



DOLENTIUM HOMINUM

N. 57 – anno XIX – N. 3, 2004

RIVISTA DEL PONTIFICIO CONSIGLIO
PER LA PASTORALE DELLA SALUTE

DIREZIONE

S.EM. CARD. 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, **Bolivia**
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
CASABIANCA SIG.A STEFANIA
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 € compresa spedizione

Realizzazione a cura della Editrice VELAR, Gorle (BG)

In copertina: Vetrata di P. Costantino Ruggeri

Sommario

- 4 **Pellegrinaggio di Sua Santità
Giovanni Paolo II a Lourdes**
Giovanni Paolo II
- 9 **Lettera al Cardinale
Javier Lozano Barragán**
Giovanni Paolo II
- 10 **Omelia in occasione del 25°
di Ordinazione Episcopale**
S.Em. Card. Javier Lozano Barragán

ARGOMENTI

- 14 **Il Vangelo della Sofferenza
nel Magistero e nella vita di
Giovanni Paolo II**
S.Em. Card. José Saraiva Martins
- 18 **Il dolore nel nuovo umanesimo cristiano
secondo la *Salvifici Doloris*
di Giovanni Paolo II**
S.E. Mons. José L. Redrado, O.H.
- 20 **La tristezza della civiltà**
Prof. Zdzislaw Jan Ryn
- 25 **Le infermiere cattoliche di fronte
alle sfide della salute in Africa**
S.E. Mons. José L. Redrado, O.H.

- 33 **L'ospitalità infermieristica,
sfide per il futuro**
Fra Cecilio Eseverri Chaverri, O.H.

- 39 **Il fondamento teologico
del diritto alla salute integrale**
P. Bonifacio Honings, O.C.D.

TESTIMONIANZE

- 42 **Affrontare le sfide sanitarie in Africa**
Sig.ra Veronica Piserchia
- 45 **Intervento di S.E. Mons.
José L. Redrado al Simposio
organizzato da "Cumvivium"**
S.E. Mons. José L. Redrado, O.H.
- 47 **Dal diritto a morire
al dovere di morire?**
Dr. Rowan Williams
S.Em. Card. Cormac Murphy-O'Connor
- 50 **Messaggio di Natale:
"Innamorati della vita"**
Fra Pascual Piles, O.H.
- 52 **Vita di Niels Stensen (1638-1686)
Scienziato e santo**
Prof. Massimo Aliverti

*Le illustrazioni di questo numero sono tratte dal libro:
"Curate Infirmos – Giubileo degli ammalati
e degli operatori della sanità"
Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute
Città del Vaticano, 2000.*

*“Prendete e mangiate...
Poi prese il calice e... lo diede loro dicendo:
Bevetene tutti...”*

(Mt 26, 26-27)

Anno dell'Eucaristia

Ottobre 2004 – Ottobre 2005

Pellegrinaggio di Sua Santità Giovanni Paolo II a Lourdes in occasione del 150° anniversario della promulgazione del Dogma dell'Immacolata Concezione 14-15 agosto 2004

Sosta di preghiera alla Grotta di Massabielle Saluto di Giovanni Paolo II agli ammalati

SABATO, 14 AGOSTO 2004

4

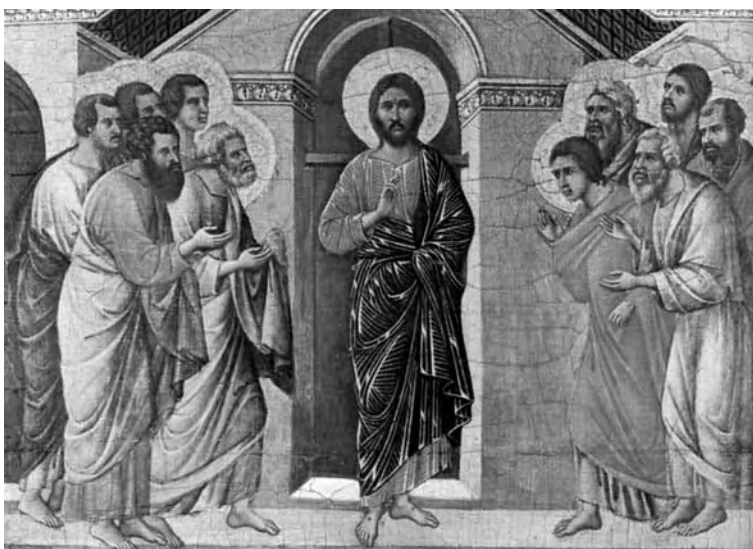
Giungendo alla Grotta di Massabielle, desidero rivolgere il mio primo saluto ai malati, che sempre più numerosi vengono in questo santuario, a quanti li accompagnano, a coloro che se ne prendono cura e alle loro famiglie.

Sono con voi, cari fratelli e sorelle, come un pellegrino presso la Vergine; faccio mie le vostre preghiere e le vostre speranze; condivido con voi un tempo della vita segnato dalla sofferenza fisica, ma non per questo meno fecondo nel disegno mirabile di Dio. Insieme a voi prego per coloro che si sono affidati alla nostra preghiera.

Ho sempre avuto grande fiducia, per il mio

ministero apostolico, nell'offerta, nella preghiera e nel sacrificio di quanti sono nella sofferenza. Vi domando di unirvi a me, durante questo pellegrinaggio, per presentare a Dio, per intercessione della Vergine Maria, tutte le intenzioni della Chiesa e del mondo.

Cari fratelli e sorelle ammalati, vorrei stringervi fra le mie braccia con affetto, uno dopo l'altro, e dirvi quanto sono vicino e solidale con voi. Lo faccio spiritualmente affidandovi all'amore materno della Madre del Signore, e chiedendo a Lei di ottenere per voi le benedizioni e le consolazioni di suo Figlio Gesù.



Parole di introduzione del Santo Padre Giovanni Paolo II prima della recita del Santo Rosario

SABATO, 14 AGOSTO 2004

Carissimi Fratelli e Sorelle!

1. Inginocchiandomi qui, presso la grotta di Massabielle, sento con emozione di aver raggiunto *la meta del mio pellegrinaggio*. Questa grotta, dove apparve Maria, è il cuore di Lourdes. Fa pensare alla caverna del monte Oreb, dove Elia incontrò il Signore, che gli parlò nel “mormorio di un vento leggero” (*1 Re 19,12*).

Qui la Vergine invitò Bernadette a recitare il Rosario, sgranando Lei stessa la corona. Questa grotta è diventata così *la cattedra di una singolare scuola di preghiera*, in cui Maria insegna a tutti a contemplare con ardente amore il volto di Cristo.

Per questo Lourdes è il luogo dove i credenti di Francia, e di tante altre nazioni dell'Europa e del mondo, in ginocchio, pregano.

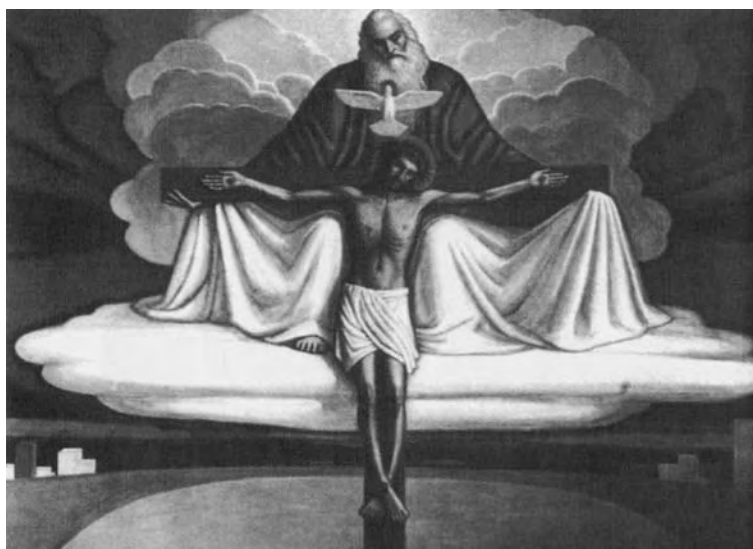
2. Pellegrini a Lourdes, vogliamo anche noi questa sera ripercorrere pregando, insieme con la Madre, i “misteri” nei quali Gesù

si manifesta “come luce del mondo”. Ricordiamo la sua promessa: “Chi segue me non camminerà nelle tenebre, ma avrà la luce della vita” (*Gv 8,12*).

Vogliamo imparare dall'umile serva del Signore *la disponibilità docile all'ascolto* e l'impegno generoso nell'accogliere l'insegnamento di Cristo nella nostra vita.

In particolare, meditando sulla partecipazione della Madre del Signore alla missione redentrice del Figlio, vi invito a pregare per *le vocazioni al sacerdozio ed alla verginità per il Regno di Dio*, affinché quanti sono chiamati sappiano rispondere con disponibilità e perseveranza.

3. Rivolti a Maria Santissima, con Bernadette diciamo: “Ma bonne Mère, ayez pitié de moi; je me donne tout entière à vous afin que vous me donniez à votre cher Fils que je veux aimer de tout mon coeur. Ma bonne Mère, donnez-moi un coeur tout brûlant pour Jésus”.



Parole di introduzione del Santo Padre Giovanni Paolo II dalla residenza Accueil Notre-Dame, prima della processione aux flambeaux dalla Grotta delle apparizioni di Massabielle alla Basilica di Lourdes

SABATO, 14 AGOSTO 2004

Carissimi Fratelli e Sorelle!

1. Apparendo a Bernadette nella grotta di Massabielle, la Vergine Maria avviò *un dialogo tra Cielo e terra*, che si è prolungato nel tempo, e dura tutt'ora. Alla giovane, Maria domandò che si venisse qui *in processione*, quasi a significare che questo dialogo non può limitarsi alle parole, ma deve tradursi in *un camminare con lei nel pellegrinaggio della fede, della speranza e dell'amore*.

Da oltre un secolo, a Lourdes, il popolo cristiano risponde fedelmente a quell'appello materno *mettendosi quotidianamente in cammino* dietro a Cristo Eucaristia e sfilando la sera tra canti e preghiere in onore della Madre del Signore.

Quest'anno, anche il Papa si unisce a voi in questo atto di devozione e di amore verso la Vergine Santissima, la donna gloriosa dell'Apocalisse, coronata di dodici stelle (cfr. Ap 12,1). Portando tra le mani *la fiaccola accesa*, ricordiamo e professiamo la nostra fede in

Cristo risorto. *Da Lui tutta la nostra vita riceve luce e speranza.*

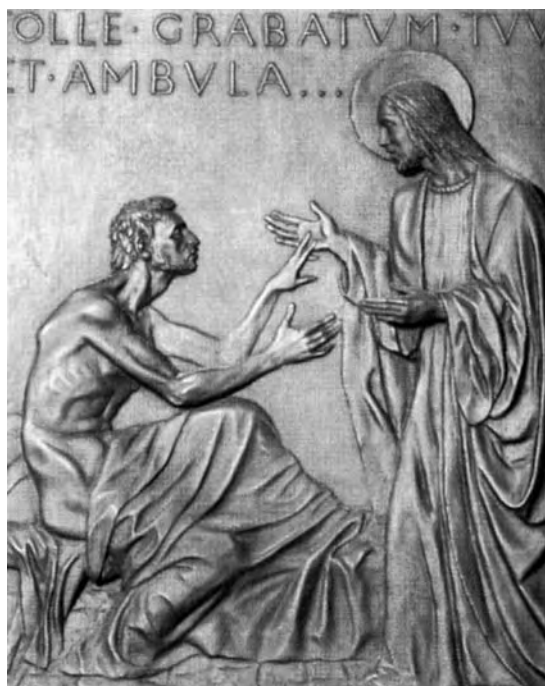
2. Vi affido, carissimi Fratelli e Sorelle, un'intenzione particolare per la preghiera di questa sera: invocate con me la Vergine Maria perché ottenga al mondo *il sospirato dono della pace*.

Fioriscano negli animi sentimenti di perdono e di fratellanza. Si depongano le armi e nei cuori si spengano l'odio e la violenza.

Ogni uomo veda nell'altro *non un nemico* da combattere, *ma un fratello* da accogliere ed amare, per costruire insieme un mondo migliore.

3. Invochiamo insieme la Regina della pace e rinnoviamo il nostro impegno a servizio della riconciliazione, del dialogo, della solidarietà. Meriteremo così la beatitudine che il Signore ha promesso agli "operatori di pace" (Mt 5,9).

Vi accompagno con la mia preghiera e la mia benedizione. Che Dio vi benedica!



Omelia di Giovanni Paolo II nella prairie del Santuario di Lourdes

DOMENICA, 15 AGOSTO 2004

1. “*Que soy era Immaculada Councepciou*”. Le parole che Maria rivolse a Bernadette il 25 marzo 1858 risuonano con intensità tutta particolare nel corso di questo anno, nel quale la Chiesa celebra il 150° anniversario della solenne definizione del dogma, pronunciata dal Beato Pio IX con la Costituzione apostolica *Ineffabilis Deus*.

Ho desiderato vivamente di compiere questo pellegrinaggio a Lourdes, per ricordare un evento che continua a *rendere gloria alla Trinità una e indivisa*. La concezione immacolata di Maria è il segno dell’amore gratuito del Padre, l’espressione perfetta della redenzione operata dal Figlio, l’inizio di una vita totalmente disponibile all’azione dello Spirito.

2. Sotto lo sguardo materno della Vergine, saluto di cuore tutti voi, cari Fratelli e Sorelle, convenuti presso la Grotta di Massabielle per cantare le lodi di Colei che tutte le generazioni chiamano beata (cfr. Lc 1,48).

Saluto innanzitutto i pellegrini francesi con i loro Vescovi, in particolare il Presidente della Conferenza Episcopale e Mons. Jacques Perrier, Vescovo di Tarbes e Lourdes, che ringrazio per le cordiali parole rivoltemi all’inizio della celebrazione.

Saluto il Signor Ministro dell’Interno, che rappresenta qui il Governo francese, e le altre Autorità civili e militari presenti.

Il mio pensiero beneaugurante si rivolge poi ai pellegrini qui convenuti da diverse parti d’Europa e del mondo e a tutti coloro che sono a noi spiritualmente uniti mediante la radio e la televisione. Con speciale affetto saluto voi, carissimi ammalati, che siete venuti in questo luogo benedetto a cercare sollievo e speranza. La Vergine Santa vi faccia sentire la sua presenza e dia conforto ai vostri cuori!

3. “*In quei giorni, Maria si mise in viaggio verso la montagna...*” (Lc 1,39). Le parole del racconto evangelico ci hanno fatto rivedere con gli occhi del cuore la giovane fanciulla di Nazaret in cammino verso quella “*città di Giuda*” ove abitava la cugina, per offrirle i suoi servizi.

Ci colpisce in Maria innanzitutto l’*attenzione colma di tenerezza* verso la parente anziana. Il suo è *un amore concreto*, che non si limita a parole di comprensione, ma si fa ca-

rico in prima persona della fatica dell’assistenza. Alla cugina la Vergine non dona semplicemente qualcosa di sé; *dona se stessa*, senza nulla chiedere in cambio. Ha perfettamente capito che il dono ricevuto da Dio più che *un privilegio* è un *compito*, che la impegna verso gli altri con la gratuità che è propria dell’amore.

4. “*L’anima mia magnifica il Signore...*” (Lc 1,46). I sentimenti che Maria vive nell’incontro con Elisabetta erompono con forza nel cantico del *Magnificat*. Sulle sue labbra s’esprime l’*attesa piena di speranza* dei “*poveri del Signore*” e insieme la *consapevolezza del compimento delle promesse*, perché Dio “*s’è ricordato della sua misericordia*” (cfr. Lc 1,54).

Proprio da questa consapevolezza scaturisce la *gioia* della Vergine Maria che pervade l’intero cantico: *gioia* per sapersi “*guardata*” da Dio nonostante la propria “*bassezza*” (cfr. Lc 1,48); *gioia* per il “*servizio*” che le è possibile rendere, grazie alle “*grandi cose*” a cui l’ha chiamata l’Onnipotente (cfr. Lc 1,49); *gioia* per il pregustamento delle beatitudini escatologiche, riservate agli “*umili*” ed agli “*affamati*” (cfr. Lc 1,52-53).

Al *Magnificat* segue il silenzio: sui tre mesi



di permanenza accanto alla cugina Elisabetta *nulla ci è detto*. O forse ci è detta la cosa più importante: *il bene non fa rumore*, la forza dell'amore s'esprime nella quiete discreta del servizio quotidiano.

5. Con le sue parole e col suo silenzio la Vergine Maria sta davanti a noi come modello per il nostro cammino. *È un cammino non facile*: per la colpa dei progenitori, l'umanità porta in sé la ferita del peccato, le cui conseguenze continuano a farsi sentire anche nei redenti. Ma il male e la morte *non avranno l'ultima parola!* Maria lo conferma con tutta la sua esistenza, quale *vivente testimone della vittoria di Cristo, nostra Pasqua*.

I fedeli lo hanno capito. Per questo accorrono in folla presso questa grotta per ascoltare i moniti materni della Vergine, riconoscendo in lei "la donna vestita di sole" (Ap 12,1), la Regina che risplende accanto al trono di Dio (cfr. *Sal. resp.*) ed intercede in loro favore.

6. Oggi la Chiesa celebra *la gloriosa Assunzione al Cielo di Maria in corpo e anima*. I due dogmi dell'Immacolata Concezione e dell'Assunzione *sono tra loro intimamente legati*. Entrambi proclamano la gloria di Cristo Redentore e la santità di Maria, il cui destino umano è già da ora perfettamente e definitivamente realizzato in Dio.

"Quando sarò andato e vi avrò preparato un posto, ritornerò e vi prenderò con me, perché siate anche voi dove sono io", ci ha detto Gesù (Gv 14,3). *Maria è il pegno del compimento della promessa di Cristo*. La sua Assunzione diventa così per noi "segno di sicura speranza e di consolazione" (cfr. *Lumen gentium*, 68).

7. Carissimi Fratelli e Sorelle! Da questa grotta di Massabielle la Vergine parla anche a noi, cristiani del terzo millennio. Mettiamoci in ascolto!

Ascoltate innanzitutto voi, *giovani*, che cercate una risposta capace di dare senso alla vostra vita. *Qui la potete trovare*. È una risposta esigente, ma è *la sola pienamente appagante*. In essa sta il segreto della gioia vera e della pace.

Da questa grotta parte uno speciale appello anche per voi, *donne*. Apparendo nella grotta, Maria ha affidato il suo messaggio *ad una ragazza*, quasi a sottolineare *la particolare missione che spetta alla donna* in questo nostro tempo, tentato dal materialismo e dalla secolarizzazione: essere nella società di oggi *testimone di quei valori essenziali* che si vedono solo con gli occhi del cuore. A voi, donne, il compito di essere *sentinelle dell'Invisibile!* A tutti voi, fratelli e sorelle, lancio un pressante appello perché facciate tutto ciò che è in vostro potere affinché la vita, tutta la vita, sia rispettata dal concepimento sino alla sua fine naturale. La vita è un dono sacro, di cui nessuno può farsi padrone.

La Vergine di Lourdes ha infine *un messaggio per tutti*. Eccolo: *siate donne e uomini liberi!* Ma ricordate: la libertà umana è una libertà ferita dal peccato. Ha bisogno essa stessa di essere liberata. *Cristo ne è il liberatore*, Lui che "ci ha liberati perché restassimo liberi" (Gal 5,1). Difendete la vostra libertà!

Carissimi, noi sappiamo di poter contare per questo su Colei che, non avendo mai ceduto al peccato, è la sola creatura perfettamente libera. A Lei vi affido. Camminate con Maria sulle strade della piena realizzazione della vostra umanità!



25° DI ORDINAZIONE EPISCOPALE

Al nostro Venerabile Fratello Cardinale di Santa Romana Chiesa Javier Lozano Barragán Presidente del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari o Pastorale della Salute

In questi giorni sono molte le persone che si accingono a festeggiare il tuo fausto Giubileo di Ordinazione Episcopale. Questo tuo Episcopato è maturato sotto il segno mariano, poiché per grazia di Dio hai ricevuto la completezza del sacerdozio 25 anni or sono, nella stessa solennità dell'Assunzione della Santissima Vergine Maria, nella venerabile Basilica dedicata alla Madonna di Guadalupe.

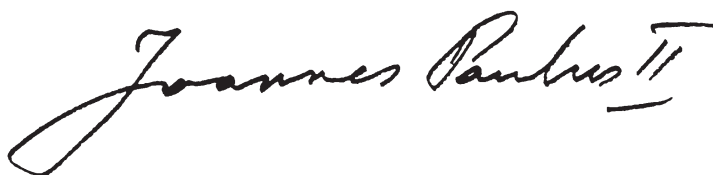
Noi desideriamo unire le nostre fervide felicitazioni a quelle di tutti coloro che hanno osservato e ammirato lo svolgimento del tuo lavoro, sia in terra messicana, sia nella comunità diocesana di Zacatecas e ora qui, nella Sede Apostolica. Ci felicitiamo con te per essere giunto a questa meta onorifica nella tua vita, e per i tanti meriti che hai accumulato a beneficio del popolo di Dio.

La nostra massima stima vada alla tua dedizione nei confronti di quelle persone verso le quali la Chiesa nutre un amore e una sollecitudine speciali: i deboli e gli infermi, alle cui cure ti abbiamo affidato per Nostra Volontà sette anni or sono e che realizzi per amore di Cristo, in modo tanto appassionato ed efficace, nel Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari.

In diverse circostanze ti abbiamo assicurato la nostra benevolenza, e ora, in questa occasione che ci viene data dalla celebrazione del tuo anniversario, te la reiteriamo, aggiungendovi le nostre ferventi preghiere affinché tu possa continuare a servire la Chiesa in questa carica della massima importanza del tuo servizio episcopale per tutti gli infermi, in special modo in occasione della Giornata Mondiale del Malato, che si celebra nei Santuari Mariani di tutto il mondo.

Imploriamo per te e i tuoi familiari una splendida e interminabile giornata, e ti auguriamo che ti colmi della gioia spirituale di questa solennità. Auspichiamo che il Divin Maestro ti conceda una ricca remunerazione per tutte le tue lodevoli e fruttuose opere episcopali. Nello stesso tempo, attraverso i nostri sentimenti di congratulazioni e di parole fraterne, ti impartiamo di cuore la nostra Benedizione, testimonianza della nostra stima, ed allo stesso tempo pegno permanente dei doni celesti.

Da Castel Gandolfo, addì 21 luglio dell'anno 2004, vigesimo sesto del nostro Pontificato.



Omelia del Cardinale Lozano Barragán pronunciata, in occasione del 25° di Ordinazione Episcopale, nella Basilica di Santa Maria di Guadalupe

CITTÀ DEL MESSICO, 15 AGOSTO 2004

In occasione dei venticinque anni della mia ordinazione episcopale, desidero in primo luogo elevare al Signore, attraverso l'intercessione della Santissima Vergine di Guadalupe, il mio ringraziamento per questo grande dono che ha voluto concedermi.

A Sua Santità Giovanni Paolo II giunga poi il mio profondo ringraziamento per avermi concesso questa imméritata grazia dell'Episcopato, per avermi poi voluto nominare Vescovo ausiliare del Messico, Vescovo diocesano di Zacatecas, Arcivescovo Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute e Cardinale di Santa Romana Chiesa. Non trovo le parole adatte per ringraziarlo per la Lettera, colma di bontà, comprensione e amabilità, che ha voluto inviarmi in questa occasione. Egli ha voluto associarmi alla sua missione primaziale per dare una risposta adeguata ai problemi essenziali dell'uomo: il significato della vita, della morte, della malattia e del dolore. Mi ha introdotto in modo più profondo nel mistero della Redenzione, e mi ha affidato il compito di proclamare in tutto il mondo la gioia e il dolore per la morte e la Risurrezione del Signore.

Desidero esprimere alcune parole di gratitudine nei confronti di S.E. il Cardinale Joseph Ratzinger, Decano del Collegio Cardinalizio, che a nome di quest'ultimo ha avuto la compiacenza di inviarmi una lettera di felicitazioni.

Proprio venticinque anni fa, fu consacrato Vescovo in questa stessa Basilica dedicata alla Madonna di Guadalupe, l'Eminentissimo Sig. Cardinale D. Ernesto Corripio Ahumada, già Arcivescovo Primate del Messico, con al suo fianco l'Eminentissimo Signor Cardinale D. Darío Miranda y

Gómez, Arcivescovo Emerito del Messico e l'Eccellentissimo D. Esaúl Robles Jiménez, già Vescovo di Zamora, la mia Diocesi di origine. Il mio caro ricordo giunga anche a loro. Ringrazio poi il Cardinal Corripio per aver voluto presentare al Santo Padre la mia candidatura all'Episcopato, affinché lavorassi accanto a lui come suo Vescovo ausiliare. Grazie per avermi consacrato Vescovo e per essere stato il mio grande maestro, colui che ha guidato i miei primi passi nell'episcopato attraverso l'accompagnamento che mi è venuto dalla sua vita, dalla sua parola e dal suo esempio. Egli è stato una persona amabile, ed il suo accompagnamento non è mai venuto meno, neanche quando non fui più suo Vescovo ausiliare.

È trascorso un quarto di secolo da quando ricevetti questa immeritata grazia, ed oggi la Vergine di Guadalupe me ne fa un'altra: quella di avermi permesso di essere qui ad invocarla come intercessione migliore per ringraziare Dio nostro Padre per il dono dell'Episcopato.

Il Signore mi ha concesso l'incomparabile grazia di far parte del Collegio Episcopale, ed in special modo della Conferenza Episcopale Messicana. Quest'oggi, con l'aiuto della Santissima Vergine di Guadalupe, desidero ringraziare l'intera Conferenza Episcopale Messicana, i Vescovi che ho avuto l'onore di conoscere e di seguire, che tanto hanno influito sulla mia vita e che ora si trovano in cielo, e tanti altri compagni di Episcopato sempre presenti nel lavoro episcopale in Messico, ai quali devo molto per la comprensione che hanno avuto nei miei confronti, e per avermi insegnato a mettere in pratica ciò che significa essere Vescovo.

Oggi il fraterno accompagnamento dei Signori Cardinali messicani, dei Signori Arcivescovi e Vescovi della Conferenza Episcopale Messicana, di tanti fratelli sacerdoti, dei miei parenti ed amici, mi colma di gioia e di speranza. Vorrei che tutti si unissero a me nell'elevare al Signore il ringraziamento per il sostegno che non mi hanno mai fatto mancare. Qualche mese fa, e precisamente lo scorso 12 dicembre, ho avuto la gioia di celebrare la prima Messa in Messico come Cardinale, in questa stessa Basilica, ed oggi Dio mi permette di farvi ritorno per lodarLo, benedirLo e renderGli grazie per questi 25 anni di ministero episcopale.

Ricordo con particolare affetto i cinque anni e mezzo trascorsi come Vescovo ausiliare dell'Arcidiocesi di Città del Messico. L'Eminentissimo Cardinale Corripio mi fece la grazia di nominarmi Vicario della Terza Vicaria episcopale dell'Arcidiocesi. Furono anni molto belli nei quali, assieme ai 115 sacerdoti della Vicaria, appartenenti all'Arcidiocesi del Messico, a 11 tra Ordini e Congregazioni religiose, e a varie Diocesi del Paese, abbiamo vissuto come in una famiglia che rappresentava una parte del grande Presbiterio dell'Arcidiocesi. Assieme al Cardinale Arcivescovo e agli altri Vescovi ausiliari abbiamo formato un'équipe episcopale, presieduta da Sua Eminenza, che con grande armonia, saggezza, fermezza e larghezza di vedute ci ha guidati ad impegnarci realmente nella missione di portare Cristo Redentore nelle tante situazioni, anche complesse, in cui vive questa grande metropoli. Desidero esprimere il mio ringraziamento a Dio nostro Signore per questi primi anni di Episcopato, dei quali conservo

tanti bei ricordi. Ancora grazie, Sig. Cardinal Corripio, grazie compagni miei, già Vescovi ausiliari del Messico, alcuni dei quali, come Mons. Orozco, Mons. Jorge Martínez e Mons. Robalo sono già in cielo; grazie fratelli miei sacerdoti dell'Arcidiocesi del Messico, e grazie in special modo a coloro che all'epoca si trovavano nella Terza Vicaria; grazie alle buone persone della Terza Vicaria per le quali conservo tanti grati ricordi; grazie a tutta l'Arcidiocesi del Messico, che ho avuto l'onore di servire e alla quale sono onorato di aver appartenuto. Permettetemi di avere un ricordo speciale per Mons. Carlos Rogel, mio fedele Pro-Vicario, che ci ha lasciati per raggiungere la casa del Padre, per il grande lavoro episcopale che ha portato avanti e per l'amicizia che ha voluto concedermi. Grazie ai Padri che formavano l'équipe della Vicaria, in special modo ai Decani, a Mons. Javier Quintana e a Mons. Cango D. Filemón Zepeda, per la fedeltà e l'amicizia che in questi 25 anni è andata accrescendosi, ed ai quali devo tanto, non solo per il passato ma anche per il presente. Il mio ringraziamento vada anche a tutti i sacerdoti che dal 1979 al 1985 costituivano il clero della Terza Vicaria, molti dei quali si trovano già in cielo: a loro vada in special modo la mia preghiera ed il mio riconoscimento.

I miei ringraziamenti più affettuosi all'Em.mo Cardinale Arcivescovo di Città del Messico D. Norberto Rivera, al Rettore di questa Basilica, D. Diego Monroy, e ai componenti della Corporazione della Basilica che mi hanno permesso di celebrare qui questa commemorazione. Un grazie particolare a Mons. Cango D. Filemón Zepeda, che è stato il punto di riferimento per tutti i preparativi.

A Zacatecas il Signore mi ha fatto trascorrere 12 bellissimi anni. Non finirò mai di ringraziare questa grande Diocesi per l'opportunità che mi è stata concessa di servirla come suo Vescovo diocesano. L'ho sentita realmente come la mia grande famiglia; il Signore mi

ha permesso di identificarmi con Zacatecas, e Zacatecas ha lasciato in me un'impronta indelebile.

Apprezzo molto il popolo di questa città e i suoi sacerdoti. Provengono tutti da una stirpe di veri cristiani, pervaso di quella saggezza che Dio sa impartire ai Suoi figli. Questi dodici anni sono stati per me una grazia e una benedizione. Mi hanno fatto sentire come un vero figlio di questa terra, e l'accettazione e l'identificazione della popolazione sono state totali. Desidero esprimere ora la mia gratitudine all'é-



quipe che formava la mia Curia, ai miei Vicari Generali, il Vescovo Vicente García, il Vescovo Fernando Chávez, all'allora Segretario della Curia, P. Angel Campos, al Vicario di Pastorale P. Humberto Salinas, al P. Pascual Dávila, già scomparso, al fedele Economo Diocesano, P. Conrado Puente, al Vicario giuridico e Rettore del Seminario, al ricordato P. Carlos Torres, a tutta l'équipe dei superiori e professori del Seminario, agli ufficiali del Tribunale, alla Corporazione della Cattedrale, ai Vicari del Foro, al Consiglio Presbiterale, a quello dell'Economia, ai Parroci e ai Vicari, ai Direttori degli Organismi e Associazioni apostoliche, ai religiosi e religiose che lavorano nella Diocesi, agli Incaricati di Vita Cristiana, a tutti i cittadini di Za-

catecas, e alle autorità statali con le quali abbiamo mantenuto buoni rapporti. Il mio grato ricordo e la mia preghiera vadano a tutti i sacerdoti defunti che ho avuto l'onore di conoscere e dai quali ho potuto apprendere tanto. Una volta ancora desidero ringraziare la Diocesi di Zacatecas e in particolar modo l'Ecc.mo Vescovo D. Fernando Chávez e il Padre economo, Conrado R. Puente, per l'aiuto preziosissimo e indispensabile che mi hanno prestato, sia in occasione del cambio da Zacatecas, sia per stabilire la mia dimora in Vaticano.

Fra quattro giorni saranno 8 anni che il Santo Padre Giovanni Paolo II mi ha concesso l'onore di chiamarmi a collaborare direttamente con Lui in Vaticano. Questi anni sono stati pieni di grazie e di doni del Signore. Ringrazio la Curia Romana per avermi accettato in modo fraterno, e i tanti Cardinali, Vescovi e Presbiteri del Vaticano verso i quali sono debitore per l'affetto e l'amicizia che mi hanno dimostrato in questa occasione. Desidero in modo particolare ringraziare i membri, gli ufficiali ed i consultori del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute. Il loro lavoro d'insieme, armonico e programmato, responsabile ed efficiente, mi ha aiutato ampiamente a portare avanti la missione che mi è stata affidata dal Santo Padre. Grazie in special modo al Segretario del Dicastero, S.E.R. Mons. José Luis Redrado, al Sottosegretario R.P. Felice Ruffini, al mio Segretario particolare, Mons. Antonio Soto, e a tutti i componenti del Pontificio Consiglio.

È un dovere imprescindibile ringraziare anche la mia Diocesi di origine, Zamora, da dove sono partito proprio 25 anni fa; essa mi ha preparato per questo ministero nei miei quattordici anni di studi sacerdotali, dal 1944 al 1958; e per i 20 anni durante i quali ho avuto il privilegio di servirla, dal 1958 al 1978. Ai miei Vescovi, superiori e professori, ai miei compagni sacerdoti, ai miei vecchi alunni, ai miei amici zamorani e di altre parti, a tutti vada il mio ossequioso

ringraziamento per la preparazione ricevuta, tesa alla realizzazione di questo servizio episcopale alla Chiesa di Dio.

Quando, 25 anni fa, hanno avuto la benevolenza di acchet-



tarmi nell'Arcidiocesi del Messico, ricordo che nel mio ringraziamento dissi: sono partito dalla mia casa e ora vi faccio ritorno. Infatti sono nato nel 1933 nella città di Toluca, che allora apparteneva all'Arcidiocesi del Messico. Sono di Zamora, ma sono nato a Toluca, e non posso non ringraziare Dio per avermi fatto nascere in questa bella città. Qualche mese fa, la Diocesi di Toluca mi ha concesso l'onore di ricevermi come Cardinale. Anche a questa amata Diocesi vada la mia riconoscenza, e le chiedo di unirsi alla mia preghiera di ringraziamento attraverso l'intercessione della Madonna di Guadalupe, per questo dono e questo mistero tanto prezioso dell'Episcopato.

Ho riservato un ringraziamento molto speciale alla mia famiglia, anche se molti dei suoi componenti non sono qui ora; grazie ai miei genitori, in particolar modo a mia madre per tutto ciò che ha fatto per prepararmi a questo ministero. Il suo aiuto è stato essenziale, con la sua preghiera, la sua parola e il suo esempio. Sono sicuro che ora dal cielo ella intercede per me; grazie ai miei fratelli vivi e defunti, vorrei

menzionarli tutti, ma in rappresentanza dell'intera famiglia menzionerò solo quelli ai quali il Signore ha concesso di essere ancora tra di noi: René, Raúl e Jorge; grazie ai miei nipoti, e in modo particolare grazie alle famiglie di Jorge Flores, Alberto Lozano, Ignacio Vaca, Arturo C. Lozano e ai Pastrana, che mi hanno sempre aiutato, e lo hanno fatto in particolar modo durante il mio Episcopato, e in questa occasione del mio 25° di ordinazione episcopale.

Non mi dimentico certo di menzionare le religiose che, in modo tanto fedele e disinteressato, mi hanno accompagnato in questi 25 anni di ministero episcopale: in Messico, a Zacatecas e ora in Vaticano. Sono l'amata Congregazione delle Suore Guadalupine di Lasalle, con le Sorelle Estela Salas, Eloísa León, Caridad Espino, Clemencia Arroyo, Dolores Jaime, Verónica Alcántara, Consuelo Ortiz, María Elena Torres, Michaela Esparza. Il mio ringraziamento vada alle varie Superiori Generali che tanto amabilmente hanno permesso che le Suore prestassero il loro inestimabile e imprescindibile servizio.

Sicuramente durante questi 25 anni di servizio episcopale ho avuto molti limiti e ho commesso delle mancanze nelle missioni che mi sono state affidate. Ora con tutta sincerità e umiltà chiedo perdono a Dio, e supplico tutti voi di aiutarmi a chiederGli perdono e a domandare la Sua grazia per evitare di commetterle ancora nel futuro.

L'Episcopato è un dono meraviglioso, con la successione apostolica facciamo sì che Cristo Redentore si perpetui fino alla fine dei tempi. Cristo è l'unica risposta valida alla vita. Senza di Lui, nulla ha senso, né vale la pena vivere, Egli è tutto. RingraziarLo per il dono dell'Episcopato va oltre le parole, l'unica cosa adeguata è cercare di essere noi stessi come Cristo per l'Amore dello Spirito Santo, e in Cristo presentare la nostra vita di fronte al Padre come unico ringraziamento possibile, che cioè non siamo noi ma è lo stesso Cristo. È questa la ra-

gione per cui mi è sembrato che l'unica cosa che potessi dire come ringraziamento a Dio nostro Padre per il dono dell'Episcopato sono le parole del Salmo riportate sulle partecipazioni: "Che cosa renderò al Signore per quanto mi ha dato? Alzerò il calice della salvezza e invocherò il nome del Signore" (Sal 115,12-13). Sono queste le uniche parole davvero adeguate, esse sono la "Eucarestia".

Per questo, presentiamoci ora alla Messa, nei simboli costituiti dal pane e dal vino; permettetemi di porre sull'altare questi venticinque anni di Episcopato, e con umiltà supplicare nostro Signore di convertirli, per Amore dello Spirito Santo, nello stesso Gesù Cristo. SupplichiamoLo di dire soltanto una parola di perdono per tutte le mie mancanze commesse, e di salvarmi (Mt 8,8), convertendoci tutti in Lui stesso. Il Padre ci riceva così come l'unico rendimento di grazie che gli offriamo con questo prolungamento della Redenzione, per i venticinque anni del mio Ministero Episcopale.

La Basilica di Nostra Signora di Guadalupe è la culla del Messico; qui si è forgiata e continua a forgiarsi la nostra nazione. Io stesso ho avuto il privilegio di avere questa Basilica come culla del mio Episcopato. Qui sono nato come Vescovo, sotto lo sguardo benevolo, comprensivo e materno della Madonna di Guadalupe. Mi riempie di affetto e di gioia il poter tornare ora nel luogo che mi ha visto nascere all'episcopato, e ringraziare la Madonna per questi 25 anni, durante i quali ho sempre sentito il suo sostegno e il suo aiuto materno, e una volta ancora implorare la sua preziosissima intercessione per ringraziare Dio nostro Signore per questo inestimabile dono episcopale, che nella sua sublimità tocca l'Amore infinito nello sfavillante mistero del Cristo morto e risorto.

S.Em.za Cardinal JAVIER
LOZANO BARRAGÁN
*Presidente del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute
Santa Sede*

Argomenti



*Il Vangelo della Sofferenza
nel Magistero e nella vita
di Giovanni Paolo II*

*Il dolore nel nuovo
umanesimo cristiano
secondo la Salvifici Doloris
di Giovanni Paolo II*

La tristezza della civiltà

*Le infermiere cattoliche
di fronte alle sfide
della salute in Africa*

*L'ospitalità infermieristica,
sfide per il futuro*

*Il fondamento teologico
del diritto alla salute integrale*

Il Vangelo della sofferenza nel Magistero e nella vita di Giovanni Paolo II

LA RELAZIONE DEL CARDINALE JOSÉ SARAIVA MARTINS, PREFETTO DELLA CONGREGAZIONE DELLE CAUSE DEI SANTI, AL CONVEGNO PROMOSSO DAI "SERVI DELLA SOFFERENZA" SVOLTOSI IL 13 E IL 14 DICEMBRE 2003, A S. GIOVANNI ROTONDO IN OCCASIONE DEL XXV DI PONTIFICATO

Sin da piccolo, il Santo Padre conobbe la sofferenza, forse per la prima volta incontrata in maniera intensa con la prematura morte della mamma. La seconda guerra mondiale e la povertà, nonché le dure vicende del comunismo imperante in Polonia formarono il giovane Karol alla dura "scuola del sacrificio e del dolore"¹. Egli stesso, in occasione del suo 50° anniversario di ordinazione presbiterale, ebbe modo di scrivere: «Per evitare la deportazione ai lavori forzati in Germania, nell'autunno del 1940 cominciai a lavorare come operaio in una cava di pietra collegata con la fabbrica chimica Solvay... Ero presente quando, durante lo scoppio d'una carica di dinamite, le pietre colpirono un operaio e lo uccisero. Ne rimasi profondamente sconvolto: "Sollevarono il corpo. Sfilarono in silenzio. Da lui emanava fatica e un senso d'ingiustizia"... »².

Ma la sofferenza negli anni giovanili del Santo Padre si affermò anche nella sua forza salvifica di realtà generatrice di vita. Proprio a proposito della sua scelta vocazionale, così si esprime: «... il mio sacerdozio, già al suo nascere, si è iscritto nel grande sacrificio di tanti uomini e donne della mia generazione. A me la Provvidenza ha risparmiato le esperienze più pesanti; tanto più grande è perciò il senso del mio debito verso le persone a me note, come pure verso quelle ben più numerose a me ignote, senza differenza di nazione e di lingua, che con il loro sacrificio sul grande altare della storia hanno contribuito al realizzarsi della mia vocazione sacerdotale. In qualche modo esse mi hanno introdotto su questa strada, additandomi nella dimensione del sacrificio la verità più profon-

da ed essenziale del sacerdozio di Cristo»³.

In linea di continuità, il suo Pontificato ricevette presto un'impronta molto particolare. Il 13 maggio 1981, intorno alle 17, mentre attraversava piazza San Pietro per salutare i fedeli, un colpo partito dalla rivoltella del terrorista turco Ali Agca, lo ferì gravemente. Mentre da tutta la Chiesa si elevavano preghiere al Signore per ottenere la salvezza della vita al Vicario di Cristo, in Polonia un altro grande Pastore, il servo di Dio Cardinale Wyszyński, giaceva ammalato, oramai in fin di vita. Egli aveva predetto al nuovo Pontefice che avrebbe traghettato la Chiesa nel nuovo Millennio; proprio mentre il Vescovo di Roma era ricoverato in un letto d'ospedale, il Presule polacco moriva il 28 maggio 1981.

Questi episodi segnarono profondamente il Pontificato di Giovanni Paolo II, tanto che, ristabilitosi in buone condizioni di salute, mise mano ben presto al progetto di una Lettera Apostolica dedicata proprio al senso cristiano della sofferenza umana. Fu così che vide la luce la *Salvifici Doloris*, firmata dal Sommo Pontefice in data 11 febbraio 1984. Si trattava di un documento programmatico, chiarificatore, elaborato in tempi in cui il consumismo e le dottrine atee rischiavano di incidere in profondità nella vita dei credenti e persino nell'insegnamento di coloro che erano deputati alla formazione del popolo di Dio...

1. La sofferenza nell'insegnamento del Santo Padre: *Salvifici Doloris*

Nell'introduzione della Let-

tera Apostolica, il Santo Padre ricordava a tutti le parole sorprendenti di san Paolo ai Colossesi: «Perciò sono lieto delle sofferenze che sopporto per voi e completo nella mia carne quello che manca ai patimenti di Cristo, in favore del suo corpo che è la Chiesa»⁴.

I patimenti di valore infinito del Cristo Uomo-Dio non hanno bisogno di altre sofferenze per salvare, costituendo l'unica causa di salvezza per tutti. La potenza illimitata delle sue sofferenze conferisce ciò che manca ai patimenti di ogni uomo che soffre. Tuttavia, resta da effettuare la fruizione dei doni che la croce di Cristo produce. Gesù ha per così dire imbandito una mensa, dove non manca alcun bene, se non colui che occupi il posto a tavola e si nutra dell'alimento preparato anche per lui. Il convitato, vestito delle sofferenze che Dio stesso dona a ciascuno come abito, completa la mensa.

Cristo salva per mezzo della morte del Suo corpo di carne; l'uomo è salvato e aiuta a salvare con i patimenti di Cristo, il quale offre a ciascuno il dono di soffrire come Lui e con Lui, allo scopo di continuare a salvare in Lui, anche mediante la sofferenza della propria carne. Le sofferenze del cristiano vissute unitamente ai patimenti di Gesù consentono di donare i benefici di Cristo al suo corpo mistico. La Chiesa, quindi, non solo è Corpo di Cristo che viene salvato attraverso i patimenti dell'Uomo-Dio, ma è anche suo Corpo Mistico che continua a salvare il mondo mediante le sofferenze dei suoi membri. Essi completano così, per vocazione ricevuta dal Signore, gli stessi patimenti di Gesù. Come ebbi già modo di scrivere nel volume *La Chiesa all'alba*

del Terzo Millennio, «aggiungendo l'aggettivo "mistico" al Corpo di Cristo, s'intende sottolineare, senza mettere in questione la sua visibilità, la dimensione spirituale e visibile della Chiesa. Si indica che, sotto la forma di una comunità umana, si nasconde una realtà divina, non afferrabile dall'esperienza sensibile, ma soltanto dalla fede. Si afferma che, oltre ad avere, come ogni altra forma di associazione umana, uno scopo e degli interessi comuni a tutti i membri, la Chiesa è, in più, animata dalla Grazia divina che, per volere di Dio, si è rivestita di elementi sensibili in una co-

redentiva di Cristo il fatto che essa richieda di essere incessantemente completata»⁷. In questo modo «ogni umana sofferenza, in forza dell'unione nell'amore con Cristo, completa la sofferenza di Cristo. La completa così come la Chiesa completa l'opera redentrice di Cristo»⁸...

2. La sofferenza nel Magistero vivente del Santo Padre

Durante l'*Angelus* del 29 maggio 1994, di ritorno da una degenza di alcune settimane presso il Policlinico Ge-



munità di credenti, rendendosi, per mezzo di essa, accessibile all'esperienza degli uomini»⁵. È in questo senso che la redenzione di Gesù – operata in maniera completa «in forza del suo amore soddisfacente»⁶ – rimane costantemente aperta ad ogni amore che si esprime nell'umana sofferenza. Nella dimensione dell'amore, la redenzione già compiuta sino in fondo si compie, in un certo senso, in maniera permanente.

Impressionano profondamente le espressioni del Santo Padre sul valore della sofferenza, allorché afferma che «sembra far parte dell'essenza stessa della sofferenza

melli di Roma, il Santo Padre fece un importante riferimento alla sofferenza, richiamando alla memoria i momenti di dolore e apprensione che avevano accompagnato l'attentato da lui subito il 13 maggio 1981.

«...vorrei che, attraverso Maria, sia espressa oggi la mia gratitudine per questo dono della sofferenza, nuovamente collegato con il mese mariano di maggio. Voglio ringraziare per questo dono. Ho capito che è un dono necessario. Il Papa doveva trovarsi al Policlinico Gemelli, doveva essere assente da questa finestra per quattro settimane, quattro Domeniche,

doveva soffrire: come ha dovuto soffrire tredici anni fa, così anche quest'anno. Ho meditato, ho ripensato di nuovo a tutto questo durante la mia degenza in ospedale. E ho trovato accanto a me la grande figura del Cardinale Wyszyński... Egli all'inizio del mio Pontificato, mi ha detto: 'Se il Signore ti ha chiamato, tu devi introdurre la Chiesa nel Terzo Millennio'.... E ho capito che devo introdurre la Chiesa di Cristo in questo Terzo millennio con la preghiera, con diverse iniziative, ma ho visto che non basta: bisognava introdurla con la sofferenza, con l'attentato di tredici anni fa e con questo sacrificio. Perché adesso, perché in questo anno, perché in questo Anno della famiglia? Appunto perché la famiglia è minacciata, la famiglia è aggredita. Deve essere aggredito il Papa, deve soffrire il Papa, perché ogni famiglia e il mondo vedano che c'è un Vangelo, direi, superiore: il Vangelo della sofferenza, con cui si deve preparare il futuro, il terzo millennio delle famiglie, di ogni famiglia e di tutte le famiglie.

Volevo aggiungere queste riflessioni nel mio primo incontro con voi, carissimi romani e pellegrini, alla fine di questo mese mariano, perché questo dono della sofferenza lo devo, e ne rendo grazie, alla Vergine Santissima. Capisco che era importante avere questo argomento davanti ai potenti del mondo. Di nuovo devo incontrare questi potenti del mondo e devo parlare. Con quali argomenti? Mi rimane questo argomento della sofferenza. E vorrei dire a loro: capitolo, capite perché il Papa è stato di nuovo in ospedale, di nuovo nella sofferenza, capitolo, ripensatelo!»

Davvero questa allocuzione del Papa ha il tenore di una profezia! Il Vangelo della Sofferenza nel Magistero di Giovanni Paolo II non è stato semplicemente il capitolo di un Lettera Apostolica, non ha rappresentato soltanto un paragrafo di un documento ufficiale. È stato molto di più: esso è diventato carne e sangue nella persona stessa del Som-

mo Pontefice, è divenuto Magistero vivente. Egli lo ha annunciato nelle sue ansie per il mondo tempestato dalle guerre e dalla sordità ai suoi instancabili appelli di pace; in lui è diventato fatica missionaria a contatto coi drammi del popolo di Dio a cui ha saputo parlare di speranza.

Ma il Vangelo «superiore»



della sofferenza è stato proclamato chiaro e forte dai suoi stessi patimenti fisici, dalla croce della malattia vissuta con coraggio e senza sconti al suo mandato di Pastore della Chiesa Universale, «usque ad sanguinis effusionem»...⁹. Forse solo oggi comprendiamo l'arcano linguaggio che Dio usa, dotando l'annuncio del Papa del nuovo «argomento della sofferenza»: Egli ha reso il suo servo ancora più eloquente, più simile all'Unigenito Figlio Suo, come sempre fa con chi lo ama senza risparmiarlo. Così fece con san Pio, a cui donò per 58 anni i segni della conformità a Cristo, così ha fatto con Giovanni Paolo II, trasformando un uomo eccezionale in un imitatore fedele del Crocifisso-Risorto. Davanti ai suoi passi faticosi ma tenaci, dinanzi alle sue parole sofferte ma ostinatamente veraci anche il mondo tace e impara. «Il Papa doveva soffrire», aveva detto il 29 maggio 1994, forse perché quando tutte le parole si esauriscono,

quando ogni appello risulta inefficace, solo la croce riesce a far breccia nell'ostinazione del cuore umano incancrenito dall'odio e dall'egoismo. Per introdurre e accompagnare la Chiesa nel Terzo Millennio le iniziative, anche le più geniali, non bastano, persino la preghiera non basta: serve la sofferenza dei figli di Dio, i patimenti dei santi, il dolore del Vicario di Cristo e di «tutti coloro che soffrono insieme con Cristo, unendo le proprie sofferenze umane alla sua sofferenza, salvifica»¹⁰.

3. La sofferenza e il Rosario

Al termine di quest'anno 2003, dal Santo Padre dedicato alla recita della Corona tanto cara a Maria, non possiamo non ricordare come il Rosario costituisca l'immancabile equipaggiamento di chi vuole imparare «il senso del dolore salvifico»¹¹. Ad Oristano, il 18 ottobre 1985, il Papa affermava:

«Esorto vivamente voi, malati... a pregare ogni giorno la Madonna con il santo Rosario. Poiché la salute è un bene che fa parte del progetto primitivo della creazione, recitare il Rosario per i malati, affinché possano guarire o almeno ottenere sollievo ai loro mali, è opera squisitamente umana e cristiana... E quando la malattia perdura e la sofferenza permane, il Rosario ci ricorda anche che la redenzione dell'umanità avviene per mezzo della croce.... Vale più la sofferenza silenziosa e nascosta di un malato che il rumore di tante discussioni e contestazioni.... Ed è questo anche il messaggio lasciato a Fatima dalla Madonna ai piccoli veggenti: la sofferenza ed il rosario per la Chiesa e per i peccatori»¹². I semplici, persino i fanciulli¹³ nelle persone dei beati Francesco e Giacinta Marto¹⁴, sono stati invitati «ad offrire i terribili dolori che li affliggevano in spirito di penitenza per la conversione dei peccatori»¹⁵:

Attraverso il Rosario, il cristiano si pone alla scuola di

Maria, grande maestra sulla cattedra della croce: «...la Vergine Addolorata, ritta accanto alla croce, con la muta eloquenza dell'esempio, ci parla del significato della sofferenza nel piano divino della redenzione. Ella, per prima, ha saputo e voluto partecipare al mistero salvifico "associandosi con animo materno al sacrificio di Cristo, amorosamente consenziente all'immolazione della vittima da Lei generata"»¹⁶. Intimamente arricchita da questa ineffabile esperienza, Ella s'accosta a chi soffre, lo prende per mano, lo invita a salire con Lei sul Calvario e a sostare davanti al crocifisso...»¹⁷.

Il Rosario, la sofferenza e l'innocenza, quindi, diventano termini costantemente solidali nelle biografie degli innamorati di Dio e nelle attenzioni pastorali del Papa. Lo stesso san Pio da Pietralcina – che il Santo Padre ha personalmente voluto canonizzare il 16 giugno 2002 – ha amato profondamente la Corona cara a Maria. Egli ad un giornalista di «Sorella Radio» – la nota trasmissione radiofonica di qualche tempo fa – promise di recitare ogni giorno una corona del Santo Rosario per tutti gli ammalati del mondo. In continuità con il messaggio di Fatima, san Pio offrì al Signore tutto se stesso, tutto ciò che aveva per la salvezza di tanti peccatori, vivendo in pienezza una missione che tanti elementi di contatto sembra avere con le apparizioni ai tre pastorelli portoghesi.

4. Conclusione

Gesù, dopo aver sofferto per la redenzione di tutti, ha donato una Madre agli uomini per educarli alla scuola del Vangelo della sofferenza, ha offerto al mondo la Corona del Rosario per confortare i sofferenti e salvare anime bisognose, ha indicato, in san Pio – servo sofferente – e nei santi, la via per unirsi alla sua opera di salvezza. Oggi, Egli dona alla Chiesa e al mondo l'insegnamento e la testimonianza del Vicario di Cristo,

dell'innamorado di Dio, del propagatore dei Vangelo della sofferenza.

L'Eucaristia, la Chiesa, Maria, il Rosario, i santi, Padre Pio la sofferenza, l'uomo nel suo mistero e con la sua dignità di persona: questi sono i grandi amori di Giovanni Paolo II...».

S. Em.za Card.
JOSÉ SARAIVA MARTINS
Prefetto della Congregazione
delle Cause dei Santi
Santa Sede

Note

¹ PADRE PIO DA PIETRELCINA, *Epistolario*, vol. III, San Giovanni Rotondo 1987, 106.

² GIOVANNI PAOLO II, *Dono e Mistero*, Città del Vaticano 1996, 15.

³ GIOVANNI PAOLO II, *Dono e Mistero*, Città del Vaticano 1996, 47.

⁴ Col 1, 24

⁵ SARAIVA MARTINS, CARD. JOSÉ, *La Chiesa all'alba del Terzo Millennio. Riflessioni teologico-pastorali*, Città del Vaticano 2001, 18.

⁶ GIOVANNI PAOLO II, *Salvifici Doloris*, n. 24.

⁷ *Ibid.*

⁸ *Ibid.*

⁹ Cfr. GIOVANNI PAOLO II, Discorso tenuto il 22 ottobre 2003, *Osservatore Romano* del 23 ottobre 2003 (vers. it.), 4.

¹⁰ GIOVANNI PAOLO II, *Salvifici Doloris*, n. 26.

¹¹ GIOVANNI PAOLO II, *Rosariuni Virginis Mariae*, n. 25.

¹² GIOVANNI PAOLO II, *Il Vangelo della Sofferenza*, (a cura di L. Sapienza), Roma 1983, 136-137

¹³ Nelle vicende della prematura dipartita della serva di Dio Maria Pilar Cimadevilla y López-Dóriga, morta a soli 10 anni – di recente discussione in sede di Congresso teologico presso la Congregazione delle Cause dei Santi – è possibile scorgere il medesimo sodalizio «rosario, sofferenza, innocenza» (Cfr. CONGREGATIO DE CAUSIS SANCTORUM, Matriten. Beatificationis et Canonizationis Servae Dei Mariae a

Columna Cimadevilla et López-Dóriga, *Relatio et Vota Congressus Peculiaris Super Virtutibus die 28 octobris an. 2003 habiti*, Roma 2003, 66).

¹⁴ Di assoluto rilievo sono le parole del Santo Padre pronunciate in occasione dell'80° anniversario delle apparizioni della Vergine Santa a Fatima, quando ebbe modo di sottolineare come le apparizioni mariane del 1917 rappresentino uno dei segni dei tempi capace di esprimere «un rinnovato ed intenso senso di solidarietà e di reciproca interdipendenza nel Corpo Mistico di Cristo che si va consolidando presso tutti i battezzati» (Cfr. la sintesi del discorso Pontificio riportata in António dos Santos, «Fatima e la modernità: Profezia ed Escatologia», in *Veritas in Caritate. Miscellanea di Studi in onore del Card. José Saraiva Martins*, Città del Vaticano 2003, 98.

¹⁵ SARAIVA MARTINS, CARD. JOSÉ, «Conclusione del Simposio "Eucaristia, Santità e Santificazione"», in Congregazione delle Cause dei Santi, *Eucaristia: Santità e Santificazione*, Città del Vaticano 2000, 364.

¹⁶ Concilio Ecumenico Vaticano II, *Lumen Gentium*, n. 58.

¹⁷ Cfr. la sintesi del discorso pontificio riportata in GRECO, A., *Sofferenza ed evangelizzazione nel Magistero di Giovanni Paolo II*, Taranto 1998, 34-35.



Il dolore nel nuovo umanesimo cristiano secondo la *Salvifici Doloris* di Giovanni Paolo II

18

L'icona vivente della sofferenza che ci viene presentata nella persona del Papa è come la concreta testimonianza, fuori da ogni retorica, di una lezione tipica del Magistero di Giovanni Paolo II. Il dolore che salva fa dire al Papa con S. Paolo: "Completo nella mia carne quello che manca ai patimenti di Cristo, in favore del suo corpo che è la Chiesa" (Col 1,24). Da questa esperienza profondamente ministeriale nasce il documento cui si ispira la presente breve riflessione.

1. L'insegnamento di Giovanni Paolo II parte da una visione universale della realtà storica presente in tanti documenti come nei *Messaggi per le Giornate Mondiali del Malato*. Ne ricordiamo particolarmente uno: "Anche oggi, forse soprattutto oggi, si alza dall'umanità il pianto di folle provate dalla sofferenza. Intere popolazioni sono straziate dalle crudeltà della guerra. Le vittime dei conflitti tuttora in atto sono soprattutto i più deboli: le madri, i bambini, gli anziani. Quanti esseri umani, stremati dalla fame e dalle malattie, non possono contare nemmeno sulle forme più elementari di assistenza" (*Messaggio*, 11-II-1996).

Tutta l'umanità è pervasa dall'esperienza della sofferenza, quindi l'esperienza del dolore è universale. Tale constatazione non è espressione di un disperato pessimismo, al contrario, diventa proposta etica di conversione al fine di superare le patologie dello spirito causa principale di sofferenze e dolori. Infatti, nella *Salvifici Doloris* si cerca di indicare agli uomini un senso alla sofferenza perché l'uomo sappia integrarla nel cammino della propria vita e possa trovare la forza di superarla nella comunione con Dio e con i fratelli. Il Santo Padre non esi-

ta pertanto ad affermare che il dolore "è un tema universale che accompagna l'uomo ad ogni grado della longitudine e della latitudine geografica: esso in un certo senso, coesiste con lui nel mondo, e perciò esige costantemente di essere ripreso" (SD 2). Chi ascolta viene chiamato a non chiudersi nell'egoismo che impedisce di vedere il dolore altrui, ma viene pure invitato a non rinchiudersi nel proprio disagio perché il suo malessere costituisce una "condizione" inerente alla sua vita. In questa visione, viene escluso nel contempo il pessimismo e il cinismo che ridurrebbero il dolore a semplice condizionamento insopportabile, mentre il Papa lo indica come un segno di limite e di trascendenza per la natura umana. Perciò il Papa afferma: "Tuttavia ciò che esprimiamo con la parola sofferenza sembra essere particolarmente *essenziale alla natura dell'uomo*" (SD 2), a conferma che il Suo punto di vista non è quello della semplice osservazione psicologica limitata a considerare il dolore come effetto e conseguenza di un malessere. Il punto di vista del Santo Padre è radicato più profondamente nella presa di coscienza universale che il dolore umano costituisce un'esperienza esistenziale che ne indica la trascendenza. Da qui l'affermazione radicale: "La sofferenza sembra appartenere alla trascendenza dell'uomo: essa è uno di quei punti nei quali l'uomo viene in un certo senso destinato a superare se stesso, e viene a ciò chiamato in modo misterioso" (SD 2). Come a dire che la soluzione del dolore si trova soltanto nell'interiorità di una vita orientata al compimento di una vocazione che ci coinvolge nel progetto della Redenzione pensato da Dio per ogni uomo. "In Cristo 'ogni uomo diventa la via del-

la Chiesa' (G.P. II, *Redemptor hominis*, nn. 14; 18; 21; 22). Si può dire che l'uomo diventa in modo speciale la via della Chiesa quando nella sua vita entra la sofferenza" (SD 3).

2. Nella *Salvifici Doloris* possiamo trovare alcune idee chiave che indicano l'orientamento per dare un senso al dolore.

a) La prima idea proviene dalla convinta affermazione che la sofferenza "deve essere accettata come un mistero, che l'uomo non è in grado di penetrare fino in fondo con la sua intelligenza" (SD 11). Il mondo della sofferenza, "al tempo stesso contiene in sé una singolare sfida alla comunione e alla solidarietà" (SD 8). Il dolore personale che si insedia nell'anima e nel corpo dei sofferenti non è riconducibile alla semplice perdita di salute, ma si deve riconoscere come conseguenza della nostra fragilità. Dall'accettazione dei nostri limiti nasce la convinzione che il dolore non sia assurdo ma finalizzato alla scoperta delle vere ragioni del vivere e del morire. La paura della morte che causa tanto dolore è frutto di una concezione materialistica della vita che è stata contestata e scardinata proprio dalla venuta di Cristo sulla terra. In Cristo l'uomo ripercorre il cammino della redenzione accettando il dolore come parte della sua vita destinata a vivere oltre la morte e la malattia.

b) La seconda idea consiste nel comprendere il dolore come vero e proprio strumento di unione con l'amore salvifico di Cristo. Se poniamo il senso della vita nella salvezza eterna e consideriamo la dannazione come perdita finale, allora dobbiamo dire che l'Incarnazione rappresenta la vera risposta alla sofferenza. Le parole del Papa a questo proposito vanno a toccare le radici della questione:

“Ma per poter percepire la vera risposta al perché della sofferenza dobbiamo volgere il nostro sguardo verso la rivelazione dell’amore divino, fonte ultima del senso di tutto ciò che esiste. L’amore è anche la fonte più ricca del senso della sofferenza... L’amore è anche la sorgente più piena della risposta all’interrogativo sul senso della sofferenza. Questa risposta è stata data da Dio all’uomo nella croce di Gesù Cristo” (SD 13). Tali affermazioni fondano la speranza di vincere il dolore nella comunione con l’amore di Cristo. Una vittoria non soltanto escatologica, ma reale e concreta in quanto debellando il peccato noi siamo portati a vivere in una condizione di li-

non sempre corrispondono con quelli degli uomini. L’esperienza del dolore e della malattia costituisce l’occasione opportuna e l’osservatorio particolare per ridare senso al nostro rapporto con Dio e ridare quindi senso alla vita.

3. Partendo dalla nuova concezione della sofferenza, nella *Salvifici Doloris* emerge il disegno di un nuovo umanesimo cristiano che possiamo sintetizzare in tre punti:

– Infatti “la sofferenza è una chiamata a manifestare la grandezza morale dell’uomo, la sua maturità spirituale” (SD 22). La maturazione morale dell’uomo è opera di tutta una vita. La sofferenza spirituale e

questa affermazione il Papa ci invita a considerare il legame tra esperienza concreta e scoperta di orizzonti diversi da quelli individuali e materiali. La sofferenza si configura come vocazione particolare verso una virtù, la virtù cardinale della fortezza che ci porta a sopportare il dolore e la virtù teologale della speranza che ci apre alla relazione con il Padre che può offrirci soluzioni sconosciute.

– Riprendendo ancora il testo di *Col 1,24*, il Santo Padre dice: “Ecco, infatti, colui che soffre in unione con Cristo completa con la sua sofferenza quello che manca ai patimenti di Cristo. In questo quadro evangelico è messa in risalto, in modo particolare, la verità sul carattere creativo della sofferenza” (SD 24). La partecipazione alla sofferenza di Cristo rende possibile vivere il dolore, in nome di un valore superiore che ci rende solidali tra uomini perché solidali con Cristo uomo nuovo. Proprio Lui ha insegnato all’uomo “a far del bene con la sofferenza ed a far del bene a chi soffre” svelando in questo duplice aspetto il carattere santificante ed evangelico della presenza del dolore nell’essere umano, sia per colui che lo vive sulla propria persona sia per colui che è chiamato a fare da cireneo o da buon samaritano accompagnando chi soffre (cfr. SD 30; Luis Redrado J.; *Evangelizzazione e Mondo sanitario: una sfida ai religiosi della sanità*, in Pont. Cons. Past. Operatori Sanitari, “*Curate Infirmos*” e la vita consacrata, Città del Vaticano 1994, p. 116).

Educarsi a condividere la sofferenza è opera teologica ed espressione di virtù teologale, esercizio di tutta la vita e non semplice opera di retoriche esortazioni rivolte ai malati. Momento privilegiato di una antropologia cristiana su cui fondare modelli di vita e proposte pastorali coerenti.

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



bertà dal male e dai mali del mondo. Anche nei dolori fisici, il malato sa che può vincere perché non teme la prova e riconosce nel mistero del dolore il suo legame con tutti gli uomini.

c) Pertanto, nella conformazione a Cristo morto e risorto, si intravede la possibilità di concepire la sofferenza come un momento chiave, un momento adeguato, un *kairòs*. Per il malato e il sofferente bloccati dal dolore, la vita si ferma e in questa pausa dalla corsa quotidiana si coglie l’opportunità di pensare, riflettere, rivedere e decifrare quale sia il senso della propria vita.

Questo è anche il tempo, *Kairòs*, di Dio. Dio ha i suoi momenti, mezzi e disegni che

il dolore fisico possono servire sia per riconoscere i valori umani, sia soprattutto per convincerci a compiere scelte coerenti. La grandezza dell’uomo non si può ridurre al potere, alla ricchezza, al successo e alla bellezza, ma consiste nel riconoscere la propria dignità in tutte le condizioni di esistenza. Perciò, secondo il Papa, coloro che soffrono anche se non hanno la fede, arrivano a dare la vita per una giusta causa e per la verità. Nelle sofferenze di tutti costoro viene confermata in modo particolare la grande dignità dell’uomo (SD 22).

– “La sofferenza è sempre una prova – a volte alquanto dura – alla quale viene sottoposta l’umanità” (SD 23). In

L'uomo per sua natura deve sapere da dove viene e dove va. Il diffondersi dell'esistenzialismo e della società consumistica ha disperso invece i valori umanistici. Il grigio della tristezza è diventato il colore dominante della nostra epoca nel suo aspetto psicologico.

La storia della melanconia è la storia della sofferenza umana, accompagnata dalla riflessione filosofica dell'uomo su se stesso. Nel polacco antico, per indicare la depressione, venivano usate definizioni come "meditazione" o "cupezza". Il termine "melanconia"¹ (o malinconia; ant. maninconia, melanconia) s.f.[lat.tard. melancholia gr. Μελανχολία, comp. Μελανς "nero" e χολή "bile" propriam. "bile nera"; cfr. atrabile] venne introdotto da Ippocrate, il quale contraddistinse quattro tipi di umori: sanguigno, collerico, flemmatico e malinconico. Quest'ultimo venne associato all'eccesso della "bile nera" nell'organismo umano. Ippocrate per primo iniziò a trattare la melanconia come la fase prossima alla genialità e allo stato "superiore" dell'esistenza umana.

Secondo la definizione dell'enciclopedia psichiatrica, la melanconia viene caratterizzata da una profonda depressione soprattutto endogena. Witold Luniowski propose di sostituire tale nome con un altro termine come la "cupezza". La "melanconia", nonostante tante interpretazioni, per quanto riguarda il suo significato sopravvive sia nella letteratura che nella psichiatria. È opportuno ricordare che Antoni Kepinski le ha ridato importanza, intitolando la monografia sulla malattia affettiva *La melanconia*. La definizione melanconia si riferisce esclusivamente alla tristezza umana, mentre la depressione ha diversi significati in relazione al contesto. Il ritorno al-

la classica terminologia di Ippocrate ha la sua giustificazione clinica.

All'inizio la "melanconia" significava diversi disturbi psichici relativi all'alterazione di umore. Già Aristotele pensava che tutti gli uomini illustri in filosofia, politica, poesia e arte fossero dei melancolici (*Problemata* XXX, I). Seneca esprimeva un'idea simile: "Nullum magnum ingenium sine mixtura dementiae". Di conseguenza la simbologia della tristezza viene associata con quella della contemplazione filosofica.

Le catastrofi nelle diverse epoche causavano nelle masse fenomeni di depressione collettiva accompagnati da epidemie di suicidi. Per esempio, nell'antica Grecia i suicidi rituali facevano parte del culto di Dioniso (Bacco).

Nell'anno mille l'onda di pessimismo fu accompagnata dalla convinzione della fine del mondo; tale fenomeno è conosciuto come "chiliasmo" (dal gr. χιλιετισμος, deriv. di χιλιοι "mille"). Simili reazioni si osservano nel corso di catastrofi, fame, epidemie e guerre. Nella storia delle conquiste spagnole in America Latina, alcuni cronisti riportarono notizie sui suicidi di massa e reazioni di depressione tra indiani d'America e altri gruppi indigeni – effetto dello shock subito per l'invasione della nuova civiltà e impossibilità di adattamento ai nuovi valori.

Si osserva che il clima rigido e le notti polari avverse possono causare depressioni collettive presso gli Eschimesi (cosiddetta "depressione artica") da cui conseguono suicidi di massa. Nel XVII sec. in Spagna nella descrizione di tale nazione si credè l'opinione sul temperamento melancolico della popolazione (dal protagonista Don Quijote).

Il fenomeno di un genio melancolico è molto vivo nel

periodo rinascimentale in cui nelle scienze umanistiche venne introdotta la definizione di "psichologia" da Filippo Menchelton. Costui infatti esaltava la genialità dei melancolici (per esempio, il genio di Durer – melanconia di Durer generosissima). Essere melancolico a quei tempi fu considerato un segno di genialità. Tra altri Michelangelo fu creduto personaggio melancolico. L'ideale d'uomo era una persona libera – homo liberatus. Allo stesso tempo l'ascesi medievale fu sostituita dalla meditazione intorno alla persona.

Nella storia della melanconia una tappa importante costituiscono le osservazioni di un religioso anglicano Robert Burton pubblicate nella sua opera intitolata *The Anathemy of Melancholy* (1621). Burton considerò la melanconia uno degli elementi più importanti della vita dell'uomo. Analizzò vari aspetti della vita dell'uomo come commercio, agricoltura, ricchezza, povertà, clima, stelle, malattie somatiche e disturbi sessuali.

Secondo Burton l'uomo è la creatura più infelice del mondo a causa del peccato originale che ha provocato la melanconia. Nessuno è libero da episodi di melanconia come reazione alle difficoltà e problemi della vita quotidiana. La melanconia in tal senso può essere considerata come la personificazione della natura dell'uomo debole e mortale. Va aggiunto che Burton considerava la sua opera come autoterapia creativa: "Scrivo per salvarmi dalla melanconia...".

La tristezza della meditazione

Il linguaggio polacco è ricco di parole che esprimono la melanconia, probabilmente grazie alla poesia, le cui radici affon-

dano nel pensiero martiriologico, nel romanticismo e nel sentimentalismo. Una di queste è *frasunek* vocabolo di origine tedesca (*fressen* – consumarsi) che non si traduce in altre lingue e serve per esprimere la tristezza meditativa. Il termine viene a significare pena e afflizione intorno al destino dell'uomo il cui simbolo è Cristo in corona di spine, raccolto nella meditazione in numerose edicole poste lungo la strada.

Un'altra definizione relativa alla melanconia è la “nostalgia” (comp. del νοστος – “ritorno” e ἄλγος “dolore; propr. “dolore di ritorno”); venne usata per la prima volta da Johannes Hoffer (1611) per indicare la reazione melanconica dei soldati svizzeri allontanati dal loro habitat biologico o sociale per un lungo periodo.

Nella vita umana ci sono diversi tipi di comportamento; come quello apollineo, dove prevale la componente serena e armonica dello spirito basata sull'apoteosi della gioia e si contrappone allo spirito dionisiaco, caratterizzato da componenti oscure e passionali. Secondo uno psichiatra di Cracovia – Jan Mitrarski – va aggiunta una terza corrente, quella saturnina che corrisponde a riflessione, sofferenza, meditazione e tristezza. Sembra che il comportamento depressivo, come antitesi di quello dionisiaco, sia più umano, in quanto molto resistente alle influenze del mondo esterno. Proprio nello stato depressivo escono a galla tutte le paure più remote dell'uomo, al fine di preservare anima, corpo e bisogni quotidiani; tali paure poi prendono forma di mania di colpevolezza, di indigenza o di ipocondria.

Nelle tenebre della depressione l'uomo si avvicina all'infinito della morte. Scrisse Antoni Kepinski: “*La morte è distruzione del proprio mondo che equivale a tutto il mondo. La morte è riposo, fine della fatica, fuga da tormento che rode l'uomo. Mentre il mondo respinge è solo la morte ad attirare*”. Nello stato di melanconia il desiderio

della morte è reale, non è soltanto la chiamata di aiuto, poiché in numerosi casi finisce con il suicidio.

Il clima depressivo dei nostri tempi in qualche modo è stato causato da violenti cambiamenti sociali e culturali nelle strutture tradizionali, che scuotono l'equilibrio della continuità della vita umana in senso metafisico, culturale, sociale ma anche biologico.



Spinto dal progresso tecnologico, l'uomo viene allontanato dal passato e dalla tradizione, dai legami e dalle usanze familiari. Al posto della convinzione di appartenenza e continuità biologica subentra l'alienazione. L'uomo per sua natura deve sapere da dove viene e dove va. Di conseguenza l'uomo si sente solo nel tempo e nello spazio, nel caos delle proprie emozioni le quali non riesce più a comprendere. Nel mondo viene rinnegato l'ordine della natura e del pensiero logico respinto dal caso e dalle regole di statistica. Dice Antoni Kepinski: “*L'uomo appartiene ad un sistema di autoregolazione con il suo programma (futuro) e memoria (tradizione). La solitudine è contraria alla natura dell'uomo e di tutti gli esseri viventi*”.

La solitudine dell'uomo odierno non riguarda solo aspetti spazio temporali ma anche i rapporti uomo natura,

in quanto l'uomo stesso sviluppa sistemi di isolamento. Nei rapporti con la natura egli fa sorgere una barriera tecnologica. Nei complessi rapporti interpersonali, invece, indossa una maschera e fa impoverire i legami sentimentali.

Il senso di smarrimento, frustrazione e indifferenza nell'uomo è il risultato della complessità dei rapporti sociali ed economici nonché della mancanza nella loro comprensione. La resistenza della società è talmente forte che penalizza ulteriormente nell'uomo l'attuazione dei propri desideri e programmi; ne consegue la rinuncia della creatività e la sottomissione al consumismo.

Il diffondersi della melanconia sempre più frequente nello stato d'animo nell'uomo di oggi, consiste nella valutazione negativa della civiltà e della cultura odierna e provoca manifestazioni di massa contro l'ordine del mondo, seguite dalla moda per la riscoperta delle filosofie orientali.

Il quadro clinico di tante malattie è caratterizzato sempre più frequentemente dall'aspetto ipocondriaco, dove disturbi somatici sono molto spesso espressione di sofferenza psichica: causano la compassione e la reazione positiva da parte della società. Disturbi fisici fanno mascherare lo stato di depressione, che di solito provoca reazioni negative e il rifiuto della persona che ne soffre (depressione mascherata, depressione sorridente).

La depressione dell'apice

La depressione dell'apice si manifesta nelle situazioni in cui l'uomo raggiunge la vetta dei propri desideri: conseguimento di medaglia olimpica, titolo di professore, premio Nobel oppure carriera artistica. In questa forma si personalizza una caratteristica molto importante della natura umana: la difficoltà o l'impossibilità di stare senza far niente per il fatto che, non appena raggiunto lo scopo, subentra l'inquietudine e la vacuità melanconica; ne consegue che

mancare di obiettivi nella vita equivale a mancare di senso della vita.

Tale forma di depressione si manifesta spesso nelle persone creative, con tanti impegni, oppure grandi lavoratori. Significativi sono gli esempi di alcuni cosmonauti, scalatori del Monte Everest o artisti illustri. La melancolia che affligge un individuo a volte è talmente forte che lo fa escludere dalla futura vita creativa e lo spinge perfino al suicidio.

Scrivono Antoni Kepinski in *Melancholia*: "La solitudine in vetta viene dal fatto che tutti quanti stanno sotto; non c'è nessuno a cui chiedere un consiglio, niente a cui appoggiarsi, bisogna decidere da soli. Da una parte ha paura di precipitare dalla rupe, dall'altra prova una sensazione di potere che causa giramenti di testa".

Vi sono alcune culture superstiti dove, in base al modello sociale, gli anziani hanno conservato la loro posizione privilegiata per cui godono di benessere materiale, detengono il potere e sono stimati per la loro saggezza ed esperienza.

Di contro, nella civiltà odierna scientifico-tecnologica, in cui vige il criterio di utilità, la condizione sociale ed economica delle persone anziane è sempre più precaria. L'uomo è buono finché è utile. I nonni sono utili in quanto possono contribuire alla crescita e all'educazione dei nipoti.

La sensazione di mancata utilità fa accelerare il processo di decadenza senile e perfino di morte. Diviene anche il fattore principale eziologico della depressione. L'uomo inutile è come se fosse condannato alla morte sociale, poiché non rappresenta alcun valore, diventa un peso, provoca rifiuto e alla fine spesso finisce in un ospizio per volontà sua o dei parenti.

Il pianeta terra diventa sempre più piccolo e affollato, poiché cresce il numero degli abitanti e aumenta l'urbanizzazione. L'uomo diventa ostacolo ad un altro uomo, ne diviene dipendente e rende difficile la realizzazione dei pro-

grammi personali. Persone che si disturbano a vicenda sono indifferenti tra loro e perfino ostili. L'aumento del divario tra ricchi e poveri; l'indifferenza verso la povertà e la mancanza di buona volontà sono il risultato di una incapacità sociale.

I sentimenti negativi portano alla solitudine. L'uomo solo in mezzo alla folla è afflitto da anonimato e non sente alcun legame con gli altri. Il suo atteggiamento diviene sempre più egocentrico. Il ruolo sociale si limita alla lotta per la sopravvivenza, a volte ad altissimo prezzo.

La terminologia etnografica definisce tale comportamento atropoemetico, poiché la presenza di un'altra persona provoca rifiuto, voglia di allontanamento, vomito, nel senso sia stretto che lato della parola.

Quando sono i sentimenti positivi a dominare, lo spazio vitale aumenta. Al contrario, i sentimenti negativi fanno diventare il mondo circostante ostile e nemico, da cui segue la lotta o la fuga. Essi sono una delle cause dell'aumento dell'aggressività o dell'uso della forza. Dal momento che non si può creare si deve distruggere e, dato che non si può amare si deve odiare.

Considerato che si restringe lo spazio vitale, lo scambio con la società circostante diminuisce, la dinamica vitale si abbassa, al punto che provoca, insieme ai sentimenti negativi, abbassamento di umore e comparsa di melancolia. Ogni essere vivente, animale, pianta e soprattutto l'uomo richiede per il proprio sviluppo un adeguato spazio: se manca aumenta l'aggressività a cui segue la lotta per conquistare altro. Questa è la condizione della sopravvivenza. Più che di uno spazio reale, l'uomo ha bisogno piuttosto della sensazione di libertà, per muoversi nel mondo. Nutre sentimenti per tutto ciò che lo circonda.

La grigia tristezza

Si osserva la diminuzione del piacere causato dalla facilità nei rapporti, nelle esperienze estetiche ed erotiche

ma anche nella soddisfazione di bisogni quotidiani come sonno, cibo o riposo.

Il progresso della civiltà tecnologica toglie al lavoro il suo carattere individuale e creativo. Il prodotto finale è il frutto del lavoro di tante persone in varie parti del mondo, che pure non si conoscono affatto. L'anonimato è la causa di atteggiamenti negativi come stanchezza e frustrazione.

La facilità di accesso al mondo lontano, spesso incomprendibile ed estraneo, crea la paura quando la gerarchia dei valori in vigore viene stravolta. Grazie alla tecnica, il mondo diventa sempre più piccolo; attraverso la televisione possiamo partecipare agli eventi che avvengono sull'altro emisfero; in poche ore l'uomo può raggiungere il cosmo o il punto più lontano del globo. È stato oltrepassato il limite del suono, i viaggi sono più veloci del tempo stesso.

L'uomo è aggredito da troppe informazioni che non riesce a trasformare a suo vantaggio. Sente continuamente notizie su aggressioni, uso della forza, omicidi e sofferenze: esse stesse sono fonte di indifferenza nei confronti della sofferenza umana. Ne consegue che il mondo contemporaneo è affetto da caos sentimentale e spirituale.

Il diffondersi dell'esistenzialismo e della società consumistica nella cultura europea ha disperso i valori umanistici. Il grigio della tristezza è diventato il colore dominante della nostra epoca nel suo aspetto psicologico.

La cultura giudaico-cristiana si distingue per l'idea essenziale del peccato e della colpa. Nelle culture primitive, invece, prevalgono stati di ipocondria, manie di persecuzione, allucinazioni e illusione, in cui domina un forte legame di gruppo. La responsabilità collettiva esonera una persona dalla colpa per un peccato o un successo e la fa ricadere su tutta la società.

Sarà forse questo il motivo per cui la melancolia è meno frequente nelle culture primitive. Il forte legame di gruppo facilita l'espressione di emo-

zioni e sentimenti che vengono condivisi da tutta la società. Insieme è più facile sopportare anche la sofferenza. Come la melancolia, anche la gioia, la paura oppure l'odio si espandono a tutto il gruppo. In tali culture ogni persona ha un ruolo ben definito, all'interno della gerarchia e un posto nell'ordine cosmico (astrale).

Il quadro patologico delle malattie psichiche è simile nelle diverse culture solo per quanto riguarda i disturbi assiali. Le descrizioni storiche, per esempio nella Bibbia, permettono di fare una diagnosi

turale, nei rapporti sociali e nelle esperienze interiori dell'uomo.

È molto diffuso oggi trasformare sempre più l'ambiente naturale in quello artificiale. Il livello di inquinamento dell'aria, della terra e dell'acqua supera spesso i limiti di sopportazione umana. La vita in tali condizioni diventa molto difficile in quanto si rafforza la paura della vecchiaia e della morte e l'uomo si allontana dai ritmi della natura. La fretta, uno dei maggiori tormenti dei nostri tempi, si è creata dal divario tra le

bito dopo malattie cardiovascolari.

Probabilmente mai come oggi la vita è stata così intensa e lo sviluppo tecnologico così dinamico. Secondo Antoni Kepinski, l'uomo, per il suo sviluppo ottimale, deve avere la possibilità di realizzarsi attraverso la creatività. L'uomo esprime il suo aspetto astratto nella proiezione dei sogni e nel progettare programmi per il futuro. La loro mancata realizzazione, quindi, può causare perdita dell'identità e del senso della vita. L'esempio più adeguato e più tragico è il destino umano nei sistemi totalitari.



in base ai criteri odierni, benché il quadro clinico sia sempre condizionato da cambiamenti sociali e culturali. Ciò riguarda non solamente disturbi nervosi, ma anche psicosi, inclusa la melancolia e la schizofrenia.

Il contenuto di paure, ossessioni o manie dipende dalle credenze, dalle usanze e dalle norme locali. Gli indiani che abitano gli altipiani delle Ande hanno allucinazioni diverse dalle popolazioni della giungla. Altre sensazioni psicotiche hanno i residenti di Polinesia, zone Artiche o Asia.

L'analisi retrospettiva fa supporre che i problemi dell'uomo in futuro non cambieranno radicalmente, ma potrà cambiare solo il contenuto dei conflitti. Secondo Antoni Kepinski i cambiamenti si concentreranno nell'ambiente na-

possibilità tecnologiche e il ritmo naturale dell'organismo umano. Andare di fretta significa allontanarsi dalla vita. Si fugge dal passato e si rincorre il futuro, trascurando il presente, che invece dona sapore e valore alla vita. La fretta, similmente alla noia, crea maggiore stanchezza ed esaurimento dello sforzo fisico e mentale.

Non è facile comprendere l'essenza della melancolia e immaginare una grande sofferenza dei malati. Con lo sviluppo tecnologico la malattia diventa sempre più diffusa. Secondo le stime, un decimo degli abitanti del pianeta Terra ne è affetto periodicamente: nel 1990 la melancolia stava al quarto posto nella graduatoria delle malattie invalidanti; già si prevede che nel 2010 occuperà il secondo posto, su-

Dimensione trascendentale

Al futuro è legata la speranza che non tutto sparisce con la morte ("non omnis moriar"). Nell'evoluzione della cultura l'uomo era protagonista stesso di grandi scoperte, anche se poi non le utilizzava direttamente per soddisfare i propri bisogni. Ciò nonostante la cultura, con il suo carattere perenne, giocava un ruolo importante sia nella sopravvivenza dei popoli che nel senso della vita delle singole persone.

Un rilievo particolare viene dato alla fede, per il fatto che essa mobilita nel corpo le forze fisiche e psichiche di difesa. In generale si sa che i benefici dei medicinali dipendono in gran parte dalla convinzione che il paziente ha nei confronti del farmaco stesso e del medico. Le statistiche confermano che i credenti sopportano meglio il dolore rispetto agli agnostici, reagiscono maggiormente alle terapie del dolore perché la preghiera svolge una funzione terapeutica diretta nella sofferenza. La fede permette al malato di riordinare e formulare la scala dei valori e facilita anche lo scambio di informazioni con l'ambiente circostante. Dai concetti sopra descritti nasce la definizione della psichiatria assiologica (Kepinski) e della terapia etica (Zucchi) per cui si presume che una delle cause della malattia psichiatrica

sia il mancato rispetto da parte dell'uomo dell'ordine naturale e morale.

Contemporaneamente oggi si affronta il problema dell'indebolimento o della perdita della fede. L'uomo si sente abbandonato e vive male la propria solitudine. Secondo Kepinski è difficile vivere nell'agnosticismo totale e nel caos morale. Riflettere sulla previsione del futuro psichiatrico del mondo causa senso di inquietudine: dove si reca l'umanità? Quali effetti porterà la paura del nucleare?

Melancolia e paura sono state a ragione considerate la malattia e l'impronta della nostra epoca. Scrive Antoni Kepinski, facendo un bel paragone: "L'uomo del futuro, per sopravvivere, deve conciliare

due comportamenti opposti: quello di un cosmonauta e quello di un artista. Il cosmonauta si sottomette alle esigenze del mondo tecnologico; al contrario l'artista, nella sua spontaneità, ha un approccio soggettivo con la vita. L'artista si esprime in totale libertà, fuori da legami e maschere di ogni tipo. La sopravvivenza dell'uomo moderno dipende dall'equilibrio tra i due concetti di identità individuale e spontaneità e di sottomissione alla tecnologia. Se l'uomo non fosse in grado di conseguire il raggiungimento di tale equilibrio, causerebbe caos, smarrimento e svalutazione dei valori morali. In altre parole – perderà il senso della vita e si lascerà sopraffare dalla melancolia".

Attraverso l'esperienza del ritmo accelerato e profondo dei cambiamenti umani e ambientali, ci disfarremo difficilmente dall'idea che l'umanità si prepara a compiere un nuovo salto evolutivo. Dipende da noi se questo salto sarà proiettato verso una vita migliore.

Prof. ZDZISLAW JAN RYN
*Collegium Medicum,
Università Jaghiellonica,
Cracovia, Polonia*

Nota

¹ Gli psichiatri preferiscono la forma melanconia o quella più prossima al greco di melancolia per indicare con questo nome una particolare malattia psichica.



Le infermiere cattoliche di fronte alle sfide della salute in Africa*

Questa mia relazione ha due parti: nella prima tento di fare un quadro generale della salute in Africa; nella seconda sottolineo alcune sfide che presenta la salute per le infermiere cattoliche. In questa seconda parte vi sono dei punti forti che le infermiere, soprattutto cattoliche, devono avere presenti nel loro bagaglio formativo e nell'esercizio della loro missione.

PRIMA PARTE: LA SALUTE IN AFRICA

Parlare di salute in un continente come l'Africa che, oltre a comprendere decine di Stati sovrani, offre un mosaico di popoli, culture e tradizioni religiose differenti, è piuttosto audace. Il rischio consiste nel cercare di generalizzare con facilità situazioni del tutto diverse, secondo la storia di ogni Nazione o di particolari regioni.

La storia africana di questi ultimi anni ha dimostrato però che esiste ancora un processo ideologico irreversibile. Molti africani sono andati acquisendo progressivamente consapevolezza dell'urgenza di un *ragionamento africano* comune, un imperativo questo che, a lungo raggio, potrebbe rivelarsi decisivo per conciliare le legittime particolarità di ciascuno con le aspirazioni e gli interessi dell'intero continente.

Nel campo sociale, politico ed economico, è evidente nasconde l'urgenza di un'unione delle forze vive, di una collaborazione nei diversi campi della vita sociale ed economica, e di una solidarietà tra gli Stati africani, premessa e preludio ai vari raggruppamenti e aggregazioni regionali e alla

creazione degli Stati Uniti d'Africa.

Lo stesso discorso vale per la Chiesa africana che ha celebrato il suo primo Sinodo continentale dieci anni fa, precisamente nel 1994. Si trattò di un momento importante nella storia della Chiesa africana, chiamata a ridefinire la propria identità e missione, nella fedeltà a Cristo e nell'impegno a rispondere alle sfide cui si trova di fronte nel cammino dell'evangelizzazione.

Tra queste sfide figura la situazione in cui si trova il mondo della sofferenza e della salute nel continente. Essa desta grande preoccupazione e interpella tutti, specialmente quanti hanno doveri e responsabilità nei riguardi del bene comune e del destino dei popoli. Per le comunità cristiane non è il momento di arretrare, evitando una delle loro responsabilità. Occorre però affrontare la questione in termini non solo di economia, di tecnica e professionalità, ma anche di assistenza al malato e di pastorale organica che coinvolga l'intera comunità cristiana e, in particolar modo, gli operatori sanitari laici e i gruppi di volontariato.

1. Genesi delle Istituzioni sanitarie della Chiesa in Africa

“I missionari, per parte loro, nel condurre l'opera dell'evangelizzazione, hanno costantemente associato la predicazione della Buona Novella con l'assistenza e la cura dei malati”¹.

Tale binomio *predicazione evangelica-assistenza al malato* si è rivelato, ancora una volta, fecondo nella storia dell'evangelizzazione del continente africano. Così, all'attivo

del bilancio missionario nel continente, non solo esistono comunità cristiane vive e fiorenti, ma anche una grande rete di strutture sanitarie della Chiesa, che costituiscono ancor'oggi, e a volte più che nel passato, un importante punto di riferimento per la salute delle popolazioni africane.

Per motivi naturalmente storici, l'evangelizzazione dell'Africa ha seguito e, a volte, ha coinciso con la penetrazione coloniale nel continente. Di qui la collaborazione tra gli Stati coloniali e molte Congregazioni religiose missiona-



rie. Il mondo della sanità e della salute è stato uno dei settori in cui la collaborazione si era rivelata necessaria e utile. Di fatto, non potendo offrire e garantire assistenza sanitaria a tutti, le autorità coloniali avevano compreso la necessità della Chiesa in questo settore e ne avevano sollecitato l'aiuto. È stato, pertanto, per un *motivo* prevalentemente di *supplenza* che la Chiesa ha creato un'importante rete di istituzioni socio-sanitarie che comprendono ospedali, ambulatori, lebbrosari e case di cura di diversa natura.

La supplenza però non basta a spiegare la consacrazione della Chiesa al mondo della sofferenza e della salute. Il precetto evangelico della ca-

* Relazione svolta da S.E. Mons. Redrado, O.H. in occasione del congresso del CICIAMS in Africa, Nigeria, 20-24 settembre 2004.

rità che, con l’insegnamento e l’esempio di Cristo, acquisisce particolare pertinenza evangelica, spirituale e pastorale, trattandosi del fratello che soffre², è il fondamento teologico della presenza e dell’azione della Chiesa nel mondo della sofferenza e della salute.

2. Alcuni aspetti della situazione sanitaria in Africa

Molti dei cosiddetti Paesi in via di sviluppo si trovano in Africa. Per ragioni interne ed esterne, questi Paesi soffrono di mali strutturali e congiunturali che rappresentano un autentico freno allo sviluppo sociale ed economico delle popolazioni che vivono nel continente.

Tutto ciò si ripercuote sul mondo della sofferenza e della salute, profondamente contrassegnato da una carenza cronica di strutture adeguate e dal progressivo deterioramento del livello generale della salute in Africa.

Alcuni dati indicativi del livello di salute in Africa:

Tabella 1

Situazione in Africa	1990	2000
Tasso di mortalità di bambini minori di 5 anni per mille nati	180	172
Tasso di mortalità infantile per mille nati	117	107
Bambini di 1 anno vaccinati contro il morbillo	58%	58%
Tasso di mortalità materna (1995)	1,098	
Popolazione di accesso sostenibile a una fonte di acqua potabile (rurale/urbana)	39% / 86%	44% / 83%
Persone denutrite	35%	33%
Popolazione urbana con accesso ad assistenza sanitaria	75%	74%
Popolazione con accesso a servizi sanitari adeguati	53%	57%
Aspettativa di vita alla nascita		41,4 anni
Persone che vivono con meno di 1\$ al giorno	27%	
N.B. Dati del Rapporto sullo sviluppo umano 2003, UNDP.		

Oltre, però, ai citati indicatori che danno un’idea della gravità della situazione sanitaria nel continente, preoccupa la realtà delle malattie, soprattutto quelle tropicali, che ogni anno mietono migliaia di

vite, tra uomini, donne e bambini. Trovandosi in regioni calde e umide, nelle zone equatoriali e tropicali, le popolazioni africane devono affrontare, senza disporre di mezzi finanziari e strutturali adeguati, i numerosi e pericolosi parassiti che, in molte regioni del continente, trovano un luogo adatto per svilupparsi e diffondersi. Tra le principali malattie tropicali del continente meritano particolare menzione: la malaria, la bilharzia, la filariosi, la tripanosomiasis, la leishmaniosi e la lebbra. Tali patologie costituiscono il maggiore ostacolo al raggiungimento di un buon livello di salute nel continente africano.

Le malattie tropicali, però, non esauriscono il quadro delle patologie nel continente. Esistono patologie che hanno “la reputazione di essere moderne o importate dal Nord”³. Si tratta della tubercolosi, della poliomielite, del tetano, della tosferina, della difterite, del morbillo, della meningite, senza dimenticare tutte le altre, come le cardiopatie che, in Africa, si diffondono ad un ritmo inquietante⁴.

bero collocare il problema solo a livello psicologico e sociale, senza offrire alla gente l’occasione di andare a fondo del problema, di porsi coraggiosamente l’unica domanda che conta: da dove nasce il fenomeno dell’Aids e come prevenirne, in maniera umana e sicura, il contagio? La risposta a questo interrogativo la troviamo nel discorso del Papa ai partecipanti alla Conferenza Mondiale organizzata nel 1989 in Vaticano sull’Aids. In quell’occasione, Giovanni Paolo II ebbe il coraggio di andare al di là della politica di corta visione degli Stati e degli organismi internazionali, per invitare il mondo a vincere quell’“aids” mortale che, giustamente, chiamava *immunodeficienza* sul piano morale, grave malattia del nostro tempo e causa principale della diffusione dell’Aids⁵.

A questa causa mortale, valida per tutti, si aggiunge, in particolare in Africa, l’aggravarsi delle condizioni di sottosviluppo, vera causa del crescente numero di sieropositivi e di malati di Aids nel continente.

Tabella 2

Aids in Africa: stime alla fine del 2003
Adulti e bambini con Hiv/Aids: 27,2 milioni
Adulti e bambini infettati con Hiv/Aids nel 2003: 3,7 milioni
Numero di decessi di adulti e bambini a causa dell’Aids nel 2003: 2,7 milioni
Il 75% dei malati di Aids vive nell’Africa sub-sahariana
8 orfani su 10 a causa dell’Aids vivono nell’Africa sub-sahariana
L’Aids ha reso finora orfani 11 milioni di bambini africani
Si prevede che 20 milioni di bambini africani resteranno orfani entro il 2010
N.B. Dati del Rapporto dell’UNAIDS 2003

Per rispondere alle necessità sanitarie del continente, la Chiesa dispone di una rete importante di istituzioni socio-sanitarie, di cui desideriamo dare ora alcune informazioni statistiche.

Tabella 3 - Strutture socio-sanitarie della Chiesa in Africa al 31 dicembre 2002

NATIONES COUNTRIES PAYS	Valetudi- naria Hospitals Hôpitaux	Ambula- toria Dispens- saries Dispens- saires	Lepro- saria Lepro- saria Léprose- ries	Nosocomia senibus, perpetuo aegrotis, invalidis praeepeditis Homes for the old, the chronically ill, invalids, the handi- capped Maisons pour personnes âgées, malades chroniques invalides et handi- capées	Domus pupillares Orphan- ages Orphe- linats	Infantium asyla Nurseries Jardins d'enfants	Consul- toria matrimo- nialia Matrimo- nial advice centres Conseillers conjugaux	Peculiares sedes edu- cationis vel refor- mationis socialis Special centres for social education or re-edu- cation Centres spéciaux d'éduca- tion ou de rééducation sociale	Alia instituta Other institu- tions Autres institu- tions	Omnia simul Total
Africa - Afrique										
Algeria - Algérie	1	—	—	2	—	1	6	2	11	23
Angola	16	299	4	7	37	25	8	49	11	456
Benin - Bénin	13	51	3	3	24	3	1	49	3	150
Botswana	—	2	1	—	2	9	—	3	—	17
Burkina Faso	6	26	1	20	12	1	5	130	25	226
Burundi	15	59	2	10	27	7	29	11	55	215
Cameroon - Cameroun	27	200	16	11	24	5	196	126	140	745
Cape Verde - Cap-Vert	—	—	1	—	1	—	—	1	16	19
Central African Republic										
Rép. centrafricaine	2	34	1	5	2	1	1	7	49	102
Chad - Tchad	3	91	1	7	—	1	1	8	183	295
Comoros - Comores	1	12	—	—	1	—	1	2	—	17
Congo	4	16	1	4	6	2	2	12	2	49
Congo, Dem. Rep. of the										
Congo, Rép. dém. du	196	1.566	46	136	129	56	423	312	123	2.987
Côte d'Ivoire	7	44	3	2	3	2	1	10	7	79
Djibouti	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1
Egypt - Egypte	10	126	—	29	18	31	18	28	10	270
Eritrea - Érythrée	20	18	1	—	6	—	—	1	12	58
Ethiopia - Éthiopie	14	55	9	25	17	3	25	25	1	174
Gabon	—	7	—	4	5	2	—	1	3	22
Gambia - Gambie	—	4	—	1	2	—	—	2	—	9
Ghana	35	70	1	3	22	212	46	55	9	453
Guinea - Guinée	4	5	—	2	1	1	—	21	1	35
Guinea - Bissau										
Guinée - Bissau	4	20	1	—	6	—	—	—	1	32
Guinea, Equatorial										
Guinée équatoriale	—	5	—	2	—	—	3	—	—	10
Kenya	72	493	5	98	61	1.048	52	354	47	2.230
Lesotho	4	64	—	5	1	16	20	7	1	118
Liberia - Libéria	6	17	3	—	1	—	—	11	1	39
Libyan Arab Jamahiriya										
Jamahiriya arabe libyenne ..	—	4	—	—	—	—	—	—	—	4
Madagascar	22	180	27	18	26	2	67	75	14	431
Malawi	25	56	1	8	46	122	4	11	6	279
Mali	5	20	—	—	4	1	15	19	11	75
Mauritania - Mauritanie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mauritius - Maurice	2	—	—	10	3	4	6	26	1	52
Morocco - Maroc	2	6	—	2	1	10	—	2	—	23
Mozambique	19	68	2	13	26	46	—	69	170	413
Namibia - Namibie	7	10	—	2	13	—	—	3	2	37
Niger	—	6	1	—	1	—	—	2	5	15
Nigeria - Nigéria	190	252	81	32	23	59	549	127	41	1.354
Réunion	1	4	—	3	1	1	—	—	—	10
Rwanda	8	89	—	25	28	—	18	58	32	258
Sahara, Western										
Sahara occidental	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Saint Helena - Sainte-Hélène ..	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sao Tome and Principe										
Sao Tomé-et-Príncipe	—	—	1	3	2	1	—	1	6	14
Senegal - Sénégal	13	212	4	2	23	35	41	30	19	379
Seychelles	—	—	—	2	3	3	3	4	—	15
Sierra Leone	9	22	—	1	8	1	—	9	2	52
Somalia - Somalie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
South Africa - Afrique du Sud ..	20	38	2	76	61	67	38	245	52	599
Sudan - Soudan	15	58	9	13	6	4	1	19	165	290
Swaziland	1	14	—	3	5	—	1	3	—	27
Tanzania, United Republic of										
Rép. Unie de Tanzanie	56	391	23	23	34	173	32	38	18	788
Togo	5	45	3	4	13	1	12	2	201	286
Tunisia - Tunisie	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Uganda - Ouganda	28	232	7	19	27	49	78	139	96	675
Zambia - Zambie	33	18	9	13	19	24	23	57	20	216
Zimbabwe	42	9	—	7	9	7	2	36	3	115
Total, Africa										
Total Afrique	964	5.018	270	655	791	2.036	1.728	2.202	1.575	15.239

Con il passare degli anni, la Chiesa ha cercato di correggere il sistema sanitario basato sulla medicina curativa, potenziando la propria rete con la creazione di numerosi nuovi centri sanitari accessibili a molte persone. Il risultato è stato il gran numero di ambulatori di cui dispone per promuovere la salute su vasta scala. Tutto questo permette ai suoi operatori sanitari di essere in contatto con ogni persona e, in modo particolare, con i poveri e gli umili che abitano nelle regioni interne del Paese, difficilmente accessibili. Gli ambulatori sono essenziali per poter raggiungere un numero maggiore di persone. Allo stesso tempo, però, richiedono molti mezzi in materiale, logistica e personale, di cui purtroppo la Chiesa non dispone. Di qui l'urgenza di una cooperazione tra le Chiese per potenziare la rete delle istituzioni sanitarie in Africa, che oggi devono affrontare molti problemi, soprattutto d'ordine finanziario e logistico.

Sforzarsi per collaborare a migliorare il livello sanitario delle popolazioni africane significa contribuire allo sviluppo di tutto il continente. Lo sviluppo socio-economico dipende ampiamente dalle condizioni di salute delle popolazioni che, se vivono in condizioni precarie, non possono dare il meglio di sé. In questo modo, la salute diventa il nuovo nome dello sviluppo.

3. L'aiuto all'Africa

L'aiuto alle popolazioni africane avrà luogo attraverso la collaborazione e la solidarietà di tutti gli uomini di buona volontà.

Collaborazione e solidarietà

Intervenendo ai lavori dell'Assemblea Plenaria del Pontificio Consiglio per la Salute, svoltasi nel febbraio 1990 in Vaticano, il Cardinale Zoungou, Arcivescovo di Ouagadougou, esprimeva nei seguenti termini le condizioni di una concreta ed efficace collaborazione tra Nord e Sud in campo sanitario:

a) considerare i Paesi nella loro specificità, secondo il loro aspetto positivo e la loro condizione concreta;

b) tener conto del fatto che, se la malattia impegna direttamente la responsabilità degli operatori sanitari, l'azione sanitaria deve impegnare gli operatori sociali: professori, urbanisti, la propaganda, economisti, politici, malati;

c) considerare che la collaborazione non è un sentimento, ma un metodo fondato su una convinzione ragionata. Quella non elimina le differenze, bensì cerca di trasformarle in dinamismo creatore, assumendo gli aspetti positivi delle diverse posizioni, per integrarli;

d) tener conto del fatto che nessuno è maestro di sanità: tutti la cercano. Per arrivare ad essere possibile, la sanità necessita di svilupparsi globalmente, ma è anche condizione necessaria per ogni ulteriore sviluppo;

e) tale ricerca presuppone: aiuti per le situazioni di estrema povertà e per i casi imprevisi; educazione sanitaria e partecipazione ai programmi di lotta per la salute, intrapresi dai vari Paesi; vigilanza sul buon funzionamento degli stati di gravidanza e delle nascite; ricerca scientifica delle cause delle malattie; controllo delle medicine e del costo delle cure⁶.

In concreto, in ambito ecclesiale si possono localizzare alcuni settori interessanti di collaborazione. Giustamente Renato Di Menna allude ad alcuni di essi nel suo articolo *Le "strutture di peccato" del mondo della salute nei paesi in via di sviluppo*. Tra questi possiamo menzionare:

– l'istituzione della fratellanza tra comuni, diocesi, parrocchie, scuole...

– la dedizione al campo dell'animazione e della formazione dei giovani e degli adulti nella solidarietà nazionale e internazionale⁷.

La solidarietà, però, non può ridursi ad una semplice collaborazione. Essa è una virtù cristiana che, alla luce della fede, tende a superare se stessa, a ri-

vestire le dimensioni cristiane della gratuità totale, del perdono e della riconciliazione. Allora "il prossimo non è soltanto un essere umano con i suoi diritti e la sua fondamentale eguaglianza davanti a tutti, ma diviene la viva immagine di Dio Padre"⁸.

4. Sfide e prospettive per la Chiesa

Le sfide e le prospettive che interpellano in modo particolare la Chiesa nel continente africano vanno in quattro direzioni.

a) *Necessità di un coordinamento del settore socio-sanitario*

È urgente coordinare i vari programmi socio-sanitari in maniera che ciascuna delle iniziative resti integrata in progetti e azioni corali, intelligenti, programmate e generose, tanto a livello delle Conferenze Episcopali, quanto a quello della Chiesa continentale. Il coordinamento permetterà all'Africa di economizzare le proprie risorse limitate e cercare, con la collaborazione di tutti, soluzioni e risposte pertinenti alle cause principali del degrado della sua infrastruttura sanitaria.

Il mondo della sofferenza e della salute è chiamato trasformarsi in banco di prova privilegiato della comunione affettiva ed effettiva tra le Chiese, di cui tante volte parla il Concilio Vaticano II⁹. Il coordinamento del settore socio-sanitario si giustifica, infine, in ragione dei gravi ed inquietanti interrogativi che la scienza e la medicina pongono all'umanità e che richiedono, per le comunità cristiane, unità di direzione, di punti di vista e di testimonianza rispetto ai valori morali e cristiani posti in gioco¹⁰.

b) *L'inculturazione del Vangelo, un valore e un bene per tutti*

Da un decennio nel continente africano si parla molto della necessità di inculturare il cristianesimo, di modo che Cristo non sia percepito e vissuto dagli africani come uno

straniero, bensì come il *Figlio* di Dio incarnato nella cultura africana. Tale cultura, pur non essendo *cristiana*, contiene ciò che i Padri della Chiesa chiamano i *semi del Verbo*, dono del Creatore all'uomo, che preparano provvidenzialmente l'accettazione del Vangelo di Cristo da parte dei popoli.

Alcuni aspetti caratteristici della cura africana hanno un

cro. Ecco come Hebga descrive questa dimensione: "È una vera celebrazione con il concorso di un pubblico, o per lo meno di alcuni attori visibili o invisibili. Il dramma si svolge tra l'officiante e le forze del bene, da una parte, e la malattia e le forze del male, dall'altra. Questo carattere liturgico della cura africana spiega l'eventuale ricorso al canto, alla danza,

traiettoria dell'esistenza umana, dal concepimento al tramonto naturale. L'Africa, nella sua cultura, dispone di tante risorse per non lasciarsi conquistare da una cultura che non semina la vita, ma la morte.

Il problema degli anziani va posto sulla stessa linea. Benché la situazione continui ad essere soddisfacente, pur tuttavia occorre preoccuparsi del futuro, che potrebbe condurre l'Africa a problemi simili a quelli già esistenti in Europa, alterando la tradizione. A questo proposito, il professor Bujo scrive giustamente:

"Invecchiare in Africa non è in assoluto un fatto negativo... Essere vecchio o invecchiare in questo contesto vuol dire *diventare più saggio*. Un buon rapporto con gli anziani è, pertanto, molto importante e in ultimo luogo non per la loro saggezza... Per questo, non è lecito ripudiare genitori e anziani, sebbene carichi di anni, anzi proprio per questo. Vorrebbe dire infrangere il bene massimo, cioè la vita, che, in ultima istanza, si fonda in Dio stesso... L'arco però non è teso del tutto, anche se occorre prendere misure preventive prima che sia troppo tardi"¹³.

d) Efficienza delle strutture ed evangelizzazione del mondo della sofferenza e della salute

L'efficienza medico-professionale delle strutture sanitarie della Chiesa è un'esigenza totalmente giustificabile. Però l'efficienza professionale e la validità delle strutture sanitarie non bastano. Bisogna pensare ad evangelizzare gli uomini che compongono questo mondo, aiutandoli a mettere in pratica, nelle circostanze correnti, il precetto di carità che ha, nel buon samaritano del Vangelo, l'espressione migliore. La pastorale della sofferenza è essenziale nella Chiesa. Tale ministero è, per la comunità cristiana, fonte perenne di grazia e rinnovamento spirituale. Esso è fondato sul vangelo della sofferenza, teologicamente tradotto da Giovanni Paolo II nella *Salvificis Doloris*, in questo binomio: fare il bene a chi soffre e fare il bene con la propria



valore inestimabile, non solo per la cultura occidentale, ma anche per la Chiesa.

a) *Medicina integrale*. Con questo concetto si intende che la cura riguarda tutta la persona ammalata: corpo, anima e spirito. Pertanto, non basta curare il male fisico, e trascurare la psiche o lo spirito del malato.

b) *Medicina comunitaria*. Oltre a interessare l'individuo, la malattia coinvolge l'intera comunità, della quale egli fa parte. Pertanto, la cura deve tendere a ristabilire l'equilibrio psico-fisico deteriorato dalle malattie non solo per la persona malata, ma per tutto il suo gruppo (famiglia, villaggio, clan). Commentando questo aspetto della medicina africana, il gesuita Hebga scrive: "... di qui tutti quei discorsi e sacrifici per la riconciliazione tra vivi, o tra questi e i morti, sacrifici che comportano spesso un pranzo di comunione fraterna"¹¹.

c) *Medicina liturgica*. La medicina africana, così come tutta la cultura africana, ha in sé questa nota di carattere sa-

al dialogo tra l'officiante e il pubblico, quando non con esseri invisibili"¹².

c) L'impegno per una cultura della vita

La vita, pur essendo il fondamento della cultura africana, potrebbe essere messa a serio rischio in un prossimo futuro. Lo dimostrano politiche di pianificazione familiare promosse da alcuni Stati e organismi e che cominciano a porre gravi problemi e disordini in ambito morale e culturale. Si tratta di un problema serio che la Chiesa africana deve affrontare non solo con un insegnamento chiaro e univoco, nella fedeltà al Magistero pontificio, bensì con la creazione di centri di formazione ed educazione per tradurre in atto il suo punto di vista in materia di pianificazione familiare. Difendere l'uomo creato ad immagine e somiglianza di Dio significa oggi difenderne la vita e la dignità contro le manipolazioni, le violenze e le umiliazioni di ogni tipo. Ciò si riferisce all'intera

sofferenza¹⁴. In molti passaggi, l'enciclica missionaria di Giovanni Paolo II si riferisce alla pastorale sanitaria, uno dei campi privilegiati dell'apostolato ecclesiale¹⁵.

Il sinodo per l'Africa costituisce un *kairòs*, un momento di grazia per riflettere e fare una proposta organica in questa direzione. È tempo di coinvolgere l'intera comunità cristiana in questo ministero del malato. In fin dei conti, si tratta di dare il massimo per assicurare alle strutture sanitarie della Chiesa una vera efficienza medico-professionale, senza però trascurare il fondamento di tutto l'edificio, cioè l'evangelizzazione del mondo della sofferenza e dalla salute.

5. La salute nell'esortazione post-sinodale *Ecclesia in Africa*

Nell'Esortazione apostolica post-sinodale *Ecclesia in Africa*, del 14 settembre 1995, non appare un riferimento sistematico in relazione al mondo della salute. Tuttavia, i temi della salute, degli operatori sanitari e dei malati, vengono indicati in vari numeri dell'Esortazione, quali, ad esempio:

- necessità di buoni samaritani (n. 41);
- rispetto per la vita e attenzione della famiglia africana agli anziani (n. 43);
- primato della carità: opzione per i poveri (n. 44);
- lavoro nel campo dell'assistenza-buoni samaritani (n. 45);
- diffusione dell'AIDS (n. 51);
- ministero di Gesù unito ai malati (n. 68);
- ruolo profetico della Chiesa: essere voce di chi non ha voce (n. 70);
- aiutare i giovani a superare la droga (n. 93);
- sollecitudine verso i sacerdoti anziani, ammalati (n. 97);
- unione e testimonianza dei movimenti apostolici e associazioni a carattere religioso (si possono includere in questa citazione le associazioni di medici, infermieri, ecc.) (n. 101);
- apostolato della Chiesa nel campo sanitario (n. 107);

– attenzione alla denutrizione, alla carenza di servizi sanitari, al flagello dell'AIDS (n. 114);

– tutto il n. 116 è dedicato al “flagello dell'AIDS”, una lotta che deve coinvolgere tutti.

Appello agli operatori sanitari affinché portino a questi malati conforto materiale, morale e spirituale.

Appello agli uomini di scienza e ai politici affinché usino tutti i mezzi a loro disposizione per distruggere questo male.

6. Il ruolo delle organizzazioni professionali sanitarie cattoliche¹⁶

Il Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, il Cardinale Javier Lozano Barragán, nel suo libro

E accennando particolarmente al ruolo del CICIAMS nell'Evangelizzazione, il Card. Lozano Barragán offre ai membri del CICIAMS numerosi criteri che sono: la formazione, la visione cristiana della professione e della sofferenza, il diritto dell'obiezione di coscienza, per non dimenticare che la loro professione è un ministero ecclesiale e per far sì che il CICIAMS moltiplichi i suoi membri e “così risplenda con maggiore luminosità la cultura della vita nel campo infermieristico in tutto il mondo”.

SECONDA PARTE: LE SFIDE CHE PRESENTA LA SALUTE NEL CONTINENTE

Dopo la riflessione fatta nella prima parte, vorrei trarre, a modo di conclusione, le sfide, i punti forti sui quali devono



Teologia e medicina dedica un capitolo agli infermieri sottolineando l'identità e il ruolo degli infermieri nel processo di globalizzazione e afferma:

“Gli infermieri cattolici devono trovarsi in prima linea nella lotta contro la spersonalizzazione della loro professione, contro la tendenza a fare prevalere gli aspetti tecnici della malattia; da lì derivano la mancanza di attenzione e la disumanizzazione, che arrivano a influenzare il diritto alla vita dei pazienti o dei nascituri”.

puntare le infermiere cattoliche nel loro ruolo e missione di salute in Africa.

1. Alcune indicazioni del testo precedente

– È urgente un senso di collaborazione e di solidarietà, una specie di dinamismo creativo e integrativo. Unire le forze.

– Coordinare programmi e risorse: iniziative, progetti e azioni.

– Attenzione ad alcuni aspetti che sono caratteristici della

cura africana: medicina integrale, comunitaria e liturgica.

– La vita viene minacciata anche in Africa. Creare una coscienza dell'impegno per la vita: amarla, difenderla, curarla. Le infermiere sono "ministri della vita". Tutto ciò impegna ad una maggiore formazione.

– Non dimenticare che il mondo della sofferenza è un campo privilegiato per l'evangelizzazione.

– Le infermiere cattoliche in Africa troveranno nell'Esortazione post-sinodale *Ecclesia in Africa* numerosi riferimenti, indicati precedentemente nel n. 5, che incoraggiano al rispetto della vita, all'attenzione preferenziale per i poveri, ad essere voce di chi non ha voce, alla testimonianza personale ed associativa nell'apostolato con gli ammalati, gli anziani, nella lotta contro il "flagello dell'Aids". L'Esortazione Apostolica fa un appello costante agli operatori sanitari affinché portino agli ammalati conforto materiale, morale e spirituale.

2. Sfide raccolte da una breve inchiesta

Per riaffermare le idee poste nella prima parte della mia riflessione, ho voluto interrogare alcuni professionisti e professori del settore infermieristico proprio sulle sfide che la salute presenta alle infermiere cattoliche.

Ecco alcune risposte che mi sono pervenute e che indicano una chiamata ad incarnare la loro missione spesso in condizioni eroiche.

Le seguenti indicazioni costituiscono punti forti, elementi di riflessione.

a. L'infermiere deve:

– far fronte alle difficoltà ambientali cercando di programmare interventi che non siano riproduzione di rigidi schemi importati da altre culture;

– orientarsi verso i bisogni concreti della popolazione locale con l'ancoraggio ad una fede cristiana riconosciuta ed accettata come risorsa vitale;

– possedere coerenza morale nel rispetto dei principi condi-

visi validi per fondare un'etica universale insieme al rispetto dei diritti umani;

– mettere in conto nella propria formazione, la possibilità di crisi provocate dall'impatto con le malattie gravi che mettono alla prova la gente dell'Africa;

– insegnare-educare a prevenire le malattie affinché la salute venga considerata oggetto concreto di responsabilità personale e collettiva;

– l'infermiere deve cercare un aggiornamento continuo per essere capace di organizzare dei servizi adatti alle singole situazioni locali;

– soprattutto nelle istituzioni sanitarie cattoliche deve opporsi alla tentazione di assumere logiche di potere e di privilegio per sopraffare gli altri: l'infermiere è un ministro della vita;

– l'infermiere in Africa è chiamato a ristabilire un equilibrio tra le cure tradizionali, spesso inappropriate ma comunque ricercate dalla gente, le moderne tecniche assistenziali e le nozioni igieniche condivise dalle linee guida tradizionali;

– educare le persone ad essere responsabili della propria salute (cfr. Aids) e solidali con coloro che vivono la difficile esperienza della malattia;

– soprattutto in assenza di servizi organizzati, l'infermiere entra nel tessuto sociale locale per interpretare i bisogni di salute e trovare risposte condivise e sostenibili;

– deve porre il concetto di salute in relazione con l'autodifesa e tutela della dignità personale dell'uomo africano e dell'ambiente tanto ricco e tanto maltrattato;

– evangelizzare la sanità, nel contesto africano, può significare ricostruire una gerarchia di valori che ponga al centro di tutto come base fondamentale il rispetto della vita umana dalla nascita alla morte;

– prevenire con l'educazione continua soprattutto nei confronti delle giovani donne, con assistenza accogliente, il possibile ricorso all'aborto come soluzione alle diffuse violenze sessuali e alla promiscuità quasi endemica anche nei villaggi;

– fedeli alle culture tradizionali africane, bisogna prendersi

cura dei malati terminali e dei vecchi considerandoli, di nuovo, una parte inscindibile del tessuto sociale;

– tutti gli operatori debbono contribuire a costruire delle comunità nelle quali attorno al bene salute venga riscoperto il dono di Dio che è la vita: ricordare che la migliore cura è l'amore come testimonia la tradizione cristiana;

– cercare di agire in maniera integrata con il contesto culturale includendo quei valori ancora vivi della solidità dei rapporti familiari e della solidarietà tra componenti di un gruppo sociale: dalla solidarietà locale si può passare alla generosità diffusa;

– la malattia non è un castigo ma un fenomeno naturale frutto nel nostro essere corporeo limitato e condizionato. Si può prevenire, curare la malattia ed anche convivere con essa. Purché si accetti l'aiuto degli altri, si riconosca il valore della sofferenza nella logica del mistero della passione di Cristo e si migliorino fin dove è possibile le condizioni igieniche di vita.

b. In un'Associazione delle infermiere cattoliche in Africa:

– la loro missione deve essere indirizzata a incarnare Cristo povero con i poveri, dando segni di speranza e di vita lì dove c'è tanta morte e tanta mancanza di risorse. Cristo è lì malato e muore tra le tante ragioni, per l'ingiustizia di un mondo ingiusto;

– questo "venerdì santo" di sofferenza è un giorno speciale per la testimonianza e l'impegno della Chiesa;

– è necessaria l'unione e la collaborazione; non è il momento di lotte ideologiche in Africa, ma di impegno, collaborazione e coordinamento.

3. I valori per i quali devono lottare le infermiere cattoliche sono:

– la persona umana: i suoi diritti, la sua dignità, la sua vita;

– la professionalità: non solo gli aspetti tecnici ma l'onestà, la responsabilità, la trasparenza;

- l'ospitalità: mantenerla, incrementarla come accoglienza, servizio, impegno, generosità;
- attenzione integrale alla persona: attenzione fisica, psichica, sociale, spirituale;
- spirito di sacrificio e vivenza "pasquale" della professione;
- essere testimoni, profeti di speranza in un mondo che soffre.

Sono molte le sfide indicate precedentemente, ma volendole sintetizzare, si riducono alle seguenti:

- formazione integrale basilica e continuata;
- professionalità;
- testimonianza.

CONCLUSIONE

La Chiesa, che nel corso dei secoli ha camminato sempre con l'uomo, è interpellata, in modo particolare in Africa, a rinnovare la propria fede e il

proprio impegno a favore dell'uomo, principale cammino del suo apostolato. Questo uomo si attende molto dalla Chiesa, da decenni al suo fianco per aiutarlo e combattere contro tutto ciò che possa mettere in pericolo la sua vita e la sua dignità. La sofferenza e la malattia figurano tra i mali che possono compromettere il futuro di intere generazioni nel continente.

Oltre agli Stati, la Chiesa deve impegnarsi, attraverso le sue strutture, il suo ministero e le sue Associazioni Cattoliche, non solo a curare fisicamente i malati, ma deve anche preoccuparsi per la loro salvezza. Esiste un carisma della sofferenza di cui la Chiesa deve saper profittare spiritualmente. Altrimenti, essa rischia di fare molte cose, dimenticando l'essenziale.

S.E. Mons.

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

Note

¹ GIOVANNI PAOLO II, Motu Proprio *Dolentium hominum*, n. 1.

² Cfr. GIOVANNI PAOLO II, Lettera Apostolica *Salvificis Doloris*, nn. 6-8.

³ Cfr. DI MENNA, R., *Le "strutture di peccato" del mondo della salute nei paesi in via di sviluppo*, Ed. Camillianum, 3 (1991) 61.

⁴ Cfr. *Ibidem*.

⁵ Cfr. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti della Conferenza Internazionale sull'AIDS, promossa dal Pontificio Consiglio della Pastorale della Salute, in *Dolentium hominum*, 13 (1990) 7.

⁶ Cfr. ZOUNGRANA P., *Salute ed organizzazione sanitaria nei paesi in via di sviluppo*, *Dolentium Hominum* n.14 (1990), 30-31.

⁷ Cfr. DI MENNA, R., op.cit., p. 86.

⁸ GIOVANNI PAOLO II, Enciclica *Sollicitudo rei socialis*, n. 40.

⁹ Cfr. Nota previa di *Lumen Gentium*, n. 24.

¹⁰ Cfr. GIOVANNI PAOLO II, Motu Proprio *Dolentium hominum*, n. 5.

¹¹ HEBGA MEINRAD, *La guarigione in Africa*, in *Concilium*, 2 (1991), 89-90.

¹² *Ibidem*.

¹³ BUJO BENEZET, *Etica e Invecchiamento in Africa*, in *Concilium*, 3 (1991), 136-140.

¹⁴ Cfr. GIOVANNI PAOLO II, Lettera apostolica *Salvificis Doloris*, n. 30.

¹⁵ Cfr. GIOVANNI PAOLO II, Enciclica *Redemptoris missio*, n. 2, 3, 8, 13, 20, 28, 38, 58, 60, 78.

¹⁶ Cfr. JAVIER LOZANO BARRAGÁN, *"Teologia e medicina"*, EDB Bologna 2001, 99. 111-118.



Introduzione

L'infermieristica di oggi, sempre e costantemente tendente verso il futuro, paradossalmente si fonda sul passato, perché essa appartiene allo ieri, all'oggi e al domani. L'infermieristica di sempre e per sempre si basa sul passato. È questa la forza della storia!

La storia infermieristica segue costantemente un itinerario che ha uno stesso punto di riferimento: *l'ospitalità*. La visione e il tema sono chiari e indelebili, non ammettono né tollerano altra base o contenuti diversi da quelli apportati dall'ospitalità. Si potranno aggiungere tecniche, metodi e risorse scientifiche avanzate, ma sempre sulla trama del nostro punto fisso dell'ospitalità. Tutto ciò che ci allontana dal nostro punto focale sarà alterazione, inganno, mistificazione dell'unica verità.

L'ospitalità ha la propria storia, i propri contenuti e significati. Essa è mito e rito, si centra nell'accoglienza, in special modo quella dell'estraneo, del viaggiatore, dell'ospite e dell'afflitto. Ha bisogno di uno spazio e di un luogo, cioè di una terra o regione, e di una casa. Il che ci porta a mettere in evidenza o a scoprire le figure imprescindibili dell'*anfitrione* e dell'*ospite*.

L'anfitrione dispone di uno spazio coperto e il viaggiante, l'ospite, il malato, ha bisogno di riposare. La vera ospitalità ha bisogno di un tetto, di una casa, a volte di una famiglia. Ospitalità, cure e attenzioni infermieristiche difficilmente si possono ottenere senza uno spazio coperto e accogliente. Il Buon Samaritano, ad esempio, non poté praticare direttamente l'ospitalità in senso stretto. Dovette ricorrere e as-

sociarsi ad un ospitante, ad un anfitrione, a una persona che godeva o disponeva di un tetto, di una casa, di una famiglia, *Lc 10,29-37*, pur obbedendo pienamente al grande comandamento, *Mc 12,28-31; Lc 10,25-28; Mt 22,34-40*.

L'anfitrione, così come l'ospite, ha una propria personalità, una propria maniera di essere e un proprio modo di comportarsi. Ciò richiede, anzi esige, delle concessioni. Conoscersi quanto prima. Rispettarsi sempre. Reciprocità. Alternanza. Corrispondenza. Scambio. Tutti possiamo ricevere qualcosa dagli altri e tutti possiamo dare qualcosa agli altri. Di qui arriviamo a considerare importante il concetto di *regalo*. Nell'antichità tale concetto era molto presente e il dono dei *regali* aveva un grande significato. Oggi il regalo migliore può essere il dono di sé, il darsi agli altri. Alterità. Tutto ciò ci conduce ad un'altra dimensione e trascendenza.

Quanto detto finora ci porta a cercare di eliminare la *sfiducia*, a superare la paura degli sconosciuti, a conoscersi presto e reciprocamente. Armonia o paura? È questo il grave dilemma, e la pesante e tremenda circostanza in cui si presenta può essere quella delle *prevenzioni*, perché l'altro, da una parte e dall'altra, può essere un malfattore, un delinquente. Per questo siamo passati dal considerare i vicini o *uguali morali* al grado di *estranei morali*. Ciò ci apre una nuova e difficile circostanza, perché gli estranei morali non vengono più da lontano, come nell'antichità, ma vivono nell'immediato, nella stessa società, e fanno parte della nostra stessa comunità.

Torralba, a pag. 48, si chiede: Cosa è una comunità mo-

rale? E risponde: "È una comunità di persone che condividono stessi costumi e determinate consuetudini sociali. L'ospitalità si radica nella capacità di accogliere l'estraneo morale nella propria comunità... Ciò che richiede coraggio è accogliere in casa l'estraneo morale, colui che ha un modo di vedere la realtà secondo prospettive diverse dalle proprie". In questo egli si trova d'accordo con Innerarity. In tutto ciò l'infermieristica ha molto da approfondire e molto in cui identificarsi.

Processo storico dell'ospitalità infermieristica

Tutti i ricercatori dell'ospitalità ricorrono alle stesse fonti o ad altre similari. Esse so-



no, con sfumature diverse, le uniche, o quasi uniche, e le migliori radici da cui traiamo la linfa della conoscenza ospedaliero-infermieristica. Troviamo queste fonti documen-

tali nella Bibbia, nell'Odissea, nella tradizione Cristiana e nel Corano. Pertanto, scegliendo bene e concisamente le basi documentali, di seguito ci dedicheremo ad esse.

Il passaggio biblico per eccellenza relativo alla prestazione ospedaliera è quello di Abramo nella teofania di



Mamre, *Gn* 18,1-33. Allo stesso modo procede Lot: "Miei signori, venite in casa del vostro servo: vi passerete la notte, vi laverete i piedi e poi, domattina, per tempo, ve ne andrete per la vostra strada" (*Gn* 19,2). Descrizione procedente da Mesopotamia e dal Paese di Canaan, ora Palestina, verso il 1850 ante Cristo. La Bibbia contiene molti passaggi simili, di cui ne citeremo alcuni, ad esempio: *Gn* 24,15-60; *Gdc* 17,7-13 e 19,11-25; *IRe* 17,7-16; *Tb* 7,1-16.

Nell'Odissea troviamo moltissimi passaggi ospedalieri nel senso più classico del termine, colmi di una ricca dottrina sull'accoglienza. Nel Libro II, ad esempio, il prudente Telemaco così si rivolgeva al suo ospite: "Straniero, mi hai parlato tanto cordialmente, come fa un padre con il figlio, e non dimenticherò mai i tuoi consigli. Ma resta ancora un po', anche se hai fretta e, dopo aver deliziato il tuo cuore, tornerai alla tua nave pieno di gioia, con un ricco e prezioso regalo che voglio offrirti, come è d'uso fra ospiti amici".

A volte può accadere che l'anfitrione si distraiga, che non noti la presenza dell'ospite, e occorre avvisarlo affinché applichi ed esegua degnamente i canoni non scritti

ma adempiuti riguardo alle opere morali dell'ospitalità. Questo è ciò che leggiamo nel Libro VII, pag. 115. Qui possiamo apprezzare l'importanza che aveva l'atto dell'accoglienza e la categoria che veniva assegnata al viaggiatore, allo sconosciuto. Lo si considerava con il rango di *venerabile*: "Alcino, poco ti torna onor, che su l'immonda cenere il forestier sieda; e se nullo muovesi, egli è perché un tuo cenno aspetta. Su via, leval di terra, e in sedia il poni borchiettata d'argento; e ai banditori mescer comanda, onde al gran Giove ancora che del fulmine gode, e s'accompagna co' venerandi supplici, libiamo. La dispensiera poi di quel che in serbo tiene, presenti al forestier per cena".

Ulisse segue il suo cammino in incognito, senza che nessuno lo riconosca. Interessante e istruttivo a questo riguardo è il Libro XVII. Ulisse giunge ad una delle sue proprietà, in cui Eumèo custodiva i maiali. Al suo arrivo, senza che lo possa riconoscere, il guardiano lo accoglie, gli lava i piedi e gli dà da mangiare. Poi gli allestisce un posto nella capanna o tettoia che gli serve da abitazione affinché l'ospite possa riposare. Giorni dopo, Eumèo lo accompagna in città, al palazzo di Ulisse in cui vivono la moglie e il figlio. Una volta nella casa, rivolgendosi al mendicante, lo presenta all'anfitriona, dicendo: "Ospite padre, Te la saggia Penelope, la madre di Telemaco vuole".

Un'altra volta dobbiamo riferirci al rispetto che sempre infonde l'ospite, chiamandolo qui *Ospite padre*.

Tutto il cristianesimo è come una fonte viva di ospitalità. Dai Vangeli desumiamo due casi di ospitalità con *uguali morali*, come *Gv* 19,27: "Ecco la tua madre! E da quel momento il discepolo la prese nella sua casa".

Ecco l'altro caso: "Mentre erano in cammino, entrò in un villaggio e una donna, di nome Marta, lo accolse nella sua casa" *Lc* 10,38.

Fin dalle origini, il cristianesimo ci apporta molteplici

modelli di ospitalità ad *estanei morali*, in *Mt* 25,37-45. O con Levi, *Lc* 5,27-32; un fariseo, *Lc* 11,37-50; un altro fariseo, *Lc* 14,1-6; Zaccheo, *Lc* 19,1-10. Per non risultare prolissi, sottolineiamo San Basilio e sua sorella Santa Macrina, 360, con le loro *Casse di Carità, Nosocomi, Xenodochi, Gerontocomi* in Cesarea di Cappadocia. I monaci di San Benedetto, 580-647, in Italia e nel resto d'Europa. Assai interessante per il nostro tema dell'ospitalità e della *Xenia*, è il capitolo 53 della *Regola di San Benedetto*, oltre al capitolo 36 che tratta degli ammalati e di coloro che si prendono cura di loro. O Sant'Agostino e i suoi monaci con gli ospedali nel nord dell'Africa e in tutta Europa. In Spagna il vescovo Masona e il suo ospedale a Merida, Cáceres, 620; anche Sant'Isidoro di Siviglia con le sue regole monacali, i temi di infermieristica, e i capitoli sulla medicina in *Le Etimologie*. Le Fraternità Ospedaliere in Francia, gli Hôtel-Dieu, a Parigi e in altre città, a partire dal 1200. Diversi ordini ospedalieri come quello di San Giovanni di Gerusalemme, in Israele, Rodi e in tutta Europa. L'ospitalità cattedralizia e del monacato nell'intero continente europeo. A partire dal secolo XV, gli ospedalieri di San Giovanni di Dio, Chierici Ministri degli ammalati, Camilliani, e San Vincenzo de Paoli già dal secolo XVIII, con le Suore della Carità. A partire dalla fine del secolo XVIII c'è un gran proliferare di nuove congregazioni ospedaliere in tutto il continente europeo, che non possiamo ora citare per la brevità di questo lavoro.

Risulta interessante anche precisare che dal XVI secolo questo grande movimento ospedaliero-infermieristico cristiano si estende a tutta l'America, all'Africa e agli altri continenti.

Il grande movimento relativo alla *Xenia*, rituale di ospitalità ai viaggianti nell'antica Grecia, si ottiene in Europa, specialmente in Spagna, mediante il *romitaggio giacobbeo* con l'ospitalità offerta

dagli ospedalieri nei loro ambienti, ospedali e alberghi profusamente diffusi lungo il cammino. I viandanti, i pellegrini, gli stranieri e gli ammalati sono accolti, *estranei morali*, fin dall'Alto Medio Evo. Il *Codice Callistino*, libro V, *Camino Francés*, precisa che gli ospedali e gli alberghi sono luoghi santi, case di Dio, riparo dei santi pellegrini, riposo dei bisognosi, consolazione degli ammalati, salvezza dei morti, ausilio dei vivi... Attualmente, questo grande movimento ospedaliero giacobbeo si è molto rivitalizzato e mostra un evidente miglioramento e incremento di romei, viaggianti e ospiti. Il suo futuro presenta quindi segni molto positivi.

In una narrazione islamica del secolo XIV, con base coranica nella Sura XVII,1, che i pellegrini nella Mecca leggono e celebrano la notte dell'ascensione del Profeta, possiamo vedere un modello di ospitalità con *estranei morali*. Il Profeta ascende o è asceso e ricevuto a diversi livelli dei cieli coranici e in tutti, più o meno, si ripete la stessa scena. All'arrivo si apre la porta e una voce dall'interno chiede:

- "Chi è?"
- "Gabriele", replica l'accompagnatore di Maometto.
- "Chi sta con te?"
- "Maometto".
- "Gli è già stata rivelata la rivelazione?"
- "Certamente", dice Gabriele.
- "Benvenuto sia! Felice la sua venuta!" (Mircea Eliade, Tomo IV).

L'islamismo ha anche un alto contenuto antropologico. Nel Corano, Sura L,15-16, possiamo leggere: *Allah è più vicino all'uomo della sua vena giugulare*. L'ospitalità tra gli arabi si centra specialmente in un rito coranico che consiste in quel che conosciamo come *il fuoco acceso e il fuoco spento*. Il buon praticante del Corano ha sempre nella sua casa il fuoco acceso, con cui può immediatamente riscaldare per l'ospite l'acqua con cui lavarsi i piedi e preparare cibo caldo per il nuovo arrivato.

L'etica nell'infermieristica ospedaliera

Da sempre e per sempre l'etica permea l'essere profondo dei pensieri e delle attività infermieristiche. Anche la morale fu patrimonio dell'ospitalità di ogni tempo e luogo. Però questi pensieri, queste attività, questo vivere e questo procedere si devono notare, si devono apprezzare e si devono vedere plasmati in quello che ogni professionista sente e realizza. Pertanto, non devono essere ridotti alla sfera privata. Se la nostra etica, se il nostro ricevere il bisognoso, il viaggiatore, lo straniero, il malato nella nostra casa, nel nostro ospedale, si riducessero a qualcosa di privato, non genererebbero cultura professionale, non significherebbero né proporrebbero sfide per il futuro.

Gli uomini e le donne, i professionisti, l'infermieristi-

felicità come bene sociale, salutare, umano-umanistico. Antropologia.

Aristotele tratta la felicità nella sua *Lettera a Nicomaco*. Essa però è stata tema di sempre, dall'ospitalità buddista a quella ebraica, fino a noi. Oggi, come sempre, desideriamo la felicità per noi, per gli altri, per il futuro. Tutti siamo portatori di beni, di felicità. L'imperatore Ashoka, 274-232, filosofo buddista e benefattore ospedaliero, diceva:

"Tutti gli uomini sono miei figli. Così come cerco la felicità e il benessere dei miei figli in questo mondo e nell'altro, questo stesso cerco per tutti gli uomini" (Mircea Eliade, Tomo IV, pag. 582).

Inoltre, tutti siamo o dobbiamo essere donatori di *regali*. Ciò si relaziona all'estetica e precede l'etica e la morale. Non è possibile credere di agire in maniera etica e morale quando l'operatività,



ca, la nostra ospitalità possono preferire una moltitudine di teorie filosofiche, estetiche, etiche e morali. Noi, i professionisti dell'infermieristica, in questi punti che abbiamo indicato, ci focalizzeremo in una mozione per la moralità: per gli *uguali morali* e per i *vicini o estranei morali*. E questo ha sempre significato, ed è una proposta di futuro: scommettere per la

le relazioni umane e le tecniche professionali risultano sgradevoli alla vista, alle buone maniere, al buon gusto, perfino al confort. L'antiestetico risulta sempre antietico e antimorale. Ricordiamo il comportamento di Alcinoos che teneva l'ospite seduto sul suolo polveroso. La scelta del vitello migliore, il fuoco acceso, la lavanda dei piedi, il dar da mangiare alla cavalca-

tura del viaggiatore, il servire l'ospite, il portargli regali alla partenza sono estetica d'alto livello, perché la qualità e l'estetica sono il frutto della bontà.

Nella società moderna, negli ambienti professionali della salute, dell'infermieristica, si parla e si commentano, spesso, i valori. Il problema è chiarire se parliamo o meno dei valori umani. Anticamente, i valori a volte erano racchiusi in ciò che conosciamo come cortesia, educazione e buone maniere. Si tratta di qualcosa che l'ospite che è entrato nella nostra casa si aspetta dalla nostra ospitalità: ospedali, consultori sanitari, pronto soccorso, cure palliative, alterazioni della salute. Sappiamo che ogni relazione con l'altro, con l'ospite, impegna.

L'ospite si attende che lo trattiamo realmente con verità. La verità è un paradigma, un'unità di misura del sociale-culturale-professionale, un impegno etico e morale.

essere luce, manifestarsi come luce per gli altri. Egli deve anche significare integrità. *Essere integri*. Ma, anzitutto, *essere*. Realtà positiva. E *servire*. Il prototipo dell'anfitrione verso l'ospite, il malato, è servire. Quando diciamo che l'infermieristica offre dei servizi, parliamo dell'aspetto più nobile e degno dell'ospitalità. Servire con nobiltà attribuisce rilevanza alle nostre opere. Servire potenzia la dignità dell'anfitrione e quella del viaggiante, dello sconosciuto, del malato. Amore-amare è servire con amore. I valori interpellano, sfidano, stimolano, fanno vivere. Ma, allo stesso tempo, impegnano.

Infermieristica, Ospitalità progressiva

Professionalità d'alto livello, lo abbiamo già segnalato, è quanto detto finora. Ma l'infermieristica è molto di più. Oggi essa significa anche tecniche, risorse, metodi

senziale, tanto, dice, che senza di essa non c'è scienza. Il reale si presenta sempre come misurabile. Il sapere scientifico si fonda sul metodo sperimentale, che Galileo articolò metodologicamente sull'osservazione, sull'ipotesi e sulla verifica. Lo spirito positivo cerca la matematizzazione dei risultati della ricerca mediante la riduzione della qualità alla quantità. *Una cosa che dovremo cercare, comprendere e assumere*.

Il nostro lavoro professionalizzato deve essere sempre preceduto da un'elaborazione rigorosa degli obiettivi. Il nostro lavoro è e risulta sufficientemente serio da programmarlo con rigore. Ogni progetto, ogni obiettivo, devono essere sottoposti a una serie di premesse perché risulti: *pertinente, logico, concreto, realizzabile, osservabile e misurabile*. Così potremo ottenere buoni risultati nella nostra azione sanitaria, ospedaliera e infermieristica. L'improvvisazione non è buona compagna di viaggio per gli infermieri/e.

Oggi l'ospitalità, l'infermieristica, non si ottiene lavorando in solitario. Si potrebbe dire che la figura dell'anfitrione, come era nell'antichità, non è sufficiente. Se per un momento andiamo con la mente al deserto, all'entrata della tenda-casa-famiglia di Abramo o di qualsiasi altro anfitrione menzionato, possiamo osservare come egli agisca, aiutato dalla propria moglie, attraverso i vari domestici: panettieri, pastori, macellai, cuochi, servitori della tavola, ecc. La stessa cosa avviene nel nostro lavoro infermieristico di ospitalità. Nella nostra casa, cioè, nell'ospedale, nelle infermerie come campo operativo proprio e irrinunciabile, lavorano molti professionisti di diverse specializzazioni. Il che ci spinge e ci induce a considerare che se non si crea un *lavoro in équipe* sarà molto difficile, se non impossibile, raggiungere obiettivi empirici. Oggi, certamente, l'ospite è più complicato, non vogliamo dire più esigente, anche se un po' lo è. Il lavoro



Un grande valore infermieristico, ospedaliero, è infondere speranza nell'altro. La speranza è vita per l'ospite, per l'ammalato. La speranza stimola. È, altresì, un modo di offrire, di dare la pace. Vale più quanto fatto per la pace che migliaia di parole di lode. L'anfitrione-infermiere deve

scientifici, efficienza, risultati empirici. Nel caso contrario, ci muoveremmo in terreni mobili, soggettivi, fattuali, nella realtà virtuale, in pratica nel nulla.

J. M. De Alejandro, nel libro *Gnoseologia*, ritiene che per il concetto moderno di scienza, la matematica sia es-

in équipe apre e chiude un circuito di attuazione:

- comunicazione- fiducia;
- contrasto di pareri;
- assunzione di decisioni.

È la legge della reciprocità: *tutti per uno e uno per tutti*.

L'infermieristica di oggi e quella del futuro è strettamente relazionata al progresso, alla specializzazione e, pertanto, all'incremento della formazione di base e di quella progressiva. I tempi di oggi sono esigenti. Le nuove necessità richiedono una maggiore formazione. E questa è la ragione per cui già da molti anni reclamiamo più alti livelli e riconoscimenti formativi. Alcuni Paesi, più di altri, hanno compiuto passi in avanti in questa linea di incremento formativo. In realtà, tutti i Paesi si rendono conto di questa necessità. Ma, nella realtà, è come se non vedessero o non volessero sapere. Quando in fin dei conti si tratta soltanto di prevedere delle spese, senza tener conto dei vantaggi e, anche, dei risparmi economici e di risultati molto più positivi per la società. Solo le società colte progrediscono. È questa società colta che sta facendo pressioni per la mancanza di qualità in molte delle opere assistenziali negative che spesso si addossano all'infermieristica quando i cattivi risultati vengono, generalmente, da altre fonti, da altri vivai, da altre forze più politiche – cattive politiche – che assistenziali.

Nella maggior parte dei Paesi, la domanda per una formazione infermieristica universitaria è unanime. Nel continente americano sono stati già raggiunti tutti i livelli di formazione universitaria per gli infermieri. Vediamo che, nel vecchio continente europeo, in Portogallo, Regno Unito, Olanda, Irlanda, Grecia, Finlandia e in alcuni cantoni tedeschi, gli infermieri/e sono già universitari in tutti i gradi accademici. La Spagna, l'Italia, la Francia e qualche altro Paese sono rimasti alla formazione universitaria di primo grado, cioè diplomati. Ciò che proponiamo risponde

però ad un imperativo mondiale verso la modernità e la crescita che reclama per l'infermieristica ogni azione a favore delle persone bisognose di aiuto al malato, all'ospite,



alle persone vulnerabili, più che alla carenza di risorse economiche. Ciò detto, dobbiamo riconoscere che in Spagna alla professione infermieristica è stata riconosciuta la condizione *facoltativa*. Il che dà molto prestigio professionale, ma nessun riconoscimento accademico e nessuna remunerazione economica. (Legge d'Ordinamento delle Professioni Sanitarie, LOPS, novembre 2003).

L'Unione Europea sollecita che per il 2010 sia risolta la questione dell'adeguamento universitario in tutti i Paesi che la costituiscono. Ciò si inserisce nella linea della *Dichiarazione di Bologna*. Per quanto riguarda la Spagna, per esempio, non sappiamo se il governo di turno è o sarà disposto a rispettare la normativa europea. Questo ci dà la possibilità di conseguire un *curriculum* professionale sulle scienze delle cure con possibilità di arricchimento nell'assistenza agli ammalati, nella docenza, ricerca, gestione infermieristica e ospedaliera. E dovremmo trattare e ricordare le differenti specialità che motivano e potenziano l'infermieristica del presente e del futuro. A nessuno sfugge come l'infermieristica curi gli ammalati, ospiti morali, dalle emergenze nelle catastrofi agli attentati e ai sinistri in generale. Inoltre deve

formarsi in modo particolare per prendersi cura di problemi psichici, parti, urgenze, sale operatorie, malati in stato palliativo, gerontologia, chirurgia, analisi cliniche, unità intensive e coronariche, infermieristica militare, cancro, reni artificiali e altri rami d'alta qualificazione professionale e contenuto socio-culturale. Un'infermieristica trascendente, come un processo attivo conseguente al mondo multi-culturale in cui ci muoviamo.

Se, prima di chiudere queste riflessioni sulla professione infermieristica, volgessimo lo sguardo indietro, ci sorprenderemmo nel vedere che, nell'azione o nell'attenzione ospedaliera ancestrale, infermieristica di sempre, gli estremi si uniscono. Infermieristica antica e infermieristica del futuro, ospitalità di sempre e per sempre, è:

- *arrivo* dell'ospite, del malato, privo di salute;
- *accoglienza* dell'ospite, del malato, privo di salute;
- *servizio* all'ospite, al malato, al vulnerabile;
- *dialogo* dell'anfitrione con l'ospite. Alterità;
- *partenza e regalo*, quale grato ricordo: malato risanato, migliorato nella salute.

Questa è, lo ripetiamo, senza molte più complicazioni – benché le situazioni gravi siano molte – l'infermieristica ancestrale, medioevale, nostra, del futuro.

Conclusione

È bene che ci basiamo sulle scienze, sui documenti e sulle narrazioni del passato per poter giungere alla conoscenza, alla filosofia, di ciò che significa la professione che ci preoccupa, occupa e interessa. Poche professioni umane sono o si sentono tanto sostenute o illuminate dalla filosofia come quelle sanitarie e, in particolare, l'infermieristica. In base a ciò occorre – e ci interessa – giungere al senso e al contenuto profondo dell'ospitalità. Innerarity precisa, a pag. 19: "L'imperativo mora-

le di fronte alla fragilità non è tanto costruire quanto soccorrere. Il confronto con la debilità delle cose e degli esseri eleva la responsabilità per la salvaguarda al primo posto dei valori. In questo contesto, le esigenze fondamentali non si esprimono nella parola "liberazione" bensì in quella di "responsabilità". Noi centriamo la nostra responsabilità infermieristica, che presta e offre ospitalità, nel prestare servizi e attenzioni ai viandanti caduti negli avvallamenti di migliaia di strade, e raccogliarli, portarli alla nostra casa-ospedale, dargli il benvenuto e prestare loro conoscenze e terapie adeguate e professionali che riescano a reintegrarli sani nel gran cammino della vita. In alcune occasioni si tratterà soltanto di dare loro una degna sepoltura, come si faceva anticamente.

Tutto questo è ospitalità. Questa è e sarà sempre l'ospitalità infermieristica, sfide di sempre e del futuro.

Fra CECILIO ESEVERRI
CHAVERRI, O.H.
Centro Assistenziale
"San Giovanni di Dio".
Palencia, Spagna

Bibliografia

- ALVAREZ GÓMEZ ET AL., *Religiosos al servicio de los enfermos*, Ed. Instituto Teológico de la Vida Religiosa, Madrid, 1982.
- ARISTÓTELES, *Moral a Nicómaco*, Ed. Espasa Calpe, S.A. Madrid, 1972.
- Biblia de Jerusalén*, Ed. Desclée de Brower, Madrid, 1971.
- CORPAS, JUAN RAMÓN, *La enfermedad y el arte de curar entre los siglos X y XVI*, Ed. Xunta de Galicia, Santiago, 1995.
- DE ALEJANDRO, JOSÉ M., *Gnoseología*, Ed. BAC, Madrid, 1969.
- DERRIDA, J. Y DUFOURMANTELLE, A., *La hospitalidad*, Ediciones de la Flor, Buenos Aires, 2001.

ESEVERRI CHAVERRI, CECILIO, *Historia de la Enfermería Española e Hispanoamericana*, Ed. Universitas, S.A. Madrid, 1995.

ESEVERRI CHAVERRI, CECILIO, Juan de Dios, el de Granada, Ed. La Vela. Granada, 2001.

ESEVERRI CHAVERRI, CECILIO, *Enfermería Hoy. Filosofía y antropología de una profesión*, Ed. Díaz de Santos, S.A. Madrid, 1992.

GRANADOS, ANTONIO J., *Camino de Santiago: peregrinar paso a paso*, Ed. Palabra, Madrid, 2004.

OMERO, *Odissea* (Preparata da Enrique Rull), Ed. Artes Gráficas, S.A. Madrid, 1985.

INNERARITY GRAU, DANIEL, *Ética de la Hospitalidad*, Ed. Península, H.C.S. Barcelona, 2001.

ISABEL M. FORNARI-CARBONELL, *La escucha del huésped*, Ed. Verbo Divino, Estella, Navarra, 1995.

MAOMETTO, *Il Corano* (Introduzione, traduzione e note di Juan Vernet), Ed. Planeta, S.A. Barcelona, 1983.

MIRCEA ELIADE, *Historia de las creencias y de las ideas religiosas*, IV tomo, Ediciones Cristiandad, Madrid, 1978.

Regola di San Benedetto, Versión castellana, 3ª edición, por Dom Luis M. Pérez, Abad., Ed. Abadía de Leyre, Yessa, Navarra, 2002.

TORRALBA, FRANCESC, *Sobre la hospitalidad*, Ed. PPC, Madrid, 2003.



Il fondamento teologico del diritto alla salute integrale

Chi cerca il cuore del messaggio di Gesù si rende sempre più convinto che si tratta di un Vangelo della vita. Il teologo tra gli evangelisti rivela che Gesù evidenzia il nucleo centrale della sua missione redentrice in queste parole: “Io sono venuto perché abbiano la vita e l’abbiano in abbondanza” (Gv 10,10). A dire il vero, Egli si riferisce a quella vita “nuova” ed “eterna”, che consiste nella comunione con il Padre, a cui ogni uomo è gratuitamente chiamato nel Figlio per opera dello Spirito Santificatore. Tuttavia è proprio in tale “vita” che tutti gli aspetti e i momenti della vita dell’uomo acquistano pieno significato¹.

La presentazione di Gesù del nucleo centrale della sua missione e l’esegesi che ne dà Giovanni Paolo II ci portano direttamente sulla via da seguire per giungere al fondamento teologico del diritto alla salute, appunto perché esse ci rimandano al mistero della redenzione. In effetti, ed è la conferma, Papa Wojtyła precisa con i padri del Vaticano II che: “Con l’incarnazione il Figlio di Dio si è unito in certo modo ad ogni uomo”².

È, dunque, in questo evento che dobbiamo cogliere, con sempre rinnovato stupore, il valore incomparabile di ogni persona umana.

“Perciò – rileva il Papa – ogni minaccia alla dignità e alla vita dell’uomo non può non ripercuotersi nel cuore stesso della Chiesa, non può non toccarla al centro della propria fede nell’incarnazione redentrice del Figlio di Dio, non può non coinvolgerla nella sua missione di annunciare il *Vangelo della vita* in tutto il mondo e ad ogni creatura” (cfr. Mc 16,15)³.

Ecco perché intendo collocare in questo contesto cristologico del diritto fundamenta-

le e primario di ogni uomo alla vita, il diritto alla tutela della salute.

L’incarnazione e il diritto alla salute integrale

Annoto che la presente riflessione abbraccia l’ambito sia della salute che della sanità. Con il termine e il concetto di “salute” voglio significare tutto ciò che attiene alla prevenzione, alla diagnosi, alla terapia e alla riabilitazione, per il migliore equilibrio e benessere fisico, psichico e spirituale della persona. Con il termine e il concetto di “sanità” voglio significare tutto ciò che riguarda la politica, la legislazione, la programmazione e le strutture sanitarie⁴. In questo modo è chiaro, anzitutto, come il concetto integrale di salute si riflette direttamente anche su quello di sanità e, poi, perché la sintesi e l’incontro nella prassi delle esigenze e dei compiti inerenti ai concetti di salute e di sanità “costituiscono il fondamento e la via di *umanizzazione* della medicina”; infine, perché questa umanizzazione, a sua volta, costruisce nel profondo “quella civiltà dell’amore e della vita” senza la quale l’esistenza delle persone e della società smarrisce il suo significato più autenticamente umano⁵.

Ora è appunto l’incarnazione del “Verbo della vita”, in quanto annuncia e comunica la vita divina ed eterna a rivelarci la pienezza di valore e di significato della vita fisica, psichica e spirituale della vita umana nella sua fase terrena. A questo punto Giovanni Paolo II rileva che di fronte alla vita umana si tratta di “un dovere di giustizia, il cui assolvimento non può essere delegato interamente ad altri, richiedendo l’impegno di tutti”⁶.

Comunque, per afferrare ancora con maggiore chiarezza il

significato teologico “fondante” del diritto di ogni uomo alla salute integrale è necessario precisare come il Figlio di Dio è uomo. Nella misteriosa unione dell’incarnazione “la natura umana è stata assunta, senza per questo venir annientata”; anzi, la Chiesa confessa “la piena realtà dell’anima” umana, con le sue operazioni di intelligenza e di volontà, e del corpo umano di Cristo”⁷.

Tuttavia, allo stesso tempo, bisogna confessare “che la natura umana di Cristo appartiene in proprio alla Persona divina del Figlio di Dio che l’ha assunta. Tutto ciò che egli è e ciò che egli fa in essa deriva da ‘Uno della Trinità’. Il Figlio di Dio, quindi, comunica alla sua umanità il suo modo personale d’essere nella Trinità. Pertanto, nella sua anima come nel suo corpo, Cristo esprime umanamente i comportamenti divini della Trinità”⁸.

Insomma: “Gesù è il Figlio che dall’eternità riceve la vita dal Padre (cfr. Gv 5,26) ed è venuto tra gli uomini per farli partecipi di questo dono: ‘Io sono venuto perché abbiano la vita e l’abbiano in abbondanza’ (Gv 10,10). È allora dalla parola, dall’azione, dalla Persona stessa di Gesù che all’uomo è data la possibilità di ‘conoscere’ la *verità intera* circa il valore della vita umana; è da quella ‘fonte’ che gli viene, in particolare, la capacità di ‘fare’ perfettamente tale verità (cfr. Gv 3,21), ossia di assumere e realizzare in pienezza la responsabilità di amare e servire, di difendere e promuovere la vita umana”⁹.

Ecco perché Gesù annuncia che la vita è un bene al quale l’amore del Padre dà senso e valore: “I ciechi riacquistano la vista, gli zoppi camminano, i lebbrosi vengono sanati, i sordi odono, i morti risuscitano, ai poveri è annunziata la buona novella” (Lc 7,22).

Alcune conseguenze etiche e giuridiche

Con queste parole Gesù fa capire che Dio s'interessa della vita e della salute dell'uomo. Le folle di malati e di emarginati trovano nella parola e nei gesti del "Verbo della vita" la rivelazione del grande valore della loro vita e della fondatezza delle loro attese di salvezza¹⁰. Di conseguenza anche il diritto alla salute trova in essa il suo fondamento teologico. Davvero il valore della vita umana è molto grande se il Figlio di Dio l'ha assunta per renderla luogo di salvezza per l'intera umanità.

È quanto Cristo ci ricorda ove rileva l'obbligo di accogliere e servire la vita nei fratelli provati da vari tipi di sofferenza: affamati, assetati, forestieri, nudi, malati, carcerati... Quanto è fatto a ciascuno di loro è fatto a Cristo stesso¹¹. Giovanni Paolo II non esita affermare che "la missione di Gesù, con le numerose guarigioni operate, indica quanto Dio abbia a cuore anche la vita corporale dell'uomo"¹². "Medico della carne e dello spirito"¹³ egli, inviando i suoi discepoli nel mondo, "affida loro una missione, nella quale la guarigione dei malati si accompagna all'annuncio del Vangelo: 'È strada facendo, predicate che il regno dei cieli è vicino. Guarite gli infermi, risuscitate i morti, sanate i lebbrosi, cacciate i demoni'"¹⁴.

In questo contesto del fondamento "teologico" del diritto alla salute, la *Carta degli Operatori Sanitari* recita: "L'attività degli operatori sanitari ha l'alto valore di servizio alla vita. È l'espressione di un impegno profondamente umano e cristiano, assunto e svolto come attività non solo tecnica ma di dedizione e amore al prossimo. Essa è 'una forma di testimonianza cristiana'"¹⁵. "La loro professione li vuole custodi e servitori della vita umana. Nel contesto culturale e sociale odierno, nel quale la scienza e l'arte medica rischiano di smarrire la loro nativa dimensione etica, essi possono essere talvolta fortemente tentati di trasformarsi in artefici di manipolazione della vita o addi-

rittura in operatori di morte"¹⁶. Il CCC osserva giustamente: "La vita e la salute fisica sono beni preziosi donati da Dio. Dobbiamo averne ragionevolmente cura, tenendo conto delle necessità altrui e del bene comune. La cura della salute dei cittadini richiede l'apporto della società perché si abbiano le condizioni d'esistenza che permettano di crescere e di raggiungere la maturità: cibo e indumenti, abitazione, assistenza sanitaria, insegnamento di base, lavoro, previdenza sociale"¹⁷.

Da quanto detto sul valore della vita e il diritto alla salute integrale consegue, alla luce del loro fondamento teologico,



la "illusorietà" di voler rivendicare la neutralità morale della ricerca scientifica e delle sue applicazioni tecniche. È vero che sia la ricerca scientifica sia le sue applicazioni costituiscono una prova della signoria dell'uomo affidatagli da Dio sulla creazione e sono risorse molto preziose al servizio della vita umana e della salute. Tuttavia, "i criteri orientativi non possono essere dedotti né dalla semplice efficacia tecnica, né dall'utilità che può derivarne per gli uni a scapito degli altri, né, peggio ancora, dalle ideologie dominanti. La scienza e la tecnica richiedono, per il loro stesso significato intrinseco, l'incondizionato rispetto dei criteri fondamentali della moralità; devono essere al servizio della persona umana, dei suoi inalienabili diritti, del suo bene vero e integrale, in

conformità al progetto e alla volontà di Dio"¹⁸.

Il fondamento teologico del diritto alla salute integrale dà così pienamente ragione a quanto recita la *Carta per gli Operatori Sanitari*: "Per il cristiano l'attività medico-sanitaria è continuazione attualizzatrice della carità terapeutica di Cristo, il quale 'passò beneficiando e sanando tutti' (At 10,38). E nel contempo carità diretta a Cristo: è lui l'ammalato... In questa luce, l'attività medico-sanitaria prende un nuovo e più alto senso come 'servizio alla vita' e 'ministero terapeutico'... Servire la vita è servire Dio nell'uomo: diventare 'collaboratore di Dio nel ridare la salute al corpo malato' e dare lode e gloria a Dio nell'accoglienza amorosa della vita..."¹⁹.

P. BONIFACIO
HONINGS, O.C.D.

Professore emerito
di Teologia morale alla
Pontificia Università Lateranense,
Roma, Italia
Consulatore del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute,
Santa Sede

Note

¹ GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium vitae*, Lettera enciclica sul valore e l'inviolabilità della vita umana, Introduzione. In seguito citerò EV.

² Cost. past. Sulla Chiesa nel mondo contemporaneo *Gaudium et spes*, 22 citato in EV, 2.

³ EV, 3.

⁴ Cfr. GIOVANNI PAOLO II, All'assemblea plenaria del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, 9 febbraio 1990; in *Insegnamenti XIII/2* (1990) 450, N. 4.

⁵ Cfr. EV, 27.

⁶ GIOVANNI PAOLO II, A Scienziati e ad Operatori Sanitari, 12 novembre 1987, in *Insegnamenti XI/3* (1987) 1088.

⁷ *Catechismo della Chiesa Cattolica* (CCC), N. 470.

⁸ Ibidem.

⁹ EV, 29.

¹⁰ Cfr. EV, 32.

¹¹ Cfr. Mt 25,31-46.

¹² EV, 47.

¹³ S. IGNAZIO D'ANTIOCHIA, *Lettera agli Efesini*, 7,2; Patres Apostolici, ed. F.X. Funk, II 82.

¹⁴ Mt 10,7-8; cfr. Mc 6,13; 16,18.

¹⁵ GIOVANNI PAOLO II, Durante la visita al "Mercy Maternity Hospital" di Melbourne, 8 novembre 1986, in *Insegnamenti IX/2* (1986) 1734, n. 5, citato nella *Carta* N. 1.

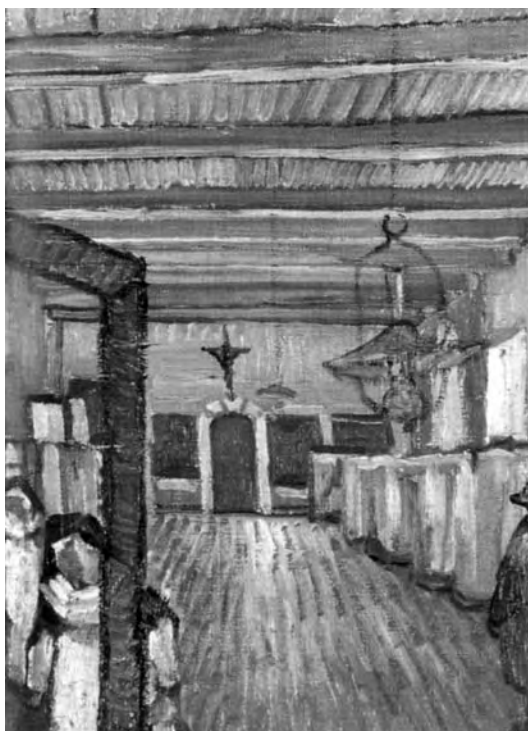
¹⁶ EV, 89.

¹⁷ CCC, N. 2288.

¹⁸ CCC, N. 2294.

¹⁹ *Carta*, n. 4.

Testimonianze



*Affrontare le sfide
sanitarie in Africa*

*Intervento di S.E. Mons.
José L. Redrado
al Simposio organizzato
da “Cumvivium”*

*Dal diritto a morire
al dovere di morire?*

*Messaggio di Natale:
“Innamorati della vita”*

*Vita di Niels Stensen
(1638-1686)
Scienziato e santo*

Affrontare le sfide sanitarie in Africa

RAPPORTO SULLA TERZA CONFERENZA REGIONALE AFRICANA
DI LINGUA INGLESE DEL CICIAMS TENUTASI AD ABUJA IN NIGERIA,
DAL 20 AL 24 SETTEMBRE 2004

42

Questa Conferenza è stata veramente unica – prima del suo genere in Africa Occidentale – e ha avuto una durata di 4 giorni. Abuja, la capitale della Nigeria, ha visto la presenza di infermieri cattolici provenienti dai diversi Paesi dell’Africa e da tutto il Paese, ospitati proprio dalla Associazione degli Infermieri Cattolici della Nigeria, accompagnata dal Presidente nazionale.

La Conferenza è stata guidata dal dinamico e solerte Presidente internazionale del CICIAMS, la Dr.ssa An Verlinde, e dall’affabile e instancabile consulente ecclesiastico, Rev. P.J. Joblin S.J. Come osservatore delle attività della Conferenza per il Vaticano erano presenti Sua Eccellenza Mons. José L. Redrado O.H., Segretario del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, il Rev. Charles Namugera e il Rev. P. Raymond Hickey O.S.A., in rappresentanza di Sua Eccellenza l’Arcivescovo Renzo Frattini, Nunzio Apostolico in Nigeria.

Il Presidente della regione africana di lingua inglese, Sig. Sello Komoreng, ha guidato una delegazione di 8 membri provenienti dal suo Paese, il Sudafrica. Erano presenti anche alcuni delegati dello Swaziland.

I Vescovi della Nigeria erano guidati da Sua Eccellenza Rev.ma J. Onaiyekan, Arcivescovo di Abuja (Presidente della Conferenza dei Vescovi Cattolici della Nigeria) e da S.E. Mons. S.A. Amatu (Presidente del Comitato per la Sanità della Nigeria della Conferenza dei Vescovi Cattolici locali); erano presenti inoltre numerosi sacerdoti e religiosi provenienti da tutta la Nigeria. Il numero complessivo dei partecipanti alla Conferenza è stato di 400 persone.

La cerimonia di apertura ha avuto inizio con la concelebrazione della Santa Messa, presieduta da S.E. Mons. José L. Redrado, con l’Arcivescovo J. Onaiyekan, altri Vescovi e sacerdoti. Al termine della Santa Messa c’è stata la benedizione delle mani degli infermieri, seguita da un discorso di saluto dei rappresentanti dei comitati esecutivi internazionale, regionale e nazionale, e dei sacerdoti e religiosi, culminato con la lettura del messaggio del Santo Padre.

L’Associazione degli Infermieri Cattolici della Nigeria ha chiuso la cerimonia con la presentazione dei premi conferiti ad alcune personalità. L’Eucarestia è stata celebrata ogni giorno e manifestazioni culturali serali hanno intrattenuto gli ospiti.

La Conferenza si basava su sette temi che comportavano delle sfide, presentati da alcune personalità esperte dell’argomento. Nel suo discorso, il Presidente Internazionale del CICIAMS, Dr.ssa An Verlinde, ha espresso la propria gioia nel vedere che la Terza Conferenza Regionale Africana di lingua inglese era stata ospitata dall’Associazione degli Infermieri Cattolici della Nigeria; ha poi ringraziato per la presenza della Chiesa Cattolica Nigeriana, Sua Eccellenza l’Arcivescovo di Abuja, e degli egregi delegati del Vaticano. La Dr.ssa Verlinde ha sottolineato poi che tutti gli infermieri cattolici del mondo sono tenuti in grande considerazione dal CICIAMS, e che nell’ambito della Chiesa devono sentirsi come a casa propria.

Il Presidente della regione africana di lingua inglese, Sig. Sello Komoreng, nel suo discorso ha ricordato ai partecipanti le sfide della salute che

l’Africa deve affrontare: guerra, malattie, fame, indigenza, e ha rivolto loro un appello come appartenenti alla stessa professione e fede, ad usare il congresso come un mezzo per condividere le proprie esperienze, oltre a formare un fronte unito per trovare delle soluzioni a queste sfide.

Breve sommario delle tematiche

Nel suo discorso su *Le Sfide che le Infermiere Cattoliche devono affrontare nel campo della salute in Africa*, S.E. Mons. José L. Redrado ha richiamato l’attenzione sui complessi aspetti del continente africano (persone diverse con culture, credo e tradizioni differenti), che costituisce una delle difficoltà che si incontrano quando si affronta l’argomento della salute in Africa. Mons. Redrado ha poi sottolineato la necessità della solidarietà tra gli Stati africani, oltre all’urgenza che essi uniscano i loro sforzi per affrontare le questioni che riguardano l’esperienza sociale e il campo tecnologico-professionale. Ancora più importante è il bisogno dei malati di essere curati e di ricevere cure pastorali, il che coinvolge l’intera comunità cristiana, compresi gli operatori sanitari e i gruppi di volontariato. Gli Stati Uniti d’Africa devono tendere a trovare delle soluzioni sanitarie, in quanto questo continente è afflitto da flagelli come la meningite, la tubercolosi, la poliomielite, la malnutrizione, il virus dell’Hiv/Aids dovuto alla povertà, alla scarsa igiene, alle attrezzature sanitarie insufficienti e alla mancanza di medicinali. Ha poi evidenziato il grande lavoro che la Chiesa

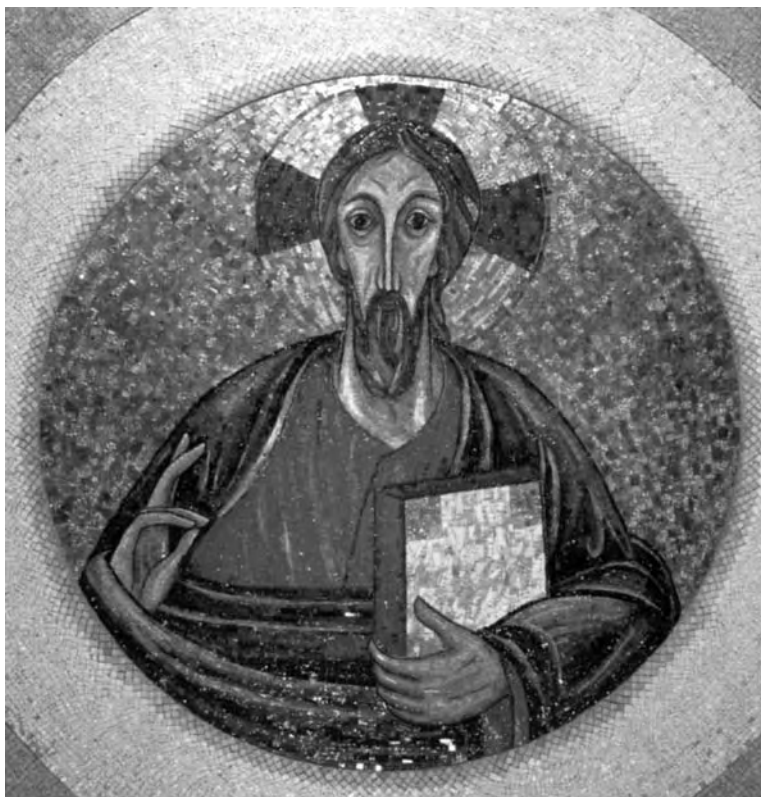
Cattolica porta avanti in ambito sanitario nel continente, sin dall'era del colonialismo, quando le autorità dell'epoca chiesero alla Chiesa di aiutarle in questo campo. La Chiesa costruì allora ospedali, cliniche e lebbrosari, la maggior parte dei quali diretti da infermieri cattolici, che mostrano a queste persone tutto il loro amore fornendo anche cure spirituali. È necessario che la Chiesa in Africa cooperi e formi una forte rete sanitaria, in modo da poter affrontare i problemi finanziari e logistici. È stata poi posta una certa enfasi sul fatto che debba essere curato non soltanto il corpo delle persone malate, ma a livello globale anche la loro anima e il loro spirito. L'evangelizzazione del mondo della sofferenza e della salute rimane il compito supremo della Chiesa, che deve occuparsi anche della salvezza dei malati. Gli infermieri cattolici sono stati incoraggiati a mantenersi aggiornati con la tecnologia in continuo cambiamento nel trattamento e nella cura dei malati.

Il Rev. P. Joblin ha parlato de *L'Infermieristica dal volto umano e la responsabilità degli Infermieri Cattolici*, rivolgendo un appello a questi ultimi a mostrare amore e a conferire dignità alla vita, non soltanto a livello mentale, ma anche fisico, sociale e spirituale. Gli infermieri sono stati incoraggiati ad adattarsi alle nuove tecniche, ad impegnarsi nella ricerca nei nuovi campi per i pazienti che hanno altri valori etici, e infine a riconoscere quando optare per la verità come cristiani. P. Joblin ha ricordato agli infermieri che, oltre alle decisioni politiche che si prendono a certi livelli della società, i cristiani agiscono come lievito nella pasta. Ha quindi rammentato loro l'operato del Buon Samaritano, spronandoli a vivere secondo le loro responsabilità sociali e cristiane, e ad essere tolleranti.

Il discorso della Sig.ra D. Akunyili riguardava *L'incidenza del traffico delle donne e il lavoro minorile in Africa:*

l'impatto sulla salute e La minaccia delle false medicine in Africa, mettendo in evidenza gli effetti devastanti di questi mali sulla salute nei Paesi africani. I falsi medicinali sono fuorvianti per i medici durante il trattamento dei pazienti, perché essi prescrivono loro quelli che credono medicinali veri, mentre invece non lo sono. Ciò ha portato alla morte di non poche persone. I loschi traffici delle donne hanno avuto come conseguenza che le prostitute sono soggette a malattie sessualmente trasmissibili (STDs) e all'Hiv/Aids. I

con il virus dell'Hiv) ha dedicato il suo discorso a *Il flagello dell'Hiv/Aids: la risposta cristiana*. Ha detto che quello dell'Hiv/Aids è il principale problema sanitario dell'Africa. La diffusione della malattia è stata attribuita all'alto livello di povertà e di ignoranza. La maggior parte delle persone che vivono con l'Hiv/Aids non possono osservare una dieta alimentare che aiuti a combattere le infezioni opportunistiche che provocano la morte. Inoltre, non sono abbastanza illuminati per comprendere la necessità di



bambini poi vengono fatti lavorare come collaboratori domestici o venditori ambulanti per le strade, oppure vengono sfruttati per ogni tipo di lavoro in condizioni durissime e sono malnutriti, e per questo molti di loro muoiono. I Paesi africani sono esortati a formare un fronte comune, a migliorare i livelli socio-economici dei loro cittadini e a trovare dei mezzi che possano frenare questi vizi, perpetrati da gruppi di persone, nei diversi Paesi, che vogliono soltanto fare soldi in poco tempo.

Il Dr. Patrick Matemilola (Medico che vive egli stesso

controllare le proprie abitudini sessuali per evitare di contrarre la malattia. Gli africani inoltre non possono permettersi i farmaci retrovirali. Un'intera generazione in Africa sta per essere distrutta dall'Hiv/Aids e i Paesi africani sono ancora lontani dal trovare una soluzione alla diffusione della malattia. È necessario pertanto rivolgere un appello al mondo occidentale per ricevere assistenza, anzitutto procedendo ad un abbassamento del prezzo dei farmaci retrovirali. Si supplicano gli infermieri cattolici di curare questi malati con amore, dando loro fiducia e incoraggiandoli a vi-

vere, come farebbero con qualsiasi altra persona. In particolare, ai malati terminali gli infermieri devono fornire buone cure fisiche e spirituali, amore ed empatia, per consentire loro di morire con dignità. È necessario poi accelerare le campagne informative sull'Hiv/Aids.

Il tema *Le cure tradizionali, una sfida per la sanità* si basa principalmente sull'uso delle erbe locali per curare le malattie, che sta diventando molto popolare nei Paesi africani, a causa della sua economicità e della facilità di reperimento per l'uomo comune. Questo tipo di trattamento pretende di dare sollievo ad alcuni disturbi, anche se nella statistica orientata all'approccio in tutto il mondo moderno, manca la documentazione relativa ai successi e ai fallimenti. I Paesi africani dovrebbero cercare di monitorare e standardizzare l'uso delle erbe tradizionali per evitare rischi imprevisti.

La cerimonia di chiusura ha visto la presentazione dei premi conferiti ad alcuni tra i partecipanti, come riconoscimento per il loro contributo al successo della conferenza. I pre-

mi sono stati conferiti dal Rappresentante del Vaticano, Mons. José L. Redrado, e dal Presidente Internazionale, Dr.ssa An Verlinde. È seguita la presentazione dei certificati di partecipazione da parte del Presidente dell'Associazione degli Infermieri Cattolici.

Per concludere, tutti gli infermieri cattolici hanno avvertito chiaramente cosa ci si aspetta da loro, nel servizio che rendono quotidianamente attraverso il loro lavoro. Come persone di fede cattolica, devono *proteggere la sacralità e la dignità della vita umana*, e ciò dev'essere fatto *in prima linea*, in tutti i suoi aspetti.

Note sul futuro del CICIAMS in Africa

Gli scopi futuri del CICIAMS devono tendere a:

- a. unire e rafforzare gli Infermieri Cattolici della Regione;
- b. organizzare un forum per lo scambio reciproco di idee e di esperienze;
- c. unire gli Infermieri Cattolici Africani, aiutandoli a pro-

muovere e a lottare per la propria fede nel preservare la vita umana, la sua dignità e i suoi valori;

d. incoraggiare e costituire maggiori organizzazioni di Infermieri Cattolici, sotto la supervisione del CICIAMS.

Quanto sopra dipende principalmente dal coinvolgimento della Chiesa attraverso i Vescovi africani, dando il proprio sostegno agli infermieri particolarmente tra i Paesi della regione, e guidandoli nell'assunzione di certe decisioni che siano in linea con gli insegnamenti della Chiesa. La crescita del CICIAMS nella regione africana dipende sempre dalla Chiesa, in quanto gli infermieri cattolici in Africa lavorano ancora in condizioni difficili, e necessitano pertanto di guida spirituale e di incoraggiamento.

Sig.ra VERONICA PISERCHIA
*Segretaria Organizzativa
della Conferenza di Abuja 2004*

Rapporto presentato per conto del
Presidente della Regione, Sig. Sello Komoreng



Intervento di S.E. Mons. José L. Redrado al Simposio organizzato da “Cumvivium”

*CON I RAPPRESENTANTI DEI PIÙ GRANDI PRODUTTORI DI MEDICINALI
ESSENZIALI DEL MONDO, TENUTOSI IN VATICANO PRESSO
LA CASA SANTA MARTA, 7 - 8 MAGGIO 2004*

A nome dell'Eminentissimo Cardinale Javier Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, che si scusa di non potere partecipare a questo Simposio per impegni inderogabili; a nome del medesimo Dicastero di cui sono il segretario, desidero ringraziare il Prof. Alain Lejeune e il Board di Cumvivium per l'invito rivolto al nostro Pontificio Consiglio a prendere la parola in occasione di questa prima riunione che, mi auspico, possa nell'avvenire essere di aiuto, riscontrando i bisogni delle popolazioni povere del mondo per quanto riguarda i farmaci essenziali in generale e quelli impiegati nella prevenzione e nella cura dell'Hiv/Aids.

Saluto cordialmente gli illustri partecipanti che certamente ci aiuteranno, sulla base delle loro esperienze professionali e/o industriali nel campo farmacologico, a trovare elementi di risposta alle questioni che saranno contemplate nelle varie relazioni dell'Agenda di questo meeting, ma soprattutto nel corso delle discussioni che ne scaturiranno.

Il Messaggio della Chiesa a coloro che operano nel mondo farmacologico è di incoraggiamento, di speranza e di solidarietà. Difatti, grazie ai medicinali, molte malattie sono state debellate o sono in parte scomparse. Oggi, molte malattie si curano con efficacia soprattutto nel mondo sviluppato. I sieri, i vaccini e i farmaci hanno permesso all'umanità di prevenire, di curare o almeno di alleviare molte sofferenze. Ciò ha portato anche ad un innalzamento sensibile, soprattutto nei paesi ricchi, della speranza di vita della popolazione.

Il progresso così realizzato non è stato tuttavia sempre immune da problemi per quanto riguarda l'elaborazione, la diffusione, l'uso e l'accessibilità per tutti i malati ai farmaci indipendentemente dall'ambiente sociale o dal paese di appartenenza.

Sappiamo con certezza che la messa a punto della fabbricazione dei medicinali è un processo complesso e costoso, con evidenti effetti economici e sociali. La costosissima ricerca e lo sviluppo di nuove molecole sono indispensabili per combattere vecchie e nuove patologie emergenti e riemergenti. Corollario a ciò è il diritto di proprietà intellettuale che, benché sia giusto e serva da stimolo per il progresso, può in alcuni casi entrare in conflitto con alcuni diritti fondamentali come quello alla salute.

Se l'80% dei farmaci prodotti viene consumato da circa il 15% della popolazione del pianeta, non solo si pone qui un problema di giustizia distributiva ma anche di superconsumo di alcuni prodotti impiegati con scopi non terapeutici e di abuso di medicinali, come gli antibiotici, che sono all'origine della farmacoresistenza.

Alcune sperimentazioni dei farmaci hanno come protagonisti popolazioni di paesi in via di sviluppo. In questi casi, la prudenza, la deontologia e l'etica professionale richiedono il rispetto di regole per evitare di sfruttare le loro condizioni di disagio, facendo semplicemente di chi si sottomette a queste sperimentazioni un oggetto tout court, con il rischio di mettere in pericolo la vita e la salute di queste persone.

Nel rispetto rigoroso di un

codice etico di comportamento, si auspica, nei casi in cui ci fossero risultati positivi provenienti dalla sperimentazione nei paesi in via di sviluppo, di condividere i benefici nelle forme da concordare insieme, con i suddetti paesi che hanno numerosi bisogni nel campo della salute.

Diciotto anni fa, intervenendo alla prima Conferenza Internazionale del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, “Il farmaco a servizio della vita umana”, il Santo Padre Giovanni Paolo II, dopo avere ricordato la drammatica situazione dei paesi in via di sviluppo riguardo sia all'accessibilità delle popolazioni all'assistenza sanitaria – un diritto fondamentale dell'uomo – sia al caso dei farmaci “orfani” necessari per il trattamento di malattie endemiche nelle zone tropicali e povere, ma che non beneficiano di ricerche e di progressi scientifici per ragioni quasi unicamente commerciali, invitò la comunità internazionale ad un lavoro di insieme, data la vastità del problema e l'insufficienza degli sforzi individuali pur preziosi e insostituibili: “Al momento attuale, bisogna assolutamente cercare di lavorare insieme, di coordinare a livello internazionale la politica di interventi e di conseguenza le iniziative concrete. Sappiamo quanto l'Organizzazione Mondiale della Sanità vi si impegna, così come altre associazioni e iniziative che manifestano una solidarietà senza frontiere” (Giovanni Paolo II, Disc. alla Conferenza Internazionale su “Il farmaco a servizio della vita umana”, 1986, n. 5).

La nascita di Cumvivium e il simposio che sta celebrando sembrano essere una risposta

a questo auspicio del Santo Padre.

L'invito del Santo Padre alla comunità internazionale perché si proceda speditamente in questa direzione si è ripetuto in tante varie altre occasioni, in particolare durante le sue visite ai malati e nei paesi particolarmente colpiti da patologie emergenti. Va ricordato di recente l'appello del Santo Padre fatto il 21 giugno 2001 al Segretario Generale dell'ONU S.E. il Signor Kofi Annan, nell'ambito del Summit speciale delle Nazioni Unite sull'Hiv/Aids, affinché i malati di Aids nel sud del mondo abbiano finalmente accesso nella misura del possibile alle costosissime terapie antiretrovirali; in quella occasione, il Santo Padre ricordò l'ipoteca sociale che grava su ogni proprietà privata in virtù della destinazione universale dei beni della terra che giustifica una certa limitazione del diritto di proprietà intellettuale (brevetto) quando è in gioco la salute e la vita di milioni di persone.

Oggi, ci troviamo con queste cifre:

- Africa Subsahariana: 25 milioni di malati e 2,2 milioni di morti di Hiv/Aids;

- Sud-Est Asiatico: 4,6 milioni di malati e 330.000 morti;

- America Latina: 1,3 milioni di malati e 49.000 morti;

- Europa orientale e Asia centrale: 1,2 milioni di malati e 23.000 morti;

- America del Nord: 790 mila malati e 12.000 morti;

- Europa occidentale: 520 mila malati e 2.600 morti;

TOTALE: 40 milioni di malati e 3 milioni di morti.

- Nel settembre 2000, la terapia Arv con farmaci marca: 10.439 \$USA/anno a persona.

- Nell'ottobre 2000, l'indiana Cipla mette in vendita il suo generico a 800 \$USA/anno a persona. I detentori del brevetto abbassano il costo, da 10.439 \$USA a 931 \$USA.

- Nel gennaio 2001, la Cipla abbassa di nuovo il suo generico a 350 \$USA/anno a persona. I detentori reagiscono proponendo i loro farmaci di marca a 727 \$USA/anno a persona.

- I generici poi continuano a scendere, fino a 201 \$USA/anno a persona. Il prezzo dei farmaci di marca resta sui 700 \$USA/anno a persona.

- Nel 2005, l'India (maggior esportatore dei generici), dovrà ratificare gli Accordi Trips sui farmaci; sarà dunque assoggettata ai vincoli imposti da tali accordi e non si potranno più acquistare in questo mercato i farmaci a basso costo.

Cosa fare?

Concludo riallacciandomi a due eventi che ritengo significativi e con una portata storica:

- l'anno scorso si è celebrato il 25° Anniversario della Dichiarazione di Alma Ata (Kazakhstan), che sancì *la politica della salute per tutti* con la corollaria strategia delle cure *sanitarie primarie* che rimangono a tutt'oggi un quadro interessante da riproporre per una politica realistica a fa-

vore dei poveri per l'accesso ai medicinali essenziali e agli antiretrovirali;

- *l'iniziativa 3x5* (3 per 5) dell'attuale direttore dell'OMS, ossia di curare gratis 3 milioni di malati di Hiv/Aids nei paesi in via di sviluppo con gli Arv entro il 2005, è una opportunità che dobbiamo cogliere. Si tratta infatti di un cambiamento di politica dell'OMS, giacché fino ad ora si è parlato più della prevenzione per i paesi poveri che delle terapie, a motivo dell'impossibilità di questi paesi di pagare l'alto costo del farmaco. Ma come sappiamo, non basta la disponibilità dei medicinali, occorre perciò anche aiutare questi paesi a dotarsi di un minimo di infrastrutture, di laboratori per analisi, a formare un personale sanitario ad hoc e soprattutto ad assicurare un follow-up delle terapie per evitare gravi e serie complicanze per la salute delle persone trattate dovute all'interruzione brusca del farmaco. L'iniziativa 3x5 non può tuttavia fare dimenticare il dramma dei bambini malati e degli orfani di genitori morti di Hiv/Aids ricordato recentemente dal Santo Padre nel suo messaggio per la quaresima 2004. Di qui, la necessità di un impegno corale, in particolare da parte dei farmacisti cattolici, nella prevenzione verticale, cioè dalla madre al nascituro, meno costosa e in grado di assicurare la nascita di numerosi bambini immuni dal virus.

S.E. Mons. JOSÉ

L. REDRADO, O.H.

*Segretario del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute
Santa Sede*



Dal diritto di morire al dovere di morire?

*DICHIARAZIONE CONGIUNTA DEL COLLEGIO EPISCOPALE
DELLA CHIESA DI INGHILTERRA E DELLA CONFERENZA EPISCOPALE
CATTOLICA DI INGHILTERRA E GALLES CONSEGNATA ALLA COMMISSIONE
DELLA CAMERA DEI LORD PER IL PROGETTO DI LEGGE
SULLA MORTE ASSISTITA PER MALATI TERMINALI DEL REGNO UNITO.
2 SETTEMBRE 2004*

Principi

Gli argomenti proposti in questo documento scaturiscono dalla nostra convinzione di fede che Dio stesso ha concesso all'Umanità il dono della vita, dono che proprio per questo motivo esige rispetto e attenzione.

I principi cristiani sulla natura e sul valore della vita umana sono alla base della tradizione umanistica cristiana occidentale, che continua ad esercitare una grande influenza al momento di forgiare i valori che molti membri della nostra società sostengono. Si tratta di principi condivisi, del tutto o in parte, anche da numerose persone appartenenti ad altre religioni, o a nessun credo.

Ogni essere umano deve essere valorizzato indipendentemente da età, sesso, razza, religione, condizione sociale o dal suo potenziale di realizzazione.

Chi, a causa di una malattia o per inabilità, si trova in una condizione di debolezza rispetto agli altri, merita un'attenzione e una protezione speciali. L'adesione a questo principio è il pilastro di ogni società civilizzata.

Il genere umano, nel suo insieme, è il destinatario del dono divino della vita, vita che dev'essere accolta con gratitudine e usata in modo responsabile. Ogni essere umano possiede un'identità propria e distinta, ma questa identità è formata e si realizza per mezzo di complesse reti di relazioni. Ogni decisione che riguarda una singola vita riguarda anche gli altri membri della nostra comunità.

Per questo motivo, la legge sulla Eutanasia non si riferisce soltanto alla morale parti-

colare o alle impostazioni utilitaristiche. Si tratta di una delle questioni – poche di numero, ma fondamentali in importanza – nelle quali la giustizia è chiamata a porre un limite al pluralismo morale o etico. La società deve optare positivamente per la protezione degli interessi dei suoi membri più deboli, anche se ciò potrebbe limitare la libertà degli altri a decidere di porre fine alla vita.

Due argomenti in favore della legalizzazione della eutanasia

Due sono le considerazioni che spesso sono invocate in favore dell'eutanasia: l'autonomia dell'individuo (il cosiddetto "diritto" a morire quando si vuole) e il suo benessere (il concetto secondo cui, una volta superato un determinato limite, non vale la pena di continuare a vivere).

In questi ultimi anni, l'accento è stato posto sempre di più sui diritti dell'individuo e sulla sua autodeterminazione. Nell'ambito della Medicina, ciò ha comportato la concezione di una priorità ogni volta maggiore dell'autonomia del paziente in etica medica. Nel Progetto di Legge sulla Morte Assistita per i Malati Terminali, l'accento messo sull'autonomia risulta evidente ogni volta che viene data una definizione puramente soggettiva alla "sofferenza insopportabile": si tratta della sofferenza "che il paziente reputa tanto grave da risultare inaccettabile". Il Progetto di Legge esige che il paziente sia informato riguardo le risposte alternative, tra le quali le cure palliative, ma una volta soddisfatto questo requisiti-

to, dev'essere aiutato a morire se questo è il suo desiderio definitivo. Il Progetto di Legge, però, limita il suo campo d'azione ai malati terminali, nei quali la morte può sopraggiungere "al massimo entro qualche mese". Tuttavia, se si



invoca il principio di autonomia per giustificare il Progetto di Legge, la difesa di questa restrizione risulta di difficile comprensione. Anche la sofferenza causata da una malattia cronica non terminale, sia psichica che fisica, può essere "tanto grave da risultare inaccettabile". Perché allora questi malati non potrebbero avere parità di accesso all'eutanasia?

Arriviamo alla seconda considerazione: il benessere. Se per il paziente non risulta sufficientemente facile volere l'eutanasia, ciò si giustifica spesso affermando che per lui è meglio morire. Si argomenta che in determinate situazioni la vita manca di valore, specialmente quando il paziente non può sperare in un miglioramento e si gli prospetta una morte lenta e prolungata. Se questa però è la giustificazio-

ne, una volta di più non ha alcun fondamento la restrizione del campo di applicazione dell'eutanasia ai malati terminali, e a coloro che la chiedono come loro volontà.

Tanto la considerazione dell'autonomia quanto quella del benessere possono sfociare, nella pratica, in un'estensione dell'eutanasia maggiore rispetto a quanto non si prevedeva al principio. La relazione presentata a questa Commissione dal "Linacre Centre for Healthcare Ethics" fornisce prove eloquenti di questo fenomeno nel caso dell'Olanda, paese in cui, citiamo testualmente, "assistiamo a un'estensione dell'eutanasia sia ai malati psichici o alle persone 'stanche di vivere', sia a coloro che non sono in condizione di dare il proprio consenso, come nel caso dei neonati e dei bambini piccoli".

Limiti della autonomia

Nessuna delle nostre Chiese sostiene che una persona moribonda o gravemente malata debba essere mantenuta in vita con tutti i mezzi possibili e per il maggior tempo possibile. Dall'altra parte, non reputiamo assoluto il diritto all'autonomia personale. I pazienti non devono essere oggetto di trattamenti eccessivi, e possono ragionevolmente rifiutare determinati trattamenti, per ragioni considerate oltremisura gravose. Detto ciò, la vita dev'essere rispettata, tanto la propria quanto quella degli altri; l'obiettivo di somministrare o di rifiutare un trattamento non deve consistere mai nel procurare la morte del paziente.

L'esercizio dell'autonomia personale deve necessariamente limitarsi affinché gli esseri umani convivano in una ragionevole armonia. Mentre attualmente una persona può esercitare il suo diritto legale a rifiutare un trattamento (rifiuto che può essere evitato in circostanze speciali, peraltro molto limitate), la Legge nega che esista un diritto legale a morire quando lo si vuole. Le conseguenze negative che potrebbero derivare da un cam-

biamento nella Legge sulla Eutanasia Volontaria avrebbero maggiore importanza dei benefici che produrrebbe un'adesione più stretta alla nozione di autonomia personale. In qualche caso, crediamo (vd. sopra, punto n. 6) che il rispetto per la vita di una persona debole costituisca il principio prioritario.

Il diritto all'autonomia personale non può esigere un'azione da parte di altri. I pazienti non possono né debbono pretendere che i loro medici collaborino nel procurare loro la morte, esigenza questa che è intrinsecamente illegale e moralmente sbagliata.

Una conseguenza grave dell'introduzione dell'eutanasia sarebbe l'attenuazione del rapporto di fiducia tra medico e paziente. Il valore intrinseco della vita umana implica che il dovere prioritario dei medici che si occupano di malati terminali si poggia sul dover garantire che i pazienti soffrano il meno possibile, di disporre delle informazioni che essi stessi e chi li cura sollecitano o esigono per scegliere coscientemente le opzioni future di vita e contare sul loro appoggio per le sfide personali che devono affrontare. Ma se i medici saranno autorizzati, in qualche circostanza, ad uccidere i loro pazienti invece di averne cura, ciò determinerà inesorabilmente un'attenuazione della fiducia. Le persone più deboli finiranno per considerare il trattamento medico come una minaccia potenziale alla vita, invece di un apporto benefico.

Un cambiamento nella Legge che consentisse la morte assistita modificherebbe anche l'ambiente culturale in cui ci muoviamo, e coinvolgerebbe i nostri atteggiamenti nei confronti delle persone anziane e dei malati cronici. Ad esempio, la legge che permette l'aborto ha modificato profondamente l'atteggiamento della società nei confronti della situazione del feto.

Protezione dei più deboli

Giustamente i medici si preoccupano di curare nel mi-

glior modo possibile il paziente che si trovano di fronte, e lo stesso accade per i familiari e gli amici della persona malata. È difficile sottrarsi al trauma della sofferenza individuale per contemplare il panorama generale, riflettere sulle conseguenze a lungo termine di decisioni prese sotto la pressione della necessità individuale. Per questo la Legge deve adempiere il proprio compito di fornire un ambito in cui i professionisti della Medicina possano agire. Un principio fondamentale che descrive l'ambito legale attuale è il seguente: non dobbiamo ucciderci gli uni gli altri deliberatamente.

Cure palliative e trattamenti oppressivi

Dietro molti degli argomenti in favore dell'eutanasia si nascondono forti timori, e specialmente la paura che l'alternativa alla stessa sia una morte prolungata e dolorosa, esacerbata da un trattamento medico tanto inutile quanto oppressivo.

Quando la morte è imminente o inevitabile, il mantenimento o la cessazione di un trattamento medico giudicato inutile o oppressivo risulta oggi tanto morale e legale quanto annoso. I medici non hanno l'obbligo prioritario di prolungare la vita con ogni mezzo possibile. Il trattamento somministrato a un paziente moribondo deve essere "proporzionato" all'effetto terapeutico sperato, e non deve essere sproporzionatamente doloroso, invasivo, pericoloso o costoso, secondo le circostanze. Il trattamento può, quindi, essere mantenuto o cessare, decisioni queste che devono reggersi sul principio che una modalità terapeutica non deve mai essere adottata con l'intenzione, il proposito o l'obiettivo di porre fine alla vita di un paziente o di provocare la morte. Quest'ultima, quando effettivamente sopraggiunge, sarà derivata dalle condizioni sussistenti che richiesero l'intervento medico, e non dovrà essere la conseguenza diretta della decisio-

ne di mantenere o ritirare il trattamento.

Il movimento *hospice* scaturì dalla preoccupazione di aiutare le persone a morire con dignità (cioè a vivere con dignità fino al momento della loro morte). Questo lavoro non ha arricchito soltanto le vite dei malati terminali, ma anche chi li ha curati, i volontari e il personale sanitario, che hanno trovato una grande fonte di benedizione nell'attenzione ai moribondi. L'amicizia, il cameratismo e, soprattutto, l'amore, sono le caratteristiche chiave di una buona morte. Aiutare le persone a morire bene in questo modo non è patrimonio esclusivo di una fede religiosa in particolare. Si tratta di una risposta profondamente compassionevole e umana alla realtà della morte, che tutti dovremo affrontare.

Crediamo che la lezione appresa negli *hospice* circa il controllo del dolore e l'appoggio emotivo e spirituale debba applicarsi a tutte le persone moribonde attraverso il sistema sanitario nazionale. Ciò esige che il personale medico sia consapevole riguardo il controllo del dolore, che si cerchi un aiuto specializzato quando necessario, e richiede anche di destinare risorse ade-

quate alle persone malate e anziane.

Crediamo che uccidere deliberatamente una persona moribonda equivalga a respingerla. Il nostro dovere poggia sullo stare con questa persona, fornendole un adeguato aiuto fisico, emotivo e spirituale di fronte alla sua angoscia e alla sua depressione, comunicandole attraverso la nostra presenza e attenzione che può contare sull'appoggio del prossimo e, con esso, della presenza divina.

Conclusione

Risulta profondamente sbagliato proporre una legge che renda legale il fatto che i malati terminali siano assassinati o aiutati a suicidarsi da parte di chi dovrebbe curarli, anche se si stabiliscono le misure per garantire che solo lo stesso malato terminale può autorizzarlo. Fare un simile passo minerebbe sostanzialmente le basi della Legge e della Medicina, così come il dovere dello Stato di prendersi cura dei più deboli. Si correrebbe il rischio di un'erosione graduale dei valori, e con il passar del tempo il freddo calcolo dei costi di cure adeguate ai malati e agli

anziani potrebbe convertirsi in una sicura minaccia. Come risultato, molti malati e moribondi si sentirebbero un peso per gli altri. Il diritto a morire si convertirebbe nel dovere di morire.

Il Progetto di Legge non risulta necessario. Quando la morte è imminente o inevitabile, non esiste attualmente nessun obbligo legale o morale di somministrare un trattamento medico inutile o gravoso. È tanto morale quanto legale fornire il necessario sollievo dal dolore, anche quando detto sollievo potrebbe accelerare la morte. Questo però non è né omicidio né suicidio assistito. Ciò di cui hanno bisogno i malati terminali è qualcuno che si occupi di loro, non che li uccida. Necessitano di cure palliative, che comprendono sistemi adeguati e efficaci di sollievo dal dolore. Hanno bisogno di vedersi trattati con la compassione e il rispetto che questo Progetto di Legge potrebbe porre in grave pericolo.

per la Chiesa Anglicana:

Dr. ROWAN WILLIAMS

Arcivescovo di Canterbury

per la Chiesa Cattolica:

S.E. Card. CORMAC

MURPHY-O'CONNOR

Arcivescovo di Westminster



Messaggio di Natale: “Innamorati della vita”

*OFFRIAMO AI NOSTRI LETTORI IL MESSAGGIO NATALIZIO
CHE FRA PASCUAL PILES, SUPERIORE GENERALE
DELL'ORDINE OSPEDALIERO DI SAN GIOVANNI DI DIO (FATEBENEFRAELLI),
HA INDIRIZZATO A TUTTO L'ORDINE*

Ci disponiamo a vivere l'Avvento, e con esso la preparazione per la celebrazione del Santo Natale.

Tenendo conto delle sfide che l'esistenza umana deve affrontare, abbiamo voluto che il Messaggio di Natale di quest'anno avesse per titolo *Innamorati della vita*.

Come cristiani cattolici, come persone, abbiamo il dovere di amare la vita. Da una parte, per l'importanza della dignità di ogni persona, dalla sua nascita fino alla morte naturale. Dall'altra, perché nasciamo per vivere, e proprio per questo dobbiamo conferire alla nostra vita la miglior qualità possibile, pensando non soltanto a noi, ma al nostro prossimo, a tutti i nostri simili.

Purtroppo sono tante, attorno a noi, le situazioni di morte: delinquenza, terrorismo, guerra, emarginazione, egoismo sfrenato, eccesso di materialismo, eutanasia attiva, aborto, ecc.

Il Natale è un periodo vitale: nel suo aspetto liturgico per i credenti, in quello culturale o sociale per altri, soprattutto per l'ambiente che si è venuto a creare attorno ad esso. Ci sentiamo tutti in movimento. L'ambiente di festa si ritrova nei luoghi, nelle istituzioni, tra la gente.

Il Natale ci rammenta che dobbiamo essere innamorati della vita, sempre e in ogni circostanza.

Senza abbandonare questo ambiente festivo e cercando di viverlo con gioia, così come facciamo ogni anno, il periodo natalizio dev'essere per noi una opportunità per accogliere questo messaggio e rifletterci sopra, in modo che illumini la nostra vita non soltanto a Natale, ma durante tutto il prossimo anno 2005.

Vorrei condividere con voi quattro idee, che affronterò in breve.

Promuoviamo l'accoglienza gioiosa della vita che nasce

Tutta la famiglia vive con grande gioia l'arrivo di un nuovo essere, quello di un figlio o di una figlia. Tutti si mettono in movimento. Se è il primo figlio, è una vera novità perché riempie la casa; la famiglia passa da due a tre componenti; tutti sono pronti a soddisfare qualsiasi necessità del neonato.

Chi di voi è genitore lo sa molto meglio di me.

Oggi giorno poi è possibile seguire lo sviluppo del feto ancora nel grembo materno grazie alle ecografie; in questo modo possiamo vedere il palpitare del cuore, osservare lo sviluppo del feto, e grazie alla tecnologia moderna possiamo conservare il filmato che registra l'andamento della gravidanza e rivederlo quante volte vogliamo.

È logico che questi momenti siano vissuti con molta gioia.

Nonostante ciò, per vari motivi possono verificarsi delle gravidanze indesiderate, difficili da accettare, e talvolta si sceglie di abortire.

Inoltre, le moderne tecnologie in certe circostanze ci consentono di scoprire le patologie del feto attraverso la diagnosi precoce, e malgrado alcune di esse possano essere curate grazie alle avanzate cure pediatriche e alla chirurgia moderna, ci sono genitori che accettano il figlio pur con tutto ciò che la malattia comporta, mentre altri invece optano per l'eliminazione del feto, e pertanto decidono di abortire.

Il nostro atteggiamento, come cristiani cattolici e come cittadini, è di promuovere una cultura della vita. Dobbiamo incoraggiare, in ogni circostanza, quelle azioni che favo-

riscono l'accoglienza gioiosa di una nuova vita.

In queste circostanze, dobbiamo fare quanto ci è possibile per aiutare il neonato e i suoi genitori. Come centri della Chiesa, dobbiamo farlo nei nostri servizi di ostetricia e di pediatria intensiva, laddove esistano, con cure particolari per le loro necessità umane e anche come persone, nelle nostre realtà esistenziali. Siamo chiamati da Dio a difendere e a proteggere la vita.

Durante la mia esistenza, mi è capitato undici volte di cercare di accompagnare e di illuminare il processo che porta ad accettare le conseguenze che derivano dall'aver praticato un aborto. Non mi è stato facile, considerando la gravità di un atto del genere, promuovere la vita nel cuore di una madre, di un padre, o di entrambi, che dopo aver fatto ricorso all'aborto vivevano con senso di colpa questa decisione, senza riuscire a superarla.

Credo di essere stato portatore di vita per queste persone che, per una decisione presa liberamente, avevano eliminato una vita.

Entrando nella dimensione ecologica, dobbiamo promuovere, pur senza esagerazioni, il rispetto per la natura, che comprende la vita animale e quella delle piante. Tutti gli esseri viventi hanno la loro ragion d'essere e il loro significato nell'Universo: ci accompagnano, ci aiutano, abbelliscono il mondo e l'ambiente in cui viviamo.

Aiutiamo a vivere con dignità il maggior numero possibile di persone

La vita ci è stata data per essere vissuta, e dobbiamo viverla bene. Dobbiamo godere della vita, riuscendo ad inte-

grare i suoi elementi positivi e quelli negativi. È difficile essere felici quando le cose vanno male, ma non possiamo soffrire in eterno, bisogna cercare di vivere bene e aiutare gli altri a farlo.

Ci sono persone che nella vita hanno più fortuna di altre, e lo dico anche se in un libro che ho letto tempo fa si parlava della “buona sorte”, affermando che la fortuna non è dovuta al caso, ma a ciò che una persona è capace di costruire dentro e fuori di sé, ed è ciò che vale realmente.

Ci sono persone nel mondo che sembra debbano soffrire più di altre. È un mistero. Alcune persone soffrono sin dalla loro nascita. Talvolta non riusciamo a capire il perché, ci interroghiamo sui motivi per cui ciò accade, cerchiamo di scoprirne le cause, ma la verità rimane questa.

Molte volte la Chiesa si è pronunciata sul tema della sofferenza e quando, come nel caso di Cristo, non ne può svelare il mistero, la accoglie, la illumina, la purifica e, quando non è possibile eliminarla, la accompagna.

Oltre a quanto abbiamo appena detto, dobbiamo batterci affinché tutte le persone vivano con dignità. Ci addentriamo qui nel tema della giustizia e della solidarietà. Durante le mie visite, ho potuto conoscere molti ambienti diversi, e tra di essi ve ne erano alcuni contrassegnati da un'estrema povertà. La verità è che non sempre abbiamo occhi per vedere.

Non possiamo non batterci per un mondo più giusto, non essere solidali con quegli esseri umani che nel mondo hanno molto meno di noi.

Il Natale non può essere soltanto un tempo liturgico o un periodo dedicato al consumismo. Dev'essere invece un tempo di impegno nei confronti delle persone più svantaggiate, affinché migliori la qualità della loro vita, ed essi trovino la giustizia e la pace.

Accompagniamo le persone aiutandole a morire con dignità

La nostra fede ci insegna

che morire è nascere. La vita non termina, ma si trasforma, come leggiamo nel Prefazio della Messa dedicata ai Defunti.

Il giorno in cui è morta mia madre, donna ancora piena di vita anche se aveva 91 anni, ho trascorso l'intera giornata davanti al suo corpo, vivendo il dolore per la sua perdita, ma pensando che si trovava già in cielo, godendo della pienezza della vita.

Molte morti sono difficili da accettare, sono quelle che riguardano soprattutto bambini e giovani, ma anche adulti. Ci sono persone la cui morte segnerà per sempre la vita degli altri.

Quando la morte arriva, siamo chiamati ad aiutare a vivere, e dobbiamo dare questo aiuto con discrezione e con saggezza. Talvolta lo facciamo solo con il silenzio e con la nostra presenza, altre con parole che allontanino l'angoscia e che, con il passare del tempo, facciano recuperare il senso della vita a coloro che continuano a vivere.

Siamo chiamati anche ad accompagnare i processi che conducono alla morte in quei casi che possiamo considerare più normali, come nelle malattie gravi irreversibili o in persone di età avanzata. Abbiamo fatto molti progressi nelle possibilità di cui disponiamo per realizzare questo accompagnamento.

Nei Centri dell'Ordine esistono molti servizi di medicina interna con malati gravi, reparti di lunga degenza, unità di cure palliative, e stiamo aprendo anche alcuni “hospices” residenziali. Promuoviamo un accompagnamento alla morte, eliminando il dolore e cercando di venire incontro alle necessità psicologiche e religiose del paziente. Accompagniamo anche i familiari in tutte le loro necessità. Per noi aiutare a morire con dignità significa aprire le porte alla *Vita*.

Il Natale non ha per tutti la stessa connotazione. Ci sono famiglie in cui queste feste avranno poca vita, a causa della povertà, o per conflitti che soffocano i rapporti personali. Il Natale avrà poco colo-

re nelle case che sono state visitate dalla morte di persone amate. È importante che sappiamo accompagnare queste realtà che sono, in fondo, processi di perdita, di morte, affinché le persone riescano a viverle con quella dignità che proviene dalla serenità e dalla pace interiore.

Siamo apportatori della vita che ci ha dato Cristo

“Io sono venuto perché abbiano la vita e l'abbiano in abbondanza” (Gv 10,10). Questa affermazione è quella di Gesù di Nazaret, e la accogliamo disponendoci a celebrare l'Anniversario della Sua nascita.

Gesù fu ed è per l'umanità intera apportatore di vita in abbondanza, una vita che si può sperimentare, come ho detto poc'anzi, anche nella malattia, nella sofferenza, nella morte.

Ma Gesù volle, soprattutto, che godessimo della vita. Era accanto ai sofferenti, vicino ai bambini, scelse deliberatamente alcune persone, partecipò a feste di matrimonio, pregò nelle sinagoghe, fece dei pellegrinaggi, lavorò, aveva molti amici. Gesù amava la vita, e proprio per questo, pur accettando la volontà del Padre, gli era difficile morire.

Vorrei che il Natale fosse un tempo in cui tutti possiamo di nuovo godere della vita, e assieme al Cristo che nasce, ritrovare l'esigenza di essere vitali e di promuovere, proteggere e custodire la vita. Godiamo della vita che Cristo ci porta attraverso la Sua nascita, e diamola agli altri affinché tutti abbiano vita, e l'abbiano in abbondanza.

Il Santo Padre ha voluto che questo fosse l'“Anno dell'Eucarestia”. Che in questo anno cresca in noi l'amore per l'Eucarestia, e possa questo Pane di Vita aiutarci ad amare sempre la vita.

Buon Natale a tutti!

Fra PASCUAL PILES, O.H.
Superiore Generale
dell'Ordine Ospedaliero
di San Giovanni di Dio
(Fatebenefratelli)

Vita di Niels Stensen (1638-1686)

Scienziato e santo*

52

Niels Stensen (o Steensen) nacque a Copenhagen il 1 gennaio 1638 (secondo il calendario giuliano, allora in vigore in Danimarca) sotto il regno di Cristiano IV (1588-1648) durante l'ultimo periodo della Guerra dei Trent'anni (1618-1648). La famiglia, di religione luterana, aveva dato alla sua chiesa alcuni predicatori attivi soprattutto nella Svezia meridionale (a quei tempi sotto il regno danese al pari della Norvegia, dell'Islanda e della Groenlandia). Il padre, Sten Pedersen, conduceva una rinomata bottega di orefice nella capitale danese e aveva sposato Anne Nielstochter, madre del piccolo Niels, al suo secondo matrimonio. Quest'ultima, rimasta vedova quando il figlio aveva appena sette anni, si risposò altre due volte con altrettanti orefici assicurando così la continuazione dell'attività artigianale e la sicurezza economica del nucleo familiare.

Dopo un'infanzia caratterizzata da una salute piuttosto malferma che aveva non poco limitato gli abituali giochi infantili abituandolo invece ad assistere alle conversazioni degli adulti, Niels Stensen cominciò a frequentare attorno ai dieci anni la *Scola Latina di Nostra Signora*, situata nei pressi dell'università, dove accanto alla formazione religiosa veniva impartito l'insegnamento della lettere, della matematica e delle scienze naturali. Il giovane, forse condizionato dall'essere cresciuto in una bottega artigiana dove mirabili prodotti della natura come le gemme erano trattati e lavorati secondo i dettami dell'arte orafa e del sapere tecnico-scientifico ad essa collegato, mostrò subito un vivo interesse e un innegabile talento per le scienze naturali, avendo fin dall'infanzia una certa familiarità col medico e botanico Simon Pauli (1603-1680) per iniziativa

del quale era stato costruito il *Teatro Anatomico* della Facoltà di Medicina. Nel novembre del 1656 si immatricolò all'Università di Copenhagen, avendo per maestri negli studi medici l'anatomista Thomas Bartholin (1616-1680) e il naturalista Ole Borch (1626-1690). Degli interessi e degli studi dello Stensen durante il periodo universitario costituisce un illuminante esempio il manoscritto denominato *Chaos* nel quale annotazioni personali sono frammiste a citazioni di vari autori. Proseguì quindi, nel 1660, gli studi medici all'Università di Amsterdam dove sotto la guida del professor Gerard Blaes (Blasius, 1625-1682) intraprese le ricerche anatomiche che lo condussero a scoprire, durante la dissezione della testa di un capretto, il dotto principale della ghiandola parotide (che tuttora porta il suo nome). A causa di incomprensioni col suddetto professore, dopo aver dato alle stampe una pubblicazione di argomento termale e di impianto piuttosto scolastico (il *De thermis*) nel medesimo anno si spostò a Leida proseguendo le sue ricerche anatomiche nella medesima università dove insegnava l'illustre Franz De La Boe (Sylvius, 1614-1672). Qui lo Stensen tenne nel 1661 la dissertazione *Intorno alle ghiandole della bocca e ai dotti salivari, provenienti da queste e finora sconosciuti*; studiò inoltre altre secrezioni organiche (come le lacrime, il sudore e il latte) interessandosi infine della struttura dei muscoli in generale e del cuore in particolare, come risulta dallo scritto *Saggio di osservazioni anatomiche* risalente alla fine del suo soggiorno presso le università olandesi. Nel medesimo periodo il giovane e promettente scienziato aveva frequentato il filosofo Spinoza e il matematico Golius; era inoltre divenuto

fraternal amico del medico e naturalista Jan Swammerdam (1637-1680).

Niels Stensen conseguì la laurea in medicina presso l'università di Leida il 4 dicembre 1664; non poté tuttavia essere presente alla cerimonia in quanto nel frattempo si era trasferito a Parigi con l'amico Swammerdam, non avendo concrete possibilità di ottenere un incarico universitario a Copenhagen. A Parigi era da poco salito al potere il "Re Sole" Luigi XIV (1638-1715) che coadiuvato dal suo ministro Jean-Baptiste Colbert (1619-1683) avrebbe fatto della Francia una delle principali potenze europee. Durante il soggiorno parigino i due giovani studiosi vennero ospitati da Melchisédec Thévenot, un mecenate che svolgeva attività di promozione culturale indicendo periodiche riunioni scientifiche in una casa del quartiere del Marais con la partecipazione di numerosi intellettuali che sarebbero pochi anni dopo confluiti nell'Académie des Sciences. Durante il periodo parigino lo Stensen si dedicò particolarmente allo studio e alla pratica dell'Anatomia frequentando l'*Ecole de Médecine de St. Come* e scrivendo in francese il *Discorso sul cervello*, un'opera in cui l'autore esponendo i risultati delle sue ricerche sulle strutture cerebrali criticò le concezioni di René Descartes (1596-1650) sull'anatomia e fisiologia dell'encefalo pur ammirandone il metodo d'indagine scientifica.

All'inizio d'autunno del 1665 Niels Stensen lasciò definitivamente Parigi per recarsi a Montpellier dove si fermò pochi mesi. Raggiunse quindi nel 1666 il Granducato di Toscana fermandosi dapprima a Pisa, in febbraio; successivamente soggiornò, nei mesi primaverili, a Roma (dove poté fare conoscenza col matematico Miche-

* Al termine del processo di canonizzazione attualmente in corso.

le Angelo Ricci e col poligrafo Athanasius Kircher); si fermò infine stabilmente a Firenze. Il piccolo stato e la sua capitale apparvero certo agli occhi del ventottenne scienziato danese con tutto l'alone del passato splendore artistico-culturale (Firenze era stata una delle città-simbolo del Rinascimento italiano), ma anche con la fama più recente di un ambiente scientifico particolarmente vivace e stimolante (nelle università e nelle accademie toscane avevano operato o erano ancora attivi scienziati del calibro di Galileo Galilei, Evangelista Torricelli, Marcello Malpighi, Alfonso Borelli, Francesco Redi, Vincenzo Viviani, Lorenzo Magalotti). Infatti sotto il Granduca Ferdinando II de' Medici (1610-1670) a Pisa era stato da poco restaurato lo Studio Generale e fondato l'Orto botanico, mentre a Firenze era da poco sorta la Spezieria granducale e fondata (ad opera del Cardinale Leopoldo de' Medici) l'Accademia del Cimento.

Giunto a Firenze Niels Stensen, il cui nordico nome era stato italianizzato in *Niccolò Stenone* (dal latino *Nicolaus Steno*), venne accolto con benevolenza dal Granduca che gli concesse un appartamento in Palazzo Vecchio e un vitalizio, assumendolo come suo medico personale, nominandolo professore di anatomia nell'*Ospedale di Santa Maria Nuova* e incoraggiandolo verso gli studi di Storia naturale. Lo studioso danese venne inoltre ben presto a far parte dell'*Accademia del Cimento* le cui riunioni scientifiche si svolgevano a Palazzo Pitti grazie al mecenatismo del Granduca. In Toscana dunque lo Stensen continuò le sue ricerche anatomiche pubblicando nel 1667 l'opera *Elementorum myologiae specimen, seu musculi descriptio geometrica* in cui trattò della struttura e funzione del sistema muscolare. Inoltre nello scritto ad esso allegato *Historia dissecti piscis ex canum genere*, dedicato alla dissezione da lui compiuta su un gigantesco pesce catturato nel mare davanti a Livorno e messogli a disposizione dal Granduca, descrisse e in-

terpretò correttamente la struttura e la funzione dell'ovaia, dell'ovidotto e dell'utero. Nel medesimo periodo lo Stensen si interessò anche di paleontologia, mineralogia e geologia. Così ad esempio nello scritto *Canis carchariae dissectum caput*, allegato anch'esso alla succitata pubblicazione sul sistema muscolare, colse il legame esistente tra i denti dell'animale e le cosiddette glosso-pietre interpretando quelli che erano fino ad allora considerati dei curiosi prodotti della natu-



ra di origine minerale come resti fossili di origine biologica. Inoltre nel *De solido intra solidum naturaliter contento dissertationis prodromus* (pubblicato nel 1669), partendo da osservazioni ed esperienze personali (nel Valdarno, all'isola d'Elba, nelle Colline Metallifere, sulle Alpi Apuane, ecc.), trattò della crosta terrestre e delle sue modificazioni, dei processi di sedimentazione ed erosione, degli strati geologici e dei fossili che vi sono inclusi, della formazione dei minerali e della struttura dei cristalli. Lo scienziato danese redasse poi per conto della Corte Granducale un "indice delle cose naturali" presenti nella galleria medicea di Firenze e inoltre un elenco del materiale mineralogico allora conservato nell'ateneo pisano in vista di un eventuale suo trasferimento a Firenze.

Durante il soggiorno dello Stensen nel Granducato di Toscana prendeva intanto sempre più forma fino al suo compi-

mento il travagliato percorso, tutto interiore, che doveva sfociare nella conversione alla fede cattolica e nella successiva attività pastorale. Da bambino aveva ricevuto un'educazione religiosa nell'ambito della Chiesa luterana alla quale apparteneva la famiglia; la sua formazione cristiana continuò negli anni della scuola e dell'università. Dopo aver lasciato la terra natale il giovane Stensen venne a contatto con gli ambienti cattolici dei paesi europei dove gli capitò di soggiornare ottenendone sempre buone impressioni, sembrandogli in particolare che molti dei cattolici suoi conoscenti avessero un'impostazione di vita e di pensiero migliore dei luterani. Di passaggio a Livorno (dove per alcuni mesi all'anno risiedeva la Corte granducale) nel giugno del 1666 fu profondamente colpito dalla processione del "Corpus Domini" nel vedere che tutti i presenti si inginocchiavano e adoravano l'ostia consacrata, sembrandogli strano che così numerose persone mostrassero così grande devozione per un pezzo di pane, sia pur benedetto. Lo Stensen aveva però iniziato già a Parigi a confrontarsi coi vari dogmi della religione cattolica, frequentando in particolare una nipote nubile del Thévenot, Marie Perriquet, donna di grande cultura e moralità, la quale una volta convertita al cattolicesimo sarebbe morta in fama di santità. Giunto poi in Toscana lo Stensen ebbe modo di frequentare altre due donne, ferventi cattoliche e particolarmente dotte in materia religiosa: suor Maria Flavia del Nero, addetta alla spezieria annessa al convento fiorentino di Annalena (dove lo studioso danese si riforniva di medicinali) e la signora Lavinia Cenami, moglie di Silvestro Arnolfini ambasciatore della Repubblica di Lucca alla corte granducale. Prese inoltre a studiare assiduamente la patristica cattolica leggendo i testi nelle versioni originali in lingua greca o latina quali poteva trovare alla Biblioteca Laurenziana o in altre biblioteche fiorentine. Si convinse alla fine della innegabile veridicità e validità della dottrina cattoli-

ca giungendo, nel novembre del 1667, all'abiura della fede luterana e alla conversione alla Chiesa Romana.

Tra l'autunno del 1668 e l'estate del 1670 Niels Stensen compì un lungo viaggio attraverso l'Europa centrale durante il quale approfondì soprattutto i suoi studi in ambito geologico e minerario (le tappe di tale peregrinazione scientifica furono: Firenze, Roma, Napoli, Roma, Loreto, Bologna, Venezia, Brennero, Innsbruck, Schwatz, Salisburgo, Norimberga, Danubio, Vienna, Monti Tatra, Praga, Monti Erzgebirge, Chemnitz, Vienna, Amsterdam, Firenze, Pisa, Livorno). Tornato dunque in Toscana, nel giugno del 1670, lo Stensen trovò al posto di Ferdinando II, morto da poco, il nuovo Granduca Cosimo III (1639-1723) che lo accolse col medesimo calore del padre rinnovandogli incarichi, abitazione e vitalizio. Lo scienziato danese, spinto ancora una volta dal suo interesse verso la geologia e la mineralogia, esplorò nell'estate del 1671 due grotte alpine (situate rispettivamente sulle montagne circostanti il lago di Garda e sulle montagne circostanti il lago di Como).

Nella primavera del 1672 Niels Stensen ricevette un invito ufficiale a tornare in patria con l'incarico di *Anatomicus Regius* e adeguato stipendio; trasferitosi nell'estate del medesimo anno a Copenhagen, dove trovò alloggio in casa della sorella Anna, eseguì numerose dissezioni sia di uomini che di animali nel *Theatrum Anatomicum*, cercando come sempre di mostrare col suo lavoro le bellezze e le meraviglie del creato. Del resto nel gennaio del 1673 nella prolusione alle sue dimostrazioni di Anatomia aveva dichiarato: "Et hic verus Anatomiae finis est, ut per corporis stupendum artificium in animae dignitatem, et consequenter per utriusque miracula in authoris notitiam et amorem spectatores subleventur"; in tale occasione aveva inoltre aggiunto: "Pulchra, quae sine dissectione sensibus patent; pulchriora, quae dissectio ex abditis penetralibus protrahit; longe autem pulcherrima, quae, sensus fu-

gientia, ope tamen sensibilibus per rationem agnoscuntur". Siccome però l'effettiva nomina a professore di Anatomia nella locale Università tardava a concretizzarsi a causa della sua nuova fede religiosa, lo Stensen ritornò a Firenze nel dicembre del 1674, avendo accettato l'incarico di precettore del figlio del Granduca, il piccolo Ferdinando.

Non molto tempo dopo il suo rientro nel Granducato di Toscana lo scienziato danese cominciò ad avvertire l'esigenza di consacrarsi totalmente a Dio nel servizio sacerdotale. Nell'aprile del 1675, dopo un corso di esercizi spirituali, venne così ordinato sacerdote e poté celebrare la sua prima Santa Messa nella chiesa fiorentina dell'Annunziata. Nella costante aspirazione verso gli ideali evangelici lo Stensen, una volta divenuto sacerdote, condusse un regime di vita improntato a povertà e dedizione al prossimo; abbandonata ormai la ricerca scientifica, si dedicò soltanto all'attività pastorale distinguendosi nell'opera di evangelizzazione nei confronti dei non credenti.

Nell'agosto del 1677 Niels Stensen, su proposta del duca di Hannover Francesco Federico, venne nominato dal pontefice Innocenzo XI (1611-1689) Vicario Apostolico di Hannover; nel settembre seguente il sacerdote danese venne consacrato vescovo (con la titolarità della sede di Titiopolis, in Asia Minore) e verso la fine del medesimo anno raggiunse la sua effettiva destinazione: Hannover e gli altri territori tedeschi del Vicariato. Le condizioni in cui lo Stensen si trovò ad operare erano indubbiamente difficili in un'area geografica in cui la presenza cattolica era pressoché insignificante, ma il nuovo Vicario Apostolico seppe comunque distinguersi per pietà cristiana e zelo pastorale, operando numerose conversioni. Nell'ottobre 1680 la Santa Sede gli conferì l'incarico di vescovo suffraganeo di Munster; contemporaneamente gli affidò la cura pastorale dei territori di Hannover, Amburgo e Danimarca. Durante il suo soggiorno a Munster il Vicario Apostolico si

preoccupò soprattutto della formazione del clero per quanto riguardava la cura delle anime, pubblicando anche sull'argomento un trattato pastorale (*Parochorum hoc aetate*; 1684); nel settembre 1688 però lasciò la sede di Munster, a seguito di contrasti col Capitolo del Duomo circa la scelta del nuovo vescovo, e raggiunse Amburgo dove, ospite del medico Theodor Kerkring (1640-1693) Residente del Granduca di Toscana, continuò ad occuparsi del suo Vicariato.

Nel 1685 il vescovo Stensen, dopo aver fatto una visita ad Hannover e a Copenhagen, programmò un viaggio nel Granducato di Toscana, da lui considerato "una seconda patria", avendo avuto il benestare dalla Congregazione De Propaganda Fide; tuttavia nel dicembre di quello stesso anno dovette recarsi nella cittadina di Schewerin dove gli era stata accordata per la prima volta la possibilità di risiedere e occuparsi della piccola comunità cattolica. Il Vicario Apostolico, dopo alcuni mesi di permanenza nella nuova sede durante i quali si era molto affaticato, venne colto in novembre da violenti dolori addominali (probabilmente coliche renali di cui soffriva da diversi anni).

Niels Stensen morì il 25 novembre 1686 (secondo il calendario giuliano allora in vigore nei paesi protestanti della Germania settentrionale), dopo aver fatto pubblica confessione dei suoi peccati in quanto si era reso conto che nessun altro sacerdote poteva assisterlo spiritualmente. Secondo alcune testimonianze il corpo dopo la morte si mantenne intatto e inodore; pare anzi che il volto assumesse nel cadavere fattezze migliori rispetto a quando era in vita. Rivestito dei paramenti vescovili venne tumulato a Schewerin il 6 dicembre 1686.

Quando il Granduca Cosimo III seppe della morte del vescovo incaricò il Kerkring di organizzare il trasporto della salma in Toscana. La bara contenente le sue spoglie mortali venne insieme ad erbe odorose deposta in un'altra cassa all'esterno della quale venne indicato che vi erano contenuti preziosi libri

destinati al Granduca. Tale cassa venne caricata su una nave che salpò dal porto di Amburgo nel maggio del 1687 e attraccò diversi mesi dopo nel porto di Livorno. La salma del vescovo Stensen venne poi trasportata per via fluviale lungo l'Arno fino a Firenze dove nell'ottobre del 1687 fu infine tumulata nella cripta della Basilica di S. Lorenzo.

Nell'ottobre del 1953 i resti mortali del vescovo, la cui fama di santità si era consolidata nel tempo e verso cui la devozione popolare andava continuamente aumentando, vennero traslati nel transetto di destra della chiesa di S. Lorenzo dopo essere stati deposti in un antico sarcofago cristiano.

Niels Stensen, dichiarato Servo di Dio nel 1984 e in attesa della definitiva elevazione agli onori degli altari, è tuttora oggetto di una grande e diffusa devozione come provano i numerosi biglietti, richiedenti o attestanti una grazia, che persone di ogni ceto sociale (tra cui spiccano gli studenti universitari, soprattutto ma non solo stranieri) quotidianamente depositano sulla tomba, con fiducia o riconoscenza, all'indirizzo del grande scienziato

del seicento danese, pio vescovo e infaticabile evangelizzatore¹.

Prof. MASSIMO ALIVERTI,
*Neuropsichiatra,
Professore di Storia della Medicina
all'Università degli Studi
di Milano-Bicocca,
Docente di Storia della Psichiatria
all'Università degli Studi
di Milano*

Bibliografia

A.A.V.V., *Il seicento medico e scientifico, le scoperte, le invenzioni e quelle espressioni letterarie ad esso pertinenti*, Atti della XI Biennale dello Studio Firmano per la Storia dell'Arte Medica e della Scienza (1975), Fermo, Andrea Livi Editore, 1999.

A.A.V.V., *Niccolò Stenone (Due Giornate di Studio: Firenze, 17-18 novembre 1986)*, Firenze, Leo S. Olschki, 1988.

ANGELI R., *Niels Stensen. Anatomico, fondatore della geologia, servo di Dio*, Firenze, Libreria Editrice Fiorentina, 1968.

ANGELI R., *Niels Stensen. Il beato Niccolò Stenone, uno scienziato innamorato del vangelo e dell'Italia* (a cura di Negri L.), Cinisello Balsamo, San Paolo, 1996.

ASCANI K. ET AL., *Niccolò Stenone (1638-1686): anatomista, geologo, vescovo*, Atti del seminario organizzato da Universitetsbiblioteket i Tromsø e Accademia di Danimarca (23 ottobre 2000), Romae, L'Erma di Bretschneider, 2000.

BOSIO G., *Da sacerdote della scienza a sacerdote di Cristo: Niccolò Stenone*,

La Civiltà Cattolica, anno 104, vol IV, 5 dicembre 1953.

CIONI R., *Niccolò Stenone scienziato e vescovo*, Firenze, Le Monnier, 1953.

DE ROSA S., *Nuove pubblicazioni su Niccolò Stenone*, Firenze, Leo S. Olschki, 1989.

HENRY J., *Stenone Niccolò*, in: *Dizionario Biografico della Storia della Medicina e delle Scienze Naturali*, Milano, Franco Maria Ricci editore, 1985-89.

KARDEL T., *Steno: life, science, philosophy* [testo accompagnato da alcuni scritti di Stenone tradotti dal latino], Copenhagen, The danish national library of science and medicine, 1994.

MOLINARI P., *Stenone Niccolò*, in: *Bibliotheca Sanctorum*, Roma, Istituto Giovanni XXIII della Pontificia Università Lateranense, 1961-69.

NEGRI L., *Una lettera inedita del Beato Niccolò Stenone*, Quaderni di Niccolò Stenone, nr. 3.

ROME R., *Nicolas Stenon anatomiste, géologue, paléontologiste, cristallographe, vicaire apostolique des regions nordiques*, in *Revue des questions scientifiques*, 1956.

ROSSI P., *La nascita della scienza moderna in Europa*, Roma-Bari, Gius. Laterza & Figli, 1997.

SCHERZ G., *Niccolò Stenone*, Roma, Edizioni Paoline, 1965.

SCHERZ ET AL., *Niels Stensen. Eine Biographie*, Leipzig, St. Benno Verlag, 1987-88.

ZANOBIO B., *Ricerche di Biologia marina alla Corte Granducale di Toscana*, Atti del "Colloque international sur l'histoire de la biologie marine ecc", Banyuls sur Mer – Laboratoire Arago de l'université de Paris, 2-6 settembre 1963.

Nota

¹ L'autore ringrazia per la cortese collaborazione prestatagli dalla Parrocchia della chiesa fiorentina di San Lorenzo e dall'Istituto "Stensen" di Firenze.





Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute

● HEADLINES

Organization

Historical Outline

Events

Documents

Word of the Pope

Prayers

International Catholic Organizations

Emerging Diseases

Dolentium Hominum

Archives

Links

