvenire attraverso lo sviluppo della vita spirituale e religiosa, come pure attraverso il loro lavoro quotidiano. Nel 1679 il cardinale Acciajoli, richiamandosi ai decreti dei papi Urbano VIII e Alessandro VI, ordinò che tutte le abitanti del Conservatorio, secondo le età e le capacità, dedicassero tutto il loro tempo a vari tipi di lavoro a favore dell'ospedale, per compiere opere di misericordia cristiana oltre che alla preghiera e ad esercizi spirituali³³.

L'obbligo di lavorare ogni giorno riguardava tutte le pensionanti dell'ospedale, ad eccezione delle malate e delle donne molto anziane. Il lavoro era soprattutto visto nel suo valore educativo, sociale e anche utilitario. Impiegando le pensionanti in compiti di vario genere si cercava di educarle alla laboriosità, all'onestà e alla disciplina, si cercava di insegnare loro vari mestieri di artigianato e lavori di riordino che sarebbero stati utili quan-

do si fossero sposate e avessero dovuto condurre una casa. Il loro lavoro aveva anche un vero valore economico e materiale.

Uno dei più particolareggiati elenchi delle attività svolte dalle abitanti dell'ospizio si trova in una documentazione del 1660. Se ne deduce che le educande cucivano, facevano il bucato, inamidavano, stiravano, aggiustavano camici, amitti, cotte, manotergi, purificatoi e vesti liturgiche della chiesa dell'ospedale, ma anche la biancheria dei malati ivi degenti. Inoltre realizzavano lenzuola, tovaglioli, tovaglie e



altre cose necessarie per alcune dipendenze dell'ospedale, camicie, fasce e bende per tutti i trovatelli, per quelli che abitavano nell'ospizio e anche per quelli che stavano presso le balie. Tagliavano e cucivano anche vestiti, camicie, maniche e calze per sé e per le suore che abitavano nel convento³⁴.

Oltre ai ricordati lavori produttivi, le zitelle, agli inizi degli anni Sessanta del sec. XVII, aiutavano, servivano e pulivano nell'ospedale. Sei di loro lavoravano una settimana in cucina, per preparare il vitto per tutte le compagne del Conservatorio, mentre nella settimana successiva si dedicavano al bucato degli indumenti di tutte le compagne. Ogni sette giorni veniva cambiato il campo di lavoro. Quattro o sei donne aiutavano pure le suore in funzioni di dirigenza³⁵.

L'attività professionale delle educande era uno dei compiti principali dell'educanda-

to: ognuna di loro doveva compiere determinante funzioni, doveva rendersi utile secondo la capacità, l'età e la condizione fisica.

Il carattere di clausura dell'esistenza quotidiana delle pensionanti si manifestava anche nel fatto di portare il vestito prescritto dalle regole, simile a quello delle suore. Caratteristica principale del vestiario delle abitanti del convitto erano l'uniformità, come pure la semplicità e la modestia. Secondo il regolamento e le raccomandazioni spesso rinnovate, l'uniformità del vestire era d'obbligo per tutte le pensionanti, senza differenza per l'età o lo stato fisico, sia all'interno del convitto, sia durante le rare passeggiate fuori dell'ospedale, le uscite e le processioni³⁶.

L'ordine di portare l'uniforme riguardava i vestiti, le scarpe, i berretti, come pure le pettinature. In casi particolari e giustificati, la direzione ospedaliera poteva permettere ad alcune pensionanti di portare abiti non uniformi. Questo riguardava principalmente pensionanti addette a lavori pesanti e a faccende complicate, per i quali l'uniforme non si prestava³⁷. Il vestiario uguale e modesto era adeguato allo stile monastico della vita delle pensionanti, come pure al carattere religioso-sacrale del luogo in cui vivevano. Abitando per alcuni secoli insieme con le suore in un comune convento, avevano preso, dalle suore con cui abitavano, non solo usi claustrali, modi di fare e stile di vita, ma anche la conformità, la semplicità e la severità del vestiario. Portare un abito uniforme avrebbe dovuto avere, secondo i fondatori, un fine educativo: doveva insegnare alle educande la modestia e la moderazione, virtù che sarebbero state utili nella loro futura vita adulta, come pure serviva a prevenire la vanità e la meschinità.

L'elemento essenziale del vestito di tutti i giorni delle pensionanti era un abito azzurro scuro, che ricordava un vestito religioso. Così dovevano stare sia nell'ambito del convitto, sia durante le processioni che si facevano tre volte al-

l'anno e che si svolgevano per le vie della città³⁸.

5. La scuola dei maschi

Nella Scuola dei putti abitavano i ragazzi che avevano almeno 7 anni. Invece i più piccoli, che prima erano tornati dalle famiglie sostitutive, fino al raggiungimento di detta età rimanevano affidati alle balie dell'ospedale. Secondo le disposizioni del 1759 i bambini abbandonati potevano venir mantenuti e allevati nella propria scuola a spese dell'ospedale, fino ai 12 anni di vita e poi venivano dati *ad artem* o in adozione. Solo i pochi per i quali non si era riusciti in tempo a trovare persone a cui affidarli fuori dell'ospedale, avevano diritto a rimanere più a lungo nell'ospedale, fin al momento in cui si fossero trovati per loro tutori adatti o famiglie che volessero adottarli.

L'ospedale di Santo Spirito dava i primi soccorsi e asilo a tutti i trovatelli, senza tener conto del sesso; tuttavia era più specifico per la cura delle ragazze e delle donne adulte. Nelle fonti non si trovano allusioni a pensionanti adulti di sesso maschile, di ex-trovatelli abitanti nel terreno del convitto ospedaliero. Del resto lo stesso nome: Scuola dei putti indica chiaramente che vi si trovavano in affidamento solo bambini piccoli. La dimora nell'ospedale, che di solito durava da qualche mese a qualche anno, costituiva nella loro vita solo un breve episodio. Dal momento dell'adozione o di affidamento perché imparassero un mestiere, venivano interrotti definitivamente i loro legami con l'ospedale, il quale né dal punto di vista dei locali né da quello dell'organizzazione era previsto per prestazioni di servizi di lunga durata, per assicurare luoghi, lavoro, educazione e rendite vitalizie a uomini adulti. Un discorso a parte erano le donne, la cui presenza numerosa e stabile nel convitto era stata prevista fin dal principio e costituiva la condizione indispensabile per un corretto funzionamento dell'intera istituzione.

La guida e il controllo diret-

to sulla scuola dei bambini di nessuno era nelle mani di un sacerdote di età avanzata, che aveva il titolo di insegnante o maestro di scuola. Oltre alla cura per mantenere l'ordine generale e la disciplina, egli aveva il dovere di far scuola ai suoi ragazzi due volte al giorno, di mattina e dopo pranzo, insegnando loro a leggere, a scrivere, la grammatica, il catechismo, la misericordia e la pietà cristiane, come pure aveva il compito di instillare in loro buone abitudini e i fondamenti di una sana educazione. Era inoltre tenuto a suddividere i lavori e le faccende quotidiane, di ordine e di servizio, per il bene dell'ospedale, della scuola e della chiesa nella quale compivano soprattutto funzione di chierichetti. Egli doveva inoltre stare attento alla salute dei ragazzi e, in caso di malattia, mandarli per le cure³⁹.

All'opposto delle ragazze, che imparavano le arti pratiche che le preparavano alla vita adulta all'interno del Conservatorio, i ragazzi ricevevano la loro formazione professionale fuori dell'ospedale. Questo non significa che tutti gli educandi, senza eccezione, della scuola per i trovatelli portassero a termine la loro formazione nell'arte di leggere, scrivere, la preparazione catechistica e, in un futuro più lontano, l'apprendimento pratico di un mestiere. Alcuni di loro, più intelligenti, come gli alunni degli altri centri caritativi di Roma, erano avviati a studi superiori o al sacerdozio. In tali situazioni essi lasciavano le mura dell'ospedale di Santo Spirito e poi erano mandati negli opportuni istituti per l'ulteriore formazione⁴⁰. La disposizione emessa nel 1587 dal commendatore G. B. Ruini è una prova che i superiori dell'ospedale si davano da fare per rendere possibile ai ragazzi meglio dotati l'acquisizione di una cultura di misura più ampia perché in futuro potessero assumere le funzioni più alte nella società⁴¹.

6. La sorte successiva dei trovatelli

Durante tutto il periodo di permanenza nella casa della

balia, i bambini esposti continuavano ad essere sotto un controllo ininterrotto dell'ospedale di Santo Spirito. Nei loro confronti le balie non avevano, di regola, nessun diritto, infatti il legame fra i bambini e le famiglie affidatarie aveva un carattere temporaneo e nasceva per lo più da bisogni economici. Col passar del tempo, questi rapporti prendevano però spesso un carattere familiare ed emotivo; fra i protettori e i loro affidati si creava un rapporto d'amore, di cordialità e di affetto⁴². Da ciò la conseguenza che molte balie esprimevano la volontà di continuare ad allevare i bambini loro affidati.

Secondo le proposte dei potenziali protettori erano possibili tre modalità di esercizio della cura dei proietti: la prima era l'adozione, che in modo più forte e stabile legava i bambini ai futuri tutori; in seguito all'adozione gli esposti acquisivano tutti i diritti che avevano i bambini nati e allevati nella propria famiglia naturale. Un'altra forma di tutela esercitata per le bambine era di concederle *a tempo nubile*, a servizio in una famiglia dove sarebbero rimaste finché non si fossero maritate e non si fossero rese indipendenti. Le persone che offrivano questo tipo di tutela si impegnavano a garantire fino al momento del matrimonio abitazione, educazione, vitto e mantenimento; formalmente, però, le ragazze rimanevano ancora sotto la tutela dell'ospedale e avevano la possibilità di rientrarvi in ogni momento. Analogo alla concessione delle zitelle *a tempo nubile* era per i maschi l'affidamento *ad artem* soprattutto dato agli artigiani⁴³. L'età più conveniente e più consigliata dalle autorità dell'ospedale per cominciare ad imparare la professione fosse "d'anni 13 circa"⁴⁴.

Era una vecchia consuetudine che le donne e le loro famiglie, che avevano allevato un esposto per 11 o 12 anni, desiderando di nuovo prenderlo in una delle tre forme di tutela, dovessero prima restituire il bambino all'ospedale⁴⁵.

Sia l'affidamento in adozione che quello *ad artem* e a

tempo nubile erano resi legali da un contratto fra l'ospedale e i protettori o i genitori adottivi. Nel caso delle ragazze date *a tempo nubile* e dei ragazzi concessi *ad artem* si precisavano ancora una volta tutti i doveri dei tutori nei confronti degli affidati: questi erano obbligati a mantenere i bambini nelle proprie case, a vestirli, nutrirli alla tavola di famiglia, a trattarli bene, ad insegnar loro e far vivere i rudimenti della fede cattolica, ad abitarli ai buoni costumi, all'onestà e ai principi morali, e anche, in caso di malattia, ad assicurare loro i medicamenti e l'assi-

vere il consenso e l'approvazione da parte del commissario dell'ospedale⁴⁶.

Il numero delle ragazze affidate *a tempo nubile* in ogni anno era notevolmente più basso nel primo decennio del XVIII secolo: in quel periodo raramente si davano a servire più di 10 ragazze all'anno. Una tendenza di chiaro incremento si nota nei decenni successivi. Il numero più alto di zitelle date dall'ospedale *a tempo nubile* corrisponde nel 1739 a 99 ragazze⁴⁷.

Le adozioni delle allieve ospedaliere avvenivano molto più raramente. Nei 25 anni tra



stenza; non potevano strapazzarli, sfrattarli, né creare situazioni che potessero provocare la fuga del ragazzo dalla casa ospite. Nel caso in cui ragazzo avesse abbandonato la casa arbitrariamente, senza colpa di nessuno, i tutori avrebbero dovuto ritrovarlo e riportarlo a casa, informando però dell'evento il commissario ospedaliero. Nelle concessioni *a tempo nubile* il contratto richiedeva ai tutori la garanzia che avrebbero dato alla ragazza, quando adolescente, una dote al momento del matrimonio nel caso si fosse celebrato. Nell'accordo stipulato l'ospedale si riservava anche il diritto di decidere sulla futura sorte delle ragazze adulte che continuavano a vivere nelle case ospiti: prima di prendere la decisione di maritarsi o di farsi monache, esse dovevano rice-

il 1711 e il 1736 la sproporzione fra il numero delle ragazze andate a servire (664) e quello delle adottate (73) è enorme. Dal 1737 fino al 1790, poi, i casi di adozione delle bambine costituiscono un fenomeno sporadico: in questo periodo i documenti notano appena 20 casi di adozione, mentre il numero delle ragazze concesse *a tempo nubile* ammonta a circa 1.200. Nel corso dell'intero secolo le ragazze adottate costituiscono poco più del 7% di tutte le zitelle affidate alla cura di famiglie abitanti fuori delle mura del ricovero. Nel corso di cento anni sono state date *a tempo nubile* complessivamente quasi 2.050 ragazze, invece 164 sono state adottate.

Se si analizza la sorte dei ragazzi, la maggior parte di essi veniva data ad artigiani perché

imparassero un mestiere più che per l'adozione. Le maggiori sproporzioni in questo campo si osservano nel periodo della visita all'ospedale fatta negli anni 1737-1740: il numero dei maschi adottati in quel periodo (44) è quattro volte più basso di quello dei concessi *ad artem* (183)⁴⁸. Generalmente, però, la differenza fra le due diverse soluzioni di vita dei maschi non è tanto grande quanto quella delle due soluzioni possibili per le ragazze.

Nel corso di tutto il secolo XVIII il numero delle ragazze adottate e concesse *a tempo nubile* e dei maschi dati *ad artem* raggiunge rispettivamente il numero di 2.291 e di 6.178⁴⁹: complessivamente nel periodo di cento anni 8.469 esposti trovano fuori dell'ospedale genitori adottivi, cure e lavoro. È da rilevare che nel corso dell'intero secolo XVIII il numero delle ragazze concesse a servizio e adottate non supera mai quello dei ragazzi dati *ad artem* e in adozione, in nessun anno del secolo.

Aspirazione delle autorità dell'ospedale era fare in modo che il maggior numero possibile di educande si integrasse positivamente nella società tramite il matrimonio; ma se le autorità lasciavano ai maschi molta autonomia e libertà nella scelta del loro futuro, si dedicavano con particolare cura e prudenza alla futura vita delle ragazze adolescenti. Le preoccupazioni della direzione dell'ospedale per il loro futuro si esprimevano con richieste e condizioni molto severe a quegli uomini che aspiravano a sposarle: tutti quelli che volevano diventare mariti delle educande ospedaliere dovevano essere prima scrupolosamente esaminati⁵⁰.

Nel XVIII secolo si sposavano ogni anno 30-190 zitelle, invece nel corso del tutto questo secolo si sposarono più di 7.000 ragazze del Conservatorio. Si maritavano in età molto giovane, ai 14, 15 anni. Di solito si sposavano con ragazzi di campagna o con artigiani che abitavano in piccoli centri. Al momento del matrimonio l'ospedale pagava per le sue educande 100 scudi di dote⁵¹.

7. Conclusioni

Fin dalle sue origini, l'ospedale di Santo Spirito di Roma costituì la più importante istituzione caritativa del mondo cristiano. In qualità di ospedale pontificio fu per secoli un punto centrale degli interessi della Sede Apostolica, godette di protezione e di aiuto ininterrotti, che gli permisero di continuare ad operare anche nel periodo della riforma, tragico in contesto europeo per gli ospedali tenuti dall'ordine. Risorto e ampliato nei secoli XV e XVI grazie alle cure pontificie, l'ospedale romano proprio nei secoli XVII e XVIII ebbe il suo apogeo. Dal modello e sistema di interventi per i trovatelli, ivi elaborati, attinsero per secoli tutti gli altri centri dell'ordine, come pure le altre istituzioni che si occupavano della stessa categoria di bisognosi. Si trattava di un sistema completo, per quei tempi del tutto moderno, che garantiva aiuto, protezione ed educazione ai bambini abbandonati, per tutta la vita. Anche se i trovatelli passavano di solito nell'ospizio solo una certa parte della loro esistenza, tuttavia restavano per tutta la vita sotto il suo controllo e la sua protezione. L'ospedale apriva quella sua specie di ombrello di tutela e di difesa sui suoi ex abitanti anche dopo che si erano resi indipendenti e avevano fondato famiglie proprie. Circa diecimila trovatelli, piccoli e grandi, abitanti nell'ospizio, adottati, viventi nelle case delle balie, in servizio presso altre persone, in apprendistato di un'arte o anche viventi con la propria famiglia, dopo essersi sposati, godevano contemporaneamente, nelle diverse tappe della loro vita, dell'aiuto e della protezione dell'ospedale nelle sue varie forme. In generale i trovatelli provenienti dall'ospedale di Santo Spirito di Roma, formando un gruppo sociale di un certo genere, speciale e chiuso, costituivano un elemento abitativo dei paesi e delle cittadine dei dintorni della capitale dello Stato Pontificio.

Senza dubbio l'ospedale romano adempiva alla sua missione in una misura che non si

trovava da nessun'altra parte. Lungo i secoli XVII e XVIII salvò la vita di circa centomila bambini indesiderati. È vero che molti di essi nei mesi o negli anni successivi morivano, ma si deve anche ricordare che in quei tempi la morte decimava la popolazione infantile non solo nell'ambiente ospedaliero. Si può affermare che il sistema di protezione dei trovatelli introdotto e praticato nell'ospedale di Santo Spirito di Roma fosse, per quei tempi, una soluzione ottimale, molto pratica, che non costituiva un peso per nessuno ma era utile per tutte le parti, e soprattutto per gli stessi trovatelli. Grazie ad esso i bambini, privati dei loro genitori naturali, potevano essere allevati in maniera quasi normale presso famiglie sostitutive. Nello stesso tempo anche per gli abitanti di Roma e dei dintorni le varie forme di protezione sui trovatelli erano, dal punto di vista materiale, un'occupazione molto redditizia.

Il problema dei bambini indesiderati, sempre vivo fin dai tempi più antichi, è attuale anche ai giorni nostri. Allora si pone una riflessione e cioè che per risolvere questo problema potrebbero essere molto utili alcuni modelli ed esperienze elaborati nell'ospedale di Santo Spirito nei secoli passati, naturalmente dopo averli adattati alle esigenze e alle realtà sociali contemporanee. In questo modo i bambini abbandonati non rischierebbero più di finire nei cassonetti dell'immondizia ma in una moderna culla "incubatrice".

Prof. MARIAN SURDACKI
Titolare della Cattedra di Storia
dell'Assistenza Sociale
Katolicki Uniwersytet Lubelski
Lublin (Polonia)

Note

¹ Informazioni più approfondite sull'ospedale di Santo Spirito e sull'attività da esso svolta circa l'assistenza dell'infanzia abbandonata si trovano ampiamente trattate nel libro: M. SURDACKI, *Dzieci porzucone w Szpitalu Świętego Ducha w Rzymie w XVIII wieku*, Lublin

1998 (*I trovatelli nell'Ospedale di Santo Spirito di Roma nel XVIII secolo*, Lublino 1998) e in altri saggi dello stesso autore: *Dzieci porzucone w Rzymie i okolicach w XVIII wieku*, "Roczniki Nauk Społecznych", 22, 1994, n. 2, pp. 84-108; «Figli legittimi» w Rzymie i Państwie Kościelnym w XVIII wieku, "Roczniki Nauk Społecznych", 23, 1995, n. 2, pp. 87-100; *Matężństwa wychowanków Szpitala Świętego Ducha w Rzymie w XVII-XVIII wieku*, "Kwartalnik Historii Kultury Materialnej", 44, 1996, n. 2, pp. 137-156; *Marriages of wards of Rome's Holy Spirit Hospital in the 17th and 18th centuries*, "Acta Poloniae Historica", 79, 1999, pp. 99-122; *Życie religijne podopiecznych Szpitala Świętego Ducha w Rzymie w XVII i XVIII wieku*, "Roczniki Nauk Społecznych", 24, 1996, n. 2, pp. 315-333; *La vita religiosa nel «Conservatorio» dell'ospedale di Santo Spirito in Roma nei secoli XVII-XVIII*, "Ricerche di storia sociale religiosa di Roma", 27, 1998, 54, pp. 149-165; *"Bambini esposti" w Rzymie i w Państwie Kościelnym w XVII i XVIII wieku*, in: *Christianitas et Cultura Europae*. Księga Jubileuszowa Profesora Jerzego Kłoczowskiego, vol. I, Lublino 1998, pp. 148-157; *Kondycja zdrowotna podopiecznych Szpitala Świętego Ducha w Rzymie w XVII i XVIII wieku*, "Roczniki Nauk Humanistycznych", 46, 1998, n. 2, pp. 117-148; *Losy wychowanków Szpitala Świętego Ducha w Rzymie w XVIII wieku*, "Roczniki Nauk Społecznych", 25, 1997, n. 2, pp. 137-164; *Dzieci porzucone w rodzinach zastępczych w Rzymie i okolicach w XVII i XVIII wieku*, "Roczniki Humanistyczne", 47, 1999, n. 2, pp. 125-148.

² G. DA MOLIN, *Nati e abbandonati. Aspetti demografici e sociali dell'infanzia abbandonata in Italia nell'età moderna*, Bari 1993, p. 5.

³ G. PAGLIANO, *Il motivo dell'infante abbandonato in letteratura: considerazioni su alcuni testi italiani*, in: *Enfance abandonnée et société en Europe XVI-XIX siècle*, Rome 1991, p. 879.

⁴ V. MONACHINO, *L'antichità e l'alto medioevo*, in: *La carità cristiana in Roma*, a cura di V. Monachino, Bologna 1968, p. 78. Vedi anche: J. BOSWELL, *L'abbandono dei bambini in Europa occidentale*, Milano 1991, p. 265.

⁵ J. BOSWELL, op. cit., pp. 25, 150, 256; G. De Rosa, *L'emarginazione sociale in Calabria nell'VIII secolo: il problema degli esposti*, "Ricerche di storia sociale e religiosa", 13, 1978, pp. 5-19.

⁶ L. CALZOLA, *Caratteristiche demografiche di abbandono degli esposti dell'Ospedale di S. Maria della Misericordia di Perugia nei secoli XVI e XVII*, in: *Trovatelli e balie in Italia*. Secc. XVI-XIX, a cura di G. Da Molin, Bari 1994, p. 13; J. BOSWELL, op. cit., p. 256.

⁷ V. HUNECKE, *I trovatelli di Milano. Bambini esposti e famiglie espositrici dal XVIII al XIX secolo*, Bologna 1989, p. 15; IDEM, *Die Findelkinder von Mailand. Kindereraussetzung und aussehende Eltem vom 17. bis zum 19. Jahrhundert*, Stuttgart 1987; V. PAGLIA, *Storia dei poveri in occidente*, Milano 1994, p. 327.

⁸ V. PAGLIA, op. cit., p. 327; J. SANDRIN, *Enfants trouvés. Enfants oubliés*. XVIII-XIX siècle, Paris 1968.

⁹ Quasi tutti i documenti citati da questo momento si conservano nell'Archivio di Stato di Roma ("Archivio dell'Ospedale di Santo Spirito di Roma"). I numeri delle indicazioni segnate nelle note si riferiscono alle buste in cui si trovano i documenti citati.

¹⁰ Vedi M. SURDACKI, "Figli legittimi", pp. 87-100.



¹¹ M. SURDACKI, *Dzieci porzucone w Szpitalu*, pp. 106-118; IDEM, *Dzieci porzucone w Rzymie*, pp. 84-108.

¹² n. 1414B, *Stato dell'officij, provisioni, e salariati del Ven. Archiospedale di S. Spirito*, tanto di Roma quanto di Campagna, n. 9; n. 1305, *Regolamenti che si praticano nell'Archiospedale di Santo Spirito in Saxia di Roma per il buon Servizio di tutti gli esposti 1754*; n. 1305, *Visita de Proietti ed utili 1740*. Vedi anche n. 1296, *Intorno a quello spetta Monsignore Commendatore*; n. 1305, *Regolamento per Baliaico*. *Rerolamenti del Baliaico di S. Spirito*.

¹³ C. SCHIAVONI, *Gli infanti "esposti" (o "proietti") alla "ruota" dell'archiospedale di Santo Spirito in Saxia di Roma dal 1700 al 1824*, in: *La demografia storica delle città italiane*, S.I.D.E.S., Bologna 1982, p. 1028.

¹⁴ Ibidem., p. 1028.

¹⁵ M. SURDACKI, *Dzieci porzucone w Szpitalu*, pp. 232-241, 335-350.

¹⁶ n. 30, *Notizie diverse di Casa in tempo di Monsignor Racagni*, p. 5.

¹⁷ C. SCHIAVONI, *Gli infanti*, p. 1040.

¹⁸ n. 1305, *Decreti di Visita dell'Eminentissimo Cardinal Acciajoli 15 giugno 1679*, in: *Notificazione sopra varie providenze riguardanti il regolamento e buon'ordine del Conservatorio di S. Spirito*. In Roma MDCCCVI (in seguito cit. NSVP), p. 73.

¹⁹ Ibidem.

²⁰ n. 1305, *Edictum pro Conservatorio Puellarum S. Spiritus 1716*; n. 1305, *Antonio Maria Pallavicini Arcivescovo di Lepanto e Commendatore del Sacro Apostolico Archiospedale di S. Spirito in Saxia 1739*.

²¹ n. 1305, *Stato della Casa... di Monsignor Spada*, 1661, p. 6.

²² Sulla vita religiosa nel Conservatorio vedi M. SURDACKI, *La vita religiosa*, pp. 149-165.

²³ Biblioteca Apostolica Vaticana, *Barberino Latino 10683* (ff. 2-29v), cap. 2. *Relatione del modo, che si tiene da Religiosi di Santo Spirito in Saxia di Roma nel governo dell'archiospedale apostolico di Santo Spirito, e dell'ordine, che si osserva nella cura degli infirmi, et esposti*, scritta da fra Domenico Borgarucci religioso, et segretario del medesimo Ordine.

²⁴ Ibidem., cap. 3.

²⁵ Le considerazioni più particolari sulla procedura dell'abbandono dei bambini alla "Ruota" dell'ospedale di Santo Spirito di Roma e sull'assistenza a questi bambini sono contenute nell'articolo: M. SURDACKI, *Dzieci porzucone w Rzymie*, "Roczniki Humanistyczne", 22, 1994, z. 2, pp. 84-108.

²⁶ Delle balie che allevavano "i bam-

bini esposti" si veda C. SCHIAVONI, *Le balie del brefotrofio dell'ospedale di Santo Spirito in Saxia di Roma '500 e '800*, "Archivi e Cultura", Nuova Serie, XXV-XXVI, pp. 177-242. Vedi anche M. SURDACKI, *Dzieci porzucone w Rzymie*, pp. 98-104.

²⁷ Vedi M. SURDACKI, *Dzieci porzucone w Rzymie*, pp. 98-99.

²⁸ n. 1305, *Ordini per dentro il Monastero 1660*, in: NSVP, p. 4. Vedi anche n. 1414B, *Stato dell'officij...*, pp. 41-42; n. 1305, *Regolamento delle Zitelle del Conservatorio del Monsig. Pallavicini Commendatore 1748*. *Regole che devono osservarsi nel Conservatorio del Sagro Apostolico Archiospedale di S. Spirito in Saxia di Roma*.

²⁹ n. 1305, *Ordini per dentro il Monastero 1660*.

³⁰ n. 1305, *Manoscritto intitolato «Clemens XI. P.O.M.»*.

³¹ n. 61, *Giornale. Memorie delle Cose più Notabili accadute circa gli Affari del Ven. Archiospedale di S. Spirito da 28 luglio 1758, sino a 28 dicembre 1758*, p. 15.

³² n. 1305, *Manoscritto intitolato «Clemens XI. P.O.M.»*.

³³ n. 1305, *Decreti di Visita... 1679*, p. 73.

³⁴ n. 1305, *Questo è il modo del vivere, e governare, che fanno le Monache, e le Zitelle sue di S. Spirito in Saxia di Roma indigentissime Serve e Suddite etc. 1660*, pp. 21-22.

³⁵ N. 1305, *Editto a tutti i Ministri del Conservatorio Nuovo 1662*, in: NSVP, p. 45; n. 1305, *Officio della Priora del Conservatorio 1661*.

³⁶ n. 1305, *Ordini della Sagra Visita di non entrare nel Coservatorio, di non lavare, e sopra il vestire, inferme, medico, portinare, ascoltatrici, confessore ed altro 1808*, p. 217; n. 1305, *Ordini per il Conservatorio di S. Spirito*. *Giovanni Battista Spinola Commendatore 1688*, in: NSVP., p. 78.

³⁷ n. 1305, *Manoscritto intitolato «Clemens XI. P.O.M.»*.

³⁸ n. 1305, *Stato della Casa... di Monsignor Spada*, 1661, pp. 6-7.

³⁹ n. 1305, *Regolamenti che si praticano... 1754*.

⁴⁰ C. SCHIAVONI, *Gli infanti*, pp. 1039-1040.

⁴¹ n. 12bis, *Ordini di Monsig. Gio. Btta. Ruini Commendatore dell'Apostolico Hospitale di Santo Spirito di Roma pubblicati sotto il di 1587*.

⁴² n. 1305, *Stato della Casa... di Monsignor Spada*, 1661, p. 6; n. 1305, *Visita de Proietti ed utili 1740* ("... per il grande affetto che li portano verso dette per averle allevate"); n. 1414B, *Stato dell'officij...*, p. 13 ("per carità e buon affetto, che portano verso questi poveri proietti se li pigliano per figli adottivi").

⁴³ n. 1305, *Stato della Casa... di Monsignor Spada*, 1661, pp. 8-9.

⁴⁴ n. 1305, *Visita de Proietti ed utili 1740*.

⁴⁵ n. 1305, *Regolamenti che si praticano... 1754*.

⁴⁶ n. 1305, *Concessione a tempo nubile delle Proietti fatta dall'Archiospedale e Pia casa di Santo Spirito in Saxia*. Questo è il modulo che si compilava al momento della concessione.

⁴⁷ M. SURDACKI, *Dzieci porzucone w Szpitalu*, pp. 358-360.

⁴⁸ Ibidem., pp. 360-362.

⁴⁹ I dati sono stati presi dalle tavole 8 e 9 che si tronano in libro: M. SURDACKI, *Dzieci porzucone w Szpitalu*, pp. 360, 364.

⁵⁰ n. 1305, *Decreti di Visita... 1679*, p. 79.

⁵¹ M. SURDACKI, *Dzieci porzucone w Szpitalu*, pp. 373-396, idem, *Mariagges*, pp. 99-122.

Dipartimento di Pastorale, Ospedale Cardinal Tien, Taiwan

1. Creazione del Dipartimento

Come è tradizione, quando la Chiesa cattolica pensa di costruire un ospedale, di solito guarda dove c'è carenza di buoni servizi medici nelle zone più povere della città. La Chiesa non si preoccupa solo di curare il corpo, ma si preoccupa anche dei bisogni della mente (cuore) e dell'anima (spirito). Viene quindi assegnato un Cappellano per amministrare i Sacramenti ai malati. Gli altri sacerdoti, religiose e laici che fanno parte dello staff servono i pazienti in varie capacità, oltre che da un punto di vista pastorale.

All'inizio del 1990, man mano che l'Ospedale Cardinal Tien si andava espandendo, Suor Mary Ann Lou SHSD, Direttore del nosocomio, volle rispondere ai bisogni del tempo. Ella aprì un'unità di cura pastorale come Dipartimento indipendente. Il Ministero pastorale iniziò quindi ufficialmente con uno staff a tempo pieno creato a questo scopo. All'inizio c'erano un Cappellano e un operatore pastorale, ora c'è un Cappellano a disposizione 24 ore su 24, un supervisore, 6 operatori pastorali a tempo pieno, 2 a tempo parziale e un chierico.



2. Missione e obiettivi

Il Dipartimento ha il compito di trasmettere l'amore cristiano della buona novella a tutti i pazienti, ai membri delle loro famiglie e a tutto il personale dell'ospedale attraverso un Ministero pastorale sotto forma di attenzione, presenza, ascolto e guida.

3. Ruolo e funzioni

L'operatore pastorale:

1. si adopera per suscitare la fiducia reciproca con i pazienti e le loro famiglie e per sviluppare un'atmosfera amichevole al fine di valutare i loro bisogni spirituali, emotivi o temporali;

2. fornisce servizi religiosi e spirituali ai cattolici e assistenza spirituale a quanti praticano una fede diversa dalla nostra;

3. agisce da ponte di comunicazione:

- a. tra i pazienti e i membri della loro famiglia;

- b. tra i pazienti e i membri dello staff;

- c. tra i membri dello staff.

4. Responsabilità degli operatori pastorali

1. Servizi per il personale dell'ospedale

A. Assistenza psico-spirituale: offrire sostegno al personale nel suo lavoro mediante un ascolto attento, consigli e accettazione delle lamentele.

B. Educazione; partecipare alla programmazione e all'esecuzione:

- a. dell'orientamento del personale alla missione ospedaliera di carità e servizio;

- b. dell'introduzione al Dipartimento di Pastorale come parte del programma di formazione dei nuovi impiegati;

- c. dei seminari spirituali per coloro che sono interessati ad approfondire la loro conoscenza del cattolicesimo;

- d. del catechismo per gli impiegati e loro familiari con riti per l'iniziazione cristiana degli adulti e preparazione alla prima Comunione;

- e. dei corsi di autocomprendimento e migliore comunicazione tra i membri della famiglia per il personale dell'ospedale;

- f. dei consigli per far fronte al dolore per quel personale che ne ha bisogno.

C. Liturgia; promuovere l'evangelizzazione:

- a. preghiere (mattina e mezzogiorno) a scadenza settimanale e incontri di gruppo nei vari dipartimenti dell'ospedale;

- b. adorazione del Santissimo Sacramento nella cappella ogni venerdì;

- c. durante i giorni di Avvento e di Quaresima rievocazione per i cattolici e per i membri dello staff interessati;

- d. celebrazioni delle giornate festive:

- Natale: 1) processione, Santa Messa, pasti in comune (agape); 2) lezioni di canto corale per incoraggiare a imparare le canzoni di Natale; 3) decorazioni natalizie in tutte le postazioni infermieristiche, per promuovere la comprensione e l'amore per il Natale;

- Pasqua e Pentecoste: liturgia speciale per il personale, ad esempio agape ebraica, pittura delle uova, mostre;

- Nuovo anno cinese: espressione cerimoniale del culto di Dio, onore agli antenati, buona volontà gli uni verso gli altri, come un ponte tra cristiani e usi locali;

- e. programmazione ed esecuzione di cerimonie liturgiche per benedire le nuove aree o servizi dell'ospedale nelle aperture formali.

D. Attività:

a. assistere alle riunioni settimanali degli impiegati "Christian life community" per dare loro un miglior senso di appartenenza e di crescita spirituale;

b. gestire l'assemblea annuale dei professionisti sanitari cattolici (amministratori dell'ospedale, medici, infermiere, ecc.);

c. creare un'atmosfera religiosa nell'ospedale attraverso l'arte e la musica, così che i pazienti e il personale possano sentire il calore dell'ambiente cristiano.

2. I servizi ai pazienti includono i seguenti campi di attenzione

A. Visita dei nuovi pazienti: ascoltarli e confortarli con empatia e facendo riferimento alle persone ad esse collegate. Particolare attenzione viene prestata ai pazienti malati di cancro, che hanno subito operazioni importanti, che hanno tentato di suicidarsi, ecc., che presentano grossi problemi emotivi.

B. Servizi spirituali quali: messa, Eucaristia, Battesimo, riconciliazione e Unzione degli infermi.

C. Sostegno e conforto ai pazienti di lunga degenza come pure ai membri della loro famiglia che ne hanno bisogno. Occasionalmente si cerca di esaminare insieme il significato della vita e della sofferenza, condividendo la Buona Novella del Vangelo.

D. Per i familiari dei pazienti terminali o che sono rimasti vittime di incidenti fatali, la presenza dell'operatore pastorale è molto importante per confortarli ed assisterli in un servizio funebre cristiano. Quando necessario viene anche fornita una pastorale per sostenerli dopo la morte del congiunto.

E. Qualora un paziente abbia difficoltà finanziarie, la cosa viene riferita al Dipartimento di assistenza sociale per un'assegnazione appropriata di fondi. Il Dipartimento di Pastorale offre un piccola somma per

l'uso corrente dei pazienti, come abiti, cibo, sussidi a breve termine per la famiglia, così che i pazienti possano avere un soggiorno relativamente tranquillo in ospedale durante il periodo di crisi.

F. Distribuire libri, articoli, pieghevoli di natura spirituale ai pazienti e ai loro familiari.

G. Assistere i sacerdoti e i religiosi nelle pratiche di ammissione e di dimissione.

H. Programmare celebrazioni liturgiche della Giornata Mondiale del Malato per i pazienti e i loro familiari.

I. Partecipare alle conferenze nei reparti ospedalieri.

J. Preparare programmi di formazione di base per i volontari che visitano i pazienti.

K. Ci preoccupiamo anche dei lavoratori stranieri che vengono all'ospedale Cardinal Tien per i necessari esami fisici per l'assunzione. Vengono preparati per loro articoli religiosi, libri spirituali, indirizzi delle chiese vicine ai loro posti di lavoro, ecc.

L. Collegamento con gli operatori pastorali di altre isti-

tuzioni sanitarie cattoliche e protestanti, per scambi di idee, sostegno reciproco, miglioramento della qualità dei servizi.

5. Altro

A. Attendere ai bisogni dei programmi "Community Health", ad es. Evergreen Senior Citizen Group, per il loro benessere spirituale.

B. Contribuire regolarmente al bollettino mensile dell'ospedale con articoli spirituali e racconti di esperienze che sono fonte di arricchimento.

6. Iniziative future

A. Rafforzare la crescita e il rinnovamento spirituale del personale ospedaliero.

B. Rafforzare e adoperarsi per un lavoro di gruppo sempre più armonico tra il personale medico e paramedico, così che lo spirito cristiano possa essere sempre più manifestato.

C. Migliorare la qualità professionale dei nostri operatori pastorali: preparare insegnanti e fornire un centro di formazione per i futuri operatori pastorali dell'ospedale.



Arcidiocesi di Filadelfia.

Protocollo per la valutazione dei rapporti di collaborazione nell'ambito della sanità cattolica

A causa della natura complessa della sanità, alcuni enti cattolici che dispensano cure sanitarie hanno stabilito che, per poter preservare il proprio ministero, è necessario stabilire delle "joint ventures", delle partnership o altri tipi di rapporti di collaborazione, che sono importanti perché permettono di unire i mezzi finanziari e di offrire prestazioni congiunte di cure sanitarie (da ora in poi li chiameremo "rapporti di collaborazione"). È sottinteso che in questi rapporti di collaborazione gli enti cattolici che forniscono cure sanitarie nell'Arcidiocesi di Filadelfia daranno priorità ai rapporti con altre istituzioni ed enti sanitari cattolici, di modo che la presenza cattolica nella sanità possa rimanere forte e avere rilevanza, testimoniando collettivamente il loro ministero.

Qualora si determini che il rapporto di collaborazione non debba avvenire esclusivamente tra enti cattolici, e venisse proposto un rapporto con un ente non cattolico, sarà necessario che l'istituzione cattolica valuti bene il rapporto di collaborazione che le viene proposto alla luce di quanto segue:

1. la necessità di rafforzare l'apostolato cattolico in ambito sanitario all'interno dell'Arcidiocesi;
2. la futura vitalità dell'istituzione cattolica sanitaria così come il possibile danno che le deriverebbe qualora non entrasse in questo rapporto di collaborazione;
3. la necessità di una difesa dei principi cattolici etici e morali;
4. la necessità di evitare la cooperazione formale nel male;
5. la necessità di evitare il pubblico scandalo;
6. la necessità di informare la comunità sul rapporto di cooperazione.

Le istituzioni cattoliche che forniscono cure sanitarie non potranno entrare in alcuna "alleanza" o accordo di affiliazione di rilievo con enti sanitari non cattolici senza il "nulla osta" dell'Arcivescovo di Filadelfia. Per successivi rapporti di collaborazione che dovesse scaturire da un'alleanza o da un accordo di affiliazione di rilievo, deve essere richiesto il nulla osta soltanto quando il Segretario per i Servizi Umani Cattolici sia ragionevolmente preoccupato che il rapporto di collaborazione possa, avere un effetto negativo sulla missione o sull'identità etica dell'istituzione sanitaria cattolica. L'Arcivescovo determinerà un procedimento per rivedere tali "joint ventures", consultando le parti in questione. A causa della necessità che l'Arcidiocesi sia informata sin dall'inizio, tale rapporto di collaborazione deve essere presentato per iscritto all'Arcidiocesi di Filadelfia prima che qualsiasi negoziazione sostanziale venga intrapresa con i presunti partner. Il rapporto di collaborazione sarà valutato alla luce dell'insegnamento e della legislazione canonica della Chiesa, della legislazione propria degli sponsor, della necessità di questo rapporto e altresì alla luce degli effetti che si avranno su altri apostolati nell'ambito dell'Arcidiocesi.

L'Arcivescovo, o il suo delegato, useranno, tra gli altri, i criteri seguenti per valutare il rapporto di collaborazione:

1. Il rapporto di collaborazione intensificherà il locale apostolato sanitario cattolico:
 - a) aiutando ad implementare l'insegnamento morale e sociale della Chiesa;
 - b) favorendo il ministero sanitario alla comunità;
 - c) spigando ai responsabili della gestione che le risorse

sanitarie sono limitate;

d) permettendo ai poveri e ai più deboli un accesso più equo alle cure sanitarie di base;

2. Tutte le attività derivanti dal rapporto di collaborazione si conformeranno alle *"Direttive Etiche e Religiose per i Servizi Sanitari Cattolici"*;



3. Le istituzioni cattoliche che dispensano cure sanitarie entreranno soltanto in un rapporto di collaborazione che non violi i principi di cooperazione riguardo a procedure giudicate immorali dalla Chiesa Cattolica, ad esempio come enunciato nelle *"Direttive Etiche e Religiose per i Servizi Sanitari Cattolici"* nel caso esistano o stiano per essere enunciati.

4. Un dispensatore cattolico di cure sanitarie non può possedere o gestire un'istituzione che sia politicamente impegnata o che pratichi attività intrinsecamente immorali.

5. Non verrà dato il nulla osta, per il rapporto di collaborazione se il risultato che ne deriva sarà che il dispensatore cattolico di cure sanitarie venga venduto pubblicamente, diventi proprietà di investitori o di enti for-profit, perdendo il proprio status di ente no-profit.

Procedura per la valutazione del rapporto di collaborazione per istituzioni sanitarie cattoliche

Scopo

1. Preservare l'identità cattolica e assicurare la continuazione della missione dell'apostolato della salute all'interno dell'Arcidiocesi di Filadelfia;

2. Promuovere la cooperazione di tutte le parti coinvolte nell'apostolato cattolico della salute nell'ambito dell'Arcidiocesi di Filadelfia;

3. Favorire il ministero sanante che impersonifica il messaggio evangelico di Gesù Cristo come riflesso nei valori e negli insegnamenti della Chiesa Cattolica e nelle *"Direttive Etiche e Religiose per i Servizi Sanitari Cattolici"*.

Portata

In accordo con la legge, dell'Arcidiocesi di Filadelfia, promulgata il 25 febbraio del 1999 e resa effettiva il 25 marzo dello stesso anno, tutte le istituzioni cattoliche che dispensano cure sanitarie operanti nell'Arcidiocesi di Filadelfia sono obbligate a seguire queste procedure.

Direttive

1. L'Arcivescovo di Filadelfia istituirà il Comitato di Revisione della Sanità Cattolica ("Comitato").

2. Questo Comitato rivedrà tutti i rapporti di collaborazione proposti con enti non cattolici che potrebbero avere come risultato un'alleanza o un'affiliazione di rilievo, e perciò chiederanno il nulla osta dell'Arcivescovo di Filadelfia. Di conseguenza, i rapporti di collaborazione che deriverebbe dall'accordo di alleanza o di affiliazione, o da altri rapporti di collaborazione di natura meno sostanziale, e rivisti dal Comitato, avranno luogo solo su indicazione del Segretario per i Servizi Umani Cattolici.

3. Il Comitato consiglierà l'Arcivescovo di Filadelfia sull'appropriatezza di tali rapporti di collaborazione, basandosi sui criteri definiti dalla legge.

4. Il Comitato sarà composto dal Segretario per i Servizi Umani Cattolici dell'Arcidiocesi di Filadelfia (che fungerà da Presidente), da non più di tre sacerdoti, un membro della congregazione cattolica e un esperto di diritto canonico; tutti dovranno avere una certa esperienza nel campo della sanità cattolica.

5. I membri del Comitato rimarranno in carica per un periodo di tre anni, che potrà essere rinnovato.

6. L'Arcivescovo nominerà tutti i membri del Comitato.

7. Il Comitato avrà l'opportunità di consultarsi con persone o con gruppi di persone esperte in legge civile, legge canonica, teologia morale e sanità.

Procedura

La procedura per la valutazione di un rapporto di collaborazione che riguardi la missione o l'identità religiosa ed etica di un dispensatore cattolico di cure sanitarie, è la seguente.

1. A causa della necessità per l'Arcidiocesi di essere immediatamente informata, il dispensatore di cure sanitarie notificherà per iscritto al Segretario per i Servizi Umani Cattolici del potenziale di un tale rapporto di collaborazione, prima che venga sottoscritta una qualsiasi negoziazione con il partner. Nella consultazione con il dispensatore di cure sanitarie cattolico, il Segretario esaminerà la proposta, e al

tempo stesso chiederà ulteriori informazioni o riferirà la proposta al Comitato. Prima che qualsiasi proposta venga sottoposta al Comitato, il Segretario lavorerà congiuntamente al dispensatore cattolico di cure sanitarie per fare in modo che la bozza di accordo che deve essere rivista, rispecchi tutti i cambiamenti che sono stati consigliati dai consulenti appropriati.

2. In collaborazione con il dispensatore cattolico di cure sanitarie che ha proposto il rapporto di collaborazione, il Comitato determinerà la tabella di marcia per sottoporlo all'Arcivescovo per il suo parere, mentre è sottinteso che il Comitato sarà sempre attento a rispettare i limiti di tempo del dispensatore di cure sanitarie, bisogna altresì notare che lo stesso Comitato richiederà un lasso di tempo adeguato per leggere e valutare i documenti che gli sono stati sottoposti.

3. Il Comitato determinerà l'estensione della revisione basata sull'importanza e sulla natura dell'argomento.

4. Una volta completata la revisione, il comitato sottoporrà il suo rapporto e una nota all'Arcivescovo per il suo parere.

5. Tutte le discussioni del Comitato, gli incontri, la corrispondenza e le note all'Arcivescovo devono essere mantenute riservate.

6. la Procedura sarà rivista ogni tre anni. Il Segretario per i Servizi Umani Cattolici inizierà la revisione.



L'approccio paolino all'istruzione infermieristica: una risposta all'invito della Chiesa a un'assistenza umanitaria

Introduzione

Alla luce dell'attuale condizione sociale che vede la professione infermieristica minacciata dalla disumanizzazione dell'assistenza sanitaria, assume vitale importanza l'istruzione, che rafforza e intensifica l'aspetto terapeutico dell'assistenza infermieristica. La formazione è, essenzialmente, compito dell'insegnamento che, per essere autentico e olistico, deve essere rivolto all'intera persona.

Questo documento, iniziato da coloro che sono impegnati nella formazione delle infermiere paoline, ha aiutato l'autore a convalidare su basi scientifiche l'efficacia della procedura usata nell'addestramento paolino e a valutare ed osservare quale parte del metodo dell'istruzione infermieristica paolina influisce sulla vita e sulla preparazione professionale di studentesse e diplomate. Il documento ci ha inoltre consentito di correggere alcuni punti deboli, di chiarire le ambiguità, di rafforzare gli aspetti positivi, di modificare/arricchire il programma di studi e di adottare misure adeguate al fine di valorizzare ancor più la qualità e il livello assistenziale della nostra istruzione infermieristica.

Il St. Paul College di Iloilo

La formazione di coloro che offrono assistenza, in modo particolare delle infermiere cattoliche, è sempre stata all'avanguardia nell'opera apostolica delle Suore di St. Paul di Chartres. Nelle Filippine quest'attività di evangelizzazione ha avuto formalmente inizio nel 1946, quando a Iloilo venne fondata la Scuola per Infermiere di St. Paul. Il motivo principale dell'apertura di questa scuola consisteva nel rispondere all'esigenza di avere infer-

miere cattoliche qualificate che potessero assistere i pazienti del St. Paul's Hospital, l'unico ospedale cattolico della regione. In un certo senso questo gesto era anche la risposta della Chiesa alla sfida posta dalla fiorente *Protestant Mission School of Nursing* dell'Università delle Filippine Centrali. I tempi richiedevano l'addestramento di infermiere cattoliche laiche per svolgere il ministero assistenziale della Chiesa.

Sin dall'inizio l'orientamento della scuola è stato di tipo olistico; il suo fulcro, Cristo. Lo scopo era quello di addestrare infermiere che non si sarebbero occupate esclusivamente delle necessità fisiche e terapeutiche dei pazienti, ma anche degli aspetti morali e spirituali – infermiere che avrebbero portato Cristo agli ammalati. Per raggiungere questo obiettivo la scuola ha sempre utilizzato un programma di studio atto a promuovere tanto la valorizzazione e lo sviluppo dei valori assistenziali contenuti nel Vangelo, quanto la qualità accademica e la competenza professionale. Durante tutta la sua esistenza la scuola ha sempre tenuto in considerazione le esigenze del momento, l'avvento di strategie didattiche innovative e il progresso tecnologico, al fine di adeguarvisi costantemente, ma il metodo basilare del programma e i valori essenziali sono rimasti immutati negli ultimi 50 anni. Il modello concettuale del programma è noto, sia in facoltà che presso le studentesse, con il nome di *STREAM OF THE PROFESSIONAL PAULINIAN NURSE VOCACTION* (Corso della Vocazione delle Infermiere Professionali Paoline).

La struttura dell'istruzione infermieristica paolina

La struttura didattica dell'approccio paolino all'istru-

zione infermieristica è cristocentrica. È stato così sin dalla sua fondazione. La presentazione grafica del modello si chiama *STREAM OF THE PROFESSIONAL PAULINIAN NURSE VOCACTION* (SP-PNV). Si chiama CORSO perché, come chiamiamo "corso" il tranquillo fluire di una massa d'acqua, la vocazione delle infermiere paoline trova le proprie radici e trae origine in Cristo e da Lui fluisce. È attiva, vivificante, e dinamica... sgor-gata da Cristo, offerta alla Chiesa, condivisa dalla Congregazione delle Suore di St. Paul di Chartres, delegata all'Istituto di St. Paul, e resa reale nel programma di assistenza infermieristica del corso di laurea in discipline scientifiche. È PROFESSIONALE perché è una disciplina sistematica, integrata e organizzata, con una serie di propri obiettivi, scopi, regole, standard, pratiche e attività la cui applicazione consente alla persona di ricevere un'adeguata retribuzione. La procedura è chiaramente compresa e apprezzata da tutti gli interessati ed è stata tramandata di generazione in generazione, non solo in classe, ma anche attraverso la testimonianza e l'esempio delle sue diplomate. Il termine PAOLINA è il caposaldo della formazione. Esso identifica l'infermiera come membro di una famiglia o gruppo particolare, formata sulla base di un metodo specifico, propugnatrice di una tradizione particolare che, nella propria vita, crede in quello stesso ideale. Il termine INFERMIERA definisce e chiarisce la disciplina del programma didattico. Le allieve vengono addestrate per diventare infermiere – non ostetriche, non medici, non terapisti, non farmaciste, non fisioterapisti, né nessun'altro tipo di professionista sanitario, ma Infermiere. E, infine, la loro non è solo una professione, un'occupazione che

sarà la loro fonte di guadagno, ma è soprattutto una VOCAZIONE, LA RISPOSTA AD UNA CHIAMATA, la vocazione a seguire Cristo – Profeta, Re e Sacerdote, il Soccorritore degli Infermi per eccellenza. Tutto ciò è chiaro a tutti i paolini ed è profondamente radicato nei loro cuori, specialmente nelle laureate più anziane, che hanno avuto la fortuna di avere le suore stesse come insegnanti.

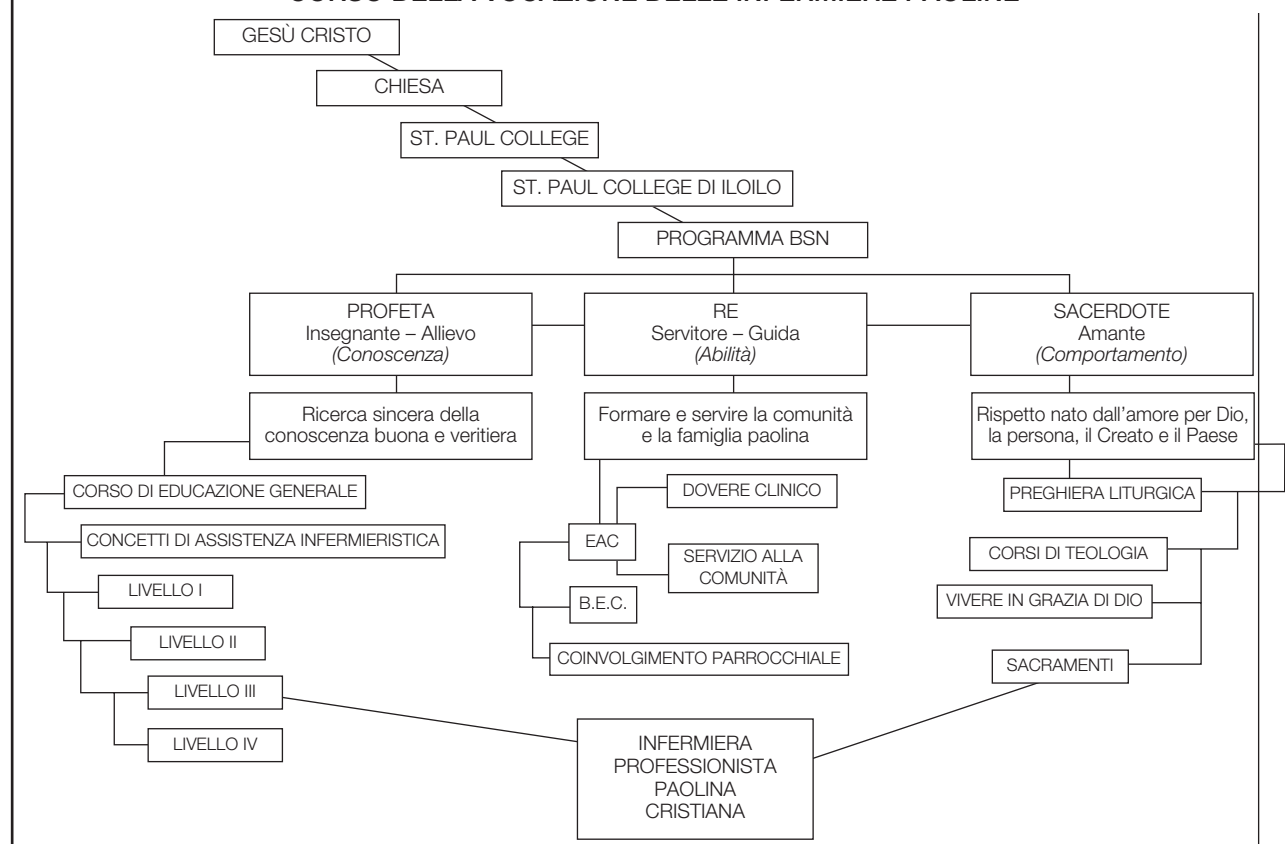
Cos'è questo CORSO, questo approccio, questa struttura teorica dell'Istruzione Infermieristica Paolina?

nella mano e nel cuore dell'allieva attraverso i tre aspetti o i tre componenti dell'insegnamento-processo di apprendimento: le componenti comportamentali cognitive, psico-motoria, e affettiva. Nel contesto del *Paulinian Nursing Program of Study* (Programma di Studio Infermieristico Paolino), queste componenti vengono viste in termini di Conoscenza (Insegnante-Allievo), Abilità (Servitore-Guida) e Comportamento (amante).

Insegnante-Allievo (Conoscenza) – L'obiettivo della

stiche, Artistiche e Umanistiche, ampliano l'orizzonte delle studentesse. Le materie professionali forniscono l'apprendimento di concetti, principi, teoria e pratica dell'assistenza infermieristica. Le studentesse vengono a contatto con varie filosofie e credenze, con argomenti e orientamenti mondani, ma il messaggio e il punto di vista cristiani vengono sempre messi in risalto. Le allieve vengono, in altre parole, educate a scoprire quei valori del Vangelo che sono alla base di tutte le culture e della scienza, e ad arricchire il pro-

CORSO DELLA VOCAZIONE DELLE INFERMIERE PAOLINE



L'infermiera paolina radicata in Cristo

L'infermiera paolina ha radici in Cristo – Cristo Profeta (insegnante), Cristo Re (servitore-guida), Cristo Sacerdote (amante). Ispirandosi a Gesù, e seguendo le sue orme, le infermiere paoline sono diventate a loro volta insegnanti-allieve, servitori-guide, e amanti; assistenti preparate, competenti, compassionevoli. Queste qualità, questi valori che devono essere acquisiti vengono radicati e sviluppati nella mente,

componente cognitiva è lo sviluppo della mente o dell'intelletto dell'infermiera paolina. Originatasi dalle materie di studio Cultura Generale e Assistenza Infermieristica Professionale, questa componente viene coltivata nell'ambito di una cultura istituzionale che annette grande importanza allo scrupoloso perseguimento di una conoscenza che sia virtuosa, bella e veritiera. Le materie della Cultura Generale, che comprendono corsi di Scienze Sociali, Naturali, Pratiche, Filosofiche, Lingui-

prio apprendimento secolare con le verità e i valori del Vangelo – nelle parole del Santo Padre di “unificare fede, cultura e Vangelo con la vita”. Questa integrazione tra conoscenza scientifica e fede è ancor più esplicita nel trattare le materie dell'Assistenza Infermieristica Professionale. Qui l'approccio olistico viene dimostrato con il simbolo dell'Eucaristia, dove ogni livello annuale delle materie del corso di assistenza infermieristica rappresenta un segmento dell'Ostia consacrata.

Servitore-Guida (Abilità) –

La seconda componente del programma si riferisce al settore delle abilità o dello sviluppo psico-motorio del Corso. Questo aspetto è focalizzato sull'applicazione delle conoscenze acquisite nella parte teorica, ottenendo la competenza prevista per quel Livello e concretizzando il concetto cristiano di guida come servizio. In questa fase è di estrema importanza far sì che le studentesse siano in grado sia di impiegare l'etica operativa che hanno appreso in classe, sia di testimoniare nelle attività quotidiane il proprio impegno cristiano di servire come Cristo. Tutto ciò viene messo in atto tanto nelle attività delle *Related Learning Experience* (Esperienze di Apprendimento Collegato), nell'area clinica e nella comunità, quanto nell'ambito del loro coinvolgimento nelle attività parrocchiali attraverso il *Campus Ministry Program*. Per far sì che questo valore resti impresso nella loro mente, le allieve vengono immerse in una cultura istituzionale che promuove "la costruzione dei servizi alla comunità e alla famiglia cristiana". L'attuale spostamento dei servizi di assistenza sanitaria dall'istituzione alla comunità che si sta registrando in tutto il mondo, coincide in modo quanto mai reale con l'approccio paolino ai servizi comunitari. Infatti, negli anni Ottanta, il *College of Nursing* è stato scelto dal Dipartimento di Educazione di Assistenza Infermieristica quale scuola pilota per il nuovo programma di studi che richiedeva allo studente un intenso coinvolgimento nella comunità. Oggi, ancora una volta, i College Paolini sono alla testa del nuovo *Health Resource Development Program* (HRDP) (Programma di Sviluppo delle Risorse Sanitarie) nell'ambito della *Community Organising Participatory Action Research* (COPAR) (Ricerca di Azione Partecipativa per l'Organizzazione Comunitaria), un approccio all'Assistenza Sanitaria Primaria.

Amante (Comportamento affettivo) – La terza componente si riferisce direttamente al cuore, e tocca in modo estre-

mamente diretto il nocciolo dell'istruzione paolina. Senza nulla togliere all'importanza delle componenti di conoscenza ed abilità, le studentesse vengono rese consapevoli della supremazia di questa dimensione della loro istruzione. Il valore cristiano della formazione e della trasformazione viene loro inculcato come l'elemento che rende il loro addestramento diverso, quello che le distingue dalle altre infermiere. Quando il Corso viene spiegato loro per la prima volta, le allieve fremono di gioia nel sentire che diventeranno Amanti – compassionevoli, caritatevoli, miti, affettuose, tenere amanti come Cristo.

Delle tre componenti dell'apprendimento, questa dimensione del processo educativo paolino è quello che oggi è più necessario porre in evidenza. Questo perché le studentesse che vengono da noi in questo periodo sono "figlie dei media" e i loro valori vengono quasi sempre formati da questi "potentissimi insegnanti". Non è necessario spiegare nel dettaglio come i valori del "mondo" siano diametralmente opposti al valore di amorevole e altruistica assistenza del Vangelo. Perciò, al fine di provocare nella studentessa il cambiamento desiderato, la scuola promuove un Programma di Formazione Cristiana dinamico, che consiste di un corso integrato di educazione religiosa e di vita in grazia di Dio, della regolare celebrazione della Liturgia e dei Sacramenti, dell'organizzazione di ritiri, guida e assistenza spirituali e di momenti di preghiera; e consiste anche nel consentire pazientemente alle allieve di esprimere se stesse e di "divenire" in un'esperienza di vita esistenziale. Tutto ciò in un ambiente di rispetto che nasce sia dall'amore per Dio, per le persone, per il creato, per il Paese, sia dal profondo amore per loro.

Il presente

Chiaramente il metodo paolino all'istruzione infermieristica viene intrapreso nell'ambito dei compiti dell'apostolato del-

le Suore di St. Paul de Chartres. Il fatto che il nostro sia un Paese cristiano e che il 95% delle nostre studentesse siano cattoliche rappresenta il fattore saliente che ci consente di ancorare perfettamente il nostro programma di studi ai principi cristiani di riconoscere, servire ed amare Dio nei malati; di vedere Cristo negli assistiti e di essere Cristo per loro. In breve, l'istruzione infermieristica delle Paoline spera e si sforza di formare professionisti cattoliche, infermiere competenti che, prendendo a modello la Santa Madre, ed ispirate da San Paolo, loro patrono, pensino con la mente di Cristo, servano con la mano di Cristo ed amino con il cuore di Cristo. Effettivamente questo obiettivo è molto ambizioso ma, ricordando sempre il proverbiale "seme" del Vangelo e i diversi tipi di "terreno" e confidando in Dio, le Paoline procedono con il loro motto "Caritas Christi Urget Nos".

"Conoscerai l'albero dal suo frutto". L'efficacia di un metodo didattico viene normalmente valutata sulla base delle prestazioni dei propri diplomati. Sul piano accademico, una conferma rassicurante dell'efficacia del metodo paolino è rappresentato dalla documentazione dei risultati delle nostre diplomate agli esami nazionali per infermieri. Dal 1948 la scuola si è sempre classificata tra le dieci scuole e/o college per infermieri più validi del Paese, riconosciuta dal *Professional Regulation Commission Board of Nursing* (Commissione Ministeriale per il Controllo Professionale degli Infermieri) e dalla *Commission for Higher Education* (Commissione per gli Studi Superiori) del Governo filippino. Essa è anche annoverata tra i pochi *Colleges of Nursing* incaricati da questa stessa Commissione per attivare il suo *Expanded Tertiary Education Accreditation Program* (Programma di Accreditamento per Istruzione Superiore Estesa).

Negli ultimi 50 anni il *St. Paul College* ha consentito di diplomarsi a migliaia di infermiere professioniste che sono ora sparse in molti Paesi. Molte hanno lasciato il segno nel luogo di lavoro, note non solo

per la loro competenza, ma anche per i loro valori cristiani. Alcune hanno ricevuto riconoscimenti prestigiosi, come la Legione d'Onore francese e il Premio Postumo di Riconoscimento alla Dedizione al Dovere. Per la maggior parte esse lavorano come missionarie, educatrici, professioniste, cliniche, assistenti sanitarie in comunità, volontarie, imprenditrici di assistenza infermieristica, o semplicemente occupandosi dei propri figli, diffondendo silenziosamente la Buona Novella di Cristo attraverso la loro missione assistenziale.

La piccola scuola per infermiere che offriva il *Graduate Nurse Certificate Program* (Programma per l'Attestato di Infermiere Diplomato) è ora un college che offre non solo la *Nursing Baccalaureate Degree* (Laurea in Assistenza Infermieristica) e un *Graduate School Nursing Program* (Programma di Scuola di Specializzazione per Infermieri), ma anche altri corsi. Inoltre, oggi nelle Filippine ci sono quattro *Paulinian Collages of Nursing*.

Un'ulteriore conferma della validità di questo metodo è il sostegno che la scuola riceve da parte di genitori riconoscenti, genitori che credono nella qualità dell'istruzione che la scuola offre e che di conseguenza continuano ad affidare la formazione dei propri figli al college. Ma forse le affermazioni più soddisfacenti sono le testimonianze delle diplomate stesse, la cui vita è segnata dall'impronta di Cristo, il loro stemma, "Caritas Christi Urget Nos! Una volta Paolina, per sempre Paolina!".

Il futuro

Quali sono le sfide, gli ostacoli che il college deve affrontare all'arrivo del terzo millennio? Prima di tutto il fatto che i giovani non apprezzano più le professioni di servizio che non portano denaro, unito agli alti costi dell'istruzione infermieristica. Nelle Filippine tutto questo è evidente. Come è stato più sopra menzionato, la gioventù di oggi è molto influenzata dalla cultura dei



mass media, che esalta materialismo e consumismo come uno stile di vita. Il successo viene identificato con il possedere sempre di più, con l'idea che grande è bello. Inoltre, a causa della chiusura del mercato del lavoro estero, da una parte, e delle difficoltà economiche presenti nel Paese, dall'altra, si è registrato un calo di iscrizioni al corso. Questo produce serie ripercussioni; molte scuole hanno dovuto ridurre le spese; altre addirittura chiudere. Le opportunità di lavoro per le infermiere sono state influenzate da questa situazione; la facoltà ha dovuto essere allargata o il lavoro interrotto.

Un'altra sfida alla quale è necessario rispondere, almeno nel nostro Paese, è la passività politica delle nostre infermiere. Poiché, storicamente, le infermiere filippine venivano addestrate e convinte ad essere le inservienti dei medici, molte sono rimaste una maggioranza silenziosa. Disinformate e indifferenti ai molti problemi sociali e/o politici, non si rendono neppure conto quando una legislazione per loro dannosa passa e diventa legge. Un esempio è costituito dalla norma della legge filippina per l'assistenza infermieristica che limita l'eleggibilità per l'accesso alla Nursing School al primo 40% dei diplomati alla scuola superiore. Mentre l'intento della legge è buono, la sua applicazione è pregiudizievole sia per l'aspirante studente, sia per i *Colleges of Nursing*. L'istruzione infermieristica deve, perciò, fornire le opportunità per sviluppare la determinazione cristiana tra le

studentesse, in modo che esse possano sostenere una giusta causa con serenità e coraggio.

Una terza e più emozionante sfida è rappresentata dalla globalizzazione del terzo millennio. L'assistenza infermieristica deve fare un grande passo in avanti o scomparire come professione. Considerando il ritmo dei cambiamenti sociali, l'assistenza infermieristica non può permettersi di restare ferma e vivere nella gloria del suo passato. Si deve adeguare, adattare e cambiare, essere al passo con i progressi della scienza e della tecnologia. Come è stato detto da alcuni psicologi moderni, dovrebbe essere come i delfini, in grado di cavalcare con grazia la cresta delle onde del cambiamento. Tuttavia, nella sua ricerca di evoluzione e nel bel mezzo della turbinante rapidità dei mutamenti sociali e culturali, l'assistenza infermieristica non deve mai dimenticare la sua essenza di altruismo e premuroso servizio. Conservare questo equilibrio è la sfida che tutti gli educatori del settore infermieristico condividono oggi.

Suor ROSAMOND MARIE
ABADESCO, SPC

Coordinatrice del programma BSN
Saint Paul College
Iloilo, Philippines

Bibliografia

¹ *This is Our Story*, SPCI, Caritas [Iloilo City 1996].

² LAURENTE CECILIA M. [ed], *Enrichment of the Nursing Courses, A Guideline*, [Manila 1992].

³ ROCHE P. JOSEPH, SJ, *Integration in the National Catechetical Directory*, Docete 8, [Manila 1993].

⁴ PAPA GIOVANNI PAOLO II, *Born From The Hearth of Church*, Catholic International, [USA 1990].

⁵ ANGELINI FIORENZO, CARDINALE, *Servire gli ammalati è servire la vita*, Dolentium Hominum, [Città del Vaticano 1992].

⁶ Lc 6, 44.

⁷ AQUINO GAUDENCIO e RAZON PERPETUA, *Educational Psychology*, [Manila 1993].

⁸ MAYNARD, HERMAN BRYANT, Jr., *Fourth Wave: Business in the 21 Century*, [San Francisco, 1993].

⁹ TAYCO PILAR, *Discovering the Dolphin in you*, Atti del Congresso SPC, [Manila 1992].