



DOLENTIUM HOMINUM

N. 53 – anno XVIII – N. 2, 2003

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: 32 € per l'Europa, 30 \$ per extra Europa
compresa spedizione

Realizzazione a cura della Editrice VELAR, Gorle (BG)

In copertina: Vetrata di P. Costantino Ruggeri

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

Sommario

XI GIORNATA MONDIALE DEL MALATO
11 FEBBRAIO 2003

- 6 **Lettera del Santo Padre**
Giovanni Paolo II
- 7 **Cronaca della XI Giornata
Mondiale del Malato**
P. Dariusz Giers
- 12 **Prendiamo in mano la Corona
del Rosario per implorare
il grande dono della pace**
Giovanni Paolo II
- 2 13 **Lourdes, Roma, Washington:
«crocevia» di un corale Rosario
per la pace nel mondo**
Giovanni Paolo II
- 15 **Omelia**
S.E. Mons. Javier Lozano Barragán

INTERVENTI DI
S.E. MONS. JAVIER LOZANO BARRAGÁN

- 18 **XLVI Sessione della
Commissione Droghe e Narcotici
delle Nazioni Unite**
Vienna, 16-17 aprile 2003
- 19 **LVI Assemblea Plenaria
dell'Organizzazione Mondiale
della Salute**
Ginevra, 20-21 maggio 2003

ARGOMENTI

- 22 **Essere un professionista sanitario
in un mondo che cambia:
chiavi evangeliche**
S.E. Mons. José L. Redrado, O.H.
- 32 **Il Cappellano visto
dagli operatori sanitari**
P. Arnaldo Pangrazzi, M.I.
- 36 **Scuola e salute,
una prospettiva pastorale**
P. Alvaro Díaz Camargo, O.H.
- 44 **Effetto della lettura evangelica
meditata sulla area iperalgesica
e sulla percezione del dolore
nella sindrome algica lombare**
Prof. Pierluigi Zucchi, S.O.
P. Bonifacio Honings, O.C.D.
Prof.ssa Maria Rosa Voegelin
- 52 **Storia della medicina monastica
nell'occidente cristiano**
Prof. Massimo Aliverti
- 56 **Assistenza integrale e continuità
di cura al malato di cancro:
l'esperienza dell'Isola Tiberina**
Dott.ssa Vittorina Zagonel
- 62 **Prefazione al libro**
Giovanni Paolo II
***Difesa della vita e promozione
della salute***
S.Em.za Card. Dionigi Tettamanzi

*Le illustrazioni di questo numero sono tratte dal libro:
"Veronica il mistero del Volto -
itinerari iconografici memoria e rappresentazione"
di Tiziana Maria Di Blasio,
Editrice Città Nuova, Roma, 2000*



*XI Giornata
Mondiale
del Malato*



*Santuario Nazionale
dell'Immacolata Concezione
Washington, D.C.
Stati Uniti d'America
11 febbraio 2003*

Lettera del Santo Padre

*IN DATA 25 GENNAIO IL SANTO PADRE GIOVANNI PAOLO II
HA NOMINATO S.E. MONS. JAVIER LOZANO BARRAGÁN,
SUO INVIATO STRAORDINARIO ALLA CELEBRAZIONE
DELLA XI GIORNATA MONDIALE DEL MALATO*

Al Venerabile Fratello
SAVERIO LOZANO BARRAGÁN
Presidente del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari

Certamente abbiamo davanti agli occhi quelle sempre soavissime e del tutto consolanti parole di Cristo: “Venite a me, voi tutti che siete stanchi e affaticati e io vi ristorerò” (Mt 11,28).

Noi siamo certi che in queste parole gli uomini in vari modi provati dalle difficoltà della vita possono trovare una forza celeste per il loro cuore e un desiderato sollievo per i loro dolori.

Ma il Nostro pensiero spontaneamente va anzitutto agli ammalati di tutto il mondo. Con l’affetto e l’amore di Gesù di Nazareth proviamo compassione per loro, come è giusto che facciamo tutti gli uomini di buona volontà e di ancor più alta benevolenza.

Pensiamo sin da ora con grandissima commozione all’undicesima Giornata Mondiale degli Ammalati, che si celebrerà solennemente a Washington nella prossima festa della Vergine di Lourdes, cioè l’11 febbraio.

Abbiamo già fatto pervenire il Nostro saluto e la Nostra esortazione all’Assemblea. Tuttavia vogliamo che ci sia qualcuno che non solo rappresenti lì apertamente e pubblicamente la Nostra persona, ma che porti anche testimonianza della Nostra strettissima unione con gli infermi e gli ammalati di questo nostro mondo.

E quello sarai tu stesso, Venerabile Fratello, proprio perché tu per Nostra volontà presiedi il Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari.

Con questa Nostra lettera, avendo fiducia nella tua opera, ti nominiamo NOSTRO INVIATO STRAORDINARIO a quell’incontro animato dalla più grande sollecitudine, partecipando allo stesso tempo con i sentimenti di Cristo sofferente alla condizione di tanti ammalati.

Per Noi che veramente partecipiamo e seguiamo quanto verrà indicato in quell’insegna Incontro sarai presente Tu, Venerabile Fratello; leggerai il nostro speciale messaggio e, in questa occasione, confermerai la Nostra preoccupazione e la Nostra unione con gli infermi e gli ammalati; porterai la Nostra Benedizione Apostolica impartita molto amorevolmente a tutti i presenti.

Frattanto ti accompagniamo in questa tua missione tanto importante e preziosa con le Nostre preghiere, già godendo pienamente a motivo del tuo zelo.

Dai Palazzi Vaticani, 25 gennaio 2003, 25° anno del Nostro Pontificato.



Cronaca della XI Giornata Mondiale del Malato

L'XI Giornata Mondiale del Malato è stata solennemente celebrata nella Basilica del Santuario nazionale dell'Immacolata Concezione a Washington, capitale del "District of Columbia" e capitale anche degli Stati Uniti d'America. Promossa dal Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, in collaborazione con i Vescovi degli Stati Uniti, la Giornata ha avuto come tema principale: "La via della solidarietà: vocazione della Pastorale della Salute in America".

Nel Suo Messaggio speciale donatoci per questa occasione, il Papa ha auspicato che con la celebrazione a Washington "il Vangelo della vita e dell'amore possa risuonare con vigore specialmente in America dove vive più della metà dei cattolici". Lo svolgimento e la buona riuscita della celebrazione il Papa li ha affidati alla Madonna di Guadalupe, Patrona del Continente americano, venerata anche in una delle cappelle della Basilica dell'Immacolata Concezione.

Il Santo Padre è stato rappresentato all'XI Giornata Mondiale del Malato dalla Missione Pontificia composta dal Suo Inviato Speciale, S.E.R. Mons. Javier Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, da Mons. Michael J. Bransfield, Rettore della Basilica del Santuario Nazionale dell'Immacolata Concezione e dal Rev.do P. Michael Place, Coordinatore della Catholic Health Association degli Stati Uniti d'America. Il gruppo organizzato dal nostro Dicastero, oltre al Presidente, contava 27 persone, tra le quali il Vescovo Segretario, S.E.R. Mons. José Luis Redrado O.H., alcuni Officiali del Dicastero, collaboratori sacerdoti e religiosi ed anche laici, impegnati nella pastorale sanitaria in diversi paesi.

PREPARAZIONE DELLA GIORNATA

Annunciata e indetta dal Messaggio del Santo Padre, la celebrazione dell'XI Giornata è stata oggetto di numerose iniziative preparatorie. Il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute ha condotto l'azione della diffusione del Messaggio tramite i mezzi di comunicazione. La Radio Vaticana ha trasmesso in diretta le principali iniziative connesse alla celebrazione. Un Manifesto della Giornata e diversi sussidi sono stati preparati dalla Commissione Episcopale della Pastorale della Salute degli Stati Uniti. Inoltre, nel mese di settembre 2002 il Presidente del Dicastero S.E. Mons. Lozano si è recato a Washington per incontrare gli Organizzatori e seguire da vicino lo svolgimento dei preparativi per l'importante evento internazionale.

CELEBRAZIONE DELL'XI GIORNATA MONDIALE DEL MALATO

Come ogni anno, la celebrazione della Giornata Mondiale del Malato del 2003 ha avuto tre caratteristiche principali: la liturgia, la teologia e la pastorale.

Liturgia: i momenti di preghiera

1. La Santa Messa di apertura, domenica 9 febbraio 2003

Domenica 9 febbraio, alle ore 9.00 il Presidente della Conferenza Episcopale Cattolica degli Stati Uniti, S.E. Mons. Wilton D. Gregory, Vescovo di Belleville ha presieduto la solenne Concelebrazione Eucaristica di apertura dell'XI Giornata Mondiale del

Malato nella Basilica Santuario nazionale dell'Immacolata Concezione. Con il Presidente dei Vescovi statunitensi celebravano, tra gli altri, il Cardinale Theodore McCarrick, Arcivescovo di Washington; il Cardinale Miguel Obando Bravo, Arcivescovo di Managua (Nicaragua); il Cardinale Oscar Andrés Rodríguez Maradiaga, Arcivescovo di Tegucigalpa (Honduras); l'Arcivescovo Javier Lozano Barragán; il Vescovo José Redrado Marchite; il Vescovo di Arlington Paul S. Loverde; il Vescovo di Helena, Robert Morlino, Presidente della Pastorale della Salute negli Stati Uniti; altri Vescovi



provenienti dagli USA, dal Canada, dal Messico, da Santo Domingo, da Haiti, da Portorico, dal Salvador, sacerdoti e religiosi impegnati nei vari ospedali, nelle cliniche e nelle case di cura.

Un'immagine molto suggestiva è stata quella dell'Arcivescovo emerito di Washington, il Cardinale James Aloysius Hickey, infermo, sulla sedia a rotelle che accanto all'altare, insieme ai componenti della Missione Pontificia concelebrava la S. Messa.

Il Cardinale McCarrick, dopo aver salutato i concelebranti e tutta l'Assemblea, ha ringraziato il Santo Padre per

aver scelto l'Arcidiocesi di Washington come sede della celebrazione della XI Giornata Mondiale del Malato.

Durante l'omelia il Vescovo di Belleville, S.E. Mons. Wilton Gregory, Presidente della Conferenza Episcopale degli Stati Uniti dopo aver dato il benvenuto a tutti i partecipanti, ha sviluppato il tema sulla sostanziale missione della Chiesa che, seguendo Gesù deve dedicarsi alla cura dei malati. "La Celebrazione dell'Eucaristia è un'occasione speciale per lodare il Signore che 'cura' ogni uomo ed ogni donna. Noi proclamiamo la

di Gesù sono finalizzate all'avvento del Regno di Dio".

Concludendo, il Vescovo Wilton Gregory ha ribadito che l'Eucaristia è l'anima della pastorale sanitaria e che il servizio e la proclamazione della Parola di Dio guariscono insieme le piaghe di ogni sofferente.

Al termine della solenne Concelebrazione Eucaristica, allietata dal canto corale di un'assemblea festosa, P. Place, tra gli applausi, ha letto il Messaggio di Giovanni Paolo II per questa Giornata Mondiale del Malato, apertasi — come ha ricordato il Papa po-

Vergine di Lourdes nella Basilica "National Shrine of Immaculate Conception". La liturgia è stata presieduta dall'Inviato Speciale del Papa, l'Arcivescovo Javier Lozano Barragán con cui hanno concelebrato i Cardinali Theodore McCarrick, Arcivescovo di Washington e James Hickey, Arcivescovo emerito; Miguel Obando Bravo, Arcivescovo di Managua (Nicaragua); Oscar Andrés Rodríguez Maradiaga, Arcivescovo di Tegucigalpa (Honduras); ventidue tra Arcivescovi e Vescovi dalle diocesi degli Stati Uniti, dal Canada, da Santo Domingo, da Portorico, dal Messico e da Haiti ed un centinaio di sacerdoti.

All'apertura della liturgia P. Michael Place, coordinatore della "Catholic Health Association" degli Stati Uniti d'America ha letto la Lettera di nomina dell'Arcivescovo Javier Lozano Barragán come Inviato Speciale del Papa alla celebrazione della XI Giornata Mondiale del Malato.

Nell'omelia il Presidente del Pontificio Consiglio, dopo aver ringraziato il Santo Padre per averlo nominato Suo Inviato Speciale ed aver salutato i presenti, ha toccato i seguenti punti: la Pastorale della Salute consiste nel condurre i cristiani a vincere la morte convertendola nella risurrezione di Cristo. Dunque è una pastorale dove si deve accentuare la virtù della speranza. Questa azione deve caratterizzare i centri cattolici di cura della salute ricordando anche che la salute è una tensione verso l'armonia. La Pastorale della Salute è il cammino per acquisire tale armonia. Pertanto la norma di questa pastorale è la continua costruzione della persona: "quello che costruisce l'uomo è buono, quello che lo distrugge è male". Questo è il criterio sia per la medicina che per la biogenetica. L'Immacolata Concezione alla quale è dedicato questo Santuario, è il modello dell'armonia, della costruzione dell'uomo e così della salute. A Lei l'Inviato Speciale del Santo Padre ha affidato la Giornata Mondiale del Malato.

In seguito, il sacramento



presenza di Cristo in mezzo a noi, segno autentico del suo disegno di amore". Il Presule ha presentato le tre urgenze che scaturiscono dalle parole del Vangelo dove è scritto che Gesù "guarì molti che erano afflitti da varie malattie": la visione di Gesù Taumaturgo; il bisogno di coloro che soffrono di sentirsi legati a Cristo; il ministero della Chiesa verso il mondo dei malati e dei sofferenti. "Gesti e miracoli di Gesù mirano non solo a curare fisicamente l'uomo, ma a toccarlo nell'intimo ed a convertirlo. Le cure salvifiche

che ore prima all'Angelus domenicale — nel Santuario mariano dell'Immacolata Concezione "in un'ora di preoccupazione internazionale".

Dalla Vergine Madre tutti hanno implorato il grande ed inestimabile dono della pace.

2. La solenne Celebrazione Eucaristica dell'11 febbraio con il sacramento dell'Unzione degli Infermi

Cinquemila persone hanno partecipato alla solenne Concelebrazione Eucaristica in memoria liturgica della Beata

dell'Unzione degli Infermi è stato conferito ai cinquecento ammalati disposti ai piedi dell'altare ed accompagnati da molte religiose e volontari. L'hanno amministrato, assieme all'Inviato Speciale del Santo Padre, l'Arcivescovo Javier Lozano Barragán, i Cardinali McCarrick, Obando Bravo e Rodriguez Maradiaga ed altri Vescovi. Per primo è stato unto con l'olio santo l'infermo Cardinale James Hickey seduto accanto all'altare.

Prima di concludere la solenne e composta liturgia, il Cardinale Arcivescovo McCarrick ha ringraziato l'Arcivescovo Javier Lozano Barragán, Inviato Speciale del Santo Padre, i Cardinali, gli Arcivescovi ed i Vescovi presenti, i sacerdoti e tutti i malati per aver potuto celebrare insieme "questo giorno di grazia".

Il Porporato ha espresso poi la sua profonda gratitudine verso il Santo Padre per il gesto di affetto e di predilezione nei riguardi della Chiesa che è a Washington. "Questo momento di grazia celebrato nella fede e nella lode – ha auspicato il Cardinale McCarrick – possa guarire l'America da tutti i suoi mali".

La liturgia si è conclusa con la solenne Benedizione, dopo la quale è seguito il canto dell'"Ave Maria" di Lourdes. Sui volti dei malati presenti nella Basilica si riscontrava la verità delle parole di Gesù, che il diacono ha proclamato durante la Messa: "venite a me, voi tutti, che siete affaticati ed oppressi, e io vi ristorerò... Il mio giogo è dolce e il mio carico leggero" (Mt 11, 28-30).

Teologia: i momenti di studio

1. L'incontro dei Vescovi nella sede della "United States Conference of Catholic Bishops"

Domenica 9 febbraio ha avuto luogo, nella moderna sede della Conferenza Episcopale statunitense, l'incontro dei Vescovi, delegati delle diverse Conferenze Episcopali del Continente americano ed i Re-

sponsabili per la pastorale sanitaria. Il benvenuto è stato dato dal Cardinale Theodore McCarrick che nuovamente ha ringraziato il Santo Padre ed il Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute per aver scelto per la prima volta gli Stati Uniti d'America come luogo di celebrazione della Giornata Mondiale del Malato.

La Tavola Rotonda dei Vescovi è stata dedicata alla Pastorale della Salute in America. Più specificatamente sono stati presi in considerazione i due temi derivati dallo slogan della Giornata: "*La via della solidarietà: prospettiva della Pastorale della Salute*" e "*La cura della salute in America: un richiamo alla giustizia*".

L'introduzione ai Lavori è stata fatta dall'Arcivescovo Javier Lozano Barragán, che ha ricordato le basi evangeliche della pastorale sanitaria ed ha spiegato il contesto attuale ai Cardinali, ai Vescovi degli Stati Uniti ed a quelli giunti dal Canada, dal Messico, dall'Honduras, dal Nicaragua, dal Salvador, da Santo Domingo da Haiti e dal Portorico.

In seguito il Presidente del Dicastero ha sviluppato tre punti: quale è la situazione della Pastorale della Salute nel mondo, che cosa è la Pastorale della Salute e cosa è necessario fare? Parlando della situazione S.E. Mons. Javier Lozano ha indicato i punti positivi e quelli negativi; nella pastorale ha sviluppato la proposta evangelica, quella pontificia e quindi del Dicastero; nella parte pratica si è riferito alle sfide, alle proposte e alle risposte nella Pastorale della Salute.

Successivamente ogni rappresentante dei diversi paesi presenti ha parlato della situazione della Pastorale della Salute nel proprio stato.

La situazione in Bolivia, dove aumenta il numero dei poveri e degli emarginati con alto indice della mortalità infantile, è stata riferita dal dott. German Erico Loza Monroy Lawyar, inviato dalla Conferenza Episcopale Boliviana.

Sulla Chiesa e sulla Sanità in Canada ha parlato il Vescovo James W. Wingle, metten-

do in risalto i numerosi problemi etici, quali ad esempio una volontà politica carente nei confronti del dramma dell'aborto.

Il Presidente della Conferenza Episcopale della Repubblica Dominicana, il Vescovo Ramón B. De la Rosa y Caprio ha accentuato il problema della povertà estrema di 1/4 degli abitanti del Paese e l'altissimo costo delle medicine.

L'Arcivescovo di San Salvador, Ferdinando Sáenz Lacalle ha presentato la situazione nel Salvador dove, oltre all'alto costo delle medicine, si evidenzia una grave carenza alimentare.

La situazione riferita dal Cardinale Oscar Andrés Rodríguez Maradiaga, Arcivescovo di Tegucigalpa, in Honduras, è ancora più drammatica. Il Porporato ha sottolineato che il 79 per cento della popolazione vive con un solo dollaro al giorno, mentre il 49 per cento non può pagare le medicine urgenti e necessarie.

In condizioni simili si trovano altri Paesi dell'America Latina. Lo hanno confermato il Cardinale Miguel Obando Bravo del Nicaragua ed il Vescovo Héctor Riviera da Portorico. Tutti i Presuli, in pieno accordo, hanno parlato della povertà della gente, dell'alto costo delle medicine, delle cure mediche e dell'insufficiente sistema sanitario.

Alla fine, i Vescovi Robert C. Morlino, Joseph L. Charron e William Murphy, Responsabili per la pastorale sanitaria presso la Conferenza Episcopale degli USA, hanno illustrato la situazione nel loro Paese: se da una parte, per quanto riguarda le strutture sanitarie cattoliche la situazione è buona (634 gli ospedali cattolici e 1359 le case "long term services"), dall'altra c'è il grande rischio della secolarizzazione e del "new age" che induce al relativismo etico e alla cultura della morte.

Il dibattito ha rivelato le seguenti urgenze nel campo della pastorale della salute nel Continente americano: dare risposte etiche forti, costruire una nuova pastorale dell'evangelizzazione, "curare" il mondo del dolore e della sofferen-

za con gli stessi sentimenti di Cristo e le motivazioni spirituali della Chiesa. In quest'ottica si è insistito molto sulla necessità di una più stretta collaborazione tra le Conferenze Episcopali delle Americhe. La parola "solidarietà" è apparsa come concetto chiave dell'incontro, mentre l'espressione di Giovanni Paolo II "La globalizzazione della solidarietà", come unico programma plausibile per l'avvenire dei cattolici americani.

2. La giornata di studio presso il "Pope John Paul II Cultural Center"

Lunedì 10 febbraio si è svolta nel nuovo Centro culturale dedicato al Santo Padre Giovanni Paolo II la Giornata di studio. I temi ruotavano intorno a due questioni principali: "Globalizzazione e sanità cattolica in America: richiamo alla giustizia" e "Problemi di bioetica e sanità cattolica: richiamo alla fedeltà".

Apprendo i lavori del Congresso, i Vescovi W. Gregory e R. Morlino hanno posto l'accento sull'urgente bisogno della protezione dei valori cristiani negli ospedali e nelle istituzioni sanitarie cattoliche.

Mons. Ricard, Vescovo di Pensacola-Tallahassee in Florida e Presidente del Comitato per la politica internazionale, ha parlato sulla situazione della sanità nel contesto della globalizzazione negli Stati Uniti.

Le tematiche sono state affrontate anche in due Tavole Rotonde: nella prima, dedicata alla globalizzazione, hanno preso parte i Sigg. Aedo e Baeza del Cile; il gesuita canadese Mercier e la religiosa americana Patricia Smith. Esaminando la situazione nell'America del Nord e nell'America Latina gli interlocutori hanno concordato che la globalizzazione va orientata e diretta per il bene di tutti gli uomini e non solo di una parte della famiglia delle Nazioni. L'unica via possibile per uscire dai tunnel e dai vicoli ciechi che chiudono il futuro dei popoli consiste nel globalizzare la solidarietà.

Nel dibattito sui temi della bioetica, oltre al Vescovo di

New Ulm, nel Minnesota, Mons. John C. Nienstedt, hanno partecipato Autorità indiscusse quali: Kevin T. FitzGerald e Edmund D. Pellegrino, M. Therese Lysangh ed il Prelo Russell E. Smith.

Il Presidente del Pontificio Consiglio ha trattato il tema dell'etica globale: il "nuovo paradigma" e la bioetica aperta. Nell'introduzione ha parlato della globalizzazione, della cornice del "nuovo paradigma" e dei suoi autori. Poi ha sviluppato tre punti: il "nuovo paradigma", la bioetica aperta e le sue applicazioni. Si è riferito specialmente alla fecondazione in vitro, alla clonazione, alle cellule staminali, alla manipolazione degli embrioni, ai trapianti d'organo, all'eutanasia ed alle cure palliative.

Al termine dei lavori della Giornata, il Cardinale Theodore McCarrick ha presieduto la solenne Concelebrazione Eucaristica al Pope John Paul II Cultural Center. Nella sua omelia ha riflettuto sul Vangelo secondo Marco, 6, 53-56.

Pastorale: la visita ai malati

La visita ad un ospedale, cioè ad un centro di cura per incontrare gli infermi appartiene tradizionalmente alla celebrazione della Giornata Mondiale del Malato. A Washington questo incontro è avvenuto all'"Holy Cross Hospital" di Silver Spring, nel Maryland, dove la mattina di martedì 11 febbraio si è recato l'Inviato Speciale del Santo Padre, S.E. Mons. Javier Lozano Barragán.

Accompagnato da P. Michael Place, l'Arcivescovo Javier Lozano è stato accolto dal Presidente dell'Ospedale, il Dott. Kevin J. Sexton, dai Cappellani, religiosi, medici, paramedici ed infermieri.

L'"Holy Cross Hospital" è diretto dalle Suore della Santa Croce e dalle Suore della Misericordia; i due Istituti si sono uniti costituendosi in una "unica persona giuridica" per rispondere meglio alle sfide della pastorale della salute. Una di queste sfide è che 43 milioni di persone negli Stati

Uniti non hanno nessuna assicurazione sociale ed il 60 per cento di loro viene curato grazie ai fondi della Chiesa.

Un problema particolare dell'"Holy Cross" si lega al fatto che i pazienti curati in questo ospedale provengono da quasi cento Nazioni e parlano diverse lingue. Ne derivano a volte difficoltà di comunicazione e necessità di cercare dei buoni traduttori.

La cura pastorale nell'ospedale è affidata a tre sacerdoti cappellani e sono sedici i componenti del team di religiosi e donne laiche. S.E. Mons. Javier Lozano Barragán ha raccomandato loro di vivere e di far vivere in pienezza la missione di un ospedale cattolico: predicare la vita, proporre il cammino sacramentale, predicare Cristo morto e risorto per tutti. "In un contesto multiculturale – ha detto l'Arcivescovo – la nostra identità non può essere né tradita, né affievolita. Dobbiamo annunciare a tutti che Gesù Cristo è morto ed è risorto per l'uomo. È Lui, la vera vita che salva".

Ai medici e ai paramedici il Presidente del Pontificio Consiglio ha chiesto "di armonizzare tecnica e carità, di unire gioia e dolore, di far capire il dono della vita e il senso della morte. Siate all'altezza di questo grande compito".

Un momento molto toccante è stata la visita dell'Inviato del Santo Padre al reparto dei neonati in difficoltà dove, tra l'altro, grazie a sofisticati strumenti di alta tecnologia si combatte in questo momento per la vita di un bambino di 400 grammi nato al quinto mese di gravidanza.

Altri momenti importanti

1. Ricevimento alla Georgetown University

Quasi 100 delegati ed ospiti dell'XI Giornata Mondiale del Malato si sono incontrati domenica sera 9 febbraio alla Georgetown University a Washington, una delle più prestigiose e stimate sedi di studio degli USA. Hanno onorato la cerimonia con la loro presenza il Segretario del Dipartimento

della Sanità e delle Risorse Umane degli Stati Uniti, Tommy G. Thompson e il Sindaco della città di Washington, Anthony Williams.

A dare il cordiale benvenuto è stato il Rettore dell'Università John J. Di Gioia. Quindi ha preso la parola il Segretario Thompson che nel suo discorso, partendo dall'evangelico comandamento dell'amore, si è mostrato disponibile a collaborare con la Chiesa cattolica nel campo della sanità negli Stati Uniti ed in tutto il mondo rivolgendo una particolare attenzione ai più bisognosi, ai poveri e vulnerabili. In seguito, il sindaco Williams ha espresso la sua gratitudine per il fatto che la città di Washington sia stata scelta per la celebrazione della Giornata Mondiale del Malato. A nome del Comitato organizzatore è intervenuto Padre Place, mettendo in risalto che la cura dei malati dovrebbe essere una priorità per tutti, perché solo così si potrà parlare della vera

solidarietà di cui ha bisogno il nostro mondo.

La serata all'Università "Georgetown" si è conclusa con la cerimonia di assegnazione delle medaglie di riconoscimento del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute con le quali l'Arcivescovo Javier Lozano Barragán ha reso omaggio al Segretario Thompson, al Sindaco Williams ed al Rettore Di Gioia.

2. Ricevimento alla Nunziatura Apostolica

Lunedì sera, 10 febbraio, i Cardinali, gli Arcivescovi ed i Vescovi partecipanti all'XI Giornata mondiale del Malato, insieme al gruppo del Pontificio Consiglio ed alle Autorità della città di Washington sono stati invitati ad un ricevimento presso la Nunziatura Apostolica. La parte ufficiale dell'incontro, caratterizzata da importanti discorsi, è stata avviata dal Sindaco Williams, che ha espresso una sentita ricono-

scenza verso il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute ed in modo particolare verso il suo Presidente, S.E.R. Mons. Javier Lozano Barragán. Con un attestato speciale che è stato consegnato all'Inviato Speciale del Papa, il Sindaco ha proclamato il giorno 11 febbraio 2003 a Washington "World Day of the Sick".

In seguito l'Arcivescovo Javier Lozano Barragán ha ringraziato per questo gesto significativo e per l'ospitalità con la quale la città di Washington ha accolto l'iniziativa ed i partecipanti alla Giornata.

Al termine il Nunzio Apostolico negli Stati Uniti, S.E.R. Mons. Gabriel Montalvo ha espresso la sua gioia per l'onore di aver potuto ricevere l'Inviato Speciale del Santo Padre e tutti gli altri illustri ospiti nella sua casa.

P. DARIUSZ GIERS
*Ufficiale del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute
Santa Sede*



Prendiamo in mano la Corona del Rosario per implorare il grande dono della pace

GIOVANNI PAOLO II ALL'ANGELUS DI DOMENICA 9 FEBBRAIO
HA RICORDATO LA GIORNATA MONDIALE DEL MALATO
CHE SI È POI CELEBRATA L'11 FEBBRAIO 2003

Carissimi Fratelli e Sorelle!

1. L'11 febbraio prossimo, memoria liturgica della Beata Vergine Maria di Lourdes, si celebra la *Giornata Mondiale del Malato*. Si tratta d'una significativa occasione, che aiuta le Comunità ecclesiali a tenere sempre viva l'attenzione verso i fratelli e le sorelle infermi e sofferenti, e incoraggia gli operatori sanitari a curare con costante dedizione il loro servizio professionale.

La coincidenza di questa ricorrenza con la data dell'apparizione della Vergine a Lourdes fa di quel luogo, consacrato dalla presenza di Maria, il riferimento costante della *Giornata del Malato*. Dalla grotta di Massabielle, Maria non cessa di effondere sul mondo della sofferenza il consolante messaggio della fiducia e della speranza.

2. Com'è noto, le celebrazioni principali della Giornata si svolgeranno quest'anno nel maestoso *Santuario nazionale dell'Immacolata Concezione* di Washington, capitale degli Stati Uniti d'America.

Esprimo viva gratitudine a coloro che hanno curato le varie manifestazioni di questo importante evento ecclesiale.

Un pensiero riconoscente indirizzo ai medici e agli infermieri, come pure agli assistenti sociali, ai volontari, ai sacerdoti, ai religiosi e alle religiose che operano nel vasto campo dell'assistenza ai malati. La Giornata del Malato rinnovi in ciascuno il desiderio di servire con dedizione chi è nella sofferenza, imitando Gesù, Buon Samaritano dell'umanità.

3. In quest'ora di preoccupazione internazionale, tutti sentiamo il bisogno di rivolgerci al Signore per implorare il grande dono della pace. Come ho rilevato nella Lettera apostolica *Rosarium Virginis Mariae*, "le difficoltà che l'orizzonte mondiale presenta in questo avvio di nuovo millennio ci inducono a pensare che solo un intervento dall'Alto [...] può far sperare in un futuro meno oscuro" (n. 40). Numerose iniziative di preghiera si svolgono in questi giorni in varie parti del mondo. Mentre le incoraggio di cuore, invito tutti a prendere in mano la Corona per invocare l'intercessione della Vergine Santissima: "non si può recitare il Rosario senza sentirsi coinvolti in un preciso impegno di servizio alla pace" (ibid., n. 6).



Lourdes, Roma, Washington: «crocevia» di un corale Rosario per la pace nel mondo

DISCORSO DI GIOVANNI PAOLO II IN SAN PIETRO, NEL POMERIGGIO DI MARTEDÌ 11 FEBBRAIO, IN OCCASIONE DELLA GIORNATA MONDIALE DEL MALATO, AL TERMINE DELLA CELEBRAZIONE EUCARISTICA PRESIEDUTA A NOME DEL SANTO PADRE DAL CARDINALE VICARIO CAMILLO RUINI

Carissimi Fratelli e Sorelle!

1. Come ogni anno, con grande gioia vengo ad incontrarvi al termine di questa celebrazione dedicata specialmente a voi, cari ammalati. Il primo saluto è per voi, che siete protagonisti dell'odierna *Giornata Mondiale del Malato*. Estendo volentieri il mio saluto a quanti vi sono accanto, familiari, amici e volontari, e ai membri dell'UNITALSI. Saluto il Cardinale Vicario, come pure i Presuli e i sacerdoti presenti, i religiosi e le religiose e coloro che, con varie mansioni, operano al servizio degli infermi e dei sofferenti.

Un saluto cordiale va, poi, ai membri dell'Opera Romana Pellegrinaggi e ai partecipanti al Convegno nazionale teologico-pastorale, in corso qui a Roma, sul tema *Il pellegrinaggio sentiero di pace*. A questo proposito, penso alla Terra Santa e formulo l'auspicio, avvalorato dalla preghiera, che quanto prima quei luoghi santificati dalla presenza di Cristo ritrovino un clima di pace, sì da permettere la ripresa del flusso dei pellegrini.

2. Si celebra oggi la Giornata Mondiale del Malato, giunta alla sua undicesima edizione e posta sotto la protezione della Vergine Imma-

colata. Tra poco, i canti e le preghiere ci porteranno spiritualmente a Lourdes, luogo benedetto da Dio e a voi tanto caro. Al tempo stesso ci uniamo ai numerosi fedeli raccolti del Santuario Nazionale di Washington, pure dedicato all'Immacolata, dove quest'anno hanno luogo le manifestazioni principali della Giornata Mondiale del Malato.

Osservando la venerata immagine della Vergine di Lourdes, lo sguardo si posa sulla *corona* che pende dalle sue mani giunte. La Vergine orante sembra voler *rinnovare l'invito* fatto alla piccola Bernardette, a *recitare con fiducia il Santo Rosario*. Con quanta gioia noi accogliamo quest'esortazione nella Giornata del Malato, che costituisce una tappa significativa dell'Anno del Rosario! Lourdes, Roma, Washington formano quest'oggi un provvidenziale «crocevia» di una corale invocazione al Dio della vita, perché infonda fiducia, conforto e speranza ai sofferenti del mondo intero.

3. Cari malati, *il Rosario reca la risposta cristiana al problema della sofferenza*: la attinge al mistero pasquale di Cristo. Chi lo prega percorre con Maria l'intero itinerario della vita e della fede, itinerario di cui è parte



integrante l'umano patire, che in Cristo diventa patire divino-umano, passione salvifica.

Nei misteri dolorosi si contempla Cristo che prende su di sé, per così dire, tutte le «malattie» dell'uomo e del genere umano. Quale Agnello di Dio, si fa carico non solo delle loro conseguenze, ma della loro causa profonda, cioè non solo *dei mali*, ma *del male radicale del peccato*. La sua lotta non è superficiale, bensì radicale; la sua cura non è palliativa, ma risolutiva.

La forza per mezzo della quale Cristo ha vinto il dominio del male e ha guarito l'uomo è l'*abbandono fiducioso* in atteggiamento di filiale sottomissione alla volontà del Padre. Questo stesso atteggiamento opera in noi, grazie allo Spirito Santo, quando, nell'esperienza della malattia, percorriamo con Maria la via dei misteri dolorosi.

4. Carissimi Fratelli e Sorelle! Il cuore della Vergine, trafitto dalla spada, ci insegna a

«imparare Cristo», a conformarci a Lui ed a supplicarlo (cfr. Lett. ap. *Rosarium Virginis Mariae*, 13-16). Ci guida ad annunciare il Suo amore (cfr. *ivi*, 17): chi porta la croce con Gesù offre una testimonianza eloquente, anche per quanti si sentono incapaci di credere e di sperare.

In quest'anno turbato da non poche preoccupazioni per le sorti dell'umanità, ho voluto che la preghiera del Rosario avesse come specifiche intenzioni la causa della *pace* e della *famiglia* (cfr. *ivi*, 6; 40-42). Voi, cari Fratelli e Sorelle malati, siete «in prima linea» a intercedere per queste due grandi finalità.

Possa la vostra vita, segnata dalla prova, infondere a tutti quella speranza e quella serenità che solo si sperimentano nell'incontro con Cristo. Questo auspicio e ogni altra intenzione che portiamo nel cuore affidiamo ora a Maria Immacolata, Salute dei Malati.

Con affetto imparto a voi qui presenti e ai vostri cari la Benedizione Apostolica.

14



Omelia di S.E. Mons. Javier Lozano Barragán

BASILICA DEL SANTUARIO NAZIONALE DELL'IMMACOLATA CONCEZIONE,
WASHINGTON, D.C. 11 FEBBRAIO 2003.

OMELIA TENUTA DURANTE LA SOLENNE CONCELEBRAZIONE A CONCLUSIONE
DELLA XI GIORNATA MONDIALE DEL MALATO (1 GV 4,14-16)

Eminenze, Eccellenze,
cari sacerdoti e religiose,
fratelli e sorelle!

È per me un grande onore rappresentare il Santo Padre Giovanni Paolo II in questa XI Giornata Mondiale del Malato. È il mio dovere portarvi la Sua benedizione ed i Suoi saluti. La Sua testimonianza di sofferenza e gioia riflette il volto sofferente e gioioso di Cristo e ci dà il coraggio per vincere la malattia e perfino la morte attraverso la solida speranza della risurrezione, e per proclamare insieme con Lui il Vangelo della Vita.

Permettetemi di estendere i miei cordiali saluti alla Conferenza Episcopale degli Stati Uniti ed alle altre 23 Conferenze Episcopali d'America, rappresentate qui in questa memorabile celebrazione della XI Giornata Mondiale del Malato. Questa Giornata indubbiamente interessa tutto il mondo, però la scelta di celebrarla in America corrisponde al desiderio del Papa di svolgerla ogni anno in un diverso Continente. Quest'anno è il turno dell'America. È la seconda volta che si celebra in America, giacché sette anni fa la Giornata si è tenuta nel Santuario di Nostra Signora di Guadalupe, in Messico.

D'accordo col Santo Padre abbiamo proposto di celebrare questa Giornata in Argentina o negli Stati Uniti. La Conferenza Episcopale degli Stati Uniti ha accettato con piacere la proposta ed ha curato tutta l'organizzazione per la Celebrazione. In particolare siamo grati a Sua Eccellenza Mons. Fiorenza, già Presidente di questa Conferenza Episcopale ed al Presidente attuale, Sua Eccellenza Mons. Gregory; entrambi hanno lavorato con molto entusiasmo per la realizzazione di questo evento. Il nostro saluto ed uno speciale

ringraziamento lo rivolgo all'Arcidiocesi di Washington ed al suo degno e dinamico Pastore, Sua Eminenza il Cardinale Theodore MacCarrick. Insieme con la sua équipe, sotto la direzione del Rev. Michael Place, Presidente dell'Associazione degli Ospedali cattolici degli Stati Uniti, e della Dr.ssa Jane Golden Beldford, Cancelliere della Curia, hanno intrapreso il grande e faticoso lavoro di fare del progetto dell'XI Giornata mondiale del malato una realtà. Devo rivolgere a Vostra Eminenza ed alla sua équipe la più sincera gratitudine da parte del Santo Padre e del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute.

Desidero anche salutare cordialmente tutti voi, sacerdoti e religiose che lavorano specialmente nella pastorale della salute, tutti gli operatori sanitari, tutti i volontari d'America e tutti voi, fratelli e sorelle qui presenti nel Santuario Nazionale dell'Immacolata Concezione. È un grande onore essere con voi, lavorando insieme per il benessere dei nostri fratelli e sorelle che soffrono ogni sorta di patimenti e per il mondo intero pieno di sofferenze e dolore che ci conducono alla morte. Voi, come parte attiva della Chiesa siete sempre impegnati nel trovare risposte adeguate ai grandi ed importanti problemi dell'umanità, cioè: malattie, dolori, patimenti, il male sotto tutte le sue forme e, alla fine, la morte. Il nostro mondo frequentemente trascura questi problemi e desidera coprirli con una cortina di fumo, o semplicemente nasconderli. Noi ci troviamo qui per affrontarli coraggiosamente e per offrire soluzioni effettive. Questo è il ministero della Chiesa; questo è il significato della redenzione e della salvezza. Il Pontificio Consi-

glio guarda al cuore del problema ed offre la sua collaborazione nello sforzo di trovare soluzioni valide attraverso il suo specifico compito: la pastorale della salute.

Nel Messaggio di quest'anno per la Giornata Mondiale del Malato, il Papa inizia con una citazione della prima Lettera di S. Giovanni, dove l'apostolo ci ricorda che: "Noi abbiamo visto e rendiamo testimonianza che il Padre ha inviato suo Figlio come Salvatore del mondo... **e abbiamo riconosciuto e crediamo nell'amore** che Dio ha per noi".

Così stiamo celebrando la



Giornata Mondiale del Malato sotto il segno dell'amore. Ma questa celebrazione non è soltanto una commemorazione o un'occasione per ricordare che tutti dobbiamo essere compassionevoli verso il mondo sofferente; questo sarebbe buono, però ancora vuoto. Noi abbiamo il potere non soltanto di essere compassionevoli, ma di prendere effettivamente i dolori e le sofferenze di questo mondo e curarli.

Questo è con esattezza il nostro compito nel celebrare liturgicamente la Giornata Mondiale del Malato. Nella Santa

Messa abbiamo l'esperienza della salvezza piena. Secondo la nostra Fede qui, nel Santo Sacrificio offriamo al mondo l'unica vera soluzione ai suoi mali, alle sue sofferenze e dolori, in una parola, la soluzione alla morte. Noi non nascondiamo la morte o la minimizziamo, sappiamo che è il più grande male; però nella realtà della Messa come memoriale della morte e risurrezione del Signore, la morte stessa si converte in fonte di vita e di felicità.

Parliamo oggi spesso della qualità di vita. Nell'Eucaristia la nostra vita riceve la sua vera qualità, qui troviamo l'autentica qualità di vita. La nostra qualità di vita consiste nell'attraversare le frontiere oscure della morte ed acquisire così la vita per sempre. La vera qualità di vita deriva dalla nostra partecipazione al mistero di Cristo che ci dona la potenza d'essere un riflesso del Volto di Cristo, gioioso e sofferente nello stesso tempo. È la vittoria sul paradosso: la vittoria sopra la morte attraverso la stessa morte. Nella Liturgia di Pasqua cantiamo: "Mors et vita duello confixere mirando, et dux vitae mortuus regnat vivus" (*Sequenza della domenica di Pasqua*).

Nel mistero della fede e della carità, Cristo prende le nostre sofferenze e le converte in felicità; ma la condizione è che aderiamo con fermezza alla virtù della speranza. In questa maniera diventiamo membri del Corpo di Cristo e tutta la Chiesa con il suo Capo, Cri-

sto, assume la morte dell'umanità e la converte in risurrezione. Questo costituisce proprio la pastorale della salute. Questo è l'onnipotente Amore di Dio che dal "niente colpevole" dell'umanità nella croce crea un'altra volta la nuova umanità nella pienezza della vita della risurrezione di Cristo.

Se ci domandiamo sull'identità della pastorale cattolica della salute, questo paradosso è il marchio che distingue le Istituzioni e gli operatori sanitari che vogliono essere considerati come cattolici.

Il disturbo più profondo è la morte, che causa angoscia e disarmonia. Se la morte fosse distrutta, avremmo armonia e pace. Distruggendo la morte nutriamo la Salute e la Vita. Avremo la vita perché l'armonia costruisce l'unità e la vita è unità, invece la morte è disintegrazione. Questa è la ragione per la quale la salute è la tensione verso l'armonia. Dunque, la pastorale della salute è il cammino per acquisire armonia, unità, pace, salute e vita.

Il cammino che conduce all'armonia è lungo. Significa seguire le orme di Cristo per costruire la persona umana. Pertanto, la norma della pastorale della salute è la continua costruzione della persona. Sotto questo profilo possiamo enunciare il più importante principio dell'Etica cristiana: quello che costruisce l'uomo è buono, quello che lo distrugge è male. Come dicevo prima, il paradosso è che l'unico cammino mediante il quale la mor-

te può costruire l'uomo è accettare di essere con Cristo sulla croce. Questa è l'unica forma per convertire la morte in fonte di vita e risurrezione.

Pertanto, essendoci riuniti in questo memoriale eucaristico non soltanto per svegliare in noi sentimenti di compassione verso i sofferenti, ci rallegriamo nel celebrare la più profonda guarigione che ci offre il Signore.

Celebriamo questa Giornata nella commemorazione delle apparizioni di Nostra Signora in Lourdes; a Lourdes Ella ci ha detto che era l'Immacolata Concezione e noi ci troviamo proprio nel Santuario dell'Immacolata Concezione, Santuario nazionale dei cattolici degli Stati Uniti.

Infatti, l'Immacolata Concezione significa l'inizio della creazione della donna perfetta, Maria, così come Dio lo ha pensato nel suo Decreto eterno. Lei è il modello dell'armonia umana, unità, vita e salute. Grazie alla sua Immacolata Concezione la sua armonia è dovuta al pieno ricevimento dell'amore del Santo Spirito. Lo Spirito Santo è la forza della risurrezione di Cristo. L'amore dello Spirito Santo ci dona la potenza unica di credere, di vincere il paradosso della morte e comunicarci con Cristo, cioè l'unica via per ottenere la vera salute. Così preghiamo Maria, che per la sua Immacolata Concezione interceda per noi affinché possiamo ricevere lo Spirito Santo. Così potremo dare al mondo una testimonianza credibile di come vincere la morte ed ottenere la vera salute. Con l'amore dello Spirito e l'intercessione della Madonna, capiremo meglio che soltanto con la fede, la carità e la speranza possiamo vincere la morte. In questa maniera possiamo arrivare alla radice di tutta la vita ed avere la salda convinzione che soltanto l'amore è credibile.

S.E. Mons. JAVIER LOZANO
BARRAGÁN
*Presidente del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute
Santa Sede*



***Interventi di
S.E. Mons. Javier
Lozano Barragán***



***XLVI Sessione della
Commissione Droghe e
Narcotici delle Nazioni Unite
Vienna, 16-17 aprile 2003***

***LVI Assemblea Plenaria
dell'Organizzazione
Mondiale della Salute
Ginevra, 20-21 maggio 2003***

L'educazione e l'abuso della droga

INTERVENTO ALLA XLVI SESSIONE DELLA COMMISSIONE DROGHE E NARCOTICI DELLE NAZIONI UNITE. VIENNA, 16-17 APRILE 2003

La finalità che ci riunisce in questo segmento ministeriale della sessione regolare n. 46 della Commissione delle droghe e narcotici, è valutare il progresso e vedere le difficoltà che si sono incontrate per raggiungere le mete e gli obiettivi tracciati nella Dichiarazione politica adottata nell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nella sua XX Sessione.

In quanto al progresso da parte della Santa Sede, noi ci possiamo riferire al lavoro educativo che porta continuamente la Chiesa cattolica in tutto il mondo, per evitare l'abuso degli stupefacenti. In effetti, tra le altre realizzazioni abbiamo pubblicato un manuale intitolato "Chiesa, Droga e Tossicomania", come una guida pratica per educare e rispondere alle domande più comuni che si sogliono fare nel campo della prevenzione e dell'accompagnamento nel fenomeno della droga. Questo manuale edito in sette delle principali lingue moderne, lo mettiamo a disposizione di questa Commissione. Abbiamo diretto e realizzato molti Congressi, Conferenze e sessioni di studio, e sviluppato centri di riabilitazione in vari paesi del mondo, accompagnando e animando le comunità terapeutiche.

Come difficoltà constatiamo l'assenza di una educazione integrale delle nuove generazioni che, centrata specialmente nella dignità ineluttabile della persona umana e nei valori che la costituiscono, sia la maggiore prevenzione che possiamo offrire poiché va alle radici del problema.

Come risposta a questa difficoltà presento la nostra posizione al riguardo suggerendo che si metta in risalto più fortemente il ruolo che sostiene l'educazione globale nella lotta contro l'abuso della droga.

In effetti, il fenomeno della

droga si è esteso a macchia d'olio in tutto il mondo generando il terrorismo e la morte. Nella lotta contro l'abuso della droga si richiede una politica seria dello Stato verso la vita, verso il rispetto della dignità della persona umana, l'impiego dei mezzi di comunicazione e l'uso positivo della libertà. Si devono rendere consapevoli i capi di Governo della necessità di perfezionare le legislazioni pertinenti alla luce delle esperienze avute. L'autorizzazione giuridica che in alcune parti si è accordata alla commercializzazione e al consumo della droga non ha fatto altro che incrementarla. La droga non si vince con la droga. La repressione non è sufficiente, tuttavia si devono combattere assolutamente le organizzazioni delittuose, denunciarle e perseguire i narcotrafficcanti. Coloro che sono implicati nella produzione e nella commercializzazione della droga sono trafficanti di morte, uccidono, distruggono e creano una sottoclasse umana.

Un altro punto molto importante riguarda la coltivazione e la produzione della droga da parte dei paesi poveri. Si esige la sostituzione delle coltivazioni, è vero, tuttavia, essendo realisti, verifichiamo che ci sono paesi che coltivano la droga come unica risorsa per uscire dalla loro povertà. Perché questa lotta sia efficace si dovrà aiutarli a sostituire queste coltivazioni con altre lecite, ma che forniscano loro mezzi adeguati per vivere, con tutti i condizionamenti economici che ne derivano.

Tutto questo è necessario, ma non basta, dobbiamo andare alla radice della piaga della droga che è la perdita dei valori etici e spirituali e la conseguente degenerazione morale: la insoddisfazione prodotta dalle attuali strutture sociali e

da un regnante scetticismo umano e religioso, in una società permissiva e spersonalizzata, causa una carenza di speranza e una noia di vivere. Si tratta di una patologia dello Spirito che uccide la vita che è comunione e donazione. In modo particolare si sono offuscati i valori della vita, dell'amore, della sessualità, della solidarietà, della trascendenza. Per far fronte a questa perdita dei valori l'unica soluzione è educare ad essi basandoci sulla dignità della persona umana e da lì metterli in risalto sottolineando l'esperienza dell'amore di Dio, la coscienza della propria immortalità e l'integrazione familiare.

Come risultato, il drogato riscoprirà la sua dignità, si potrà incontrare con il Vangelo, essere sobrio e casto ed essere certo che può vincere la sua dipendenza. Questa educazione comporta un dinamismo integrale poiché la persona umana è un progetto globale da realizzare che supera ogni limite. È un progetto di crescita fisica, ma nello stesso tempo e simultaneamente, di crescita mentale, sociale, ambientale e spirituale. La persona è una tensione verso l'armonia.

Nella *domanda di droga* il drogato cerca nuove sensazioni che apportino esperienze inedite fisiche e mentali di piacere, ma, nel farlo, infrange totalmente l'armonia umana. Il piacere come ultimo ed esclusivo orizzonte distrugge. Si privilegia solo il benessere fisico o al più, mentale e si distrugge l'insieme della persona, il tessuto sociale e lo stesso ambiente.

Nell'*offerta della droga*, il produttore, il trafficante, cercano il denaro e il potere, cercano come ultimo fine il benessere che pensano di ottenere come frutto di entrambi. Ma è solo un'illusione: il preteso benessere viene turbato poiché han-

* Sul tema dell'abuso di droga, S.E. Mons. Lozano Barragán è intervenuto anche alla Conferenza Ministeriale "Le rotte della Droga dall'Asia Centrale all'Europa", tenutasi a Parigi il 22 maggio 2003.

no distrutto loro stessi, lasciando un vuoto totale: sociale, ambientale e spirituale.

Si dovrà cambiare questa prospettiva parziale in una *visione globale* della persona umana. Questa visione è fisica, psichica, sociale, ambientale e spirituale. In questa lotta contro l'abuso della droga, non possiamo più contentarci di visioni imperfette che si rinchiodano nell'uno o l'altro di questi aspetti, o che escludono qualcuno di essi. O si costruisce l'uomo come un tutto o lo si distrugge. La volontà libera è quella che costruisce, ma deve avere un orientamento fermo sul quale vi sia l'autentico progetto uomo, non contraddetto dall'educazione formale o informale, sistematica o non sistematica che tante volte si impartisce. Si esigono modelli di comportamento, ma è evidente che non si devono accettare proposte di "modelli" distruttivi del progetto uomo come le proposte pansessualiste o economicistiche, o di potere e violenza che presentano oggi la maggioranza dei mezzi di comunicazione. Nessuno ha il diritto di distruggere gli altri o distruggere sé stesso. Vi è una crisi di interiorità nelle generazioni contemporanee che cercano di colmare il loro vuoto con tutta una serie di sensazioni. Il loro slogan potrebbe essere "sento, dunque esisto". Molti programmi di televisione e poi i videogiochi favoriscono

questa crisi presentando un mondo virtuale immaginario di piacere, violenza e potere. La droga si presenta come una chiave a portata di mano per entrare in esso.

Per l'educazione integrale si richiede che si parta da una *etica globale obiettiva* radicata nella costruzione dell'uomo: Il suo principio base è: "*Ciò che costruisce l'uomo è buono, ciò che lo distrugge è male*". È il principio della beneficenza o non beneficenza che tutto il mondo accetta: "Primum non nocere" (primo non nuocere). Da questa obiettività, i principali tratti del modello saranno conformati agli altri due ben noti principi di giustizia e di autonomia.

Indichiamo alcuni passaggi importanti per l'educazione globale fondati in questa etica per la lotta contro l'abuso della droga: apprendere a saper riflettere su sé stessi, a distinguere tra benessere e felicità, a scoprire il valore della vita, ad affrontare la vita e le sue difficoltà. Comprendere l'autentico senso della vita, del piacere, della sessualità. Coltivare atteggiamenti responsabili di fronte alla vita, saper progredire per tappe. Praticare la virtù della temperanza, controllarsi e conoscere i limiti del proprio comportamento, saper scegliere e sapere dire "no" quando è necessario, apprendere a rispettare le leggi. Saper aspettare, esercitare correttamente la

volontà, la ragione, la libertà e la responsabilità, rispettare il proprio diritto di non nuocere a sé stessi. Apprendere a vivere per gli altri.

Suggeriamo agli educatori che accolgano il drogato e lo accompagnino nella lotta contro la sua dipendenza, che lo ascoltino, che scelgano la maniera appropriata per parlare a coloro che si trovano immersi in questo problema, che li aiutino a restituire a sé stessi la loro dignità di fronte alla vita e che appoggino specialmente, in questa difficile rieducazione, le loro famiglie.

Si tratta di uno sforzo educativo complesso che come tale deve risultare da uno sforzo globale. È un compito insostituibile da parte dei genitori ai quali si devono sommare gli altri enti educativi: famiglia, scuola, Chiesa, Stato, comunità internazionale, ambiente sociale sano, mezzi di comunicazione, ecc. Si esigono progetti nazionali di rieducazione in cui tutta la società si senta implicata. In questo sforzo collettivo le comunità terapeutiche sostengono un ruolo molto importante e, senza dubbio, per la loro esperienza e dedizione costituiscono un inestimabile appoggio dal quale non si deve prescindere.

S.E. Mons. JAVIER LOZANO
BARRAGÁN
*Presidente del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute
Santa Sede*

Intervento alla LVI Assemblea Plenaria dell'Organizzazione Mondiale della Salute

GINEVRA, 20-21 MAGGIO 2003

Signor Presidente,
Distinti Ministri,
Onorevoli partecipanti

porgo a tutti voi il mio cordiale saluto e mi congratulo, in particolare, con il Signor Presidente per l'opportuna direzione di questa Assemblea.

Nello scorso decennio, oltre

due milioni sono stati i bambini uccisi in conflitti armati, sei milioni quelli che hanno riportato invalidità, decine di migliaia i bambini che hanno subito mutilazioni a causa delle mine antiuomo; nel 2002, 300 mila bambini sono stati reclutati come soldati; oltre 4 milioni e 300 mila sono morti re-

centemente di AIDS; ogni giorno, 7 mila bambini si ammalano di AIDS e, nella sola Africa, oltre 14 milioni sono rimasti orfani a causa di questa malattia. La povertà rimane la principale causa di infermità dell'infanzia. Un miliardo e duecento milioni di persone vivono con meno di un

dollaro al giorno. Anche nei paesi più ricchi, un bambino su sei vive al di sotto della soglia di povertà. Il divario tra ricchi e poveri va allargandosi sempre di più; il 30% dei bambini con meno di cinque anni soffre la fame o è malnutrito, mentre il 50% di tutta la popolazione africana subsahariana non dispone di acqua potabile.

I minori di 15 anni che lavorano sono 250 milioni e 50-60 milioni di loro lavorano in condizioni di pericolo. Secondo l'Organizzazione Mondiale del Lavoro, 120 milioni di bambini e bambine tra i 5 e i 14 anni lavorano a tempo pieno, la maggior parte per sei giorni alla settimana, mentre il resto per sette giorni senza interruzione, il più delle volte costretti a farlo in locali senza ventilazione e male illuminati, controllati da guardie armate per evitare che fuggano.

Oggi, la maggior parte dei bambini e degli adolescenti sono abbandonati a se stessi e ai propri impulsi. Fanno loro compagnia Internet e la TV. Ovunque sono diffusi i lettori stereo di compact disc, i computer, le "playstations", le telecamere digitali, i cellulari. Non esiste nessun controllo per i programmi televisivi o per Internet, in cui navigano senza alcun tipo di guida morale. Sono aumentati il commercio sessuale, la pedofilia, la violenza nelle scuole, i crimini, le bande, ecc. Secondo i dati dell'ISTAT, durante il periodo scolare un bambino avrà visto 15.000 ore di televisione e avrà "assistito" a 18.000 omicidi in un ambiente pieno di violenza, droga e sesso.

Molte famiglie hanno rinunciato al proprio compito educativo. Il padre e la madre lavorano e non hanno tempo per i figli. Non danno loro amore, cure, comunicazione personale, formazione della coscienza morale, insegnando a distinguere tra il bene e il male. È ancora peggio quando le famiglie sono divise e si "dividono" i figli. Molte volte l'educazione scolastica si riduce a una mera informazione, prevalendo la normativa di "non direttività", rinunciando all'autentica formazione in quanto si ritiene che

questa danneggerebbe il diritto dei bambini all'autodeterminazione.

Di fronte alla preoccupante situazione che attorna il bambino, i sette orientamenti per il futuro che l'OMS propone mi sembrano molto adeguati. Penso, infatti, che sia necessario dare priorità alla salute materno-infantile, prevenire le malattie contagiose dei bambini, evitare gli incidenti, migliorare l'ambiente fisico, in particolare in relazione all'acqua, all'igiene, all'inquinamento ambientale, ai trasmettitori di malattie, ai pericoli offerti dai componenti chimici, agli incidenti, al comportamento dei bambini e degli adolescenti, al loro sviluppo psico-sociale e alla loro attenzione in particolari situazioni di rischio, come nel caso dei "bambini della strada".



Da parte nostra, riconoscendo l'urgenza degli orientamenti presentati, insistiamo su due punti al fine di creare un ambiente adeguato per il bambino. Anzitutto, combattere la povertà con misure adeguate nell'attuale economia globalizzata. Un'economia fine a se stessa non può fare altro che generare ingiustizie su ampia scala. L'economia, globalizzata o no, è per la persona e non viceversa. È tempo di considerare seriamente l'esigenza del bene comune internazionale che ora potremmo definire be-

ne "globale" internazionale. L'ingiustizia esistente tra i paesi industrializzati e quelli in via di sviluppo, non è assolutamente sostenibile.

L'altro punto, non meno importante, menzionato dall'OMS, riguarda la condotta e lo sviluppo psico-sociale del bambino. Questo, in quanto persona umana, è un essere complesso, i cui aspetti fisici, sessuali, psichici, mentali, economici, sociali, politici e spirituali si intrecciano tra loro. Tali aspetti agiscono come vasi comunicanti ed esigono un ambiente olistico e non settorializzato. È la persona completa che si sviluppa e non solo uno dei suoi aspetti. Il comportamento del bambino è l'auto-sviluppo del proprio progetto vitale; per questo motivo egli deve sapere chi è, cosa desidera, cosa lo costruisce e cosa lo distrugge; e in questa complessa situazione ha bisogno di un chiaro e solido orientamento.

Per la propria auto-comprensione servono anzitutto l'affetto e l'amore dei genitori e di tutta la famiglia; quando questi mancano, lo sviluppo degli altri elementi si fa difficile e, a volte, diventa nocivo. L'ambiente da privilegiare è, pertanto, il sano ambiente familiare costituito da una famiglia stabile e ben fondata, in cui trovino equilibrio tutti gli aspetti della crescita della persona umana. All'interno della comunità educativa, una scuola che educi veramente il bambino deve essere il prolungamento e l'ampliamento della famiglia stessa. Occorrono una continuità e una sinergia reciproca tra famiglia e la comunità scolastica a tutti i suoi livelli, che introducano e collochino in modo critico il bambino in un ambiente sociale completo. Concludendo, per migliorare l'ambiente infantile si deve in primo luogo combattere con efficacia la povertà del proprio Paese e quella internazionale, poi rafforzare la famiglia insieme ad una autentica formazione scolare.

S.E. Mons. JAVIER LOZANO
BARRAGÁN
*Presidente del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute
Santa Sede*

Argomenti



*Essere un
professionista sanitario
in un mondo che cambia:
chiavi evangeliche*

*Il Cappellano visto
dagli operatori sanitari*

*Scuola e salute,
una prospettiva pastorale*

*Effetto della lettura
evangelica meditata
sulla area iperalgesica
e sulla percezione del dolore
nella sindrome algica lombare*

*Storia della medicina
monastica nell'occidente
cristiano*

Essere un professionista sanitario in un mondo che cambia: chiavi evangeliche

CONFERENZA TENUTA ALL'EL ESCORIAL (MADRID) IL 29 MARZO 2003
DURANTE L'INCONTRO DEL 10° ANNIVERSARIO DEL PROSAC

*“Vivendo secondo la verità nella carità, cerchiamo di crescere in ogni cosa verso di lui, che è il capo, Cristo”
(Ef 4, 15)*

Introduzione

Divido la mia conferenza in tre parti: nella prima desidero situare il professionista sanitario nel contesto sociale in cui deve lavorare. Credo che sia importante questo quadro, in sintesi, anche se altri conferenzieri lo abbiano sviluppato con maggiore precisione. A me interessa questo riferimento perché si comprenda meglio la seconda e terza parte, cioè: gli aspetti umani ed evangelici. Sottolineerò questi ultimi soprattutto per rafforzare e stimolare nel professionista sanitario cristiano quei valori che devono caratterizzare la sua professione, oltre ad essere un buon tecnico.

I. SECOLARIZZAZIONE DELLA MEDICINA O I VALORI PERDUTI

1. Viviamo in una società in continuo cambiamento¹

La situazione del nostro mondo è esplosiva; viviamo una grande rivoluzione, la sostituzione dell'uomo con il computer, la meccanizzazione del lavoro, la standardizzazione della vita.

Oggi l'uomo domina – o tenta di dominare – la natura; è dinamico, aperto al fare ed è orgoglioso di appartenere a questa epoca tecnica e di grandi progressi: satelliti di comunicazione; autostrade; trapianti di organi; rivoluzione informatica, biogenetica (vincere malattie, alterazioni ereditarie genetiche); rivoluzione quan-

tica (macchine molecolari, civilizzazione planetaria).

È un mondo dove la competenza è tenuta in grande considerazione e il vivere risulta una scommessa.

Principali caratteristiche della nostra società

a) Rapido progresso economico, politico, scientifico e urbano.

b) Mentalità tecnica che induce l'uomo a fare tutto ciò che è possibile, senza domandarsi se ne ha bisogno e ugualmente lo obbliga a rendere e ad essere efficace.

c) La nostra società è in un grande conflitto sociale che si manifesta a livello internazionale, nazionale e locale; questo conflitto mette in crisi le idee, i sistemi, le forme di vita e, come conseguenza, si produce il cambiamento in tutti i campi: politico, economico, religioso.

d) Questi cambiamenti hanno dato origine:

– a un senso transitorio della vita, tradotto nei seguenti slogan: morte alla permanenza, buttare dopo aver usato, l'era di ciò che è inutile;

– a un senso nuovo della vita: siamo in una società nuova, si tratta di una rivoluzione che distrugge istituzioni e relazioni di potere (sequestri, violenze, scioperi);

– questi cambiamenti, in definitiva, hanno dato origine a una grande diversità di vita con molteplici possibilità di scelte: cose, servizi, stili di vita...

e) Si tratta di un cambiamento di cultura nella quale dominano certe caratteristiche e che, allo stesso tempo, vanno creando un nuovo tipo di uomo. È il “tecnico-sapiens” che ha sostituito l’“homo sapiens”. È tutta l'informatica che cambia la vita, la filosofia,

il linguaggio, la mentalità. È l'uomo che si crede capace di cambiare l'uomo; è la rivoluzione digitale.

PC non è la sigla del Partito Comunista ma il “Personal Computer”.

2. Come incidono questi cambiamenti nell'uomo

Disorientamento: Siamo davanti a un fenomeno denominato *accelerazione della storia*, dove i cambiamenti sono più rapidi e profondi in questi ultimi anni che nei secoli precedenti. “E questo arrivo prematuro del futuro si può convertire – dice Tofler – nella malattia più importante del domani”.

Difficoltà di adattamento: per la rapidità e l'instabilità. Non ci si può appoggiare al passato, ma si vive anche il futuro con insicurezza.

Perdita della identità e molteplicità dei ruoli: L'uomo è oggi un estroverso e si può sentire più vuoto e alienato anche disponendo di più cose.

Sentimento di confusione e solitudine: L'uomo si chiede insistentemente: dove vado? Chi sono?

L'uomo resta ugualmente abbandonato quando il mondo non ha bisogno di lui. È qui tutto il problema dell'emarginazione tanto caratteristico della nostra società.

3. Come porre la tecnologia al servizio dell'uomo?²

Abbiamo una grande responsabilità davanti alle future generazioni.

Il potere dell'uomo grazie alla tecnologia può influire sul suo corpo e sul suo spirito (Romano Guardini, “Il potere”). “Ma sembra essere sem-

pre minacciato da quello che produce” (*Redemptor hominis*, 15).

Da qui la necessità di un equilibrio tra lo sviluppo tecnico e i valori etici (*RH*, 15).

È importante cercare la dimensione sapienziale, questo è il senso ultimo e globale della vita (*Fides et ratio*, 81); dimensione sapienziale “nella quale i successi scientifici e tecnologici sono accompagnati dai valori filosofici ed etici...” (*Fides et ratio*, 106).

Dice il Concilio Vaticano II (*GS*, 15): “La nostra epoca ha bisogno della vera sapienza per umanizzare tutte le nuove scoperte dell’umanità. Il destino futuro del mondo è in pericolo se non si formano uomini più istruiti in questa sapienza...”

Si deve conseguire un retto scopo della tecnica e fare che questa sia al servizio dell’uomo.

Non possiamo dimenticare che la signoria sul mondo si fonda sulla *supremazia*:

- dello spirito sulla materia;
 - della persona sulle cose;
 - della morale sulla tecnica
- (Cfr. Giovanni Paolo II, *Redemptor hominis* 16).

4. Abbiamo una medicina più efficace ma è più umana?

Abbiamo lasciato dietro gli schemi magico-sacerdotali della medicina; anche gli schemi dell’ospedale come custodia, focolare, Hôtel-Dieu; ugualmente gli schemi di una assistenza caritativa e benefica. Rimangono indietro i criteri semplici di una medicina restauratrice della salute.

La nostra salute e la nostra medicina sono oggi più complesse; hanno altre caratteristiche:

- esiste una *priorità* della medicina comunitaria su quella ospedaliera; della medicina dell’ambiente su quella personale;
- è prevenzione e promozione prioritariamente prima di essere cura;
- è qualità di vita;
- sono programmi che intendono *arrivare a tutti* (è il tema della OMS);

– è una medicina comprensiva, non solo somatica;

– è una medicina dove la parola “diritti” è all’ordine del giorno, ugualmente alla parola “impresa”, organizzazione, obiettivi, gestione, valutazione;

– mancanza di formazione etica dei professionisti;

– mancanza di uno studio approfondito delle nuove sfide che presenta la medicina sui temi come la genetica, l’eutanasia, la sperimentazione, i trapianti di organi, l’aborto, la



– è una medicina più tecnificata: per i suoi strumenti, installazioni, persone.

Credo che siano molti i progressi che abbiamo fatto e molto di più e più spettacolari quelli che stanno per arrivare: è per questo che dobbiamo essere molto attenti perché siano per il bene dell’uomo.

Attualmente non siamo cresciuti sufficientemente e allo stesso modo della tecnica in altri valori, da qui la sua incidenza negativa: sono i nuovi problemi e le nuove sfide che si presentano, per esempio: nei problemi umani e tecnici:

- disumanizzazione;
- mancanza di preparazione dei professionisti per una assistenza integrale;

pianificazione familiare, la clonazione, L’AIDS e tutte le malattie mentali.

La mancanza di preparazione e dei criteri etici dei professionisti su questi temi sfocia in grandi violazioni e manipolazione della persona umana.

5. Luogo del malato in questo progresso

Bene. Siano ben accolte le tecniche della guarigione. Ma non dimentichiamo che nel centro abbiamo l’uomo e che è malato.

È veramente il malato al centro della medicina? Il malato è al centro delle legislazioni? È il centro di tutti i progetti che facciamo?



– Non lo è quando stimiamo di più l'essere efficienti e il rendere che la relazione con le persone.

– Non lo occupa quando la tecnica crea smisurate aspettative.

– Non lo è quando prevalgono gli interessi professionali (denaro, prestigio, successo) sui bisogni del malato.

– La nostra *infedeltà* al malato è l'ostacolo che comporta la non conoscenza del malato: la sua età, cultura, ruolo, ambiente, biografia. Per questo fuggiamo e ci rifugiamo nella funzione, nel ruolo che svolgiamo. Ma oltre questo ostacolo scopriamo:

a) che il malato è *preoccupato* per la malattia che per lui è un *insulto, una minaccia, un male*, che lo rende insicuro e lo obbliga a chiedere aiuto;

b) oltre l'ostacolo il malato si domanda se i medici saranno capaci di curarlo e di preoccuparsi di lui.

Il luogo della salute, diceva il nostro P. Marchesi non è un bar, un cinema, ma un luogo di cura, dove posso morire³.

II. VERSO UNA CONCEZIONE OLISTICA DELLA SALUTE

1. Attenzione umana e integrale

Il personale sanitario – medici, infermieri – devono essere capaci, con la loro professione di offrire all'uomo malato non solo alcuni mezzi tecnici, ma sono chiamati a salvaguardare tutto ciò di cui

il malato ha bisogno per la sua guarigione. Da qui la maggiore risposta che possiamo offrire al malato è un'attenzione integrale. Tutto questo suppone una conoscenza delle sue necessità reali. Esige pertanto che conosciamo la sua biografia, le sue reazioni – poiché ognuno soffre la sua malattia –, diamo un grande rispetto alla sua persona e individualizziamo l'assistenza.

Se agiamo in questo modo, dovremo riconoscere che esercitiamo veramente una assistenza integrale e che il nostro ambiente sanitario è umano.

In particolare, riferendosi all'ospedale, il P. Marchesi diceva:

“L'ospedale umano è aperto, ha una mappa di potere ben preciso e trasparente, crede nel lavoro di équipe, impartisce una formazione permanente ed è una casa famiglia”⁴.

Tutto questo è – o deve essere così – perché siamo con delle persone e non con delle cose, e perché la guarigione di queste persone malate richiede degli incontri intensi e dialoghi ripetuti; non si ha la guarigione solo con la somministrazione dei medicinali, neppure attraverso degli incontri superficiali. Da qui che i nostri malati ci chiedono una assistenza ogni volta più umana e personale, comprensiva, vicina; non trattiamo malattie, ma uomini infermi. Ciò che distingue la professione del personale sanitario da quella della maggioranza delle altre professioni è che si esercita con esseri vivi, che oltre ad avere diritti, soffrono. E ciò che importa non è tanto ciò che facciamo loro ma come lo facciamo.

Non si tratta poi di una semplice azione professionale, di una occupazione, ma deve andare oltre: il nostro servizio all'uomo che soffre esige una vocazione che è uguale a una dedizione, devozione, armonia, collaborazione, rispetto e amore.

“Il fondamento più importante della medicina – scriveva il medico Paracelso nel secolo XVI – è l'amore. Se il nostro amore è grande, sarà grande il frutto che la medicina ottiene da lui; e se è piccolo anche i nostri frutti saranno piccoli”.

Bisogna amare molto i malati per essere capaci di servirli e di servirli in modo umano e integrale.⁵

2. Assistenza integrale: una urgenza collettiva

L'assistenza ai malati si fa sempre più complessa; andiamo verso una medicina di équipe, dove ci sono nuovi professionisti: medici, psicologi, assistenti sociali, sacerdoti per captare le quattro dimensioni dell'uomo: quella somatica, psicologica, sociale e religiosa. Se non recuperiamo nel malato queste quattro dimensioni non guariremo l'uomo.

In una intervista, il P. Pierluigi Marchesi rispondeva così:

“La medicina si trova in un dilemma critico sotto la pressione della tecnologia e anche della socializzazione e si dibatte tra i due estremi: essere una medicina sempre più “scientifica” o una medicina sempre più umana.

Potremo contentarci se la medicina fosse sempre più medicina. Intendo per medicina quella che è sempre oltre l'attuale tecnificazione della scienza e dell'assistenza massiva e statalizzata: la medicina che attraverso i tempi si è appoggiata al sostegno affettivo, cordiale e umano; la medicina la cui origine è stato il concetto ellenico di ‘filantropia’ e quello cristiano della ‘carità’, cioè, dell'amore all'uomo.

Come posso rendere autentico il mio modo di vivere il mio servizio se prima non ho misurato su me stesso le ne-

cessità le speranze e il servizio stesso? Trasmetterebbe qualcosa come una moneta falsa, un gesto che mi è imposto dal lavoro, da un contratto, da una legge che me lo prescrive.

Metterebbe le mie mani sul malato come se questo fosse una carta assorbente bagnata e finirebbe per distruggerlo, perché cercherei qualcosa al di là di esso: la busta della paga, il premio, una piccola felicità. E in cambio dovrei impregnarmi di questa carta assorbente bagnata, essere trasformato in una sola cosa ma rimanendo misteriosamente io stesso e lui, continuare ad essere lui”.

3. Professionisti sanitari: amate la vostra professione, siate ministri della vita

Avete davanti un grande compito: tecnico, è vero; ma la vostra professione al servizio dell'uomo vi presenta una sfida: siete capaci di assisterlo con umanità e integralmente?

Con la vostra accoglienza costruirete per il malato la “nuova casa” di cui ha bisogno; costruirete un luogo adeguato, orientato al malato; egli è, deve essere, il centro. Penetrate in profondità, cercate il bene del malato e vedrete come cambiano le relazioni, le comunicazioni, il potere.

Cercate il bene del malato e vedrete come mettere nella vostra professione più scienza, più disponibilità, più dialogo, meno discriminazione e maggiore presenza.

Diceva il Cardinale Tarancón, parlando della professione sanitaria che “la medicina, l'educazione, il sacerdozio esigono qualcosa di più di un aiuto tecnico, benché questo sia necessario. Necessitano di calore umano di coloro che li assistono. Per questo hanno una peculiare grandezza e una pienezza umana”⁷⁶.

Grandezza questa dei professionisti sanitari che il nostro Pontificio Consiglio non ha esitato a chiamarli “Ministri della Vita”⁷⁷.

L'episcopato spagnolo, in uno dei suoi documenti, sulla seguente riflessione sui “Cattolici e la professione”⁷⁸:

“La Professione acquista (...) una dimensione veramente vocazionale e perfino spirituale.

Ma questo sarà vero solo se l'esercizio della professione sia interiormente animato dallo spirito e retto nel suo sviluppo dai criteri morali del Vangelo e dell'imitazione di Gesù Cristo. Queste esigenze non devono limitarsi unicamente all'ordine economico, come è per esempio la giustizia degli stipendi e degli onorari. La vita e la morale cristiane, hanno esigenze più ampie. Il rispetto della vita, la fedeltà alla verità, la responsabilità e la buona preparazione, la laboriosità e l'onestà, il rifiuto di ogni frode, il senso sociale e perfino la generosità devono ispirare sempre il cristiano nell'esercizio delle sue attività lavorative e professionali”.

III. CHIAVI EVANGELICHE PER VIVERE COME UN PROFESSIONISTA SANITARIO CRISTIANO

Questa terza parte riguarda specificamente la finalità della mia conferenza: sottolineare quei valori che sono determinanti per tutti i professionisti sanitari, ma che devono ispirare particolarmente il professionista sanitario cristiano per il fatto di trattare con persone umane in situazioni difficili come la debolezza, la malattia, la morte.

È qui che il Vangelo si fa vita: nell'esperienza di ciascun giorno e nel contatto con l'uomo che soffre.

Segnerò alcune chiavi, cosciente che ne lascio altre: esperienza di essere amati, scelti per essere testimoni della compassione, della misericordia e della tenerezza di Dio che perdona, ama e invita a fare lo stesso; cioè chiamati a raccontare la parabola del Buon samaritano: Va', fa' tu lo stesso. Sì, tu fa' lo stesso in mezzo alla massa, in un mondo aggressivo e ostile, ma sapendo che la forza ci viene dall'alto, da qui l'esigenza di essere uniti come i tralci alla

vite, per crescere uniti ed essere testimoni della luce, della gioia e della speranza.

1. Esperienza di essere amati, chiamati e inviati

Il piano divino della salvezza

“Benedetto sia Dio, Padre del Signore nostro Gesù Cristo, che ci ha benedetti con ogni benedizione spirituale nei cieli, in Cristo. In lui ci ha scelti prima della creazione del mondo, per essere santi e immacolati al suo cospetto nella carità, predestinandoci ad 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; nel quale abbiamo la redenzione mediante il suo sangue, la remissione dei peccati secondo la ricchezza della sua grazia. Egli l'ha abbondantemente ri-



versata su di noi con ogni sapienza e intelligenza, poiché egli ci ha fatto conoscere il mistero della sua volontà, secondo quanto, nella sua benevolenza, aveva in lui prestabilito per realizzarlo nella pienezza dei tempi: il disegno cioè di ricapitolare in Cristo tutte le cose, quelle del Cielo come quelle della terra.

In lui siamo stati fatti anche eredi, essendo stati predestinati secondo il piano di colui che tutto opera efficacemente, conforme alla sua volontà, perché noi fossimo a lode della sua gloria, noi, che per primi abbiamo sperato in Cristo: in lui anche voi, dopo aver ascoltato la parola della verità,

il vangelo della vostra salvezza e avere in esso creduto, avete ricevuto il suggello dello Spirito Santo che era stato promesso, il quale è caparra della nostra eredità, in attesa della completa redenzione di coloro che Dio si è acquistato, a lode della sua gloria” (Ef 1, 3-14).

Un testo meraviglioso di Paolo agli Efesini, un popolo commerciante. Efeso, una grande città, capitale della provincia romana dell'Asia. Paolo svolge qui una grande missione con molto successo. Parte con una benedizione di Dio Padre per tracciare il piano di redenzione in Gesù Cristo. Amati “scelti prima della creazione del mondo”, predestinati, segnati gratuitamente dall'amore. Sì, dall'amore,



perché “Dio è amore”, dice S. Giovanni (1Gv 4, 8). “Dio solo può amare”, dice San Isacco di Ninive, pensatore cristiano del secolo VII. “In questo si è manifestato l'amore di Dio per noi: Dio ha mandato il suo figlio unigenito nel mondo, perché noi avessimo la vita per lui”. (1Gv 4, 8). Amò i peccatori, ma tolse il peccato da loro, amò i malati, per questo li visitò per curarli (S. Agostino, Trattato sulla Prima Lettera di S. Giovanni, VII 1.7.9).

Il mio essere, la mia vita dipende da questo amore; io sono il frutto di un amore infinito, superiore a quello dei miei genitori e fratelli, è l'amore di Dio in me. Dio mi ama. Solo l'esperienza di essere amato, sentire che qualcuno – Dio – mi ama, saperlo e sperimentarlo, attuarlo nella vita, solo questa esperienza può convertire le nostre vite.

“È l'amore di Dio infuso nei nostri cuori che deve ispirare e trasformare il nostro essere e il nostro operare. Il cristiano non deve farsi l'illusione di cercare il vero bene dei fratelli, se non vive la carità di Cristo. Benché cerchi di migliorare i fattori sociali o politici importanti, qualsiasi risultato sarebbe effimero senza la carità. La stessa possibilità di darsi agli altri è un dono e procede dalla grazia di Dio.

Come S. Paolo insegna, «È Dio infatti che suscita in voi il volere e l'operare secondo i suoi benevoli disegni» (Fil 2, 13)” (Giovanni Paolo II, *Messaggio per la quaresima 2003*, n. 4).

L'esperienza dell'amore umano, per esempio nella coppia, è una forza creatrice, è

passione, è tenerezza, è dono, è fonte di vita, fedeltà, accoglienza, felicità. Nell'amore umano autentico si sperimenta tutto questo, perché uno ama e si sente amato; l'amore muove, realizza tutto questo, è un motore garante di una vita nuova, piena. “L'amore muove il sole e le altre stelle” (Dante Alighieri, *Divina Commedia*). “Ama e fa' ciò che vuoi”, dice S. Agostino. Fa' ciò che vuoi, perché sempre il motore sarà l'amore. Se tace, se grida, se corregge, se perdona, se soccorre il bisognoso, sarà per amore. “Ama e fa' ciò che vuoi”. Amare. Non si può vivere senza amare e sentirsi amato. Amare, sentire come batte il cuore, oltre ciò che è fisiologico, oltre ciò che è istintivo. Amare e lasciarsi amare. Amare è lasciare posto all'altro, è infrangere le barriere, è sentire come cresce il cuore,

come cresce la vita, è moltiplicare la voglia di vivere. Amare è nascere a vita nuova.

Tutto questo fa Dio in noi, perché Dio è amore e ci fa sperimentare in noi questi sentimenti. Dio è amore. Per questo ci ama prima che noi amiamo Lui; ci ama uno ad uno: mi ama, ti ama, ci ama. “Ti ho amato di amore eterno” (Ger 31, 3). Amati da sempre, dal seno materno, il Signore mi amò, mi scelse, e mi inviò.

“Prima di formarti nel grembo materno, ti conoscevo, prima che tu uscissi alla luce, ti avevo consacrato; ti ho stabilito profeta delle nazioni” (Ger 1, 5).

È un amore dinamico, reso vitale; un amore per amare, un amore inviato ad amare.

“Come il Padre ha amato me, così anch'io ho amato voi. Rimanete nel mio amore, ... Questo è il mio comandamento che vi amiate gli uni gli altri, come io vi ho amati... Non voi avete scelto me, ma io ho scelto voi e vi ho costituiti perché andiate e portiate frutto e il vostro frutto rimanga; ... Questo vi comando: amatevi gli uni gli altri”. (Gv 15, 9-17).

La testimonianza della nostra fede è l'amore. Solo chi ama conosce Dio e chi segue Gesù, modello di amore, porta molto frutto.

Da questa esperienza di amore – il Padre ci ama, noi rispondiamo con amore – nasce anche la risposta di un amore reciproco: amatevi gli uni gli altri. Un amore tradotto in opere: accoglienza, servizio, gioia, pace. Un amore tradotto in entusiasmo, gratuità; un amore che cresce impegnandosi, che si rafforza nelle prove e che matura nei contrasti della vita.

2. Essere testimoni della compassione, della misericordia e della tenerezza di Dio

È la seconda chiave che ci proponiamo di sviluppare. Va unita alla precedente. Chi si sente amato deve rispondere amando; questo amore si fa vita, si traduce nell'essere esempio, modello, testimone di un altro amore, quello di

Dio, che è compassione, misericordia, perdono, tenerezza. Dio è tutto questo e il professionista sanitario è chiamato a viverlo e ad esprimerlo, chiamato ad essere un testimone. “Siate misericordiosi, come è misericordioso il Padre vostro (Lc 6, 36).

Dio è compassione, misericordia, perdono

Gesù ricco di misericordia, la insegnò agli uomini, ma soprattutto la praticò intensamente con coloro che avevano bisogno della sua accoglienza e del suo perdono (Lc 15, 3-32; 19, 1-10; 7, 36-50; Gv 8, 1-11).

La compassione, la misericordia e il perdono sono in Gesù sorprendenti: “Consacrato con l’unzione e... mandato per annunciare ai poveri un lieto messaggio” (Lc 4,18), i ciechi riacquistano la vista, gli zoppi camminano, i lebbrosi vengono sanati, i morti risuscitano... (Lc 7, 22).

“Gesù *guarisce*, ma nel farlo, *condivide, reintegra* il malato, gli fa trovare nuovamente il suo luogo (Mc 1, 40-45) Tutta la guarigione *impegna* Gesù perché sono la manifestazione del suo amore e della sua misericordia (Mt 11, 28; Gv 5, 5-9). Sono il *segno della venuta del Regno*, esplicitano il messaggio; sono in definitiva, un anticipo della liberazione totale, dell’era senza malattie (Apocalisse 21, 3-41).

Gesù non solo assiste il malato, ma anche la *sua famiglia*: ‘Non piangere’, dice alla madre del giovane morto (Lc 7, 13). E a Giairo davanti alla malattia di sua figlia: ‘Non temere, soltanto abbi fede e sarà salvata’ (Lc 8, 50). ‘Per questa tua parola, va, il demonio è uscito da tua figlia’ alla Cananea (Mc 7, 29). E alla domanda di Marta e Maria, in occasione della morte del loro fratello: ‘Dove lo avete posto?’ (Gv 11, 34)°.

Sono molte le parole e i gesti di Gesù che fanno fede a questo amore misericordioso; il Vangelo è pieno di questi fatti. Sarebbero interminabili se volessimo narrarli tutti. Con riferimento all’enunciato che stiamo svolgendo desidero fo-

calizzarmi su tre icone: la guarigione del paralitico, il figliol prodigo e il buon samaritano. Credo che i tre, ognuno con la loro peculiarità, rappresentano, ritraggono abbondantemente questo amore di Dio, questo perdono e questa misericordia infinita.

La guarigione del paralitico (Mc 2, 2-12)

La scena è questa: Gesù a Cafarnaò, circondato da molta gente. Un paralitico portato da quattro volontari che non possono entrare a causa della gente, ma si ingegnano e aprono un passaggio nel tetto e si presentano davanti a Gesù. Vista la loro fede dice al paralitico: “Figliolo ti sono rimessi i tuoi peccati”...e poi: “Alzati e cammina”. Gesù sorprende e scandalizza perché prima perdona i peccati e poi guarisce il corpo; prima assolve e poi guarisce.

Gesù libera dal male fisico, guarisce, segno di una liberazione più ricca: ti sono rimessi i tuoi peccati (Mc 2, 5); Io, io cancello i tuoi misfatti, per riguardo a me non ricordo più i tuoi peccati (Is 43, 25).

È il perdono di Dio che passa attraverso la carità; il paralitico è aiutato da quattro uomini, quattro volontari (Mc 2, 3). È il perdono di Dio che la Chiesa pratica nel sacramento della riconciliazione; è il perdono di Dio che tutti i giorni chiediamo nel Padre Nostro. Perdonaci o Padre, come noi perdoniamo.

Dio ci perdona. Vi sono delle altre esperienze: essere accolti, perdonati, liberati. Chi non passa per questa esperienza gli sarà difficile perdonare giacché il nostro cuore è piccolo, stretto, limitato. Per saper perdonare è necessario riconoscersi peccatore, chi si riconosce colpevole, peccatore, è nella disposizione di perdonare.

Perdonati, riconciliati, potremo essere strumenti di misericordia e di perdono.

Il figliol prodigo (Lc 15, 1-32)

La scena è conosciutissima: un figlio che si allontana dalla

casa paterna, che non vuole sapere niente della famiglia... E un padre che spera, che non si stanca di sperare di recuperare il figlio. Alla fine l’abbraccio e la festa.

La parabola del figliol prodigo è piuttosto la parabola del padre misericordioso, del pa-



dre che esce fuori di casa che guarda da lontano, che ascolta, aspetta senza stancarsi il ritorno del figlio. È il padre che lo riconosce, da lontano, che gli va incontro, che lo abbraccia, che gli mette l’anello, che lo invita a fare festa, inserito completamente nella sua casa; non da servo; da figlio, abbracciato, baciato, perdonato, festeggiato, rallegrato, perché si era perduto ed è stato ritrovato; perdonato e si deve fare festa.

La parabola della misericordia ci presenta un padre grande, misericordioso, che perdona gratuitamente, che si rallegra del ritorno del figlio, e ci invita a questo: a un amore grande e misericordioso, lento all’ira e ricco nel perdono, perdono che viene celebrato con gioia, con un banchetto di festa; ricordiamo anche il caso di Matteo (9, 9-17) e quello di Zaccheo (Lc 19, 1-10). È la grandezza di un Padre che apre le sue braccia, sempre, totalmente perché ha viscere di misericordia.

“Va’ e anche tu fa’ lo stesso” (Lc 10,37)

E il finale della parabola del Buon samaritano, con la quale

Gesù ha voluto insegnarci come deve essere il nostro amore al prossimo: un amore misericordioso, di accoglienza, un amore efficace. Il samaritano, vedendo l'uomo buttato sulla strada mezzo morto, arrivò dove era l'uomo, lo vide, gli fece pena, gli si avvicinò, gli curò le ferite, lo portò a una locanda e pagò per lui.



Realizzò un'opera buona di misericordia, di amore. Per questo Gesù domandò: "Chi di questi tre – sacerdote, levita, samaritano – ti sembra sia stato il prossimo di colui che è incappato nei briganti?". La risposta è evidente: chi ha avuto compassione di lui. Per questo Gesù disse al dottore della legge: "Va e anche tu fa' lo stesso".

Va' e anche tu fa' lo stesso, ci ripete il Signore a ciascuno di noi, professionisti sanitari cristiani. Fa lo stesso del samaritano: avvicinati, abbi compassione, cura, spendi la tua vita, condividi i tuoi beni la tua scienza, il tuo denaro...; fa' ciò che fece il Buon Samaritano. Fa' tu lo stesso: ama Dio e il prossimo: Dio con tutto il cuore, con tutta la tua anima, con tutta la tua mente; e il prossimo come te stesso (*Mt 22, 37*). Facendo ciò che fece il Samaritano, il professionista sanitario cristiano sarà testimone di questo amore di Dio, di questa misericordia e di questo perdono e riconciliazione.

Sta a noi passare oltre come fece il sacerdote e il levita, o avvicinarsi come fece il samaritano. Avvicinarsi a chi è nella necessità e farlo con destrezza, con competenza, con tecnica, con efficienza, ma soprattutto avvicinarsi con amore.

Testimoni dell'amore misericordioso, riflesso di un amo-

re più grande, quello di Cristo, che passò facendo del bene. Sono testimoni di questo i santi della carità, specialmente Giovanni di Dio, Camillo de Lellis, Vincenzo de' Paoli e un immenso esercito di donne misericordiose. Il loro esempio ci spinge oggi a fare lo stesso: ad avere carità e a gareggiare nella carità; è il grido del Papa Giovanni Paolo II nel documento finale dell'Anno Santo – *Novo millennio ineunte*: contemplare nella croce il grido di amore, un volto di resurrezione, un volto di vita con un invito a manifestarla nella vita quotidiana, sia nella famiglia che nella professione.

Gareggiare nella carità (n. 49-50) perché il nostro amore sia fruttifero; è l'ora della fantasia della carità, dirà anche il Papa; "la carità è il cuore della Chiesa", diceva Santa Teresa del Bambino Gesù.

Mediante l'unzione della carità siamo segni di concordia e di pace, cosa gradevole a Dio, come afferma S. Paolo: "Noi siamo il profumo di Cristo" (*IICor 2, 15*). Di questo profumo di Cristo ha bisogno la Chiesa, la società e i centri sanitari. Il professionista sanitario è chiamato a questo, ad essere testimone di questi valori.

3. Uniti alla vite

a. Tutte le membra del corpo sono attive¹⁰

La vocazione cristiana, per sua stessa natura, è vocazione all'apostolato. In un corpo tutte le membra si comportano in modo attivo: anche il Corpo Mistico.

Il secolare vive in mezzo al mondo ed esercita il suo apostolato in esso a modo di fermento (AA, 2).

I cristiani hanno il loro diritto all'apostolato con l'unione a Cristo Capo; inseriti nel battesimo e rinvigoriti dalla cresima (AA, 3)

A tutti si impone di dover lavorare perché il messaggio di salvezza arrivi a tutti. Per praticare questo apostolato lo Spirito Santo concede anche doni peculiari come desidera (*ICor 12, 11*).

La vita apostolica del secolare esige un esercizio continuo della fede (meditazione della Parola di Dio); di speranza (ricordandosi della morte e della risurrezione di Cristo); e di carità (facendo del bene a tutti).

Non si tratta solo di annunciare il messaggio di Cristo, ma di impregnare e perfezionare tutto l'ordine temporale con lo spirito evangelico. Questo annuncio si deve rivelarlo con le parole e con le opere (AA, 4 e 5).

b. Innestati in Cristo per dar frutti

Cristo è la vite dalle solide radici, noi i tralci di questa vite. "Io sono la vera vite e il Padre mio è il vignaiolo. Come il tralcio non può far frutto da se stesso se non rimane nella vite, così anche voi se non rimanete in me... perché senza di me non potete far nulla (*Gv 15, 5*), dice il Signore. Mediante la fede e i sacramenti ci uniamo a Cristo e ci comunica la vita divina, allo stesso modo in cui la vite e i tralci formano una sola pianta. Per questo non si può aver frutto dall'apostolato senza questa unione. Per dare frutto dobbiamo contare sullo Spirito Santo, luce, forza, leader dell'evangelizzazione. Egli è il protagonista della missione della Chiesa.

Dice Paolo VI nella *Evangelii nuntiandi*: "L'evangelizzazione non sarà possibile senza l'azione dello Spirito Santo" (n. 75).

Queste sono anche le espressioni di Ignazio IV Hazim, Patriarca della Chiesa greco-ortodossa di Antiochia: "Senza lo Spirito Santo Dio è lontano, Cristo rimane nel passato, il Vangelo è lettera morta, la Chiesa è una semplice organizzazione, l'autorità è dominio, la missione è propaganda... Ma nello Spirito il cosmo si eleva e geme nei dolori del Regno. Cristo risuscitato è presente, il Vangelo è la forza della vita, la Chiesa è comunione trinitaria, l'autorità servizio liberatore, la missione è Pentecoste".

Credo che queste espressioni siano una vera traduzione

pratica della citazione evangelica: “Senza di me non potete far nulla” (Gv 15, 5).

Battezzati, confermati e inviati ad evangelizzare, a dare frutti dello spirito che Paolo segnala ai Galati: “Amore, gioia, pace, pazienza, benevolenza, bontà, fedeltà mitezza, dominio di sé” (Gal 5, 22-23).

Se vogliamo dar frutti nella Chiesa, nella nostra pastorale, nella nostra professione, nella nostra vita di laici impegnati, dobbiamo dare spazio, ripeto, allo Spirito. Con la sua forza e il suo profumo sicuramente saremo più disponibili, più aperti alle necessità della Chiesa, della nostra società, più entusiasti nell’apostolato con i malati.

Abbiamo ricevuto lo Spirito Santo per dar frutto ed essere testimoni della misericordia, dell’accoglienza, della guarigione.



Se in noi vi è lo Spirito, sicuramente accende in noi il fuoco, la vivacità e l’accoglienza apostolica.

Gesù ci ricorda che l’albero, per sua natura, è fatto per dare frutti: lo stesso il cristiano, innestato con il battesimo alla vera vite che è Cristo, è chiamato a dare frutto, non da sé stesso, ma unito alla vite; per questo Gesù aggiunge: “Ogni tralcio che in me non porta frutto, lo toglie e ogni tralcio che porta frutto lo pota perché porti più frutto.” (Gv 15, 2).

Nell’azione di potare interviene il Padre nella vita personale, della comunità e della

stessa Chiesa. Interventi, potature, che a volte ci fanno soffrire, ma che sono guidati da un grande amore, perché diamo più frutto per crescere.

A proposito della vita e dei tralci, la Chiesa ci stimola frequentemente a questa unione; ce lo ricorda particolarmente in vari numeri del Catechismo della Chiesa Cattolica (nn. 308, 755, 787, 1108, 2074).

E il Papa Giovanni Paolo II segnala che dopotutto, resta il primato della grazia e della santità. Ecco le sue parole: “Vi è una tentazione che insidia sempre tutto il cammino spirituale e l’azione pastorale stessa: pensare che i risultati dipendono dalla nostra capacità di fare e programmare. Certamente, Dio ci chiede una collaborazione reale alla sua grazia e, pertanto, ci invita a utilizzare tutti i mezzi della nostra intelligenza e capacità

lico della pesca miracolosa: “Maestro, abbiamo faticato tutta la notte e non abbiamo preso nulla” (Lc 5, 5): questo è il momento della fede, della preghiera, del dialogo con Dio, per aprire il cuore all’azione della grazia e permettere alla parola di Cristo di penetrare in noi con tutta la sua forza: *Duc in altum!*” (Novo millennio ineunte n. 38).

4. Uniti per crescere, ed essere sale della terra e luce del mondo. Chiamati ad essere testimoni della gioia e della speranza

“Cerchiamo di crescere in ogni cosa verso di lui, che è il capo, Cristo” (Ef 4, 15). “Siate lieti nella speranza” (Rm 12, 12).

L’associazione dei Professionisti sanitari Cristiani venne creata con la finalità di crescere uniti, come si legge nel preambolo degli Statuti approvati dieci anni fa. Questo stesso spirito di unione e di comunione viene ripreso nell’articolo 4 degli Statuti, così come le altre dimensioni cristiane – la fede, la speranza, l’amore, il servizio alla vita, la formazione, i sacramenti... – tutto quello che il professionista sanitario è chiamato a vivere per essere un testimone.

Chiamati ad essere sale della terra e luce del mondo (Mt 5, 13-16)

Ciò che è caratteristico del sale è dar sapore, preservare, rendere gradevole il cibo. Ciò che è proprio e caratteristico della luce è illuminare; la luce è fatta per vedere, per questo si mette in alto. Il sale e la luce ci ricordano l’obbligo di essere testimoni. Come? Con il nostro stile di vita semplice, luminoso, gradevole, salutare: testimoni nella nostra professionalità, nelle nostre buone opere, esse devono essere il profumo di Cristo, cioè, la santità.

“Così risplenda la vostra luce davanti agli uomini, perché vedano le vostre opere buone e rendano gloria al vostro Padre che è nei cieli” (Mt 5, 16).

Chiamati ad essere testimoni della gioia e della speranza.

In un mondo di tensioni, di depressione, in un mondo dove molta gente si è stancata di lottare – perché non merita la pena, si dice – in un mondo sanitario in cui si è vero abbiamo fatto tanti progressi, ma le malattie e la morte sono ancora un enigma, in un mondo di tante speranze perdute, il professionista sanitario, deve essere un segno, testimone di una lotta ricca nella speranza, profeta e testimone che dica con la vita, con la sua coerenza, con la sua gioia e semplicità, con il suo entusiasmo che la vita ha un senso, che è necessario lottare, generare vita, mettersi nella strada della speranza.



La speranza è un'altra delle grandi dimensioni positive della vita. Sperare è vivere con una finestra aperta dove entra un raggio di luce, di entusiasmo, di voglia di lottare; sperare è un esercizio faticoso, è credere in un domani, è sforzarsi oggi, è non cancellare i nostri giusti e bei desideri.

La speranza è come il sangue: non si vede, ma deve esserci. Il sangue è la vita; così è la speranza: qualcosa che circola dentro; se non ce l'hai sei morto.

La Lettera di Taizé del 2003 ha come titolo "Dio solo può amare". In relazione alla speranza dice: "Sono molti coloro che aspirano a vivere un tempo di fiducia e di speranza. Nella Bibbia la speranza non è una creazione dell'immaginazione, è radicata nella presen-

za di Dio che non è mai assente. 'Io infatti, conosco i progetti che ho fatto a vostro riguardo – dice il Signore – progetti di pace e non di sventura, per concedervi un futuro pieno di speranza' (Ger 29, 11). Questa speranza è una certezza: '...perché così avrai un avvenire e la tua speranza non sarà delusa' (Prv 23). Il Nuovo Testamento va più lontano nel comprendere la speranza come una realtà già in movimento: 'La speranza poi non delude, perché l'amore di Dio è stato riversato nei nostri cuori per mezzo dello Spirito Santo che ci è stato dato' (Rm 5, 5)"¹¹.

La vita dell'uomo è la speranza. Duemila anni di speranza e il coraggio di continuare a infonderla nel mondo. Accendiamo le nostre lampade di speranza e sarà possibile ciò che crediamo impossibile.

Duc in altum! Coraggio, sono io, non temete! Sono io, il risuscitato. Sono io, non sono un fantasma. Quante volte, perduta la speranza, ci succede ciò che accade agli apostoli quando vedono Gesù camminare sul mare, credono che sia un fantasma (Mc 6, 45-52). Succede a noi la stessa cosa quando siamo soli, con tante difficoltà e tanto vento contrario, non vediamo bene, tutto è buio, si perde la voglia di lottare. E così tutto quello che ho nelle mani è un fantasma? La famiglia, la mia vita professionale, la Chiesa, lo stesso Gesù, un fantasma? Ora urge attivare la speranza, imbarcarsi, anche se vacilliamo, anche se vediamo che la luce è lontana. Accadrà che troveremo una porta aperta, la porta della speranza, accadrà che troveremo Gesù quando meno lo speriamo, forse quando lo sentiamo lontano – ma è Lui non un fantasma, Lui ci accompagna, e il vento contrario cessa di soffiare. È nata la speranza.

Il professionista sanitario è chiamato ad essere testimone della speranza che non delude, testimone e portatore di un annuncio gioioso. Gioia, allegria, pasqua; una gioia che infonde felicità, una gioia che dura, una gioia, frutto del risuscitato, in contrapposizione alla gioia, frutto del rumore e

dell'industria. La gioia cristiana nasce dalla morte e dalla risurrezione di Gesù. Professionisti sanitari, ascoltate il canto della gioia, il Vangelo della gioia: Gloria a te Cristo, che hai illuminato il giorno di questo nuovo millennio; gloria a te, Cristo, che hai riempito di gioia e di festa il nostro giovane millennio. Tu sei la nostra speranza, tu sei la nostra gioia, tu sei la nostra festa. Il cristiano nasce dalla pasqua della festa, dalla vittoria di Cristo ed è chiamato a celebrarla a farne esperienza e a comunicarla, ad esserne testimone.

Cristo è risuscitato, è il canto pasquale che annuncia la Chiesa tutti gli anni. E tutti in coro rispondiamo: noi siamo testimoni di questa risurrezione. Veramente Cristo è risuscitato; proclamiamolo con la nostra parola e con la nostra vita.

Termino la mia conferenza con una pagina intitolata "Testimonianza" che ho trovato rileggendo un libro di José M. Alimbau: "Parole per momenti difficili"¹². Credo che sintetizza molto bene le chiavi evangeliche che ho tentato di descrivere nella mia relazione: questa identificazione del professionista sanitario con Cristo, che da frutto e lo manifesta nella vita, come testimone:

"La Tua vita, l'unico Vangelo che leggeranno"

Il poeta barcellonese J.V. Foix ha scritto un poema intitolato: *Nuove prove della identità di Gesù*.

"Gesù non parla: dice;
non scrive: fa;
non ragiona: provoca;
non schiavizza: emancipa;
non ferisce: guarisce;
non offre: dà;
non si innamora: ama."

Il cristiano, nel suo ideale di imitazione di Gesù Cristo:
non pregiudica: benefica;
non opprime: libera
non è insensibile: consola;
non affonda: innalza;
non vince: convince;
non è superbo: è umile;
non opera il male: ma il bene;
non usa il potere: ma il servizio.

"Quando guardo le sue ma-

ni, ricordo che sono tue; / quando leggo i suoi occhi riflettono il tuo sguardo; / non ci sono 'uomini', vi è il 'Tu' moltiplicato", scriveva l'amico Martin Descalzo.

"Non dimenticare – dice Mons Helder Cámara – che la tua vita di cristiano è l'unico vangelo che molta gente leggerà".

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

Bibliografia

PAOLO VI, "La evangelización en el mundo contemporáneo", PPC, Madrid 1981.

GIOVANNI PAOLO II
– *Evangelium vitae*, Libreria Ed. Vaticana, 1995.

– *Novo millennio ineunte*, Piemme (Albano) 2001.
– *Salvifici doloris*, Ed. Paulinas, Madrid 1984.

– *Christifideles laici*, Libreria Ed. Vaticana. 1988.

PONTIFICIO CONSIGLIO PER LA PASTORALE DELLA SALUTE

– Rivista *Dolentium Hominum*.
– Lettera degli Agenti Sanitari.
– Laici nel mondo della sofferenza e della salute.

– *Teologia e medicina* (Mons. Javier Lozano Barragán), EDB Bologna 2001.

CARD. CARLO MARIA MARTINI: Centro Ambrosiano – Milano
– *Sto alla Porta*.

– *Ripartiamo da Dio*.

– *Parlo al tuo cuore*.

CARD. DIONIGI TETTAMANZI, *Andate e predicate il Vangelo*. Centro Ambrosiano 2002.

GIONVAN BATTISTA CAPPELLARO, *Cristo è il nostro programma*, Elledici, Torino 2002.

ANSELM GRÜN:

– *El gozo de vivir*. Verbo Divino, Estella (Navarra) 1998.

– *Gustare la gioia pasquale*. Queriniana, Brescia 2001.

– *Buscar a Jesús en lo cotidiano*, Narcea, Madrid 1998.

HENRI J.M. NOUWEN:

– *El regreso del hijo pródigo*, PPC, Madrid 1995.

– *Tú eres mi amado*, PPC Madrid 1995.

– *En el nombre de Jesús*, PPC, Madrid 1994.

– *Il guaritore ferito*, Queriniana, Brescia 1995.

JEAN VANIER

– *Una porta di speranza*, Gribaudi, Milano 1998.

– *Ogni uomo è una storia sacra*, EDB; Bologna 1996.

– *La lavanda dei piedi*, EDB, Bologna 1998.

DIPARTIMENTO PASTORALE DELLA SALUTE – Conferenza Episcopale Spagnola

– *Vivir sanamente el sufrimiento*.

– *Congreso Iglesia y Salud*.

– *25 años de Pastoral de la salud en España*.

AA.VV., *Diez palabras clave en ética de las profesiones*. Verbo Divino, Estella (Navarra) 2000.

BESTARDO-OSÉS-UBIETA, *La Iglesia en el mundo de la salud*. Secretariado Nacional Pastoral Sanitaria. Madrid 1982.

JOSÉ L. MARTIN DESCALZO, *Buenas noticias*, Planeta Barcelona 1998.

KARL LEHMANN, *Es tempo de pensar en Dios*. Herder, Barcelona 2002.

EMMA FATTORINI, *Tempi dell'uomo tempi di Dio*, Guerini e Associati, Milano 1999.

OLIVIER CLÉMENT, *Taizé- un senso alla vita*, Paoline, Milano 1998.

AA.VV., *Le opere della misericordia*, Ed. Rogate, Roma 2001.

SEAN-CLAUDE LARCHET, *Teologia della malattia*: Queriniana, Brescia 1993.

J. TODOLI DUQUE, *Nivel Etico del profesional español*, Confederación Cajas de Ahorros, Madrid 1975.

FRÈRE ROGER-TAIZÉ, *Dio non può che amare*, Elledici, Torino 2003.

Note

¹ REDRADO José L. "Derecho del hombre a la salud" nella Rivista *Labor Hospitalaria*, n.186.

² Cfr. Germán DOIG K. "El hombre de la tecnología", Asociación Vida y espiritualidad Lima 2000.

³ Cfr. MARCHESI, Pierluigi, "Umanizziamo l'ospedale" in AA.VV. *Per un ospedale più umano*, Ed. Paoline, 1985.

⁴ MARCHESI, Pierluigi, o.c.

⁵ REDRADO, José L., o.c.

⁶ Card. Enrique TARANCON, La profesión sanitaria, nella Rivista *Humanizar*, Febbraio, 1994.

⁷ PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES SANITARIOS, *Carta de los Agentes Sanitarios* (n. 1-10).

⁸ COMISION PERMANENTE DE LA CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA, Inst. Past, Los católicos en la vida pública, 22-IV-1986, n. 113-114.

⁹ Cfr. Fratelli di S. Giovanni di Dio – Secretariato Internazionale di P.S., Curia Generalizia – "Pastoral de enfermos en el hospital y en la parroquia" p.7-11.

¹⁰ Fratelli di S. Giovanni di Dio – Secretariato Internazionale della Pastorale Sanitaria: "¿Qué es la Pastoral Sanitaria?" Ed. Claret, Barcelona 1980.

¹¹ Cfr. *Ecclesia* n.3, 134-135, gennaio 2002.

¹² Ediciones STJ, Barcellona, 1998.



Il Cappellano visto dagli operatori sanitari

Lo scopo della ricerca è quello di raccogliere dati concernenti le attitudini o le opinioni di un determinato gruppo di persone in riferimento a un fenomeno studiato.

Ci si serve di un "campione" che rispecchia, su scala ridotta, la popolazione censita per coglierne le tendenze o le opinioni. Il campione, per risultare valido, è stratificato in modo da rappresentare le variabili dell'universo censito.

La pastorale, quale azione della presenza della Chiesa nel mondo della salute, si serve anche degli strumenti scientifici quali le indagini conoscitive, per valutare la qualità del servizio al malato, familiari e operatori sanitari.

La contestualizzazione della presente ricerca è l'ospedale, luogo dove si sperimenta la vulnerabilità e gli interrogativi dinanzi al dolore.

I destinatari dell'indagine sono gli operatori sanitari; l'oggetto è la loro percezione del cappellano ospedaliero.

Le tappe della ricerca

L'Istituto Internazionale di Teologia Pastorale Sanitaria Camillianum di Roma, in collaborazione con l'Ufficio Nazionale CEI (Conferenza Epi-



scopale Italiana) e con l'AI-PAS (Assoc. Italiana di Pastorale Sanitaria) ha curato questo studio finalizzato a conoscere la percezione e le attese del cappellano da parte degli operatori sanitari.

L'indagine si è articolata in quattro tappe:

1. *Fase preparatoria*: identificazione degli obiettivi della ricerca e dei destinatari; preparazione dello strumento investigativo.

2. *Fase organizzativa*: individuazione dei somministratori del questionario; istruzioni per l'uso tenendo presenti i criteri della rappresentatività e le modalità ottimali per la sua compilazione. Si affida la somministrazione del questionario ai volontari ospedalieri per garantirne l'obiettività.

3. *Fase analitica*: raccolta e analisi dei dati; incroci tra le diverse variabili (sesso, età, professione, ecc.) per valutare elementi di uniformità e differenza, tendenze e/o controtendenze e tabelle riepilogative.

4. *Fase applicativa*: le indicazioni emerse vengono trasmesse alle istituzioni promotrici dell'iniziativa perché le tengano presenti a livello accademico-formativo (Camillianum), organizzativo (Ufficio Cei) e pastorale (Ass. AIPAS).

I dati analizzati offrono piste preziose per la formazione dei cappellani e per una più efficace testimonianza e progettualità pastorale.

Il campione dei rispondenti

Alla ricerca hanno partecipato 1.717 operatori sanitari provenienti da quasi tutte le regioni d'Italia. Il campione risulta perciò rappresentativo, sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo, della realtà nazionale.

Variabili del campione censito:

– *Sesso*: 60% femmine (1.023 rispondenti), 40% maschi (693 rispondenti).

– *Stato civile*: quasi 3/4 del campione sono coniugati (1.200 risp.), 391 celibi o nubili, 68 divorziati o separati, 25 vedove, e il resto non dichiarato.

– *Età*: dell'intero campione circa 2/3 appartengono alla fascia di età dei 30/40enni (1.099 risp.), 391 sono 50enni, 137 sono 20enni, gli altri oltre i 60 anni.

– *Professione* (tabella 1): 848 dei censiti (circa la metà del campione) sono infermieri e/o caposala, 558 sono medici, 61 fisioterapisti, 54 assistenti sociali, il resto psicologi o altri professionisti.

– *Fede religiosa*: 845 dei rispondenti si dichiarano cattolici praticanti, 553 cattolici non praticanti, 234 credenti, 53 atei e una minoranza appartiene ad altre religioni.

– *Ospedali censiti*: 554 dei rip. lavorano in ospedali con oltre 500 posti letto, 564 in ospedali tra 250 e 500 posti letto, 505 in strutture sanitarie con meno di 250 posti letto. Dell'intero campione 1.613 risp. (la quasi totalità) operano in ospedali pubblici, 97 in strutture private o gestite da enti religiosi.

– *Aree geografiche*: il 42% dei rispondenti provengono da regioni del Nord-Italia, il 18% dal Centro, il 40% dal Sud.

Radiografia delle risposte

La ricerca è caratterizzata da un nucleo di domande, con diverse opzioni, da scegliere in ordine prioritario o d'importanza. Queste sono precedute da un quesito riguardante la frequenza di contatti dei censiti con il cappellano, il cui risultato aiuta a capire, in maniera più chiara, le percezioni successive.

Dalle risposte risulta che 659 dei rispondenti ha avuto *saltuari* contatti con il cappellano, 578 rari, 367 spesso, 195 mai.

Questa prima chiave di lettura non deprime troppo a favore del cappellano, che non

appare molto presente o visibile agli occhi degli operatori sanitari.

Le ragioni per la scarsità di contatti potrebbero essere dovute a: orari di lavoro diversi, la non presenza del cappellano nell'organico dell'istitu-

zione, il carattere riservato dell'agente pastorale o la sua tendenza a limitare la pastorale all'essenziale.

Il messaggio, comunque, resta chiaro: non si può costruire un lavoro di équipe che onori la dimensione spirituale del paziente se i portavoce di questo orizzonte non sono presenti.

Tabella 1

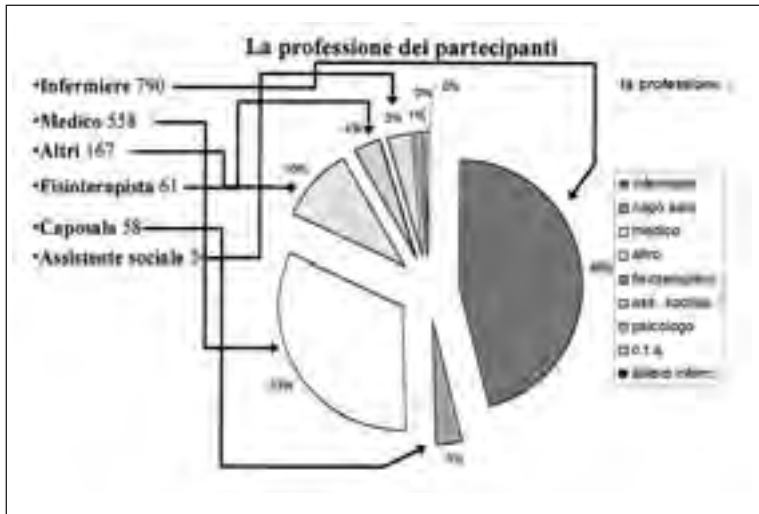
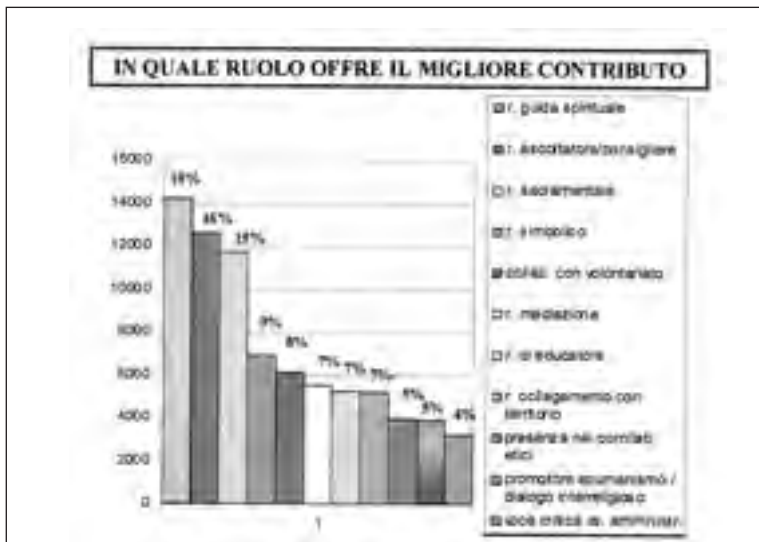


Tabella 2



Tabella 3



Percezioni ricavate dalle altre domande

1. Circostanze in cui si ritiene importante la presenza del cappellano

Le risposte (tabella 2) confermano orientamenti consolidati dalla tradizione. Primeggiano, in ordine d'importanza, le circostanze in cui il malato desidera ricevere i sacramenti o il conforto della preghiera, in secondo luogo l'accompagnamento dei moribondi.

Abbastanza menzionate le occasioni di conforto pastorale quando il paziente è solo e depresso, si sente turbato e angosciato o in circostanze luttuose o di morte.

Meno importante risulta la necessità del cappellano quando il paziente deve affrontare decisioni etiche delicate, rifiuta un trattamento o vive cambi difficili nello stile di vita.

2. Ruoli in cui il cappellano può offrire il miglior contributo (tabella 3)

Primeggia l'importanza del suo contributo come guida spirituale, seguito dal ruolo di ascoltatore o consigliere e, quindi, da quello sacramentale.

Abbastanza menzionati risultano i suoi ruoli di collaborazione con il volontariato, quello educativo all'interno dell'istituzione e anche quello di collegamento con il territorio.

Meno rilevante o significativa appare la sua presenza nei comitati etici, la sua promozione dell'ecumenismo o del dialogo interreligioso, l'essere voce critica presso l'amministrazione.

3. *Atteggiamenti che possono nuocere alla credibilità del cappellano* (tabella 4)

L'atteggiamento indicato co-

me più nocivo dalla maggioranza è la fretta e sbrigatività del cappellano; seguono – quasi a pari merito – la percezione che tende a curare più le appa-

renze che non la sostanza e che sia poco presente.

Abbastanza menzionata la percezione che il cappellano manifesti un eccesso di moralismo, sia incompetente nel proprio ruolo o sia troppo autoritario.

Meno significative risultano le sensazioni che sia coinvolto in troppe attività e che ponga troppo l'accento sul valore del dolore.

4. *Quali le qualità auspicabili nel cappellano* (tabella 5)

La qualità più gettonata è che sia portatore di umanità e calore, seguono la disponibilità e visibilità, quindi l'apertura e la tolleranza.

Abbastanza importanti risultano, per molti, la sua capacità di comunicare le verità della fede, la sua spiritualità, il suo equilibrio e maturità, la sua competenza professionale.

Dotazioni meno significative sono stimate la sua capacità di animare momenti liturgici e la sua efficacia nel ruolo di leader.

5. *Quando risulta particolarmente necessaria la presenza del cappellano nell'équipe interdisciplinare* (tabella 6)

La voce più forte, espressa dai censiti, è che il cappellano dia un contributo all'umanizzazione della cura dei malati, seguito dalla capacità di offrire ascolto e conforto alle persone, quindi dalla competenza nel diagnosticare i bisogni religiosi e spirituali del malato.

Abbastanza menzionate sono l'esigenza che la sua presenza aiuti a riflettere sui temi etici e spirituali (la morte, il perdono, l'eutanasia, Dio...), la capacità di orientare alla ricerca di senso, specie in circostanze difficili, seguita dall'abilità nel portare alla luce le risorse interiori delle persone.

Meno sentite sono l'esigenza che il cappellano animi momenti spirituali o ricreativi, si ponga come mediatore in circostanze di conflittualità, educi al rispetto delle differenze etniche, culturali o religiose.

Tabella 4



Tabella 5

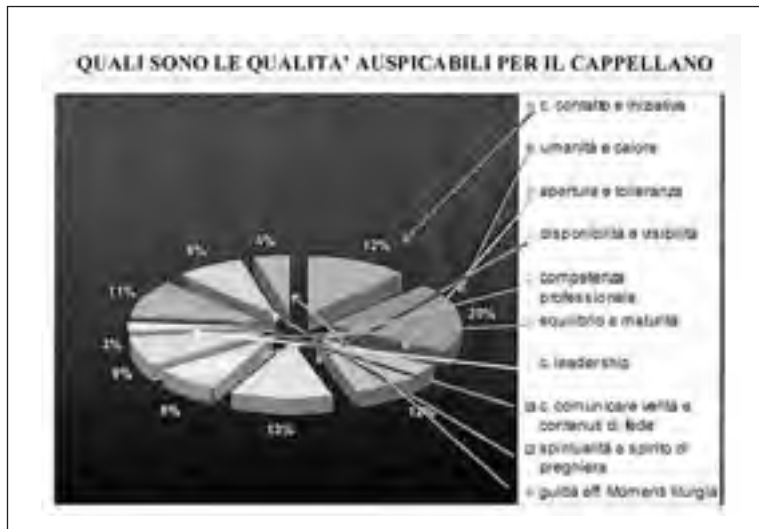


Tabella 6



6. A volte, il cappellano è poco valorizzato dagli altri operatori sanitari, perché? (tabella 7)

La voce più frequentemente menzionata è che non sia ben conosciuto dal personale, seguita dalla percezione che tenda ad operare da solo, quindi dalla tendenza ad agire con schemi troppo religiosi o tradizionali.

Abbastanza frequenti sono le percezioni che sia una persona sfuggente o distaccata, privilegi l'attenzione ai malati trascurando il personale, appaia a disagio nel rapporto con gli altri professionisti.

Meno menzionate sono le ragioni che non sia valorizzato perché non partecipa ad incontri interdisciplinari, sia superficiale o abbia una personalità piuttosto rigida.

Indicazioni emerse dall'indagine

La ricerca presenta una mappatura uniforme delle tendenze, con solo leggere o minime varianti, alla luce di tabelle incrociate che tengono presenti le diverse variabili: aree geografiche dei rispondenti, sesso, età, professione, coniugati o meno, frequenza religiosa o meno, strutture sanitarie in cui si opera.

I rispondenti sono persone altamente qualificate e attenti osservatori della natura umana.

L'interesse evidenziato dai

rispondenti legittima il valore del cappellano nell'équipe interdisciplinare. Non ci sono votazioni plebiscitarie sulla qualità della sua presenza, ma emerge chiaramente il bisogno di una forte guida spirituale impregnata di umanità, non di qualcuno che curi le apparenze ma non la sostanza. Se di crisi bisogna parlare non riguarda tanto le attese religiose dei censiti, che ridimensionano la percezione di una crescente secolarizzazione, quanto i modelli interpretativi della presenza pastorale.

Gli aspetti cruciali che emergono dall'indagine riguardano alcune priorità che il cappellano è chiamato a coltivare.

La prima sfida è di farsi conoscere dagli operatori sanitari. La percezione è che non sia presente, si lasci prendere dalla fretta, risulti sfuggente o privilegi i malati trascurando il personale.

In secondo luogo, si afferma l'esigenza che la sua presenza contribuisca ad *umanizzare la cura dei malati*.

Per umanizzare occorre umanizzarsi, coltivando quelle qualità umane, quali il calore, la capacità di ascolto, l'apertura, l'iniziativa nello stabilire contatti che lo rendono più vicino al malato e al personale.

Il terzo bisogno è che il cappellano sia veramente una *guida spirituale* all'interno dell'ospedale.

I censiti esprimono l'esigenza che l'operatore pastorale contribuisca alla cura globale

dimostrando competenza nel diagnosticare i bisogni religiosi e spirituali del malato e sappia orientare alla ricerca di senso nei momenti difficili.

Una quarta priorità è che il cappellano, per essere più valorizzato, si educi al *lavoro in équipe*.

Qui – ad intra – emerge la sfida, imposta anche dal numero limitato dei cappellani, di operare in sintonia di intenti con altri religiosi e laici che possono formare la cosiddetta "cappellania"; può evangelizzare anche creando i cosiddetti "consigli pastorali" per animare a vari livelli (spirituale/umano/culturale/caritativo) la vita della comunità ospedaliera.

Il lavoro in équipe richiede, inoltre, una maggiore attenzione al dialogo e alla collaborazione con medici, infermieri, volontari ed altri professionisti dedicati alla cura del malato.

Alla luce della nuova impostazione sanitaria che riduce al minimo i giorni di degenza in ospedale, si impone una "re-impostazione" dell'attività pastorale che ha, da sempre, privilegiato l'attenzione al paziente. Forse è giunto il momento di spostare l'ottica per dare più spazio alla pastorale del personale per beneficiare, in ultima analisi, di un miglior servizio ai malati e alle famiglie.

I dati emersi dall'indagine sono molti e meritano riflessione, ponderazione e risposte efficaci. La constatazione di fondo è che la dimensione spirituale/religiosa risulta un fattore importante nell'esperienza dei rispondenti e dei malati.

Il cuore della sfida è di creare o consolidare le condizioni idonee affinché il cappellano, voce e testimone della Chiesa, si adoperi per dare un contributo efficace e sanante alle istituzioni, ai malati, ai familiari, all'équipe interdisciplinare attraverso una presenza che sia soprattutto una "guida spirituale vestita di umanità".

P. ARNALDO PANGRAZZI,
M.I.

Professore all'Istituto Internazionale di Teologia Pastorale Sanitaria "Camillianum", Roma

Tabella 7



Senza dubbio, l'educazione e la salute sono i principali strumenti della società per raggiungere il suo sviluppo integrale e sostenibile, nella misura in cui sia promossa la competenza, il benessere e l'integrazione sociale.

Queste due dimensioni della vita di tutto l'essere umano sono particolarmente importanti nella tappa infantile e giovanile, giacché la loro presenza o assenza condizionano in gran parte la realizzazione o la frustrazione di tutta una vita, la integrazione di successo nel dinamismo sociale o l'emarginazione dai benefici dello sviluppo. Per questo è tanto prioritario che l'educazione e la salute siano presenze importanti negli ambienti infantili e giovanili.

La Chiesa è cosciente, non solo che il diritto all'educazione è necessario a tutti i bambini e ai giovani, ma che questa educazione affronta temi e situazioni vitali per il loro sviluppo. Come afferma la Congregazione per l'Educazione Cattolica. "Le scienze dell'educazione, precedentemente accentrate sullo studio del bambino e sulla preparazione del maestro, sono state spinte ad aprirsi alle diverse tappe della vita, ai diversi ambienti e situazioni oltre la scuola. I nuovi bisogni hanno dato forza all'esigenza di nuovi contenuti, di nuove competenze e di nuove figure educative, oltre a quelle tradizionali"¹. E dentro queste nuove figure o contenuti, troviamo "la salute" come un elemento di crescente importanza nella scuola.

Certamente, possiamo constatare che il tema della salute è stato sempre presente nella scuola ma in un modo frammentario e isolato, come qualcosa che compete talvolta alcune materie (specialmente quelle biologiche e quelle di comportamento) o come re-

sponsabilità del personale medico e infermieristico dell'istituzione educativa. La novità attuale consiste nello sforzo di integrazione che si sta realizzando recentemente nella linea di integrazione della salute in tutti i contesti della scuola, cioè: i suoi piani istituzionali, il personale direttivo, amministrativo e docente, padri di famiglia, studenti e comunità circostanti.

L'integrazione "salute e scuola" acquista un'importanza speciale per la Chiesa e la società attuale: sono numerose le comunità religiose il cui carisma è accentrato sull'impegno ai malati, ai bambini e ai giovani, perché cercano vie di integrazione; dall'altra parte, i collegi statali e privati sono interessati a promuovere la salute nei contesti scolari; non è casuale che l'Organizzazione Panamericana della Salute sta potenziando in tutta l'America il progetto "scuole salubri", con la finalità di promuovere e curare la salute di tutti i membri della comunità educativa e mantenere salubri gli ambienti di studio, di lavoro e di convivenza.

1. Verso un concetto integrale della salute nella scuola

Il concetto di salute è dinamico poiché è una elaborazione storico-culturale; cambia a seconda dell'epoca, dello sviluppo culturale e delle condizioni di vita della popolazione. E come è questo concetto, così saranno gli atteggiamenti e le strategie educative di fronte alla salute.

Esaminiamo ora l'evoluzione che ha avuto il concetto di salute, i modi di intenderla e gli atteggiamenti conseguenti dei membri della comunità educativa, a seconda del concetto che hanno della stessa.

Prima tappa: salute come l'opposto della malattia

In questa tappa, si comprende la salute dal suo opposto, la malattia. Così essere sano sarebbe essere libero da malattie. *Salute = assenza di malattia*. Questa concezione ci porta a un uso medico-biologico: gli "esperti" della salute saranno solamente i professionisti della medicina; le persone si limitano a un ruolo passivo, aspettando l'apparizione della malattia per mettersi nelle mani del medico. Impera così il concetto della medicina curativa.

Questo concetto di salute implica un corpo docente, di educazione per la salute, *informativo*. Nel centrare la salute in una assenza di malattia, predomina la dimensione fisica e l'educazione per la salute si intende come una trasmissione di conoscenze con una visione biologica o medica.

Questo corpo docente, tratta in aula l'anatomia e la costituzione del corpo, il funzionamento degli organi, i primi aiuti, le malattie, i microbi, i vaccini, i sieri, ecc. Cerca il personale sanitario perché dia conferenze ai suoi alunni. Intende la salute come il contenuto e l'educazione come il processo. Promuove nelle scuole l'informazione sulle caratteristiche più importanti delle malattie più comuni perché gli allievi si informino e procurino di non contrarle.

Seconda tappa: salute come equilibrio con l'ambiente

Dal primo concetto medico-biologico, ampiamente accettato, passiamo a un paradigma ambientale che recupera la salute come il risultato dell'*equilibrio e interazione* delle persone con i fattori dell'ambiente, come l'aria, la temperatura, l'acqua, il sole e l'alimenta-

zione, e il modo di vivere e di relazionarsi.

La creazione di migliori ambienti costituì l'obbiettivo principale del movimento sanitario del secolo XIX. Questo è dovuto al fatto che il livello di salute di una popolazione è determinato in grande misura dal suo ambiente globale. Si intende allora la salute come l'equilibrio che esiste tra l'individuo e il suo ambiente, in modo che quando questo si altera o si infrange, si produce la malattia.

Un contributo importante di questa tappa è il concetto di *adattamento* che è complementare all'equilibrio. L'ambiente, sia fisico che sociale, è in continuo cambiamento per cause naturali e di intervento



umano. Potersi adattare alle nuove situazioni che continuamente appaiono o andiamo creando, significa essere sano, poiché l'adattamento ci permette di recuperare l'equilibrio nelle nuove circostanze. Così, ogni momento della persona è una situazione di equilibrio instabile, dinamico e mutevole, in cui coesistono la salute e la malattia: questa ultima appare quando vi è difficoltà di adattamento della persona alle continue esigenze dell'ambiente.

Questa tappa implica una concezione dell'educazione per la salute che denominiamo *ambientalista*. Opina che la salute dell'individuo non pro-

viene dall'individuo, ma che viene da fuori, dal "sistema". Pertanto, è più importante lavorare per ridurre la differenza tra le classi sociali che indurre i più svantaggiati a determinati comportamenti salutari (non fumare, ingerire meno grassi saturi, ecc.).

Studia in classe i fattori ambientali che influenzano la salute delle persone: contaminazione del suolo, dell'aria, dell'acqua e acustica, contaminazione degli alimenti, ecc. È un professorato che può realizzare campagne più o meno rivendicative per migliorare l'ambiente, perché beneficiano della salute le persone che lì vivono.

Terza tappa: salute come ideale di benessere

Con il progresso della salute pubblica e le scoperte sull'influenza dell'ambiente sulla salute, l'Organizzazione Mondiale della Salute amplia il concetto. Secondo la sua definizione, "la salute non è solo l'assenza di malattia, ma uno stato di completo benessere biologico, psicologico e sociale" (OMS, 1946).

Troviamo qui aspetti innovatori come presentare la salute in termini positivi e aggiungere all'area biologica due nuove aree: quella mentale e quella sociale. Perciò una persona è sana non solo perché possiede un certo benessere fisico, ma anche per le sue disposizioni mentali e per le condizioni sociali nelle quali si svolge la sua vita.

Per la scuola, questa concezione della OMS significò un grande apporto, poiché permise di contemplare, analizzare e svolgere le attività di insegnamento-apprendistato della salute in tre diverse aree della conoscenza: biologica, psicologica e sociale con la quale risulta specialmente operativa.

D'altra parte, questo stato di completo benessere non è qualcosa di già fatto: si deve conquistarlo. Il che ci porta a un modello *preventivo* di educazione per la salute. Allo studio dell'anatomia e della fisiologia degli organi, si aggiungono i temi di igiene e di prevenzione, come questioni di che cosa fare e non fare per ar-

rivare all'ottimo stato di benessere.

Allude alla malattia e al comportamento personale e sociale, perché tratta temi come gli incidenti, l'igiene della bocca, le droghe, l'alimentazione; interviene in campagne di vaccinazione, ecc. Considera importante informare gli alunni su come devono comportarsi davanti a determinate situazioni (lavarsi i denti, non fumare, fare sport, ecc.) per raggiungere un migliore stato di salute.

Quarta tappa: salute come stile di vita

Facendo un passo in più nella costruzione del concetto di salute, troviamo un apporto valido nel Congresso dei Medici e Biologi a Perpiñán (che presentò la salute come "quel modo di vivere che è autonomo, solidale e gioioso", cioè che la salute è profondamente legata al comportamento e allo stile della vita della gente: da questo punto di vista, la salute non sarebbe tanto uno stato di benessere, ma un processo di ben-essere, di ben-vivere, espresso in tre caratteristiche essenziali: autonomia, solidarietà e gioia.

– *Autonomia*: la mancanza di salute comporta un maggiore o minore grado di autonomia. L'organismo non si può disimpegnare adeguatamente nel suo ambiente, deve osservare il letto, o talvolta la persona resta limitata nel suo movimento a causa di fratture, paralisi, ecc. Secondo questa concezione, una risposta salutare anche se nella malattia, sarà rafforzare l'autonomia della persona. Al contrario, la repressione, la dipendenza, fomentano stati non salutari.

– *Solidarietà*: questo importante elemento viene ad essere un complemento necessario del primo. Perché l'autonomia non significa isolamento né individualismo egoista; al contrario, la vera autonomia ci spinge verso la collaborazione con gli altri. Quante volte, benché non si è biologicamente infermi, le persone e i gruppi manifestano mancanza di salute integrale agendo in mo-

do non solidale. A ragione Paolo VI affermava: “Il mondo è malato. Il suo male non consiste nella mancanza di risorse, ma nella mancanza di fraternità tra gli uomini e tra i popoli”².

– *Gioia*: la terza caratteristica di una vera salute, la gioia profonda, il godere la vita. Un ambiente che produce angoscia, depressione, timore, amarezza è un ambiente malato e che fa ammalare. Già nella società, nella famiglia o nella scuola, la gioia deve essere una condizione per promuovere la salute e la qualità della vita della gente.

Da questa concezione, la prevenzione della salute si deve basare sui *comportamenti che incrementano la frequenza e l'intensità dei fattori di rischio* di contrarre malattie. Le abitudini personali e lo stile di vita di ciascuno (condizionato dalla cultura del gruppo sociale) costituiscono il principale substrato dei fattori di rischio. La salute non è uno stato fisso o ideale, non è una meta con alcune determinate caratteristiche, ma è un cammino di continuo miglioramento della qualità della vita,

malattia si trovano nella propria persona e pertanto abbiamo un ruolo di protagonisti nel risultato di questo processo di “ben-essere”, poiché noi siamo padroni di fare e o non fare ciò che desideriamo e di scegliere il nostro stile di vita.

Comprende la difficoltà di agire sull'ambiente per cambiarlo e si accentra sull'allievo per educarlo il più possibile, in modo che cerchi di sviluppare le sue abilità e risorse non solo per non contrarre malattie, ma per poter acquisire livelli di qualità della vita ogni volta più elevati. Alla prevenzione della malattia si aggiungono questioni di relazioni personali, di autostima, di sviluppo della capacità di scelta in modo ragguagliato, ecc.

Quinta tappa: salute come sviluppo personale e sociale

Si tratta qui della visione della salute come mezzo per lo sviluppo integrale della persona. La salute come un mezzo (non come un fine), la salute come un diritto per poter realizzare le nostre potenzialità. Non viviamo per avere la salute, ma cerchiamo di avere la

glio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, creato dal Papa Giovanni Paolo II.

“La salute temporale cresce in maturità fino a che sfocia nella salute eterna. In effetti, ogni tappa della vita dell'uomo riceve da Dio nostro Signore un compito da adempiere, una missione da compiere, non è lo stesso compito quello che deve compiere un bambino e quello di un anziano. Ad ogni tappa si ha bisogno di un rifornimento speciale di salute, diverso da una tappa all'altra. Esige la vita concreta necessaria, la salute necessaria per realizzare la missione che Dio richiede da ciascuno di noi. Il dolore non è estraneo a ciascuna tappa, in modo che il dolore, la sofferenza non sono necessariamente banditi dal piacere della salute; si starà sempre in tensione dinamica verso la salute piena intesa come armonia totale e pace; così nella vecchiaia come in qualsiasi altra tappa della vita, si può gioire della salute anche in presenza di malattie, purché si abbia il necessario per poter portare a termine la missione che Dio nostro Signore ha affidato a ciascuno di noi nella diversa tappa della sua esistenza in cui si trova. E quando arriva la morte, questa non è carenza di salute assoluta, ma la maturità della salute temporale che conduce alla salute eterna, all'armonia totale che nell'Apocalisse si descrive come la pace, come il riposo nella pace di Cristo.

Forse potremo sintetizzare tutto ciò che è stato detto con un saggio di descrizione cristiana su che cosa sia la salute e terminare complementando la definizione che la OMS ha proposto, dicendo che *la salute consiste in una tensione verso l'armonia fisica, psichica, sociale e spirituale e non solo assenza di malattia, che rende l'uomo capace di portare a termine la missione che Dio gli ha affidato, a seconda della tappa della vita in cui si trovi*³.

Per questo motivo “la salute non esclude necessariamente il dolore e benché sembri contraddittorio, neppure esclude del tutto la malattia (...) La salute come pura assenza di malattia è una utopia con non esi-



è un processo di sviluppo personale perché le proprie risorse e abilità si perfezionino man mano che le utilizziamo adeguatamente.

Questa concezione implica una visione *formativa e di autoresponsabilità* della educazione per la salute. Ritene che le cause della salute e della

salute per vivere più pienamente. La salute è una conquista quotidiana, personale e sociale; fisica, mentale e spirituale, con la quale possiamo migliorare la nostra qualità di vita.

La Chiesa promuove questa concezione integrale di salute, attraverso il Pontificio Consi-

ste in alcun luogo poiché l'uomo è necessariamente mortale. La salute è un mezzo per compiere una missione e come è evidente, cambia a seconda della missione che si deve compiere; il che significa che questa sia diversa a seconda dell'epoca della vita nella quale qualcuno si trovi. Da questo punto di vista si vede più chiaramente come il dolore spiritualizzato sfoci in una azione solidale verso un fine predefinito: la salute come la possibilità reale di adempimento della vocazione di ognuno⁷⁴.

Nella salute intervengono sia l'ambiente che lo stile di vita, ma ciò che è più importante sono le azioni che si sviluppano non solo per adattarsi alle condizioni dell'ambiente bensì quelle che hanno come finalità di trasformare questo ambiente per farlo più umano e salutare. Si tratta di partecipare allo sviluppo della società. La salute come la malattia, possiede una origine multicausale. La salute diviene uno "Sviluppo personale, sociale e trascendente".

Questa concezione dà adito a una educazione per la salute *olistica o globale* che potremo

considerare anche di sviluppo individuale e sociale. La persona non è un individuo isolato, ma fa parte di una comunità e di un ambiente, perciò si deve agire sia nei comportamenti personali sia nelle azioni tendenti a modificare l'ambiente esterno. D'altra parte, la persona vive le tappe della sua vita nelle quali l'apporto alla società dipende dalla sua età e dal suo corrispondente stato di salute; ugualmente a questo sviluppo fisico e psicologico, corrisponde uno sviluppo morale e spirituale che ha anche a che vedere con la salute totale.

"Solo da una concezione olistica della vita, sarà possibile una concezione integrale della salute, intendendo che essa dipende da molti fattori tra i quali l'abitazione, la nutrizione, le condizioni di lavoro, la ricreazione, lo sport, l'esercizio della libertà, il rispetto per gli altri, la cura della natura, cercando l'armonia con l'ambiente. Una visione olistica è una visione totalizzante della vita, più ampia della visione riduzionista e positivista di una medicina per la quale solo la malattia

costituisce il suo obiettivo⁷⁵.

In questo senso, il professore, oltre a tentare di sviluppare gli atteggiamenti positivi e l'acquisizione di regole di comportamento salutari, procura la creazione di ambienti dove le scelte salutari siano più facili da assumere di quelle che non lo sono, partecipa in azioni comunitarie e non solo pretende di cambiare le condizioni fisico-ambientali, ma intende contribuire alla generazione di climi dove si possano avere il cambiamento delle credenze e l'accrescimento nei valori.

2. Salute nell'educazione: strategie di integrazione

Tenendo in considerazione l'importanza della salute per la comunità educativa non possiamo fermarci alla costruzione del suo concetto; basati in questa concezione olistica, dobbiamo avanzare verso la sua messa in pratica mediante strategie che ci permettono la sua integrazione nella scuola.

L'educando è un essere psicobiologico, sociale e spirituale, e la sua capacità di apprendimento dipende dall'ambiente sociale, dalle condizioni che gli offrono la scuola e la famiglia, del suo stato di salute fisica, psichica e spirituale. D'altra parte i dirigenti, gli impiegati e il personale docente sono anche esseri biopsicosociali e spirituali, con uguali necessità di sviluppo personale armonico, con simili problemi ed aspettative nel mantenere il corpo, la mente e lo spirito in buona forma. La problematica sociale influenza in modo positivo o negativo la loro salute e dal suo buon funzionamento dipende l'adempimento lavorativo e il godimento della vita.

Per ultimo, così come la salute influenza la vita scolare nei suoi diversi stati, la scuola è chiamata a dare il suo apporto al mondo della salute. Negli ultimi decenni è cresciuta la coscienza della necessità di assimilare i progressi della pedagogia nei programmi della salute pubblica. Il diritto alla salute comporta non solamente l'accesso ai servizi della sa-

Quadro 1

Quadro di sintesi dei modelli concettuali intorno alla salute

Tappa 1 – La salute come assenza di malattie e invalidità. Sinonimo di vita. Concetti come: medici, medicine, ospedali...

EDUCAZIONE PER LA SALUTE INFORMATIVA

Tappa 2 – La salute come equilibrio con l'ambiente, processo di adattamento dinamico con l'ambiente. Benessere sociale. Concetti come: habitat, ambiente, adattamento, equilibrio...

EDUCAZIONE AMBIENTALISTA PER LA SALUTE

Tappa 3 – La salute come stato di benessere, come ideale di vita. Concetti come: alimentazione, sessualità, prevenzione...

MODELLO PREVENTIVO DI EDUCAZIONE PER LA SALUTE

Tappa 4 – La salute come stile di vita. Necessità di processi di cambiamento interni ed esterni. Concetti come: comportamento, processo, valori...

EDUCAZIONE FORMATIVA E DI AUTORESPONSABILITÀ

Tappa 5 – La salute come mezzo per il pieno sviluppo personale e sociale. Concetti come: qualità della vita, diritti umani, educazione, corso della vita, spiritualità...

EDUCAZIONE PER LA SALUTE OLISTICA

lute (centri di salute, cliniche, ospedali e personale delle scienze mediche) ma l'educazione in quegli aspetti che ci permettono di prevenire la malattia e migliorare il benessere, come la nutrizione, l'esercizio fisico, i principi della salute mentale, il dominio dell'incapacità, dei conflitti, ecc.

L'educazione per la salute parte dalla scuola e si estende a tutta la comunità. Le scienze dell'educazione hanno poi un ruolo specifico e una responsabilità per i bambini, i giovani, le famiglie e la società intera.

La complessità del tema, i diversi livelli e scenari che si devono ottenere richiedono una strategia processuale. Un processo è una serie di passi, di sequenze, trasformazioni e interazioni che si hanno durante la ricerca di un orizzonte o di un proposito determinato.

Presentiamo in seguito i processi e le attività che si richiedono per ottenere una adeguata integrazione del mondo della salute con il mondo dell'educazione, avvertendo dall'inizio che "i processi non sempre sono lineari come la traiettoria di un raggio di luce, ma che è possibile che un processo sembri di più il volo di una farfalla con andate e ritorni, svolte e rivolte, riuscite ed errori, successi e fallimenti, avanzamenti e retrocessioni, tentativi e ancora tentativi per progredire. Altre volte può seguire un cammino ramificato, a rete, scaglionato, ecc. ma sempre seguirà una traiettoria principale. Lungo questo cammino si ottengono alcuni risultati parziali il cui perfezionamento delle competenze implicite deve condurre a risultati superiori e questi possibilmente a grandi risultati educativi"⁶.

Processo coscienziale

Accettando che il concetto di salute è una costruzione che si fa progressivamente, da una visione limitata e semplice verso una visione complessa e olistica, dovremo concludere che per ottenere l'integrazione educazione-salute nella scuola si rende necessario seguire un processo pedagogico coscienziale progressivo in tutti gli

stati della comunità educativa.

In esperienze vissute in vari paesi dell'America Latina, abbiamo promosso una serie di laboratori in collegi ai livelli primari e secondari (dell'Istituto Religioso "Figli dei Sacri Cuori") ai quali hanno partecipato religiosi, professori, personale di sostegno e padri di famiglia. In questi laboratori si cerca il livello esistente coscienziale sulla salute per complementarlo con i concetti più complessi che abbiamo spiegato sopra.



Il processo coscienziale parte dalle idee ed esperienze che ha la comunità educativa intorno a ciò che è la salute o malattia. Le costruzioni mentali che realizzano le persone sono in funzione della esperienza e delle conoscenze che fino a quel momento possiedono. In giornate di riflessione sul tema, si deve proporre a educatori e studenti che esprimono la loro concezione su ciò che è la salute, sui suoi diversi elementi e livelli. Si deve fare appello alla creatività, per esempio esprimerla con la metodologia di una mappa mentale o concettuale, attraverso dei cartelloni, mediante sociodrammi, versi, disegni, ecc.

Queste metodologie di riflessione di gruppo aiutano non solamente l'elaborazione di un concetto integrale di salute ma a cambiare atteggiamenti

e comportamenti, a collocarci attivamente nell'ambiente a considerare le relazioni con le altre persone e con l'ambiente, a essere attivi promotori della salute nella comunità⁷.

Processo di integrazione Salute-Scuola

Una volta che i diversi stati della comunità educativa hanno iniziato il processo coscienziale e hanno arricchito le loro concezioni sulla salute,

è necessario continuare con un processo di integrazione della salute e della qualità della vita nel curriculum e in tutti gli scenari dell'ambiente scolastico.

Il processo di integrazione nel curriculum si può avere a tre livelli: uno è organizzato attraverso delle *attività di interesse teorico-scientifico*, con la partecipazione di tutta la comunità educativa e l'orientamento di docenti specialisti nei diversi rami o discipline che concorrono alla formazione di un concetto integrale di salute, o all'apporto degli studenti nelle ricerche e nell'elaborazione di lavori che possono essere di interesse generale. Questo livello si sviluppa attraverso dei colloqui, conferenze, video-forum su temi specifici che si scoprono come problemi nella scuola e nell'ambiente sociale; per esem-

pio: dipendenza dalla droga, malattie di trasmissione sessuale, violenza e salute mentale, spiritualità come fonte di salute, ecc.

Un altro livello di organizzazione curriculare si orienta allo *sviluppo di attività di tipo intra e interistituzionale*, di carattere scientifico, culturale, ambientale, sociale o religioso.

Un livello più alto di organizzazione del curricolo in relazione alla salute, fa riferimento alla *formulazione e sviluppo dei progetti pedagogici per aree o nell'aula*. Implica organizzare attività o eventi prevedendo il tempo e la specificità dell'attività. Le "linee di azione" che appaiono più avanti ci offrono una ricca gamma di attività e di eventi possibili da sviluppare attraverso dei progetti pedagogici.

Come esempio di organizzazione del curricolo intorno alla salute, abbiamo l'Istituto San Giovanni di Dio, dell'Ordine Ospedaliero in Colombia, che propone come asse tematico ispiratore il motto "Vita è salute e Salute è vita", il quale si sviluppa in tematiche e progetti pedagogici secondo ciascun livello scolastico:

Tematiche:

– Prescolare-Asilo infantile-Transizione: schema corporale, cure e conservazione del corpo, abitudini di ordine, igiene e immagine personale, nutrizione.

– Educazione Basilare: GRADI 1°- 3°: conoscenza dei processi biologici, eredità e processi di evoluzione degli esseri viventi, relazione degli esseri umani con il loro ambiente, interscambio di energia negli ecosistemi.

GRADI 4°-6°: Processi vitali e organizzazione degli esseri viventi, eredità e processi di evoluzione (II). Relazione con l'ambiente (II). GRADI 7°-9°: struttura del servizio della salute, livelli di organizzazione del sistema nazionale di salute, processi vitali, interrelazione degli esseri viventi.

– Educazione Media Vocazionale (10°-11°): prevenzione nella salute, pastorale della salute, assistenza paramedica, amministrazione nella salute.

- Progetti Pedagogici:**
- Convivenza e Democrazia. Dominio dei conflitti.
 - Ambiente.
 - Prevenzione dei disastri.
 - Educazione sessuale e formazione della affettività.
 - Utilizzazione del tempo libero.
 - Servizio sociale nella salute.

Scenari e protagonisti

Il mondo della salute è complesso: di conseguenza lo si deve affrontare dalla prospettiva di molteplici discipline, abbracciare i diversi scenari in cui si muovono i bambini e i giovani, gli educatori e i padri di famiglia, i dirigenti e gli altri funzionari legati all'amministrazione e al benessere nella scuola.

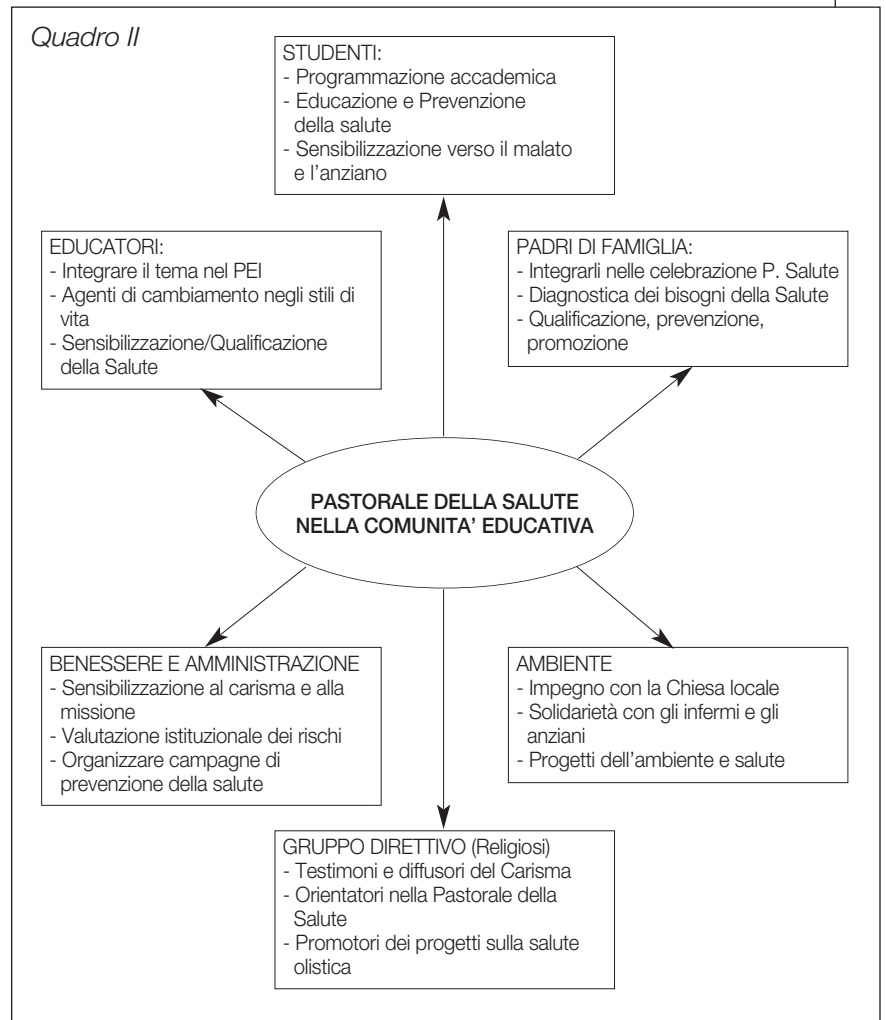
In questo modo, i temi e i problemi devono essere trattati non solo dalla fisica, dalla chimica, dalla biologia, dalla psicologia, dall'ecologia o dall'educazione fisica, ma an-

che dall'etica, dall'economia, dalla politica, dalla storia, dalla geografia... tentando sempre di costruire ambiti di riferimento integrali.

È consigliabile partire dalla formulazione di progetti che integrino i diversi stati e discipline. All'inizio, sarà più fattibile partire da progetti individuali e progetti di aula, per andare a raggiungere progressivamente altri livelli più complessi come sono il progetto pedagogico, il progetto curricolare, il progetto educativo istituzionale.

È tutta la comunità educativa la protagonista: ciascun stato, dalle sue capacità e competenze, è chiamato a relazionarsi con le diverse conoscenze per contribuire alla costruzione di una salute integrale nella scuola, la quale comprende: salute fisica, salute mentale, salute sociale (ambientale) e salute spirituale.

Nel Quadro II possiamo vedere come tutta la comunità educativa è implicata in que-



sto compito. In esso si menzionano, come esempio, alcune responsabilità e attività che ciascun gruppo può sviluppare a beneficio di tutti, per raggiungere i risultati curriculari che portano a una salute integrale nel contesto scolastico. Tali risultati possono esprimersi riferendosi a:

- *Conoscenze* (concetti, principi, leggi, visioni filosofiche o sociologiche...);

- *Competenze* (capacità, attitudini, saper conoscere, saper fare, saper essere...);

- *Atteggiamenti e valori* (etici, religiosi, estetici, civici, volitivi, affettivi, interessi, motivazioni...);

- *Comportamenti e adempimenti* (azioni, procedimenti...).

Linee di Azione

Perché le strategie e i procedimenti che abbiamo esposto prendano vita, è utile disporre di un elenco sufficiente di attività e di eventi che possono ispirare i protagonisti della comunità educativa ad essere operanti attraverso dei progetti concreti. Offriamo qui di seguito i risultati di 12 laboratori, che raccolgono il contributo di religiosi, professori, personale amministrativo e di benessere, e padri di famiglia, nel processo vissuto con i colleghi della Comunità "Figlie dei Sacri Cuori".

Linee per sensibilizzare intorno alla salute e ai malati

- Includere nel Progetto Educativo Istituzionale il tema pastorale della salute.

- Sensibilizzare gli educatori sulla concezione olistica della salute e la sua influenza nell'educazione perché trascenda gli educandi e le loro famiglie.

- Sviluppare progetti alternativi: camminate ecologiche, campeggi interdisciplinari.

- Conformare il gruppo "Amici dei Malati" al servizio dei malati e degli anziani e coordinarlo con la Pastorale della Salute della Diocesi

- Promuovere gruppi di salute integrati con altri stati e giornate di solidarietà verso i più bisognosi.

- Narrare esperienze di malattie a livello individuale e fa-

miliare esprimendo i sentimenti che provarono e quelli che manifestarono verso il malato. Realizzare colloqui sulle malattie che aggrediscono il mondo attuale e le loro possibili cause e misure di prevenzione. Fare delle drammatizzazioni su questo argomento.

- Creare degli opuscoli che aiutino a rafforzare la solidarietà e il rispetto verso i malati. Pubblicare articoli che si riferiscono alla morbilità e alla prevenzione.

- Celebrare nel collegio date significative: Settimana del malato, Giornata mondiale del malato, Giornata mondiale della lebbra, Giornata contro il tabagismo, ecc.

- Utilizzare la risorsa umana qualificata che si trova nell'istituzione in quanto a salute, perché serva come gruppo di appoggio. Conformare agli studenti, gruppi di appoggio della pastorale della salute.

- Praticare i valori e la spiritualità come parte integrale della formazione dell'essere umano: mente sana in corpo sano.

- Qualificare i primi aiuti a livello dei docenti e degli alunni.

Linee a favore dell'ambiente e stili di vita salutari

- Vegliare sulle buone condizioni di salubrità e sicurezza dei membri della comunità. Promuovere il buon uso degli strumenti, sedie, apparecchi, ecc. (posizione, posture salutari...). Promuovere abitudini di igiene preventiva.

- Educare nel rispetto, nella tolleranza ("gara della tolleranza"). Promuovere dei forum sulla violenza giovanile. Organizzare festival per la vita (danze, musica, teatro).

- Vigilare che i programmi affissi fuori e quelli di servizio sociale siano focalizzati all'empatia e al lavoro per le necessità dei nuclei della popolazione più povera, in coordinazione con le istituzioni di salute del municipio. Che vi sia un lavoro sociale dove si abbia un avvicinamento: ai bambini di strada, all'adulto, al giovane o alla giovane che vivono comportamenti di rischio, alla madre capo famiglia. E in genera-

le ai gruppi che sono stati vittime della violenza e della decomposizione sociale.

- Educare alla salute e alla nutrizione, creando una coscienza del beneficio delle buone abitudini alimentari mediante l'uso del negozio nella scuola. Fornire agli studenti più poveri un ristoro.

- Insegnare al bambino il valore della salute e della vita, nei momenti di raccoglimento, di convivenza, di riflessione. Organizzare conferenze sulla prevenzione delle malattie e conservazione della salute.

- Apprendere ad amministrare il tempo libero sviluppando al massimo le capacità e i talenti della persona e condividendoli perché producano il benessere sia personale che comunitario. Esempi: l'arte, la musica, la pittura, l'espressione fisica, la gastronomia, l'artigianato, le confezioni e altro.

Linee sull'educazione, promozione, prevenzione e impegno

Temi che integrano la pastorale della salute nella comunità educativa:

- Educazione fisica e salute.
- Alimentazione per una buona attività.

- Relazione tra consumo di droga e rendimento.

- Educazione sessuale.

- Educazione ambientale.

- Democrazia.

- Ginnastica prenatale e postnatale.

- Stimolazione precoce.

- Uso del tempo libero.

- Socializzazione nelle riunioni generali dei possibili rischi che influenzano la comunità educativa per mezzo dell'interpretazione di grafici e statistiche che scaturiscano dalle dimostrazioni mediante inchieste.

- Organizzazione programmi di prevenzione sulle malattie, disastri, incidenti. Programmi di prevenzione sulla dipendenza dalla droga e sull'abuso sessuale.

- Sensibilizzazione sull'assistenza delle persone che la richiedono: anziani, malati, disabili, bambini particolari, ecc.

- Sostegno alle campagne di prevenzione, con cartelli, grafici, filmati, ecc.

Linee dirette ai padri di famiglia

– Organizzare la scuola di famiglia intorno ai temi della salute fisica, mentale e spirituale. Sensibilizzarsi sulla situazione e sulla realtà di coloro che soffrono, impegnandosi con la preghiera, con l'aiuto spirituale e materiale.

– Tenere conferenze ai padri di famiglia sulle dimensioni della salute e la loro importanza nella famiglia e nell'educazione dei loro figli.

– Organizzare conferenze o gruppi speciali per orientare i padri di famiglia alla buona alimentazione dei loro figli, per gli spuntini, per la preparazione dei pasti, e l'igiene personale e mentale.

– Organizzare giornate pedagogiche di prevenzione del-

la salute (studenti e padri di famiglia).

Ciò che è stato sopra elencato non pretende di essere un "ricettario" per ottenere l'integrazione della salute nell'educazione, poiché questo richiede attenzione alla situazione particolare, programmazione, esecuzione, continuità, partecipazione e tempo. Le linee di azione indicate possono servire da ispirazione e "pioggia di idee" per selezionare ciò che sembra possibile e generarne altre nuove, secondo le condizioni concrete di ciascun contesto educativo.

P. ALVARO DÍAZ
CAMARGO, O.H.
*Consulente del Secretariato
Latino Americano
dell'Ordine Ospedaliero
di S. Giovanni di Dio*

Note

¹ Congregazione per l'Educazione Cattolica *La escuela católica en los umbrales del tercer milenio*, 2.

² Paolo VI, *Populorum Progressio*, 66.

³ Mons. LOZANO BARRAGÁN, Javier, *Teología y Medicina*, Colección Selare, Bogotá, 2000, pg. 28.

⁴ *Ibidem*, pg. 41.

⁵ MEN – Ministerio de Educación Nacional (Colombia), *Lineamientos Curriculares: Ciencias Naturales Y Educación Ambiental*, Ed. Magisterio, Bogotá, 1998, pg. 30.

⁶ MEN, *Lineamientos Curriculares*, op. cit. pg 144.

⁷ Rispetto al processo coscienziale che porta alla sensibilizzazione o compassione e al compromesso attivo con chi soffre, sarà molto fruttifero riflettere con la Comunità Educativa su i numeri dal 28 al 30 della Carta Apostolica "Salvifici Doloris", di Papa Giovanni Paolo II.

Articolo ispirato dal suo libro *Pastoral de Salud en la Comunidad Educativa*

Collana Selare – Ordine Ospedaliero 2003



Effetto della lettura evangelica meditata sulla area iperalgesica e sulla percezione del dolore nella sindrome algica lombare

PRIMA PARTE

Introduzione

Il termine iperalgesia è usato comunemente in campo clinico (IASP, 1982) per definire un' aumentata sensibilità a uno stimolo esterno, che normalmente non è algogeno. In molte patologie con dolore somatico, la cui intensità si misura solitamente con la tecnica VAS, si evidenziano a livello cutaneo delle aree estese in cui la soglia algica è notevolmente abbassata. Dette aree sono delimitate fisiologicamente da interruzione di strie teleangectasiche, da un abbassamento della temperatura e dall' aumento di spessore del tessuto sottocutaneo (Zucchi, 1981, 1984).

L' ampiezza di tali aree può essere valutata usando la tecnica del dermografismo. Tale tecnica consiste nello strofinamento della cute con un ago pieno a punta tonda in senso centripeto. Lungo la linea di scorrimento dell' ago compare, dopo qualche secondo, una stria arrossata e rilevata. Se sulla cute è presente una area iperalgesica, in corrispondenza del suo perimetro la stria dermografica si interrompe. Procedendo dalle zone più distanti verso il centro della area iperalgesica, si possono quindi evidenziarne i bordi e misurarne il diametro medio.

La validità del metodo dermografico è stata dimostrata in studi effettuati su soggetti in cui la sindrome dolorosa era stata indotta artificialmente (Galletti, 1979; Zucchi, 1984).

Secondo diversi Autori (Kellgren, 1938; Lewis, 1942; Zimmermann, Sanders, 1982; Fields, 1988; Tiengo, Zoppi, 1995; Albe-Fessard, Giamberrardino, 1997), la reattività

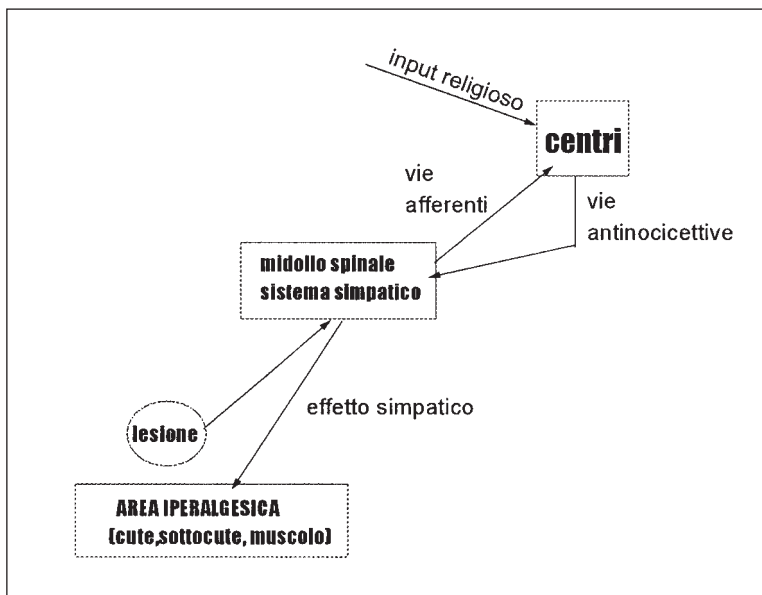
dermografica è regolata dal sistema nervoso, sia perché l' ampiezza della stria supera di gran lunga il diametro dell' ago, sia perché a stimolazioni di minima intensità possono corrispondere reazioni estremamente vivaci. È quindi ipotizzabile che uno stimolo esterno agente sul Sistema Nervoso Centrale, quale la lettura evangelica meditata (input religioso), possa influenzare il fenomeno del dermografismo e le reazioni fisiologiche che inducono le variazioni cutanee presenti nell' area iperalgesica (Fig. 1).

anche sull' estensione dell' area iperalgesica, oltre che sull' intensità della percezione dolorosa.

Nello studio è stata selezionata una popolazione affetta da sindrome dolorosa lombare a patogenesi plurima, nella quale era possibile misurare con buona precisione l' estensione dell' area iperalgesica oltre alla VAS. Nei soggetti indagati la dimensione dell' area iperalgesica era determinata col metodo del dermografismo.

Per valutare se e quanto la lettura meditata influisse sul

Fig. 1 - Rappresentazione schematica dell' attivazione delle vie nervose in seguito all' istituirsi di un' area iperalgesica secondaria a patologia algica periferica (lesione).



Da studi da noi precedentemente condotti, (Zucchi, Honings 1996; Zucchi, Honings, Voegelin 2001) è stato evidenziato l' effetto sulla VAS in diverse sindromi algiche dopo lettura meditata di un brano evangelico, contemporanea alla somministrazione di terapia antalgica farmacologica con FANS.

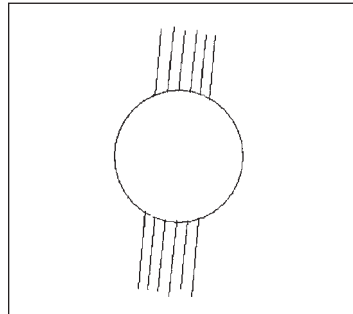
In questo lavoro abbiamo cercato di valutare se l' effetto della lettura meditata agisse

risultato della terapia farmacologica, i soggetti esaminati sono stati divisi in due gruppi equipollenti: gruppo S (studio) e gruppo C (controllo).

Tutti i soggetti sono stati sottoposti alla stessa terapia con FANS (Farmaci Antinfiammatori Non Steroidei). Solo i pazienti del gruppo di studio sono stati invitati alla lettura di un brano evangelico, subito dopo la somministrazione del farmaco.



Fig. 3 - Area iperalgesica delimitata dall'interruzione delle strie dermatografiche.



La terapia farmacologica era costituita dalla somministrazione per via endovenosa di 500 mg di acetilsalicilato di lisina in 250 ml di soluzione fisiologica per dieci giorni consecutivi. La somministrazione avveniva sempre alle 8 am.

Al gruppo di studio veniva fatto leggere un brano evangelico. Il brano, tratto dalla prima lettera di Giovanni, veniva consegnato al paziente con l'invito ad una attenta lettura. Il brano era il seguente:

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

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

fetto nell'amore. Noi amiamo perché Egli ci ha amati per primo. Se uno dicesse: "io amo Dio" e odiasse il suo fratello, è un mentitore. Chi infatti non ama il proprio fratello che vede, non può amare Dio che non vede.

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

(1Gv 4,16-21; 5, 1-4)

Le rilevazioni sono state effettuate il primo, il quinto e il decimo giorno. In ciascuna rilevazione, il diametro dell'area iperalgesica e il valore della VAS sono stati misurati prima e due ore dopo la terapia.

Abbiamo misurato la variazione (VD) della VAS e del diametro massimo dell'area iperalgesica (ID) tra la prima e l'ultima rilevazione nei due gruppi.

Sono stati calcolati gli istogrammi di frequenza di VD e ID per evidenziare la variabilità in ciascun gruppo.

Risultati

1 - Medie diametri D(cm) nelle 6 rilevazioni, nello studio e nei controlli.

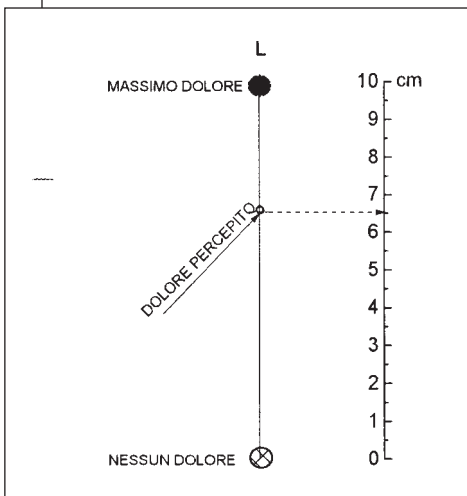
Nella tabella 1 sono riportati i valori in cm dei diametri dell'area iperalgesica, misurati nelle sei rilevazioni, a (basale) e b (dopo due ore dalla terapia).

Materiale e metodo

Sono stati presi in esame 60 pazienti (30 maschi e 30 femmine) affetti da dolore lombare a patogenesi plurima. Il gruppo di studio era costituito da 30 soggetti (15 maschi e 15 femmine di età media di 55.5 ± 9.7), il gruppo di controllo era costituito da 30 soggetti (15 maschi e 15 femmine di età media di 59.3 ± 11.2).

La soglia del dolore è stata misurata utilizzando la scala VAS. Secondo tale metodica, il soggetto associa l'intensità del dolore percepito a una parte di un segmento di lunghezza L che convenzionalmente è 10 cm. L corrisponde al massimo dolore possibile (Fig. 2).

Fig. 2 - Modalità di misura (VAS) della soglia.



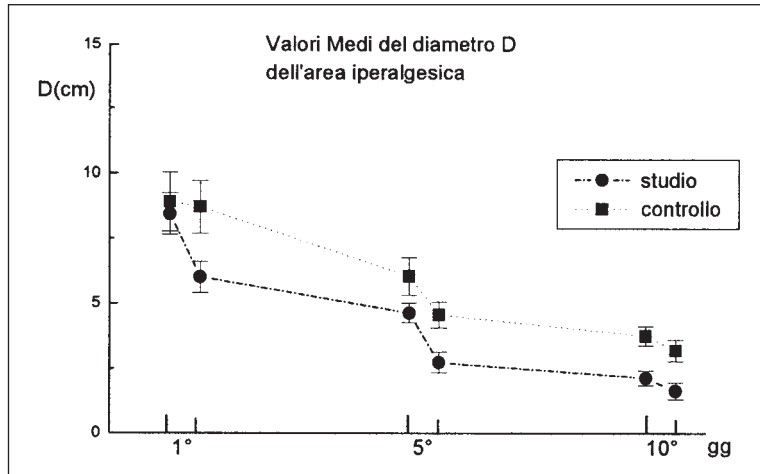
Il diametro dell'area iperalgesica è stato misurato col metodo del dermatografismo. Tale metodica consiste in uno strofinamento con la punta smussata di un ago da riflessi, partendo da zone lontane dalla regione dolorosa verso l'area presa in esame. Le strie si interrompono in corrispondenza dei bordi dell'area iperalgesica (Fig. 3).

Tab. 1 - Valori medi dei diametri dell'area iperalgesica nelle sei rilevazioni a = basale; b = dopo due ore

giorno	rilevazione	Media studio cm	Media contr.cm	t	p
1	a	8.4 ± 1.6	8.9 ± 2.3	/	/
	b	6.0 ± 1.2	8.7 ± 2.0	6.23	<1%%
5	a	4.6 ± 0.8	6.0 ± 1.4	4.67	<1%°
	b	2.7 ± 0.8	4.6 ± 1.0	7.9	<1%%
10	a	2.1 ± 0.6	3.8 ± 0.7	9.93	<1%%
	b	1.6 ± 0.7	3.2 ± 0.8	8.1	<1%%

Nella figura 4 sono riportati i dati della tabella 1 per le due popolazioni.

Fig. 4 - Valori medi dei diametri D dell'area iperalgesica misurati a distanza di due ore in tre sedute distanziate 5 giorni tra loro, nel gruppo di studio e nei controlli.



46

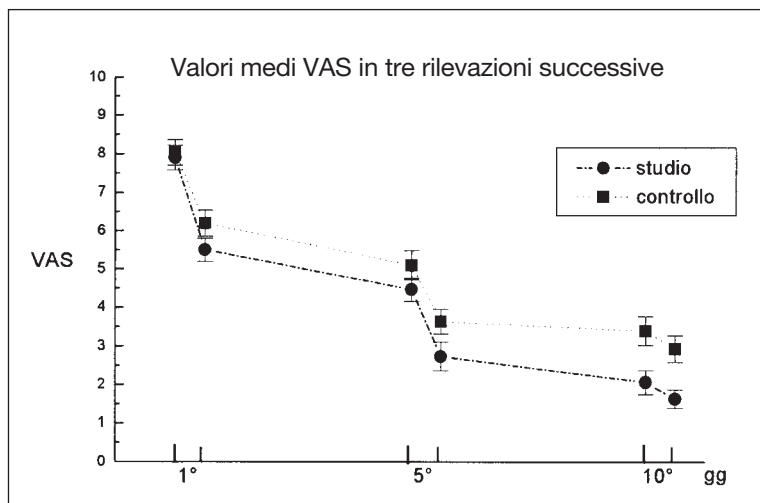
2 – Medie VAS nelle 6 rilevazioni, nello studio e nei controlli. Nella tabella 2 sono riportati i valori medi della VAS, misurati nelle sei rilevazioni, a (basale) e b (dopo due ore dalla terapia) al 1°, al 5° e al 10° giorno.

Tab. 2 - Valori medi della VAS nelle sei rilevazioni. a = basale; b = dopo due ore

Giorno	rilevazione	Media studio	Media contr.	t	p
1	a	7.9±0.8	8.0±0.8	/	/
	b	5.5±0.8	6.2±0.9	3.13	<1%
5	a	4.5±0.8	5.1±0.9	3.14	<1%
	b	2.8±0.8	4.6±1.0	4.02	<1%
10	a	2.0±0.6	3.8±0.7	6.26	<1%%
	b	1.7±0.6	3.3±0.8	6.47	<1%%

Nella figura 5 sono riportati i dati relativi alla tabella 2.

Fig. 5 - Valori medi VAS, basali e a distanza di due ore misurati in tre sedute distanziate 5 giorni tra loro, nel gruppo di studio e nei controlli.



3 – Correlazione tra VAS e Diametro

Nei due gruppi, abbiamo fatto un preventivo controllo sulla relazione esistente tra il dolore percepito indicato dalla VAS e il segno clinico espresso dal diametro dell'area iperalgesica. Nella figura 6 è riportata la correlazione tra diametro dell'area iperalgesica e VAS, in condizioni basali per entrambi i gruppi, e per i due gruppi separati al termine della terapia. Mentre nei controlli (O) permane, se pur ridotta, una relazione lineare tra diametro e VAS, nello studio si osserva che il diametro, molto più ridotto che all'inizio della

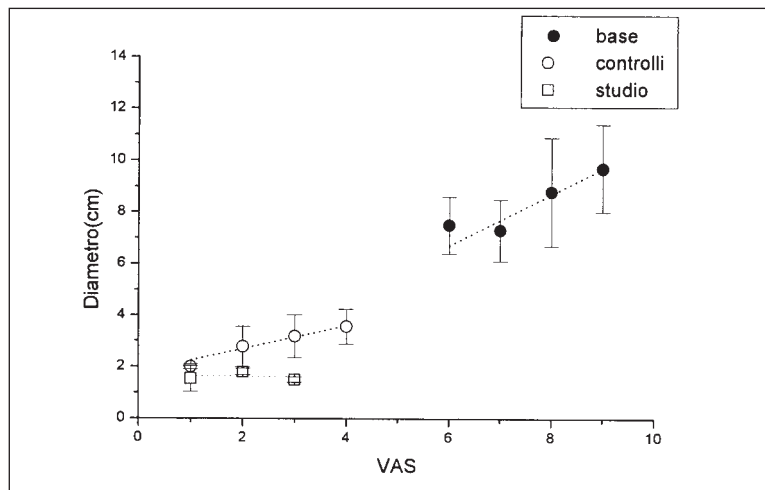
terapia, è indipendente dal valore della VAS e praticamente costante in tutto il gruppo.

5 - Variazione totale della VAS. Indichiamo con VD la differenza tra i valori VAS mi-

6 - Variazione del diametro dell'area iperalgesica con la terapia. Si osserva che nel primo giorno di terapia, l'effetto del farmaco sul diametro dell'area iperalgesica è già sensibile dopo due ore.

Fig. 6 - Correlazione tra VAS e diametro dell'area iperalgesica

- comportamento basale dei 60 soggetti
- comportamento dei controlli alla fine della terapia
- comportamento dello studio alla fine della terapia
- rette di regressione



4 - Variazione totale del diametro ID. Le variazioni ID del diametro dell'area iperalgesica tra la prima e l'ultima rilevazione sono significativamente ($p < 1\%$) diversi nei due gruppi in media.

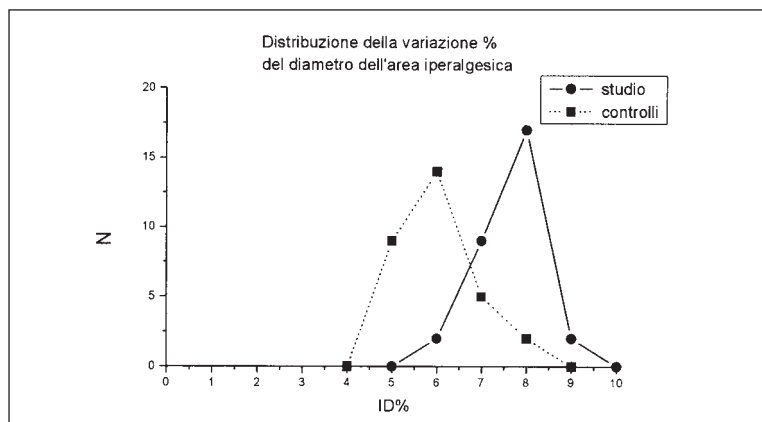
ID test = 6.8 ± 1.4 cm
ID cont = 5.7 ± 2.2 cm

Questo è più evidente se si considera la variazione percentuale.

ID% test = $.80\% \pm .11\%$
ID %cont = $.63\% \pm .14\%$

Le distribuzioni delle differenze percentuali sono spostate tra loro come si evidenzia nella figura 7.

Fig. 7 - Numero di soggetti corrispondenti al valore percentuale

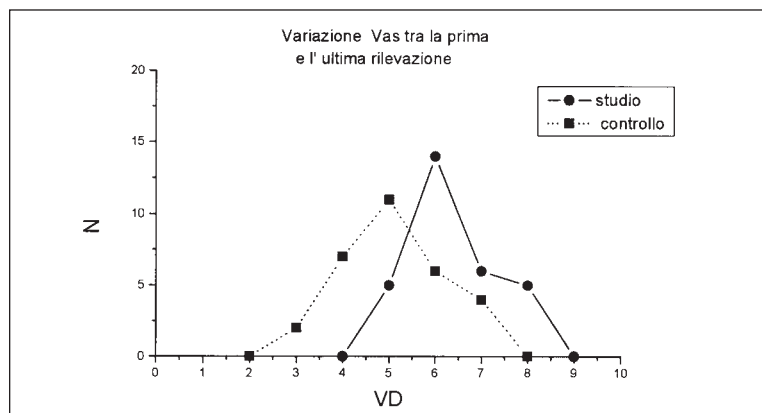


surati alla fine e all'inizio della terapia.

VD (studio) = 6.3 ± 0.7
VD (controllo) = 5.1 ± 0.8

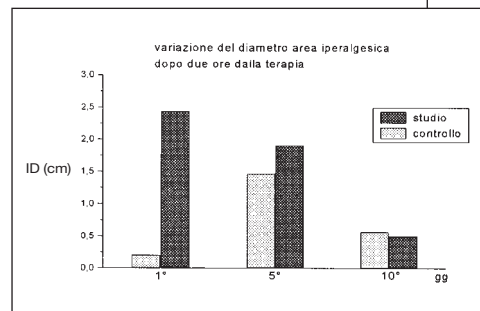
Gli istogrammi di frequenza di VD mostrano il diverso modo in cui si distribuiscono i valori VD nei due gruppi (Fig. 8).

Fig. 8 - Variazioni della VAS tra la prima e l'ultima rilevazione (VD)



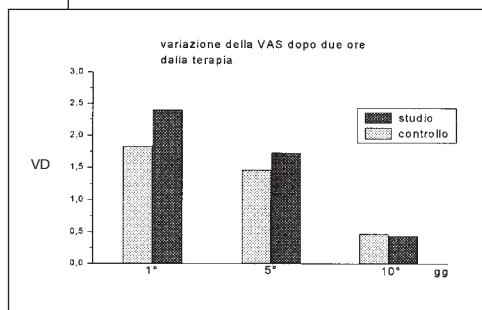
Per meglio evidenziare l'effetto immediato sul diametro dell'area iperalgesica e sulla VAS, vengono riportate nella figura 9 le differenze tra i diametri dell'area iperalgesica nell'arco di due ore, sia nel gruppo di studio che di controllo.

Fig. 9 - Variazione (ID) del diametro dell'area iperalgesica nelle due ore successive alla terapia nel gruppo di studio e in quello di controllo, misurata in tre sedute distanziate 5 giorni (gg) tra loro.



La variazione della VAS in due ore non appare molto diversa nel gruppo di studio e in quello di controllo (Fig. 10).

Fig. 10 - Variazione (VD) della VAS nelle due ore successive alla terapia nel gruppo di studio ed in quello di controllo, misurata in tre sedute distanziate 5 giorni (gg) tra loro.



Discussione

La lettura meditata produce un miglioramento della terapia, che si evidenzia dai dati del gruppo studio paragonati con quelli del gruppo di controllo. Infatti, alla fine della terapia, il gruppo studio oltre ad avere una diminuzione assai più marcata della VAS (VD), presenta anche una maggiore diminuzione dell'area iperalgesica (ID).

Questo potenziamento della lettura meditata sul trattamento farmacologico si evidenzia sin dalla prima seduta terapeutica. Infatti, si ha una significativa diminuzione dell'area iperalgesica dopo solo due ore, unicamente nel gruppo studio. Nei soggetti di controllo, solo 3 su 30 mostrano una lievissima diminuzione di tale area dopo la prima somministrazione del farmaco antalgico.

In entrambi i gruppi la VAS diminuisce nelle prime due ore dopo il trattamento terapeutico, anche se in modo più marcato nel gruppo studio.

Possiamo dare una interpretazione fisiopatologica delle modificazioni indotte nel sistema nocicettivo da una lesione, da un trattamento farmacologico (F) e da un trattamento farmacologico (F) abbinato alla lettura meditata (stimolo religioso) (IR).

In un'ottica di tipo informatico, il sistema nocicettivo può

essere rappresentato in modo molto schematico come la composizione di tre blocchi funzionali: la **lesione**, l'insieme dei filtri discriminatori centrali e periferici che stabiliscono il livello di soglia dello stimolo nocicettivo (**discriminatore**), e infine il blocco che gestisce e controlla l'informazione (**centro**).

Nelle figure 11, 12, 13 sono riportati i relativi schemi a blocchi.

Possiamo schematizzare il dolore D che arriva ai centri come la differenza tra il segnale A proveniente dalla lesione e il valore di soglia S tipico del blocco di discriminazione.

In seguito all'arrivo di D si

producono, da parte del centro, due segnali: un segnale di ritorno b verso il blocco di discriminazione ed un segnale b1 verso la lesione.

Il segnale b tende ad aumentare il livello di soglia (adattamento) di una entità bS° . Il livello di soglia diventa allora $S = S^\circ + bS^\circ$ diminuendo il segnale doloroso D. Il segnale b1 attiva i meccanismi riparatori. In seguito alla diminuita entità della lesione, il segnale A proveniente da questa diventa minore di una quantità b1A (Fig. 11).

Nella figura 12 è riportato lo schema che rappresenta in modo semplificato l'effetto del farmaco sul sistema nocicettivo.

Fig. 11 - Schema rappresentante l'effetto della lesione sul sistema nocicettivo.

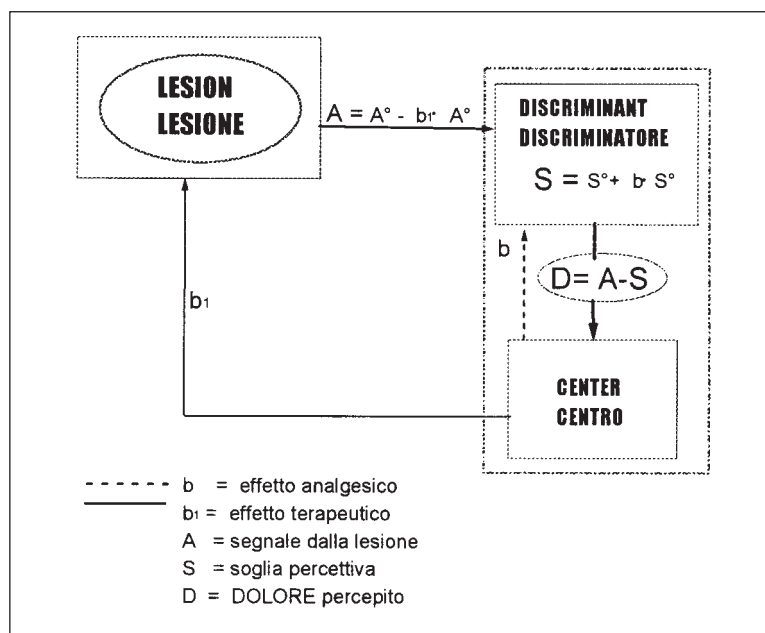
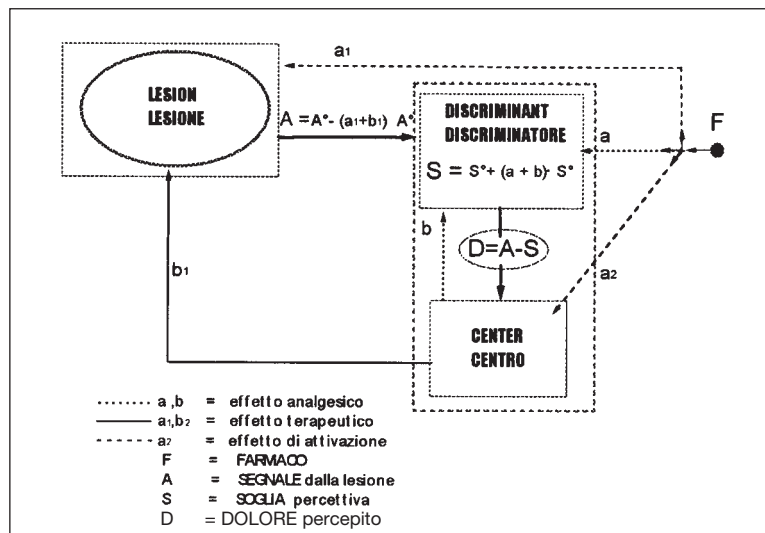


Fig. 12 - Schema rappresentante l'influenza della terapia farmacologica sul sistema nocicettivo.



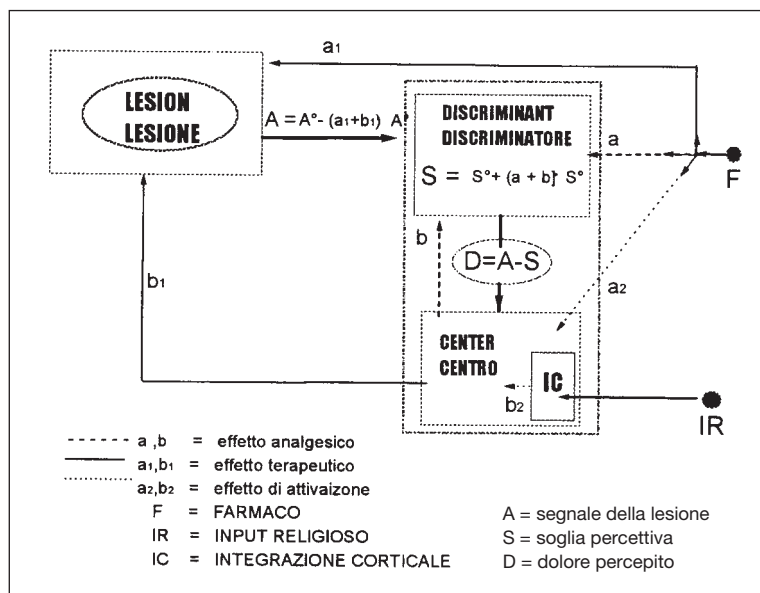
L'intervento del farmaco F sulla nocicezione può avere tre effetti: (a) antalgico sul blocco funzionale che genera il valore di soglia S (discriminatore); (a1) curativo della lesione; (a2) antalgico a livello centrale. Il primo effetto (a) si traduce in un innalzamento del valore di soglia S di una quantità a.S. Come conseguenza del secondo effetto (a1) il segnale prodotto dal centro verso il discriminatore viene aumentato.

L'effetto diretto sulla lesione (a1) diminuisce il valore del segnale A da questa prodotto.

Un input esterno quale la lettura meditata agisce direttamente a livello centrale (Fig. 13).



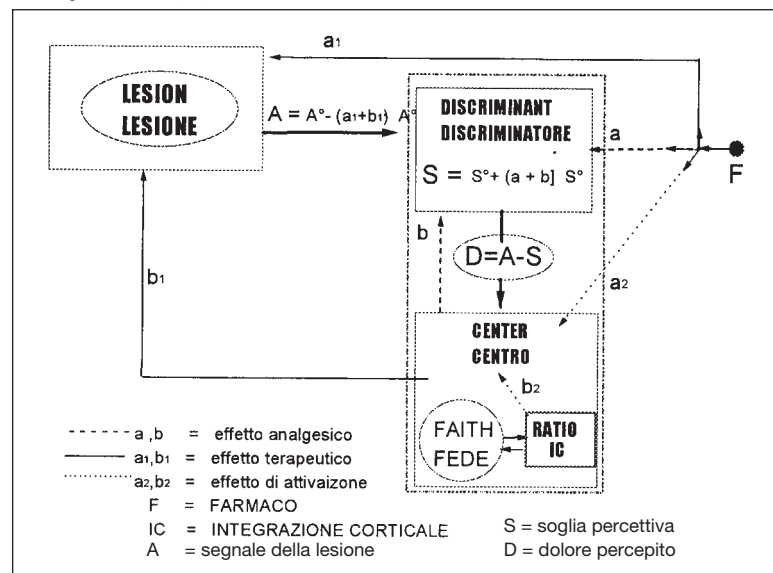
Fig. 13 - Schema rappresentante l'effetto combinato del farmaco (F) e dell'input religioso (IR) sul sistema nocicettivo.



L'input religioso (IR) abbinato al farmaco F agisce direttamente sul centro, tramite i blocchi di integrazione corticale (IC) generando una attivazione (b2) di tipo analogo all'effetto a2 prodotto dal farmaco. In tal modo si può spiegare l'aumentata rapidità di azione e il maggiore effetto farmacologico nei soggetti che hanno ricevuto uno stimolo religioso.

Da esperienze e studi precedenti (Zucchi, Honings, 1996; Zucchi, Honings, Voegelin, 2001) è stato riscontrato che la posizione di fede può essere interpretata come un input interno, che produce un ulteriore potenziamento del farmaco. Si potrebbe rappresentare questa impostazione con lo schema della figura 14.

Fig. 14 - Schema rappresentante l'effetto combinato della FEDE e del farmaco (F) sul sistema nocicettivo.



La fede, vista come un input interno, interagisce con i sistemi di integrazione centrale (IC), producendo un segnale di attivazione (b2), analogo a quello prodotto dal farmaco (a2). Questa ulteriore attivazione, aumenta sia il segnale b che modifica la soglia del discriminatore, ma anche il segnale b1 verso i meccanismi riparativi.

C'è quindi d'attendarsi che la guarigione della lesione avvenga più rapidamente nei pazienti credenti nei quali è presente la condizione ottimale FEDE-PREGHIERA.

SECONDA PARTE

Una spiegazione teologico-antropologica

Il precedente esame medico-scientifico sulla percezione, per quanto riguarda l'effetto psichico del dolore misurato tramite VAS, e sulla variazione per quanto riguarda l'effetto fisico, dell'area iperalgesica nella sindrome algica lombare, mira a spiegare la possibile influenza di una lettura evangelica meditata. Due ore dopo la somministrazione del farmaco trenta pazienti del gruppo di studio sono stati invitati alla lettura di un brano di San Giovanni. Per questo la Fede è vista come un input religioso interno per vedere se interagisce con i sistemi di integrazione centrale (IC), producendo un segnale di atti-

vazione (b2) analogo a quello prodotto dal farmaco (a2). Infatti, questa ulteriore attivazione aumenta sia il *segnale b* che modifica la soglia del discriminatore, sia il *segnale b1* verso i meccanismi riparativi. Pertanto la guarigione della lesione può avvenire più rapidamente in quei pazienti nei quali è presente la condizione ottimale della Fede-Meditazione del testo di San Giovanni. A questo punto cerchiamo di offrire una spiegazione teologico-antropologica dei risultati della ricerca, con particolare attenzione all'effetto fisico sull'estensione dell'area iperalgesica.

L'uomo a immagine di Dio

Di tutte le creature visibili, soltanto l'uomo è "capace di conoscere e di amare il proprio Creatore"¹¹, "è la sola creatura che Dio abbia voluto per se stessa"¹², soltanto l'uomo è chiamato a condividere, nella conoscenza e nell'amore, la vita di Dio. A questo fine è stato creato ed è questa la ragione fondamentale della sua dignità. Ecco perché ogni individuo umano ha la dignità di persona; non è qualcosa, ma qualcuno. Ora, ed è determinante per la presente spiegazione, "la persona umana, creata a immagine di Dio, è un essere insieme corporeo e spirituale. Il racconto biblico esprime questa realtà con un linguaggio simbolico, quando dice «Dio plasmò l'uomo con polvere del suolo e soffiò nelle sue narici un alito di vita, e l'uomo divenne un essere vivente» (Gen 2, 7). L'uomo tutto intero è quindi *voluta* da Dio"¹³.

L'uomo: unità di anima e di corpo

Nella Sacra Scrittura, il termine *anima* indica spesso la *vita* umana⁴ oppure tutta la *persona* umana⁵. Tuttavia, e ciò merita una sottolineatura, essa indica anche tutto ciò che vi è nell'uomo di più intimo⁶ e, quindi, di maggiore valore⁷. Comunque, "anima" significa ciò per cui ogni uomo è particolarmente immagine di Dio in quanto essa è "il *principio spirituale* nell'uomo"⁸. Ora, appunto in virtù di questo suo-

essere-principio *nell'uomo*, l'anima rende anche il corpo *dell'uomo* partecipe alla dignità di "immagine di Dio". È quanto insegna autorevolmente il CCC: "Il corpo dell'uomo partecipa alla dignità di «immagine di Dio»: è corpo umano proprio perché animato dall'anima spirituale"⁹. E i padri del Vaticano II precisano ancora: "Unità di anima e di corpo, l'uomo sintetizza in sé, per la sua stessa condizione corporale, gli elementi del mondo materiale, così che questi attraverso di lui toccano il loro vertice e prendono voce per lodare in libertà il Creatore"¹⁰. Da questo valore antropologico del corpo segue il perché, la spiegazione, dal punto di vista teologico, di come non sia le-



cito all'uomo disprezzare la vita corporale; egli anzi è tenuto a considerare buono e degno di onore il proprio corpo, appunto perché creato da Dio e destinato alla risurrezione nell'ultimo giorno"¹¹.

Ormai è più che evidente perché non è soltanto lecito ricorrere alla lettura meditata del testo giovanneo, ma che questo ricorso è persino consigliabile. È quanto intendo approfondire ulteriormente.

L'anima come "forma del corpo"

Ho già detto che l'uomo tutto intero, cioè come unità di anima e di corpo, è voluto da Dio. Ora questa unità, ed è ciò che qui interessa, è per San Tommaso così profonda che si deve considerare l'anima come la forma del corpo¹². I capisaldi, infatti, dell'antropologia filosofica e teologica di San Tommaso sono due: l'appartenenza del corpo all'essenza,

sostanza dell'uomo, e la sussistenza dell'anima anche senza il corpo. Da questi due tesi l'Aquinate deduce: **a.** l'atto dell'essere (*actus essendi*) dell'uomo è prioritariamente atto dell'essere dell'anima e, *mediante l'anima*, diviene anche atto d'essere del corpo; **b.** legata sostanzialmente al corpo l'anima è esposta all'impulso delle passioni, impulsi veementi che essa può, tuttavia, controllare¹³. Presentemente interessa sottolineare che l'atto dell'essere dell'anima diventa, mediante l'anima, anche l'atto dell'essere del corpo.

In base a questa dualità sostanziale ontologica, ossia intrinseca, di ogni persona umana, (quindi non accidentale o estrinseca) ritengo di poter spiegare i risultati del nostro studio.

Spiegazione teologica dei risultati

Dall'unità sostanziale di anima e di corpo segue che l'anima si esprime attraverso il corpo. Merleau Ponty e Gabriel Marcel non esitano a dire categoricamente *Le corps c'est moi! Il corpo sono io!* L'essere dell'uomo può definirsi un'anima incarnata oppure un corpo animato. Per questa sua condizione corporale, l'uomo sintetizza in sé gli elementi del mondo materiale, i quali toccano così attraverso di lui il loro vertice e prendono voce per lodare in libertà il Creatore¹⁴. Ecco perché, concludono i padri del Vaticano II, "non è lecito all'uomo disprezzare la vita corporale; egli anzi è tenuto a considerare buono e degno di onore il proprio corpo, appunto perché creato da Dio e destinato alla risurrezione nell'ultimo giorno"¹⁵. Tuttavia, l'uomo "non sbaglia a riconoscersi superiore alle cose corporali e a considerarsi più che soltanto una particella della natura o un elemento anonimo della città umana. Infatti, nella sua interiorità, egli trascende l'universo: a questa profonda interiorità, egli torna, quando si volge al cuore, là dove lo aspetta Dio, che scruta i cuori¹⁶, là dove sotto lo sguardo di Dio egli decide del suo destino. Perciò, riconoscendo di avere un'anima spi-

rituale e immortale, non si lascia illudere da fallaci finzioni che fluiscono unicamente dalle condizioni fisiche e sociali, ma invece va a toccare in profondo la verità stessa delle cose¹⁷. Alla luce di questa visione antropologico-teologica è possibile spiegare la differenza dei risultati

I risultati si riferiscono a **due input**, uno comune a tutti i 60 pazienti, l'altro a soli 30 pazienti. Il primo è l'**input del farmaco** a base di FANS, l'altro è un **input religioso**, dopo la somministrazione della terapia, a base di una lettura evangelica meditata. I risultati calcolati statisticamente riguardano **due effetti**, vale a dire, l'*effetto fisico* dell'area iperalgesica basale e dopo due ore dalla terapia, nonché l'*effetto psichico* della soglia VAS. Dal confronto tra lo studio e il controllo risulta una notevole differenza del diametro **ID** e della variazione della **VAS** per quanto concerne i 30 pazienti sottoposti a lettura meditata (input religioso). La lettura meditata produce un miglioramento della terapia. Infatti, alla fine della terapia, il gruppo studio oltre ad avere una diminuzione assai più marcata della VAS, (VD) presenta anche una maggiore diminuzione dell'area iperalgesica (ID). La diminuzione ID si spiega in base alla unità costitutiva di anima e di corpo dell'essere umano; l'anima non solo fa sì che il corpo diventi un corpo umano, ma anche e, soprattutto, lo rende partecipe alla dignità di "immagine di Dio". Il farmaco non si limita perciò soltanto all'influsso terapeutico sul corpo, in quanto elemento materiale, ma stimola anche l'anima affinché questa eserciti il suo influsso di anima del corpo umano ossia di costitutivo spiritualizzante. Ecco perché possiamo constatare certe diminuzioni, tanto a livello fisico quanto a livello psichico, in tutti i 60 pazienti.

Per quanto riguarda i 30 pazienti dell'*input religioso* dobbiamo cercare la spiegazione nella interiorità specifica ossia nella superiorità dell'uomo alle cose corporali. La tradizione spirituale della Chiesa parla qui di *cuore*, nel senso biblico di

"profondità dell'essere"¹⁸, dove la persona si decide o no per Dio¹⁹. Infatti, la lettura del brano di Giovanni, fa tornare l'uomo-paziente al cuore, là dove aspetta Dio, che scruta i cuori e dove l'uomo prende decisioni sotto lo sguardo divino. È allora che l'uomo esprime la sua unità sostanziale di soma, psiche, pneuma al livello della sua integrità essenziale ed integrità esistenziale²⁰. "La parola di Dio, infatti, è viva ed efficace. È più tagliente di qualunque spada a doppio taglio. Penetra a fondo, fino al punto dove si incontra l'anima e lo spirito, fin là dove si toccano le giunture e le midolla. Conosce e giudica anche i sentimenti e i pensieri del cuore"²¹

Prof. PIERLUIGI ZUCCHI, S.O.
Istituto per lo Studio e la Terapia
del Dolore (I.S.T.D.)
Firenze, Italia

P. BONIFACIO HONINGS
O.C.D.
Prof. emerito delle Università
Pontificie PUL e URB
Roma, Italia

Prof.ssa MARIA ROSA
VOEGELIN
Dipartimento Fisiopatologia Clinica
Università degli Studi
Firenze, Italia

Ringraziamenti

Gli AA. ringraziano il Prof. Gian Franco Gensini, Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Firenze, per i sentimenti di stima manifestati nei confronti loro, dopo la lettura del presente lavoro.

Bibliografia - Prima Parte

- ALBE FESSARD, D., GIAMBERARDINO, M. A., *Il Dolore*, Biblioteca Medica Masson, (1997) 1-235.
- BRUCINI, M., DURANTI, R., GALLETTI, R., PANTALEO, T., ZUCCHI, P.L., *Pain thresholds and electromyographic features of periarticular muscles in patients with osteoarthritis of the knee*, Pain, 10 (1981) 57-66.
- FIELDS, H. L., *Pain*, Mc Graw-Hill, (1988) 1-312.
- GALLETTI, R., DURANTI, R., ZUCCHI, P.L., *Rilievi sulle modificazioni dei tessuti cutaneo e sottocutaneo nel quadro dell'iperalgia sperimentale*, Il Dolore (1979) 111-121.
- I.A.S.P. (International Association for the Study of Pain). *Pain terms: a list with definitions and notes on usage*, Pain 6 (1979) 249; 14(1982) 205.
- INMAN, V.T., SAUNDERS, J.B. DEC. M., *Referred pain arising from muscle*, Clin.Sci.3 (1938) 175-190.
- INMAN, V.T., SAUNDERS, J.B. DEC. M., *Referred pain from skeletal structures*, J. Nerv. Ment. Dis. 99 (1944) 660-667.
- KELGREN, J. H., *Observations on re-*

ferred pain arising from muscle, Clin. Sci. 3 (1938) 175-190.

⁹ LEWIS, T., *Pain*, Macmillan, New York, 1942.

¹⁰ LEWIS, T., KELLGREN, J. H., *Observations relating to referred pain, visceromotor reflexes and other associated phenomena*, Clin. Sci. 4 (1939) 47-71.

¹¹ PROCACCI, P., ARANCINI, F., MARESCA, M., ZOPPI, M., *Cutaneous pain threshold changes after sympathetic block in reflex dystrophies*, Pain, 1 (1975) 167-175.

¹² RUCH, T. C., *Pathophysiology of pain*. In T. C. Ruch and H. D. Patton (Eds.) *Physiology and Biophysics*, Saunders, Philadelphia, 1965, 345-363.

¹³ SINCLAIR, D. C., WEDDELL, G., FEINDEL, W. H., *Referred pain and associated phenomena*, Brain, 71 (1948) 184-211

¹⁴ TIENGO, M., ZOPPI, M., *Guarire dal dolore*, B.U.R., (1995) 1-371.

¹⁵ VECCHIET, L., ALBE FESSARD, D., LINDBLOM, U., GIAMBERARDINO, M. A., *New trends in referred pain and hyperalgesia*, Elsevier, Amsterdam (1993)

¹⁶ ZIMMERMANN, M., SANDERS, K., *Responses of nerve axons and receptor endings to heat, ischemia, and algescic substances. Abnormal excitability of regenerating nerve ending*. In W. J. Culp and J. Ochoa (Eds.), *Abnormal Nerves and Muscles as Impulse Generators*, Oxford University Press, New York, (1982)

¹⁷ ZUCCHI, P.L., BENDINELLI, P., BUS-SOLIN, L., GIAMBERARDINO, M.A., BARDI, D., *Confronto telemetrico tra aree iperalgesiche secondarie a trigger-points post-traumatici e provocati sperimentalmente. Aspetti di semeiologia clinica e strumentale*, Algologia, 2 (1984) 131-144

¹⁸ ZUCCHI, P.L., HONINGS, B., *Faith as a transcendent element facilitating therapeutic results in suffering patients*, Dolentium Hominum, 3 (1996) 16-28

¹⁹ ZUCCHI, P.L., HONINGS, B., VOEGELIN, M. R., *Pain Faith Prayer. Therapeutic effect of faith and prayer on subjects with painful pathologies. Blind study on a group of 1104 patients*, Compendium of Pain Semantics, 11 (2001) 1-384

Note - Seconda Parte

¹ Conc. Ecum. Vat.II, *Gaudium et spes*, 12, 3.

² *Ibidem*, 24, 3.

³ Catechismo della Chiesa Cattolica (CCC), 362.

⁴ Cf. *Mt* 16, 25-26; *Gv* 15, 13.

⁵ Cf. *Atti*, 2, 41.

⁶ Cf. *Mt* 26, 38; *Gv* 12, 27.

⁷ Cf. *Mt* 10, 28; *2 Mc* 6, 30.

⁸ CCC, 363.

⁹ CCC, 364.

¹⁰ Conc. Ecum. Vat.II, *Gaudium et spes*, 14, 1.

¹¹ Vedi *ibidem*.

¹² Il Concilio di Vienna (1312) va sua questa concezione della unità sostanziale dell'anima e del corpo dell'uomo (vedi Denz. -Schönm., 902; CCC, 365)

¹³ BATTISTA MONDIN, *Dizionario enciclopedico del pensiero di San Tommaso d'Aquino*, Ed. Studio Domenicano 1991, p. 50.

¹⁴ Cf. *Dan* 3, 57-90.

¹⁵ Conc. Ecum. Vat. II, *Gaudium et spes*, 14.

¹⁶ Cf. *1Re* 16, 7; *Ger* 17, 10.

¹⁷ Conc. Ecum. Vat. II, *Gaudium et spes*, 14.

¹⁸ Cf. *Ger* 31, 33.

¹⁹ Cf. CCC, 368; cf. *Dt* 6,5; 29, 3; *Is* 29, 13; *Ez* 36, 26; *Mt* 6, 21; *Lc* 8, 15; *Rm* 5, 5.

²⁰ Cf. ZUCCHI, P.L., HONINGS, B., *Faith as a transcendent element facilitating therapeutic results in suffering patients*, Dolentium Hominum, 3(1996) 16-28,

²¹ *Ebrei*, 4, 12.

Storia della medicina monastica nell'occidente cristiano

52

Con il termine “medicina monastica” si è soliti comprendere il complesso delle attività sanitarie svolte da personale religioso, generalmente all'interno dei conventi, nei confronti di confratelli o pellegrini bisognosi di assistenza e cura. Essa si sviluppò soprattutto in epoca medioevale per poi lentamente decadere nelle epoche successive.

Il monachesimo cristiano fin dal suo primo apparire ebbe stretti rapporti con la medicina per varie ragioni. In primo luogo l'assistenza agli infermi era raccomandata direttamente dal Vangelo come opera di misericordia corporale. Inoltre anche se si considerava la malattia come un mezzo di purificazione e di salvezza, il corpo in quanto dono di Dio doveva essere rispettato attraverso le pratiche igieniche e curato attraverso le pratiche terapeutiche. La Chiesa poi, soprattutto nei primi tempi, si proponeva di estirpare dalla popolazione ogni residuo di paganesimo contrastando anche le superstizioni che riguardavano la salute e la malattia. I monaci infine nella quiete dei conventi avevano la possibilità di esaminare e studiare gli antichi testi, anche di argomento medico e scientifico, che i loro confratelli avevano salvato dalla distruzione e dall'oblio restaurandoli o ricopiandoli.

La medicina monastica, come del resto in generale la medicina dell'occidente cristiano, presentava alcune importanti caratteristiche. Per il personale sanitario vigeva l'equivalenza tra servire (“servitium”) ed ospitare (“hospitalitas”), oltre a quella tra poveri (“pauperes”) e malati (“infirmi”). Poveri e malati venivano considerati signori (“domini”) da servire e riverire come prediletti del Signore; i loro

corpi dovevano essere curati e tutelati come le membra predilette del corpo di Cristo. Ad ogni modo il corpo nel quale si manifestava la malattia non era considerato separato dall'anima, essendo anzi la malattia somatica quasi sempre espressione di un malessere spirituale (l'errore o il peccato). La terapia quindi non doveva occuparsi solo del corpo dei malati, ma doveva anche e soprattutto venire incontro al bisogno della loro anima. La cura delle malattie, in quanto conseguenza diretta del peccato originale ed inviate da Dio per punire o mettere alla prova il cristiano, doveva perciò consistere non tanto e non solo in pratiche mediche (come somministrare pozioni o effettuare salassi), ma anche in devozioni e riti religiosi oppure nell'intervento di una persona che avesse ricevuto da Dio particolari virtù guaritrici. La malattia si trovava dunque inserita in un piano complessivo della divinità volto alla purificazione del cristiano. La morte stessa veniva generalmente considerata come un passaggio di tale itinerario verso la salvezza sia dell'anima che del corpo; quest'ultimo sarebbe alla fine risorto, mondato da ogni imperfezione. “Sanitas corporis” e “salus animae” erano i due obiettivi, sostanzialmente intercambiabili, perseguiti simultaneamente o singolarmente dalla medicina monastica. Essi erano comunque perseguiti anche dalla coeva medicina laica ed anche dai vari rituali terapeutici dettati dalla religiosità popolare. Durante il medioevo in sostanza il cristiano si sentiva inserito in una rete di corrispondenze tra il sé e l'universo, tutto il creato essendo indistintamente partecipe degli imperscrutabili piani di Dio.

Per i motivi appena esposti si può ipotizzare che fin dall'inizio del monachesimo occidentale tra le varie incombenze a cui i monaci dovevano provvedere abbia trovato una sua rilevanza l'assistenza e la cura prestate ai confratelli ammalati, ben presto estese ai pellegrini o ai viaggiatori che giungevano al monastero. Ospizi per infermi e pellegrini erano già del resto sorti a partire dal III-IV secolo dopo Cristo nell'ambito del monachesimo orientale, come quelli fondati da S. Basilio a Cesarea di Cappadocia e da S. Giovanni Crisostomo a Costantinopoli. Quando poi, a partire dal V-VI secolo dopo Cristo, il fenomeno del monachesimo si spostò dalle primitive sedi di origine (coste mediterranee sud-orientali, dall'Egitto alla Turchia) alla parte settentrionale del bacino del Mediterraneo (dapprima in Italia e Gallia, in seguito anche nell'Europa centrale) nell'organizzazione delle comunità monastiche si pensò ben presto a qualche forma di attività sanitaria per le necessità conventuali.

Un certo interesse per l'igiene e la medicina mostrarono del resto gli stessi fondatori di comunità e ordini monastici nella redazione dei loro scritti o nella stesura delle varie “regole”. Così ad esempio S. Giovanni Cassiano, iniziatore insieme a S. Martino di Tours del monachesimo nelle Gallie, si occupò nell'opera “Collationes” di igiene dell'alimentazione e del sonno. Soprattutto S. Benedetto da Norcia, fondatore nel 529 del monastero di Montecassino, nella sua “Regola Monachorum” diede precise indicazioni sullo svolgimento dell'attività sanitaria nei conventi del suo ordine. “Infirmorum cura ante omnia et super omnia adhi-

benda est” recita l’inizio del capo XXXVI. L’Abate in persona doveva vigilare affinché tale attività garantisse convenienti ed efficienti prestazioni (“ergo cura maxima sit Abbatine aliquam negligentiam infirmi patiantur”).

L’impostazione data da S. Benedetto alla medicina monastica si estese ben presto agli altri conventi, o fondati direttamente da lui e dai suoi primi seguaci oppure comunque osservanti nei secoli seguenti la regola benedettina, sia in Italia (Subiaco, Casamari, Fossanova, Farfa, Trisulti, Bobbio, Nonantola, Novalesa, ecc.) che all’estero (Fulda, Reims, Saint Gallen, Tours, Fleury, Reichenau, Werden, ecc.). Essa continuò anche negli ordini nati dopo il mille ad opera di continuatori ed innovatori della regola benedettina (ad esempio l’ordine cluniacense, quello camaldolese, quello vallombrosiano e quello cistercense).

Il sistema sanitario conventuale prevedeva, secondo le indicazioni di S. Benedetto, alcune caratteristiche costanti.

Vi era innanzi tutto il *monachus infirmarius* o *monachus medicus*, un confratello che aveva l’incombenza ed anche la competenza di assistere e curare gli infermi che gli venivano affidati. A tale monaco si richiedevano dei requisiti particolari quali l’essere: “*timens Deum*” (cioè ricco di fede e di amore per il prossimo), “*diligens*” (cioè accorto ed attento nella sua scienza) ed infine “*sollicitus*” (cioè dinamico ed instancabile nella sua professione).

Vi era poi l’infermeria, cioè un locale per il ricovero dei monaci ammalati, come prescritto dalla regola benedettina (“*quibus fratribus infirmis sit cella super se deputata*”). Tale locale venne ben presto separato dal corpo principale del monastero e dotato di propri bagni per l’importanza allora attribuita alla terapia balneare. Con il progressivo sviluppo della medicina monastica l’infermeria si trovò ad avere uniti altri locali (ad esempio quelli per terapie particolari oppure quelli per l’abitazione del medico e dei

suoi aiutanti) così da costituire spesso un’unità funzionale autonoma all’interno dell’abbazia.

Vi era inoltre l’*hortus simplicium*, cioè un piccolo appezzamento di terreno (*hortulus*) entro le mura del monastero destinato alle erbe e piante medicinali necessarie per la preparazione dei medi-

fine altre due strutture che pur non essendo all’origine strettamente sanitarie potevano avere stretti contatti con la pratica della medicina monastica: l’*Hospitium* e lo *Scriptorium*. La prima (talora suddivisa in *hospitium hospitum*, per i personaggi di riguardo, ed *hospitium pauperum*, per i meno abbienti) era infatti adi-



camenti, secondo la generale impostazione autarchica della vita e dell’economia conventuale. Accanto alla coltivazione delle piante salutari i monaci svilupparono successivamente anche gli studi botanici e fitoterapici giungendo alla compilazione di veri e propri trattati come i cosiddetti “*Hortuli*” dove venivano descritte in versi le proprietà delle varie piante.

Vi era poi l’*armarium pigmentariorum*, dapprima soltanto un armadio e successivamente un vero locale dove venivano stipati i prodotti dell’*hortulus*. In seguito tale locale diede origine alla spezieria o farmacia conventuale adibita alla preparazione e conservazione in appositi vasi dei medicinali, solitamente di tipo fitoterapico.

Nel monastero vi erano in-

bita ad ospitare i pellegrini giunti all’abbazia, bisognosi spesso anche di cure mediche oltre che di cibo e di riposo. La seconda era invece adibita a ricopiare, restaurare e conservare (nell’annessa biblioteca) gli antichi volumi, anche di argomento medico-scientifico, giunti in possesso dell’abbazia e resi in tal modo più facilmente consultabili.

I presidi sanitari utilizzati dalla medicina monastica contemplavano la fitoterapia, la balneoterapia, la dieta ed anche interventi di piccola chirurgia. Il personale medico-infermieristico comprendeva oltre al *monachus infirmarius*, addetto all’infermeria, numerose altre figure quali il *monachus erbarius*, addetto al giardino dei semplici, il *monachus pigmentarius*, addetto alla farmacia, ed inoltre

dei *famuli* addetti a mansioni sanitarie minori (quali il *minor* o *phlebothomator*, il *sutor*, il *rasorius*, il *coquus*, ecc.). Sembra infine probabile



che fossero parte integrante di tale sistema sanitario le *Scholae coenobiales medicae*, cioè dei luoghi deputati a tramandare nei vari monasteri il sapere medico-chirurgico accumulato nel corso degli anni dal *medicus infirmarius* e dai suoi predecessori, al fine di assicurare una solida preparazione culturale e scientifica ai monaci che dovevano occuparsi della salute dei confratelli.

Tra gli esponenti più significativi della medicina monastica bisogna annoverare Rabano Mauro (776-856) del monastero di Fulda, Lanfranco (nato attorno al 1010) del monastero francese di Bec, Costantino l'Africano (1015-1085) del monastero di Montecassino ed infine Ildegarda (1098-1179) del monastero di Rupertsberg presso Bingen.

Un esempio di organizzazione sanitaria monastica è offerto dalla piantina del monastero di S. Gallo, di epoca altomedioevale (secolo IX). In tale piantina spicca dietro l'abside della chiesa abbaziale un gruppo di fabbricati interamente dedicati allo svolgimento di attività sanitarie: infermeria-ospedale, giardino dei semplici, abitazione del medico, locale per i salassi, cucina e bagno dell'infermeria e del locale per i salassi, cappella (in comune per l'in-

fermeria e per il noviziato). Vicino a tale area sanitaria si trova lo scriptorium (con annessa biblioteca) e l'abitazione dell'abate. Un po' più lontano dalla zona strettamente sanitaria, sempre però dallo stesso lato rispetto alla chiesa abbaziale, si trova invece l'ospizio con servizi annessi (birreria e forno).

La medicina monastica continuò a fiorire in Europa nei primi secoli dopo il mille, anche dopo la fondazione, tra il XII ed il XIII secolo dei cosiddetti "ordini mendicanti" i cui monaci richiamandosi agli insegnamenti evangelici vivevano prevalentemente di elemosine. Infatti anche nei conventi di tali ordini (i domenicani, fondati da S. Domenico di Guzman, ed i francescani, fondati da S. Francesco d'Assisi) veniva assicurata l'assistenza agli infermi, come ricordava nella regola di quest'ultimo ordine il capo X per i monaci (i francescani propriamente detti) ed il capo VIII per le monache (le clarisse).

In un'epoca che ancora non aveva conosciuto lo sviluppo delle istituzioni ospedaliere, la medicina monastica rivestiva inoltre nella società medioevale un'importante funzione di assistenza e cura per la popolazione residente nei paraggi del monastero, costituendo un indubbio richiamo in caso di necessità per tutte le classi sociali. Si realizzarono così anche imponenti edifici ad uso sanitario, come la grande infermeria dell'abbazia cistercense di Omrscamp (presso Noyon) che poteva ospitare fino a cento malati o come le costruzioni approntate in alcuni monasteri appositamente per lebbrosi ed appestati.

Solitamente i malati appartenenti agli strati sociali più bassi accedevano direttamente al monastero per usufruire dell'opera del *medicus infirmarius* e di quella degli altri operatori sanitari. I nobili ed i personaggi più illustri richiedevano invece prestazioni sanitarie a domicilio costringendo spesso il *monachus infirmarius* ad assentarsi dal monastero. Molti di tali medi-

ci raggiunsero grande notorietà come il monaco Notkero dell'abbazia di S. Gallo, interpellato da un gran numero di pazienti, o come Baldovino di Chartres chiamato a curare due re d'Inghilterra (Edoardo III detto il Confessore e Guglielmo I detto il Conquistatore).

Molti monaci mal tolleravano tali incombenze che li distoglievano sempre più dalla loro primitiva vocazione. Anche la Chiesa cominciò a rendersi conto che tali attività sanitarie al di fuori dalle mura conventuali, anche se dettate spesso da motivi di prestigio e di vantaggio economico-politico per l'abbazia, erano troppo distanti dai principi della vita monastica a cui erano ispirate le regole dei vari ordini. Si ebbero allora i primi sinodi e concili che cercarono di regolamentare l'attività medico-chirurgica dei monaci, limitando il loro campo d'azione fino a proibire l'esercizio della professione sanitaria (a Reims nel 1119, a Clermont nel 1130, nel Lateranense II del 1139, a Montpellier nel 1162).

Si giunse infine alle Decretali di Onorio III (1216-1227) e di Clemente IV (1265-1268) che ribadirono le limitazioni ed i divieti già espressi in passato, vietando espressamente lo studio e l'esercizio della medicina agli ecclesiastici.

Nel basso medioevo dunque la medicina monastica iniziò a decadere, gradualmente soppiantata nella sua parte strettamente terapeutico-assistenziale dai primi ospedali laici e nella sua funzione di trasmissione ed insegnamento del sapere medicoscientifico dalle prime università. Vi fu comunque da parte della Chiesa il tentativo di non disperdere del tutto il patrimonio di conoscenze e competenze accumulato dai monaci nel corso dei secoli. Con la Decretale di Bonifacio VIII (1294-1303) si lasciava infatti all'abate la facoltà e la responsabilità di consentire lo studio e l'esercizio della medicina a qualche confratello che mostrasse una specifica predisposizione verso le attività sanitarie. A partire da tale

epoca però la medicina monastica, pur continuando di fatto a sussistere, rimase ristretta e custodita all'interno dei vari monasteri senza più presentare l'ampia e dinamica attività anche nei confronti della società esterna.

Nei secoli successivi i monaci si limitarono talora a custodire tra le mura conventuali i preziosi libri di medicina e gli utensili sanitari adoperati in passato oppure frequentemente, soprattutto in epoche più recenti, a vendere nella farmacia conventuale alcuni medicinali di tipo erboristico (sciroppi, tisane, tinture madri, balsami, ecc.) ed alcuni prodotti non strettamente sanitari (saponi e altri cosmetici, alimenti dietetici, distillati, ecc.) provenienti dall'an-

nesso laboratorio farmaceutico.

Anche al giorno d'oggi le farmacie dei più importanti monasteri costituiscono spesso, nonostante le modifiche strutturali ed a volte le spoliazioni susseguitesesi nei secoli, una preziosa ed affascinante testimonianza del passato splendore della medicina monastica e del fondamentale apporto che quest'ultima diede allo sviluppo della medicina occidentale.

Professor MASSIMO
ALIVERTI

Professore di Storia della Medicina presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca, docente di Storia della Psichiatria presso la Clinica Psichiatrica dell'Università degli Studi di Milano

Riferimenti bibliografici

AA.VV., *La medicina monastica* (Atti del Convegno di studi tenutosi a Roma il 24/3/00), Roma, 2000.

AGRIMI J.-CRISCIANI C., *Malato, medico e medicina nel medioevo*, Torino, 1980.

ARIÈS P.-DUBY G., *La vita privata dall'impero romano all'anno mille*, Bari, 1987.

ARIÈS P.-DUBY G., *La vita privata dal feudalesimo al rinascimento*, Bari, 1987.

BALLESTRASSE F.-OBINU G. M., *Medicina monastica*, Scientia veterum, Vol. 93, 1966.

CAPUTO P.-TORRE D., *L'assistenza ospedaliera e farmaceutica nell'Abbazia di Casamari (Sec. XIII-XX)*, Casamari, 1984.

CORVI A.-RIVA E., *La farmacia monastica e conventuale*, Pisa, 1996.

DELLA CAPANNA G.P., *La medicina monastica benedettina*, Scientia veterum, Vol. 131, 1969.

LIVET G.-MOUSNIER R., *Il Medioevo*, in: Storia d'Europa, Vol. II, Bari, 1992.

MENGHINI A.-FRAGAI O., *L'antica farmacia di Camaldoli*, Erboristeria domani, Anno II, N. 3, 1979.

ROHRBACHER R.F., *Storia universale della Chiesa cattolica*, Torino, 1864.

SCHIPPERGES H., *Il giardino della salute. La medicina nel medioevo*, Milano, 1988.



Assistenza integrale e continuità di cura al malato di cancro: l'esperienza dell'isola tiberina

Introduzione

Il cancro è oggi sicuramente una delle malattie più complesse, che coinvolge non solo il settore fisico e funzionale, ma spesso anche la sfera psicologica, spirituale e sociale¹. Complesso è il suo trattamento, che richiede più specialisti, ma complicato è anche accettarlo, a qualunque età, per qualunque ceto sociale, sia come malati che come familiari. È inoltre una malattia che colpisce di più i Paesi industrializzati, più ricchi, quasi una rivincita dei poveri sulle malattie infettive che li vede più frequentemente protagonisti. Una contrapposizione, comunque, che si perde di fronte ad una malattia, spesso ancora invalidante e inguaribile, che fa perdere a tutti, ricchi e poveri, le certezze fino a quel momento raggiunte nella vita.

Anche conseguendo la guarigione completa, il tumore infatti lascia il segno, tanto che la vita spesso cambia radicalmente, cambiano i valori, "...le piccole cose diventano così straordinariamente preziose..."², si modificano i rapporti con familiari e amici.

Il cancro ci rende nudi di fronte alla vita e alla morte.

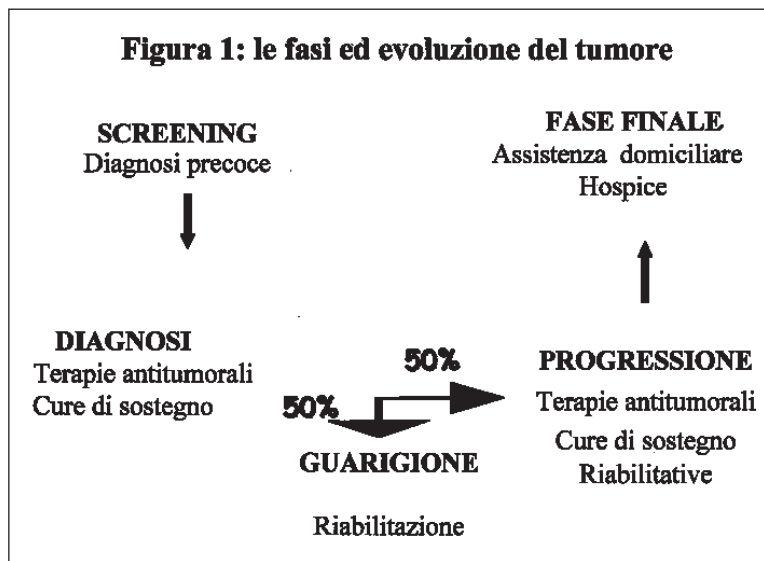
Per tutti questi motivi il malato di cancro è da considerarsi oggi tra i più bisognosi di cura integrale, una assistenza che non si fermi alla semplice prestazione sanitaria, ma si faccia carico di tutti i bisogni del malato. È quanto anche S. Giovanni di Dio ci propone. Ma come realizzare concretamente, oggi, l'Ospitalità per il malato di cancro?

Le fasi del tumore e i bisogni del malato

Per conoscere e riconoscere i bisogni del malato è necessa-

rio ripercorrere le fasi della malattia oncologica. Possiamo distinguere fondamentalmente 5 fasi (vedi Fig. 1):

dimostrati utili (ricerca sangue occulto nelle feci per il tumore del colon, PSA per il tumore della prostata).



1. Screening e diagnosi precoce

Ha come obiettivo di evitare il tumore attraverso uno stile di vita sano (dieta, attività fisica, eventuali terapie ecc). Questo obiettivo è demandato alla famiglia, scuola, medico di famiglia, presidi sanitari territoriali. Allo stesso modo si prefigge di riconoscere le alterazioni pre-tumorali che possono degenerare, oppure il tumore in fase precoce, attraverso accertamenti periodici ed esami. Si tratta di un capitolo piuttosto recente della storia dell'oncologia, che si sta progressivamente espandendo, per il riscontro, da un lato, di alcune alterazioni genetiche che aumentano il rischio di tumore (tumori del colon, mammella e ovaio, in particolare), ma anche per l'evidenza dell'utilità di test di screening nella popolazione, alcuni già da tempo consolidati (ad es. mammografia per il tumore della mammella, pap-test per la cervice uterina), e altri che più recentemente si sono

Situazioni di rischio genetico familiare richiedono un supporto psicologico, e non sempre le decisioni cliniche e terapeutiche sono semplici.

2. Diagnosi e terapia

È la fase sicuramente più importante, che inizia dalla diagnosi di tumore e vede il malato in ricovero per i trattamenti specifici. In questa fase, di fronte a una diagnosi di tumore, il malato riconsidera la propria vita, e progressivamente, in parte volutamente, in parte senza rendersi conto, la modifica in relazione al tumore e alle terapie ad esso correlate (ad es. abbandono temporaneo o definitivo del lavoro, cambiamento di ruolo in famiglia, cambiamento di programmi di vita a breve-medio termine, sospensione degli studi ecc.). Anche i rapporti umani, specie in famiglia, e il valore delle cose, si modificano con un tumore.

Circa il 50% dei malati può oggi guarire di tumore. I mi-



giori risultati terapeutici, in termini di guarigione e di qualità della vita, si ottengono attraverso l'uso combinato di più terapie (chirurgia, chemioterapia e/o radioterapia, in particolare), variamente integrate tra di loro. È pertanto indispensabile che chirurghi, radioterapisti e oncologi medici valutino insieme il malato e definiscano un programma di trattamento unico, coordinandosi nel dare il proprio contributo al trattamento, per garantire il risultato migliore.

3. Riabilitazione e ripresa delle normali attività

Dopo aver completato il programma di terapia antitumorale, il paziente riprende la sua vita e i ritmi precedenti al tumore. Questo ritorno alla "normalità" può essere definitivo nel caso di una vera guarigione. In alcuni casi però, anche una guarigione completa fisica del tumore può aver minato il soggetto tanto da non permettergli il ritorno a una vita di relazione e/o di lavoro normale.

Altre volte invece la guarigione è solo apparente, e il cancro, a distanza variabile da mesi ad anni, si ripresenta.

4. Progressione

Avviene in tempi variabili, in quanto uno degli effetti dei trattamenti antitumorali è la cronicizzazione del tumore. In questa fase il malato torna periodicamente in ospedale e viene sottoposto a nuove terapie antitumorali, ove se ne va-

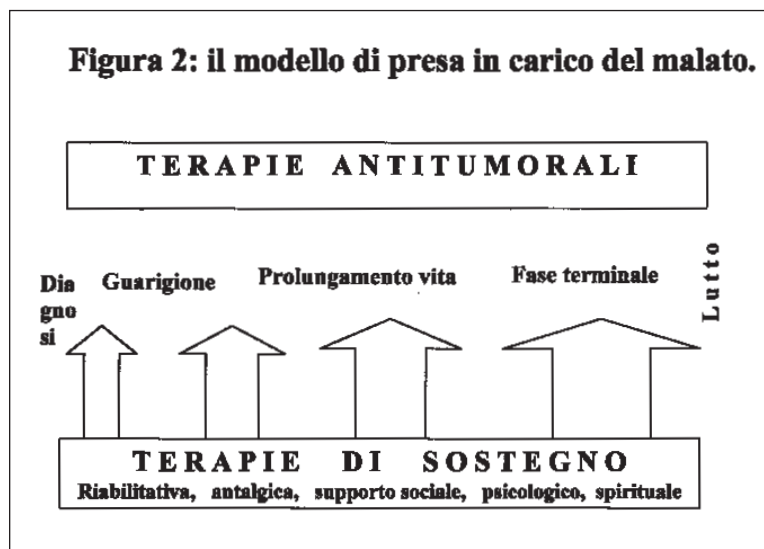
luti l'opportunità, e a terapie di sostegno (in particolare la terapia antalgica, nutrizionale, antifatigue), con l'obiettivo di mantenere una qualità della vita accettabile, e di garantirgli, quanto più possibile, una autonomia funzionale.

5. Fase finale di malattia

Qualora vi sia una ulteriore progressione del tumore, il malato viene avviato all'assistenza a domicilio o nelle strutture dedicate, gli hospice, con l'obiettivo di un controllo del dolore e degli altri sintomi, e di accompagnarlo alla morte. Questo passaggio è sempre molto critico per il malato, che spesso si sente abbandonato dall'équipe che lo ha avuto in cura. Si tratta pertanto di garantire una continuità assistenziale, e tutti i presidi socio-sanitari che gli permettano di vivere al proprio domicilio assistito e confortato dai familiari.

Ma ancor più importante, è garantire un'assistenza secondo principi etici e morali, evitando un possibile "abbandono" umano e assistenziale, motivato da ragioni di rispetto della libertà personale, ed evitando di lasciare solo il malato proprio nel momento più critico.

Da quanto detto sopra si evince chiaramente come guarire e curare il cancro non sempre corrisponde a guarire il malato. La malattia e le terapie infatti, minano il fisico della persona malata da più punti di vista (basti pensare al calo di peso, al dolore, all'astenia e all'insonnia), che a volte compromettono più del tumore stesso lo stato di salute, oltre che interferire con l'autonomia funzionale, e richiedono anche una riabilitazione del proprio ruolo familiare e sociale, che può venire compromesso, in parte o in toto, dal tumore e dai tempi di trattamento necessari. Il supporto sociale, psicologico e spirituale diventano così parte determinante di un processo assistenziale, a garanzia non solo del migliore esito anti tumorale, ma finalizzato a preservare, quanto più possibile, l'integrità fisica, funzionale, psicologica e spirituale del malato e della sua famiglia. Pertanto, la migliore assistenza al malato di cancro è garantita attraverso una équipe in cui diverse figure professionali concorrono nel definire un unico programma terapeutico assistenziale, intervenendo ciascuno a seconda della priorità del bisogno espresso (Fig. 2).





Esperienza dell'Isola Tiberina

Nell'anno 2000 è stata attivata presso l'Ospedale dell'Isola Tiberina, Roma, da 500 anni centro di assistenza dei Fatebenefratelli, una Unità Operativa di Oncologia che vede la sua *Mission e Vision*, nel modello di Ospitalità di S. Giovanni di Dio³ (Tab. 1).

I punti cardine sui quali abbiamo impostato l'attività sono descritti di seguito.

1. Rapporto trasparente con il malato

Consapevoli che per poter aiutare il malato e rilevare i suoi bisogni è necessario ascoltarlo, abbiamo dato ampio spazio all'**ascolto**, che ini-

Tab. 1 - La Vision e la Mission dell'U.O. di Oncologia e del Dipartimento di Oncologia, all'Ospedale Fatebenefratelli, Isola Tiberina, Roma.

Vision Garantire al malato di cancro il miglior risultato terapeutico, in conformità alle linee guida nazionali ed internazionali, in termini di guarigione, ove possibile, e di migliore qualità della vita, per sé e per la sua famiglia.

Mission Condivisione tra diversi specialisti, di percorsi diagnostico-terapeutici integrati, che abbiano come obiettivo la soluzione di tutti i bisogni del malato, espressi e non espressi, il suo benessere e della sua famiglia.

- Continuità assistenziale nella fase avanzata di malattia.
- Sostegno ai familiari nell'elaborare il lutto del congiunto.

58

Mettere i bisogni del malato al centro dell'interesse di quanti vivono e lavorano in ospedale, come ci propone il modello assistenziale dei Fatebenefratelli⁴, richiede un cambiamento radicale nel modo di lavorare, ma anche una revisione della struttura dell'ospedale che gioca un ruolo importante nel facilitare o rendere più complicati non solo l'interscambio tra operatori di diverse unità operative, ma anche il percorso del malato all'interno della struttura.

I tempi e l'evoluzione del tumore spiegano inoltre come il rapporto che si instaura tra malato ed équipe che lo cura non si esaurisce in una semplice prestazione, o più prestazioni che comunque hanno durata limitata nel tempo, ma dura per tutta la vita, seppur con intensità di controlli e frequentazione diversa, a seconda della evoluzione del tumore stesso^{1,2}. È pertanto indispensabile instaurare fin dall'inizio un rapporto di reciproca fiducia e trasparenza, che si consoliderà nel tempo, e la cui valenza umana va, per entrambi, oltre il risultato terapeutico e il successo professionale.

Nello stesso periodo è stato aperto un Servizio di Radioterapia dotato di apparecchiature tecnologicamente all'avanguardia, per consentire trattamenti radioterapici conformazionali e chemio-radioterapici integrati, limitando gli effetti indesiderati. Data la tradizione chirurgica ad alto livello (in particolare per i tumori del tratto gastrointestinale, della mammella e dei sarcomi), e specialistica (otorinolaringoiatra, urologica e ginecologica, in particolare), i malati di cancro già afferivano in ospedale, ma non trovavano adeguata risposta per una continuità terapeutica. Era inoltre necessario uniformare i percorsi diagnostico-terapeutici dei malati, per garantire a tutti un trattamento integrale, oltre che la continuità di assistenza e terapia nella fase avanzata di malattia.

L'assistenza integrale da noi proposta (Fig. 2), ha l'obiettivo di realizzare l'Ospitalità secondo S. Giovanni di Dio, e contemporaneamente rispondere ai criteri di qualità ed efficacia per assistere i pazienti oncologici⁴.

zia al momento dell'**accoglienza** in ricovero, o alla prima vista ambulatoriale. L'ascolto migliora la conoscenza degli operatori sullo stato di salute e sul bisogno terapeutico e assistenziale del malato, sulla sua autonomia funzionale, sulla qualità della vita, oltre a rilevare le conoscenze del malato sulla sua malattia, prognosi, e opzioni terapeutiche. Mettere il paziente a proprio agio al primo impatto con la struttura costituisce di fatto il primo atto terapeutico. Tutto ciò risulta oltremodo indispensabile per pianificare un programma assistenziale trasparente e impostato sulla reciproca fiducia e sul coinvolgimento del malato nelle scelte terapeutiche.

Abbiamo anche realizzato una **biblioteca** dove sono disponibili per lettura un quotidiano, materiale informativo sui tumori e sugli effetti della terapia, ma anche riviste, libri e videocassette per pazienti ricoverati o in day-hospital.

Nella sala d'attesa del day-hospital alcuni operatori, due volte alla settimana, per due ore intrattengono i malati e i

loro famigliari su **argomenti** i più diversi, scelti dagli stessi malati. Un esempio di tali incontri è presentato in tabella 2.

in termini di guarigione, ma anche di qualità della vita, risparmiando spesso interventi mutilanti e demolitivi che im-

tori integrati in cui per ciascun tipo di tumore sono presenti il chirurgo, il radioterapista e l'oncologo, che valutano il malato che accede per la prima volta in ospedale e pianificano l'iter terapeutico. Ciò, oltre che garantire il malato sulla scelta di terapia, richiede agli specialisti un aggiornamento continuo e una verifica periodica del proprio modo di lavorare.

Tab. 2 - Calendario degli incontri per malati e famigliari.

Giorno	Argomento	A cura di
3.4	Guida al mangiare sano	Serv. Dietetico
4.4	Riabilitazione motoria	Serv. Fisioterapia
8.4	Terapia e preghiera	Serv. Pastorale
9.4	Colpa	Serv. Psicologia
10.4	Percorsi amministrativi	U.O. Oncologia
11.4	Politiche sociali	Serv. Sociale
14.4	Il linfodrenaggio	Serv. Fisioterapia
17.4	Assistenza domiciliare	Serv. Sociale
22.4	Preghiera e terapie	Serv. Pastorale
23.4	Nutrizione e salute	Serv. Dietetico
25.4	Effetti indesiderati della radioterapia	U.O. Radioterapia
28.4	Terapia della mucosite	U.O. Oncologia

È inoltre a disposizione dei malati una **bacheca** dove è possibile segnalare notizie, dimostranze, o dare suggerimenti di ogni tipo. Periodicamente gli operatori rispondono a quanto viene segnalato.

Poiché abbiamo riscontrato tra i malati un estremo bisogno di conoscere quanto più possibile sul tumore e la terapia, stiamo realizzando un **punto internet** dal quale potersi connettere ai diversi siti che danno informazioni al pubblico sui tumori e sulle opzioni terapeutiche.

2. Équipe integrata

Fanno parte dell'unità operativa di oncologia una serie di figure professionali quali assistente sociale, psicologo, nutrizionista, fisioterapista e sacerdote, che operano in stretta coordinazione con medici e infermieri e insieme valutano il malato, definendo un progetto assistenziale unico. La presenza costante all'interno della équipe di queste figure professionali garantisce, in aggiunta alle terapie antitumorali, l'assistenza ai diversi bisogni del malato, e ciò contribuisce anche alla migliore accettazione delle cure stesse, e quindi al risultato finale.

3. Ambulatori con più specialisti

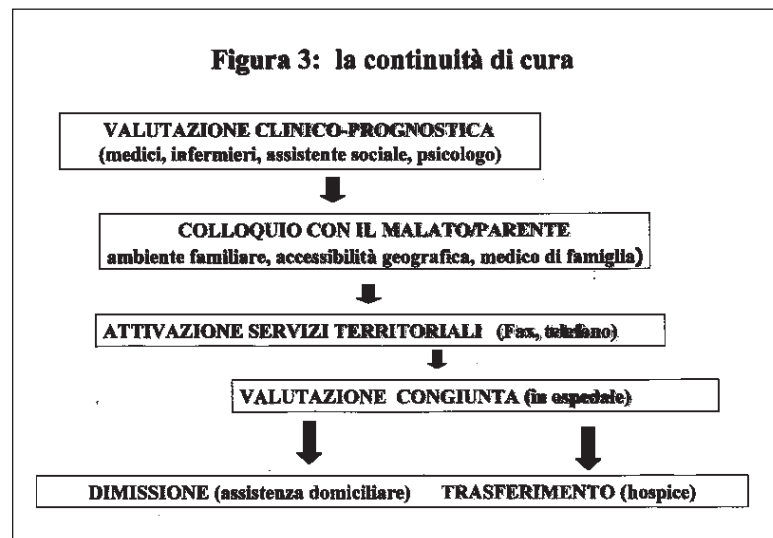
L'integrazione tra i diversi trattamenti antitumorali ha permesso negli ultimi anni di migliorare i risultati non solo

pedivano al malato, seppur "guarito" di cancro, di riprendere una vita normale.

Per agevolare l'integrazione come modalità di lavoro di routine, si sono creati ambula-

4. Continuità di cura nella fase terminale

Il nostro obiettivo è quello di poter accompagnare il malato dalla diagnosi di tumore, alla guarigione, o morte. Al momento, non potendo assisterlo in proprio nella fase avanzata, abbiamo realizzato un "passaggio di consegne" (Fig. 3) condividendo un progetto assistenziale con le



strutture che nel territorio sono deputate all'assistenza della fase avanzata del tumore. Per fare questo, dopo una valutazione dell'équipe, si discute con il malato e i familiari la scelta tra assistenza domiciliare o hospice, in base alla situazione familiare e alla disponibilità di servizi territoriali. Successivamente avviene una valutazione congiunta tra l'équipe ospedaliera e quella di assistenza domiciliare-hospice, finalizzata a garantire la continuità assistenziale e terapeutica a domicilio o in hospice.

La difficoltà maggiore non sta nel garantire una qualche assistenza al malato, ma piuttosto di condividere dal punto di vista etico e morale alcuni principi fondamentali che possono significativamente modificare il comportamento degli operatori sanitari negli ultimi mesi di vita del malato. Condividere un approccio che garantisca il bene del malato, evitando l'accanimento terapeutico, ma anche un astensionismo eccessivo, non è sempre facile, e richiede soprattutto un confronto sereno e trasparente tra operatori di estrazione e credo diversi.

Per questo motivo, poter accompagnare alla morte il malato e sostenere i familiari nel superamento del lutto, sarebbe la giusta conclusione di un processo assistenziale-terapeutico completo.

5. *Formazione e aggiornamento continuo del personale*

I continui miglioramenti terapeutici in campo oncologico richiedono un aggiornamento costante del personale, per poter in tempo reale applicare nuovi procedimenti terapeutici ai malati. Il personale infermieristico dev'essere inoltre adeguatamente istruito sulle procedure e i protocolli da adottare nella preparazione e somministrazione dei chemioterapici e antiblastici, oltre che nell'assistenza delle possibili complicanze del trattamento. Il personale va inoltre sostenuto dal punto di vista psicologico per evitare sindromi di burn out, e motivato sull'importante ruolo umano e professionale che

svolge. Anche questi aspetti costituiscono un obiettivo prioritario del nostro lavoro. Per questo ogni anno vengono organizzati corsi di perfezionamento per personale infermieristico, e scambi di esperienze professionali con il personale di altre unità operative oncologiche. Inoltre, con il sostegno di una psicologa, il personale si riunisce periodicamente, per discutere dei casi clinici che emotivamente hanno maggiormente impegnato l'équipe.

6. *Partecipazione a gruppi cooperativi oncologici nazionali e internazionali*

La partecipazione a protocolli di studio cooperativi nazionali ed internazionali, realizzati secondo la buona pratica clinica, garantisce il malato nelle scelte terapeutiche ottimali, e permette agli operatori un confronto costante con altri gruppi, e un aggiornamento continuo. Inoltre facilita la disponibilità di nuove molecole che periodicamente vengono inserite nella terapia del cancro, garantendo così ai malati di utilizzare nuovi farmaci in tempo reale.

Il dipartimento oncologico: una modalità lavorativa a superamento delle barriere architettoniche e culturali

L'accorpamento funzionale

di più unità operative e servizi, che si occupano del malato di cancro, può superare le difficoltà strutturali e organizzative, per permettere di realizzare il modello di presa in carico globale del malato. Il dipartimento, un sistema organizzativo finalizzato al coordinamento e alla gestione di processi comuni tra diverse unità operative e servizi, in cui si realizza la convergenza di competenze ed esperienze scientifiche, tecniche e assistenziali, ha lo scopo di ottimizzare e coordinare un percorso diagnostico-terapeutico. In quest'ottica, il dipartimento oncologico che accorpa più unità operative e Servizi che condividono il trattamento e l'assistenza del malato oncologico, può costituire un'occasione di superamento delle barriere culturali e strutturali, e permettere, attraverso il lavoro di gruppi interdisciplinari, di realizzare un vero percorso assistenziale integrato, che è alla base di una assistenza integrale.

Si sono individuate le priorità inerenti l'assistenza al malato oncologico, e si è dato avvio alla formazione di gruppi di lavoro, ciascuno costituito da 8-10 persone appartenenti a unità operative e servizi diversi, con un coordinatore. I gruppi si riuniscono ogni mese, per raggiungere gli obiettivi definiti a breve (un anno), medio (due anni) e lungo termine (tre anni). Nella tabella 3



sono rappresentati schematicamente i gruppi di lavoro e gli obiettivi proposti per i prossimi tre anni nel dipartimento oncologico.

L'attività del Dipartimento

oncologico è iniziata da circa sette mesi: premature le conclusioni, ma il confronto reciproco e l'interscambio professionale sta già dando i suoi frutti.

Tab. 3 - Dipartimento Oncologico: gruppi di lavoro e obiettivi.

1. Percorsi diagnostico-terapeutici per tumore

Obiettivi:

- a. Condivisione di un percorso diagnostico-terapeutico (screening, diagnosi, terapia, follow-up), per malati affetti da tumore del tratto gastrointestinale, mammella, urologico, del distretto otorinolaringoiatrico, del polmone, sarcomi, ecc.
- b. Definizione e applicazione di procedure infermieristiche e protocolli di assistenza per i malati di cancro.
- c. Verifica della applicabilità nelle unità operative afferenti al dipartimento.
- d. Applicazione (dopo eventuali correttivi) a tutti i malati di cancro che si ricoverano in ospedale.

2. Cartella oncologica informatizzata

Obiettivi:

- a. Realizzazione di una cartella oncologica informatizzata, che segua tutto il percorso del malato di cancro, e che sia lo strumento operativo per ciascun operatore che ha in cura il malato nelle diverse fasi di evoluzione del tumore.
- b. Verifica della applicabilità nelle unità operative afferenti al dipartimento.
- c. Applicazione (dopo eventuali correttivi) a tutti i malati di cancro dell'ospedale.

3. Assistenza integrale

Obiettivi:

- a. Garantire una presa in carico del malato da parte di una équipe multidisciplinare integrata (servizio spirituale, psicologico, socio-assistenziale nutrizionista, fisioterapista), a tutti i malati di tumore, a seconda del bisogno.
- b. Applicare l'assistenza a tutti i malati ricoverati nelle U.O. afferenti al Dipartimento.
- c. Applicare l'assistenza a tutti i malati oncologici ricoverati in ospedale.

4. La continuità delle cure ospedale-territorio

Obiettivi:

- a. Garantire che la continuità dell'assistenza al malato nella fase finale di malattia e il suo accompagnamento alla morte
- b. Garantire che ciò avvenga in conformità dei principi etici e morali condivisi
- c. Assistere i familiari nella elaborazione del lutto del congiunto

5. Formazione e aggiornamento del personale

Obiettivi:

- a. Definire i processi e le procedure di assistenza infermieristica oncologica.
- b. Applicazione e validazione delle stesse.
- c. Garantire la formazione continua e l'aggiornamento a tutte le figure professionali coinvolte nell'assistenza al malato oncologico, e verifica della ricaduta nell'assistenza.

Considerazioni conclusive

Il malato di cancro esprime molteplici bisogni clinici assistenziali, che concorrono, se adeguatamente soddisfatti, a raggiungere il migliore risultato terapeutico.

Oggi è possibile guarire circa il 50% dei tumori, ma non sempre si tratta di una "guarigione" per il malato, che vede la sua vita compromessa da diversi punti di vista quando sa di avere un cancro.

Essere ospitali significa garantire una valenza umana alla prestazione professionale, ma anche condividere un progetto assistenziale con più specialisti, per offrire una assistenza completa al malato di cancro. Questo garantisce anche il rispetto della individualità del paziente, attribuendogli un ruolo di protagonista all'interno del processo terapeutico, e riconoscendone e valorizzandone al contempo l'identità sul piano esistenziale².

È necessario per questo rivedere anche gli aspetti strutturali dell'ospedale, per facilitare i percorsi dei malati, e agevolare gli scambi di comunicazione tra vari operatori.

Lo sviluppo delle attività cliniche in Dipartimenti, faciliterà in futuro, sempre più, la realizzazione di una assistenza integrale.

Dott.ssa VITTORINA ZAGONEL
Direttore Dipartimento di Oncologia
e Unità Operativa Oncologia
Ospedale "San Giovanni Calibita",
Fatebenefratelli,
Isola Tiberina,
Roma, Italia.

Bibliografia

¹ AHMEDZAI SH and WALSH D. *Palliative medicine and modern cancer care*. Sem oncol 27, 1 1-6, 2000.

² AITINI E, BARNI. *Caro maledetto dottore. Una lettera sul cancro*. Edizioni Dehoniane Bologna, 2001.

³ DE CASTRO F. *Storia della vita e sante opere di S. Giovanni Di Dio*. Fatebenefratelli ed. 1975, Roma

⁴ ZAGONEL V. *Criteri decisionali per la scelta terapeutica*. In: *Oncologia Geriatrica 2, le evidenze cliniche*. P. Tralongo e V. Zagonel ed. Il Pensiero scientifico Editore, Roma, 2003, pag. 41.

⁵ Ordine Ospedaliero di S. Giovanni di Dio Fatebenefratelli. *Carta d'identità dell'ordine*. Roma 1999, pag. 11.

GIOVANNI PAOLO II

Difesa della vita e promozione della salute

DISCORSI E MESSAGGI NEL VENTICINQUENNIO DEL PONTIFICATO



a cura di D. Di Virgilio e A. Maltarello

Editrice Orizzonte Medico
Roma 2003

N.B. per eventuali ordini rivolgersi alla Casa Editrice Orizzonte Medico, via della Traspontina, 15 - 00193 Roma

Prefazione

Nel XXV anno di pontificato di Giovanni Paolo II la pubblicazione di un volume che raccoglie tutti i suoi discorsi ai medici e ai malati è altamente significativa e merita grande attenzione: non solo perché il volume ripropone con chiarezza la centralità della questione della vita negli insegnamenti del Papa – come peraltro si poteva già intravedere sin dagli inizi del suo pontificato con la lunga catechesi sull'amore umano e come è stato successivamente provato con numerose iniziative, tra le quali ricordiamo, a titolo di esempio, la costituzione di un Dicastero pontificio per la pastorale sanitaria, l'istituzione della Giornata Mondiale del malato, le puntuali e commoventi visite negli ospedali in tutti i viaggi apostolici –, ma anche perché testimonia l'importante ruolo che il Santo Padre attribuisce agli operatori sanitari, e in particolare ai medici, chiamati come sono alla tutela e alla promozione della vita umana.

Per la singolare vastità del materiale raccolto in questo volume, non mi è certo possibile né presentarlo, sia pure in maniera sintetica, né tanto meno offrire delle brevi note di commento. Può essere, invece, indubbiamente più utile segnalare al lettore qualche «chiave di lettura» che lo aiuti a cogliere il filo conduttore che collega tra loro testi estremamente eterogenei rispetto ai temi trattati, al genere utilizzato, alle circostanze nelle quali sono stati prodotti, al pubblico al quale si rivolgono.

1. Giovanni Paolo II, riproponendo l'antropologia del Concilio Vaticano II, ricorda frequentemente che l'uomo in terra “è la sola creatura che Iddio abbia voluto per se stessa” (*Gaudium et spes*, 24) e che l'amore di Dio per l'uomo rende quest'ultimo un essere privilegiato. Ne deriva che quanti operano in ambito sanitario devono sempre, nel loro atteggiamento e comportamento, tenere desta la consapevolezza di avere di fronte un essere che è termine vivo di un amore veramente speciale da parte di Dio.

2. I medici, la cui “identità” è quella di coloro che per vocazione e per professione sono “custodi e servitori della vita umana” (*Evangelium vitae*, 89), non devono mai dimenticare, nell'avvicinarsi al malato e al sofferente, che in ogni persona si specchia visibilmente il volto stesso di Cristo, a cui immagine è stata creata. In questo senso, il Concilio Vaticano II, in uno splendido testo divenuto ormai un classico, scrive: “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 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 notare la sua altissima vocazione” (*Gaudium et spes*, 22). Cristo, quindi, per il medico deve essere il principio ermeneutico, la chiave di lettura e di interpretazione che gli consente, prima, di addentrarsi nell'enigma dell'essere umano e, poi, di curarlo.

3. Si fa allora particolarmente urgente che il medico coltivi uno *sguardo contemplativo*, uno sguardo cioè che non pretende di impossessarsi della realtà attraverso

gli strumenti tecnico-professionali, ma che aiuta il medico a non arrendersi sfiduciato di fronte a chi si trova nella malattia, nella sofferenza, nella marginalità e alle soglie della morte. È uno sguardo contemplativo sì, ma quanto mai capace di sprigionare impegno e azione concreta. Infatti, tutte queste situazioni difficili lo interpellano e lo spingono ad andare alla ricerca di un senso e, proprio in queste circostanze, si fa capace di ritrovare nel volto di ogni persona un appello al confronto, al dialogo, alla solidarietà. “È tempo di assumere tutti questo sguardo, ridiventando capaci, con l’animo colmo di religioso stupore, di *venerare e onorare ogni uomo*” (*Evangelium vitae*, 83). Solo questo sguardo contemplativo, fonte di saggezza e di sapienza, ha in sé la luce e la forza di suggerire, anche nelle situazioni più complesse e nuove, la soluzione veramente e pienamente umana alle questioni della vita di ogni persona.

4. Alle tre chiavi di lettura ora indicate vorrei aggiungere ora un altro elemento di riflessione: il medico può vivere lo sguardo contemplativo sul malato – il che presuppone un atteggiamento “ricettivo” – solo se rivolge questo stesso sguardo anzitutto su di sé e sulla propria professione in un atteggiamento che potremmo definire di “auto-ricettività”. Non si può, infatti, vedere il volto di Cristo nel malato (*Christus patiens*), se non si vede il volto di Cristo in se stesso come medico (*Christus medicus*). La presenza di Cristo chiede di essere riconosciuta e vissuta sua da parte del medico come presenza del *Christus medicus*, di Cristo che si pone al servizio del malato, sia da parte del malato come presenza del *Christus patiens*, di Cristo che in un certo senso continua la sua passione nella storia dell’umanità, appunto nel malato, nelle membra sofferenti del suo “corpo” che è la Chiesa (cfr. *Colossesi* 1, 24).

Concludo formulando l’augurio che il volume abbia la diffusione che veramente merita. Sono pagine che, mentre testimoniano il magistero e la “passione” di Giovanni Paolo II nel difendere il bene preziosissimo della vita umana, mostrano, in concreto, il suo straordinario contributo nel delineare e sollecitare una vera e propria “arte pedagogica” capace di condurre al riconoscimento non solo dell’incommensurabile dignità personale di ogni essere umano, ma anche e specificamente del suo valore trascendente e sacro, sino a giungere all’ammirata scoperta del volto di Cristo. Proprio questo volto, che si riflette nell’uomo – sia esso uomo che soffre o uomo che guarisce e cura –, è il fondamento, la ragione e la garanzia della sua assoluta inviolabilità.

Card. DIONIGI TETTAMANZI
 Arcivescovo di Milano
 Assistente Nazionale AMCI