



DOLENTIUM HOMINUM

N. 60 – anno XX – N. 3, 2005

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
JOBBLIN 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
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

2

- 4 **Messaggio per la XIV
Giornata Mondiale del Malato**
Benedetto XVI
- 7 **Discorso di Sua Santità
in visita all'Ospedale Pediatrico
"Bambino Gesù"**
Benedetto XVI
- 9 **Lettera del Santo Padre
al Cardinal Lozano Barragán**
Benedetto XVI
- 10 **Indirizzo d'omaggio
al Cardinal Lozano Barragán
in occasione del
Giubileo d'Oro di Sacerdozio**
S.E. Mons. José L. Redrado, O.H.
- 11 **Omelia per il Giubileo
Sacerdotale d'Oro**
S.Em. Card. Javier Lozano Barragán

ARGOMENTI

- 14 **Dolore-Musica-Preghiera**
*Prof. Pierluigi Zucchi, S.O.
Prof. Bonifacio Honings, O.C.D.
Prof. Maria Rosa Voegelin*
- 31 **Sicurezza e salute umana**
Dott. Shigeki Sumi
- 35 **Malati in prigione, l'importanza
dell'intuizione pastorale**
P. Waldemar Woźniak
- 40 **Nota del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute
sul cosiddetto Diritto
alla salute riproduttiva**

- 43 **Il ministero cattolico della salute
in Canada**
*Consiglio permanente della Conferenza
Episcopale Cattolica Canadese*
- 48 **I professionisti della salute**
*Dipartimento di Pastorale della Salute,
Spagna*
- 61 **Omosessualità e campagna
contro l'omofobia in Messico**
S.E. Mons. Rodrigo Aguilar Martínez
- 64 **Protocollo d'intesa tra la Regione
Lombardia e la Regione Ecclesiastica
Lombardia per la disciplina del
servizio di assistenza religiosa cattolica
negli enti sanitari e assistenziali
pubblici e privati accreditati**

TESTIMONIANZE

- 70 **Ho riacquisito il mio corpo
"perduto" a causa della malattia –
Esperienza**
S.E. Mons. José L. Redrado, O.H.
- 73 **La malattia di Alzheimer:
un'esperienza di sofferenza
e di crescita**
S.E. Mons. Bruno Bertagna
- 77 **Nota sulla Giornata Mondiale
della salute mentale**
S.Em. Card. Javier Lozano Barragán
- 78 **Commissione Episcopale
per la Pastorale della Salute
della Repubblica Centrafricana**
Dott. Reginamaria Eder

*Le illustrazioni di questo numero sono tratte dal libro:
"Archivio Segreto Vaticano"
a cura di Terzo Natalini, Sergio Pagano, Aldo Martini.
Firenze, Nardini Editore, 1991*



Messaggio del Santo Padre Benedetto XVI in occasione della XIV Giornata Mondiale del Malato

Cari fratelli e sorelle,

l'11 febbraio 2006, memoria liturgica della Beata Vergine di Lourdes, si terrà la 14^a Giornata Mondiale del Malato. Lo scorso anno la Giornata si è svolta nel Santuario mariano di Mvolyé a Yaoundé, e in quell'occasione i fedeli ed i loro Pastori, a nome dell'intero Continente africano, hanno riaffermato il loro impegno pastorale per gli ammalati. La prossima sarà ad Adelaide, in Australia, e le manifestazioni culmineranno con la Celebrazione eucaristica nella Cattedrale dedicata a San Francesco Saverio, infaticabile missionario delle popolazioni dell'Oriente. In tale circostanza, la Chiesa intende chinarsi con particolare sollecitudine sui sofferenti, richiamando l'attenzione della pubblica opinione sui problemi connessi col disagio mentale, che colpisce ormai un quinto dell'umanità e costituisce una vera e propria emergenza socio-sanitaria. Ricordando l'attenzione che il mio venerato predecessore Giovanni Paolo II riservava a questa annuale ricorrenza, anch'io, cari fratelli e sorelle, vorrei rendermi spiritualmente presente alla Giornata Mondiale del Malato, per soffermarmi a riflettere in sintonia con i partecipanti sulla situazione dei malati di mente nel mondo e per sollecitare l'impegno delle Comunità ecclesiali a testimoniare loro la tenera misericordia del Signore.

In molti Paesi non esiste ancora una legislazione in materia ed in altri manca una politica definita per la salute mentale. C'è poi da notare che il prolungarsi di conflitti armati in diverse regioni della terra, il succedersi di immani catastrofi naturali, il dilagare del terrorismo, oltre a causare un numero impressionante di morti, hanno generato in non pochi superstiti traumi psichici, talora difficilmente recuperabili. Nei

Paesi ad alto sviluppo economico, poi, all'origine di nuove forme di malessere mentale gli esperti riconoscono anche l'incidenza negativa della crisi dei valori morali. Ciò accresce il senso di solitudine, minando e persino sfaldando le tradizionali forme di coesione sociale, ad iniziare dall'istituto della famiglia, ed emarginando i malati, particolarmente quelli mentali, considerati sovente come un peso per la famiglia e per la comunità. Vorrei qui rendere merito a quanti, in modi e a livelli diversi, operano perché non venga meno lo spirito di solidarietà, ma si perseveri nel prendersi cura di questi nostri fratelli e sorelle, ispirandosi a ideali e principi umani ed evangelici.

Incoraggio pertanto gli sforzi di chiunque si adoperi perché a tutti i malati di mente sia dato accesso alle cure necessarie. Purtroppo, in molte parti del mondo i servizi per questi malati risultano carenti, insufficienti o in stato di disfacimento. Il contesto sociale non sempre accetta i malati di mente con le loro limitazioni, e anche per questo si registrano difficoltà nel reperire le risorse umane e finanziarie di cui c'è bisogno. Si avverte la necessità di meglio integrare il binomio *terapia appropriata e sensibilità nuova di fronte al disagio*, così da permettere agli operatori del settore di andare incontro più efficacemente a quei malati ed alle famiglie, le quali da sole non sarebbero in grado di seguire adeguatamente i congiunti in difficoltà. La prossima Giornata Mondiale del Malato è un'opportuna circostanza per esprimere solidarietà alle famiglie che hanno a carico persone malate di mente.

Desidero ora rivolgermi a voi, cari fratelli e sorelle provati dalla malattia, per invitarvi ad offrire insieme con Cristo la vostra condizione di sofferenza al Padre, sicuri che ogni prova accolta con rassegnazione è meritoria ed attira la benevolenza divina sull'intera umanità. Esprimo apprezzamento a quanti vi assistono nei centri residenziali, nei Day Hospitals, nei Reparti di diagnosi e cura, e li esorto a prodigarsi perché mai venga a mancare a chi è nel bisogno un'assistenza medica, sociale e pastorale rispettosa della dignità che è propria di ogni essere umano. La Chiesa, specialmente mediante l'opera dei cappellani, non mancherà di offrirvi il proprio aiuto, essendo

ben consapevole di essere chiamata a manifestare l'amore e la sollecitudine di Cristo verso quanti soffrono e verso coloro che se ne prendono cura. Agli operatori pastorali, alle associazioni ed organizzazioni del volontariato raccomando di sostenere, con forme ed iniziative concrete, le famiglie che hanno a carico malati di mente, verso i quali auspico che cresca e si diffonda la cultura dell'accoglienza e della condivisione, grazie pure a leggi adeguate ed a piani sanitari che prevedano sufficienti risorse per la loro concreta applicazione. Quanto mai urgente è la formazione e l'aggiornamento del personale che opera in un settore così delicato della società. Ogni cristiano, secondo il proprio compito e la propria responsabilità, è chiamato a dare il suo apporto affinché venga riconosciuta, rispettata e promossa la dignità di questi nostri fratelli e sorelle.

Duc in altum! Questo invito di Cristo a Pietro ed agli Apostoli lo rivolgo alle Comunità ecclesiali sparse nel mondo e, in modo speciale, a quanti sono al servizio dei malati, perché, con l'aiuto di Maria *Salus infirmorum*, testimonino la bontà e la paterna sollecitudine di Dio. La Vergine Santa conforti quanti sono segnati dalla malattia e sostenga coloro che, come il buon Samaritano, ne leniscono le piaghe corporali e spirituali. A ciascuno assicuro un ricordo nella preghiera, mentre volentieri imparto a tutti la mia Benedizione.

Dal Vaticano, 8 Dicembre 2005

BENEDETTO XVI

Discorso di Sua Santità Benedetto XVI in visita all'Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù"

VENERDÌ, 30 SETTEMBRE 2005

*Signori Amministratori
dell'Ospedale e distinte Autorità,
Cari bambini!*

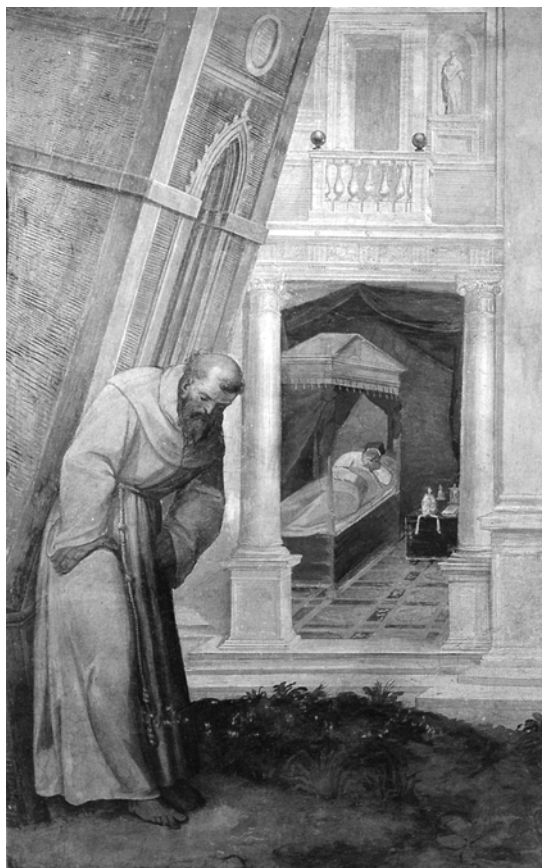
Al termine di questa mia visita, sono lieto di intrattenermi con voi, ringraziandovi per la vostra cordiale accoglienza. Sono riconoscente al Signor Ministro della Salute per la sua presenza, come al Signor Presidente di questo Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù" per le parole che mi ha rivolto a nome di tutti voi. Saluto i Presidenti della Regione e della Provincia, il Sindaco di Roma e le altre Autorità qui convenute. La mia gratitudine va poi agli Amministratori, ai Direttori ed ai Coordinatori dei Dipartimenti dell'Ospedale, come ai medici, agli infermieri ed a tutto il personale. Con affetto mi rivolgo soprattutto a voi, cari bambini, e ai vostri familiari che vi stanno accanto con molta premura. Un grazie di cuore al vostro rappresentante, che mi ha offerto un gentile omaggio a nome dell'intera famiglia del "Bambino Gesù". Sono vicino a ciascuno di voi e vorrei farvi sentire il conforto e la benedizione di Dio. Gli stessi voti desidero esprimere a coloro che si trovano nelle succursali di Palidoro e di Santa Marinella, parimenti a me tanto vicini.

Per questa prima visita ad un ospedale, ho scelto il "Bambino Gesù" per due motivi: anzitutto perché questo Istituto appartiene alla Santa Sede, ed è seguito con sollecitudine dal Cardinale Segretario di Stato, che è qui presente. Passando per alcuni reparti, imbattendomi con tanti piccoli che soffrono, ho pensato spontaneamente a Gesù che amava teneramente i bambini e voleva che li lasciassero andare a Lui. Sì, come Gesù, anche la Chiesa manifesta una speciale predilezione per l'infanzia, specialmente quando si tratta di fanciulli sofferenti. Ed ecco, allora, il secondo motivo per cui sono venuto tra voi: per testimoniare anch'io l'amore di Gesù per i bambini, un amore che si effonde spontaneo dal cuore e che lo spirito cristiano accresce e rafforza. Il Signore ha detto: "Quello che avete fatto al più piccolo dei miei fratelli, l'avete fatto a me" (cfr. Mt 25,40-45). In ogni persona sofferente, ancor più se piccola e indifesa, è Gesù che ci accoglie e attende il nostro amore.

Importante è pertanto, cari amici, il lavoro

che voi qui svolgete. Penso agli interventi d'avanguardia che rendono rinomato il "Bambino Gesù"; ma penso anche e soprattutto al lavoro ordinario, di ogni giorno: all'accoglienza, al ricovero, alla cura solerte dei piccoli degenti – e sono tanti! – che si rivolgono alle vostre strutture sanitarie. Ciò richiede una disponibilità grande, una costante ricerca di moltiplicare le risorse disponibili; domanda attenzione, spirito di sacrificio, pazienza e amore disinteressato, per far sì che le mamme e i papà possano trovare qui un luogo dove si respiri speranza e serenità anche nei momenti di più acuta apprensione.

Lasciate che spenda ancora una parola proprio sulla qualità dell'accoglienza e della cura che va riservata a chi è ammalato. Qui è vostra preoccupazione assicurare un trattamento eccellente non solo sotto il profilo sanitario, ma anche sotto l'aspetto umano. Voi cercate di dare una famiglia ai degenti e ai loro accompagnatori, e questo richiede il contributo di tutti: dei dirigenti, dei medici, degli infermieri e degli operatori nei vari reparti,

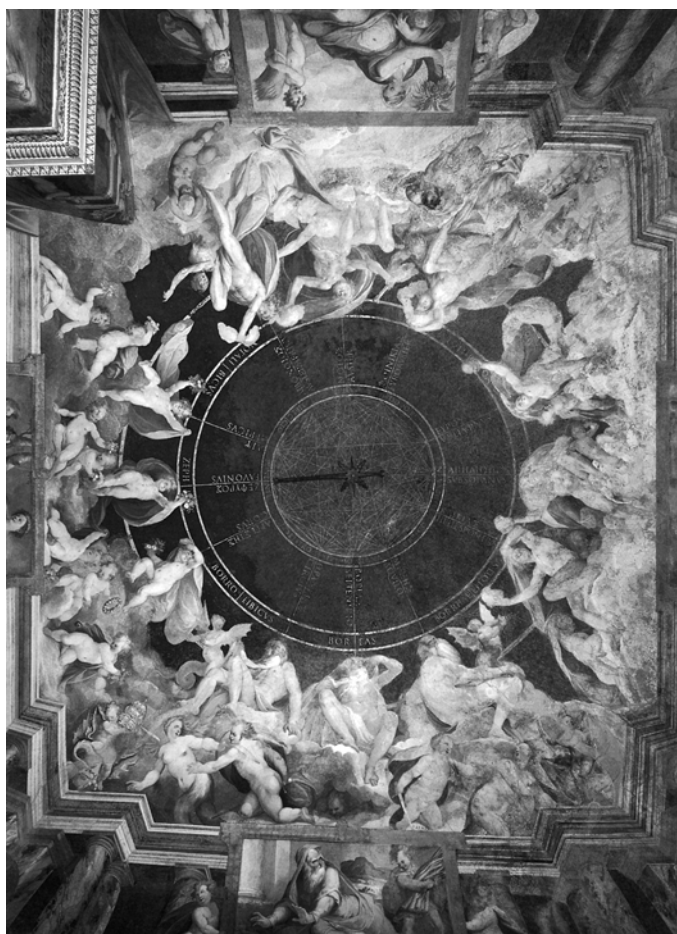


del personale e delle numerose e benemerite Organizzazioni di volontari, che quotidianamente offrono il loro prezioso servizio. Questo stile, che vale per ogni Casa di cura, deve contraddistinguere in modo speciale quelle che si ispirano ai principi evangelici. Per i bambini, poi, non va lesinata alcuna risorsa. Al centro di ogni progetto e programma ci sia pertanto sempre il bene del malato, il bene del bambino ammalato.

Cari amici, grazie per la vostra collaborazione a quest'opera di alto valore umano, che rappresenta anche un apostolato quanto mai efficace. Io prego per voi, sapendo che non è agevole questa vostra missione. Sono certo però che tutto risulterà meno difficile se, dedicando le vostre energie a ogni piccolo ospite, saprete riconoscere nel suo volto quello di Gesù. Sostando nella Cappella, ho incontrato i sacerdoti, le religiose e quanti accompagnano il vostro lavoro con la loro dedizione, in particolare assicurando un'opportuna animazione spirituale. Sia proprio la Chiesa il cuore dell'Ospedale: da Gesù realmente presente

nell'Eucaristia, dal dolce Medico dei corpi e delle anime, attingete la forza spirituale per confortare e curare quanti qui sono ricoverati.

Infine, permettetemi una riflessione squisitamente pastorale, come Vescovo di Roma. L'Ospedale "Bambino Gesù", oltre ad essere una immediata e concreta opera di aiuto della Santa Sede verso i bambini ammalati, rappresenta un avamposto dell'azione evangelizzatrice della Comunità cristiana nella nostra Città. Qui si può offrire una testimonianza concreta ed efficace del Vangelo a contatto con l'umanità sofferente; qui si proclama con i fatti la potenza di Cristo che con il suo spirito guarisce e trasforma l'umana esistenza. Preghiamo perché, insieme con le cure, sia comunicato ai piccoli ospiti l'amore di Gesù. Maria Santissima, *Salus infirmorum* – Salute dei malati, che sentiamo ancor più vicina, quale Madre del Bambino Gesù e di tutti i bambini, protegga voi, cari ammalati, e le vostre famiglie, i dirigenti, i medici e l'intera Comunità dell'Ospedale. A tutti con affetto imparto la Benedizione Apostolica.



Lettera del Santo Padre al Cardinal Lozano Barragán

Al Nostro Venerabile Fratello

S. E. R. Cardinal JAVIER LOZANO BARRAGÁN

Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute

Mi unisco a tutta la diletta Comunità Messicana tanto di Roma come della tua patria, Venerabile Fratello, e mi associo volentieri in questo felice momento alle comuni e sentite manifestazioni di riconoscenza che ti vengono espresse in questi giorni in cui verrà celebrato il giubileo d'oro del tuo sacerdozio.

Infatti, prima che il Nostro predecessore Giovanni Paolo II, di immortale memoria, ti affidasse l'incarico di Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, tu avevi già espletato la più grande parte del tuo ministero sacerdotale in diversi e molteplici opere e servizi a beneficio della Chiesa nella tua patria, dove rifulsero le tue qualità pastorali e la coscienza del dovere.

Non ci sembra necessario evocare nei particolari i consigli utili del tuo impegno presso la Società Teologica Messicana, all'Istituto Teologico Pastorale CELAM, ma soprattutto nell'incarico episcopale dell'arcidiocesi di Città del Messico e poi i dodici anni nella guida prudente del gregge di Zacatecas dove, con un amore del tutto particolare, avevi promosso il rinnovamento del clero, il consolidamento delle strutture della diocesi e il dialogo con la cultura.

In seguito, ai meriti del tuo apostolato proficuo, occorre aggiungere i numerosi e grandi servizi che tu presti in quanto membro attivo dei Pontifici Consigli per il Dialogo Interreligioso e della Cultura, nonché come membro delle Congregazioni per l'Evangeliizzazione dei Popoli e per i Vescovi. E, come abbiamo già menzionato, la tua attività si è contraddistinta durante questi nove anni a beneficio della Pastorale della Salute.

Perciò, Venerabile Fratello, abbiamo motivi per rivolgerti personalmente tramite questa lettera le Nostre sentite congratulazioni in occasione del cinquantenario del tuo Sacerdozio che, per grazia di Dio, ricorre il prossimo 30 ottobre.

Ci uniamo, pertanto, a te, non soltanto con una benevolenza particolare, ma anche in questo colloquio, rendendo grazie a Dio, Autore di ogni bene, ed esprimendoti le congratulazioni meritate per un ministero così fecondo e vario. Infine, formulando gli auguri per ancora molti anni di buona salute nella vigna eletta della Chiesa al servizio di Dio, ti impartiamo di cuore la Nostra Benedizione Apostolica, pegno sicuro delle grazie celesti e segno evidente della Nostra benevolenza.

*Da Castel Gandolfo, 22 settembre 2005,
primo anno del Nostro Pontificato.*

BENEDETTO XVI

Indirizzo di omaggio al Cardinale Javier Lozano Barragàn in occasione del Giubileo d'Oro di Sacerdozio

30 OTTOBRE 2005

Eminenza Reverendissima,
A nome del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute e di tutte le persone presenti, rivolgo a Lei, Eminenza, una parola di omaggio in occasione del 50° anniversario della Sua ordinazione sacerdotale.

1. La circostanza che ci riunisce questa sera in questa bellissima Chiesa di Santa Maria in Trastevere è da tutti saputa, cioè la celebrazione del 50° di messa, come si suol dire in Italia, del Cardinale Javier Lozano Barragàn, Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute.

2. Eminenza, la cifra 50 è biblica come tutti sappiamo; nel suo caso, si tratta di festeggiare mezzo secolo di generoso e fedele servizio a Dio e alla Chiesa.

3. Il suo Giubileo è un *kairos* nel senso che esso viene celebrato alla fine dell'anno dell'Eucaristia e nel mese del

Sinodo dei vescovi sull'Eucaristia; voglio con questo sottolineare il legame profondo che unisce il sacerdozio all'Eucaristia che stiamo per celebrare.

4. In questi 50 anni di ricco e fecondo ministero sacerdotale, come il Santo Padre le ha ricordato con una Sua lettera, Lei ha certamente potuto sperimentare la bontà e la benevolenza di Dio nei suoi confronti, ma anche il Suo amore e la Sua misericordia nel chiamarla e nel conferirLe il grande dono del sacerdozio. A questa grande grazia, Lei ha risposto dicendo di sì al progetto di Dio, all'esempio della Madonna Santissima, affidandosi pienamente a Dio che fa crescere la semina spirituale che nella carità pastorale la configura a Cristo, eterno Sacerdote e Buon Pastore. Di fronte a un così sublime mistero della vocazione e del dono del sacerdozio, possiamo solo cantare con il Salmista:

Misericordiam Domini in aeterno cantabo.

5. Fra poco, Lei alzerà, come lo fa da 50 anni, il calice del Sangue di Cristo, il calice di Salvezza, fonte e culmine della sua vita sacerdotale; il sacerdozio è ministero sacro della Chiesa per la *Salus animarum*. L'Eucaristia è la migliore risposta alla domanda fondamentale: come rendere grazie al Signore per tutti i benefici spirituali ricevuti nel corso di questi 50 anni? Alzerò il calice di salvezza, invocando il suo Nome.

Possa questa Santa Eucaristia rafforzare sempre di più la sua amicizia con Gesù Eucaristia e ravvivare nei fedeli, in noi il desiderio di conoscere, amare e servire Dio in tutto e in tutti.

Ancora una volta a nome di tutti tantissimi auguri di pace, gioia e bene nel Signore.

E così sia.

S.E. Mons. JOSÉ L.
REDRADO, O.H.

Vescovo Titolare di Ofena,
Segretario del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute



Omelia per il Giubileo Sacerdotale d'Oro

*BASILICA DI SANTA MARIA IN TRASTEVERE
ROMA, 30 OTTOBRE 2005*

Cinquant'anni di sacerdozio sono un regalo specialissimo del Signore. Già la stessa vocazione al sacerdozio ministeriale è qualcosa che causa stupore.

La vita in se stessa è il grande dono che il Signore ci ha dato; celebrare un anniversario come questo è un motivo ancora più grande di sincero ringraziamento a Dio. Egli ha consegnato questo dono nelle nostre mani e a ciascuno ha affidato un compito che, in ultimo termine, è per sviluppare ancora di più il dono ricevuto. Egli distribuisce questi doni come meglio crede. Tra questi doni, a mio avviso, il più grande è quello di farci diventare figli di Dio e, tra i figli di Dio, concederci il dono del sacerdozio ministeriale.

Così, arrivando al cinquantesimo anniversario dell'accoglienza di questo dono che ha configurato tutta la mia vita, la mia risposta non può essere altra che quella di ringraziare il Signore per tutto quello che hanno significato questi cinquant'anni per me. Il Signore mi ha dato la vita, mi ha fatto il dono fondamentale della filiazione divina col Battesimo e con gli altri sacramenti e, cinquant'anni fa, ha voluto offrirmi lo speciale dono che mi causa più stupore: quello della mia Ordinazione sacerdotale.

Ogni dono comporta anche un obbligo che si deve sviluppare secondo il modo con il quale il Signore si è voluto manifestare a ognuno di noi. Egli aiuta, in modo che lo sviluppo del dono continui anche appartenendo a Lui. Oggi voglio ringraziare il Signore per tutto quello che durante questi cinquant'anni ha voluto compiere attraverso me. Sono consapevole che tutto il bene viene da Lui, tutte le mancanze, invece, vengono da me. Per questo, insieme al pieno ringraziamento al Signore, voglio

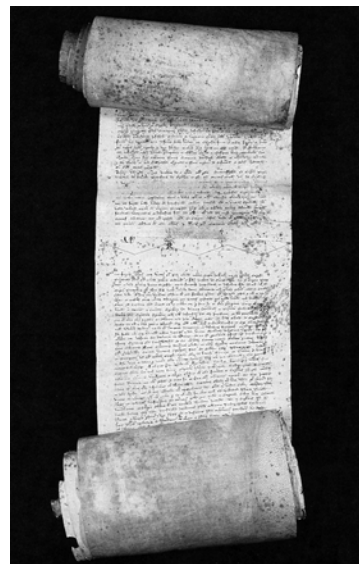
sinceramente chiedere a Lui perdono e misericordia per tutte le volte in cui ho mancato, per non essere stato all'altezza quando avrei dovuto esserlo. Nella mia Ordinazione sacerdotale il mio motto era la gloria di Dio; nell'Ordinazione episcopale è stato essere il testimone della Risurrezione del Signore, lo stesso della mia creazione come Cardinale. Quando ho ricordato l'anno scorso il Giubileo d'Argento episcopale, ho celebrato l'Eucaristia come ringraziamento; oggi, nel ricordare il Giubileo d'Oro sacerdotale, desidero offrire l'Eucaristia come preghiera per ottenere misericordia e perdono da Dio.

Ma, oggi è anche un giorno di ringraziamento a tutti voi ed a tutti coloro che hanno delineato la mia vita sacerdotale durante questi cinquant'anni. Così, ho presente la mia Diocesi di origine, Zamora, il mio Seminario, il mio Vescovo che mi ha chiamato per diventare sacerdote, Sua Eccellenza José Gabriel Anaya y Díez de Bonilla; il Vescovo che mi ha ordinato: il Cardinale Carlo Confalonieri; tengo anche presente il Pontificio Collegio Pio Latino Americano dove sono stato ordinato, i miei Superiori di allora; i miei professori della Pontificia Università Gregoriana; i miei colleghi professori nel Seminario di Zamora; i cari Cardinali e Vescovi del Consiglio Episcopale per l'America Latina con i quali ho lavorato per oltre venticinque anni, i diversi Centri teologici che mi hanno ospitato come professore sia in America come in Europa; l'Arcidiocesi del Messico, dove sono stato Vescovo ausiliario per cinque anni e mezzo; la Diocesi di Zacatecas dove il Signore mi ha concesso di essere il suo Vescovo per dodici anni; il compianto Papa Giovanni Paolo II che mi ha chiamato a collaborare con Lui

nella Curia Romana; Sua Santità Papa Benedetto XVI che si è degnato di confermarci nello stesso incarico e che si è fatto presente specialmente oggi con una Sua graditissima lettera di auguri.

Avverto anche una speciale presenza di tutto il Collegio cardinalizio che, attraverso il Cardinale Segretario di Stato, Sua Eminenza Angelo Sodano, mi ha inviato la cordiale lettera di auguri; il Dicastero della Pastorale per la Salute con il suo Segretario, S.E.R. Mons. José Luis Redrado e con il Sottosegretario, il R.P. Felice Ruffini, il mio Segretario personale, Mons. Antonio Soto e tutti gli altri Officiali del Dicastero, insieme ai Membri e ai Consultori, per l'accoglienza e il lavoro che svolgiamo da quasi nove anni e tutta la Curia Romana.

Anche la mia famiglia merita di essere ricordata in una maniera speciale. In particolare la mia mamma, che ha avuto una parte tanto importante nella mia vocazione sacerdotale e che mi ha accompagnato da vicino per i primi vent'anni della mia vita sacerdotale, fino alla sua morte. I miei fratelli, i miei nipoti, tutte le persone alle quali devo tanto.



Un ringraziamento speciale devo dare alle Suore che mi hanno accompagnato durante tutta la mia vita episcopale: Suor Estela e Suor Eloisa.

Arrivato a Roma nove anni fa, sono stato accolto con particolare amicizia da molte famiglie romane, che mi onorano della loro speciale considerazione. Mi hanno fatto sentire a casa mia. Voglio qui ringraziare le famiglie, Romagnoli-Castellano, Magliarditi, Giunchiglia, Padoan, Colucci e il Prof. Giovanni Minisola, nonché tante altre famiglie verso le quali sono in debito. Grazie a tutti.

Sono cinquant'anni di sacerdozio che il Signore mi ha concesso senza nessun merito da parte mia. L'agire in persona Christi, facendo contemporaneamente presente la sua opera salvifica, è il più gratificante dono che possa ricevere, è l'adempimento migliore che possa trovare per dare senso alla mia vita. Grazie infinite al Padre che mi ha concesso il suo Spirito affinché potessi conformarmi a Cristo Capite, Pastore, Servo e Sposo della sua Chiesa. Permettetemi ancora una volta di presentare i miei vivissimi ringraziamenti, che riceverà in cielo, al Santo Padre Giovanni Paolo II, che mi ha chiamato ad aiutarlo nel suo compito di orientare, promuovere e coordinare in Suo

nome la Pastorale della Salute; e voglio ancora una volta ringraziare il Santo Padre Benedetto XVI, non soltanto per avermi confermato come Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, ma anche per tutta la benevolenza ricevuta da Lui prima di essere eletto Sommo Pontefice.

Non posso concludere senza dire un grazie sincero e molto cordiale a Don Matteo, Parroco di questa Parrocchia di Roma, contrassegnata con il numero uno fra tutte quelle esistenti nell'Urbe, per la sua disponibilità verso il suo parrocchiano più vicino, giacché la mia abitazione fa proprio angolo con questa bellissima Basilica. Don Matteo, fin da quando gli ho esternato il desiderio di celebrare qui il mio Giubileo, ha accettato con molta cordialità e tanta disponibilità per rendere tutto più bello ed efficiente possibile. Insieme al Parroco voglio ringraziare anche la Comunità di Sant'Egidio. La loro sollecitudine ed efficacia sono state indispensabili per questo significativo evento. Grazie, grazie per tutto.

La vita è nelle mani del Signore. Per quello spazio che il Signore mi vorrà ancora concedere per lavorare nella Sua Chiesa, vi chiedo di aiutarmi a implorare dal Signore Gesù,

Sommo ed Eterno Sacerdote, la grazia di compiere nel miglior modo possibile la mia missione.

La Madonna è stata all'origine del mio sacerdozio, specialmente sotto l'avvocazione di Guadalupe. Nel suo Santuario, in Messico, ho ricevuto l'Ordinazione Episcopale, ho ringraziato per il dono gratuito del Cardinalato e ho celebrato il Giubileo d'Argento episcopale. Oggi, in questa Basilica di Santa Maria in Trastevere, fra le più antiche e belle dedicate alla Santissima Vergine, ho il privilegio di celebrare il mio Giubileo d'Oro Sacerdotale. Nell'icona centrale dell'abside possiamo contemplare Cristo che teneramente abbraccia la sua mamma e le dice: "Vieni eletta mia e ti collocherò nel mio trono"; la Madonna risponde: "La sua mano sinistra sulla mia testa e con la destra mi abbraccia". Voglia la Madonna accogliermi nelle sue braccia materne ed essere stretto così anche da Cristo nella sua infinita misericordia; che ciò sia il senso di questa Eucaristia e un pegno dell'abbraccio finale di perdono e accoglienza che benignamente spero di ricevere.

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



Argomenti



Dolore - Musica - Preghiera

Sicurezza e Salute umana

*Malati in prigione, l'importanza
dell'intuizione pastorale*

*Nota del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute
sul cosiddetto Diritto
alla salute riproduttiva*

*Il ministero cattolico della salute
in Canada*

*Spagna:
i professionisti della salute*

*Omosessualità e campagna
contro l'omofobia in Messico*

*Protocollo d'intesa tra
la Regione Lombardia e la
Regione Ecclesiastica Lombardia*

Dolore - Musica - Preghiera

VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI DELLA MUSICA E DELLA PREGHIERA
SULL' EFFICACIA DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA IN SOGGETTI AFFETTI
DA CEFALEA MUSCOLO-TENSIVA (DOLORE CRANIO-FACCIALE)

PRIMA PARTE

Parte generale

Per capire meglio l'inquadramento dello studio che andremo a trattare, ci piace iniziare riportando le definizioni più accreditate di dolore, di musica (musicoterapia) e di preghiera, che compaiono in letteratura.

Definizione di Dolore

Del dolore riportiamo la definizione del Comitato per la Tassonomia dell'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore: *"Il dolore è una esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata ad un danno reale e potenziale del tessuto o descritta con termini riferentisi a tale danno"* (I.A.S.P., 1979), e la definizione della Scuola Algologica Fiorentina: *"Il dolore è una entità psicofisica con valenze universali, nella cui percezione sono in causa fattori individuali, culturali e religiosi diversi ed al cui inquadramento partecipano non solo le branche della medicina e della biologia, ma anche quelle delle scienze umane (Filosofia e Psicologia)"* (P.L. Zucchi, 1983).

Definizione di Musicoterapia

Rolando Benenzon definisce in tal modo la Musicoterapia: *"La Musicoterapia è una tecnica psicoterapica, che utilizza il suono, la musica, il movimento e gli strumenti corporei, sonori e musicali per determinare un processo storico di vincolo, tra il terapeuta e il suo paziente o gruppi di pazienti, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita e di riabilitare e recuperare i pazienti per la società"*.

Definizione di preghiera

Delle diverse definizioni di

preghiera abbiamo scelto quella che compare nel *Dizionario Enciclopedico di Spiritualità* (vol. 3, Città Nuova, 1990) e quella che compare nel *Catechismo della Chiesa Cattolica* (CCC). Il *Dizionario Enciclopedico di Spiritualità* definisce la preghiera nel seguente modo: *"La preghiera è un fenomeno primario della vita religiosa, ne è il cuore, il gesto centrale, a tal punto che essa distingue l'uomo religioso dal non religioso. È, come la religione, un fatto universale, che si ritrova nella pietà popolare di tutti i popoli e di tutte le culture. Essa presuppone la fede in un Dio personale e presente. Dio sta nella coscienza dell'orante non come una idea filosofica o teologica, ma come una realtà, una persona presente. La relazione con Dio è vissuta come distanza ed anche come contatto. Il credente non ha alcun dubbio sulla possibilità di comunicare con Dio, sebbene non lo veda; egli sa pure di essere obbligato, nel senso più stretto, alla preghiera. Per questo si trova in tutte le religioni teistiche, come l'atto fondamentale della vita religiosa, anche là dove la fede in un Dio personale (o in dei personali), si configura soltanto vagamente, o è intorbidita da false rappresentazioni. È questo un segno che l'uomo non degenerato non può vivere senza preghiera"*.

Il *Catechismo della Chiesa Cattolica* (CCC) definisce la preghiera con le seguenti parole: *"La preghiera suppone uno sforzo e una lotta contro noi stessi e contro le insidie del Tentatore. Il combattimento della preghiera è inseparabile dal 'combattimento spirituale', necessario per agire abitualmente secondo lo Spirito di Cristo: si prega come si vive, perché si vive come si prega"* (CCC, 2752).

"Nel combattimento della preghiera dobbiamo affrontare concezioni erranee, varie mentalità diffuse, l'esperienza dei nostri insuccessi. A queste tentazioni, che inducono a dubitare dell'utilità e perfino della possibilità della preghiera, occorre rispondere con l'umiltà, la confidenza e la perseveranza" (CCC, 2753).

"Le principali difficoltà nell'esercizio della preghiera sono la distrazione e l'aridità. Il rimedio si trova nella fede, nella conversione e nella custodia del cuore" (CCC, 2754).

"Due tentazioni frequenti minacciano la preghiera: la mancanza di fede e l'accidia, che è una forma di depressione, dovuta al rilassamento dell'ascesi, e che porta allo scoraggiamento" (CCC, 2755).

"La confidenza filiale viene messa alla prova quando abbiamo la sensazione di non essere sempre esauditi. Il Vangelo ci invita a interrogarci sulla conformità della nostra preghiera al desiderio dello Spirito" (CCC, 2756).

"Pregate incessantemente (1 Ts 5,17). È sempre possibile pregare. Anzi, è una necessità vitale. Preghiera e vita cristiana sono inseparabili" (CCC, 2757).

La preghiera dell'Ora di Gesù, detta a ragione 'preghiera sacerdotale' (Gv, 17), ricapitola l'intera Economia della creazione e della salvezza. Essa ispira le grandi petizioni del "Padre Nostro" (CCC, 2758).

Aspetti storici

Tutti gli storici concordano che il primo esempio dell'effetto positivo della Musicoterapia sull'organismo è quello riscontrato nella Bibbia nel seguente passo (1Sam 16,23): *"E così, ogni qualvolta il cattiv-*

vo spirito investiva Saul, Davide prendeva la cetra e si metteva a suonare; Saul si calmava e stava meglio, poiché lo spirito maligno si ritirava da lui e lo lasciava in pace”.

Altri documenti che evidenziano l'influenza sul corpo della Musicoterapia sono gli antichi papiri egiziani di medicina, scoperti da Petrie nel 1899 a Karoun e che vengono fatti risalire al 1500 a.C. In questi papiri viene evidenziata l'influenza terapeutica della musica sulla fertilità e sul benessere della donna in gravidanza. Tale impostazione si ritrova anche in studi recenti (R. Coluzzi, *Musicoterapia e Gravidanza*, Il Microtauro Editore, Roma, 2004). Sempre nella cultura egiziana si pensava che il dio Thot avesse creato il mondo non con il pensiero o l'azione, ma solo con la voce.

Dalla letteratura si evidenzia che gli studi dell'effetto della musica in diverse patologie, sono stati effettuati soprattutto su base empirica.

Nelle società primitive era abbastanza frequente ritenere che ogni essere, vivente o morto, fosse identificabile con un proprio suono al quale dovesse rispondere. È per questo che i medici esorcisti, durante i riti magici per la salute del proprio paziente, cercavano di scoprire il suono al quale poteva rispondere il malato.

I Greci utilizzarono la musica come una vera e propria terapia per la prevenzione e la cura di molte malattie fisiche e mentali.

Fin dall'epoca pre-omerica nel mito di Orfeo ed Euridice, venivano segnalati i benefici effetti terapeutici della musica. Si narra, infatti, che Orfeo, figlio di Apollo, dio della musica, e di Calliope, musa del canto, creasse condizioni piacevoli con la sua arte, tanto che gli uccelli si avvicinavano a lui creandogli una aureola, i pesci fuoriuscivano dalle acque per ascoltare il suo canto, gli alberi si piegavano per avvicinarsi a lui. Si racconta nei testi di mitologia che Orfeo, innamorato di Euridice, morta a causa del morso di un serpente, andasse negli inferi per incontrare e riportare l'inna-

morata tra i vivi. Di fronte allo Stige, il fiume che separa il mondo dei vivi da quello dei morti, incontrò il traghettatore Caronte. Orfeo iniziò a cantare e Caronte, affascinato dalla melodia lo traghettò dall'altra parte e, addirittura, lo seguì nel percorso per un tratto. Anche Cerbero, la bestia a tre teste, sentendo il canto di Orfeo, divenne mansueto e si accucciò ai suoi piedi. Tutto l'Ade rimase immobile all'ascolto del canto di Orfeo, e da ogni parte degli inferi accorsero le anime dei defunti inebriate dal suo canto. Purtroppo Orfeo morì fatto a pezzi da un gruppo di sacerdotesse di Dionisio ubriache, e Zeus, addolorato, pose in cielo la testa del sublime cantore nella costellazione della Lira.



Con Platone (427-347 a.C.) si introduce il concetto del mondo costituito secondo principi musicali, che la musica abbia potere sulla parte irrazionale dell'io, e che la filosofia sia l'espressione più alta della musica. Per Platone, la musica rappresenta una forma di igiene mentale e così egli scrive: "Tutta la nostra vita ha bisogno di eutritmia" (*Repubblica*).

Per Aristotele (384-322 a.C.), esperto musicologo, le arti del ritmo contribuiscono a migliorare la morale, a ottenere calma, serenità e la scomparsa dell'ansia.

Plinio il Vecchio (23-79) racconta che Catone ricordava un motivo musicale per la terapia del dolore da crampi muscolari e Varrone (116-27 a.C.) indicava altri motivi per la cura della gotta.

Enrico Cornelio Agrippa

(63-12 a.C.) correla le quattro parti vocali agli elementi cosmici: il *basso* con la terra, il *tenore* con l'acqua, il *contralto* con l'aria e il *soprano* con il fuoco. In seguito paragona il *modo dorico* con l'acqua e il flegma, quello *frigio* con il fuoco e la bile gialla, il *lidio* con l'aria e il sangue e il *miso-lidio* con la terra e la bile.

La musica, tuttavia, in ciascuna cultura e in ciascuna epoca possiede un potere suggestivo, quasi magico per ogni individuo: basti pensare, nella nostra tradizione, al potere sedativo delle ninnenanne o alle filastrocche rivolte ai bambini.

L'uomo ha identificato il suono come forza cosmica presente fin dalle origini del mondo e che ha assunto la forma verbale. Questo concetto viene ribadito nel primo capitolo del Vangelo di Giovanni: "In principio era il Verbo e il Verbo era con Dio, e il Verbo era Dio".

Il suono nel corso della storia non ha unicamente un significato individuale, ma anche sociale. Alcuni ricercatori ritengono che, agli inizi del Cristianesimo, le campane delle Chiese servissero per allontanare da questi luoghi di culto, tramite il suono, gli spiriti dell'inferno.

Aurelianus (214-275 d.C.) ricorda l'uso della musica per il trattamento generale della follia e per la terapia locale della sciatica.

Sant'Agostino (354-430 d.C.) sottolinea nel VI volume del suo *De musica* l'esperienza musicale come fondamentale per l'esistenza dell'individuo.

Nel Medioevo, sin dal V secolo, sono i monaci i depositari sia della scienza medica, sia della musica. Nel monastero di San Gallo in Svizzera, alle composizioni musicali del celebre monaco Notker Balbulus, si attribuivano poteri altamente benefici.

Nel XIV secolo le Scuole Mediche di Salerno e di Montpellier, evidenziarono l'importanza della musica come "simpatia universale", definita in tal modo da Arnaldo di Villanova della Scuola di Montpellier.

Paracelso (1493-1541), certamente il più conosciuto dei

medici del Rinascimento, definisce la malattia come risultato di uno squilibrio profondo, la cui origine è a un tempo fisica, mentale, emozionale, passionale e musicale.

Robert Burton (1577-1640) nel suo libro *Anatomia della melanconia* (1621), ha evidenziato gli effetti terapeutici della musica negli stati patologici della mente, in particolar modo nella melanconia.

Nel XVIII secolo Mesmer, amico di Mozart, di Haydn e di Gluck, e sostenitore della celebre tesi dell'influsso dei pianeti sui fenomeni fisiologici e patologici, era un fautore del ruolo essenziale della musica nella vita dell'individuo.

In Schopenhauer (1788-1860), come in tutto il periodo

insinuante di quello delle altre arti: giacché queste ci danno solo il riflesso, mentre quella ci dà l'essenza".

Per Kant (1724-1804) la musica rappresenta un *a-priori semantico*, quindi, è *a-semantica*, ossia suscita emozioni che richiamano un significato, a differenza del linguaggio verbale, nel quale è richiamato prima il significato e, poi, l'emozione.

Hegel (1770-1831) esalterà la musica affermando che essa è l'espressione dell'Assoluto nella forma del sentimento: dalla nozione pitagorica della musica come armonia alla teoria romantica, la prospettiva non è mai cambiata.

Secondo Stravinskij e Wackenroder (1773-1798) la

netta distinzione tra arte apollinea e arte dionisiaca. L'*arte apollinea* si identifica con l'arte plastica e figurativa, che ha per oggetto il mondo delle apparenze. L'*arte dionisiaca* si identifica con la Musica, che è essenza, a differenza delle altre arti che mutano la fisionomia dell'apparenza. Nietzsche intende la musica come la lingua primordiale che esprime la verità essenziale della vita. Il linguaggio musicale, a differenza del linguaggio verbale, non ha alcun riferimento immediato con la realtà perché rappresenta il linguaggio dell'emozione, che è in stretto rapporto con la vita affettiva di ciascuno.

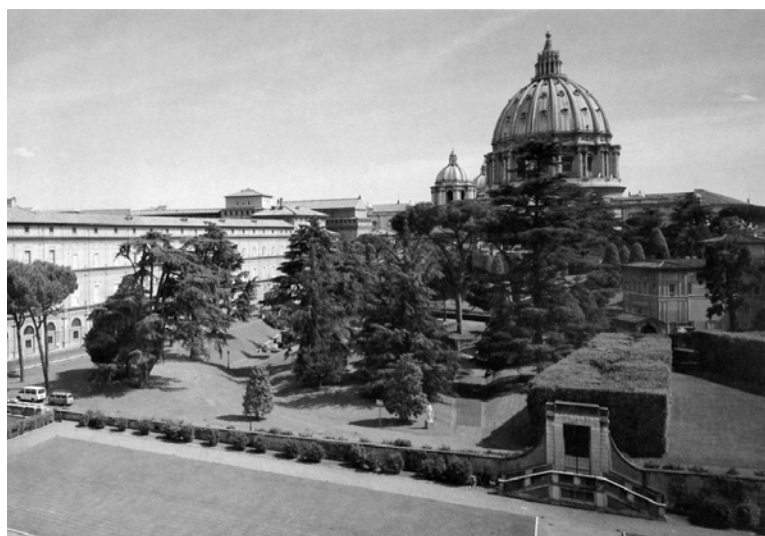
Freud (1856-1939) ha sempre manifestato una sostanziale lontananza per gli effetti terapeutici della musica in ambito psicologico e psicoanalitico.

Lenin (1870-1924), come anche Freud, aveva una posizione negativa nei confronti della musica, tanto che il dittatore russo era solito affermare: *"non posso ascoltare spesso la musica, agisce sui miei nervi, mi viene voglia di dire stupidaggini e di carezzare gli uomini che, vivendo in un sudicio inferno, riescono a creare tanta bellezza. Ma oggi non si possono fare carezze. Vi sbranerebbero la mano. Oggi bisogna picchiare sulle teste, picchiare senza pietà anche se sul piano ideale siamo contrari ad ogni violenza"*. (R. Vizioli, *La Musica e il Cervello*, Piccin Editore, Padova, 1987).

Anche in Hitler (1889-1945) e in Stalin (1879-1953), affetti da un delirio messianico il primo e da un delirio persecutorio il secondo, sembra che la musica riuscisse a renderli più calmi durante i momenti di agitazione.

Nel XX secolo, Victor Bott, afferma che *"la medicina antroposofica fa appello alla pittura, al modellaggio, alla musica, all'arte della parola ed all'euritmia terapeutiche"* (*Médecine Antroposophique*, Vol II, Parigi 1976, p. 177).

Agli inizi del 1900 in alcuni Ospedali degli Stati Uniti, dell'Argentina e dell'Europa (Inghilterra, Belgio, Italia, Svezia, Danimarca e Francia) venivano inviati musicisti per al-



del Romanticismo, la musica è ritenuta *scienza dell'armonia*, costituendo il tramite più diretto d'accesso all'Assoluto. Schopenhauer sostiene che mentre l'arte in genere è l'oggettivazione della volontà di vivere, la musica è la rivelazione immediata o diretta della stessa volontà di vivere. A tal proposito afferma: *"La musica è dell'intera Volontà oggettivazione e immagine tanto diretta quant'è il mondo; o anzi come sono le Idee, il cui fenomeno moltiplicato costituisce il mondo dei singoli oggetti. La Musica non è quindi, come le altre arti, l'immagine delle idee, bensì l'immagine della volontà stessa, della quale sono oggettività anche le idee. Perciò l'effetto della Musica è tanto più potente e*

musica esprime solo se stessa; essa rappresenta un linguaggio dell'interiorità che ha perduto la relazione con il mondo. In sintonia con i Romantici, essi ritengono che la musica sia espressione dell'Assoluto Interiore.

Nel XIX secolo, sono i lavori di Helmholtz (1821-1894; *Teoria fisiologica della musica*) e quelli di Stumpf (*Tonpsychologie*, 1890) a evidenziare gli influssi della musica sulla psiche.

Knoblauch (1888) introdusse il termine *amusia* per indicare una alterazione nella percezione musicale.

Nietzsche (1844-1900) ha concentrato il suo pensiero sulla musica nell'opera giovanile *La nascita della tragedia* (1872), nella quale esegue una

leviare il dolore fisico e morale dei pazienti.

Nicola Abbagnano (1901-1990) ritiene che dall'interpretazione hegeliana di musica poco è mutato nella definizione romantica, ancor oggi fortemente presente. Nel suo *Dizionario di Filosofia* (UTET, Torino, 2001), Abbagnano, infatti, afferma che *“questa definizione ha trovato e trova pure incarnazioni frequenti nella figura del musicista, sacerdote e profeta, che sa ascoltare la voce dell'Assoluto e tradurla nel linguaggio sonoro del sentimento. Anche oggi difficilmente si rinuncia a vagheggiare questa raffigurazione romantica della Musica: la quale consente agli intenditori di essa di sentirsi rapiti dentro un orizzonte mistico nel quale gli accordi musicali sono parole di una divinità nascosta”*.

Don Campbell e Rolando Benenzon (R. Benenzon, *Manuale di Musicoterapia*, Borla Ed., Roma, 1998) sono tra i maggiori esperti contemporanei nel campo delle relazioni tra musica e benessere. Don Campbell, in particolare, ha studiato gli effetti positivi della musica, soprattutto di Mozart, su creatività, apprendimento, salute e guarigione, indicando questa condizione come “effetto Mozart”. Per “effetto Mozart”, infatti, si intende l'influenza positiva della musica sullo stato emotivo, fisico e mentale dell'individuo.

Don Campbell, nel suo libro *L'effetto Mozart* (Baldini e Castoldi Ed., Milano, 2002), riporta numerosi esempi degli effetti positivi della musica classica:

- in alcuni monasteri della Bretagna, i monaci fanno ascoltare musica ai loro animali perché hanno scoperto che le mucche, trattate con Mozart, producono più latte;

- nello Stato di Washington, gli ufficiali del Dipartimento per l'immigrazione suonano Mozart e musica barocca, durante le lezioni di inglese per i nuovi arrivati da Cambogia, Laos e da altri Paesi asiatici, perché sostengono che questo accelera l'apprendimento;

- al Saint Agnes Hospital di Baltimora, i malati nei reparti di terapia intensiva, ascoltano

musica classica. Il dott. Raymond Bahr, primario dell'unità coronarica, afferma che mezz'ora di musica produce lo stesso effetto di 10 mg di Valium;

- a Edmonton, in Canada, vengono trasmessi per strada quartetti per archi per calmare il ritmo frenetico del traffico pedonale;

- in Giappone, le distillerie Ohara, affermano che la densità del fermento usato per la preparazione del sakè (vino di riso), aumenta di quasi 10 volte (migliorando quindi il prodotto), se il fermento è sottoposto all'influsso della musica di Mozart.

- nei primi anni 50, Tomatis e V.E. Negus avevano osservato che, in molti casi, gli uccellini nati da uova covate dai genitori di una specie diversa non cantano, o imitano i suoni degli uccelli che li hanno covati. Ciò indusse Tomatis a studiare il ruolo del suono nell'utero. In contrasto con l'opinione medica allora predominante, Tomatis dichiarò che il feto è in grado di sentire e scoprire che l'orecchio comincia a svilupparsi alla decima settimana di gravidanza ed è completamente funzionante all'età intrauterina di 4 mesi e mezzo. Questo è spiegabile col fatto che i suoni a bassa frequenza (come sono quelli prodotti dalla voce umana), hanno una grande profondità di penetrazione nei tessuti biologici. Studi di altri ricercatori hanno concordato sulla capacità di distinguere suoni melodici da parte del neonato fin nei primi mesi di vita, e che a quattro mesi i bambini sono già capaci di distinguere tra intervalli musicali consonanti e dissonanti: potenziali d'azione indotti da suoni in successione e della durata inferiore a 100ms determinano la percezione di dissonanza o consonanza (Trainor, 1933; Tramo, 1993; Cariani, 1996).

Studi sui rapporti tra musica e temperatura corporea hanno evidenziato che musica rilassante tende ad abbassare i livelli termici nell'organismo, mentre musica eccitante tende a mantenere valori termici più elevati (Mc Farland, 1985).

Anche la frequenza cardiaca e respiratoria, analogamente alla temperatura, tende a diminuire ascoltando musica rilassante e ad aumentare con musica eccitante (Iwanaga, 1997; Staum, 2000). Iwanaga (1955) ritiene, inoltre, che la musica con tempi compresi tra 70 e 100 battiti al minuto viene preferita a ritmi più veloci o più lenti; la preferenza di ogni individuo è orientata verso esecuzioni musicali con velocità che si avvicina maggiormente alla propria frequenza cardiaca.

Hughes (1998) ha evidenziato che, per favorire l'apprendimento dei bambini, nelle scuole è stato utilizzato l'“effetto Mozart”, facendo ascoltare la sonata per piano in Re Maggiore (K 448) di Mozart. In ambito neurologico è stato evidenziato che l'ascolto della sonata da parte di soggetti affetti da crisi epilettiche si traduceva in una riduzione dell'ampiezza di onde elettroencefalografiche (Hughes, 1998).

Studi eseguiti sulla soglia del dolore hanno dimostrato che questa aumenta durante l'ascolto di musica gradevole che stimolerebbe la liberazione di endorfine (Hetz, 1992; Jones, 1992).

In un reparto di unità coronarica è stato dimostrato che la musica procurava il desiderato effetto del rilassamento in pazienti sottoposti a by-pass coronarico (Barnason, 1995).

Nel XXI secolo, la musica come strumento terapeutico è stata affrontata in studi molto rigorosi portati al Congresso Internazionale di Venezia “Le Neuroscienze e la Musica” (25-27 Ottobre 2002), organizzato dalla Fondazione Pier Franco e Luisa Mariani.

Nel recente libro di Vittorio Volterra (*Melancolia e musica. Creatività e sofferenza mentale*, Ed. Franco Angeli, Milano, 2003), viene riportato il parere di numerosi psichiatri e fisiologi riguardo alla musica come cura privilegiata per la melancolia e la depressione.

Nella Musicoterapia si possono identificare due correnti di pensiero diverse: la linea Benenzon-Lecourt e la linea Alvin-Nordoff-Robbins-Cremaschi.

Rolando Benenzon (Argentina) e Edith Lecourt (Francia) includono la Musicoterapia tra le cure psicoanalitiche. Questa impostazione terapeutica è seguita soprattutto nei Paesi Latini. Si parla di *somministrazione* di brani musicali preregistrati ed emerge, nel rapporto medico-paziente soprattutto il ruolo del musicoterapeuta.

Juliette Alvin in Gran Bretagna, Paul Nordoff e Clive Robbins negli Stati Uniti e Giulia Cremaschi Trovasi in Italia utilizzarono la musica per stimolare il mondo interiore dell'interlocutore, che viene portato a scoprire le proprie potenzialità. È il paziente che rappresenta la parte attiva e che sta al centro della terapia. Il musicoterapeuta costituisce unicamente lo stimolo al processo di crescita del paziente.

Neurofisiologia dell'ascolto

La parte del Sistema Nervoso specializzata per l'elaborazione dei suoni è costituita dal Sistema Uditivo, di cui sono visibili i padiglioni auricolari, posti simmetricamente ai lati del capo.

Il Sistema Uditivo si suddivide in periferico e centrale.

Sistema Uditivo Periferico

Il Sistema Uditivo Periferico comprende le strutture site fuori dell'encefalo e, cioè, l'*orecchio esterno*, adibito alla trasmissione, l'*orecchio medio* (ossicini), adibito alla trasformazione e l'*orecchio interno* (coclea), adibito alla traduzione dello stimolo sonoro.

Il Sistema Uditivo Centrale comprende le aree corticali specifiche, cui le vie afferenti ed efferenti, con le loro interconnessioni, fanno capo.

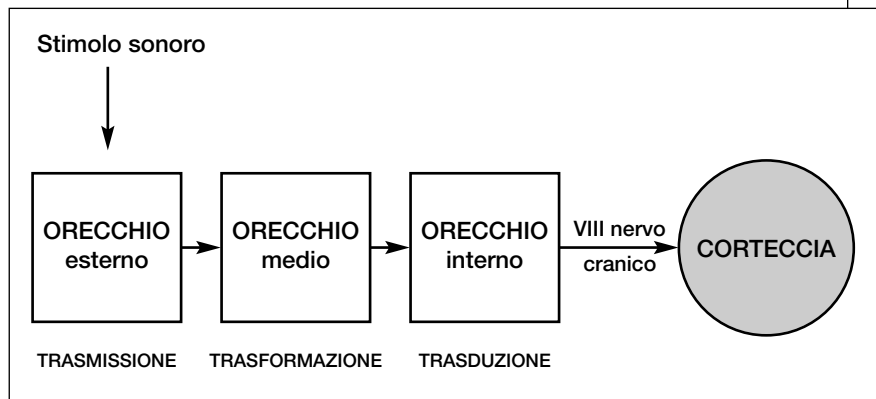
Le onde sonore sono onde di pressione, che raccolte dai padiglioni auricolari, vengono trasmesse, attraverso l'orecchio esterno, all'orecchio medio, dove vengono trasformate in vibrazioni meccaniche da una serie di ossicini e inviate alla coclea nell'orecchio interno.

Nella coclea le vibrazioni meccaniche vengono trasformate in vibrazioni fluide dal liquido, di cui è repleta. Le ter-

minazioni nervose, site nella coclea, trasducono le vibrazioni idrauliche in input elettrochimici, che vengono inviati all'encefalo (Fig. 1).

samento di aree diverse dell'encefalo, a seconda se i movimenti sono ritmati metricamente (tup-tup-tuptup) o no (tup-tutup-tup-tu-tup), come

Fig. 1 - Funzioni del Sistema Uditivo Periferico e Centrale



Sistema Uditivo Centrale

L'attività nervosa generata nella coclea è trasmessa al Sistema Nervoso Centrale attraverso il fascio cocleare dell'VIII nervo.

Da un punto di vista ontogenetico il Sistema Uditivo Periferico è molto simile in tutte le specie animali, mentre il Sistema Uditivo Centrale è piuttosto diverso nella specie dei roditori e del gatto, rispetto a quello dei primati.

Il Sistema Uditivo Centrale contiene numerosi centri sottocorticali, nei quali può avvenire la discriminazione.

La stimolazione uditiva raggiunge la *corteccia cerebrale* solo dopo un'attivazione sequenziale di almeno quattro centri sottocorticali: il *nucleo cocleare*, il *complesso olivare superiore*, i *nuclei del lemnisco laterale*, il *genicolato mediale*.

Entrambi gli emisferi hanno un ruolo per l'ascolto dei suoni attraverso interconnessioni tra lato destro e sinistro, come è dimostrato clinicamente in studi eseguiti su pazienti con lesioni cerebrali.

La corteccia uditiva destra è fondamentale per la percezione della tonalità, della melodia, dell'armonia, del timbro e del ritmo, quest'ultimo identificato ed elaborato dalle zone più esterne delle aree uditive corticali (Tramo, 1993; Sidtis, 1988; Liegeois-Chauvel, 1998).

Studi neurofisiologici hanno dimostrato che esiste l'interes-

accade, per esempio, con il battito di un dito sul tavolo (Sakai, 1998). Se il battito, ritmato metricamente, si attua con il dito destro, vengono attivate la corteccia frontale sinistra, la corteccia parietale destra e il cervelletto destro. Se il battito non è ritmato metricamente, si ha il reclutamento anche della corteccia frontale destra e dell'intero cervelletto (Tramo, 1993).

La corteccia uditiva è molto differenziata, come accade anche per la corteccia visiva, nelle quali lesioni settoriali causano sintomi peculiari molto specifici (Ungerleider, 1982; Kaas, 1999; Calvert, 1977; Romanowski, 1999; Mendelson, 1993).

Voce e musica vengono identificate come facce diverse della stessa medaglia. Knoblauch (1888) introdusse il termine *amusia* per indicare un'alterazione nella percezione musicale; può essere distinta in *amusia sensitiva* e *amusia motoria*. L'*amusia sensitiva* comprende l'incapacità di ascoltare, leggere o capire la musica, mentre l'*amusia motoria* si riferisce alla difficoltà nel cantare o scrivere musica o suonare uno strumento. Le relazioni tra afasia e amusia sono state studiate da illustri Ricercatori (Auerbach, 1906; Henschen, 1920; Kleist, 1928, 1962; Head, 1926).

Lesioni cerebrali hanno evidenziato che la perdita della funzione verbale (afasia) non è necessariamente accompagnata dalla perdita delle facoltà musicali (*amusia*) e, d'altro

canto, sono stati descritti casi di amusia senza afasia.

Questa dissociazione clinica indica che esiste un'autonomia funzionale tra le due patologie, anche se si riscontra che le capacità verbali e musicali solitamente progrediscono insieme (Schuppert, 2000).

Considerazioni sulla Musica e sulla Musicoterapia

Da quanto detto, possono essere tratte delle riflessioni importanti sulla musica e sulla Musicoterapia.

La musica costituisce:

- un tipo di intervento che mira a favorire le espressività interiori attraverso una forma particolare di comunicazione;
- un elemento di integrazione complementare importante nel rapporto medico-paziente;
- una diminuzione in ciascun soggetto di tensioni dovute a pulsioni affettivo-relazionali;
- una indubbia fonte di stimolazione cognitiva per il paziente;
- un'occasione culturale di rilevanza individuale e sociale;
- nel rapporto medico-paziente-ambiente un parametro condivisibile e comprensibile da tutti perché trasmette un linguaggio universale;
- un punto di unione importante, perché sia attiva, in cui il soggetto è emittente del suono, sia passiva o d'ascolto, in cui il soggetto si lascia trasportare da essa, favorisce la comunicazione non verbale, lo sviluppo della creatività e delle capacità di socializzazione migliorando la propriocezione, il tono dell'umore, le capacità empatiche dell'individuo e dell'individuo in rapporto al gruppo.

Parte speciale

Introduzione

Non esiste alcuno studio, come sottolinea Benenzon, che evidenzi in maniera scientifica (reclutamento dei soggetti secondo il criterio random; esame dei soggetti in cieco; valutazione dei dati con calcolo statistico) che stimoli esterni, come la musica, riescano a potenziare la terapia farmacologica, migliorandone sia gli effetti

psichici che fisici. Il motivo più verosimile sembra essere la difficoltà di inserire la terapia musicale in protocolli medici e fisiatrici, rispettando all'interno delle strutture ospedaliere l'iter lavorativo del personale paramedico e l'organizzazione dei servizi: sono questi i fattori limitanti all'interno di un protocollo terapeutico per inserire anche l'aspetto musicale, che a molti non appare neppure essere di utilità per il paziente.

Studi precedentemente eseguiti in ambito teologico da insigni Studiosi (Ratzinger, J., Bertone, T., 2000; Saraiva Martins, J., 2004) e dagli Autori di questo lavoro hanno dimostrato quanto la preghiera possa incidere sia sulla componente psichica (VAS) (Zucchi, P.L., Honings, B., 1996; Honings, B., 2004) che su quella fisica (diametro dell'area iperalgesica) del dolore (Zucchi, P., Honings, B., Voegelin, M.R., 2001; 2003).

In questo studio, gli Autori hanno voluto prendere in esame non solo gli effetti benefici della preghiera già precedentemente trattati, ma anche un eventuale effetto della musica nel potenziamento degli effetti terapeutici. L'indagine è stata effettuata considerando l'efficacia della musica sull'intensità del dolore in soggetti affetti da cefalea muscolo-tensiva, sia nel miglioramento psichico

(diminuzione della VAS) che in quello fisico (diminuzione del diametro dell'area iperalgesica). In tale studio è stata, inoltre, considerata la posizione spirituale del soggetto, al fine di indagare l'influenza della Fede nell'eventuale potenziamento del trattamento farmacologico da parte della musica e della preghiera.

Materiale e metodo

Un gruppo di 60 pazienti affetti da cefalea muscolo-tensiva, sono stati separati con procedura randomizzata in tre gruppi. Tutti i pazienti sono stati sottoposti per 10 giorni consecutivi a terapia con FANS; i soggetti del primo gruppo (gruppo TER) non hanno subito altri trattamenti. Nei soggetti del secondo gruppo (gruppo MUS) la terapia farmacologica è stata accompagnata dall'ascolto di brani musicali, e in quelli del terzo gruppo (gruppo PRE), dalla lettura meditativa di un brano evangelico.

In tre sedute, al primo al quinto e al decimo giorno, l'intensità del dolore percepito è stata misurata col metodo VAS (Tab. I), e l'entità della sofferenza fisica col diametro dell'area iperalgesica (ID) (Tab. II), determinato col metodo del dermatografismo (Zucchi, Honings, Voegelin, 2003)

Tab. I - Valori medi VAS

Giorni	Credenti			Agnostici		
	TER (9)	MUS (8)	PRE (7)	TER (11)	MUS (12)	PRE (13)
0	8.4 ± .5	8.1 ± .8	8.4 ± .5	9.2 ± .6	8.6 ± .9	8.5 ± .6
0+2h	7.3 ± .6	5.9 ± .7	5.3 ± .6	8.9 ± .7	6.3 ± .8	5.8 ± .6
5	6.9 ± .5	5.1 ± .7	5.3 ± .5	7.8 ± .6	5.7 ± .8	5.5 ± .7
5+2h	5.6 ± .5	4.0 ± .8	3.7 ± .5	6.6 ± .6	4.5 ± .7	4.0 ± .6
10	5.4 ± .6	4.2 ± .6	3.3 ± .5	6.5 ± .7	4.2 ± .6	3.9 ± .5
10+2h	4.6 ± .5	3.8 ± .6	1.3 ± .4	5.7 ± .7	3.8 ± .6	2.7 ± .4

TER = sola terapia farmacologica

MUS = terapia farmacologica e musica

PRE = terapia farmacologica e preghiera

Tab. II - Valori medi ID

Giorni	Credenti			Agnostici		
	TER (9)	MUS (8)	PRE (7)	TER (11)	MUS (12)	PRE (13)
0	13.4 ± 1.6	12.0 ± 1.0	13.4 ± 1.9	13.0 ± 1.1	12.7 ± 1.2	13.1 ± 1.7
0+2h	12.5 ± 1.7	9.9 ± 1.1	9.1 ± 1.8	12.8 ± 1.3	10.1 ± 1.1	9.4 ± 1.5
5	11.3 ± 1.6	7.8 ± .9	9.5 ± 1.2	11.9 ± 1.2	8.7 ± 1.0	8.4 ± 1.3
5+2h	9.7 ± 1.5	5.5 ± .7	5.4 ± .9	9.5 ± 1.4	6.7 ± 1.0	5.7 ± 1.1
10	8.7 ± 1.6	4.8 ± .6	4.8 ± .7	8.7 ± 1.2	5.3 ± .9	5.2 ± 1.1
10+2h	7.2 ± 1.7	3.1 ± .3	2.4 ± .7	7.6 ± 1.3	3.9 ± .9	2.8 ± 1.0

TER = sola terapia farmacologica

MUS = terapia farmacologica e musica

PRE = terapia farmacologica e preghiera

Fig. 2 - Andamento della VAS al 1°, 5° e 10° giorno di terapia:
a) FANS; b) FANS+musica; c) FANS+preghiera

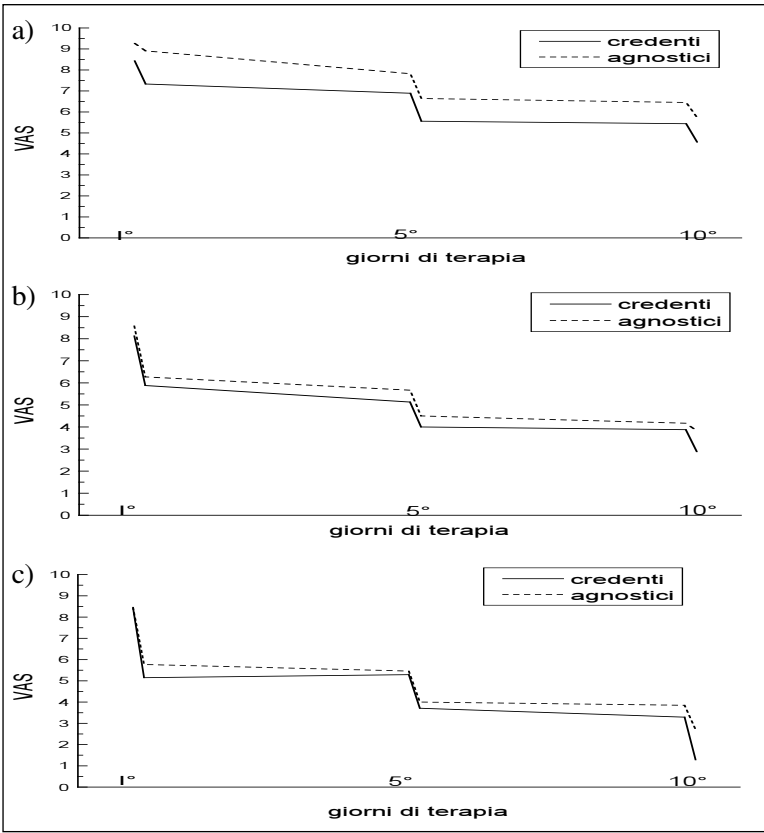
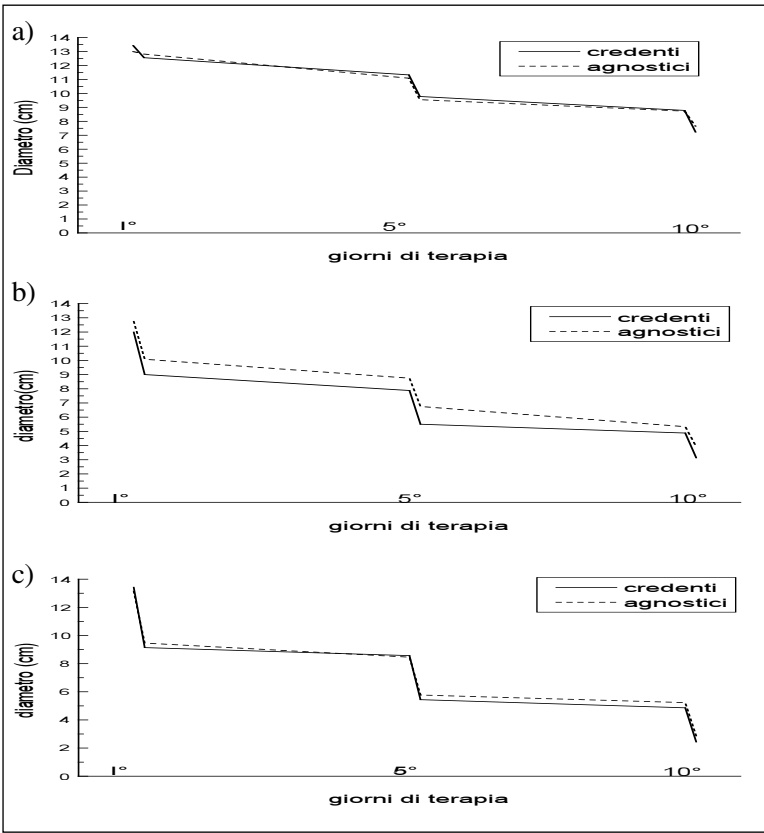


Fig. 3 - Andamento del diametro dell'area iperalgesica al 1°, 5° e 10° giorno di terapia: a) terapia FANS; b) terapia FANS e musica; c) terapia FANS e preghiera



In ciascuna seduta tali misurazioni sono state effettuate prima della somministrazione della terapia e due ore dopo tale somministrazione.

Alla fine del ciclo terapeutico, ai soggetti è stata domandata la posizione spirituale riguardo alla Fede religiosa (esame dei soggetti in cieco). In seguito a tale indagine, ciascuno dei tre gruppi è stato diviso in due sottogruppi: credenti e agnostici. Nel gruppo TER si hanno 9 credenti e 11 agnostici, nel gruppo MUS 8 credenti e 12 agnostici, e nel gruppo PRE 7 credenti e 13 agnostici.

- Si osserva:
- una netta differenza nel risultato della terapia nei tre gruppi, per credenti e agnostici;
 - una netta differenza tra credenti e agnostici in ciascun gruppo;
 - una forte diminuzione del parametro nei gruppi MUS e PRE nelle prime due ore (azione del farmaco resa più rapida) per credenti e agnostici;
 - una diminuzione nella dispersione nei gruppi MUS e PRE alla fine del trattamento per credenti e agnostici (omogeneizzazione del gruppo).
- I risultati sono rappresentati graficamente nella figura 2.

- Si osserva, in parallelo con i dati della VAS che:
- una netta differenza nel risultato della terapia nei tre gruppi, per credenti e agnostici;
 - una netta differenza tra credenti e agnostici in ciascun gruppo;
 - una forte diminuzione del parametro nei gruppi MUS e PRE nelle prime due ore (azione del farmaco resa più rapida) per credenti e agnostici;
 - una diminuzione nella dispersione nei gruppi MUS e PRE alla fine del trattamento per credenti e agnostici (omogeneizzazione del gruppo).
- I risultati sono rappresentati graficamente nella figura 3.

Per valutare l'effetto dei diversi trattamenti, è stata fatta la media delle variazioni dei due parametri tra l'inizio e la fine della terapia (Tab. III-Tab. IV).

Tab. III - Valori medi della differenza nella VAS tra l'inizio e la fine del trattamento

	TER	Nt	MUS	Nm	PRE	Np
Credenti	3.88±.73	9	5.25±1.20	8	7.14±.64	7
Agnostici	3.54±.78	11	4.75±0.92	12	5.69±.72	13
U	-.858		-1.039		-3.056	
P	NS		NS		<5%	

TER = sola terapia farmacologica;

MUS = terapia farmacologica e musica;

PRE = terapia farmacologica e preghiera;

Nt = numero di soggetti

Nm = numero di soggetti

Np = numero di soggetti

Tab. IV - Valori medi della differenza nel diametro dell'area iperalgesica

	TER	Nt	MUS	Nm	PRE	Np
Credenti	6.22±.1.31	9	8.87±1.05	8	11.00±0.76	7
Agnostici	5.36±1.06	11	8.83±0.89	12	10.30±0.72	13
U	-1.41		-.16		-1.66	
P	<10%		NS		<5%	

TER = sola terapia farmacologica;

MUS = terapia farmacologica e musica;

PRE = terapia farmacologica e preghiera;

Nt = numero di soggetti

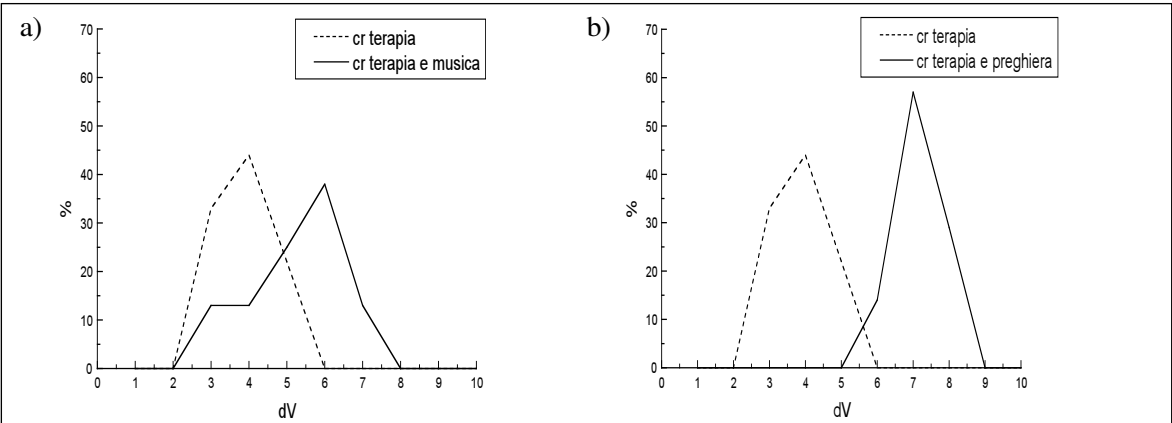
Nm = numero di soggetti

Np = numero di soggetti

Va osservato che la diminuzione media del diametro dell'area iperalgesica, è superiore alla diminuzione della VAS, anche con la sola terapia FANS.

Nelle figure 4 e 5 sono rappresentate le distribuzioni delle variazioni dei due parametri rispettivamente nel gruppo dei credenti e degli agnostici.

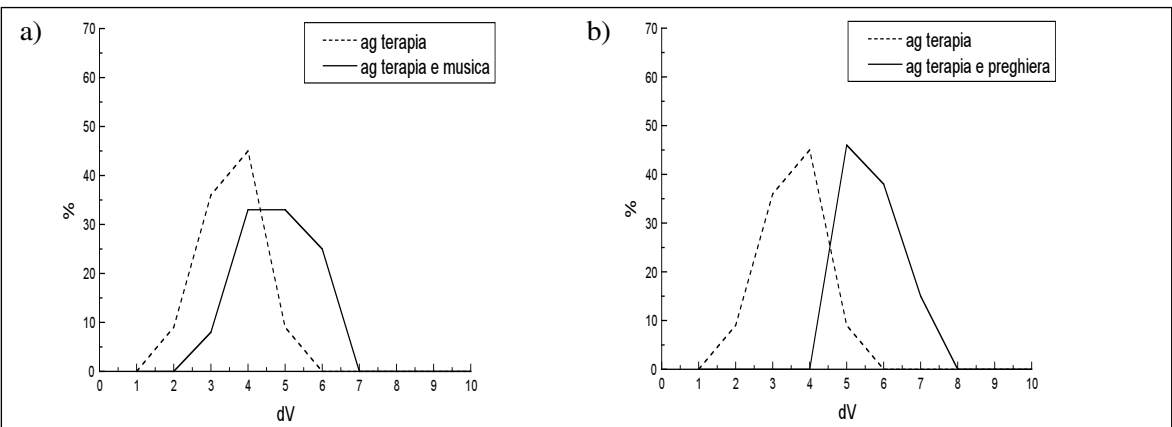
Fig. 4 - Credenti. Potenzimento della musica e della preghiera sulla diminuzione della VAS



% = percentuale di soggetti
dV = diminuzione della VAS

a) confronto tra sola terapia e terapia con musica
b) confronto tra sola terapia e terapia con preghiera

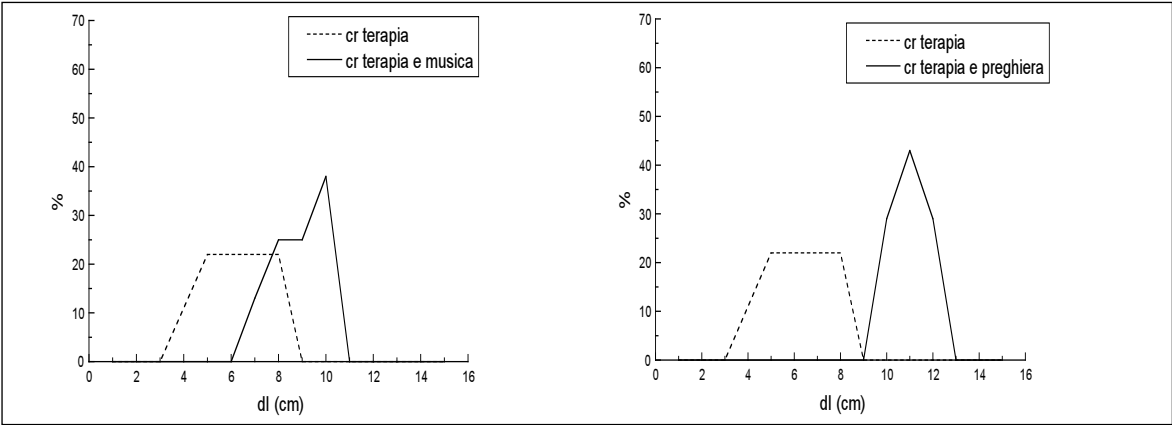
Fig. 5 - Agnostici. Potenzimento della musica e della preghiera sulla diminuzione della VAS



% = percentuale di soggetti
dV = diminuzione della VAS

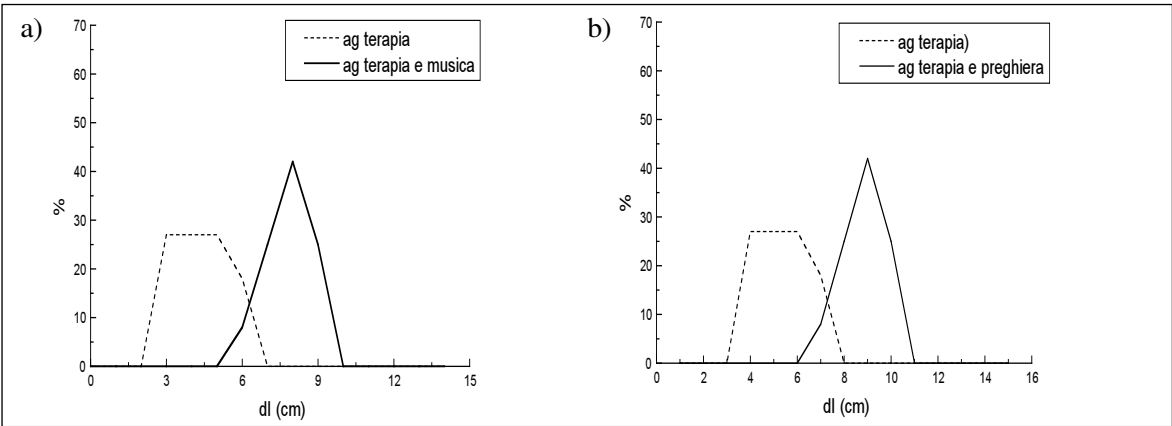
a) confronto tra sola terapia e terapia con musica
b) confronto tra sola terapia e terapia con preghiera

Fig. 6 - Credenti. Potenzimento della musica e della preghiera sulla diminuzione del diametro dell'area iperalgesica



% = percentuale di soggetti dl = diminuzione del diametro (cm)

Fig. 7 - Agnostici. Potenzimento della musica e della preghiera sulla diminuzione del diametro dell'area iperalgesica



% = percentuale di soggetti
dl = diminuzione del diametro

a) confronto tra sola terapia e terapia con musica
b) confronto tra sola terapia e terapia con preghiera

Nelle tabelle V e VI sono riportate le significatività delle differenze tra i diversi trattamenti.

Nei credenti e negli agnostici, rispettivamente per la VAS e per il diametro dell'area iperalgesica.

Tab. V - Significatività della differenza nella diminuzione della VAS per diverse coppie di trattamenti in soggetti credenti e agnostici

Credenti				Agnostici			
	U	N1-N2	P	U	N1-N2	p	
TER-MUS	2.226	9-8	<1‰	2.696	11-12	<1‰	
TER-PRE	3.4	9-7	<1‰	4.06	11-13	<1‰	
MUS-PRE	2.8	8-7	<5‰	2.32	12-13	<5‰	

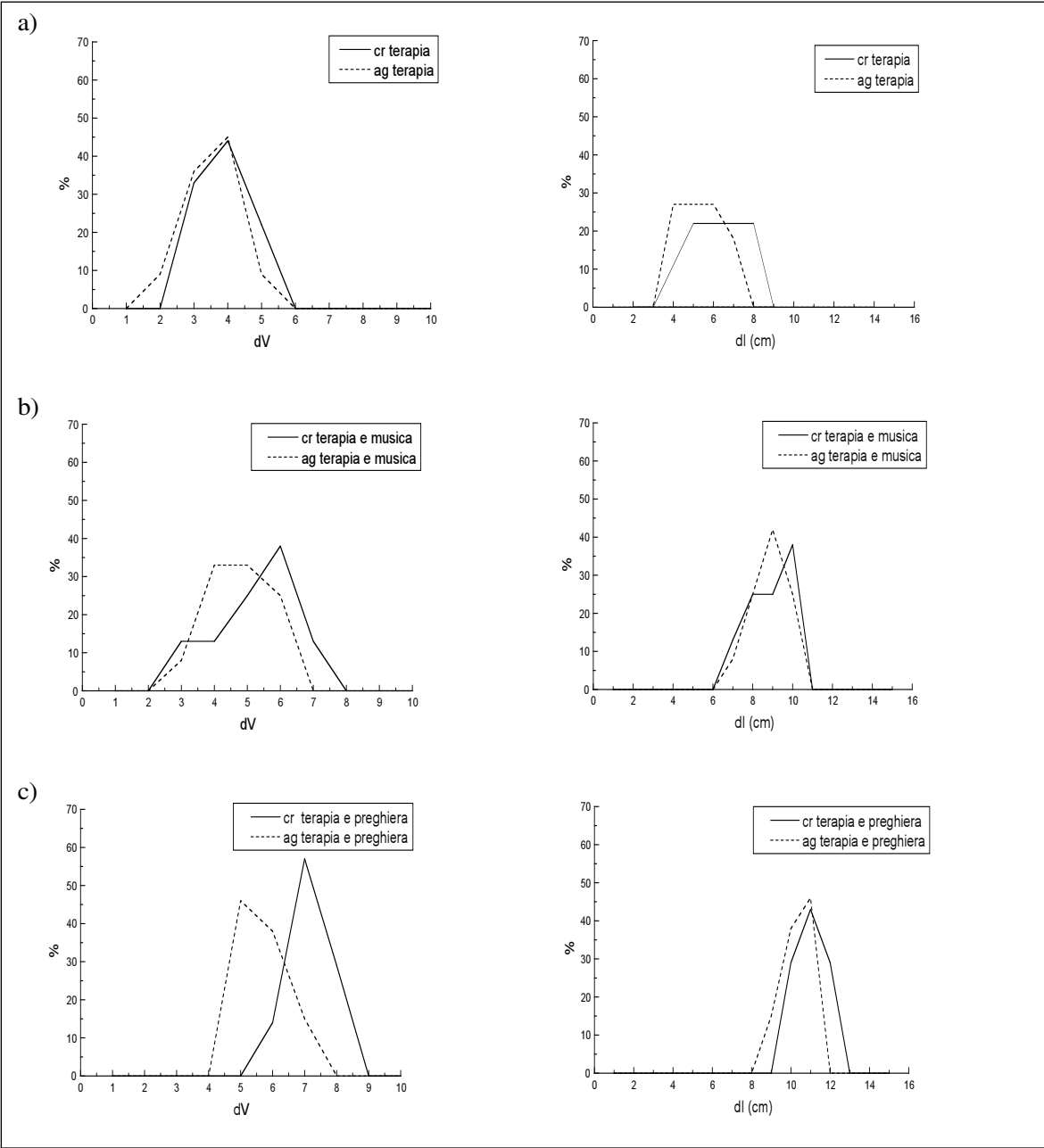
N1-N2 = numerosità dei gruppi; TER = sola terapia farmacologica; MUS = terapia farmacologica e musica; PRE = terapia farmacologica e preghiera; U valore della U di Mann-Withney; p = significatività

Tab. VI - Significatività della differenza nella diminuzione della VAS per diverse coppie di trattamenti in soggetti credenti e agnostici

Credenti				Agnostici			
	U	N1-N2	P	U	N1-N2	p	
TER-MUS	3.02	9-8	<5‰	4.05	11-12	<1‰	
TER-PRE	3.36	9-7	<1‰	4.21	11-13	<1‰	
MUS-PRE	3.28	8-7	<5‰	3.35	12-13	<5‰	

N1-N2 = numerosità dei gruppi; TER = sola terapia farmacologica; MUS = terapia farmacologica e musica; PRE = terapia farmacologica e preghiera; U valore della U di Mann-Withney; p = significatività

Fig. 8 - Distribuzioni delle variazioni dV della VAS (sinistra) e dell'area iperalgesica dI (destra) per credenti (____) e agnostici (.....) nei tre trattamenti: a) terapia farmacologica; b) terapia farmacologica e musica; c) terapia farmacologica e preghiera



Per evidenziare la differenza tra credenti e agnostici sia nella variazione della VAS che nella variazione dell'area iperalgesica, in figura 8 sono state riportate le distribuzioni di tali variazioni nelle due popolazioni per i diversi trattamenti

In Tab. VII e VIII sono riportate le significatività delle differenze tra credenti e agnostici per quanto riguarda la variazione della VAS e dell'area iperalgesica, nei tre trattamenti.

Tab. VII - Significatività delle differenze tra credenti e agnostici per quanto riguarda la variazione della VAS nella sola terapia farmacologica (TER), nella terapia farmacologica più musica (MUS) e nella terapia farmacologica più preghiera

	N1-N2	U	P
TER	9 - 11	.858	NS
MUS	8- 12	1.039	NS
PRE	7- 13	3.06	<5‰

N1-N2 numerosità dei gruppi;
 U valore della U di Mann-Withney;
 P = significatività

Tab. VIII - Significatività delle differenze tra credenti e agnostici per quanto riguarda la variazione della VAS nella sola terapia farmacologica (TER), nella terapia farmacologica più musica (MUS) e nella terapia farmacologica più preghiera

	N1-N2	U	P
TER	9 - 11	1.48	<10%
MUS	8- 12	.161	NS
PRE	7- 13	1.66	<5%

N1-N2 numerosità dei gruppi;
 U valore della U di Mann-Withney;
 P = significatività

Conclusioni e discussione

Nello studio eseguito risulta statisticamente significativo il potenziamento sull'effetto terapeutico indotto da stimoli esterni come la musica classica e la lettura meditata di un brano evangelico.

L'effetto di potenziamento dello stimolo musicale sulla terapia farmacologica, può collegarsi alla modalità di acquisizione di tale stimolo, da parte del Sistema Nervoso Centrale.

Sappiamo infatti che il cervello è diviso in due emisferi, e che ogni emisfero riceve in modo prioritario le informazioni provenienti dalla metà contro-laterale del corpo. Più recente è la nozione della specializzazione di ogni emisfero: l'emisfero sinistro controlla la logica, il razionale, e i simboli. L'emisfero destro prende in esame l'aspetto intuitivo, emozionale, artistico, il rico-

noscimento delle forme e della musica. La cultura, soprattutto occidentale, indica il cervello sinistro come emisfero dominante, perché è quello della parola e dell'intellettualizzazione; tuttavia deve essere preso in eguale valore anche il destro, in quanto capace di elaborare le forme, i suoni e le emozioni. È con tale emisfero che avviene la percezione artistica e musicale e la conseguente attivazione dei processi emozionali. È quindi ipotizzabile che uno stimolo emozionale gratificante, possa attivare i processi di reazione e di riparazione verso la sofferenza e al limite verso il danno fisico introdotto dalla patologia.

Paragonando l'entità del potenziamento indotto dalla musica con quello indotto dalla preghiera in entrambi i gruppi di soggetti (Fig 9-10), si osserva un maggior effetto prodotto dalla lettura meditata rispetto alla musica.

Osserviamo che il processo con cui le due diverse stimolazioni interferiscono positivamente con l'azione del farmaco, non può considerarsi lo stesso.

Mentre la percezione della musica e la conseguente attivazione emozionale, avviene nell'emisfero destro, la lettura coinvolge l'emisfero sinistro, e produce un'attivazione emozionale amplificata nell'emisfero destro attraverso un processo di integrazione tra i due emisferi (Fig. 11).

In conseguenza a uno stimolo gratificante, si ha un'attivazione del sistema nervoso periferico e del circolo con relative conseguenze sul diametro dell'area iperalgesica (diminuzione). È ben noto il detto popolare che "il riso fa buon sangue". Purtroppo, mentre esistono molti lavori che studiano la liberazione di sostanze chimiche quali le endorfine in seguito a stimoli do-

Fig. 9 - Differente effetto della musica e della preghiera sulla variazione della VAS nei credenti e negli agnostici

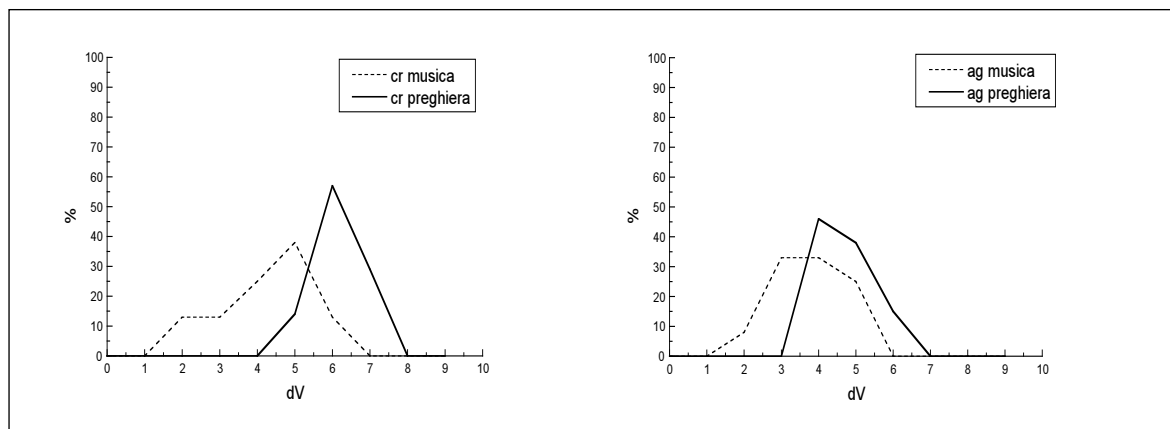
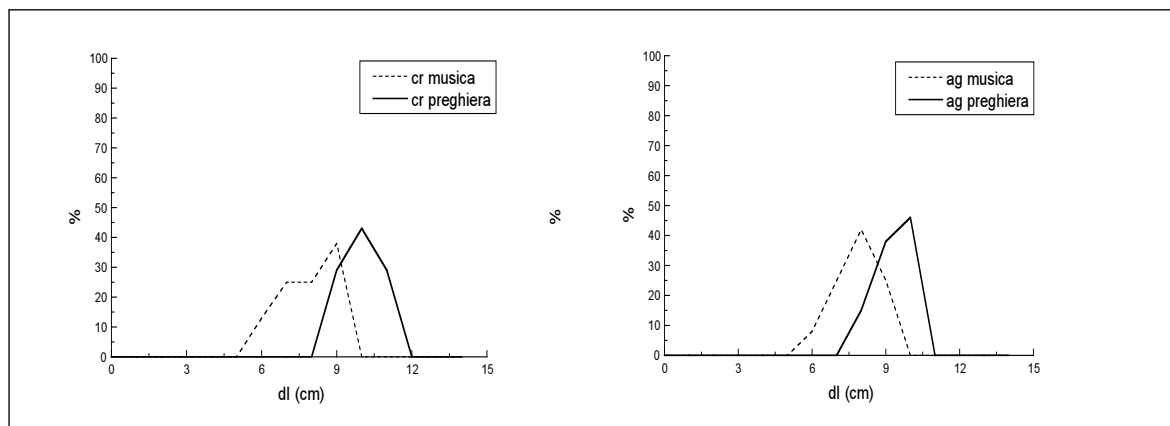


Fig. 10 - Differente effetto della musica e della preghiera sul diametro dell'area iperalgesica nei credenti e negli agnostici



lorosi, si hanno scarse e imprecise conoscenze sulla la natura delle sostanze attivate da stimoli piacevoli, anche se è ragionevole ipotizzare che in tali circostanze vi sia un’attivazione delle vie dell’antinocicezione.

Un’ulteriore osservazione è quella che riguarda l’entità del miglioramento del dolore indotto dai due tipi di stimolo, nei soggetti credenti rispetto agli agnostici. Infatti dai dati riportati nelle figure 9 e 10, si evidenzia che la differenza tra musica e preghiera, è maggiore nei credenti che negli agnostici. Da questo risultato, si può ipotizzare un effetto di innalzamento della soglia nocicettiva (diminuzione del dolore) che la fede induce a livello psichico (diminuzione VAS) e fisico (diminuzione area iperalgesica) con un relativo potenziamento della terapia farmacologia (diminuzione di assunzione di farmaci).

SECONDA PARTE

Interpretazione teologica

Il dolore denota, secondo le due definizioni, un’esperienza psicofisica ossia sensoriale ed emotiva spiacevole, associata a un danno reale e potenziale del tessuto. La Scuola Fiorentina connota, inoltre, alcuni fattori specificanti molto importanti; nella percezione dolorifica sono in causa fattori individuali, culturali e religiosi diversi, i quali esigono, per un inquadramento, la partecipazione non solo delle branche della medicina e della biologia, ma anche di quelle delle scienze umane.

Nel contesto di questa pluralità, con particolare attenzione al grado di spiritualità del soggetto, è stato studiato, insieme ai Farmaci anti-infiammatori non steroidei (FANS), l’influsso terapeutico

della musica e della preghiera meditativa, leggendo attentamente qualche brano del Vangelo. Le varie tabelle evidenziano un notevole potenziamento degli effetti terapeutici sulla intensità del dolore in soggetti affetti da Cefalea muscolare, sia nel miglioramento psichico (diminuzione della VAS) che in quello fisico (diminuzione del diametro dell’area iperalgesica).

Quanto alla musicoterapia va precisato che si tratta di una tecnica che utilizza il suono, cioè la musica, il movimento e gli strumenti corporei, sonori e musicali per determinare un processo storico di vincolo, tra il terapeuta e il suo paziente o gruppi di pazienti. L’obiettivo di tutto il processo terapeutico tra il terapeuta e il suo paziente mira a migliorare la qualità della vita e a riabilitare e recuperare i pazienti per la società.

Per quanto riguarda la preghiera si tratta di un rapporto dialogale tra Dio e la persona umana che medita su un testo del Vangelo, in cui Dio e l’uomo si parlano e si ascoltano reciprocamente. La preghiera, in quanto primariamente fenomeno religioso, distingue pertanto l’uomo credente dall’uomo agnostico. La preghiera è, come la religione, un fattore universalmente presente in tutte le pietà popolari e nelle più variate culture; in quanto dialogo religioso, la preghiera presuppone il credo in un Dio personale, presente per parlare, ascoltare, comunicare e comunicarsi.

Premesse queste chiarificazioni si giunge alla spiegazione filosofico-teologica degli effetti terapeutici dei farmaci, della musica e della preghiera, partendo dal concetto di dolore come passione¹ per attuare la riparazione (terapia) del disordine dovuto al peccato originale (Fig.12).

Il dolore come passione

Il termine “passioni” appartiene al patrimonio cristiano e significa emozioni o moti della sensibilità, che spingono ad agire o a non agire in vista di ciò che è sentito o immaginato come buono o come cattivo.

Fig. 11 - Schema rappresentante l’effetto dell’input auditivo (musica) e visivo (lettura religiosa meditata) sulla funzione centrale e periferica

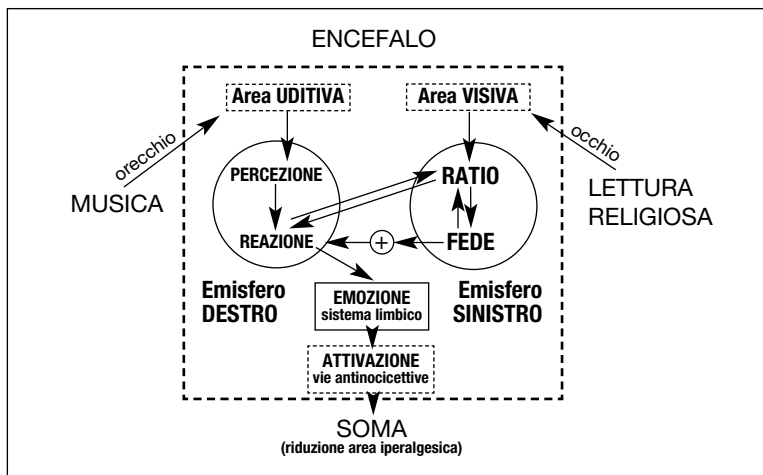
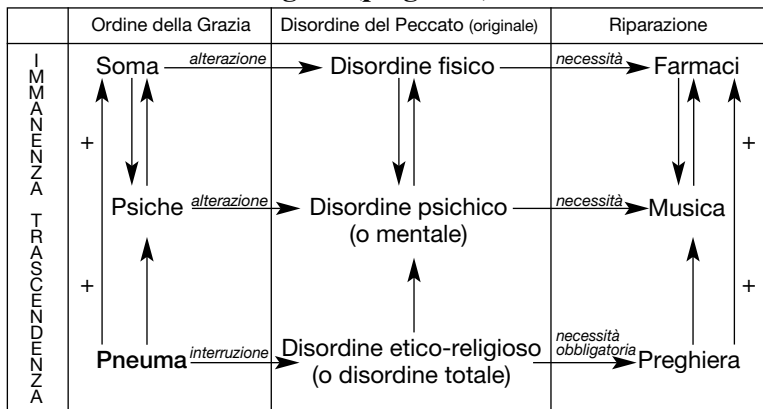


Fig. 12 - Riparazione (terapia) del disordine. Riparazione del disordine fisico (farmaci), del disordine psichico (musica), del disordine etico-religioso (preghiera)



Queste emozioni sono componenti naturali della psiche umana e fanno da tramite e assicurano il legame tra la vita sensibile e la vita dello spirito². Le principali passioni sono l'amore e l'odio, il desiderio e il timore, la gioia, la tristezza e la collera³. San Giovanni della Croce conosce quattro passioni naturali, cioè la gioia, la speranza, il timore e il dolore⁴. Egli chiama naturali e involontari quei moti a cui la volontà non partecipa né prima né dopo. Poiché in questa vita è impossibile eliminarle⁵. Infatti, in se stesse, le passioni non sono né buone né cattive, ma neutrali. Tuttavia nella misura in cui dipendono o no dalla ragione e dalla volontà, c'è in esse il bene o il male morale. Perciò, le emozioni e i sentimenti possono essere assunti nelle virtù, o pervertiti nei vizi. Questa capacità umanizzante e, quindi, morale del dolore in quanto passione o moto sensoriale ed emotivo, serve come principio interpretativo. Ne trovo una conferma nel caso di Saul raccontato nel primo libro di Samuele: «“Sia lecito ai tuoi servi parlare alla tua presenza: possano essi cercare per il nostro Signore un uomo che sappia cantare al suono della cetra; così, quando sarà su di te il divino spirito maligno, egli canterà accompagnandosi con la mano e tu potrai averne bene”. Saul disse ai servi: “Cercatemi un uomo che sia buon citaredo e conducetemelo”. Prese la parola uno dei cortigiani: “Ecco, ho visto un figlio di Jesse il betlemita: sa suonare la cetra...”. Perciò Saul mandò a dire a Jesse: “Rimanga David al mio servizio, poiché ha trovato grazie ai miei occhi”. In tal modo, quando lo spirito divino investiva Saul, David prendeva la cetra e cantava suonando con la mano, Saul ne aveva conforto e bene: lo spirito maligno si allontanava da lui”» (*ISam* 16, 16-23). Il Catechismo della Chiesa Cattolica precisa in questa situazione tematica che, nella vita cristiana, lo Spirito Santo compie la sua opera mobilitando tutto l'essere, compresi i suoi dolori, i suoi timori e le sue tristezze, come è evidente

nell'Agonia e nella passione del Signore. In Cristo, i sentimenti umani, quindi anche il dolore, possono ricevere la loro perfezione nella carità e nella beatitudine. Ecco perché questa dottrina cattolica sulla moralità delle passioni mi serve da fonte per spiegare gli effetti terapeutici in questione. Il dolore come esperienza psicofisica spiacevole, avvertita a livello sensoriale ed emotivo, e associata a un danno reale e potenziale del tessuto, è una reazione organica di carattere spontaneo ossia naturale. Per la spiegazione teologica è della massima importanza, che l'emozione del dolore come passione è una componente naturale della psiche umana, che fa da tramite e assicura il legame tra la vita sensibile ed emotiva del corpo e la vita intellettuale e affettiva dell'anima.

I dati della scienza

L'effetto di potenziamento dello stimolo musicale sulla terapia farmacologica, indotto da uno stimolo esterno dalla audizione musicale e/o da quello interno del dialogo religioso della preghiera, ci collega, dal punto di vista scientifico, con il Sistema Nervoso Centrale. Il cervello, infatti, è diviso in due emisferi: uno sinistro, l'altro destro. Il sinistro controlla la logica, il razionale ed i simboli, quello destro esamina l'aspetto intuitivo, emozionale, artistico. Interessante rilevare che il cervello sinistro è dominante perché è quello della parola e della intellettualizzazione. Rilevo ancora, come dato importante, che il cervello destro è capace di elaborare le forme, i suoni, le emozioni. In base a questi dati della scienza, la percezione musicale può attivare il processo emozionale del dolore e indurre l'emisfero destro del cervello a una reazione gratificante verso la sofferenza e il danno fisico introdotto dalla patologia.

La spiegazione filosofico-teologica

Il discorso scientifico sul cervello, con i suoi due emi-

sferi, porta il teologo a fermarsi, prima, sui costitutivi dell'uomo ossia sulla sua unità di anima e di corpo. Riconoscendo di avere un'anima spirituale e immortale, l'uomo non sbaglia quando si riconosce superiore alle cose corporali e si considera più di una particella della natura o di un elemento anonimo della città umana⁶. Da qui l'importanza di un discorso filosofico sull'intelletto e sulla volontà ossia sulle potenze spirituali dell'anima.

Unità di anima e di corpo

L'importanza delle facoltà spirituali deriva dal fatto che ogni uomo è una unità di anima e di corpo, in cui il corpo è umano, proprio perché animato dall'anima spirituale⁷. Per il fatto che l'anima è la forma del corpo, l'intelletto e la volontà, proprio perché facoltà dell'anima spirituale, possono esercitare un influsso determinante sul corpo e le sue passioni o emozioni sensoriali. È quanto si intende spiegare considerando l'efficacia della musica sull'intensità del dolore in soggetti affetti da cefalea muscolo-tensiva, sia nel miglioramento psichico (diminuzione della VAS) che in quello fisico (diminuzione del diametro dell'area iperalgesica). Si parte dalla constatazione che il dolore, come tale, non è oggetto proprio dell'intelletto e, di conseguenza, neppure della volontà. Tuttavia l'unità ontologica tra *soma*, *psyche*, *pneuma*, in quanto elementi costitutivi di ogni persona umana, implica non solo la possibilità, ma anche la reale effettività di un legame tra le sensazioni e le emozioni del corpo e le operazioni squisitamente spirituali dell'anima. Si puntualizza con San Tommaso che ciò non compromette l'intrinseca spiritualità dell'anima, perché una possibile ed effettiva dipendenza dal corpo, da parte dell'anima non è "soggettiva" ma "oggettiva". Infatti, quando le operazioni spirituali richiedono il corpo, ciò non è richiesto come strumento causale efficiente, ma soltanto come un mezzo di ordine causale formale. Si spie-

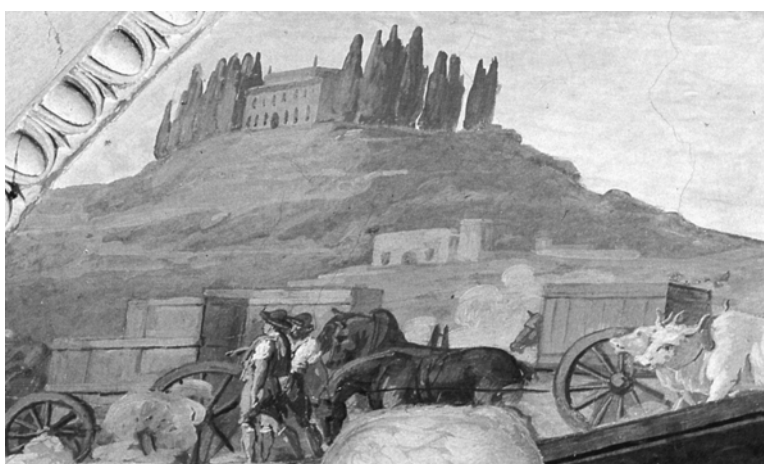
ga che *l'intelligere* (l'intus-legere = leggere dentro da parte dell'intelletto) non si attua mediante un organo corporeo, ma necessita solo di un oggetto corporeo. Ecco come si esprime l'Aquinate: "Si deve dire che l'intendere (la conoscenza intellettuale) è operazione propria dell'anima se si considera il principio da cui nasce l'operazione; non nasce infatti dall'anima per mezzo di un organo corporeo come la vista mediante l'occhio; il suo legame col corpo riguarda l'oggetto: infatti i fantasmi, che sono gli oggetti dell'intelletto, senza il concorso degli organi corporei non possono

fatti, l'unicità ontologica della persona del paziente non ammette una spartizione dualistica tra sensazioni emotive del corpo e operazioni spirituali dell'anima. Non solo l'anima, ma anche il corpo appartiene all'essenza, alla sostanza dell'uomo. L'uomo è persona, vale a dire, un sussistente nell'ordine dello spirito, grazie all'atto dell'essere unico e irripetibile dell'anima. Il suo atto dell'essere è prioritariamente atto dell'essere dell'anima e, mediante l'anima, diviene anche atto dell'essere del corpo¹⁰. Per questo, l'effetto di gratificazione e potenziamento dello stimolo musicale

tutte le dimensioni della vita. Tutto l'uomo è stato potenziato dall'irradiazione della sua amicizia con Dio, ossia della intimità divina, di modo che egli non avrebbe dovuto né morire né soffrire. In altre parole, l'uomo è stato costituito in uno stato di armonia interiore, di armonia tra l'uomo e la donna, e infine di armonia tra la prima coppia e tutta la creazione. L'uomo era integro e ordinato in tutto il suo essere, perché libero dalla triplice concupiscenza che lo rendeva schiavo dei piaceri dei sensi, della cupidigia dei beni terreni e dell'affermazione di sé contro gli imperativi della ragione¹¹. L'Aquinate annota giustamente: "Passioni, come il timore e il dolore, che hanno per oggetto il male del soggetto medesimo in cui si trovano, sono incompatibili con la perfezione dello stato primitivo"¹². Preciso, perché molto importante, questa armonia della giustizia originale che Dio, nel suo disegno, aveva previsto per l'uomo, è andata perduta per il peccato dei nostri progenitori. L'armonia nella quale Adamo ed Eva erano posti, grazie alla giustizia originale è distrutta; la padronanza delle facoltà spirituali dell'anima sul corpo è infranta; l'unione dell'uomo e della donna è sottoposta a tensioni; i loro rapporti saranno segnati dalla concupiscenza e dalla tendenza all'asservimento. L'armonia con la creazione è spezzata: la creazione visibile è diventata aliena e ostile all'uomo. A causa dell'uomo, la creazione è sottomessa alla caducità; l'uomo tornerà in polvere, quella polvere dalla quale è stato tratto¹³.

Tutto ciò evidenzia che "la subordinazione del corpo all'anima e delle facoltà inferiori alla ragione non era dovuta alla natura; altrimenti sarebbe rimasta anche dopo il peccato, poiché le doti naturali sono rimaste anche nei demoni dopo il peccato. È chiaro quindi che anche la prima subordinazione, cioè la subordinazione della ragione a Dio, non dipende esclusivamente dalla natura, ma dal dono soprannaturale della grazia"¹⁴.

Da quanto esposto la spie-



esistere"¹⁸. Nell'uomo si dà una sola anima, quella razionale, che svolge anche le operazioni delle anime inferiori, vegetativa e sensitiva. Infatti "pur essendo semplice quanto all'essenza, l'anima è potenzialmente molteplice in quanto è principio di svariate operazioni; e poiché la forma perfeziona la materia in ordine non solo all'essere ma anche all'agire, è necessario che l'anima, benché sia forma unica, perfezioni le parti del corpo in svariati modi, come conviene a ogni singola operazione"¹⁹.

Ecco perché lo stimolo esterno della musica, oggetto proprio dell'orecchio, organo corporeo, per essere gratificante e potenziamento della terapia farmacologica, deve essere oggetto della facoltà spirituale dell'intelletto. Per interferire positivamente con l'azione del farmaco, lo stimolo sonoro deve ancora diventare oggetto dell'intelligenza ossia causa formale. In-

a livello corporeo o somatico viene causato dalla sua ricezione da parte dell'anima ossia dall'influsso delle facoltà spirituali sull'organismo. Da questa spiegazione di carattere più filosofico passo ora a quella più particolarmente teologica.

La musica e la riparazione dell'armonia intra-personale

Interpretando autenticamente, cioè con l'autorità concessa da Dio stesso, la Chiesa insegna che il primo uomo non solo è stato creato buono, ma è stato anche costituito in uno stato di amicizia con il suo Creatore e in un'armonia con se stesso, con il prossimo e con la creazione. I nostri progenitori Adamo ed Eva sono stati costituiti in uno stato "di santità e di giustizia originali", vale a dire, in uno stato "di partecipazione alla vita divina" e, di conseguenza, in uno stato di *potenziamento* di

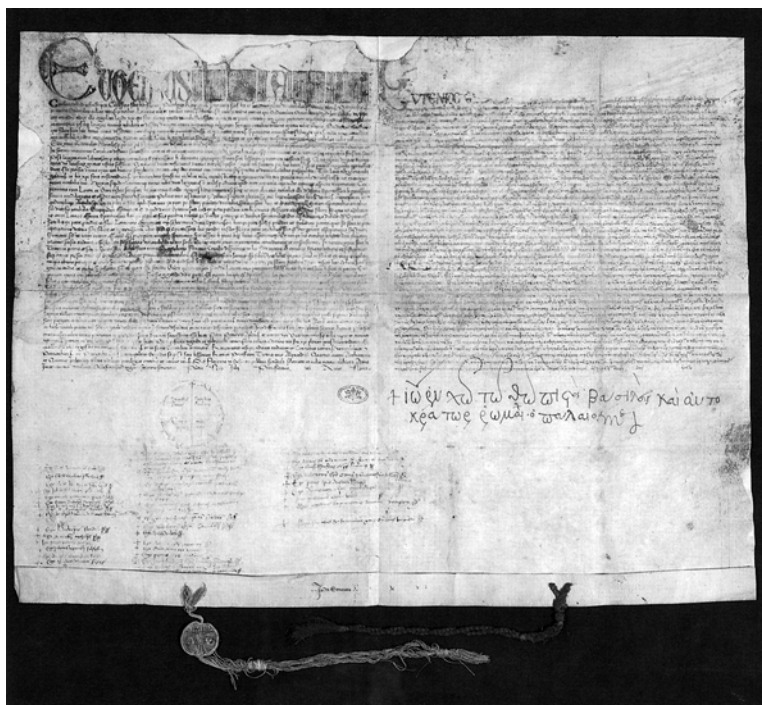
gazione teologica del potenziamento dello stimolo della musica potrebbe essere questa. Il dolore come passione, cioè sensazione emotiva del corpo, non essendo più subordinato alla ragione, produce uno stato di disarmonia tra anima e corpo. Il ricorso alla musicoterapia denota, secondo le varie tabelle, che lo stimolo musicale potenzia il trattamento farmacologico sia a livello psichico che fisico. La musica compie, effettua così una maggiore riparazione dell'armonia nella persona dolorante. Tra la sua anima e il suo corpo, tra soma e psiche ha luogo una minore disarmonia. Come mai? Percepita come *oggetto* dalle facoltà spirituali, dall'intelletto e dalla volontà, la musica classica agisce in maniera gratificante e fortificante sul dolore. Questa razionalizzazione dello stimolo musicale rende il dolore non solo più sopportabile, ma ne diminuisce anche la soglia. La natura dell'uomo e la grazia di Dio si servono della musica classica per ristabilire maggiormente l'armonia perduta tra il corpo e l'anima. La musicoterapia entra così nel disegno creatore di Dio con l'uomo della scienza e della tecnica, chiamato a "dominare" la terra come "amministratore". A immagine del Creatore, "che ama tutte le cose esistenti" (*Sap* 11, 24), l'uomo partecipa alla Provvidenza divina verso le altre creature. Da qui la sua responsabilità nei confronti del mondo che Dio gli ha affidato¹⁵. Questa spiegazione sembra trovare una plausibile conferma nella spiegazione del potenziamento da parte della preghiera.

La preghiera e la riparazione interreligiosa

L'uomo, costituito in uno stato di santità cioè di amicizia con Dio, era destinato a essere pienamente "divinizzato" da Dio nella gloria. Sedotto dal diavolo, ha voluto diventare "come Dio", ma "senza Dio e antepoendosi a Dio, non secondo Dio"¹⁶. La Scrittura mostra le conseguenze drammatiche di questa prima disobbedienza. Adamo ed Eva

perdono immediatamente la grazia della santità originale. Hanno paura di quel Dio di cui si sono fatti una falsa immagine, quella cioè di un Dio geloso delle proprie prerogative¹⁷. Nella seguente spiegazione teologica è determinante, da una parte la rottura tra l'uomo e Dio, ossia la disarmonia religiosa, dall'altra la riparazione della armonia prodotta dalla preghiera. Infatti, paragonando l'entità del potenziamento indotto dalla musica con quello indotto dalla preghiera in entrambi i gruppi di soggetti, credenti e agnostici, si osserva un maggior effetto prodotto dalla lettura meditativa rispetto alla musica. Dai dati riportati si evidenzia che la

dire, della armonia intra-personale, inter-personale ossia sociale e cosmica, è stato il peccato, cioè l'allontanamento da Dio, Sommo bene assoluto, e un rivolgimento verso beni mutevoli e relativi, allora la riparazione radicale viene necessariamente prodotta dall'avvicinamento a Dio, Sommo bene e assoluto. In altre parole, se le disarmonie dell'uomo sono state causate da un suo atto di *disordine religioso*, è ovvio che la riparazione delle armonie esige, *in radice*, un atto di *ordine religioso*. Ora è fuor di dubbio che il ricorso alla preghiera costituisce questo atto di ordine, appunto perché implica un atteggiamento teologale di fe-



differenza tra musica e preghiera, è maggiore nei credenti che negli agnostici. Da questo risultato, si può ipotizzare un effetto di amplificazione che la fede induce a livello cognitivo sulla reazione emozionale e quindi sul potenziamento della terapia¹⁸.

Dunque si tratta di spiegare perché denotiamo un maggior risultato terapeutico a causa della preghiera meditativa cioè del rapporto dialogale dell'uomo con Dio. La spiegazione mi sembra relativamente semplice. Quando *la causa radicale* della perdita della giustizia originale, vale a

de, speranza e soprattutto di carità. "La rivelazione della preghiera nell'Antico Testamento si iscrive tra la caduta e il riscatto dell'uomo, tra la domanda accorata di Dio ai suoi primi figli «Dove sei?... Che hai fatto?» (*Gn* 3,9-13) e la risposta del Figlio unigenito al suo entrare nel mondo: «Ecco, io vengo... per fare, o Dio, la tua volontà» (*Eb* 10, 5-7) la preghiera in tal modo è legata alla storia degli uomini, è relazione a Dio nelle vicende della storia"¹⁹. In questo senso, la preghiera non è tanto un atto della facoltà spirituale dell'intelletto, quanto della facoltà

spirituale della volontà. Dice il più giovane dottore della Chiesa: "Per me la *preghiera* è uno slancio del cuore, un semplice sguardo gettato verso il cielo, un grido di gratitudine e di amore nella prova come nella gioia"²⁰. A ogni modo, da punto di vista teologico, è più che evidente che la riparazione radicale è anzitutto e soprattutto un atto della volontà. Per la più autorevole conferma di questa affermazione, viene lasciata la parola a San Tommaso: "Tutto l'ordine della giustizia originale si doveva al fatto che la volontà umana era sottomessa a Dio. Sottomissione che consisteva principalmente nella volontà che ha il compimento di muovere tutte le altre facoltà verso il fine. Perciò la volontà, con il suo allontanamento da Dio (*ex aversione a Deo*) ha portato il disordine in tutte le altre facoltà dell'anima. Ecco quindi che la privazione della giustizia originale, che assicurava la sottomissione della volontà a Dio, è l'elemento formale del peccato originale: mentre tutto il disordine delle altre facoltà ne è come l'elemento materiale... e tale disordine con nome generico si può chiamare concupiscenza"²¹. Si spiega, teologicamente, a livello causale il maggiore potenziamento della preghiera meditativa sui farmaci e la Musicoterapia. Con la preghiera l'uomo ripara *in radice* la causa della disarmonia tra corpo e anima. Infatti, riallacciando un rapporto dialogale con Dio, una relazione viva e personale con il Dio vivo e vero, Questi costituisce l'uomo di nuovo in uno stato di amicizia, di intimità con Lui. La spiegazione teologica della maggiore efficienza della preghiera sulla terapia farmacologica e sulla musica consiste nel fatto che la preghiera ripara lo stato di santità da cui ebbe origine lo stato di giustizia originale cioè di subordinazione del corpo all'anima, dell'anima a Dio. Dalla subordinazione pneumatica ossia trascendente dell'anima a Dio si irradia la subordinazione del corpo all'anima, alle sue facoltà spirituali dell'intelletto e della volontà. Il nostro studio

vuol essere una prova che la salvezza, già compiuta da Cristo e in Cristo, si manifesta, appunto, anche nella cura integrale dei malati.

Prof. PIERLUIGI ZUCCHI, S.O.
Direttore Istituto per lo Studio
e la Terapia del Dolore (I.S.T.D.).
Firenze, Italia
Centro Don Carlo Gnocchi,
Marina di Massa, Italia

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

Prof. MARIA ROSA
VOEGELIN
Docente di Fisica Medica,
Dipartimento di Fisiopatologia
Clinica, Università Studi,
Firenze, Italia

Bibliografia

- ABBAGNANO N., *Dizionario di Filosofia*, UTET, Torino, 2001.
- AGRIPPA H. C., *De occulta philosophia, sive de magia libri tres*, Cologne, 1533.
- ALDRIDGE D., *Creativity and Consciousness: Music Therapy in intensive care*, Arts in Psychotherapy 18 (1991) 359-362.
- AUERBACH S., *Beitrag zur lokalisation des musikalischen Talentes im Gehirn und am Schadel*, Arch. Anat. Physiol., (1906) 197-230.
- AURELIANUS, *Tardarum passionum libri V*, Basle (1529).
- BARNASON S., *The effect of music interventions on anxiety in the patient after coronary artery bypass grafting*, Heart Lung 24 (1995) 124-132.
- BENENZON R., *La nuova musicoterapia*, Phoenix Editrice, Roma, 1997.
- BYERS J.F., SMYTH K.A., *Effect on a music intervention on noise annoyance, heart rate, and blood pressure in cardiac surgery patients*, Am. J. Crit. Care, 6 (1997) 183-191.
- BRUGGE J.F., MERZENICH M.M., *Responses of neurons in auditory cortex of the macaque monkey to monaural and binaural stimulation*, J. Neurophysiol. 36 (1973) 1138-1149.
- BURTON, R., *The Anatomy of Melancholy*, Oxford, 1632.
- CALVERT G., BULLMORE E.T., BRAMMER M.J., CAMPBELL R., WILLIAMS S., MCGUIRE P.K., WOODRUFF P.W., IVERSEN S.D., DAVID A.S., *Activation of auditory cortex during silent lipreading*, Science, 276 (1997) 593-596.
- CAMPBELL D., *L'Effetto Mozart. Cursarsi con la musica*, Ed. Baldini-Castoldi, Milano, 1997-1999-2002.
- CARIANI P.A., DELGUTTE B., *Neural correlates of the pitch of complex tones I, Pitch and pitch salience*, J. Neurophysiol. 76 (1996) 1698.
- CARTESIO (Descartes R.), *Meditationes de Prima Philosophia* (1637). In: Abbagnano N., *Storia della Filosofia* UTET, Torino, 1982.
- Catechismo della Chiesa Cattolica (CCC, n.2752-2758), Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano, 1992.

COLUZZI R., *Musicoterapia e Gravidanza*, Il Minotauro Editore, Roma, 2004.

I Congresso Internazionale di Venezia "Le Neuroscienze e la Musica", organizzato dalla Fondazione Pier Franco e Luisa Mariani, Venezia, 25-27 ottobre, 2002.

FREUD S., *Die Traumdeutung* (1900) Ed. It. L'interpretazione dei sogni, Avanzini e Torracca, Roma 1968.

GRIMSLEY D.L., KARRIKER M.W., *Bilateral skin temperature, handedness and the biofeedback control of skin temperature*, J. Behav. Med., 19 (1996) 87-94.

HEAD H., *Studies in Neurology*, Oxford Med. Publ., 2 (1920) 560-593.

HEITZ L., SYMRENG T., SCAMMAN F.L., *Effect of music therapy in the post-anesthesia care unit: a nursing intervention*, J. Post-Anesth. Nurs., 7 (1992) 22-31.

HENSCHEN S.E., *Aphasia, Amusia und Akalkulie*. In: Klinische und anatomische Beiträge zur Pathologie des Gehirns, Nordiska Bokhandeln, Stockholm, vol. 5, 1920.

HONINGS B., *Iter Fidei et Rationis. Theologica, Moralia, Iura*. In: *I Theologica*, L.U.P., Roma, 2004.

HUGHES J.R., *The Mozart Effect on epileptiform activity*. Clin Electroencephalog., 29 (1998) 109-119.

IWANAGA M., *Relationship between heart rate and preference for tempo of music*, percept. Mot. Skills, 81(1995) 435-440.

IWANAGA M., TSUKAMOTO M., *Effects of excitative and sedative music on subjective and physiological relaxation*, Percept. Mot. Skills 85 (1997)287-296.

JONES J.G., *Historical overview of pain management undermedication to state of the art*. In: Sinatra, R. S., Hord, A.H., Ginsberg, B., Preble, L.M., (Eds), *Acute Pain: Mechanism and Management*, Mosby Yearbook, St. Louis, MO, 1992.

JONES R., HUX K., MORTON-ANDERSON K.A., KNEPPER L., *Auditory stimulation effect on a comatose survivor of traumatic brain injury*, Arch. Phys. Med Rehabil, 75 (1994) 164-171.

KANT E., *Kritik der Reinen Vernunft*, (1781), E. Laterza, Bari, 1958.

KAAS J.H., HACKETT T.A., *What and where processing in auditory cortex*, Nat. Neurosciences 2 (1999) 12-25.

KIRCHER A., *Magnes sive de arte magnetica opus tripartitum*, Ed. 3, Roma, 1654.

KLEIST K., *Gehirnpathologische und lokalisorische Ergebnisse über Horstungen, Geräuschaubheiten und Amusien*, Mschr. Psychiat. Neurol. 68 (1928) 853-871.

KLEIST K., *Sensory Aphasia and Amusia. The myeloarchitectonic basis*, Trans. F. J. Fish and J.B. Stanton, Pergamon Press, Oxford, 1962.

KNOBLAUCH A., *Über Storungen der musikalischen Leistungsfähigkeit infolge von Geirnlasionen*, Dt. Arch. Klein. Med., 43 (1888) 331-352.

LEW H.L., SLIMP J., PRICE R., MASSAGLI T.L., ROBINSON L.R., *Comparison of speck-evoked v tone-evoked P300 response: implications for predicting outcomes in patients with traumatic brain injury*, Am. J. Phys. Med Rehabil, 4 (1999) 367-371.

LIEGEOIS-CHAUVEL C., *Contribution of different cortical areas in the temporal lobes to music processing*, Brain 121 (1998) 1853-1861.

MACDONALD CRITCHLEY, HENSON, R.A., *La Musica e il Cervello*, Ed. Piccin, Padova, 1987.

MANAROLO G., *L'angelo della musica*, Edizione Omega, Torino (1996).

McFARLAND R.A., *Relationship of*

skin temperature changes to the emotions accompanying music, Biofeedback self Regul 10 (1985) 255-267.

MENDELSON J.R., SCHREINER C.E., SUTTER M.L., GRASSE K.L., *Functional topography of cat primary auditory cortex: responses to frequency modulated sweeps*, Exp. Brain Res. 94 (1993) 65-74.

MOREL J., BULLIER B., *Anatomical segregation of two cortical visual pathways in the macaque monkey*, J. Vis. Neuroscience, 4 (1990) 555-578.

NEGRI DELL'ANTONIO A., *Fisiologia e psicologia delle sensazioni*, Ed. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1994.

PLINIO IL VECCHIO, *Historiae Naturalis libri XXXVII*, Venezia, 1513.

RATZINGER J., BERTONE T., *Istruzione circa le preghiere per ottenere da Dio la guarigione*, (CDF), Libreria Editrice Vaticana, 2000.

SARAIVA MARTINS J., *La depressione. Fenomeno clinico, antropologia biblica, fede cristiana*, Dolentium Hominum, 55 (2004) 16-20.

SAKAI K., *Neural representation of a rhythm depends on its interval ratio*, J. Neuroscience, 19 (1999) 1074-1082.

SCARSO G., ROSSI A., MASCIÀ L., URCIOLI R., *La musica nella terapia del coma*, Ed. Minerva Medica, Torino, 2003.

SCHADEL H., *Liber Chronicorum* (Nuremberg Chronicle), Augsburg, 1497.

SCHOPENAUER A., *Scritti sulla musica e le arti*, Edizioni Discanto, Fiesole 1981.

SCHUPPERT M., MUNTE T.F., *Receptive amusia: evidence for cross-hemispheric neural networks underlying music processing strategies*, Brain 123 (2000) 546-559.

SIDTIS J.J., VOLPE B.T., *Selective loss of complex-pitch or speech discrimination after unilateral lesion*, Brain Lang 34 (1988) 235-241.

STAUM M.J., BROTONS M., *The effect of music amplitude on the relaxation response*, J. Music Ther., 37 (2000) 22-39.

STRAVINSKY I., *Poetics of Music*, Jamin, Paris, 1945.

SUTTER M.L., SCHREINER C.E., *Topography of intensity tuning in cat primary auditory cortex: single-neuron versus multiple neuron recordings*, J. Neurophysiol 73 (1995) 190-203.

TRAINOR U., *Music and speech processing in the first year of life*, Music Percept, 11 (1993) 185.

TRAMO M.J., BHARUCHA J.J., *Musical priming by the right hemisphere post-callosotomy*, Neuropsychologia, 29 (1991) 313-323.

TRAMO M.J., *Enhanced: music of the empires*, Contemp. Music Rev. 9 (1993) 113.

UNGERLEIDER L.G., MISHKIN M., *Visual behavior*. In: Ingle D.J., Goodale M.A., Mansfield R.J. (Eds), *Analysis of visual behavior*, R.J.W. (1982) 549-586.

VOLTERRA V., *Melancolia e musica. Creatività e sofferenza mentale*, Ed. Franco Angeli, Milano, 2003.

WACKENRODER W.H., *Fragment aus eine briefe*, Josephs Berlinger (1814).

SCHINDLER O., *La musicoterapia: proposta per una sistemazione categoriale ed applicativa*, Musica e Terapia, 2 (1993) 4-7.

WALKER J.S., EAKES G.G., SIEBELINK E., *The effect of familial voice intervention on comatose head-injured patients*, J. Trauma. Nurs., 2 (1998) 41-45.

ZATORRE R.J., PERRY D.W., *Functional anatomy of musical processing in listeners with absolute pitch and relative pitch*, PNAS 95 (1998) 3172-3177.

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

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

ZUCCHI P.L., HONINGS B., VOEGELIN M. R., *Effetto della lettura evangelica meditativa sulla area iperalgica e sulla percezione del dolore nella sindrome algica lombare*, Dolentium Hominum, 53 (2003) 44-51.

Centri di informazione sul suono

Institute for Music and Neurologic Function, Beth Abraham Hospital, 612 Allerton Avenue, Bronx, NY 10467

International Society for Music in Medicine, Ralph Sprintge, Director SportKrankenhaus Hellerson Paulmannshofer Strasse 17, D-5880 Ludenscheid, Germany.

MUSICA (Music and Science Information Computer Archive) c/o Dr. Norman M. Weinberger, Center for the Neurobiology of Learning and Memory, University of California, Irvine, CA 92717

Arizona State University c/o Barbara Cowe, Department of Music Therapy, Tempe, AZ 85287

The Naropa Institute c/o Laurie Rugenstein, 2130 Arapahoe Ave. Boulder, CO80302

Audio-Therapy Innovations, Inc. P.O. Box 550, Colorado Springs, CO 80901

Life Sounds, Chris Brewer, Director, P.O. Box 227, Kalispell, MT 59903

Music Educators National Conference (MENC), 1806 Robert Fulton Drive, Reston, VA 20191

The American Orff Schulwerk Association, P.O. Box 391089, Cleveland, OH 44139

The Suzuki Association of the Americas, 1900 Folsom Street 101, Boulder, CO 80302

American Association of Kodaly Educators, 1457 South 23rd Steet, Fargo, ND 58103

Kindermusik International, P.O. Box 26575, Greensboro, NC 27415

Musikgarten, 409 Blandwood Avenue, Greensboro, NC 2741

Center for Music and Young Children, Ken Guilmartin, Director, 66 Witherspoon Street, Princeton, NJ 08542

Don Campbell, P.O. Box 4179, Boulder, CO 80306

Music for the Mozart Effect, Vol. I-IV, Spring Hill Music, Box 800, Boulder, CO 80306

The Mozart Effect, Music for Children, Vol. I-IV, The Children's Group, 1400 Bayly Street, 7, Pickering, ON L1W 3R2

The Open Ear Center, Pat Moffit Cook, Director, 6717 NE Marshall, Bainbridge Island, WA 98110

Chalice of Repose Project, Therese Schroeder-Sheker, Coordinator, School of Music-Thanaology, 554 W Broadway, Missoula, Mt 59802

The International Association for Voice Movement Therapy & Voice Movement Training, Paul Newham, Director, P.O. Box 4218, London SE 22 OJE, U.K.

Centre Tomatis, Christian Tomatis, Directeur, 144 Ave. des Champs Elysées, Paris 75008, France

Diapason S.R.L., Via Caltanissetta 5, 20129 Milano, Tel: 02/58039053

American Music Therapy Association, 8455 Collesville Road, Suite 930, Silver Spring, MD 20910

Nordoff-Robbins Music Therapy Cli-

nic, New York Univrsity, 26 Washington Place, New York, N.Y. 10003

Temple University c/o Kenneth Bruscia, Department of Music Education and Therapy, 930 Park Mall, TU 298-00, Philadelphia, PA 19122

The Children's Group, 1400 Bayly Street 7, Pickering, ON L1W 3R2, Canada

Kindling Touch Publications, Dee Coulter, Director, 4850 Niwot, Longmont, CO 80503

Mid-Atlantic Institute for Guided Imagery and Music, Carol Bush, Director, Box 4655, Virginia Beach, VA 23454

Association for Music and Imagery, 331 Soquel Avenue, Suite 201, Santa Cruz, CA 95062

Southern California Center for Music and Imagery, P.O. Box 230386, Encinitas, CA 92024

The Bonny Foundation, 2020 Simmons Street, Salinas, KS 67401

Centri di Musicoterapia in gravidanza in Italia

La Culla Musicale
Centro di Musicoterapia pre e postnatale
Via della Libertà 9
16129 Genova (Italia) Tel. 010 580500
laullamusicale@fastwebnet.it

Centro di Musicoterapia Benenzon
Via Cristoforo Colombo 7
10070 Robassomero, Torino (Italia)
Tel. 011 9241088
www.centrobenenzon.it

Precorsi di preparazione alla nascita
Via Fratelli Bandiera 29
04100 Latina (Italia)
Via Leone IX 16
00165 Roma (Italia)
Tel. 0773 606050 - 0773 695256
info@plaim.org

Note

¹ Vedi le varie tabelle e figure.

² Vedi Catechismo della Chiesa Cattolica (CCC), 1763-1764.

³ Vedi CCC, 1772.

⁴ Vedi, Salita del Monte Carmelo, 1, 13,5.

⁵ Vedi Salita, 1, 11,2.

⁶ Vedi Costituzione pastorale sulla Chiesa nel mondo contemporaneo, Gaudium et Spes (GS), 14.

⁷ Vedi CCC, 364-366.

⁸ SAN TOMMASO, *De Anima*, 1 ad 12.

⁹ SAN TOMMASO, *De Anima*, 9 ad 14.

¹⁰ Vedi Battista Mondin, *Dizionario Enciclopedico del pensiero di San Tommaso D'Aquino*, Edizioni Studio Domenicano. Bologna 1991, p. 50.

¹¹ Vedi CCC, 374-377.

¹² SAN TOMMASO, *Summa Teologica*, I, 95 ad 2.

¹³ Vedi CCC 400; vedi anche Gn 3,7; 3, 11-13; Gn 3, 16; Gn 3, 17-19; Gn 2, 17; Rm 5,12.

¹⁴ SAN TOMMASO, *Summa Teologica*, I, 95, 1 in corpore.

¹⁵ Vedi CCC, 373.

¹⁶ Vedi CCC, 398; vedi anche Gn 3,3-11; Rm 5,19; Gn 3,5.

¹⁷ Vedi Rm 3, 23; Gn 3, 9-10, CCC, 399.

¹⁸ Vedi Figura 9 e 10.

¹⁹ CCC, 2568.

²⁰ SANTA TERESA DI GESÙ BAMBINO, *Manoscritti autobiografici*, C 25 r.

²¹ SAN TOMMASO, *Summa Teologica*, I-II, 82, 3.

Quella della pecorella smarrita è una delle parabole più famose della Sacra Scrittura. Un uomo che ha cento pecore ne lascia novantanove sulle colline e va in cerca di quella che si è smarrita. Allo stesso modo, il Padre celeste, il Buon Pastore, non vuole che nessuna di loro vada persa. Un buon pastore va sempre alla ricerca della pecorella smarrita.

Fin dalla nascita degli Stati moderni nel corso dei secoli recenti, i leader delle nazioni hanno considerato la sicurezza nazionale come una priorità. È vero che, nel passato, le minacce alla sicurezza sono arrivate sempre da oltreoconfine. In anni recenti, però, numerosi pericoli non provengono da fuori ma dall'interno dei singoli paesi: povertà, degrado ambientale, malattie infettive, crimine e terrorismo transnazionale organizzato sono solo alcuni esempi. Oggi si rende necessario un nuovo consensus sulla sicurezza e noi dovremmo rivolgere maggiore attenzione alle singole pecorelle smarrite, convincendo i leader politici che l'interesse di ognuna di queste è un valore centrale che merita gli venga riservata un'attenta cura. Il concetto di sicurezza umana è di vitale importanza affinché l'approccio centrato sull'uomo rientri tra i valori dei leader politici, in modo tale che la priorità dell'individuo sia interesse dell'amministrazione e della politica.

1. Cos'è la sicurezza umana

A partire dalla fine della Guerra Fredda, la struttura dei rapporti internazionali è cambiata in maniera drastica. Il fenomeno della globalizzazione, assieme alla liberalizzazione economica e al progresso della tecnologia informatica, stanno scuotendo la struttura dell'approccio tradizionale degli Stati sovrani. Tale processo accelera il livello di interdipendenza

del mondo, avendo portato non solo benefici alla popolazione, ma anche problemi, allargando il divario tra ricchi e poveri, a livello nazionale e internazionale.

Oggi, 1,1 miliardi di persone sono costrette a vivere con meno di un dollaro al giorno. I movimenti senza precedenti di persone, merci, denaro e informazione a volte accelerano la diffusione di problemi transnazionali. Il traffico di esseri umani, il contrabbando di armi e la propagazione di malattie infettive sono solo alcuni esempi. Inoltre, la fine della Guerra Fredda, contrariamente alle aspettative che avevamo all'epoca, ha dato vita a numerosi conflitti civili, le cui cause sono radicate nel contesto reli-



gioso, etnico ed economico, e che vanno ad aggiungersi al fenomeno dei rifugiati e degli sfollati all'interno di un Paese. Ognuna di queste sfide è interconnessa alle altre in maniera complessa.

Nel 1945, quando furono create le Nazioni Unite, la sicurezza di uno Stato, focalizzata sulla protezione dei confini e della popolazione, era la preoccupazione principale di quanti costruirono questo sistema. Era stato forgiato così l'ordine mondiale, basato su questo concetto tradizionale. Una delle principali giustificazioni dei governi militari dei Paesi dell'America Latina negli anni 60 era il concetto di sicurezza nazionale. Molti inno-

centi furono messi in prigione e a volte giustiziati in nome di questa sicurezza nazionale. Il Giappone ritiene che per superare le nuove e dirette minacce di cui abbiamo parlato prima, il solo concetto tradizionale di sicurezza dello Stato non sia più sufficiente.

Ogni essere umano ha un proprio potenziale e dovrebbe essere rispettato come persona a prescindere da nazionalità, razza, genere e altri dati personali. Il concetto basilare di sicurezza umana richiede un modello di svolta della sicurezza stessa, che passi dalle idee di sicurezza limitate allo Stato all'espansione del suo punto focale, per includere la prospettiva degli individui. La Sig.ra Sadako Ogata e il Prof. Amartya Sen, assieme ad altri 10 membri di spicco, nel maggio 2003, hanno presentato un rapporto sulla questione della Sicurezza Umana al Segretario Generale delle Nazioni Unite, Kofi Annan. Secondo il rapporto, la sicurezza umana deve proteggere l'essenza vitale di tutti gli esseri umani, in modo da accrescere la loro libertà e realizzazione, e richiedere una strategia di protezione per assicurare il loro sostentamento e la loro dignità.

Altri a volte si chiedono quale sia la differenza tra risposta umanitaria e sicurezza umana. Io dico che la risposta umanitaria è un concetto di aiuto e di soccorso in favore delle popolazioni che si trovano in situazioni enormemente difficili, ma si ferma qui. A volte ha connotazioni paternalistiche. La sicurezza umana permette agli individui di stare in piedi da soli, e le iniziative dei singoli sono di essenziale importanza.

2. Salute e sicurezza umana

Fra Akio Nemoto, sacerdote francescano, che ha trascorso molti anni in un *hospice* del Sudafrica per occuparsi dei

malati di HIV/AIDS, una volta mi ha raccontato la storia di un paziente dell'*hospice*.

Una madre che sapeva di essere prossima alla morte a causa dell'HIV/AIDS, scrisse una lettera alla sua amata figlioletta di tre anni, a condizione che la bambina la leggesse soltanto al raggiungimento del 16° anno di età, quando cioè sarebbe stata abbastanza matura per comprenderne il significato. Nella lettera la madre le spiegava come avesse contratto la malattia attraverso l'adulterio del padre, quanto amasse la figlia e che avrebbe voluto vedere il suo primo ragazzo. Questa storia ci dice che per tutte le persone la salute è sempre al primo posto, e come esse siano pronte a sacrificare ogni cosa per ricevere cure sanitarie appropriate.

Nonostante la salute sia un valore centrale per gli esseri umani, la realtà è ben diversa. In molti Paesi in via di sviluppo, i leader politici prestano più attenzione alla tradizionale sicurezza dello Stato. I fondi destinati alla salute e all'educazione sono i primi a essere tagliati quando un governo deve ridurre le spese, poiché molti leader considerano questi settori non essenziali e quindi di poco conto. Abbiamo visto che in diversi Paesi in via di sviluppo molti problemi associati alla carenza di buone cure sanitarie sono da imputare più a una mancanza di volontà politica e a un'amministrazione sbagliata che alla scarsità delle risorse. La sfida principale in questi casi è quella di convincere i leader di governo a rivolgere maggiore attenzione al campo medico-sanitario.

Il Prof. Mely Caballerlo-Anthony, assistente della Nanyang Technological University, ha ragione quando dice che "per far nascere volontà e impegno politico, gli uomini di governo devono essere convinti dei meriti della sicurezza umana. Ancor più importante, essi devono essere convinti che la sanità è una priorità per l'autorità e la politica. La strategia più ovvia, quindi, è quella di creare un chiaro legame tra la sicurezza umana e i va-

lori che fanno appello ai detentori del potere".

Al fine di raggiungere un tale obiettivo, deve esserci un sistema grazie al quale il tema della sicurezza umana sia ben introdotto. La società civile dovrebbe essere inclusa in un processo di formulazione di politiche sanitarie; se i leader politici non hanno una profonda consapevolezza dell'importanza delle cure sanitarie, la loro popolarità non sarà sostenuta. L'esistenza parallela della predisposizione a perdere tutto per salvare la propria vita e la mancanza di volontà politica di rivolgere la dovuta attenzione alla questione delle cure mediche dovrebbe essere corretta.

3. Iniziative del Giappone per rendere operativo il concetto di sicurezza umana

Credo che, a meno che non venga messo in pratica, il concetto di sicurezza umana perda la propria validità e il proprio riferimento. Con questa con-

menti. Anzitutto, pieno accesso delle persone a cure sanitarie avanzate. Secondo: il sistema di fornitura di acqua pulita che ha portato alla drastica riduzione delle malattie trasmissibili. La fornitura di acqua pulita rappresenta una condizione fondamentale per la salute. Terzo: eliminazione dei parassiti. Vorrei sottolineare che il successo giapponese si basa su una combinazione di sistema sanitario e sistema educativo molto avanzati".

Per combattere la povertà, pace, sicurezza e buon governo sono pre-requisiti. Questi tre elementi convinceranno ogni individuo della società che "domani potrà essere meglio di oggi", e la parola chiave più importante a questo fine è "speranza". Con la speranza nel cuore, le persone possono fare un investimento, possono fornire educazione, che è un investimento per il futuro, e possono prestare attenzione alla salute. Le persone possono permettersi di incontrare il loro partner con affetto e con rispetto, il che porta a uguaglianza di genere. Il



vinzione, il Giappone assume un ruolo guida per tradurre in concreto l'idea di sicurezza umana. Ciò si basa anche sulle esperienze del Paese. L'ex primo Ministro Ryutaro Hashimoto, nel suo discorso in Sudafrica nel 1999, spiegava tale background con le seguenti parole: "A tutt'oggi, il popolo giapponese gode della media più alta di longevità nel mondo, che oltrepassa gli 80 anni; tuttavia 50 anni fa tale media era soltanto di 50 anni. Tale successo è dovuto a tre ele-

Giappone ritiene che questo processo di sviluppo crei un senso di possesso tra le persone, sulla base del partenariato tra donatori e riceventi.

Negli incontri del G8 delle estati 1997 e 1998, il Giappone ha intrapreso un'iniziativa per costruire una rete d'azione tendente a combattere i parassiti in Asia e Africa, il che ha portato alla creazione di un Centro internazionale per lo studio dei parassiti presso la Mahidon University, di Bangkok. Nell'anno 2000, al

Summit del G8 di Okinawa, il primo Ministro giapponese Yoshiro Mori ha sottolineato l'importanza di combattere le malattie trasmissibili, giungendo alla creazione del "Fondo globale per la lotta contro HIV/AIDS, TBC e malaria". Per la prima volta, il Giappone ha attirato concretamente l'attenzione dei leader mondiali sulla questione di queste malattie trasmissibili, restringendo in questo modo il divario esistente tra le persone bisognose e l'agenda dei leader politici mondiali. Nel passato, i responsabili politici, anche i leader del summit, si preoccupavano in minor misura della salute di quanto facessero per la depressione, il lavoro e il tasso di scambio, ma ora si rendono conto dell'importanza di questo aspetto. Fin dalla sua creazione nel 2002, nel corso di tre anni di operazioni, il Fondo Globale ha raccolto quasi 4 miliardi di dollari USA ai quali il solo Giappone ha contribuito con 250 milioni di dollari USA. Il 30 giugno di quest'anno, il primo Ministro giapponese Junichiro Koizumi ha annunciato il nuovo impegno del Giappone con mezzo miliardo di dollari USA per il Fondo Globale per gli anni a venire. Il Fondo è stato creato in modo da riflettere il concetto di sicurezza umana. In ogni Paese, il suo meccanismo di coordinamento è stato stabilito in un processo di *decision making*, nel quale sono rappresentati, non solo i funzionari governativi, ma anche i delegati delle organizzazioni religiose e civili. Sebbene gli Stati abbiano molte responsabilità per la distribuzione dei servizi sanitari alla popolazione, c'è anche la consapevolezza che le capacità dello Stato sono limitate e quindi la sicurezza umana deve permettere alle organizzazioni non governative e a quelle internazionali di fornire tali servizi. La salute è troppo importante per essere lasciata nelle mani di poche persone. Questa teoria è applicabile anche alla consapevolezza delle popolazioni dei Paesi ricchi. Ai nostri giorni, le medicine per l'HIV/AIDS, la TBC e la malaria sono disponibili nei Paesi industria-

lizzati e i loro piccoli risparmi possono arrivare a salvare la vita di quanti vivono nei Paesi in via di sviluppo. Il Fondo Globale considera la salute di queste popolazioni un compito dei Paesi industrializzati. Anche questa è la realizzazione della sicurezza umana.

4. Progetto di Cure sanitarie di base (Lusaka, Zambia)

Vorrei dare un altro esempio concreto di progetto sanitario basato sul concetto di sicurezza umana. Il Governo Giapponese ha incorporato il principio di sicurezza umana nella sua politica di assistenza allo sviluppo internazionale. La *Japan International Cooperation Agency* (JICA), un'agenzia di realizzazione della *Official Development Assistance of Japan*, di cui è a capo la Sig.ra Sadako Ogata, ex Alto Commissario dell'ACNUR, sta lavorando per rendere più specificamente operativo il concetto.

Nel George Compound, vicino a Lusaka, la capitale dello Zambia, la JICA sostiene una serie di progetti sanitari, le cui attività sono realizzate da volontari della comunità. Alcuni insediamenti non pianificati furono creati da una rapida migrazione dai dintorni prima che la pianificazione urbana potesse arrivare. Queste persone migrarono principalmente dalle zone agricole a causa della depressione economica. Per la limitatezza delle cure sanitarie e per la carenza di sviluppo delle infrastrutture nella zona, il tasso di mortalità infantile dei bambini al di sotto dei cinque anni era del 15%. La mancanza di un sistema sanitario causò un'epidemia di colera durante la stagione delle piogge, assieme a un rapido aumento di TBC e varicella. Fin dal 1994, il Giappone ha fornito un aiuto in denaro per costruire un sistema di rete idrica. Ma ciò che è più importante è l'inizio di un modello comunitario sanitario di base nel 1997. Ridurre il tasso di mortalità infantile e migliorare le condizioni di salute e sanitarie è obiettivo di due attività principali: un programma di

crescente controllo da parte dello staff sanitario e di volontari formati dagli operatori sanitari della comunità. Un esperto sanitario ha detto che c'è stata una crescente consapevolezza nella comunità, per quanto riguarda l'importanza della salute e la necessità di migliorare la situazione nella loro zona. Il successo di queste attività e il completamento di una rete idrica ha portato a una significativa riduzione del numero di morti per colera: prima dell'inizio del progetto (1994) c'erano settanta morti ogni 10.000 persone e nel 2000 c'era un morto ogni 10.000 persone. È evidente anche un significativo miglioramento della salute dei bambini. La comunità ha creato inoltre un piccolo fondo per la manutenzione dei bagni pubblici e per le spese dei volontari. Questo progetto illustra che il sistema può essere realizzato là dove la gente della comunità è fiduciosa e possono essere sostenuti dei vincoli critici tra la comunità e il governo. È questo un caso in cui la salute per tutti è stata interpretata come dovere.

5. Fondo Fiduciario per la sicurezza umana

Nel 1999, il Giappone ha lanciato un'altra iniziativa per tradurre il concetto in azione. Si tratta della creazione di un Fondo Fiduciario per la sicurezza umana presso le Nazioni Unite, al quale, nel febbraio 2005, il Giappone ha contribuito all'incirca con 256 milioni di dollari USA. Applicando i concetti di "protezione" e di "aiuto concreto" nel suo operato, il Fondo, che fa della persona il punto centrale della propria azione, sostiene progetti diretti a proteggere e a consentire alle persone di accrescere le loro capacità di ripresa.

Il Fondo finanzia progetti che devono essere realizzati dalle organizzazioni delle Nazioni Unite e in collaborazione con organizzazioni che non siano dell'ONU per far avanzare l'impatto operativo del concetto di sicurezza umana. Il Giappone è lieto della

partecipazione della *Good Samaritan Foundation* come partner di UNICEF, OMS e di ogni altra organizzazione dell'ONU per la realizzazione di progetti. Queste organizzazioni saranno selezionate secondo i seguenti parametri:

- fornire benefici concreti e sostenibili alle persone e alle comunità minacciate nella loro sopravvivenza e dignità;

- realizzare un quadro di protezione e aiuto concreto comprendendo, in maniera completa, sia misure di protezione “partendo dall’alto” sia di aiuto concreto “partendo dal basso”;

- promuovere il partenariato con la società civile, organizzazioni religiose, ONG e altri enti locali e incoraggiare la realizzazione da parte di questi enti;

- far avanzare approcci integrati che, di preferenza, coinvolgano più di un’organizzazione nella pianificazione e nella realizzazione;

- indirizzare un’ampia scala di elementi interconnessi che tengano conto delle richieste multi-settoriali in materia di sicurezza umana, come ad esempio migrazioni per conflitti e per povertà, educazione

sanitaria e prevenzione dei conflitti;

- concentrarsi in quelle aree di sicurezza umana correntemente trascurate e evitare la duplicazione di programmi e attività esistenti.

La stima del budget di un progetto è all’incirca di un milione di dollari in un anno in casi ordinari, benché limiti più alti o più bassi non siano stati definiti esplicitamente. I requisiti preventivati dovrebbero essere calcolati sulla base della fattibilità e delle necessità di ogni progetto. Il preventivo può essere maggiore quando si tratta di progetti di natura globale, regionale o su più anni.

6. Conclusione

Il concetto di sicurezza umana è stato già messo in pratica. In questi tempi difficili di crisi e incertezze, il Giappone crede che le sicurezze umane offrano speranza. La speranza è la chiave per lo sviluppo delle popolazioni che si trovano in una situazione grave.

Il concetto è che il piccolo interesse di una pecorella

smarrita non sarà sacrificato in nome della sicurezza dello Stato il quale, piuttosto, si prenderà cura di ogni singola pecorella come se la cosa riguardasse tutte le altre pecore. Partnership, protezione e azione sono parole chiave per la sicurezza umana e il Giappone auspica che questo nuovo concetto di sicurezza sia ampiamente accettato per affrontare le nuove sfide.

Dott. SHIGEKI SUMI

Ambasciatore del Giappone presso le Organizzazioni Internazionali a Vienna,

Già Direttore Generale

Dipartimento delle Politiche Globali Ministero degli Affari Esteri del Giappone,

Già membro del Consiglio di amministrazione del Fondo Globale per la Lotta contro HIV/AIDS, TBC e malaria

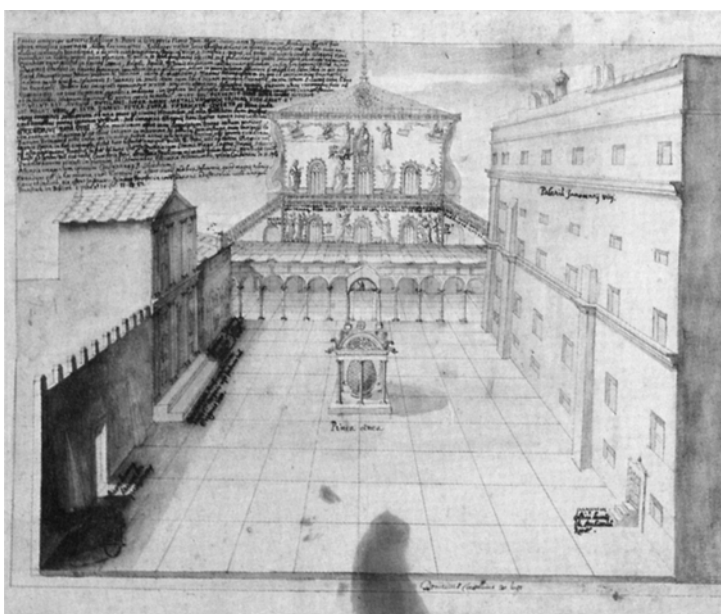
Bibliografia

Human Security Now, Commission on Human Security, New York 2003.

Overview of Health and Human Security Case Studies, Mely Caballero-Anthony 2002.

Communicable diseases and Japanese Foreign Policy, Kaoru Ishikawa 2004

Project: Human security, JICA FRONTER 2005, 6.



Malati in prigione, l'importanza dell'intuizione pastorale

1. Introduzione

Il tema di questo intervento può sembrare rivolto unicamente ai cappellani delle prigioni. A dire il vero, in principio questo studio era diretto proprio a loro, dato che tale argomento è trascurato dalla maggior parte dei testi sulla cappellania penitenziaria, che si focalizzano piuttosto sui problemi pastorali consueti. Il contenuto di questo intervento, tuttavia, può essere utile anche ai volontari che fanno visita ai detenuti, così come può servire al personale che opera nei penitenziari. Nel caso dei volontari, speriamo che la sua lettura contribuisca a una loro maggiore comprensione del significato del ministero pastorale nelle condizioni di isolamento carcerario.

L'articolo si concentra anzitutto sugli aspetti clinici e pastorali che il problema della malattia comporta. L'aspetto pastorale del problema è stato affrontato sotto forma di incoraggiamento a una percezione professionale delle condizioni di certe malattie nelle carceri, il che può generare un miglioramento del ministero pastorale.

I detenuti, solitamente, sono esposti alle stesse malattie di coloro che sono temporaneamente fuori di prigione o che godono di libertà permanente. Tuttavia, la selezione delle malattie da presentare in questo lavoro ha richiesto un'attenta considerazione, in quanto in carcere, particolari patologie possono svilupparsi in maniera differente rispetto alle condizioni di libertà.

2. L'aspetto neurologico

Molti detenuti commettono atti criminali o paracriminali, che comportano la possibilità di riportare ferite fisiche e disturbi neurologici prima di en-

trare in prigione. Danni del genere possono essere subiti anche durante la permanenza in un penitenziario – ad esempio in seguito a percosse da parte degli altri detenuti.

Uno dei gruppi neurologici comuni è quello delle ferite alla testa (Weiner, Levitt, 1994). Di conseguenza, avviene che gli ospedali delle prigioni ammettano pazienti con ferite alla testa che sono state autoinflitte (Szaszkiwicz, 1997, p. 114). Il suddetto gruppo di solito include disabili mentali o alcolisti che – sconsideratamente o in situazione di delirio – sbattono la testa contro il muro e altre superfici dure, con il risultato di riportare gravi lesioni, come la rottura della base del cranio, commozioni cerebrali ed ematomi. Un prigioniero può anche autoinfliggersi delle ferite con l'intenzione di farsi portare nell'infermeria della prigione in cui è già ricoverato un suo complice, ad esempio per poter comunicare con lui al fine di stabilire una linea comune di difesa durante il processo che si dovrà svolgere.

Inoltre, alcuni disturbi neurologici già acquisiti in libertà possono peggiorare durante la permanenza in carcere. Tra questi, bisognerebbe indicare i seguenti: emicranie (cfr. Diamond, Dalessio, 1986; cfr. Dalessio, 1987), vertigini (cfr. Weiner, Levitt, 1994), epilessia (cfr. Engel, 1989), insonnia e disturbi del sonno (cfr. Weiner, Levitt, 1994), disturbi neurologici derivanti dall'alcolismo (e.g. convulsioni, delirium tremens; cfr. Victor, Adams, Collins, 1971), disturbi neurologici che sono il risultato di malattie interne (cfr. Weiner, Levitt, 1994; secondo questi Autori, la prigione favorisce lo sviluppo di malattie del sistema digestivo, nonché cardiache).

L'isolamento carcerario può essere descritto come una si-

tuazione continua e permanente di pericolo e incertezza (nel senso fisico e anche psicologico; cfr. Moczydłowski, 1991, ad esempio), che può costituire un'ulteriore ragione per cui gli individui confinati in prigione possono risultare imprevedibili in un modo inconcepibile per gli individui liberi (cfr. Britton, 1999; cfr. Hollin, 2001, pp. 99-125; cfr. Harrower, 2001, pp. 9-40; cfr. Schneider, 1980). A questo punto, è necessario considera-



re anche la differenza esistente tra il mondo degli individui liberi e quello dei prigionieri.

Un'altra difficoltà che può sorgere nel comunicare con i prigionieri è la comparsa simultanea di malattie neurologiche con turbe psicologiche e disturbi della personalità.

3. Disturbi psicosomatici

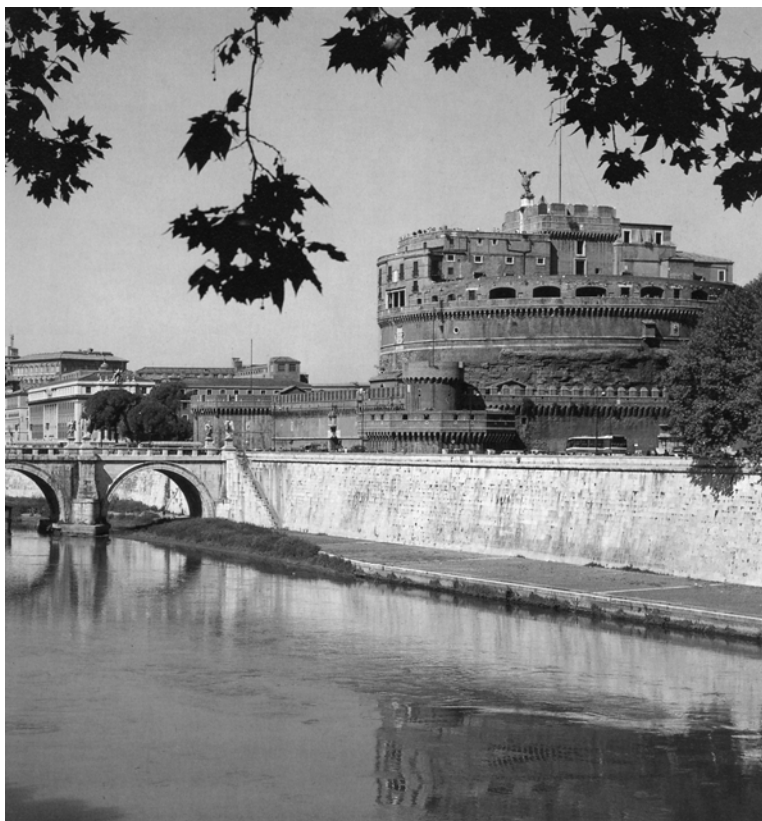
L'ipotesi alla base dei disturbi psicosomatici riguarda il ruolo della tensione emoti-

va, delle situazioni conflittuali e dei danni psicologici all'origine e nel corso di numerose malattie somatiche. Un approccio contemporaneo alla malattia presuppone una percezione multi-fattoriale dell'eziopatogenesi dei sintomi della malattia stessa, compresa l'esistenza di fattori non soltanto biologici, ma anche psicologici e sociali. A parte il loro indubbio impatto sul condizionamento del corso della malattia (che è di portata differente nel caso di pazienti differenti), gli ultimi fattori permettono di determinare l'approccio terapeutico appropriato (Jarosz, 1983). Nell'eziologia delle malattie psicosomatiche, F. Alexander, T. French and G. Pollock (1968) indicano, *inter alia*, situazioni di stress di frequente complessità, legate al conflitto centrale. Tali situazioni o risultano nel sollievo dei sintomi della malattia somatica oppure in un'escalation periodica dei sintomi stessi.

M. Sufczyńska-Kotowska, A. Golczyk-Wojnar, e M. Wojnar (2000, pp. 139-155) includono nella categoria dei disturbi psicosomatici l'asma bronchiale, l'ulcera peptica dello stomaco e dell'intestino, le coliti ulcerose e l'infiammazione dell'intestino, l'ipertensione arteriosa nonché la cefalea. E. Ścigała (1993) divide i disturbi psicosomatici in tre gruppi. Il primo include le malattie che hanno, come fattore eziologico, uno stimolo psicologico e vi include le seguenti affezioni: nevrosi vegetativa, cefalee derivanti da tensione psicologica, vomito abituale, anoressia mentale (anoressia nervosa), come pure alcuni tipi di obesità. Il fattore principale (benché non unico) comune alle malattie del secondo gruppo è costituito dai disturbi psicosomatici. Il gruppo include malattie quali: ulcera peptica dello stomaco e del duodeno, malattia infiammatoria intestinale (infiammazione dell'intestino), ipertensione essenziale (ipertensione arteriosa spontanea), malattia delle coronarie, asma bronchiale, malattie allergiche. Il terzo gruppo, infine, include quelle malattie in cui il fattore princi-

pale che aggrava il corso della malattia è il fattore psicologico. Di conseguenza, esso include diabete, ipertiroidismo e reumatismo primario cronico.

I disturbi psicosomatici possono indubbiamente peggiorare in condizioni di detenzione, in una situazione cioè correlata a una nozione largamente intesa di stress da prigioniero. Lo stress è legato a un pre-stress, derivante da un'attività criminale e dai rischi che essa comporta.



La ricerca riguardante la popolazione carceraria, da me condotta – tra l'altro – mediante il metodo dell'osservazione partecipata, ha mostrato che il prigioniero non ammette la propria paura, nonostante sia ovvio che il suo modo di vita ne sia largamente caratterizzato. Un tale approccio alla paura ha origine da una formula secondo cui "l'attacco è la miglior difesa", che costituisce una delle regole basilari della condotta criminale. Il termine "paura" sembra essere assente dalla condotta criminale, o almeno non viene menzionato durante le conversazioni con la grande maggioranza dei prigionieri, i quali sono intolleranti verso quei compagni in prigione che non

hanno paura di confessare la propria paura. Inoltre, la popolazione carceraria può essere caratterizzata dal tipo di paura che può essere denominata come paura criminale sub-culturale (la paura di essere un criminale) e paura sub-culturale da prigioniero (la paura che deriva dall'essere prigioniero). La prima sorge quando si commette un crimine, e si riferisce alla paura del male fisico, di riportare delle ferite, e, alla fine, di morire (e che è intesa

come la paura di essere uccisi, e non come la paura di non riuscire a salvarsi). La seconda si riferisce alla paura di sentirsi inferiori ed essere considerati una nullità. Allo stesso modo, si possono distinguere due tipi di stress, cioè lo stress sub-culturale criminale (che deriva dal fatto di essere un criminale) e lo stress sub-culturale carcerario (che deriva dall'essere prigioniero). Tutto ciò, a sua volta, è strettamente collegato ai disturbi psicosomatici.

4. Il carattere necrofilo

G. W. Allport descrive la personalità come l'organizzazione dinamica all'interno del-

l'individuo di quei sistemi psico-fisici che ne determinano l'esclusivo adattamento al proprio ambiente (1949, pp. 43-48). Secondo H.J. Eysenck, si tratta di un'organizzazione più o meno stabile e durevole del carattere, del temperamento, dell'intelletto e del fisico di una persona, che ne determina l'esclusivo adattamento all'ambiente (1970, p. 2). Entrambe le definizioni sono fondamentalmente identiche l'una all'altra, benché la seconda sia più dettagliata e strutturale della prima. S. Siek avanza una visione dinamica di personalità, che definisce l'organizzazione di istruzioni e modelli di reazione, creata come risultato dello sviluppo e dell'adattamento, così come destinati all'adattamento (1986b, p. 14).

Negli anni '20 e '30, il carattere era erroneamente identificato con la personalità. La struttura della personalità riguarda i seguenti elementi: temperamento, carattere, bisogni psicologici, impulsi, atteggiamenti, attitudini, valori, motivi e immagine di sé.

Secondo A.A. Roback, il carattere è una disposizione psico-fisica resistente agli impulsi repressi secondo un principio di regolazione (1952, p. 568). W. S. Mierlin descrive il carattere come l'individualità della personalità. A suo modo di vedere, il carattere è l'organizzazione dei tratti psicologici che si manifestano in certe situazioni soltanto e che condizionano una via individuale e specifica di adempiere a particolari disposizioni e attitudini sociali (Siek, 1986a, p. 121). H. Remplein dota il carattere di una dimensione ansiologica, considerandolo come un aspetto della personalità espresso nella capacità di percepire i valori come pure nell'aspirazione attiva per particolari valori (1963, p. 135). Nella sua opera dedicata al carattere, J. Pastuszka lo lega – tra le altre cose – alla volontà. Il termine “volontà” è ancora usato in filosofia e nella psicologia idealistica, mentre la psicologia contemporanea sperimentale ha sostituito il termine “atto(i) di volontà” con la nozione di “processo decisionale”. In effetti, la psicologia

contemporanea pone una sfida al modello classico dell'atto consapevole di volontà (particolarmente lo stadio di pensiero), considerando che la maggior parte delle nostre azioni è determinata a livello subconscio. A questo riguardo, la suddetta teoria riflette l'impatto della psicanalisi e dell'esistenzialismo. J. Pastuszka, al contrario, intende il carattere come un certo sistema della volontà, relativo al proprio autocontrollo, a obbedienza compatibile a particolari regole, alla costanza della propria condotta, come pure l'efficacia dell'operato della propria volontà (1962, pp. 25-29).

Il carattere necrofilo è qui mostrato in confronto al background della propria personalità – a motivo del fatto che il suo potere fatalistico è così forte da poter prevalere sulla personalità e usurparla interamente subordinandone gli elementi individuali a se stesso. Erich Fromm realizza una profonda analisi di un tale carattere (1999). Il termine “necrofilia”, in termini generali, sta per attrazione per tutto ciò che è morto. Esso era applicato nella descrizione di due diversi fenomeni, e cioè:

– necrofilia sessuale, i.e. il desiderio di un uomo di avere un rapporto sessuale o altro tipo di contatto sessuale con il corpo di una donna morta;

– necrofilia non sessuale, i.e. il desiderio di stare vicino ai cadaveri, di guardarli e toccarli e, anzitutto, di smembrarli.

Il suddetto termine, tuttavia, non era di solito applicato in riferimento a passioni radicate nel carattere. Fu Fromm ad andare oltre l'uso comune del termine, come risultato di uno studio da lui compiuto sulla biografia di figure brutali, tra cui Hitler. Secondo Fromm, “la necrofilia può essere descritta in un senso caratteriologico – come un'attrazione passionale, per tutto ciò che è morto, decadente e ammalato; essa rappresenta la passione di trasformare qualsiasi cosa viva in qualcosa senza vita; di distruggere per il proprio bene; di focalizzare l'intera attenzione su qualcosa di puramente meccanico. È la passione di fare a pezzi strutture viventi” (1999, p. 372).

La necrofilia, intesa come un disordine del carattere, e quindi un disordine della personalità, è un fenomeno molto raro. Infatti, è quasi impossibile incontrarne le tracce. Senza dubbio, tra la popolazione carceraria può anche esistere un individuo di questo tipo, e quindi il cappellano dovrebbe essere preparato a questa evenienza.

5. Una personalità disturbata

“Una personalità disturbata” viene anche definita con il termine di “psicopatia”. Questa parola, tuttavia, non è più usata dalla psicologia clinica contemporanea, in larga parte a motivo dell'influenza dell'umanesimo. In effetti, il termine “psicopatia” ha dato origine a numerosi equivoci. Per evitarli, alcuni Autori applicano ancora il vecchio termine, che considerano più espressivo. La letteratura americana introduce anche il sinonimo di “personalità asociale”. Altri termini comuni che si riferiscono alla suddetta nozione sono “personalità psicopatica” (termine collocato approssimativamente tra i termini di “personalità disturbata” e “psicopatia”), “sociopatia”, “caratteropatia”, “personalità sociopatica” e “personalità caratteropatica”. Tutti questi termini riguardano una personalità disturbata, benché ognuno di essi sottolinei un aspetto leggermente differente di questi disturbi.

Secondo A. P. Sperling, una personalità psicopatica è “la personalità di un individuo incapace, parzialmente o del tutto, di comprendere le norme etiche esistenti, il che risulta nel suo comportamento antisociale o immorale” (1995, p. 379).

J. Szostak afferma che “una personalità disturbata non è una malattia mentale, in quanto le persone affette da questo tipo di disturbo non mostrano i sintomi basilari di una malattia mentale – quali illusioni e allucinazioni, ad esempio. È quindi possibile diagnosticare una personalità disturbata come una condizione caratteriz-

zata da certe dinamiche, compresi i cambiamenti nelle aree particolari della propria vita psicologica con la dominazione dei disturbi emotivi" (2002, p. 54).

I tratti della personalità disturbata possono, ad esempio, essere legati all'immaturità psicologica (compresa l'immaturità emotiva, specialmente nella sfera dei sentimenti principali), disarmonia psicologica (l'esistenza di tratti reciprocamente contraddittori all'interno della personalità), la mancanza di rispetto per gli standard morali e legali (che porta alla convinzione estrema che "non c'è legge e non c'è moralità"), irresponsabilità, comunicazione sociale semplificata e basata sul desiderio, incapacità di prevedere le conseguenze delle proprie azioni, assenza di realismo nella programmazione, e, in definitiva, conflitti interni. Questo, quanto numerosi altri disturbi, sono legati tra di loro e formano dei gruppi in grado di distinguere almeno una dozzina circa di tipi di personalità disturbata (quali ad esempio, personalità evasiva, dipendente, nevrotica, schizoide, isterica e fanatica; oltre a ciò, è la personalità necrofila che, secondo me, costituisce il tipo più grave di personalità disturbata).

Il termine "personalità criminale" ha un significato più ampio della nozione di "personalità disturbata". Questo perché un atto criminale può essere non solo commesso da un individuo dalla personalità disturbata, ma anche da persone afflitte da psicosi, nevrosi o da individui che sono sotto l'influenza di agenti psicoattivi.

6. Psicosi e nevrosi

Le nevrosi sono considerate disturbi mentali meno gravi delle psicosi, dalle quali differiscono in quanto permettono la comprensione nella propria esperienza. Il sintomo principale delle nevrosi (psiconevrosi) è la paura (Haslam, 1997, pp. 295-331). Le differenze tra psicosi (uno psicotico) e nevrosi (un nevrotico) sono espresse chiaramente da A. P. Sperling (1995, pp. 337-

341). La nevrosi rende difficile il controllo della realtà. Un nevrotico, tuttavia, capisce la realtà e la percepisce nel modo giusto. Di conseguenza, a parte l'area dei sintomi, egli mantiene un contatto normale con il proprio ambiente. Uno psicotico, al contrario, è completamente sprovvisto (privo) di questo contatto. Egli non può, o non desidera, verificare la veridicità dei suoi giudizi confrontandoli con i fatti da



notare, il che porta alla scomparsa della distinzione tra fantasia e realtà. Cercando di mantenere l'immagine di se stesso, uno psicotico non solo distorce la realtà, ma arriva perfino a negarla completamente. Oppresso dalle proprie distorsioni del mondo, egli non si rende conto della sua realtà esteriore.

Le psicosi possono essere funzionali (quando non è stato individuato nessun cambiamento al sistema nervoso; l'unico fatto che si può individuare è che la personalità non funziona adeguatamente) e organiche (caratterizzate dall'occorrenza di cambiamenti fisici).

La prigioniera, infatti, crea condizioni favorevoli allo sviluppo di psicosi e nevrosi. Ne deriva, tra l'altro, "la seconda vita della prigioniera" – cioè una specifica comunicazione tra gli stessi prigionieri e tra i prigionieri e le guardie carcerarie. La seconda vita della prigioniera offre il suo sistema morale nonché la sua base normativa e legale.

7. La preoccupazione del cappellano della prigioniera

Questo intervento non tratta il problema dei detenuti dipendenti da agenti psicoattivi

(quali, tra l'altro, alcool, droga e medicinali). L'ampia portata come pure l'alta intensità di questo problema rappresentano una fonte appropriata per un articolo separato. A questo punto, tuttavia, occorre ricordare che i suddetti agenti psicoattivi possono costituire un background favorevole per l'insorgere di psicosi organiche, ad esempio, e possono anche svolgere un ruolo significativo nella genesi di altri disturbi.

La psicologia pastorale suggerisce che il cappellano delle prigioni dovrebbe avere la preoccupazione di introdurre i prigionieri in una vita basata su un'armonia intesa in senso ampio (Woźniak, 2002b, pp. 77-79). Tale armonia può avere almeno 11 dimensioni: 1) tra la sfera spirituale, psicologica e corporale; 2) all'interno della sfera della propria immagine di sé; 3) nell'uso del tempo; 4) nello stile di vita; 5) tra la mente e le emozioni, o i sentimenti; 6) tra gli strati più intimi della persona (un riferimento all'analisi transazionale); 7) tra i bisogni, i valori e le norme; 8) nella comunicazione tra l'uomo e Dio; 9) nelle relazioni interpersonali; 10) nelle relazioni tra un individuo e un gruppo; 11) nel contatto con l'ambiente natura.

Il cappellano può diventare un oggetto da manipolare, tanto a livello conscio quanto inconscio. Egli può essere usato da un prigioniero che vuole godere di buona reputazione da parte del cappellano, ad esempio. Una manipolazione inconsapevole, d'altro lato, può essere effettuata da un prigioniero psicotico. Considerate le suddette condizioni, il fatto di possedere un feeling per la manipolazione da parte del cappellano aumenterà indubbiamente la sua influenza positiva sui prigionieri.

I complessi problemi che riguardano i carcerati, con i loro disturbi e le loro malattie, richiedono, da parte del cappellano, una certa intuizione (cfr. Woźniak, 2002a, pp. 465-472). Egli dovrebbe adattare le sue azioni tanto al tipo di penitenziario come pure ai singoli carcerati, caratterizzati da un particolare tipo di personalità,

di tipo criminale, o da una specifica malattia. Infatti, è responsabilità del cappellano rispettare la legge riguardante tanto i penitenzieri, quanto i prigionieri. Egli è obbligato a conformarsi alle regole di sicurezza e di ordine pubblico e ad altri regolamenti esistenti nel carcere. Inoltre, è legato anche al segreto d'ufficio.

P. WALDEMAR WOŹNIAK
*Istituto di Psicologia
Università Cardinale
Stefan Wyszyński
Varsavia, Polonia*

Bibliografia

- ALEXANDER F., FRENCH T., POLLOCK G., *Psychosomatic Specificity*, University of Chicago Press, Chicago, 1968.
ALLPORT G.W. *Personality. A Psychological Interpretation*, Constable and Comp., London, 1949.
BRITTON P., *Profil mordercy* (orig. title: *The Jigsaw Man*). Oficyna Wydawnicza De Facto, Poznań, 1999.
DALESSIO D., *Wolf's Headache and*

Other Head Pain, Oxford University Press, New York, 1987.

DIAMOND S., DALESSIO D., *The Practicing Physician's Approach to Headaches*, Williams & Wilkins, Baltimore, 1986.

ENGEL J., *Seizures and Epilepsy*, FA Davis, Philadelphia, 1989.

EYSENCK H. J., *The Structure of Human Personality*, Methuen, London, 1970.

FROMM E., *Anatomia ludzkiej destrukcyjności* (orig. title: *The Anatomy of Human Destructiveness*), Dom Wydawniczy REBIS, Poznań, 1999.

HARROWER J., *Psychology in Practice: Crime*, Hodder & Stoughton, London, 2001.

HASLAM M., *Psychiatria* (orig. title: *Psychiatry*. Made Simple Books), Zysk i S-ka Wydawnictwo, Poznań, 1997.

HOLLIN C. R., *Psychology and Crime. An Introduction to Criminological Psychology*, Routledge, Sussex - New York, 2001.

JAROSZ M., *Psychologia lekarska*, PZWL, Warszawa, 1983.

MOczyDŁOWSKI P., *Secret Life in Polish Prisons*. Indiana University Press, Indiana, 1991.

PASTUSZKA J., *Charakter człowieka*, TN KUL, Lublin, 1962.

REMPLIN H., *Psychologie der Persönlichkeit*, Reinhard, München, 1963.

ROBACK A.A., *The Psychology of Character*, Routledge and Kegan, London, 1952.

SCHNEIDER H.J., *Das geschäft mit dem verbrechen. Massenmedien und Kriminalität*, Kindler Verlag GmbH, München, 1980.

SIK S., *Formowanie osobowości*, Akademia Teologii Katolickiej, Warszawa, 1986a.

SIK S., *Struktura osobowości*, Akademia Teologii Katolickiej, Warszawa, 1986b.

SPEERLING A.P., *Psychologia* (orig. title: *Psychology*. Made Simple Books). Zysk i S-ka Wydawnictwo, Poznań, 1995.

SUFFCZYŃSKA-KOTOWSKA M., GOLCZYK-WOJNAR A., WOJNAR M., *Zaburzenia psychosomatyczne*. In: A. Popielarska, M. Popielarska (ed.). *Psychiatria wieku rozwojowego*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2000.

SZASZKIEWICZ M., *Tajemnice gryperski*. Wydawnictwo Instytutu Ekspertyz Sądowych, Kraków, 1997.

SZOSTAK J., *Psychologia sądowa*. Wyższa Szkoła Handlu i Prawa im. Ryśzarda Łazarskiego, Warszawa, 2002.

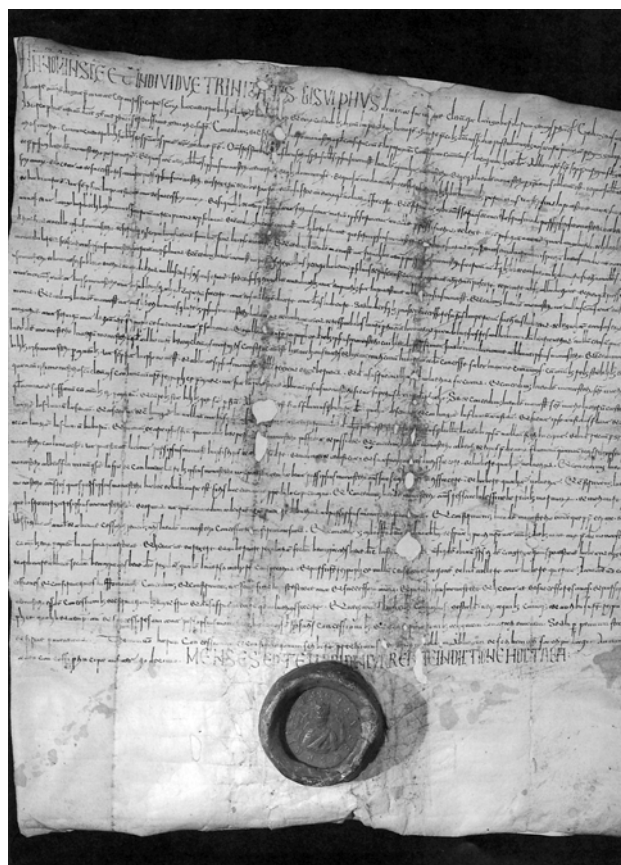
ŚCIGAŁA E., *Poznawcze uwarunkowania choroby wieńcowej i zawału serca*. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań, 1993.

VICTOR M., ADAMS R., COLLINS G., *The Wernicke-Korsakoff Syndrome*, FA Davis, Philadelphia, 1971.

WEINER H.L., LEVITT L.P., *Neurology*, Williams & Wilkins, Baltimore, 1994.

WOŹNIAK W., *Duszpasterstwo Zakładów dla Nieletnich*. In: P. Kurzeła, A. Liskowacka (ed.). *Umiłować Chrystusa. Program duszpasterski na rok 2002/2003*, Komisja Duszpasterstwa Ogólnego Episkopatu Polski & Księgarnia św. Jacka, Katowice, 2002a.

WOŹNIAK W., *Duszpasterstwo zakładów poprawczych a terapia*. In: J. Woźniak (ed.). *Duszpasterstwo więzienne w III Rzeczypospolitej*, Instytut Teologiczny Księży Misjonarzy, Kraków, 2002b.



Nota del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute sul cosiddetto Diritto alla salute riproduttiva

Premessa

Nel 1994 si è celebrata al Cairo la Conferenza Mondiale sulla "Popolazione e lo Sviluppo." In questo Forum internazionale, la Santa Sede espresse le riserve della Chiesa alla ideologia della "Salute Riproduttiva" che si ispira a un pensiero utilitaristico e neo-maltusiano. Il 14 settembre 2001, pubblicammo, insieme ai Pontifici Consigli per la Pastorale per i migranti e gli itineranti e della Famiglia, un'apposita Nota rivolta alle conferenze episcopali per attirare la loro attenzione sulla posta in gioco del manuale delle Nazioni Unite sulla "salute riproduttiva" nei campi dei rifugiati, indicando elementi di dottrina e principi di morale cattolica in grado di aiutare i vescovi a elaborare un'apposita pastorale per la missione della Chiesa a favore dei rifugiati.

Ora, nella ricorrenza del *decimo anniversario della Conferenza del Cairo* e nell'ambito del *programma dicasteriale sul diritto universale alla tutela della salute*, proponiamo una riflessione e una puntualizzazione del nostro Pontificio Consiglio per la Salute sul "cosiddetto diritto alla Salute riproduttiva."

I. Definizione e ambito

1. Con l'espressione *diritto alla salute riproduttiva* un certo linguaggio internazionale tende a indicare il concetto di salute riproduttiva vero e proprio accanto a una serie di diritti connessi. Il tutto viene forzatamente configurato come un aspetto "nuovo" nel panorama dei diritti umani fondamentali e in particolare quanto alla dimensione della salute umana e diritti correlati. Infatti, nel contesto internazionale la salute riproduttiva viene le-

gata alla procreazione¹, nonché ad altri ambiti fortemente dibattuti come, ad esempio, quello della discriminazione positiva per sesso (*gender perspective*) o dell'orientamento sessuale (*sexual orientation*).

L'ambito della salute riproduttiva è dato da concetti particolarmente controversi in quanto concernenti ambiti tra i più intimi e privati della persona, quali la sessualità, i rapporti sessuali e la procreazione (sempre più: riproduzione); come pure quelle questioni che per loro natura sono determinanti per i rapporti tra i membri della famiglia. In questo senso, la salute riproduttiva viene connessa con il profilo della eguaglianza e della demarginalizzazione delle donne, come pure collegata agli aspetti educativi dei giovani e degli adolescenti, accrescendo di elementi conflittuali le relazioni inter-generazionali (diritto/dovere dei genitori v. diritti degli adolescenti).

Non ultimo, sul piano squisitamente della teoria generale dei diritti umani, concorre alla problematicità di tale ambito il fatto che come concetto e diritti connessi, la salute riproduttiva emerge nel contesto delle politiche demografiche e non specificamente da quello della produzione giuridica (del diritto internazionale dei diritti umani).

2. Volendo coglierne l'"evoluzione", un primo passaggio è dato dal riconoscimento di un *diritto alla scelta riproduttiva*, fondato sulle affermazioni di alcuni atti internazionali che proclamano il diritto fondamentale di coppie e individui a decidere liberamente e responsabilmente il numero e la cadenza delle nascite. Il riferimento è alla Risoluzione 2211 (XXII) dell'Assemblea Generale dell'ONU del 1966 su crescita della popolazione e sviluppo economico; al para-

grafo 16 del Proclama di Teheran del 1968; al paragrafo 14(f) del Piano d'Azione della Conferenza Mondiale sulla popolazione del 1974. Quanto all'obbligatorietà del diritto alla scelta riproduttiva, si può ritenere che essa diventi effettiva con l'articolo 16 (e) della Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti della donna del 1979².

Un secondo periodo può essere collegato al dibattito e alle norme di indirizzo della Conferenza su popolazione e sviluppo (Il Cairo 1994) e della IV Conferenza sulle donne (Beijing 1995), in cui è emersa una considerazione diretta della salute riproduttiva sotto la spinta dell'OMS e del FNUAP. Sulla base delle formulazioni del Programma d'Azione del Cairo, il concetto di salute riproduttiva – parafrasando la definizione di salute contenuta nel Preambolo della Costituzione dell'OMS – va inteso come *"il benessere generale, tanto fisico che mentale e sociale, della persona umana, per tutto ciò che concerne l'apparato genitale, le sue funzioni e il suo funzionamento e non solo l'assenza di malattie o di patologie. Questo presuppone pertanto che una persona possa condurre una vita sessuale soddisfacente in tutta sicurezza, che essa sia capace di procreare e di farlo liberamente anche sovente o anche poco sovente come ella desidera. Quest'ultima condizione implica che uomini e donne hanno il diritto di essere informati e di utilizzare il metodo di pianificazione familiare di loro scelta, così come di altri metodi di loro scelta per la regolazione delle nascite che non siano contrari alla legge, metodi che dovranno essere sicuri efficaci, disponibili e accettabili, così come il diritto di accesso a dei servizi sanitari che per-*

mettano alle donne di portare a termine la gravidanza e il parto e diano alle coppie tutte le possibilità di avere un bambino in buona salute"³.

Secondo questa definizione il diritto alla salute riproduttiva viene presentato con un approccio onnicomprensivo, volto di fatto a comprendere numerosi contesti, differenti soggetti e una molteplicità di situazioni giuridiche, ma evidentemente mancante di quella coerenza giuridica sostanziale necessaria per essere iscritto nel diritto internazionale dei diritti umani. Vengono infatti delineate situazioni in capo alla coppia, alla donna, al nascituro, ma inglobate in una stessa fattispecie, quella, appunto, del diritto alla salute riproduttiva. Resta emblematica in

trui da compiere. Ecco quanto il Papa scrive al riguardo: "Questa visione della salute fondata in un'antropologia rispettosa della persona nella sua integralità, lungi dall'identificarsi con la semplice assenza di malattia, si pone come tensione verso una più piena armonia e un sano equilibrio a livello fisico, psichico, spirituale e sociale. In questa prospettiva, la persona stessa è chiamata a mobilitare tutte le energie disponibili per realizzare la propria vocazione e il bene altrui"⁵.

4. *La procreazione umana* rappresenta un grandissimo valore e dignità, perché comunica la vita a un nuovo essere umano, ossia a una nuova persona. Da un loro atto interper-

5. *La visione personalizzata della salute* ossia la salute come *tensione verso una più piena armonia e un sano equilibrio* contrasta:

5.1 *con una visione riduttiva della salute e della sessualità* – propagandata dall'ideologia della cosiddetta "salute riproduttiva" – che riduce la salute a quella degli organi sessuali e al godimento del piacere sessuale. Questa riduzione, senza regole e senza impegno, svaluta la sessualità umana e svincola l'atto procreativo dall'intimità coniugale, e quindi banalizza e strumentalizza gli atti propri della generazione.

5.2 *Con l'uso immorale dei mezzi contraccettivi e abortivi*, proclamato dal diritto alla salute riproduttiva e ampliato dal pansessualismo dilagante. Questo uso, infatti, preclude un sano equilibrio delle dimensioni fisica, psichica, spirituale e sociale della salute della persona e al vero amore che, appunto, si armonizza sempre più intensamente nell'ambito della vita coniugale e familiare.

6. *Va precisato* che la salute e la vita sono un dono di Dio e quindi, *propriamente parlando, non si ha un diritto a essa*. Tuttavia, *è nostro dovere tutelarla e custodirla*, nel rispetto della dignità dell'uomo e della legge di Dio. "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"⁷. Comunque, la piena armonia della salute si raggiunge in definitiva nel mistero della morte e risurrezione del Signore, "medico delle nostre anime dei nostri corpi, che ha voluto che la sua Chiesa continuasse, nella forza dello Spirito Santo, la sua opera di guarigione e di salvezza"⁸.

Conclusione

Quanto detto evidenzia il contrasto giuridico tra *la concezione olistica della salute e la concezione utilitaristica*



questa linea la posizione espressa dall'OMS nell'agosto 1994 prima della Conferenza del Cairo in cui si manifestava la necessità di affermare tale "diritto" lasciando a una prassi successiva il compito di definirne i contenuti e i limiti, ovvero la portata giuridica⁴.

II. La salute come piena armonia e sano equilibrio e l'inerente diritto alla sua tutela

3. Nel suo Messaggio per la Giornata Mondiale del Malato dell'11 febbraio 2000, il Santo Padre Giovanni Paolo II, ha dato una visione della salute che prende in considerazione tutte le dimensioni della persona umana, nonché la sua vocazione cristiana e il bene al-

sonale di amore, inscindibilmente unitivo e procreativo, i coniugi diventano non solo genitori, ma anche e soprattutto cooperatori di Dio nella trasmissione della vita. Pertanto l'ideologia della salute riproduttiva viola non solo il diritto naturale del nascituro, ma contrasta anche con la Rivelazione divina. Il carattere morale del comporre l'amore coniugale con la trasmissione responsabile della vita, non dipende solo dalla sincera intenzione e dalla valutazione dei motivi, ma va determinato da criteri oggettivi. Criteri che hanno il loro fondamento nella natura stessa della persona umana e dei suoi atti e sono destinati a mantenere, in un contesto di vero amore, l'integro senso della mutua donazione e della procreazione umana⁶.

della salute riproduttiva, e quindi della sessualità. La prima abbraccia la persona umana nella sua unità, armonia ed equilibrio fisico, psichico, spirituale e sociale ed è, perciò, in grado di favorire non solo una maturità sul piano della sessualità, ma anche di caratterizzare la procreazione responsabile come espressione del mutuo amore coniugale e delle relazioni di coppia conformi ad autentiche norme morali e profondi valori umani. La salute riproduttiva, invece, denota appunto la tendenza, a estrapolare sia questi valori che quelle norme, in quanto propone senza riserve non solo la separazione tra sessualità e procreazione, ma anche l'uso della «contraccezione di emergenza» e il ricorso all'aborto chimico. Ecco una differenza essenziale per quanto riguarda la dignità della persona umana, che di ogni

diritto è principio, fondamento, limite e fine: la salute olistica è conforme, la salute riproduttiva è contraria. La prima permette, perché lecita, una responsabile regolazione della trasmissione della vita, la seconda ammette, pur essendo illecito, un irresponsabile controllo delle nascite⁹. Infatti: «Dio, padrone della vita ha affidato agli uomini l'altissima missione di proteggere la vita, missione che deve essere adempiuta in modo umano. Perciò la vita, una volta concepita, deve essere protetta con la massima cura. L'indole sessuale dell'uomo e la facoltà umana di generare sono meravigliosamente superiori a quanto avviene negli stadi inferiori della vita, perciò anche gli atti stessi, propri della vita coniugale, ordinati secondo la vera dignità umana, devono essere rispettati con grande stima»¹⁰.

Note

¹ Cfr. In tal senso United Nations, *Population and Human Rights*, New York 1990, Doc ST/ESA/SER.R/ 107, p. 10ss.

² Sull'intera questione, fino alla Conferenza del Cairo, si veda N. FINCANCIOGLU, *Contraception, Family Planning and Human Rights*, in United Nations, *Population and Human Rights*, cit., pp. 87-103.

³ Programma d'Azione, capitolo VII, par. 7.2.

⁴ Cfr. Il *Summary* del *Position Paper* dell'OMS alla Conferenza del Cairo: WHO, *Health Population and Development*, Geneva 1994, Doc. WHO/FHE/94.2, P. 8ss.

⁵ Cfr. GIOVANNI PAOLO II, Messaggio per la l'VIII Giornata Mondiale del Malato, 11 febbraio, 2000, n. 13, in *Dolentium Hominum* 42 (1999) 9.

⁶ Cfr. *Gaudium et spes*, 51.

⁷ CCC, 2288.

⁸ CCC, 1421.

⁹ Cfr. PAOLO VI, *Humanae vitae*, 12 e 13; GIOVANNI PAOLO II, *Familiaris consortio*, 32; *Evangelium Vitae*, 13.

¹⁰ *Gaudium et spes*, 51.



Un forte retaggio

1. Fin dall'inizio, nel nostro Paese furono piantate le nobili radici del ministero della salute cattolico da un numero infinito di donne e di uomini il cui coraggio e il cui amore devoto per i malati e i sofferenti lasciano ancora oggi senza fiato, quando si rivisita questa storia. Le religiose furono il cuore di questo ministero, assistite da laici e chierici. Vengono alla mente gli sforzi pionieristici di Jeanne Mance, Marguerite d'Youville, Catherine Mace, e Marie Maillet, così come del Beato François de Laval, dei primi Gesuiti, e delle Suore di Sant'Agostino in Quebec. Nonostante la scarsità delle loro risorse, il loro coraggio e la loro dedizione al ministero sanante di Gesù Cristo non vennero mai meno, neanche di fronte alle condizioni e alle difficoltà del Canada degli inizi. Con il loro impegno nei confronti dei valori del Vangelo e la loro flessibilità a cambiare con i tempi, essi ci hanno lasciato un forte retaggio, che dobbiamo preservare e custodire per le generazioni future. Si può senz'altro affermare che il lavoro di base delle Suore promette bene per il futuro.

Diversamente forse dal passato, la cura dei malati non può più essere semplicemente riservata a poche persone dedicate, ma deve diventare, sempre più, preoccupazione di ogni cristiano e dell'intera comunità cristiana. In questa lettera rivolgeremo, anzitutto, la nostra attenzione ai principi generali del ministero sanante della Chiesa che è dovere di tutti i fedeli. Nella seconda parte, affronteremo più specificamente le preoccupazioni di coloro che, per professione e a tempo pieno, sono impegnati nei servizi sanitari della Chiesa.

Ragioni di questo messaggio

2. È necessario porre la seguente domanda: perché la

Chiesa, il "popolo di Dio", ha rivolto sempre così grande attenzione al ministero sanante? Perché – oggi più che mai – deve abbracciare tale ministero come parte vitale e integrante della sua missione e della sua vita? La presenza e l'impegno cattolico nelle cure sanitarie fanno una differenza? Se sì, quale può essere questa differenza?

Con questa lettera pastorale, vogliamo che i cattolici, e in generale i cristiani, siano maggiormente consapevoli che la missione di curare gli ammalati è parte essenziale della vita di ogni cristiano e di una società giusta. Vorremmo che tutti i cattolici capissero la loro chiamata battesimale a essere guaritori e ad avere più familiarità con la visione e i principi guida del ministero sanante cattolico. La parabola evangelica del Buon Samaritano interpreta bene tale ministero come dovere di ogni cristiano quando si trova di fronte a un suo fratello sofferente e nel bisogno. "Buon Samaritano", ha detto Giovanni Paolo II, "è colui che si ferma per prendersi cura di quanti soffrono"¹.

I. ASPETTI ESSENZIALI DEL MINISTERO SANANTE DELLA CHIESA

Nuova speranza in Cristo

3. Già nella prima lettera pastorale, *Nuova speranza in Cristo*, abbiamo affrontato la questione della malattia e della guarigione. Quella lettera merita di essere riletta ancora oggi. In essa abbiamo articolato il cuore e l'anima del ministero sanitario della Chiesa, cioè la persona e il ministero sanante compassionevole di Gesù Cristo.

Con Gesù, la guarigione della mente e del corpo diventa il segno chiaro che il Regno di Dio è già presente. Quando Gesù guarisce un lebbroso o

proclama la parabola del Buon Samaritano, è un segno ovvio della sua compassione. Ma, ancor più, esso indica la nuova vita del Regno: la guarigione totale e permanente dell'essere umano in tutte le sue dimensioni e relazioni. La parola sanante di Gesù raggiunge l'intera persona. Essa cura il corpo, ma, cosa ancora più importante, restaura, in coloro che soffrono, una relazione sana con Dio e con la comunità².

Gesù "Divin Guaritore"

4. Già da questa dichiarazione di fondazione, possiamo notare alcuni punti importanti sulla salute e sul ministero sanitario. *Primo*, come popolo di Dio, la Chiesa cammina sui passi di Gesù, il Divin Guaritore, che venne "perché abbiano la vita, e l'abbiano in abbondanza" (Gv 10,10). Così abbiamo elaborato la nostra Pastorale della Salute sul modello del ministero sanante di Gesù, sulla sua compassione per coloro che soffrono, e su come egli diede ai suoi seguaci il potere di guarire. La Chiesa ha sempre guardato alla guarigione come a uno dei poteri dello Spirito che ci ha dato Gesù. Pertanto, in virtù del loro battesimo, tutti i cristiani sono chiamati ad abbracciare questo ministero come dimensione integrale della loro vita in Cristo: "Ogni volta che avete fatto queste cose a uno solo di questi miei fratelli più piccoli, l'avete fatto a me" (Mt 25,40).

Curare l'intera persona

5. *Secondo*, il ministero sanante di Gesù è totale e inclusivo nella sua portata; esso è diretto alla salute e al benessere dell'intera persona in tutte le sue dimensioni (fisica, spirituale, mentale, emotiva e sociale). Il ministero sanante di Gesù non lascia niente di "intoccato" e quindi di "non

curato” in una persona. Come Gesù, la Chiesa si preoccupa del benessere di tutta la persona. Come il “Divin Guaritore”, essa riconosce che ci sono molti e diversi tipi di sofferenza umana che possono affliggerci: una malattia dell’anima causata dal peccato personale; una malattia delle emozioni e della psiche causata da danni psicologici e da traumi del passato; una malattia del corpo causata da infermità fisica o da incidenti; e perfino una malattia nel tessuto sociale di un popolo. Quindi, la pastorale della salute della Chiesa comprende l’intera serie delle possibili affezioni umane; il suo ministero non cerca altro che la liberazione totale e il benessere della persona umana.

Segni della venuta del Regno di Dio

6. *Terzo*, il ministero sanante di Gesù segnala un “avvento” senza precedenti del Regno di Dio in mezzo a noi. Ogni qualvolta Gesù ha curato un cieco, uno zoppo, un lebbroso, un paralitico, è stato sempre un segno che il Regno di Dio era vicino. Ciò spiega perché il suo ministero curante fosse così fondamentale per proclamare il Regno di Dio. Come Gesù, ogni cristiano è chiamato a diventare un guaritore e pertanto, per il suo prossimo, un segno che il Regno di Dio è a portata di mano. Noi quindi consideriamo il ministero sanante come un tentativo di rimuovere ogni forma di sofferenza e di alienazione che può ancora impedire a una persona di arrendersi completamente a Dio e all’iniziativa amorosa che egli prende per sempre per nostro conto.

Il mistero della sofferenza

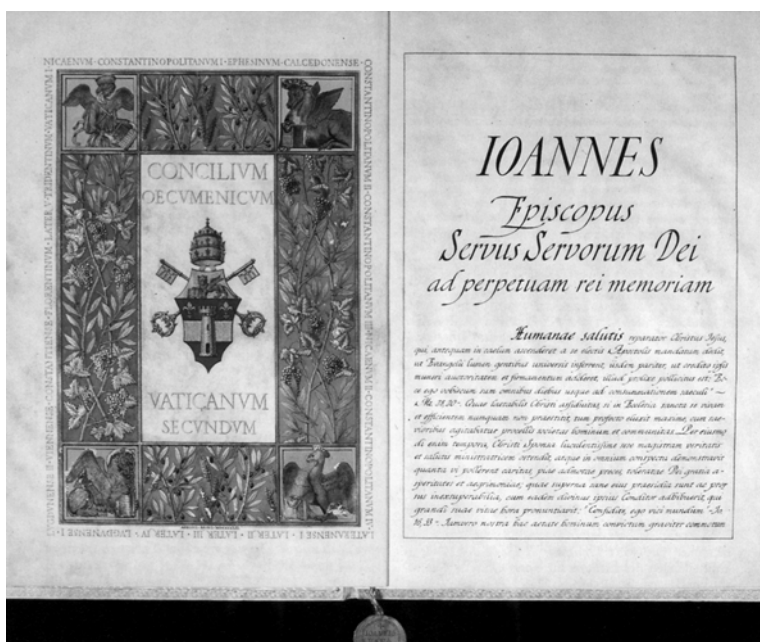
7. C’è poi un’altra dimensione di fede nel mistero della sofferenza che non dovrebbe essere trascurata. Mentre dobbiamo alleviare il dolore e la sofferenza a tutti i costi, quando accettata nella fede la sofferenza ha un valore di redenzione. Quando è vista alla luce

del Vangelo, essa “trova il suo valore salvifico”³. La sofferenza è sempre una prova – a volte una prova molto seria –, tuttavia i cristiani credono che, intimamente uniti alla sofferenza di Cristo, i nostri dispiaceri e le nostre ferite ci permettono di partecipare all’opera salvifica di Gesù Cristo⁴. Nella Lettera apostolica *Salvifici doloris*, Papa Giovanni Paolo II afferma, chiaramente che “operando la redenzione mediante la sofferenza, Cristo ha elevato insieme la sofferenza umana a livello di redenzione. Quindi anche ogni uomo, nella sua sofferenza, può diventare partecipe della sofferenza redentiva di Cristo”⁵. Noi troviamo sostegno a que-

l’afflizione di Gesù, né prova alcun piacere nel vedere le nostre. Non fu la sofferenza di Gesù sulla croce a essere gradita a Dio, ma fu l’amore che Gesù ebbe per noi soffrendo e morendo a piacere al Padre celeste. Quando è il caso, come lo fu con Gesù, noi abbiamo quella che viene chiamata “sopportazione attiva” della sofferenza, non accettazione passiva.

Pregare per coloro che sono malati o sofferenti

8. La preghiera cristiana è sempre stata strettamente associata all’umana sofferenza – e giustamente! Sembra che ci



sto credo in San Paolo: “Per ciò sono lieto delle sofferenze che sopporto per voi e completo nella mia carne quello che manca ai patimenti di Cristo, a favore del suo corpo che è la Chiesa” (Col 1,24).

Ciò non vuol dire che Dio tragga piacere dalla sofferenza e dal dolore degli esseri umani. Né vuol dire che i cristiani debbano accettare passivamente la sofferenza e non cercare di alleviarla o sradicarla alla fonte. Veramente, “rientra nel piano stesso di Dio e della sua provvidenza che l’uomo lotti con tutte le sue forze contro la malattia in tutte le sue forme, e si adoperi in ogni modo per conservarsi in salute”⁶. Dio non si rallegrò affatto del-

sia sempre stata un’affinità spirituale tra le due. Il desiderio del malato di guarire è profondamente umano e buono, specialmente quando assume la forma di preghiera fiduciosa rivolta a Dio. Il libro del *Siracide* è esplicito: “Figlio, non avviliti nella malattia, ma prega il Signore ed egli ti guarirà” (Sir 38,9). Durante il suo ministero, ampie moltitudini avvicinarono Gesù – direttamente o attraverso amici e parenti – cercando la salute. Gesù si mosse sempre a compassione davanti alle loro richieste, e spesso commentava la loro fede: “Va’, la tua fede ti ha salvato” (Mc 10,52). In altre occasioni, per contrasto, l’incredulità e la mancanza di

fede non permisero di operare la guarigione (cfr. *Mc* 6,5-6). Questa relazione tra preghiera e guarigione rimane un mistero. La mancanza di guarigione fisica o emotiva non è un segno che la preghiera di una persona sia vana o la sua fede insufficiente. Nel suo ministero, specialmente nella liturgia e nell'unzione dei malati, la preghiera della Chiesa è fiduciosa ed enfatica: "Guariscili, Signore, nel corpo, nell'anima e nello spirito, e liberali da ogni dolore"⁷⁷.

Rispetto per la vita e la dignità dell'uomo

9. Una delle caratteristiche del ministero sanante della Chiesa è un profondo rispetto per la vita e la dignità dell'uomo. La vita umana – fin dal suo concepimento alla morte naturale – è un dono immenso. Ogni essere umano, creato a immagine di Dio, ha un incalcolabile valore e una propria dignità. Come tale, noi dobbiamo trattare la vita come il più prezioso dei doni che deve essere rispettato, salvaguardato e curato, specialmente quando la vita è debole e vulnerabile. La dignità della persona umana richiede altresì che rispettiamo e onoriamo la buona salute e il benessere, che rispettiamo i nostri corpi, le nostre menti e le nostre relazioni. In un senso profondo, quindi, quanti sono impegnati nel ministero della salute e della guarigione sono chiamati *ministri di vita*.

Questo servizio alla vita richiede fedeltà al Vangelo e all'insegnamento morale della Chiesa. Mentre le scienze biomediche fanno intravedere promettenti sviluppi per la cura di malattie gravi e invalidanti, esse non raramente presentano seri problemi in relazione al rispetto per la vita umana e la dignità della persona. Non tutto ciò che è tecnologicamente realizzabile, è moralmente ammissibile. Nella società di oggi c'è una forte tentazione a trattare la vita alla stregua di un prodotto come gli altri, come qualcosa che può essere usato per altri scopi. Le merci sono valutate solo

in base al prezzo o per l'uso che ne si può fare. Non dovrebbe essere così dove sono coinvolte la vita umana e la salute. Queste contengono una dignità inerente data da Dio e non possono semplicemente essere ridotte ad una valutazione utilitaristica. Esse sono ordinate alla dignità vera e al bene integrale di una persona, in conformità con il piano e il desiderio divino. Pur se può sembrare che la malattia sottragga la dignità delle persone, la dignità intrinseca del paziente non è mai sminuita.

Equità in campo sanitario

10. La preoccupazione sanitaria e sanante della comunità cristiana non è limitata alla salute degli individui come tale – e ancor meno si esaurisce in essa –, ma si estende anche all'ambiente fisico e sociale in cui tutti noi viviamo e lavoriamo. Anche qui, nella nostra società e nel nostro Paese, esiste quella che potrebbe chiamarsi sofferenza e dolore "collettivo" o "societario". Ciò significa che ogni cristiano deve diventare promotore di giustizia e aiutare a correggere le strutture sociali ingiuste che causano terribili sofferenze ad alcuni gruppi di popolazione. Operare per promuovere la salute e il benessere non vuol dire soltanto curare i sintomi, ma significa anche affrontare le cause sociali e politiche della sofferenza e dell'ingiustizia. Oggi, ad esempio, è sempre più riconosciuta la relazione causale tra povertà e poca salute. La strisciante privatizzazione delle cure sanitarie in Canada è densa di pericoli, spesso tali cure sono viste come un profitto più che come una risposta compassionevole alle sofferenze e alle malattie umane.

Specificatamente, l'equità in campo sanitario obbliga la società a fornire a tutti i suoi cittadini un livello sanitario appropriato. Mantenere l'universalità e l'accessibilità a cure sanitarie complete resta l'obiettivo primario di questa equità. Le argomentazioni per decidere chi possa ottenere le cure sanitarie non possono ba-

sarsi sul merito, sul valore sociale, o sulla capacità di pagare. Tutti ne hanno diritto. Una buona salute per tutti, intesa come benessere fisico, emotivo, spirituale e sociale, è un valore centrale essenziale. Se le necessità legittime di tutti i cittadini non vengono soddisfatte, ne soffre l'intero tessuto sociale. Un test morale basilare per ogni società è il modo con cui sono trattati i deboli e i poveri. In Canada ci sono diversi gruppi che hanno ancora una notevole difficoltà nel trovare un accesso appropriato alle cure sanitarie, e non si tratta soltanto di coloro che sono economicamente poveri, ma di quelle persone che vivono nelle zone rurali del Paese. Esiste anche una disparità nel modo con cui alcuni di questi gruppi possono ricorrere a medici o infermieri prontamente disponibili, a volte non hanno acqua pulita, ancor meno un facile accesso alle diagnosi e cure specializzate avanzate. Spesso devono essere portati a centri sanitari lontani da casa. Noi crediamo che coloro che soffrono non debbano mai essere lasciati soli. Crediamo anche che il ministero sanitario sia meglio svolto e soddisfatto da chi è più vicino a chi soffre.

Solidarietà e comunione globali

11. Oltre a quanto è stato detto finora, i fedeli sono chiamati a una solidarietà globale nel loro ministero sanitario e sanante. Pur se questo ministero, come la carità, inizia "a casa", in Canada, non si ferma però qui. La nostra compassione cristiana deve estendersi – e si è effettivamente estesa – alla comunità sofferente di tutto mondo e alla piaga di quei milioni di persone che, in altri Paesi e continenti, soffrono per le devastazioni della guerra, per la fame, la siccità, la malnutrizione, l'HIV/AIDS, e il flagello della povertà causata da accordi commerciali ingiusti. Assieme, dobbiamo trovare la strada per assistere e alleviare coloro che soffrono in tutto il mondo. Senza questo senso di solidarietà globale, la nostra Pastorale della Sa-

lute non avrà assolto il suo compito. Il nostro amore e la nostra compassione per i malati e gli afflitti qui in Canada devono raggiungere i confini del mondo.

II. SERVIZI SANITARI CATTOLICI

Vorremmo ora parlare delle preoccupazioni di coloro che, per professione e a tempo pieno, sono impegnati nei servizi sanitari cattolici. Nella comunità cristiana ci sono coloro che hanno assunto le cure sanitarie come una vocazione e una professione: medici, infermieri, fisioterapisti, radiologi, farmacisti, cappellani, e un numero illimitato di altri professionisti e volontari. A tutti questi, vogliamo esprimere la nostra più profonda gratitudine ed apprezzamento per il loro dedicato e instancabile servizio. Vogliamo anche manifestare la nostra profonda gratitudine per il lavoro svolto a livello nazionale dalla *Catholic Health Association of Canada* (CHAC).

Una congiuntura cruciale

12. Oggi ci troviamo di fronte a una svolta critica nei nostri servizi sanitari cattolici. Nei trascorsi decenni, nella società, nella Chiesa e nella sanità hanno avuto luogo cambiamenti significativi che hanno relazione diretta con la dispensazione futura dei servizi e dei programmi sanitari cattolici, e che rappresentano, nel contempo, delle sfide e delle opportunità. Noi crediamo che si tratti di un tempo opportuno per riflettere sulla risposta della Chiesa a queste nuove sfide. Un numero sempre più grande di religiose lasciano la direzione degli ospedali cattolici e delle istituzioni sanitarie a lunga degenza da loro fondate, sviluppate e dirette, prima in Quebec e poi in tutto il Paese. Allo stesso modo devono essere affrontate questioni di sostenibilità, identità e leadership della sanità cattolica nella no-

stra società pluralistica. Di fronte alle crescenti restrizioni finanziarie, alle riforme governative sulla sanità, alle richieste di maggiore credibilità, alle nuove tecnologie e alle questioni bioetiche in gioco, dobbiamo essere creativi affinché la Chiesa, con la sua presenza e la sua missione, continui a far sentire la sua voce nell'importante ambito delle cure sanitarie.

Nuove sfide e opportunità

13. La sanità oggi ha assunto nuovi orientamenti e nuovi servizi. Mentre gli ospedali rimangono un importante punto di riferimento in ogni sistema sanitario, le necessità e le strutture di cure a lungo termine sono sempre più richieste. Oggi, le cure sanitarie superano i muri dei nostri ospedali pubblici e diventano sempre più a base comunitaria. Ciò comporta la cura di quanti soffrono malattie croniche e muoiono a casa. Include anche la cura per i membri della famiglia, per le necessità degli anziani, di quanti sono soli, dei disabili, dei tossicodipendenti e alcolisti o di coloro che soffrono di squilibri mentali. Non dobbiamo dimenticare poi gli operatori sanitari che hanno bisogno di assistenza pastorale, formazione in materia di fede e sostegno. Una buona amministrazione riconosce che la cura per gli operatori pastorali ha un impatto diretto su coloro che ricevono le cure.

I nostri ospedali e le nostre istituzioni a lunga degenza devono più che mai essere fari di speranza, centri di accoglienza e di eccellenza, in cui la compassione, la cura olistica, la riflessione etica e la leadership guidata dalla fede siano palpabili e considerevolmente evidenti. È qui che gli operatori sanitari cattolici possono e devono fare la differenza. È qui che la loro voce, la loro presenza e il loro ruolo di *advocacy* nei riguardi dei malati possono dare un contributo distinto e assolutamente indispensabile al sistema sanitario cattolico esistente. Come la

“locanda” nella parabola del Buon Samaritano, le nostre istituzioni sanitarie devono essere dei paradisi in cui gli emarginati e gli svantaggiati sono ammessi e trovano cura.

Il ruolo crescente dei laici

14. Negli anni, la responsabilità dei servizi sanitari cattolici è stata sempre più affidata ai laici. Ciò è fonte di reale speranza poiché molti laici hanno un desiderio sincero di servire, e possiedono le necessarie capacità, il necessario entusiasmo e la dedizione per assumere un ruolo di leadership nella nuova direzione della sanità cattolica. I laici in generale, compresi i giovani, devono essere incoraggiati a essere meglio informati e interessati a tutti questi nuovi aspetti e sfide della sanità cattolica. L'impegno a sviluppare programmi di leadership basati sulla fede in questo campo è di importanza vitale. La leadership laica nella sanità deve essere scrupolosamente reclutata, incoraggiata e rafforzata. Solo quando i cristiani sono formati in questo senso, possiamo sperare di preservare e promuovere il sacro retaggio che abbiamo ricevuto dal passato.

Ogni membro cristiano della comunità deve dunque diventare meglio informato sulle nuove aree di “attenzione” nel sistema sanitario. Ove possibile, e sulla base dei propri doni e talenti, i membri della comunità devono essere incoraggiati a abbracciare le cure sanitarie come una vocazione e ad assumere una maggiore responsabilità in questo campo. È a livello comunitario locale, crediamo, che questo appello a un maggiore impegno nella sanità può essere meglio ascoltato e incoraggiato. In ogni parrocchia e diocesi, dovrebbe essere incoraggiata una maggiore consapevolezza sui bisogni sanitari dei nostri giorni. Coloro che già lavorano come professionisti in questo ambito devono ricevere maggiore sostegno, incoraggiamento, assistenza pastorale e formazione di fede.

Una missione guidata dalla fede...

15. La sanità cattolica, oggi e nel passato, ha una missione e un contributo distinti da fare nei servizi sanitari della nostra nazione. La base, abbiamo detto, è il ministero sanante e la compassione di Gesù. Quando si riflette a sufficienza su questa convinzione di fede, quando la si vive completamente, e le viene assicurata una adeguata esposizione pubblica, allora l'identità e la missione sanitaria cattolica non possono mai essere messe in dubbio. Il nostro impegno in questo campo continuerà a fare una "differenza" nello schema generale delle cose. Tale differenza nasce dal fatto che la nostra fede permea e imbeve la "qualità speciale" dei nostri servizi sanitari cattolici e la maniera in cui questi sono gestiti, condotti e dispensati professionalmente. L'impronta della sanità cattolica è evidente sotto diversi aspetti: profondo rispetto per la dignità di ogni persona; trattamento giusto e appropriato a ciascuno senza distinzione; cura spirituale e religiosa; riflessione continua sulle questioni etiche dei tempi; cura compassionevole per la fine della vita; sollecitudine a occuparsi dei vulnerabili e dei malati nella società, che sono spesso trascurati e meno capaci di provvedere a se stessi. La Chiesa fa sì che la sua fede religiosa influenzi tutti questi aspetti delle sue cure sanitarie.

...in stretta partnership con altri

16. La sanità cattolica non opera da sola o in isolamento. Essa cerca di collaborare strettamente con altre istituzioni religiose e organizzazioni sanitarie con cui condivide valori e obiettivi comuni. Assieme ai nostri fratelli cristiani, possiamo affrontare i difetti che contrassegnano il sistema sanitario pubblico e determinare significativi cambiamenti nella politica sanitaria, a livello locale, provinciale e nazionale. Ne è buon esempio la collaborazione con l'*Ecumenical Health Care Network* (EHCN), e l'introduzione della nozione di "patto" nel rapporto finale della Commissione Romanow. Tale raccomandazione invita il governo federale a "istituire un nuovo 'Patto Sanitario Canadese'". Tale Patto dovrebbe affermare chiaramente i valori e gli obiettivi del sistema sanitario pubblico canadese e fornire un insieme di principi guida per i legislatori, i manager e i dispensatori sanitari.

Conclusione

I suddetti principi dinamici ed elementi costitutivi sono un testamento "vivente" dell'impegno costante della Chiesa alla sanità e alla Pastorale della Salute. "Andiamo avanti con speranza", così Papa Giovanni Paolo II ci ha incitati all'inizio del nuovo millennio.

Abbiamo ragione per sperare. Nondimeno la credibilità della nostra speranza – e quindi della Pastorale della Salute della Chiesa – comprende due elementi: la parola e l'azione, la nostra parola cioè deve essere supportata dalla nostra azione. Il Vangelo di Matteo ben spiega questa dinamica: "ero malato e..." (Mt 25,36). La credibilità del ministero sanitario cattolico, in definitiva, nasce dalla dedizione di tutti quegli operatori che rischiano e offrono la loro vita a questo servizio. È questo che li rende tanto *credibili*. Essi non si accontentano semplicemente di pronunciare parole gentili, ma *mantengono la loro parola* avendo cura effettivamente del malato, dell'afflitto e del povero.

CONSIGLIO PERMANENTE
DELLA CONFERENZA
EPISCOPALE CATTOLICA
CANADESE

Note

¹ GIOVANNI PAOLO II, *Messaggio per la 10.ma Giornata Mondiale del Malato*, 11 febbraio 2002.

² Conferenza Episcopale Canadese, *New Hope in Christ: A pastoral Message on sickness and healing*, 1 Settembre 1983, p. 10.

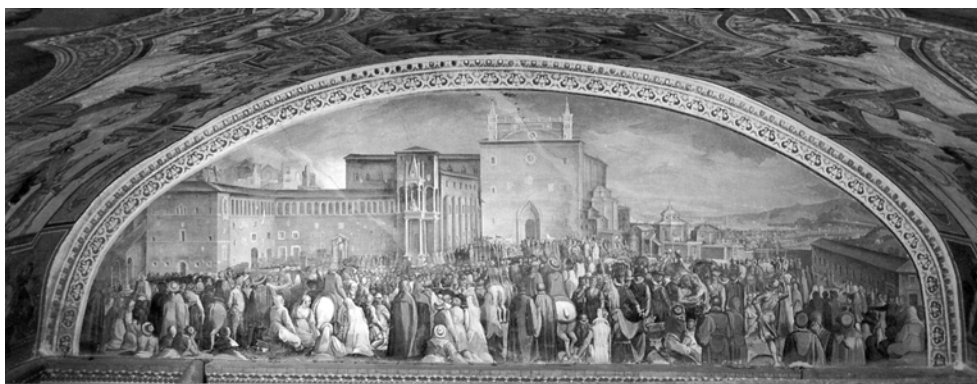
³ GIOVANNI PAOLO II, *Messaggio per la 12.ma Giornata Mondiale del Malato*, 11 febbraio 2004.

⁴ Cfr. Catechismo della Chiesa Cattolica, n. 1521.

⁵ GIOVANNI PAOLO II, Lettera Apostolica *Salvifici Doloris*, n. 9.

⁶ *Rituale Romano, Ordo Unctionis Infirmorum eorumque Pastoralis Curae*, n. 3.

⁷ *Rituale Romano, Ordo Unctionis Infirmorum eorumque Pastoralis Curae*, n. 75.



I professionisti della salute*

ABBIAMO BISOGNO DI LORO. ESSI HANNO BISOGNO DI NOI

Presentazione

Un collettivo numeroso e necessario. In Spagna, sono oltre un milione. Sono tutte quelle persone che esercitano la loro professione nel mondo della salute e della malattia. Tutti sappiamo ciò che essi significano per il malato e per la famiglia, e ciò che rappresentano nel mondo sanitario nella realizzazione dell'obiettivo di educare e promuovere la salute, prevenire la malattia e curare gli ammalati.

Un collettivo che ha bisogno. I professionisti della salute sono e si sentono bisognosi di ascolto, vicinanza, sostegno e aiuto per vivere il loro lavoro in maniera sana e salutare. Molti di loro sono guaritori feriti, come conseguenza del logorio che produce in loro il lavoro che svolgono.

Una preoccupazione della Chiesa. Sostenere colui che cura gli ammalati è una maniera indiretta di curare gli ammalati stessi. La comunità cristiana sente la necessità imperiosa di curare colui che cura, di accogliere e accompagnare il professionista della salute, riconoscerne il lavoro e il carisma di guarigione, ascoltare le difficoltà, sapere delle sue possibili crisi relative al suo lavoro.

A loro dobbiamo riconoscenza e gratitudine per il lavoro che svolgono, a loro dobbiamo prestare attenzione, ascoltarli e arricchirci con il contributo che offrono, per promuovere un laicato cristiano impegnato nel mondo della salute.

Con questo materiale d'educazione nella fede intendiamo:

– *Avvicinarci* alla realtà attuale dei professionisti sanitari: chi sono, cosa fanno, quali sono i loro fini e i loro compi-

ti, quali i valori e gli atteggiamenti, a quali sfide devono far fronte, quali sono le loro necessità e preoccupazioni.

– *Promuovere* il rapporto tra la comunità cristiana e i professionisti della salute. Dare impulso al dialogo e alla collaborazione reciproca. Rivedere e potenziare l'attenzione, le cure e la formazione che la comunità cristiana offre a questi professionisti.

– *Promuovere* una presenza significativa dei cristiani nel mondo della salute, dare impulso alla loro missione e testimonianza, e potenziare l'Associazione di Professionisti Sanitari Cristiani, in Spagna, approvata dalla Conferenza Episcopale Spagnola il 19 novembre 1993.

I *contenuti* sono riuniti in tre parti: nella prima, la più ampia, ci avviciniamo ai professionisti della salute per conoscerli, fondamentalmente attraverso le loro testimonianze; nella seconda, affrontiamo la relazione esistente tra comunità cristiana e professionisti; nella terza, ci soffermiamo sui professionisti cristiani e sul loro impegno nel mondo della salute e offriamo, come esempio, il quadro integratore dell'Associazione di Professionisti Sanitari Cristiani. Infine, uniamo una selezione di testi del Magistero, riferiti specificamente ai professionisti della salute, una preghiera e una sintetica bibliografia.

I *destinatari* sono gli infermieri e le loro famiglie, le comunità cristiane e le loro équipe di Pastorale della Salute, i servizi di assistenza religiosa, le congregazioni religiose sanitarie e altre, le istituzioni sanitarie e socio-sanitarie e, in special modo, tutti i professionisti della salute, che siano o no cristiani.

1. I professionisti della salute

I professionisti della salute formano un collettivo immenso e diversificato. In Spagna, essi sono oltre un milione. Sono tutte quelle persone che esercitano la loro professione nel mondo della salute e della malattia: medici, infermieri, fisioterapisti, psicologi, cappellani, tecnici di laboratorio, ausiliari di clinica, operatori sociali, farmacisti, dirigenti, personale amministrativo, custodi, personale di mantenimento... Tutti sono ugualmente importanti e tutti e ciascuno sono imprescindibili. Se una parte non funziona, ne risente il tutto. Un malato non può essere operato se il personale delle pulizie non ha pulito adeguatamente la sala chirurgica e le infermiere e le ausiliarie non l'hanno preparata. Il farmacista fa sì che il malato disponga dei medicinali; il personale di cucina fornisce gli alimenti che occorrono; grazie al personale di lavanderia il malato e i professionisti dispongono di biancheria pulita, ecc.

Il malato cerca la guarigione dal medico. Aspetta la mano amica dell'infermiera che lo cura, la frase amabile della donna delle pulizie, la delicatezza del portantino quando immobilizza il suo corpo invalido nel letto e lo trasporta per i lunghi corridoi dell'ospedale. Confida nel fatto che oggi sarà più facile ingerire gli alimenti, che l'aria riempirà i suoi polmoni, che il dolore sparirà, che quel braccio e quella gamba che non vogliono muoversi cominceranno a obbedirgli. Dentro di sé, molte volte senza saperlo, spera che il medico che gli è toccato in sorte sappia dirgli ciò che gli sta accadendo e fornirgli i rimedi che possano alleviare il suo dolore. Brama che tutti i professio-

* Materiale elaborato dal Dipartimento di Pastorale della Salute (Spagna), in preparazione alla Giornata Mondiale del Malato anno 2005.

nisti che sono attorno a lui lo riconoscano come persona, come essere umano.

Avvicinamento al mondo dei professionisti della salute

Come primo passo, ci avviciniamo al mondo dei professionisti della salute per conoscere il loro lavoro, il servizio che prestano agli ammalati e alla società, i loro valori e atteggiamenti, le sfide a cui devono far fronte, le loro necessità e aspettative, le loro sofferenze e le loro gioie. Ascoltiamo ciò che essi stessi ci dicono.

Compiti dei professionisti

– Nel Centro Sanitario in cui esercito il malato giunge solo o accompagnato da un familiare. La sua malattia, generalmente, non è grave, però per il malato è molto importante perché non gli permette di condurre la vita quotidiana in maniera normale... A volte, il malato ha alcuni sintomi che mi fanno sospettare che sia stato colpito da qualcosa di più serio. Lo mando a fare alcuni test, analisi, radiografie... Alcune volte sono contento di vedere che questi sospetti non sono stati confermati, altre volte invece... Con una certa frequenza visito nelle loro case malati di AIDS. Questi uniscono al dolore fisico di una malattia che sanno che può essere mortale in un arco di tempo più o meno lungo, il dolore per il rifiuto sociale che, fortunatamente, la nostra società va attenuando. Essi hanno bisogno più di ogni altro di sentirsi amati e mi chiedono di accettarli nella loro malattia e di consolarli [Medico di famiglia].

– Svolgo il mio lavoro nel consultorio o a domicilio, e in qualsiasi altro luogo in cui si debba assistere qualcuno. Faccio in modo di dare sempre alle persone un trattamento personalizzato. Tutti i giorni, prima di iniziare il mio lavoro nel consultorio, faccio dieci/quindici minuti di “scuola di salute”, dove parlo con i pazienti di un qualsiasi tema relativo alla malattia e al dolore: notizie d’attualità, donazioni, ultime volontà, tolleranza, preparazio-

ne alla morte, elaborazione del lutto, informazioni al paziente terminale. Una volta la settimana mi reco alla scuola per trattare con i bambini e i professori su diversi temi: alimentazione, estetica, igiene, tecniche di rilassamento, figura e interpretazione [Medico di campagna].

– Nel Pronto Soccorso lavoriamo con persone che si trovano spesso in situazioni estreme per il loro stato terminale, per la situazione personale, familiare o sociale. Persone che soffrono non solo malattie, ma anche paura, abbandono, solitudine ed emarginazione. Alcune giungono con problemi di alcolismo o di tossicodipendenza, altre con malattie mentali, in crisi acute e violente. Dobbiamo prenderci cura delle vittime di aggressione, di anziani abbandonati, di malati angosciati dalla loro salute, afflitti dal dolore, anche se la loro vita non corre pericoli [Ausiliare di clinica].

– Amo il mio lavoro. Dal momento che i familiari devono uscire affinché io possa pulire la stanza, ciò mi permette di chiedere al malato come sta, cosa è successo o di parlargli di qualcos’altro. Mentre pulisco, vedo soffrire medici e infermiere quando non possono fare nulla per determinati casi, quando non c’è rimedio. Va bene che facciano corsi per elaborare il lutto e renderlo più facile agli altri; i poveri, invece, non potrebbero farlo. Il mio lavoro mi piace, ma riconosco che non sappiamo farlo bene, che siamo troppo “tesi”, che a tutti noi che portiamo un’uniforme piace richiamare l’attenzione dei pazienti e dei familiari... Correggiamo la gente o la informiamo con svogliatezza, come se fossimo sempre oberati di lavoro o infastiditi dalle visite [Addetta alle pulizie].

– Giro per il reparto prendendomi cura degli uni e degli altri, capendo il dolore. Aiuto i genitori a non coinvolgere i bambini in una grande menzogna, bensì a saper godere di loro fino alla fine e a lasciarli esprimendo tutto il loro affetto. Quando muore un bambino e dopo essermi occupata dei genitori, vado anche a trovarli a casa, perché quando un bam-

bino se ne va i genitori sono distrutti per la sua perdita. Parlo di morte con naturalezza, come parte della vita, e ricordo ai genitori l’importanza di vivere con sensibilità questa esperienza per favorire l’elaborazione del lutto degli altri fratelli. Credo che sia meglio comunicare la verità in maniera semplice, esprimere i sentimenti e lasciare che il bambino racconti tutto ciò che sente dentro, rispondendo con verità a tutti i suoi dubbi [Psicologa infantile].



– Nel Servizio Neonatale del Complesso Ospedaliero lavora un gruppo di professionisti con anni di esperienza. L’aiutare molti prematuri o neonati malati a vivere, ci ha fatto scoprire la necessità di operare sulla loro qualità di vita: guarirli nelle condizioni migliori, aiutare i genitori ad accettare i loro figli, e sanare la nostra mente di professionisti, chiusi a volte nel circolo dell’insuccesso o nella sfiducia di vedere un giorno questi bambini condurre una vita felice e piena [Pediatria].

– Sono professore di una Scuola per infermieri. Il lavoro con i giovani è appassionante. Insegno loro che raccogliere una mano moribonda, un gesto amabile e un sorriso sono più importanti di tutte le medicine possibili. Insegno a essere servitori competenti e dedicati, promotori dell’umanizzazione dell’assistenza, difensori dei diritti dei malati, lavoratori di una società sana e testimoni di Gesù nel mondo della salute. Per insegnare tutto questo è necessario che lo viva io stesso, e non sempre è facile: anch’io ho dei limiti e a volte ho bisogno di speranza e di entusiasmo a grandi dosi [Professore di Scuola per infermieri].

I professionisti della salute prestano un servizio vitale alla società: quello cioè di conoscere, diagnosticare e trattare la malattia, curare coloro che sono malati, promuovere la salute ed educarli affinché possano godere di una salute migliore, essere persone dedite allo svolgimento di questo compito che la società ha affidato loro.

I modi di intendere la professione medica nel corso della storia sono stati diversi e hanno influito in molteplici circostanze. È opportuno ricordare quali sono i veri *fini della medicina*, acutamente sottolineati in un rapporto documentato dal prestigioso *Hastings Center*: agli inizi del secolo XXI la prevenzione della malattia e delle lesioni, e la promozione e il mantenimento della salute; il sollievo del dolore e della sofferenza causati dalla malattia e dalla sofferenza; l'assistenza e la guarigione dei malati e la cura di coloro che non possono essere curati; evitare la morte prematura e adoperarsi per una morte nella pace.

– Nel corso di 25 anni la mia preoccupazione, come infermiera professionista, è stata quella di apprendere l'arte di curare, perché l'asse centrale dell'infermieristica è l'esercizio del curare. Curare vuol dire accompagnare i malati in maniera adeguata, conoscerne i valori e le credenze, le necessità e le risorse. Curare significa aiutarli a essere autonomi, a realizzare la propria vita, a proteggersi da soli. Curare è accompagnarli lungo il loro cammino rispettandone il ritmo. Curare un malato è una responsabilità, un obbligo di giustizia. Non è però compito facile, in quanto comporta conoscerne, con tatto e rispetto, la vita, i problemi, il mondo interiore. Esige grandi qualità di ascolto e di attenzione e silenzio [Infermiera].

– Una *vocazione professionale* autenticamente convinta delle sue *responsabilità* è imprescindibile. Questo impulso vitale è il *dovere morale* di agire al servizio dell'essere

umano come fine primario, di aiutarlo nelle sue necessità di guarigione e cure. Questo dovere etico è simile per tutti, perché è il nucleo delle professioni sanitarie, però i livelli di esigenza non sono gli stessi. Ciascuno deve scoprire il vero senso della sua vocazione, su cosa essa si sostiene e con quale nutrimento si rafforza per non cadere nello scoraggiamento o nello stress. Nel mio caso, con il tempo si è prodotto un *processo di discernimento, maturazione e scelta continua*, che non si è ancora concluso. La vita mi ha

mie mani, non per vanagloria ma per migliorare, nella misura del possibile, l'uso delle risorse di cui disponiamo. Quando non riesco nella mia intenzione, cerco di non sentirmi contrariato né turbato; e quando ho successo, cerco di non essere altezzoso e di fare in modo che esso non mi allontani da Dio [Medico interno residente].

– Nel corso degli anni ho ampliato le conoscenze relative alla mia specializzazione, ma ho dovuto apprendere altre conoscenze e capacità che non mi erano state mai insegnate:



portato all'esercizio della medicina, soprattutto assistenziale, ma anche a dedicare un grande lavoro alla formazione e allo sviluppo della bioetica. Lo sento come un dono e come un compito, come un privilegio e un impegno. Nel mio caso, credere non mi esime dal discorrere con razionalità e prudenza nell'ambito della morale, anche col rischio di sbagliare [Medico ed esperto di bioetica].

– Studio per servire, per essere un buon professionista e per sfruttare al massimo le mie possibilità. È mio obbligo assistere ogni giorno al meglio coloro che pongono la loro vita e le loro sofferenze nelle

meccanismi di relazione con l'ammalato, modi di trasmettere cattive notizie, come accompagnare nel dolore e nelle gioie o rasserenare chi ne ha bisogno [Medico internista].

Sfide

Sono molte e diversificate. Juan Viñas afferma nel suo testo *Le professioni sanitarie al crocevia. Sfide del professionista della salute nel secolo XXI*: “Viviamo in un mondo in costante e veloce cambiamento tecnologico, sociale e culturale. Noi professionisti sanitari dobbiamo conoscere e affrontare le sfide che tale cambiamento ci pone, tanto per la no-

stra salute, stile di vita, progetto vitale e ricerca della felicità, quanto per offrire ai pazienti e ai loro familiari un'attenzione di qualità, tenendo conto della globalità della persona e delle sue necessità vitali con professionalità". E segnala, tra le altre, le seguenti sfide:

- coniugare debitamente la specializzazione con la necessaria visione globale della persona. Anzitutto c'è la visione globale della persona e le sue necessità e poi la specializzazione. Solo così potremo capire la persona malata e aiutarla con maggiore efficacia.

- Superare il positivismo scientifico. Questo non spiega l'amore, le relazioni umane, le emozioni, le sofferenze, i sentimenti, le credenze e i dubbi. C'è qualcosa di più del materialismo. Credere nel bene dell'umanità non è irrazionale ma aiuta a dare senso alla vita e alla nostra felicità.

- Affrontare la malattia e la morte in maniera diversa, come parte del ciclo vitale.

- Essere preparato a dare informazioni e, soprattutto, educazione all'ammalato, alla sua famiglia e alla società in generale.

- Lottare per una medicina migliore, utilizzare bene le risorse senza sprecarle e fare in modo che l'assistenza arrivi a tutti.

- Prepararci a offrire ai pazienti d'altra razza, cultura, religione e costumi un'assistenza di qualità.

- Rendere sostenibile e di qualità il sistema sanitario. Dobbiamo utilizzare meglio le risorse di cui disponiamo e partecipare alle organizzazioni volte al miglioramento della qualità dell'assistenza, tenendo bene presente che ogni malato va seguito nel miglior modo possibile, che abbia o meno un trattamento curativo, che costi o meno molte risorse, che torni o meno al lavoro e a essere utile alla società.

- Dedicare tempo e risorse per aggiornarci in tutti gli aspetti della professione, tecnici e umani.

- Rendere conto alla società della nostra attività e delle risorse che essa pone nelle nostre mani.

- Aiutare, in quanto cittadini,

ni, a migliorare la società. Il nostro comportamento e il nostro esempio di vita fuori dal lavoro hanno un impatto sugli altri.

Necessità dei professionisti

I professionisti sanitari sono necessari, è ovvio. Si dice nel libro del *Siracide*: "*Fa' poi passare il medico – il Signore ha creato anche lui – non stia lontano da te, poiché ne hai bisogno*" (Sir 38,12-13). A loro volta, i professionisti della salute sono e si sentono bisognosi di ascolto, vicinanza, sostegno e aiuto per vivere il loro lavoro in modo sano e salutare. Molti di loro sono guaritori feriti. Quella che segue è un'analisi che un gruppo di professionisti fa della propria realtà:

- oggi viviamo una situazione di crisi dei valori, di incertezza e preoccupazione, provocata dai profondi cambiamenti che stanno avvenendo nel progresso delle scienze mediche, nelle relazioni dei professionisti con i pazienti e con le istituzioni sanitarie dalle quali dipendono, e nell'impatto delle nuove direttive amministrative, legali e politiche.

- Ci colpiscono la frustrazione e la disillusione di fronte alle difficoltà professionali, e ci sconcertano i progressi della scienza e della tecnica che richiedono un discernimento costante, che non sempre viene soddisfatto.

- Sperimentiamo l'impotenza all'interno di una società che ci chiede l'impossibile, cioè di curare tutti e anche di vincere la morte, e sentiamo la solitudine in un mondo che ignora, quando non disprezza, ciò che è più radicalmente umano.

- Noi professionisti pur essendo stimati in maniera encomiabile dalla maggioranza dei malati e delle loro famiglie, tuttavia – e questo è il paradosso – è sempre più evidente il livello di insoddisfazione, frustrazione e altri sentimenti penosi che fanno presa su un numero considerevole e crescente di noi.

In sintesi, i professionisti hanno bisogno di:

- sollievo e canali adatti, data la repressione sistematica che devono praticare al contatto ripetuto con la sofferenza dei malati e dei loro familiari.

- Contrastare e compensare le lagnanze e i reclami che ricevono dai malati e dai loro familiari, alcune delle quali obbediscono a negligenza o a cattiva pratica da parte dei professionisti, ma molte hanno come causa difetti del sistema sanitario, del quale anche loro sono vittime dirette.

- Trovare un senso di soddisfazione per un lavoro duro e che, solitamente, non offre molte gratificazioni.

Interrogativi e domande

- Nell'UCI in cui lavoro, ci sono pazienti con la stessa patologia e la stessa età. Vengono messe in atto le stesse tecniche, si somministrano gli stessi trattamenti, però alcuni muoiono e altri vivono. Comincio a chiedermi il perché di queste situazioni. Di sicuro per alcuni è giunta l'ora e per altri ancora no. È stato necessario un certo tempo per capirlo... Ci si pongono problemi etici: fino a che punto si deve continuare a rianimare un paziente? Fino a sette volte, come successe una volta in cui poi il signore uscì con i propri piedi e venne a ringraziarci? Dove sta il limite nella somministrazione di trattamenti curativi, quando sappiamo, a scienza certa, che possono non essere efficaci e aumentare la sofferenza, non tanto per il paziente, se è sedato, bensì e soprattutto per la famiglia? Perché non somministrare cure palliative? [Infermiera]

- Quando nel Pronto Soccorso vedi tanto dolore, tante domande senza risposta, tante famiglie disfatte, tante vite trascurate e, allo stesso tempo, ti vedi immerso in un complesso ospedaliero tanto grande e freddo, tanto spersonalizzato e demotivato... ti poni tanti interrogativi [Infermiere di Pronto Soccorso].

Logorio e sofferenza dei professionisti

Ciò che logora e causa sofferenza ai professionisti è, se-

condo quanto affermano essi stessi: lo stress, conseguenza del sovraccarico di lavoro; l'impotenza personale di cambiare l'ambiente; la mancanza di risorse umane e materiali; la mancanza di sostegno da parte della direzione dei centri, come pure la scarsa valorizzazione del lavoro che realizzano; i problemi lavorativi; la mancanza di entusiasmo; i continui cambiamenti di normative, che rendono difficile lavorare bene; la mancanza di formazione e di risorse per l'esercizio della professione; essere in costante contatto con il mondo della sofferenza e del dolore, ecc.

– Ho molte difficoltà a lavorare nell'ambiente rurale. Le ragioni sono varie. La scarsità di mezzi sanitari e sociali per far fronte ai problemi per esempio. La cecità della gerarchia sanitaria di fronte ai problemi dei professionisti dell'ambiente rurale: essa non conosce direttamente le nostre necessità né ha una relazione diretta con noi, i controlli di qualità sono totalmente irreali, gli incentivi non sono equi, la formazione continua non esiste..., ma prima di tutto viene la spesa farmaceutica. Non si valorizzano le economie realizzate con grande lavoro e dedizione, come ad esempio l'attenzione e il controllo esaustivo e continuo di pazienti cronici a domicilio evitando di trasferirli a un centro ospedaliero. Il mio problema reale è la solitudine nella realizzazione del lavoro. Non so capire fino a dove spingermi. Ciò si ripercuote sugli aspetti della mia vita privata, principalmente su quella della mia famiglia e dei miei amici [Medico di campagna].

– Un ospedale è un'impresa molto speciale, funziona 365 giorni l'anno, mattina, sera e notte. La base dell'ospedale sono le persone. Queste, in quanto tali, possono commettere errori, a volte inevitabili per quanto si siano prese tutte le precauzioni possibili. Quando ciò accade, si produce una grande ansia, per il fatto in sé e per l'atteggiamento da adottare di fronte al professionista. La complessità dei problemi quotidiani ti obbliga a prendere decisioni rapide che, a posteriori, ti fanno dubitare for-

temente se la tua decisione è stata meno assennata. Ma l'ospedale è così. Un labirinto complesso, dove il malato è l'elemento più importante, e proprio per questo, perché ci occupiamo di vite umane, la complessità e la sofferenza della gestione raggiungono a volte livelli difficili da spiegare [Dirigente].

– Soffro quando compio errori riguardanti la tecnica, o si guasta lo studio o parte di esso per un'avaria del macchinario; quando si trattano i malati senza il rispetto che meritano; quando con prepotenza alcuni professionisti fanno passare familiari o amici davanti ai malati che soffrono e questi aspettano e percepiscono questa ingiustizia; quando capisco che un gran numero di professionisti non si apprezzano, non hanno autocontrollo, non hanno pace e la loro autostima viene meno [Tecnico radiologo].

– Mi colpisce in special modo la morte dei giovani e il dolore che vedo dentro di loro. Mi hanno aiutato molto il bollettino PROSAC e anche la mia esperienza in una comunità cristiana di base [Medico internista].

– Uno dei momenti più difficili per me è quando arriva l'inesorabile momento finale di un malato terminale; mi fa sentire il fallimento come professionista della medicina. Condivido la mia impotenza con il dolore della famiglia. In qualche modo mi sento parte di essa e il malato è come il mio prossimo [Medico di famiglia].

– Oggi nell'ambiente si respira la tentazione di gettare la spugna, di abbandonarsi del tutto. Si nota la stanchezza che in alcuni è più evidente. Troppo a lungo si combatte con la cronicità della malattia mentale e dell'ospedale psichiatrico. Pazienti e professionisti sono stanchi del fatto che la salute mentale continui a essere discriminata nell'assistenza e nell'assegnazione delle risorse socio-sanitarie. Scoraggiati per dover rinunciare a progetti e possibilità che forse avrebbero reso più degna la vita delle persone. Timorosi che l'efficacia e l'efficienza si trasformino negli unici indicatori per

dare valore alla qualità di una vita, sia quella del paziente o del professionista che si prende cura di lui ogni giorno [Psicologa di malati mentali].

Gioie e soddisfazioni dei professionisti

La cosa che più arricchisce i professionisti – come essi stessi affermano – è il contatto con l'ammalato e con la sua famiglia, come pure la loro testimonianza, che li aiuta a relativizzare i propri problemi e li esorta a continuare a lavorare con gioia. Ugualmente importante è vivere la professione con vocazione, avere coscienza del lavoro ben fatto, la collaborazione e i buoni atteggiamenti tra i vari professionisti, quando esistono.

– Come molti malati, sento l'angoscia e la pena che causa l'incertezza di ciò che accadrà domani. Palpo la loro lotta, a volte eroica, per la vita. Condivido i loro sforzi e la loro disperazione. Cerco di accostarmi a loro con la mia anima e di trasmettere la mia energia attraverso le mie mani e le mie parole. Mi rallegro delle loro gioie. Il farmi riconoscere e presentarmi dinanzi a loro così come sono, con le mie virtù e i miei difetti, ha reso possibile un avvicinamento. Ho imparato che la speranza è un farmaco grandioso e l'affetto il balsamo migliore per i momenti di sventura. Ho compreso che ascoltare è il rimedio migliore contro le negligenze e gli errori e mi sono reso conto che sono un essere umano come loro [Oncologo].

– La nostra professione ci offre una possibilità di incontro con l'essere umano nella sua fragilità e, in ultima istanza, una possibilità di incontro con il meglio di noi stessi nell'impegno per alleviare le sofferenze altrui. Il contatto con il malato e con la sua famiglia, così come la sua testimonianza aiutano a relativizzare i propri problemi e incoraggiano a continuare a lavorare con entusiasmo [Medico].

– Ogni giorno i malati mi insegnano cose nuove, mi aiutano a crescere e non cessano mai di regalarmi un sorriso, uno sguardo, un abbraccio...

Non mi stancano, al contrario mi stimolano. Amo la mia professione, la guardo ogni giorno con più rispetto e la esercito con dedizione e passione. Sono grato per il fatto di essere dove sono e di fare ciò che faccio: portare amore, molto amore. Solo così si possono ottenere “piccole vittorie”, che per me sono “grandi”: strappare un sorriso, alleviare una solitudine, calmare un dolore, tenere la mano nel momento del trapasso, condividere paure che risultano essere sempre meno paure [Medico di campagna].

– Sto trascorrendo la mia ultima notte con le mie compagne, con le quali ho condiviso tante cose e dalle quali tante cose ho appreso. Sono grata per il cameratismo vissuto nella UVI e per questi anni di lavoro che mi hanno aiutato a scoprire ciò che è essenziale nella vita, l'essenzialità dell'essere umano, di me stessa e degli altri. Ciò mi aiuta a continuare a condividere la vita e a dare speranza a casa, nella strada, in ospedale. Non potrò mai dimenticare lo sguardo di Marisol quando si svegliò dopo molti giorni di lotta contro la morte. Avevo passato molte ore parlandole, dicendole frasi semplici. Ora i suoi occhi trasmettevano gratitudine e amore. Il suo sguardo mi diede pace e mi fece sentire bene [Infermiera].

Anche i professionisti si ammalano

Anche i professionisti della salute vivono l'esperienza della malattia e della vulnerabilità nella propria vita, in quella dei loro familiari o dei loro compagni. Come li colpisce? Cosa significa per il loro agire professionale?

– Alcuni mesi fa mi è stata diagnosticata una malattia tumorale allo stadio IV. Ho iniziato quindi un trattamento con farmaci, in quanto l'operazione non era indicata. Per un chirurgo ciò è difficile da accettare, però non c'è altra soluzione più efficace. Con un'attesa speranzosa nel futuro, accompagnato e circondato da persone che ti amano, alcuni anche sconosciuti, e ricor-

dando i versi di Teresa d'Avila – *Nulla ti turbi, nulla ti spaventi, chi ha Dio nulla gli manca* –, ho iniziato, non senza dubbi, il cammino verso il Mistero. Quando la mia condizione fisica me lo permette, continuo in ospedale la mia attività di assistenza, docenza e ricerca come chirurgo, tranne il giorno in cui mi vengono somministrati i farmaci. Come malato, ho sperimentato la fragilità del corpo e della mente e mi sento più unito a coloro che, con le loro cure e indicazioni terapeutiche, cercano di ottenere la mia guarigione o almeno di placarne i sintomi. In questi momenti di difficoltà



sono di conforto le parole dell'Orto degli Ulivi: *Sia fatta la tua volontà* [Chirurgo].

– Sono infermiera e, se tornassi a nascere, sceglierei la stessa professione. Quando decisi di studiare infermeristica, l'unica cosa che avevo ben chiara era il mio desiderio di essere utile agli altri. Ho lavorato quattro anni nel reparto di medicina interna. Poiché ero giovane ed entusiasta del lavoro, quelli furono gli anni migliori della mia vita. Non solo mi presi cura dei malati, ma mi feci anche grandi amici. Un giorno mi ammalai. Mi diagnosticarono una polineuropatia periferica. Conobbi allora la Confraternita Cristiana di Malati e Invalidi, in cui ho scoperto che, per quante siano le limitazioni di un malato o di un invalido, molte di più sono le sue capacità. Ho scoperto anche che la cosa più importante è il trattamento personalizzato e l'ascolto del malato. Per questo nel mio lavoro cerco di aiutare il malato affinché

sia *protagonista della sua guarigione* [Infermiera].

– Desidero esprimervi il mio profondo ringraziamento per le vostre cure durante il periodo in cui sono stato ricoverato. Quella è stata la mia prima esperienza di paziente ospedalizzato. L'ho vissuta con intensità e con serenità d'animo. Ricordo il personale che mi ha curato quando ero in rianimazione. Ho potuto comprovare la vostra professionalità, il vostro atteggiamento e le vostre attitudini. Mi avete confermato una cosa a cui non si dà sufficiente valore: la disponibilità e la buona volontà nel lavoro. Anche se a volte il vostro ab-

battimento, i conflitti in campo lavorativo o i problemi personali vi preoccuperanno o vi opprimeranno, sappiate avvicinarvi a noi con un sorriso, uno sguardo di accoglienza servizievole e con parole di incoraggiamento. Di fronte all'immobilità e alla dipendenza fisica ho apprezzato molto le vostre mani, sia quando avete curato la ferita sia quando mi sono servite da sostegno per gli spostamenti; e tutto ciò con squisita naturalezza e rispettando il pudore altrui. Continuate così, la routine non vi vinca né vi pieghi lo scoraggiamento, e l'entusiasmo rinnovato sia il vostro orizzonte vitale nel cammino quotidiano [Medico].

Come i malati vedono i professionisti

La vasta esperienza di molti mesi di ricovero mi ha dato l'opportunità di essere spettatore di una variata sfilata di professionisti. Ho visto quelli che:

- dimostrano grande competenza o anche inesperienza e inutilità;

- intavolano una relazione umana e professionale vera o ti trattano come un oggetto;

- realizzano il loro lavoro con voglia ed entusiasmo o con svogliatezza e noia;

- si aiutano reciprocamente o si sottraggono al lavoro e alle responsabilità riversandoli sui colleghi;

- soffrono con il tuo patire, si preoccupano delle tue complicazioni e si rallegrano del tuo miglioramento oppure non si fanno coinvolgere e passano;

- vedono nel malato una persona da trattare come tale o ti vedono solo come un caso interessante o un numero in più;

- si preoccupano e tengono conto dei cambiamenti d'umore del malato, della sua inappetenza, della sua solitudine, della sua sofferenza interiore, delle sue necessità spirituali... o non vi prestano attenzione né lo considerano loro compito [Malato].

2. La comunità cristiana e i professionisti della salute

Dopo esserci avvicinati alla realtà dei professionisti della salute, ci chiediamo quale è la relazione esistente tra la comunità cristiana e i professionisti della salute. Supposta la legittima autonomia che spetta al mondo sanitario, la relazione è necessaria per il bene del malato di cui siamo al servizio ed è benefica per la comunità e per i professionisti. Tale relazione può essere di dialogo e collaborazione, d'attenzione, cure e formazione.

Dialogo e collaborazione

Promuovere il dialogo e la collaborazione con i professionisti della salute è un compito prioritario delle comunità cristiane. È importante realizzarli adottando e coltivando, tra l'altro, i seguenti atteggiamenti: fiducia, rispetto, apertura, rinuncia ad atteggiamenti dogmatici, di condanna e colpevolezza, riconoscimento dei propri limiti, ecc.

Analizziamo alcuni campi in cui questo dialogo e questa collaborazione sono oggi possibili, auspicabili, opportuni e necessari, benché non facili da realizzare.

1. *Promozione di una cultura della salute più responsabile*

La nostra fedeltà al Vangelo ci porta ad aiutare le persone a vivere la loro esistenza nella maniera più umana possibile, coltivando la salute in tutte le dimensioni dell'essere umano. Ci porta a interpellare la società sull'ideale dell'uomo che si chiude dietro questo modello predominante di sa-

na dell'invecchiamento; il senso umano e cristiano del morire.

2. *Promozione di un'assistenza integrale al malato*

Il malato necessita di un'attenzione integrale. Ciò presuppone la conoscenza delle sue necessità reali. I malati sono persone, non cose, e la loro guarigione richiede incontri intensi e dialoghi ripetuti. La guarigione non viene solo per la somministrazione di medicinali. I malati chiedono un'assistenza sempre più umana, personale, comprensiva e vicina. Non si trattano malattie ma



lute tanto tecnicizzata, medicalizzata e burocratizzata. Ci porta anche a illuminare, a partire dalla fede, questioni tanto importanti come la difesa e la cura della vita; il contenuto umano di una vera qualità di vita; la salute come compito responsabile orientato alla crescita integrale della persona e intesa come armonia nell'ambiente; il consumo razionale dei servizi sanitari; il senso cristiano della malattia, della donazione di organi e di sangue; l'esperienza uma-

ammalati. L'assistenza ai malati diventa sempre più complessa. Camminiamo verso una medicina d'équipe, dove hanno spazio diversi professionisti: medici, psicologi, assistenti sociali, sacerdoti, per captare così la realtà complessa dell'uomo: somatica, psicologica, sociale, culturale e religiosa.

3. *Illuminazione etica*

Dobbiamo diffondere le riflessioni della bioetica cristiana che garantisce la dignità delle persone e le difende da

ogni aggressione, uso e manipolazione, specialmente nei casi in cui è più debole: all'inizio della vita, durante la malattia, nel deterioramento fisico e mentale, e in prossimità della morte. Questo ci obbliga a conoscere e discernere i problemi etici concreti che si pongono nel mondo sanitario, di fronte ai quali il professionista della salute deve decidere. Conoscere quale è il fondo della questione nei temi di frontiera nella vita: pillola del giorno dopo, terapia genica, cellule embrionali e adulte, clonazione, manipolazione e uso di embrioni, attenzione ai malati in stato terminale, eutanasia (procedimenti dichiarati e quelli sotto silenzio), distinzione tra mezzi e fini.

4. *Attenzione alle persone meno assistite*

La loro necessità di salute ha luogo in situazioni di emarginazione, il che presuppone anche mancanza di assistenza sanitaria. Si tratta di situazioni di povertà economica, di indifferenza sociale, di solitudine, vecchiaia, alcolismo, tossicodipendenza, o situazioni di persone non autosufficienti o dei malati cronici in generale. La Chiesa non può ignorare il mondo dei più bisognosi di salute. La nostra offerta di salute include l'impegno per un'attenzione sanitaria più giusta per queste persone, come pure la loro difesa contro ogni tipo di emarginazione sociale. Anche qui collaboriamo con i professionisti della salute, in quanto si tratta di un lavoro che li sensibilizza direttamente. Possiamo lavorare uniti non solo per trattare determinate patologie, ma anche per lottare contro le cause che le provocano.

Attenzione e cura del professionista della salute

La comunità cristiana deve essere, nella società, *piscina di Betesda* (Gv 5), cioè comunità che cura. La missione sanante della comunità affonda le sue radici nel Vangelo stesso, in ciò che Gesù disse e fece. Gesù si situa là dove sta l'uomo, dove l'essere umano è dolente: "*passò beneficando e risa-*

nando" (At 10,38). La salute che Gesù offre comincia dalla salute fisica, ma non si ferma lì e raggiunge l'uomo intero in tutte le sue dimensioni. Non si limita al corpo né all'individuo. È una salute individuale e comunitaria, richiede libertà e senso ed è inserita nella trama dei valori e dei controvalori.

Alla luce del modello sanante di Gesù, è importante rivedere e potenziare l'attenzione della comunità cristiana ai professionisti sanitari, il cui lavoro consiste nel rendere presente la Fonte della salute. La comunità cristiana può prestare loro attenzione, cure e formazione.

1. *Avvicinarsi a loro*

Il contatto con i professionisti sanitari continua a essere la forma privilegiata di attenzione verso di loro. Esso non è programmabile, ma si realizza nel modo e nei momenti più inimmaginabili e dà frutti insospettati. La disponibilità al contatto e il colloquio non superficiale rappresentano occasioni propizie per scoprire e attendere alle loro necessità personali.

2. *Stare al loro fianco*

Stare al fianco dei professionisti della salute, soprattutto nei momenti di difficoltà e dolore, mostrare interesse per la loro vita e offrire aiuto disinteressato, è oggi una forma semplice ed evangelica di attenderli pastoralmente. Numerose sono le occasioni che permettono l'esercizio di questa pastorale nella vita dell'ospedale, residenza o istituzione, e nella comunità parrocchiale: atti e feste di amicizia; avvenimenti festivi; disgrazie; il momento della malattia o della morte del proprio personale o di familiari, ecc.

3. *Scoprire assieme il senso del loro agire*

Aiutarli a scoprire ad apprezzare i valori etici ed evangelici della loro professione e anche a riconoscere il loro carisma di guarigione (1Co 12,9). Nel loro esercizio clinico, nel loro lavoro burocratico o nelle loro decisioni amministrative possono manifestare i valori di solidarietà e compas-

sione, il rispetto, l'aiuto reciproco, la giustizia, la gratuità e la riconciliazione.

4. *Sostenerli e prendersi cura di loro*

I professionisti della salute, sono guaritori feriti che necessitano di essere attesi e curati. Un numero crescente di loro soffre la sindrome di logorio professionale. La comunità cristiana, sentendo la necessità imperiosa di curare coloro che curano, deve sostenere i professionisti affinché possano vivere il loro lavoro in maniera serena, deve accompagnarli nel logorio che deriva dal loro lavoro, ascoltandone le difficoltà, le tensioni e lo stress, comprendendone le possibili crisi, offrendo le risorse per evitare di bruciarsi o per riprendersi dall'affaticamento. I professionisti della salute hanno famiglia, necessità vitali, amici, tempo per l'ozio. Per ottenere il necessario equilibrio personale tra professione, famiglia, tempo libero e crescita personale (fisica, psicologica, sociale e spirituale) un semplice aiuto non è sufficiente. La comunità cristiana può dare loro un grande contributo con il consiglio e il sostegno spirituale, il calore e l'amicizia.

5. *Offrire loro canali adeguati e mezzi per la formazione integrale*

I professionisti della salute necessitano di una seria preparazione e di una formazione continua per mantenere la competenza richiesta. Occorrono occasioni di incontro ove possano riflettere, formarsi, pregare, celebrare la loro fede, rafforzare il loro senso ecclesiale e assistenziale, e la loro comunione con gli altri professionisti. La comunità cristiana può prestare vari tipi di aiuto: luoghi per riunirsi; offerta di materiali per la riflessione antropologica, teologica e pastorale sulla salute, la malattia, il morire e l'assistenza; accompagnamento per illuminare i gravi problemi etici, sempre più complessi e numerosi, che si pongono tanto all'inizio e al termine della vita, quanto nella relazione clinica; organizzazione di conferenze,

seminari o corsi monografici su questi temi; informazione sui mezzi di formazione già esistenti e ai quali possono accedere.

6. Pregare con loro e per loro e celebrare il servizio agli ammalati

La comunità cristiana prega per e con i professionisti della salute e celebra il loro impegno e il loro servizio agli ammalati: "Anch'essi pregano il Signore perché li guidi felicemente ad alleviare la malattia e a risanarla, perché il malato ritorni alla vita" (Sir 38,14), "Beato l'uomo che ha cura del debole, nel giorno della sventura il Signore lo libera" (Sal 41).

7. Contare su di loro

Un professionista sanitario preparato può portare le sue conoscenze, la sua esperienza e i suoi punti di vista alla comunità cristiana e arricchirla nei suoi compiti di educare nella salute, di prendersi cura dei malati e dei loro familiari, di formare i suoi visitatori, di dire la sua su problemi umani ed etici, in una parola, di evangelizzare il mondo della salute, una cosa irraggiungibile senza il coinvolgimento e la partecipazione dei professionisti della salute.

Esperienze

1. Parrocchia

In questo corso 2004-2005 ci siamo proposti di mostrare la vicinanza, il riconoscimento e il sostegno della parrocchia ai professionisti sanitari che curano i malati del quartiere. Il gruppo di Pastorale della Salute si è messo in contatto con il Centro Sanitario e, a Natale, abbiamo scritto a tutti i professionisti che vi lavorano una lettera personale di rallegramenti, accompagnata da un regalo. Il gesto li ha sorpresi piacevolmente. La comunità parrocchiale prega per i professionisti durante l'Eucaristia, nei funerali. In occasione dell'Unzione comunitaria dei malati, poi, inviamo ai professionisti la seguente lettera:

*Cari amici,
molti malati, che voi curate
abitualmente nel vostro centro,*

appartengono alla nostra parrocchia. Attraverso la loro testimonianza, conosciamo e ammiriamo il lavoro generoso e continuo dei professionisti sanitari che giorno dopo giorno si prendono cura degli ammalati della comunità e dei loro familiari, con un concetto integrale di assistenza.

La nostra parrocchia – che accompagna e aiuta i malati e i familiari del quartiere – desidera esprimervi la sua gratitudine per questo servizio e mostrarvi la sua vicinanza e il suo sostegno. Sappiamo che il vostro lavoro non sempre è facile, che è molto faticoso e logorante. Sappiamo anche che vivete momenti dolorosi quando vi ammalate o quando si ammalano, o muore, uno dei vostri familiari.

Domenica di Pentecoste, durante la quale celebreremo l'Unzione comunitaria dei Malati, terremo presenti tutti voi. Ringrazieremo Dio per il vostro lavoro, per la preoccupazione che dimostraste per i problemi di salute dei nostri parenti e dei nostri amici. E chiederemo al Signore di aiutarvi nell'opera, preziosa e delicata, di curare, alleviare e consolare.

Siamo a vostra disposizione per collaborare in tutto ciò che riterrete opportuno per il bene dei malati della nostra comunità.

Con il nostro più cordiale saluto (Parrocchia "Cena del Señor", Madrid).

2. Ospedale

Nell'ospedale un gruppo numeroso di professionisti sanitari cristiani collabora con i cappellani del Servizio di Assistenza Religiosa. Offriamo loro la nostra vicinanza e amicizia. Riconosciamo e valorizziamo il loro servizio ai malati e ai professionisti. Facilitiamo, a partire dal nostro posto di lavoro, il contatto con i malati e con le loro famiglie. Preparamo, nella misura del possibile, l'ambiente adatto per amministrare l'Unzione o il Battesimo dei neonati. Collaboriamo nell'elaborazione del lutto delle famiglie (genitori che hanno perso un figlio, ecc.). Spesso partecipiamo alla Santa Messa in ospedale.

Collaboriamo nella celebrazione della Giornata del Malato. Cooperiamo nella redazione del Bollettino mensile edito dal Servizio di Assistenza Religiosa e diretto a tutti i professionisti, ai malati e ai loro familiari. Così facendo siamo presenti nel mondo sanitario come membri della Chiesa (Gruppo di Professionisti Sanitari Cristiani, Orense).

3. Cristiani nel mondo della salute

Tra i professionisti del mondo della salute c'è un buon numero di cristiani che cerca di vivere la propria fede nell'esercizio della professione. Tuttavia, nonostante i progressi, la situazione attuale presenta dati preoccupanti. José María Rubio, nel suo intervento su *Identità e missione del professionista della salute cristiano*, afferma in maniera critica: "La presenza dei professionisti cristiani laici nell'ambito sanitario è in genere scarsa, poco impegnata e spesso inavvertita. In grado minore, ma significativo, la presenza è di testimonianza e si manifesta mediante l'esercizio professionale responsabile e ben fatto, la dedizione, il trattamento umano, la considerazione della dignità delle persone, l'impegno e la partecipazione a comitati e piattaforme di difesa dei diritti dei malati. In alcuni casi, pochi, essa si manifesta facendo riferimento esplicito, con la testimonianza delle loro vite, a Dio padre che ci ama e vuole il bene di tutti".

Esperienza di fede

La fede dei professionisti sanitari cristiani si situa all'interno del dibattito attuale tra coloro che interpretano la religione come una cosa anacronistica e privata e coloro che la considerano attuale e necessaria per la società: "Per quelli la religione è fuori dal tempo, appartiene al regno della memoria e del folklore e risulta inadeguata e obsoleta, impropria di paesi progrediti, rovinosa per la scienza, contraria al senso pratico e positivo del-

la vita. È cosa privata, che non interessa la società”, “è una cosa da vivere privatamente, come colui che fuma di nascosto”, “ci sono però ancora molti professionisti sanitari cristiani che credono fermamente che la fede è più che mai attuale e necessaria: affinché la scienza sia realmente al servizio dell’uomo e il progresso a favore dei deboli, per cementare la cultura nell’amore. La fede è necessaria per una società spersonalizzata e disorientata e non ha senso viverla privatamente come se fosse una pianta da interno; perché la fede continui a essere capace, e lo sarà sempre, di trasformare, in modo pacifico e lungi da ogni fondamentalismo, strutture e società dobbiamo manifestarla e viverla pubblicamente, convinti che essa è un’offerta salutare, la migliore per l’uomo e per la donna di tutti i tempi”.

La loro missione nel mondo della salute

Il posto che compete al professionista sanitario cristiano è il mondo della salute e della malattia. In esso si vivono esperienze fondamentali dell’essere umano: la nascita, la malattia, la guarigione, la morte. Nelle esperienze limite dove si vivono il dolore e l’impotenza, si rivela la condizione fragile e vulnerabile dell’essere umano, si pongono le questioni ultime dell’esistenza e la persona si vede interpellata radicalmente sulla propria identità e sul proprio destino. È un mondo in costante trasformazione e sviluppo, pieno di luci e ombre, successi ammirevoli e fallimenti dolorosi, gesti esemplari e ingiustizie flagranti, tanto nelle strutture quanto nelle persone.

In questo mondo il professionista sanitario cristiano è presente, non come operatore di un servizio di attenzione religiosa al malato, bensì come professionista, realizzando il mandato di Gesù: *Andate e curate* (Mt 10,1). Gesù annuncia e promuove il Regno di Dio facendosi presente nel mondo della malattia e sanando gli ammalati e quanti sono posseduti dal male. Gesù non separa

la sua attività di guarigione dalla proclamazione del Regno. Al contrario, *proclamazione del Regno e guarigione dei malati* sono due aspetti della sua missione evangelizzatrice: “Gesù andava attorno per tutta la Galilea, insegnando nelle loro sinagoghe e predicando la buona novella del regno e curando ogni sorta di malattie e di infermità nel popolo” (Mt 4,23). La guarigione è il segnale che Gesù offre per avvalorare l’autenticità della sua missione: “I ciechi ricuperano la vista, gli storpi camminano, i lebbrosi sono guariti, i sordi riacquistano l’udito, i morti risuscitano, ai poveri è predicata la buona novella” (Mt 11,2).



La missione del professionista sanitario cristiano consiste fondamentalmente nel servire il malato come faceva Gesù, *unto dalla forza dello Spirito, passando beneficiando e sanando tutti coloro che stavano sotto il potere del male* (At 10,38), nello sperimentare oggi nuovamente il Vangelo di Gesù, nell’essere come lui *buona novella di Dio* per i malati e gli invalidi, nell’essere al loro servizio, nell’introdurre nel mondo sanitario i valori evangelici configurando l’azione curativa secondo lo spirito di Cristo e annunciando con “gesti salutarì” il Dio guaritore che vuole solo il bene dell’essere umano. Il professionista cristiano è presente nel mondo della salute aiutando l’essere umano nel proces-

so di recupero della vita, di crescita integrale della salute, di dominio sul corpo, di vittoria sulle forze del male, tutte esperienze privilegiate per rivelare Dio come “amico della vita” e per comunicare la speranza di un Dio Salvatore.

La loro testimonianza

I professionisti sanitari cristiani sono chiamati ad essere *sale, luce e lievito* nella società con la loro testimonianza di vita: “Le immagini evangeliche del sale, della luce e del lievito, pur riguardando indistintamente tutti i discepoli di Gesù, trovano una specifica applicazione ai fedeli laici” (Giovanni Paolo II, CL 15). Il loro compito non è solo quello di rendere presente la Chiesa nel mondo, ma anche di rendere presente il mondo all’interno della Chiesa, alla quale devono apportare la loro esperienza secolare, i problemi, gli interrogativi e le preoccupazioni dell’uomo o della donna di oggi. Il Vaticano II anima i laici ad apportare “alla comunità della Chiesa i propri problemi e quelli del mondo” (AA 10). I professionisti sanitari cristiani devono offrire informazioni e consulenza alla Chiesa sui problemi sanitari, su documenti e pronunciamenti relativi a questioni scientifiche o a conflitti morali che si pongono nel mondo sanitario.

Associazione di Professionisti Sanitari Cristiani

Benché “all’apostolato personale, sempre e dovunque proficuo, anzi in certe circostanze l’unico adatto e possibile, sono chiamati e obbligati tutti i laici” (AA 16), l’apostolato associato è “segno della comunione e dell’unità della Chiesa” (AA 18), ed esige di essere realizzato mediante un’azione comune: sostenere e formare i suoi membri; ordinare e guidare la loro azione apostolica. (AA 18). Nelle circostanze attuali, associarsi è necessario se si vogliono raggiungere i fini, formare la mentalità collettiva e le condizioni sociali.

L'Associazione di Professionisti Sanitari Cristiani è nata nell'ambito della Pastorale della Salute ed è stata costituita nel corso della LX Assemblea Plenaria della Conferenza Episcopale Spagnola che ne approvò gli Statuti il 19 novembre 1993.

I suoi fini

– Promuovere un laicato cristiano impegnato nel mondo della salute che dia una testimonianza evangelica nel suo agire professionale.

– Creare metodi e occasioni di incontro, riflessione e impegno tra i Professionisti Sanitari Cristiani.

– Aiutare gli operatori sanitari nel loro sviluppo umano, spirituale e religioso e nella loro formazione in bioetica.

– Collaborare alla promozione della salute, all'attenzione integrale al malato e all'umanizzazione dell'assistenza sanitaria a tutti i livelli.

– Contribuire alla difesa dei diritti delle persone, nella salute o nella malattia, senza alcuna discriminazione per qualsiasi circostanza.

È interprofessionale

Possono esserne membri medici, infermieri, ausiliari di clinica, personale amministrativo, portantini e tutti i professionisti che lavorano nella sanità al servizio del malato.

La sua attività

L'Associazione celebra periodicamente giornate, seminari di bioetica e altri corsi di formazione e incontri su scala nazionale, regionale, diocesana e locale; organizza gruppi di studio e riflessione, per chiarire temi o questioni d'indole etica, religiosa, professionale o scientifica; pubblica trimestralmente il Bollettino PROSAC, diffonde documenti e materiali di formazione ed esperienze di partecipazione di professionisti nel miglioramento del mondo della salute; e coopera con altri gruppi e collettivi.

Deve essere promossa

Tra le conclusioni approvate durante il Congresso Chiesa e Salute, svoltosi a Madrid nel 1994, leggiamo: "Promuovere

l'Associazione di Professionisti Sanitari Cristiani e i fini che si prefigge, per sviluppare maggiormente la sua collaborazione interecclesiale (consulenza ai pastori, collaborazione nella formazione) e la sua partecipazione attiva all'umanizzazione dell'assistenza, all'illuminazione etica della medicina e alla creazione di una cultura della salute maggiormente coerente con i valori cristiani". Il Rapporto su Chiesa e Salute, presentato all'Assemblea Plenaria della Conferenza Episcopale Spagnola (1995), propone "che le Delegazioni diocesane di pastorale della salute sostengano l'Associazione di Professionisti Sanitari Cristiani approvata dalla Conferenza Episcopale Spagnola".

Per il lavoro personale o di gruppo

– Quale è secondo voi la missione dei professionisti sanitari cristiani nel mondo della salute? Quale deve essere il loro apporto specifico?

Il Magistero e i professionisti della salute

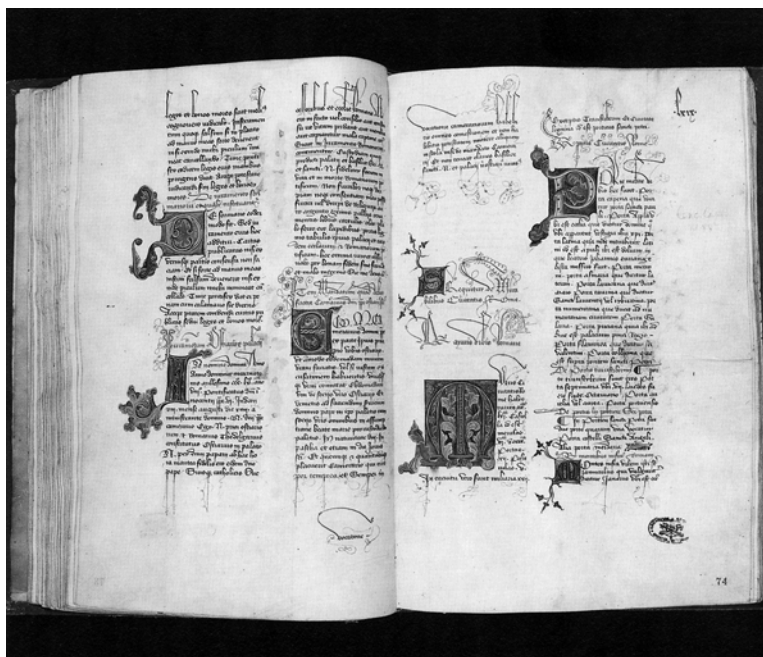
Selezione di testi

– L'onestà e la competenza professionale sono senza dubbio una condizione indispensabile che difficilmente può essere supplita da altro tipo di zelo apostolico [Rito dell'Unzione 57].

– L'Unzione non è estranea al personale sanitario e assistenziale, in quanto è espressione del senso cristiano dello sforzo tecnico. Per questo, sarebbe altamente auspicabile che il personale sanitario partecipi alla celebrazione per poter aprire meglio l'insieme della sua azione terapeutica al versante sovrannaturale, proprio del sacramento [Rito dell'Unzione 67].

– Medici, infermieri, altri operatori della salute, volontari, sono chiamati ad essere l'immagine viva di Cristo e della sua Chiesa nell'amore verso i malati e i sofferenti [Giovanni Paolo II CL 53].

– Come medici, poi, cioè



– Come vivono la loro fede? Quale testimonianza danno?

– Cosa fa la comunità cristiana per promuovere un laicato cristiano impegnato nel mondo della salute?

– Conosciamo l'Associazione di Professionisti Sanitari Cristiani? Cosa possiamo fare per diffonderla e sostenerla?

come servitori della vita, trovate nell'esercizio della vostra professione un'occasione privilegiata per contribuire all'edificazione di un mondo sempre più rispondente alla dignità dell'essere umano... Vivificate il servizio con la preghiera costante a Dio, "amante della vita" (Sap 11,26), ricor-

dando sempre che la guarigione, in ultima istanza, viene dall'Altissimo [Giovanni Paolo II, Lettera ai partecipanti al XXIII Congresso Nazionale dell'Associazione dei Medici Cattolici Italiani, 2004].

– Gesù è stato un instancabile *promotore della salute*... due doveri meritano da parte del cristiano una particolare attenzione: 1. *Difesa della vita*. 'Con la nascita e lo sviluppo sempre più diffuso della bioetica vengono favoriti la riflessione e il dialogo – tra credenti e non credenti, come pure tra credenti di diverse religioni – su problemi etici, anche fondamentali, che interessano la vita dell'uomo... I credenti sono chiamati a sviluppare uno sguardo di fede sul valore sublime e misterioso della vita, anche quando essa si presenta fragile e vulnerabile. 2. *Promozione di una salute degna dell'uomo*. La visione cristiana dell'uomo contrasta con una nozione di salute ridotta a pura vitalità esuberante, soddisfatta della propria efficienza fisica e assolutamente preclusa ad ogni considerazione positiva della sofferenza. Si pone come tensione verso una più piena armonia e un sano equilibrio a livello fisico, psichico, spirituale e sociale [Giovanni Paolo II, Messaggio per la Giornata Mondiale del Malato, 2000].

– È proprio nel momento della malattia che si pone con più urgenza il bisogno di trovare risposte adeguate alle questioni ultime riguardanti la vita dell'uomo: le questioni sul senso del dolore, della sofferenza e della stessa morte. In Cristo sta la speranza della vera e piena salute, la salvezza che Egli porta è la vera risposta agli interrogativi ultimi dell'uomo [Giovanni Paolo II, Messaggio per la Giornata Mondiale del Malato, 2005].

– L'efficace trattamento delle varie patologie, l'impegno per l'ulteriore ricerca e l'investimento di risorse adeguate costituiscono obiettivi lusinghieri perseguiti con successo in vaste aree del pianeta. Pur plaudendo agli sforzi compiuti, non si può tuttavia ignorare che non tutti gli uomini godono delle stesse opportunità.

Rivolgo, pertanto, un pressante appello perché ci si adoperi per favorire il necessario sviluppo dei servizi sanitari nei Paesi, ancora numerosi, che si trovano nell'impossibilità di offrire ai loro abitanti decorose condizioni di vita e un'idonea tutela della salute [Giovanni Paolo II, Messaggio per la Giornata Mondiale del Malato, 2001].

– Il versante etico-sociale si propone come dimensione imprescindibile della testimonianza cristiana: si deve respingere la tentazione di una spiritualità intimistica e individualistica, che mal si comporrebbe con le esigenze della carità, oltre che con la logica dell'Incarnazione e, in definitiva, con la stessa tensione escatologica del cristianesimo. Se quest'ultima ci rende consapevoli del carattere relativo della storia, ciò non vale a disimpegnarci in alcun modo dal dovere di costruirla. Rimane più che mai attuale, a tal proposito, l'insegnamento del Concilio Vaticano II: "Il messaggio cristiano, lungi dal distogliere gli uomini dal compito di edificare il mondo, lungi dall'incitarli a disinteressarsi del bene dei propri simili, li impegna piuttosto a tutto ciò con un obbligo ancora più stringente" [Giovanni Paolo II, NMI 52].

– Professione, vocazione e missione si incontrano e, nella visione cristiana della vita e della salute, si integrano reciprocamente. 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, soprattutto se debole e malata. [Pontificio Consiglio della Pastorale della Salute, Carta agli Operatori Sanitari, n. 4].

– Chiesa e Sanità devono avvicinarsi, riconoscersi e collaborare reciprocamente nel servizio che entrambe prestano al malato. La Chiesa apporta, a partire dalla parola e dalla pratica di Gesù e dalla sua ricca tradizione assistenziale, una

serie di convinzioni su aspetti significativi dell'assistenza sanitaria. Ad esempio: la dignità della persona umana in quanto tale, il valore primordiale delle risorse di ogni essere umano, all'interno di sé, nei suoi atteggiamenti e comportamenti, per curarsi e per curare gli altri; l'importanza della relazione personale e diretta tra colui che cura e l'ammalato; l'impossibilità di curare e di prendersi cura del malato senza donarsi e senza prendere su di sé le sue sofferenze e paure; l'assistenza come compito e responsabilità di tutti; la grande utilità dell'integrazione armonica della scienza e dell'azione pastorale nel ristabilimento dell'ammalato. Infine, apporta un nuovo orizzonte al senso delle realtà che si vivono nella Sanità: la malattia, la sofferenza, la guarigione, l'assistenza e la morte [Commissione Episcopale di Pastorale, Messaggio per la Giornata del Malato 1992].

– Noi impediamo l'accesso ai laici che desiderano un impegno secolare e il dialogo con il mondo, quando ci riaffermiamo istituzionalmente e cerchiamo il potere nella Chiesa, con posizioni troppo rigide, sicure su alcuni punti della dottrina o della disciplina che ammettono maggiore flessibilità o, almeno, atteggiamenti di dialogo. Dobbiamo riflettere con i laici e discernere con loro problemi, preoccupazioni ed esperienze. Evitiamo la tentazione di ammettere unicamente la partecipazione di quei laici che hanno una certa formazione intellettuale, sottovalutando l'esperienza, l'impegno e la testimonianza. Occorre potenziare l'azione del laico sanitario a partire dal suo lavoro come professionista [Mons. Javier Osés ai Delegati Pastoralisti].

– Toglietevi la veste di lavoro in chiesa, ma nei luoghi di lavoro mettetevi la veste battesimale. Intrattenetevi ad analizzare le necessità profonde della gente: la ricerca di senso, gli aneliti di pace, l'ansia di giustizia, la fame di dignità, la speranza di un nuovo ordine economico che assicuri a tutti gli esseri umani i diritti più elementari. Astenetevi dal "semplificare" i problemi.

Il Signore vi dia il gusto delle cose essenziali. Vi faccia ministri della felicità della gente e collaboratori fedeli del vostro vescovo e dei vostri sacerdoti. Amate e servite la vostra Chiesa, non per cercarne la gloria, ma perché sia serva fedele del Regno di Dio. Preoccupatevi di relazionarvi con gli altri gruppi ecclesiali, agendo in maniera che brilli la complementarietà di tutti.

Rispettate le leggi interne della tecnica e della scienza, ma agite in maniera che tutte le realtà temporali dirigano lo sguardo a "Colui che fu trafitto". [Mons. Tonino Bello ai responsabili diocesani dell'Azione Cattolica]

Preghiera del professionista sanitario

Signore Gesù,
Medico Divino,
che nella tua vita terrena
hai prediletto
coloro che soffrono,
e hai affidato ai tuoi discepoli
il ministero della guarigione,
fa che ognuno di noi
– consapevole della missione
che gli è stata affidata –

*si sforzi sempre di essere,
nel servizio quotidiano,
uno strumento
del tuo amore misericordioso.
Illumina le nostre menti,
guida le nostre mani,
dacci cuori attenti
e compassionevoli.
Fa' che in ogni paziente
sappiamo scoprire
i tratti del tuo Volto Divino.*

*Concedici di essere
Buoni Samaritani,
pronti ad accogliere,
a curare e a consolare
quanti incontriamo
nel nostro lavoro.*

*Aiutaci ad offrire
il nostro generoso apporto
per rinnovare costantemente
le strutture sanitarie.*

*Fa' che, avendoTi amato
e servito costantemente
nei fratelli che soffrono,
al termine del nostro
peregrinare terreno
possiamo sperimentare
la gioia dell'incontro con te
nel tuo Regno di gioia
e di pace.
Amen.*

DIPARTIMENTO DI
PASTORALE DELLA SALUTE
Spagna

Bibliografia

Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, *Lettera agli Operatori Pastoralisti*, 1995.

Dipartimento di Pastorale della Salute, *Congreso Iglesia y salud*. Edice, Madrid 1995.

ALARCOS F.J., *Bioética y pastoral de la salud*. San Pablo, Madrid, 2002.

AYERRA M.P., *Querido Dios. Cartas de Esperanza*. Sal Terrae, Santander, 2004.

BERMEJO J.C., *El desgaste en i profesionisti della salute*. Labor Hospitalaria N° 274 (2004).

CLAVÉ E., *Ante el dolor. Reflexiones para afrontar la enfermedad y la muerte*. Temas de hoy, Madrid, 2000.

CONDE J., *Introducción a la pastoral de la salud*. San Pablo, Madrid, 2004.

DE LLANOS F., *La Iglesia y los profesionales de la salud: hacia una colaboración imprescindible*. Labor Hospitalaria N° 274 (2004).

FRANCISCO DEL REY C., *Memorias de una enfermera*. La Esfera de los Libros, Madrid, 2003.

GRACIA D., *Medice, cura te ipsum. Sobre la salud física y mental de los profesionales sanitarios. Discurso en la Real Academia Nacional de Medicina*, 2004. Labor Hospitalaria N° 274 (2004).

PAGOLA J.A., *Claves para desarrollar la identidad y misión de PROSAC*. Documentos PROSAC N° 1 (2000).

REDRADO J.L., *Ser profesional en un mundo en cambio. Claves evangélicas*. Documentos PROSAC N° 2 (2003).

RUBIO J.M., *Identidad y misión del profesional de la salud cristiano*. Labor Hospitalaria N° 274 (2004).

SANDRIN L., *Ayudar sin quemarse. Cómo superar el burnout sin quemarse*. San Pablo, Madrid, 2005.

VIÑAS J., *Las profesiones sanitarias en la encrucijada. Retos del profesional de la salud del siglo XXI*. Labor Hospitalaria N° 274 (2004).



Omosessualità e campagna contro l'omofobia in Messico

La Chiesa cattolica difende, rispetta e promuove la dignità di tutti e di ciascuno

1. Sappiamo che è in atto una campagna, a livello nazionale, contro l'omofobia. Il termine "omofobia" è relativamente nuovo e viene usato per indicare una "avversione ossessiva verso le persone omosessuali".

"L'omosessualità designa le relazioni tra uomini o donne che provano un'attrattiva sessuale, esclusiva o predominante, verso persone del medesimo sesso"¹.

2. Una campagna intesa a promuovere l'accettazione della persona omosessuale, è degna di apprezzamento. Il Catechismo della Chiesa Cattolica dice che "gli omosessuali [...] devono essere accolti con rispetto, compassione e delicatezza. A loro riguardo si eviterà ogni marchio di ingiusta discriminazione"². La persona omosessuale ha tutta la dignità che le spetta in quanto persona umana. La Chiesa Cattolica non insulta, né attacca, né incita alla discriminazione di nessuno; al contrario difende, rispetta e promuove la dignità di tutti e di ciascuno, anche degli omosessuali.

Gli atti omosessuali sono intrinsecamente disordinati

3. Accettata la persona con la sua dignità, occorre distinguere tra l'inclinazione omosessuale e gli atti omosessuali.

L'inclinazione è disordinata in sé, però non costituisce, per sé, una colpa se non c'è l'intenzione di alimentare questa inclinazione mediante atti omosessuali.

4. D'altro lato, "appoggiandosi sulla Sacra Scrittura, che presenta le relazioni omosessuali come gravi depravazioni, [la Chiesa] ha sempre dichiarato che gli atti di omosessualità sono intrinsecamente di-

sordinati. Sono contrari alla legge naturale. Precludono all'atto sessuale il dono della vita. Non sono il frutto di una vera complementarità affettiva e sessuale. In nessun caso possono essere approvati"³. Possiamo vederlo, in effetti, nella *Genesi* (19,1-29), che parla della perversione a Sodoma e Gomorra; o in San Paolo che dice ai Corinzi: "Non illudetevi: né immorali, né idolatri, né adulteri, né effeminati, né sodomiti... erediteranno il Regno di Dio"⁴.

Contesto antropologico di una campagna contro l'omofobia

5. Se la campagna contro l'omofobia pretende di presentare alla società l'inclinazione omosessuale di una persona come una scelta personale legittima, con "diritto a essere differenti", essa assume un atteggiamento di apparente umanità e di rispetto per la persona, pretendendo di basarsi su criteri di pluralismo, tolleranza e non discriminazione; essa, tuttavia, si fonda su basi antropologiche false e ingannevoli, differenziando i concetti e il linguaggio. Non si può sostenere che, così come alcuni hanno la disposizione a una relazione e a un amore eterosessuale, altri abbiano diritto a una relazione e a un amore omosessuale, in modo simile all'accettazione e al rispetto che si deve avere per la persona, non importa che sia destra o mancina, o che abbia un colore di pelle differente.

6. Ontologicamente, è impossibile trattare come uguale ciò che uguale non è: una cosa è il matrimonio fondato sul rapporto eterosessuale di uomo e donna e un'altra, molto differente, sono le unioni di persone dello stesso sesso. Solo la diversità sessuale esistente tra un uomo e una donna permette la naturale complementarità affettiva e sessuale

e il possibile dono di una vita nuova. Nessuno di questi aspetti esiste nelle unioni dello stesso sesso, visto che sono unioni intrinsecamente sterili, e l'apparente aspetto unitivo della loro sessualità si realizza a costo di forzare strutture anatomiche e simulare attività fisiologiche e psicologiche naturali, senza escludere l'uso di prodotti meccanici e chimici più diversi.

7. Inoltre, nel pretesto di adottare bambini da parte di coppie omosessuali, la persona non viene vista come qualcuno che garantisca la continuità della famiglia e il rinnovamento delle generazioni, bensì come il duplicato o la proiezione del proprio io, ossia il figlio come diritto a possederlo.

8. Se gli eterosessuali sono accusati di omofobia, in realtà gli omosessuali vivono l'"eterofobia", cioè la paura dell'altro sesso, paura della differenza sessuale che è fonte e radice della legittima e sana alterità.

9. Una campagna così, di legittimazione, cioè, dell'omosessuale come di una cosa naturale, fa parte di una crescente diffusione a livello mondiale e con forte pressione di tipo sociale, politico e mediatico, che non parla di sesso – sostenuto a livello biologico, psicologico, sociale e morale – bensì di "genere", come una cosa unicamente sociale e culturale, per questo modificabile a criterio della persona, potendo scegliere tra cinque o più generi: uomo, donna, omosessuale-lesbica, bisessuale, transessuale.

10. Detto atteggiamento si muove in un contesto di rifiuto o semplicemente di assenza di Dio come Padre e Creatore dell'essere umano a sua immagine e somiglianza – per questo nella realtà sessuata di uomo e donna –; si muove anche in un contesto di un relativismo morale, secondo il quale

non ci sono valori oggettivi e universali, ma solo preferenze soggettive e personali: ciascuno con diritto di pensare, scegliere e agire come vuole. A questo si somma l'edonismo, che promuove la sessualità come semplice bene di consumo e mezzo per raggiungere il piacere. L'astinenza sessuale, al contrario, viene considerata antinaturale.

11. Ricapitolando, la Chiesa difende e promuove l'accettazione e il rispetto della persona omosessuale, con tutta la dignità che le spetta dal fatto di essere una persona; però, dall'altro lato, si offre e cerca di aiutarla a riscattare e assumere la propria identità sessuale di uomo o donna.

Origine dell'impulso omosessuale

12. Nel processo di aiuto, è importante esaminare l'origine dell'impulso omosessuale. Si è diffusa l'idea che l'omosessualità sia un impulso innato, che abbia basi genetiche. Dal punto di vista scientifico, non ci sono conclusioni certe che lo dimostrino. Comunque sia, sebbene si incontri un'origine genetica, le cause sono multifattoriali e, tra queste, sono incluse quelle di tipo intrapsichico e ambientale; sicuramente non cambierebbe l'aspetto etico menzionato anteriormente, di vedere cioè la tendenza omosessuale come oggettivamente disordinata e che gli atti omosessuali non possono essere approvati in nessun caso. Bisogna tener conto che non tutto ciò che è geneticamente determinato è normale, come per esempio l'albinismo. L'essere umano è un progetto genetico con un ideale di vita da realizzare, cioè non è determinato dai suoi geni.

13. Si può affermare che i seguenti fattori possono, tra gli altri, influire sulla tendenza omosessuale:

- il figlio omosessuale aveva una relazione intima con la mamma, caratterizzata da un certo filo erotico più o meno nascosto; da parte sua, la mamma preferiva spesso que-

sto figlio al marito. Spesso, in questo caso, la madre è stata esigente e superprotettiva.

- La relazione tra padre e figlio, invece, era distante, carente di attenzioni, anzi contrassegnata da aggressione e ostilità.

- Profondo odio e paura del ragazzo omosessuale nei confronti del padre, però anche un enorme desiderio di affetto e accettazione da parte dello stesso.

- Mancanza di esercizio dei genitori nell'educazione sull'identità sessuale del figlio come uomo o donna.

- Abuso sessuale, stupro.

- Perdita dei genitori per morte o separazione (divorzio).

- Separazione dei genitori durante tappe critiche dello sviluppo.

- Fobia sociale.

- Depressione, ansia, tendenze suicide, patologie molto accentuate.

- Abuso di sostanze stupefacenti.

Manifestazione dell'omosessualità

14. Un altro aspetto da tenere presente nel processo di aiuto è che l'omosessualità abbraccia, in realtà, una gamma molto ampia di manifestazioni. Si possono distinguere tre forme basilari, utili per collocare la situazione della persona omosessuale:

- *omosessualità vera e aperta*: il motivo primario e fondamentale di attrazione verso una persona dello stesso sesso è la gratificazione sessuale, e sono secondari i motivi di dipendenza affettiva e/o del potere o del dominio sull'altro. In questo caso, il desiderio sessuale è impersonale; in pratica tutte le persone dello stesso sesso e relativamente attraenti possono diventare oggetto di desiderio sessuale; inoltre, spesso non ci si accontenta di una sola, ma se ne cercano di più.

- *Falsa omosessualità*: qui cambia la situazione; l'importante non è la gratificazione del desiderio sessuale, ma la necessità di soddisfare la dipendenza affettiva e/o il potere sull'altra persona. Il vincolo

tende ad essere con una persona o con poche e ben definite.

- *Omosessualità immaginaria o temuta*: è la paura di essere omosessuale – senza esserlo veramente – per i motivi più diversi: per esempio per insicurezza riguardo la propria identità di uomo o donna; per residui di una fase adolescenziale non ben superata; per fantasie e pensieri inesistenti in questo senso; perché non si ha il modello di conquistatore che altri presumono di avere; oppure per abusi compiuti da parte di un'altra persona dello stesso sesso su di sé e che hanno instillato l'idea di essere anch'egli un omosessuale.

L'omosessualità si può curare

15. Contrariamente all'opinione di molti, inclusi professionisti, che ammettono il paradosso che si possa passare dall'eterosessualità all'omosessualità, ma non dall'omosessualità all'eterosessualità – e di conseguenza scelgono di suggerire alla persona di accettare la propria situazione e di adattarsi alla cultura gay –, senza dubbio l'omosessualità si può curare. Lo affermano molti medici, psichiatri e sacerdoti che hanno aiutato in questo senso.

16. Certamente ci sono casi in cui l'omosessualità è irreversibile, però sono pochi. Tra questi ci sono, ovviamente, quelli in cui l'omosessuale sta bene così e non vuole curarsi. Succede la stessa cosa in qualsiasi campo della medicina, nella quale difficilmente la persona che non si sente malata si cura o segue il trattamento indicato.

17. Non si tratta necessariamente di una vera e propria cura, e nemmeno che la persona rimanga alla mercé delle sue tendenze. Si tratta, piuttosto, di portare la persona a un certo grado di dominio personale su queste tendenze, le quali possono spingere alcune persone, più che altre, all'atto sessuale, ma non possono obbligare nessuno a praticarle.

18. Se Dio ci ha creato a sua immagine e somiglianza, ossia

in condizione di uomo o donna, Dio stesso aiuta a risolvere il disordine omosessuale. Cristo Gesù è venuto a redimerci. “La speranza poi non delude, perché l’amore di Dio è stato riversato nei nostri cuori per mezzo dello Spirito Santo che ci è stato dato. Infatti, mentre noi eravamo ancora peccatori, Cristo morì per gli empi nel tempo stabilito. Ora, a stento si trova chi sia disposto a morire per un giusto; forse ci può essere chi ha il coraggio di morire per una persona dabbene. Ma Dio dimostra il suo amore verso di noi perché, mentre eravamo ancora peccatori, Cristo è morto per noi” (Rm 5, 5-8).

19. L’omosessualità è un disordine; però bisogna ricevere e accogliere la persona omosessuale con comprensione e serenità, anche infondendole una speranza ragionevole di un aiuto efficace.

La persona con tendenze omosessuali si accetti e si ami

20. Per quanto riguarda la persona con tendenze omosessuali, l’aiuterà accettare ciò che segue: si accetti, si ami; abbia un desiderio genuino di

superamento, in generale, nella sua vita; accetti la tendenza omosessuale come un problema che vuole risolvere; desideri lavorarvi con perseveranza; accetti un aiuto individuale di vario tipo: fisico, psicologico, psichiatrico, pastorale e spirituale; accetti di inserirsi in un gruppo di sostegno; si fidi del fatto che il Sacrificio redentore di Cristo è universale; quindi unisca ogni sofferenza e difficoltà al Sacrificio della croce del Signore.

Chiamato alla castità

21. Inoltre: “Le persone omosessuali sono chiamate alla castità. Attraverso le virtù della padronanza di sé, educatrici della libertà interiore, mediante il sostegno, talvolta, di un’amicizia disinteressata, con la preghiera e la grazia sacramentale, possono e devono, gradatamente e risolutamente, avvicinarsi alla perfezione cristiana”⁵.

I genitori si impegnino a dare un’autentica educazione sessuale

22. Come lavoro preventivo, i genitori si preoccupino di stare vicini ai propri figli; si im-

pegnino a conoscere e dialogare con loro in una autentica educazione sessuale; conoscano i libri, i temi e tutto ciò che succede nella scuola dei loro figli e nelle relazioni tra coetanei sull’educazione sessuale.

La Chiesa, fedele alla sua missione

23. La Chiesa vuole essere fedele alla missione affidatale da Cristo Gesù. Bisogna rispettare l’omosessuale come persona, con tutta la dignità di qualunque essere umano, per aiutarlo a riscattare e ad accrescere la sua identità di uomo o donna ed essere così, pienamente, immagine e somiglianza di Dio Creatore.

S.E. Mons. RODRIGO AGUILAR MARTÍNEZ
Vescovo di Matehuala
Presidente della Commissione Episcopale di Pastorale Familiare

Note

¹ Catechismo della Chiesa Cattolica, n. 2357.

² Ibid. n. 2358.

³ Ibid. n. 2357.

⁴ 1Cor 6,9-10.

⁵ Catechismo della Chiesa Cattolica, n. 2359.



Protocollo d'Intesa tra la Regione Lombardia e la Regione Ecclesiastica Lombardia per la disciplina del servizio di assistenza religiosa cattolica negli enti sanitari ed assistenziali pubblici e privati accreditati

L'anno 2005, il giorno 21 del mese di marzo presso la Fondazione Istituto di Ricovero e Cura a carattere scientifico (IRCCS) Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena – Via Francesco Sforza, 28 – Milano

tra

la Regione Lombardia (C.F. 80050050154) rappresentata dal Presidente pro tempore della Giunta Regionale, Roberto Formigoni, nato a Lecco il 30 marzo 1947 e domiciliato ai fini del presente atto in Milano, Via Pola n. 14, autorizzato alla stipulazione del presente Protocollo d'Intesa con D.G.R. n. 20593 dell'11 febbraio 2005

e

la Regione Ecclesiastica Lombardia (C.F. 97179710153) rappresentata dal Presidente pro tempore della Conferenza Episcopale Lombarda che per statuto è il legale rappresentante della Regione Ecclesiastica stessa, Card. Dionigi Tetamanzi, nato a Renate (MI) il 14 marzo 1934 e domiciliato ai fini del presente atto in Milano, Piazza Fontana n. 2, autorizzato alla stipulazione del presente Protocollo d'Intesa con delibera in data 7 febbraio 2005 della Conferenza Episcopale Lombarda e avuto l'assenso dei Vescovi delle Diocesi (Novara, Tortona, Vercelli e Verona) la cui circoscrizione comprende parte del territorio della Regione Lombardia, ed infine avendo ottenuto il presente Protocollo d'Intesa la debita "recognitio" della Santa Sede;

premesso che

1. la Costituzione della Repubblica italiana riconosce la

dignità della persona umana e ne garantisce le libertà e i diritti inviolabili, compresi quelli afferenti la sfera religiosa, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità;

2. l'articolo 7 della Costituzione disciplina i rapporti con la Chiesa Cattolica;

3. l'accordo con protocollo addizionale tra la Santa Sede e la Repubblica italiana, sottoscritto a Roma il 18 febbraio 1984, ratificato e portato ad esecuzione con legge 25 marzo 1985, n. 121, recante modificazioni al Concordato lateranense dell'11 febbraio 1929, stabilisce all'art. 11 che la "...Repubblica italiana assicura che ...la degenza in ospedali, case di cura o di assistenza pubbliche... non possono dar luogo ad alcun impedimento nell'esercizio della libertà religiosa o nell'adempimento delle pratiche di culto dei cattolici" e che la "...assistenza spirituale ai medesimi è assicurata da ecclesiastici nominati dalle autorità italiane competenti su designazione dell'autorità ecclesiastica e secondo lo stato giuridico, l'organico e le modalità stabiliti d'intesa fra tali autorità";

4. con particolare riferimento alla assistenza religiosa negli enti sanitari, l'articolo 38 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del servizio sanitario nazionale (SSN), prevede che presso le strutture di ricovero del SSN venga "...assicurata l'assistenza religiosa nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza del cittadino" e che, a tale scopo, l'unità sanitaria locale provveda "per l'ordinamento del servizio di assistenza religiosa cattolica d'intesa

con gli ordinari diocesani competenti per territorio";

5. la legge regionale n. 48 del 16 settembre 1988, all'articolo 15, stabilisce che i "ricoverati devono essere posti in grado di partecipare all'esercizio del loro culto e possono ricevere la visita del ministro di culto o dei religiosi di loro scelta";

6. l'articolo 11 della legge regionale 11 luglio 1997, n. 31, nello stabilire che i rapporti tra il servizio sanitario regionale, comprensivo di tutti i soggetti pubblici o privati operanti nell'ambito del servizio stesso, e i cittadini sono fra l'altro improntati a principi di rispetto e di tutela della persona, precisa che le aziende sanitarie locali (ASL), le aziende ospedaliere (AO) e tutti i soggetti accreditati, anche privati, sono tenuti al pieno rispetto delle disposizioni di cui alla richiamata l. r. n. 48/1988;

7. in relazione all'ordinamento e alla organizzazione del personale adibito alla assistenza religiosa, la legge n. 132 del 12 febbraio 1968, all'articolo 19, ha previsto fra le necessarie strutture ospedaliere anche il servizio di assistenza religiosa e ha precisato, al successivo articolo 39, che rientra fra il personale degli enti ospedalieri anche quello dedicato alla assistenza religiosa, costituito da ministri del culto cattolico quanto alla assistenza agli infermi di confessione cattolica, come pure confermato dall'articolo 1 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 130;

8. l'articolo 35 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128, ha ulteriormente disciplinato il

servizio di assistenza religiosa negli enti ospedalieri, in particolare prevedendo che l'ordinamento "del servizio di assistenza religiosa cattolica è determinato dai regolamenti interni, deliberati dagli enti ospedalieri, d'intesa con gli ordinari diocesani competenti per territorio" e ulteriormente disciplinando modalità e forme dello svolgimento del servizio;

9. lo stato giuridico del personale addetto al servizio di assistenza religiosa è stato in particolare disciplinato con decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, e trova ora regolamentazione nei contratti collettivi nazionali di lavoro, a seguito della privatizzazione del rapporto di lavoro (già) pubblico nel settore sanitario;

10. alla luce delle competenze legislative confermate in capo alle regioni dalla riforma del titolo V della parte seconda della Costituzione, intervenuta con legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, e ferma restando la competenza esclusiva dello Stato in tema di rapporti tra la Repubblica e le confessioni religiose, la Regione Lombardia è tenuta ad assicurare lo svolgimento del servizio di assistenza religiosa presso le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere e le altre strutture sanitarie pubbliche e private accreditate;

al fine di disciplinare il servizio di assistenza religiosa cattolica nelle strutture sanitarie ed assistenziali pubbliche e private accreditate operanti nel territorio della Lombardia, tutto ciò premesso

SI CONVIENE

di addivenire ad un Protocollo d'Intesa fra la Regione Lombardia e la Regione Ecclesiastica Lombardia come di seguito articolato.

Art. 1)

1. Le premesse costituiscono parte essenziale ed integrante del presente Protocollo d'Intesa.

Art. 2) – Soggetti del servizio di assistenza religiosa

1. Nel presente Protocollo d'Intesa:

a) le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere e, in generale, tutte le altre strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, nonché le strutture pubbliche e private accreditate dedicate allo svolgimento di servizi alla persona, anche di carattere assistenziale, sono indicate anche solo con l'espressione "enti gestori" o "strutture di ricovero";

b) con l'espressione "ordinario diocesano" si indica l'ordinario diocesano per il culto cattolico competente in relazione a ciascuna singola struttura di ricovero;

c) per l'assistenza religiosa cattolica si intende il servizio garantito per il tramite degli assistenti religiosi o di una "cappellania", intesa come espressione della cura pastorale resa dalla comunità cri-



stiana nelle istituzioni sanitarie e in quelle più generalmente dedite ai servizi alla persona, anche di carattere assistenziale, composta da uno o più sacerdoti-cappellani ai quali possono essere aggregati anche altri sacerdoti, diaconi, religiosi e religiose, laici, che operano quali volontari.

Art. 3) – Principi generali e destinatari del servizio di assistenza religiosa

1. La Regione Lombardia garantisce lo svolgimento del servizio di assistenza religiosa cattolica nelle strutture di ricovero di cui sopra all'articolo 2.

2. Il servizio di assistenza religiosa ha lo scopo di favorire l'esercizio della libertà religiosa, l'adempimento delle pratiche di culto e il soddisfa-

cimento delle esigenze spirituali proprie delle persone inferme di confessione cattolica e dei loro familiari, nonché di quanti operano a qualsiasi titolo nelle medesime strutture, compatibilmente con l'assolvimento dei propri obblighi di servizio, nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza dei cittadini.

3. L'esercizio di detto servizio nella sfera dell'azione spirituale e pastorale è prerogativa della competente autorità ecclesiastica.

4. Il presente Protocollo d'Intesa, in conformità a quanto disposto dalle norme concordatarie e dalla legislazione statale e regionale vigente in materia, definisce gli indirizzi e le direttive per la disciplina del servizio di assistenza religiosa, così come precisato dal presente articolo.

5. L'assistenza religiosa, relativamente all'apostolato e all'azione pastorale, è esercitata dagli assistenti religiosi in piena autonomia operativa, con dipendenza esclusiva dall'ordinario diocesano.

6. Per le attività estranee alla sfera religiosa e pastorale, gli assistenti religiosi dipendono dall'ente gestore. Per esigenze di collegamento funzionale del servizio di assistenza religiosa con gli altri servizi, gli enti gestori assumono le proprie decisioni d'intesa con gli assistenti religiosi.

Art. 4) – Rapporto fra enti gestori e ordinari diocesani

1. Sulla base e nel rispetto degli indirizzi e delle direttive contenuti nel presente Protocollo d'Intesa, su richiesta anche di una sola delle parti, gli enti gestori e gli ordinari diocesani stipulano apposite convenzioni per la disciplina del servizio di assistenza religiosa da svolgere nelle singole strutture di ricovero.

Art. 5) – Finalità del servizio di assistenza religiosa

1. Il servizio di assistenza religiosa ha per oggetto le attività dirette all'amministrazione dei sacramenti e dei sacramentali, alla cura delle anime, alla catechesi ed all'esercizio del culto.

2. Esso inoltre comprende:
a) il sostegno al processo terapeutico della persona ammalata;

b) la promozione di attività culturali a carattere religioso;

c) l'accompagnamento spirituale e umano e la relazione di aiuto;

d) il contributo in materia di etica e di umanizzazione nella formazione del personale in attività di servizio e la eventuale partecipazione nei comitati etici;

e) la promozione del volontariato, in particolare per la umanizzazione delle strutture, dei servizi e dei rapporti interpersonali;

f) l'attenzione al dialogo interconfessionale ed interreligioso;

g) le prestazioni di carattere amministrativo per l'organizzazione e le esigenze di ufficio (certificazioni, corrispondenza, archivio, custodia degli edifici di culto, degli arredi e delle suppellettili sacre).

Art. 6) – Dotazione del personale di assistenza religiosa

1. Per ogni ente gestore deve essere previsto almeno un assistente religioso. Il numero degli assistenti religiosi varia in funzione della capacità di accoglienza delle strutture di ricovero.

2. Sino a 300 posti letto utilizzati, dovrà operare un assistente religioso. Da 301 a 700 posti letto, dovranno operare due assistenti religiosi. Oltre i 700 posti letto gli assistenti religiosi potranno essere aumentati di una unità ogni 350 posti letto. Il parametro viene arrotondato per eccesso alle centinaia.

3. Su richiesta dell'ordinario diocesano possono essere modificati, nell'ambito della convenzione di cui al precedente articolo 4, i parametri di riferimento stabiliti nel presente articolo, in considerazione della localizzazione dei presidi e delle effettive esigenze, nonché con riguardo alle strutture dedicate allo svolgimento di servizi alla persona.

4. Fatta in ogni caso salva la previsione di cui comma 3 del presente articolo, gli atti, i contratti e le convenzioni in

essere al momento dell'acquisizione di efficacia del presente Protocollo d'Intesa, che prevedono un numero di assistenti religiosi superiore a quello determinabile in applicazione dei parametri stabiliti nel presente articolo, continuano a produrre effetto sino alla loro naturale scadenza.

Art. 7) Assunzione e cessazione degli assistenti religiosi

1. L'assunzione degli assistenti religiosi dà luogo alla costituzione di un rapporto speciale disciplinato dalla vigente normativa e dal presente

religiosi da assegnare al presidio di riferimento territoriale.

4. La facoltà di recesso degli assistenti religiosi è esercitata per il tramite dell'ordinario diocesano, il quale ha altresì la facoltà di richiedere all'ente gestore la risoluzione del rapporto di lavoro. L'esonero dal servizio degli assistenti religiosi, per gravi e documentati motivi indicati dall'ente gestore, è disposto in accordo con l'ordinario diocesano secondo modalità e forme precisate nella convenzione di cui al precedente articolo 4.



Protocollo d'Intesa. L'inquadramento contrattuale e il trattamento economico sono determinati secondo quanto previsto dalla contrattazione collettiva nazionale di categoria.

2. Gli assistenti religiosi sono assunti dall'ente gestore, su designazione dell'ordinario diocesano, con contratto di durata indeterminata, a tempo pieno o parziale. Ai fini della assunzione si tiene conto dei requisiti previsti dalla normativa e dai contratti collettivi nazionali vigenti.

3. La designazione degli assistenti religiosi e la loro sostituzione compete all'ordinario diocesano. Nell'ipotesi in cui l'ambito territoriale dell'ente gestore comprenda più presidi, e i relativi stabilimenti si trovino in diocesi diverse, la competenza nella designazione e nella sostituzione è di ciascun ordinario diocesano relativamente agli assistenti

5. Il servizio di assistenza religiosa può essere assicurato anche da assistenti religiosi, incaricati in forza di strumenti contrattuali da definirsi nella convenzione di cui al precedente articolo 4, nei seguenti casi:

a) quando gli assistenti religiosi dipendenti intendano continuare lo svolgimento del servizio, con l'assenso dell'ordinario diocesano, oltre l'età stabilita per il pensionamento di vecchiaia;

b) quando il servizio di assistenza religiosa debba essere svolto presso strutture di ricovero aventi un numero di posti letto utilizzati sino a 300 e, in altri casi particolari, su richiesta dell'ordinario diocesano.

6. Nei casi di assistenti religiosi incaricati, il trattamento economico da corrispondere dovrà essere rapportato a quello attribuito al personale, secondo quanto prevede la

contrattazione collettiva nazionale e quella aziendale, anche in relazione all'impegno garantito.

Art. 8) – Diritti e doveri degli assistenti religiosi e del personale collaborante

1. Spetta all'ordinario diocesano nominare l'assistente religioso-cappellano responsabile della "cappellania", gli altri assistenti religiosi e i loro collaboratori stabili (sacerdoti, diaconi, religiosi e religiose, laici). Di tali nomine è data comunicazione all'ente gestore.

2. Gli assistenti religiosi possono essere coadiuvati da altri soggetti, anche occasionalmente, senza oneri per l'ente gestore, salvo l'eventuale rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate. I nominativi di questi ultimi sono comunicati all'ente gestore dal responsabile della cappellania.

3. I collaboratori degli assistenti religiosi, l'ordinario diocesano e i ministri di culto hanno accesso ai locali delle strutture di ricovero con le stesse modalità dei medesimi assistenti religiosi.

4. Gli assistenti religiosi hanno diritto a partecipare alle iniziative di aggiornamento facoltativo previste dalla normativa e/o dai contratti collettivi nazionali ed aziendali vigenti, colle modalità stabilite dalla convenzione di cui al precedente articolo 4 fra l'ente gestore e l'ordinario diocesano.

5. Gli assistenti religiosi, avuta notizia della presenza di degenti di confessione religiosa diversa dalla cattolica, hanno il diritto di segnalare la presenza degli stessi, qualora lo desiderino, ai responsabili della confessione religiosa di appartenenza.

6. Gli assistenti religiosi e gli altri soggetti che li coadiuvano hanno diritto di consumare i pasti (prima colazione, pranzo e cena) forniti dall'ente gestore, con oneri e agevolazioni corrispondenti a quelli riconosciuti ai dipendenti del medesimo ente gestore.

7. Per le singole prestazioni del servizio di assistenza religiosa non è dovuto alcun

compenso da parte dei destinatari.

Art. 9) – Orario di servizio, reperibilità e sostituzione degli assistenti religiosi

1. Considerata la natura del servizio, gli assistenti religiosi svolgono normalmente i propri compiti in orari flessibili, per quanto possibile preventivamente comunicati all'ente gestore, per un tempo comunque non inferiore al debito orario mensile previsto dalla vigente normativa e dai contratti collettivi nazionali di categoria del personale dipendente degli enti gestori e/o dalla convenzione di cui all'articolo 4 del presente Protocollo d'Intesa, e sono sempre a disposizione nelle ore notturne per i casi urgenti.

2. Nelle strutture di ricovero in cui sono assegnati due o più assistenti religiosi, la reperibilità per i casi urgenti fuori dall'orario di servizio è assicurata, a turno, dagli assistenti medesimi.

3. Mediante la convenzione di cui al precedente articolo 4, l'ente gestore e l'ordinario diocesano disciplinano i casi di sostituzione (malattia, ferie, ecc.) degli assistenti religiosi, possibilmente con sostituti che garantiscano la continuità del servizio. I sostituti usufruiranno dello stesso trattamento economico previsto per l'assistente religioso, in proporzione ai giorni di effettivo servizio prestato. Nei casi di urgenza, la medesima convenzione può prevedere la possibilità che la sostituzione venga disposta direttamente dagli assistenti religiosi, con immediata comunicazione all'ente gestore e all'ordinario diocesano.

Art. 10) – Strutture e beni in dotazione al servizio di assistenza religiosa

1. Per lo svolgimento del servizio di assistenza religiosa l'ente gestore assicura spazi idonei per le funzioni di culto (chiesa o cappella e sacrestia), per l'attività religiosa relativa ai servizi mortuari, ad uso ufficio, per gli assistenti religiosi e i loro collaboratori, con relativi arredi, attrezzature ed accessori. Al servizio di assi-

stenza religiosa è garantito, in orari concordati, l'uso anche non esclusivo di ulteriori spazi aziendali per riunioni.

2. L'ente gestore mette di norma a disposizione degli assistenti religiosi un alloggio, adeguatamente arredato, di regola ubicato all'interno della struttura di ricovero o comunque comunicante con la stessa.

3. In caso di temporanea indisponibilità degli spazi di cui ai precedenti commi, l'ente gestore garantirà l'attivazione del servizio di assistenza religiosa con strutture provvisorie, ma comunque adeguate alla necessità del servizio, nel contempo fissando il termine entro il quale il medesimo ente dovrà mettere a disposizione gli spazi previsti dal presente Protocollo.

4. Le usuali spese di culto, nonché quelle di conservazione degli arredi, suppellettili e attrezzature occorrenti per il funzionamento del servizio, la manutenzione ordinaria e straordinaria degli spazi in uso, le pulizie (escluse quelle dell'alloggio, se esterno alla struttura), nonché le spese di illuminazione e riscaldamento di tutti i locali adibiti al servizio di assistenza religiosa, sono a carico dell'ente gestore. Gli assistenti religiosi sono consegnatari responsabili dei beni mobili ed immobili destinati all'assolvimento del servizio.

Art. 11) – Ambito di applicazione

1. Gli enti gestori sono tenuti, entro sei mesi dalla sottoscrizione del presente Protocollo d'Intesa, a disciplinare il servizio di assistenza religiosa in conformità a quanto previsto dal medesimo Protocollo. In caso di ritardo o di inosservanza del presente impegno, la Regione Lombardia si attiverà nei confronti degli enti gestori responsabili nelle forme consentite dalla vigente normativa.

2. La Regione Lombardia considera il servizio di assistenza religiosa presso gli enti gestori, sia pubblici che privati, quale fattore umanizzante in grado di concorrere al miglioramento dei servizi erogati

ti e si impegna a favorirne la presenza nelle strutture sanitarie e in quelle di assistenza sociale e socio-sanitaria, convenzionate, autorizzate e accreditate.

3. Nei confronti degli enti gestori privati, ai quali la Regione Lombardia non potesse imporre l'accettazione del presente Protocollo, questo costituisce atto di indirizzo e direttiva generale.

Art. 12) – Commissione paritetica e risoluzione delle controversie

1. Entro tre mesi dalla sottoscrizione del presente Protocollo d'Intesa, viene istituita apposita commissione regionale paritetica, costituita da quattro componenti, di cui due

in rappresentanza della Regione Lombardia e due in rappresentanza della Regione Ecclesiastica Lombardica.

2. Alla commissione regionale paritetica è affidata la ricerca di una soluzione di reciproco gradimento delle controversie relative alla interpretazione ed alla applicazione del presente Protocollo d'Intesa, anche per i casi di ritardo e/o di inosservanza di quanto stabilito dal precedente articolo 11, comma 1. Alla medesima commissione è inoltre affidata la risoluzione delle controversie che dovessero sorgere fra gli enti gestori e l'ordinario diocesano, anche in relazione alla interpretazione ed alla esecuzione delle convenzioni di cui al precedente articolo 4.

Art. 13) – Norma finale

1. La Regione Lombardia e la Regione Ecclesiastica Lombardica si impegnano a verificare periodicamente il contenuto del presente Protocollo d'Intesa, anche allo scopo di eventualmente superare le difficoltà e le incongruenze che dovessero manifestarsi nella prima fase di concreta attuazione, e comunque su richiesta di ciascuna delle Parti.

Milano, 21 marzo 2005

*Per la Regione Lombardia
Il Presidente*

ROBERTO FORMIGONI

*Per la Regione
Ecclesiastica Lombardica
Il Presidente*

DIONIGI TETTAMANZI



Testimonianze



*Ho riacquistato il mio corpo
“perduto” a causa
della malattia – Esperienza*

*La malattia di Alzheimer:
un’esperienza di sofferenza
e crescita*

*Nota sulla
Giornata Mondiale
della Salute Mentale*

Ho riacquistato il mio corpo “perduto” a causa della malattia – Esperienza

Era questo il mio grido, esattamente il 22 marzo, Martedì Santo 2005. Dopo un processo di malattia – avevo contratto la malaria – riscoprii il mio corpo, lo risentii mio dopo un mese durante il quale mi sembrava di averlo perduto. Curato, l’ho ritrovato. In queste pagine vi racconto la mia esperienza.

1. Dieci anni fa

Era l’anno 1995. Dopo un viaggio in India, avevo cominciato a sentirmi male, il corpo non stava bene, sentiva che stava accadendo qualcosa: “Ulcera duodenale” fu la diagnosi. Dopo un’operazione d’urgenza, fui sottoposto a cure intensive, passai dei giorni in ospedale, sottoposto a numerosi controlli, finché giunse una parola: “Sei guarito”. Sebbene ti diano molti consigli, tu torni alla vita normale, come se non fosse successo nulla, e vai avanti perché il tuo corpo è stato “messo a posto”. E così, poiché non avverti nulla, credi che tutto vada bene, finché nuovamente – dopo dieci anni – esso torna a non funzionare, e ti succede qualcosa.

2. Cosa mi accade?

Nonostante avessi fatto mille viaggi in Africa, senza alcuna prevenzione, nulla era accaduto. Questa volta, però, terminata la celebrazione della Giornata Mondiale del Malato – 11 febbraio – sono tornato dal Camerun con la malaria. I primi passi non furono quelli giusti da compiere, pensando all’influenza che “girava” in quei giorni, finché, alla fine, decisi di recarmi al pronto soccorso dove iniziarono a farmi prove su prove, finché mi dissero che dovevo entrare in ospedale perché avevo contratto la *Malaria da Plasmodium Falciparum*, da ciò che

ho potuto leggere tra le numerose carte.

Iniziai allora una cura forte, passando prima per l’Unità di Rianimazione, dove sono rimasto un’intera settimana, e poi nel reparto di Medicina, per altri giorni.

3. L’iter della mia malattia

Per tutta la Quaresima e la Settimana Santa sono stato sottoposto a controlli medici e ad assistenza infermieristica.

Come diceva il Papa in quei giorni, ero “malato tra i malati”, controllato, “vigilato”, affinché nulla sfuggisse.

3.1 La prima tappa – Rianimazione. Durante i primi momenti, non me ne sono quasi reso conto, tanto che chiedevo a me stesso: sono tanto grave che mi “proibiscono” di ricevere visite, telefonate, ecc? Mi hanno detto che ho sudato moltissimo; sarà vero perché, una volta dimesso, ho trovato una grande quantità di pigiami; tanti cambi, tante prove e tanti controlli medici, ora questo, ora quest’altro, e poi il dover “obbedire” perché la situazione è grave. Me lo traduceva il corpo senza forze, senza voglia di nulla, non era più mio, era più stanco, aveva bisogno di tutto, era degli altri, dei medici, delle infermiere...

Pur non avvertendo dolore fisico, non potevo fare nulla da solo, le forze mi mancavano ed ero totalmente dipendente dagli altri, perfino per portare il cibo alla bocca; ieri tanto forte ed autonomo, e oggi, ammalato, tanto dipendente. Non ero più la stessa persona.

Poi, il corpo reagì, i risultati della tecnica, la medicazione, i controlli..., diedero presto risultati positivi che avvertivo nel corpo e questo, benché bisognoso di sostegno, cominciava a reagire, a recuperare le forze.

3.2 Seconda tappa. Mi hanno dimesso dal reparto di Rianimazione e sono stato trasferito al reparto di Medicina, seguito però dal servizio infermieristico d’Ortopedia, al 4° piano; ospedalizzato qui, forse per stare vicino all’abitazione della comunità e alla mia.

Qui mi hanno seguito meticolosamente e puntualmente, tutto veniva registrato e annotato; col tempo, ho iniziato a notare un forte miglioramento; hanno cominciato col togliermi i tubi, le sonde...; sono arrivato ad alzarmi, anche se ancora aiutato e, poi, quasi come un miracolo, mi sono sentito forte e non ho più avuto bisogno di aiuto per alzarmi e per gestire il mio corpo... una liberazione. Ho recuperato il mio corpo, dicevo al medico e alle infermiere. Cominciavo a essere autonomo. Il corpo me lo diceva, gli altri lo valutavano: il colorito, la voce, una minore stanchezza. Il corpo ricominciava a essere mio. Le parole del medico, però, erano “non correre”, e questo mi dicevano anche altre voci amiche. Occorreva andare adagio e recuperare le forze perdute.

3.3 Giunti a questo momento, una volta dimesso, sono passato alla *terza tappa*, che mi ha visto in comunità, nella mia abitazione, ma sempre sottoposto rigorosamente alle indicazioni del medico, continuando ad essere, per così dire, “controllato”. Ho tardato un po’ prima di riprendere la vita ordinaria. Ma la battaglia contro la malattia era stata vinta e di questo ringrazio Dio, i medici e le infermiere.

4. L’esperienza della mia malattia

Nel paragrafo precedente ho già manifestato parte della mia esperienza, i primi passi compiuti, ciò che avvertivo dal

mio corpo, come se questo fosse un altro, differente, ammalato.

4.1 *Incontro tra tecnica e umanità*

Passando, da ammalato, per il nostro ospedale dell'Isola Tiberina, a Roma, mi sono reso conto fortemente del peso della conoscenza tecnica; quanta tecnica, quanta scienza vengono poste a disposizione dei malati, un bombardamento; questa è stata una delle realtà che ho potuto "toccare con mano"; e se essa è una realtà che dà sicurezza, altrettanto debbo dire delle persone che ho incontrato nei diversi servizi e che sono stati, per me, la medicina migliore; assieme alla preparazione tecnica ho potuto apprezzarne la responsabilità professionale, l'accoglienza e la cordialità, il rispetto per la persona, l'umanizzazione dell'assistenza e la disponibilità.

4.2 *La mia Pasqua 2005*

Anch'io, "malato tra i malati", secondo l'espressione del Papa, ho fatto la mia esperienza pasquale, senza essere "protagonista", celebrante o conceleberrante; per la prima volta, ho vissuto tanto la Quaresima, quanto la Settimana Santa e i primi giorni di Pasqua a partire dalla malattia, con solo qualche presenza, meno faticosa, nelle celebrazioni. Li ho vissuti, però, con serenità e pace, chiedendo al Signore di venirmi in aiuto, perché il mio cuore palpitava più del solito e mi mancavano le forze (*Salmo* 21 e 37). Ho gridato al Signore ed Egli mi ha curato (*Salmo* 29). Il mio venerdì santo si è trasformato in domenica di Pasqua. Non ho assistito alla Veglia Pasquale, ma ho celebrato l'Eucaristia con i malati la sera della domenica di Pasqua. Volevo annunciare che Cristo era risorto, ed era vero, io stesso lo notavo nel mio corpo migliorato. La Chiesa, gioiosa per il trionfo di Cristo, cantava piena di gioia: "Sfolgora il Sole di Pasqua, esulta di gioia la terra..., il Signore è risorto". Resuscitate con il Risorto, correte, fatene l'esperienza. Egli è vivo. È risorto. Questa

realtà pasquale è coincisa con la mia rapida guarigione, con l'annuncio, tante volte ripetuto dai medici, che i risultati erano positivi; erano annunci di vita, di risurrezione, lo notavo sul mio corpo, che diventava sempre più mio.

4.3 *Nella malattia si scoprono altri valori*

In una lettera di ringraziamento, inviata alla Direzione dell'ospedale, dicevo che la malattia era stata per me "benefica", in quanto mi ha aiutato a riflettere, ed è stata occasione per dare un freno alla mia vita agitata, 'stressata', e anche perché è stata occasione d'amicizia e per rendersi conto del fatto che, attorno a



noi, esistono molte persone buone. Si scoprono persone nuove nell'ospedale, nella propria comunità, nella vita lavorativa. Durante la malattia, sono stato accompagnato dai Superiori dell'Ordine Ospedaliero al quale appartengo; mi sono state molto vicine le tre comunità dell'Isola Tiberina, il Servizio Pastorale, i Superiori e i compagni di lavoro del Pontificio Consiglio, in Vaticano, molte comunità religiose e i laici che hanno pregato per me; ho sentito vicino un fiume di preghiere, molta solidarietà, molti amici – tutti medicina del corpo e dello spirito – che mi hanno aiutato a superare la malattia con pace e serenità.

Il dolore e la malattia suscitano preghiere, sono un tempo per elevare suppliche al Signore. Come dicevo, ho sentito che molta gente ha pregato

per la mia guarigione. Anch'io ho pregato, come si prega quando il corpo è 'spezzato', malato. Tutti i giorni, durante la preghiera, passavano per la mia mente un'infinità di volti e istituzioni. L'ho fatto nuovamente, in modo particolare, il primo giorno in cui ho iniziato a reinserirmi nel lavoro, il 4 aprile, offrendo l'Eucaristia in azione di grazia per la mia guarigione e per tutti coloro che vi avevano contribuito: medici, infermiere, comunità, famiglia, persone amiche che mi sono state vicine con la scienza, la solidarietà e l'amicizia. Ho pregato per tutti.

4.4 *Terapia mediante la lettura e la musica*

Amo leggere. In un anno leggo una cinquantina di libri, piccoli e grandi. La lettura è necessaria tanto quanto il cibo. San Bernardo diceva che "un buon libro ti insegna ciò che devi fare, ti istruisce su ciò che devi evitare e ti mostra il fine al quale devi aspirare".

Una volta passata la prima "tormenta" della malattia e recuperate le forze, ho cominciato, poco a poco, con letture leggere, riviste d'informazione, i due ultimi documenti del Papa ai sacerdoti e ai responsabili delle Comunicazioni Sociali, le riflessioni di Mons. Ravasi sulla Settimana Santa, con testi di Bernanos, Claudel, Unamuno, Turolde...; la lettera al Papa di Paolo Mosca; "Memoria e identità". Poiché "non avevo nulla da fare", ma dovevo solo prendermi cura della mia salute, questa è stata un'occasione "privilegiata" per leggere e anche per ascoltare della buona musica. Ho ripercorso i grandi maestri della musica: Mozart, Beethoven, Bach, Vivaldi..., cori e organi, canti popolari russi, musica di meditazione e rilassamento. Canto gregoriano, brani classici della Settimana Santa e di Pasqua (*Mandatum novum, Ubi caritas, Exultet*, il Messia, l'Alleluia di Händel...). Quanto mi ha aiutato la musica a "distrararmi", a rasserenarmi, a elevare lo spirito, a curarmi! Quanto cura la buona musica! Essa è una buona medicina.

4.5 *“Mia forza e mio potere è il Signore, egli è stato la mia salvezza!”*

Durante il periodo più critico e difficile della malattia, si sperimenta una grande impotenza, non solo nel corpo, bensì in tutta la persona. Non si ha voglia di nulla, neanche di pregare “ufficialmente”; il libro cade dalle mani, il corpo non reagisce, né la mente né lo spirito per la grande quantità di salmi, letture e orazioni. E si eleva una prece debole, semplice, aiutata da brevi pensieri delle Scritture, a volte da frasi di santi.

Ricordo che, già nella camera d’ospedale, quando avevo ripreso a leggere un poco, finché mi si annebbiavano gli occhi, andai a prendere il libro delle *Confessioni* di Sant’Agostino; mi sembrava “vibrante” e appropriato quel “tardi ti ho amato..., o “ci hai fatti per te e il nostro cuore non ha pace finché non riposa in te”. E ancora Sant’Agostino: “Perché ti preoccupi? Colui che ti ha fatto, ha cura di te”.

Più tardi, nelle *Opere* complete di Santa Teresa d’Avila ho cercato con avidità quel “Nulla ti turbi”, la poesia n. 30 in cui la Santa invita a elevare il pensiero, ad aspirare al cielo.

Stavo trascorrendo un tempo

buono, positivo, riflessivo, di preghiera, e lentamente ho ripassato, varie volte, la seguente poesia della grande Teresa:

*Niente ti turbi,
Niente ti spaventi
Tutto passa,
Dio non cambia,
La pazienza
Ottiene tutto;
Chi ha Dio
Non manca
di nulla:
Dio solo basta.*

Fu per me in questi momenti come una medicina spirituale.

Se è vero che ho confidato molto nella medicina e nelle persone di scienza, e che mi sono “aggrappato”, per così dire, per uscire il prima possibile dalla malattia, è altrettanto vero che ho sperimentato la presenza di Dio in me attraverso tante “mediazioni”, tante persone che ho incrociato in quei giorni della mia vita, che mi hanno incoraggiato e dato consigli. Tali “mediazioni”, tali brevi testi della Scrittura e di altri Autori, sono stati una medicina, perché mi hanno dato forza, speranza, voglia di camminare.

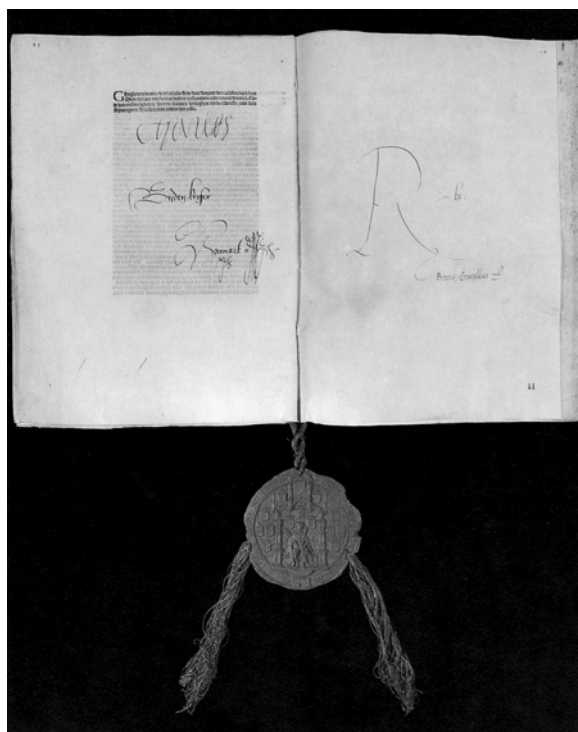
Non posso non citare qui un pensiero di Teilhard de Chardin che ho “rimuginato” molte volte e che dice:

*“Non inquietarti
per le difficoltà della vita,
per i suoi alti e bassi,
per le sue delusioni,
per il suo avvenire
più o meno oscuro.
DESIDERA CIÒ
CHE DIO VUOLE.
Vivi felice. Te ne supplico.
Vivi in pace.
Nulla ti alteri.
Fa che nasca, e conserva
sempre sul tuo volto,
un dolce sorriso, riflesso
di quello che il Signore
continuamente ti rivolge.
Quanti ti senti afflitto
e triste,
ADORA E CONFIDA.”*

Potrei continuare per pagine e pagine a raccontare la mia esperienza. Credo, però, di aver trattato ciò che maggiormente mi ha sorpreso e che, con più intensità, ho vissuto. Esperienza e ricordi condivisi. Molte cose umane, ma anche molte cose di Dio; Egli scrive, come diceva Papa Luciani: “Non sul bronzo o sul marmo, bensì nella polvere della terra, affinché resti chiaro che tutto è opera, tutto è merito solo del Signore”.

S.E. Mons. JOSÉ L.
REDRADO, O.H.

*Vescovo titolare di Ofena,
Segretario del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute*



La malattia di Alzheimer: un'esperienza di sofferenza e di crescita

PALAZZO DEL CAMPIDOGLIO, SALA PROTOMOTECA, ROMA 31 GENNAIO 2005

1. Ritengo doveroso, anche se forse rischio di dire una cosa ovvia, premettere che ho accettato l'invito a prendere la parola in questo qualificato convegno internazionale non in ragione di una preparazione medica specialistica in materia, che naturalmente non ho, ma in ragione della quotidiana esperienza di uomo comune e del ministero sacerdotale, che esercito da molti anni, anche se non sempre direttamente a contatto con i malati e particolarmente con questo tipo di malati.

La malattia di Alzheimer, infatti, tocca notevolmente la nostra società, come ci dicono le statistiche ben note ai convenisti.

[Gli esperti ci dicono che "rappresenta la causa più comune di demenza nella popolazione anziana dei Paesi occidentali".

Si stima che essa colpisca il 5% delle persone ultrasessantenni e addirittura circa il 20% delle persone ultraottantenni.

Si calcola che in Italia i colpiti dalla malattia siano 700.000 di cui 50.000 nel Lazio destinati ad aumentare con la crescita dell'attesa di vita¹.

Negli Stati Uniti, sempre secondo le statistiche, i malati si aggirano sui 3-4 milioni. La spesa pubblica ammonta a circa 500 miliardi di dollari all'anno e il costo annuale della gestione di un paziente affetto dalla malattia di Alzheimer è di circa 47.000 dollari².

Questa malattia è una tragedia spesso silenziosa, ma potente per chi la subisce, i familiari e coloro che li aiutano o sostituiscono nell'assistere i pazienti, i medici e la stessa collettività.

Lo scorso anno gli strumenti di comunicazione sociale hanno attirato l'attenzione del mondo su questo male, riferendo circa la morte di un ex-Presidente degli Stati Uniti, già da

diversi anni sofferente di questa infermità, il cui decorso lento può protrarsi fino a 8-10 anni dopo la diagnosi iniziale³.

Oggi giorno sono molti i rappresentanti dell'economia, della politica, della medicina, della religione ridotti nella fase finale della malattia allo stato di vita, almeno apparentemente, vegetativa, dopo un periodo più o meno lungo di progressiva perdita dell'uso delle facoltà conoscitive e volitive.

La malattia di Alzheimer debutta intorno ai 50-60 anni ed è legata a processi lesivi della corteccia cerebrale. Un fattore familiare si trova nel 25% dei casi. L'esordio è subdolo e segnato dal deficit modesto di qualcuna delle funzioni simboliche (difficoltà nel parlare, nello scrivere, nel leggere, nell'uso di strumenti), da un certo disorientamento tempo-spaziale, da una compromissione della memoria per i fatti recenti. Quest'ultima rapidamente si aggrava mentre si fa importante il decadimento intellettuale, specie della critica e del giudizio. L'incapacità di orientarsi nel tempo e nello spazio è resa più drammatica dalla tendenza ad allontanarsi da casa. Le funzioni simboliche appaiono molto alterate. L'attività è disordinata, incongrua, assurda oppure ridotta fino all'abulia. Possono comparire segni di natura psicotica (deliri di pregiudizio) e fenomeni crepuscolari. Spesso in questi pazienti si nota un disinteresse diffuso, la trascuratezza per la propria persona, un ripiegamento su se stessi, una tendenza all'ipocondria. Frequenti sono anche le manifestazioni d'ansia, la facile irritabilità, l'incontinenza emozionale, i disordini del comportamento (specie sessuali). Per qualche tempo può permanere una coscienza parziale di malattia che aggrava la so-

fferenza del malato e lo porta a mettere in atto una serie di sotterfugi per sfuggire all'osservazione e all'intervento dei familiari. L'evoluzione è lunga, certe volte scandita da remissioni parziali e transitorie. L'Io demenziale è caratterizzato dalla compromissione non solo degli strumenti della mente, ma anche del suo patrimonio mentale... Per ciò si può ben dire che la demenza realizza la più grave forma psichiatrica di "disumanizzazione" dell'uomo. Benché il demente non sia fatalmente condannato a questa disumanizzazione, non si può negare che il tentativo di recupero è estremamente difficile, e generalmente deludente.

2. Questo quadro clinico, riportato non per insegnare qualcosa agli illustri partecipanti a questo Congresso (che senz'altro potranno modificarlo, correggerlo e integrarlo grazie alle loro conoscenze ed esperienze), ma per focalizzare il problema, ci aiuta a capire ancor di più l'effetto devastante di questo terribile male in chi ne è colpito, che si può così riassumere:

- sotto il profilo fisico: decadimento generale progressivo;

- sotto il profilo psichico: ansia, depressione, perdita della memoria e della consapevolezza di sé;

- sotto il profilo morale: umiliazione e frustrazione per le menomazioni avvertite, finché rimane l'uso della ragione, cui segue la perdita totale (almeno) apparente di essa.

Ho constatato di persona la lotta di un mio Confratello e amico, che aveva ricoperto degnamente cariche di grande responsabilità nella diplomazia ecclesiastica, contro l'inesorabile avanzata del male.

Del dramma di tanti altri so-

no venuto a conoscenza soprattutto per confidenze di familiari, bisognosi di conforto e di sostegno soprattutto morale e religioso.

Alla sofferenza dei pazienti si accompagna, infatti, quella dei familiari: soprattutto l'umiliazione morale nell'assistere alla progressiva devastazione della personalità dei loro cari divenuti ai loro occhi moralmente irriconoscibili (amorevolissimi ed equilibratissimi come padri e madri durante la loro vita, che accusano i loro cari di tradimenti e di violenze; docenti universitari autori di numerose pubblicazioni di alto valore, ridotti alla totale incapacità di pensare e di esprimersi, rinomati scienziati diventati capaci solo di un riso permanente), il disagio per un'assistenza delicata e faticosa, il pesante condizionamento dell'attività professionale, politica, culturale, il peso economico da sopportare, l'impazienza per le reazioni del malato e la tentazione dell'abbandono e del rifiuto anche drastico del medesimo.

Notevole è anche l'impatto negativo su coloro che sono chiamati ad assistere i pazienti in aiuto e talora in parziale o totale sostituzione dei familiari, sia a domicilio che nelle strutture specializzate.

Ma il trattamento dei pazienti è difficile e frustrante anche per i medici sia sotto il profilo umano sia sotto quello professionale in quanto non esiste una terapia specifica e perché, comunque, l'obiettivo primario di essa consiste nel miglioramento a lungo termine dei disturbi e dei deficit neurologici associati, e in ultima analisi nel contenimento di una progressiva e inesorabile distruzione della persona umana nelle proprietà che la qualificano in modo specifico (intelligenza e volontà).

La malattia di Alzheimer interpellata la stessa società, la quale è chiamata a sostenere, integrare e, se del caso, sostituire l'opera dei familiari e a mettere a disposizione mezzi e strutture per un'assistenza a misura d'uomo. Il grado di civiltà di una società si misura dal modo con cui provvede alle necessità dei suoi compo-

nenti, in genere, e soprattutto di quelli malati e in modo specialissimo di *questi* malati.

3. La tragedia devastante della malattia di Alzheimer, causa di tanta sofferenza fisica e morale, è o può essere, occasione di crescita per chi è in essa in qualche modo coinvolto?

Una risposta di speranza realistica e non meramente consolatoria non può prescindere da una premessa antropologica comune, in cui possono ritrovarsi anche coloro, i quali – pur essendo in posizione di dubbio e di difficoltà in campo religioso, non sono prigionieri di apriorismi ideologici.

La tradizione umanistica della nostra cultura, che ha ispirato anche la nostra Costituzione (non sempre retamente interpretata) riconosce la persona umana in tutto l'arco della sua esistenza dotata di una dignità originaria trascendente, su cui si fondano diritti indisponibili dallo stesso soggetto e doveri inderogabili.

Secondo questa visione largamente condivisa, nonostante deviazioni e regressioni episodiche o anche in qualche misura permanenti, la persona umana vale per quello che è, non solo per quello che fa o per quello che ha. Per il solo fatto di esistere essa ha un valore, un significato, uno scopo ed una missione gratificante se stessa e gli altri, data la sua necessaria dimensione sociale.

In questa prospettiva, anche soltanto *umana*, la persona non può mai essere, né può mai sentirsi inutile per sé e per gli altri.

Né alcun altro può ritenerla inutile.

“Proprio per questo suo essere persona l'uomo, fra tutte le creature, è rivestito di una dignità unica. Ogni singolo uomo è fine per se stesso e non può mai essere adoperato come semplice mezzo per raggiungere altri traguardi, neanche nel nome del benessere e del progresso dell'intera comunità”⁴.

La visione antropologica derivante dalla *fede* cristiana poi, radicata nel nostro popolo nonostante apparenze contrarie ed emergente proprio nei momenti difficili della vita perso-

nale e nelle situazioni drammatiche della vita associata, ci dice che “Dio, creando l'uomo a sua immagine, ha voluto renderlo partecipe della sua signoria e della sua gloria. Quando gli ha affidato il compito di prendersi cura dell'intera creazione, ha tenuto conto della sua intelligenza creativa e della sua libertà responsabile.

Il Vaticano II, scandagliando il mistero dell'uomo, ci ha aperto dinanzi, sulla scorta delle parole di Cristo (cfr. *Gv* 17,21-22), orizzonti impervi alla ragione umana. Nella Costituzione *Gaudium et spes* ha accennato esplicitamente a ‘una certa similitudine tra l'unione delle persone divine e l'unione dei figli di Dio nella verità e nella carità’ (n. 24). Quando Dio rivolge il suo sguardo sull'uomo, la prima cosa che vede e ama in lui non sono le opere che riesce a fare, ma l'immagine di Se stesso; immagine che conferisce all'uomo la capacità di conoscere e di amare il proprio Creatore, di governare tutte le creature terrene e di servirsene a gloria di Dio (cfr. *Ibid.*, 12). È per questo che la Chiesa riconosce in tutti gli uomini la stessa dignità, lo stesso valore fondamentale, indipendentemente da qualsiasi altra considerazione derivante dalle circostanze. Indipendentemente perciò – ed è della massima importanza – anche dal fatto che tale capacità non sia attuabile, perché impedita da un disagio mentale.

Questa concezione dell'uomo, come immagine e somiglianza di Dio, non solo è confermata dalla Rivelazione neotestamentaria, ma ne viene massimamente arricchita. Afferma san Paolo: ‘Quando venne la pienezza del tempo, Dio mandò il suo Figlio, nato da donna, nato sotto la Legge, per riscattare coloro che erano sotto la Legge, perché ricevestimo l'adozione a figli’ (*Gal* 4,4-5). L'uomo dunque, in virtù della grazia, partecipa realmente di questa filiazione divina, divenendo figlio di Dio nel Figlio”⁵.

Configurato nel Battesimo a Cristo sofferente, crocifisso, morto e risorto, il malato cristiano è, in modo tutto specia-

le, immagine di Cristo sofferente, che morendo distrugge la morte e risorgendo dà a tutto l'uomo anima e corpo una vita nuova.

In occasione della Conferenza Internazionale promossa dal Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari sul tema: "Ad immagine e somiglianza di Dio: sempre? Il disagio della mente umana" il Cardinal Joseph Ratzinger così parlava delle persone mentalmente sofferenti: "Immagini di Cristo da onorare, da rispettare, da aiutare nella misura del possibile, certamente, ma soprattutto, immagini di Cristo portatrici di un messaggio essenziale



sulla verità dell'uomo. Un messaggio che tendiamo troppo a dimenticare: il nostro valore davanti a Dio non dipende né dall'intelligenza né dalla salute che ci permettono molteplici attività di generosità. Questi aspetti potrebbero sparire in ogni momento. Il nostro valore davanti a Dio dipende solamente dalla scelta che avremo fatto di amare il più possibile, di amare il più possibile nella verità.

Dire che Dio ci ha creati a sua immagine, significa dire che egli ha voluto che ciascuno di noi manifesti un aspetto del suo splendore infinito, che egli ha un progetto su ciascuno di noi, che ciascuno di noi è destinato a entrare, per un itinerario che gli è proprio, nell'eternità beata.

La dignità dell'uomo non è qualcosa che si impone ai nostri occhi, non è misurabile né quantificabile, essa sfugge ai parametri della ragione scientifica o tecnica; ma la nostra ci-

viltà, il nostro umanesimo, non hanno fatto progressi se non nella misura in cui questa dignità è stata più universalmente e più pienamente riconosciuta a sempre più persone. Ogni ritorno indietro in questo movimento di espansione, ogni ideologia o azione politica che estromettesse alcuni esseri umani dalla categoria di coloro che meritano rispetto, segnerebbero un ritorno verso la barbarie. E noi sappiamo che sfortunatamente la minaccia della nostra barbarie pende sempre sui nostri fratelli e sorelle che soffrono di una limitazione o di una malattia mentale. Uno dei nostri compiti di cristiani è di far riconoscere, rispettare e promuovere pienamente la loro umanità, la loro dignità e la loro vocazione di creature ad immagine e somiglianza di Dio"⁶.

4. Su questa premessa si può elaborare una *strategia della crescita* per gli affetti della malattia di Alzheimer e per coloro che in qualche modo sono in essa coinvolti.

Ovviamente si tratta di una crescita in *umanità* ed in *spiritualità*.

Nel malato questa può avvenire, ed avviene spesso, prima della fase terminale della malattia.

La sofferenza – come del resto tutte le altre condizioni umane – è in sé ambivalente: può avvicinare a Dio, se "letta" con gli occhi della fede e della retta ragione, allontanare da Lui se vista secondo la logica del benessere fine a se stesso.

Se il dolore è un mistero anche la reazione al dolore è un mistero, che solo Dio può dipanare.

Di fronte all'enigma del dolore Dio "ha risposto alla domanda di senso che portiamo nel cuore in questi momenti non attraverso la spiegazione razionale (o meglio razionalistica N.d.R.), ma attraverso la condivisione compassionevole. Cristo fattosi uomo è morto per vincere la nostra morte".

"Dove eri Signore quando soffrivo tanto?" ha chiesto Santa Caterina da Siena a Gesù apparso in visione. "Ero accanto a te per portare la Croce" è stata la risposta.

La crescita del malato avviene con il recupero o l'approfondimento della fede, che porta ad accettare la propria condizione di menomazione e a "scoprire con gioia la particolare missione che gli è affidata nel Corpo mistico della Chiesa: in unione con Cristo sofferente, egli può cooperare alla salvezza dell'umanità, avvalorando la sua preghiera con l'offerta della sofferenza (cfr. Col 1,24)"⁸.

Vista in questa prospettiva la sofferenza è l'occasione di un percorso interiore che purifica e ripara, in virtù dell'unione alla Passione redentrice, il male proprio ed altrui, diventando salvifica fino ad introdurre nella vita mistica – come le grandi figure di Santi del passato e anche recentissimi ci insegnano negli scritti come Santa Teresa d'Avila e Santa Teresa del Bambin Gesù, Santa Faustina Kowalska, il beato Gaetano Catanoso e la Serva di Dio Maria Pia Mastena e specialmente con la loro morte nei forni crematori Santa Teresa Benedetta della Croce (Edith Stein) e San Massimiliano Kolbe.

L'approfondimento della fede allarga i confini dell'amore: si potrebbero citare a questo proposito le parole di Sant'Agostino: "Si angustiantur vasa carnis, dilatentur spatia caritatis"⁹ – ed apre alla speranza soprannaturale che porta ad esclamare: "Io credo, risorgerò, questo mio corpo vedrà il Salvatore!"¹⁰.

E anche nella fase terminale, quando il povero corpo del malato sembra ridotto ad una massa di carne vivente solo di vita vegetativa, esso è sempre un'icona di Cristo, un tempio dello Spirito Santo, da onorare, rispettare e amare ancor più del tempio di pietra.

La Chiesa esercita questo rispetto anche dopo la morte incensando i resti mortali al momento dell'ultimo saluto.

Ciascuno di noi anche per esperienza vissuta da altri sa che questo è difficile: "So che cosa dovrei fare – diceva un Santo – ma non so quello che farò", ma con la grazia di Dio è possibile.

Un simile discorso vale anche per i familiari del malato e

per coloro che li aiutano o li sostituiscono nell'assistere.

Vedere Cristo nella persona cara malata, anche nei momenti di maggiore devastazione umana, dedicarsi a lei sull'esempio di Caterina da Siena e di Francesco d'Assisi, Damiano Veuster, apostolo dei lebbrosi, avviarla e accompagnarla nei sentieri della speranza cristiana: quale scuola di crescita in umanità e in spiritualità!

Grazie a Dio sono tanti questi eroismi nascosti e di essi sono commosso testimone grazie al mio ministero.

Anche il medico può crescere nella cura dei malati di questo morbo, come del resto di tutti i malati, sia sotto il profilo professionale, arricchendo la sua conoscenza ed esperienza, sia sotto il profilo umano, aumentando la sua empatia verso il paziente, nella considerazione della dignità del malato come persona umana e come fratello in Cristo.

Ma anche la società civile può e deve crescere fornendo adeguate strutture specializzate per la cura del malato a sostegno ed integrazione e, ove occorre, in sostituzione della famiglia secondo il principio di sussidiarietà e dotandole di personale specificamente preparato. Anzi la stessa comunità ecclesiale può e deve crescere assicurando ai malati di Alzheimer a domicilio e nei centri specializzati di assistenza una premurosa cura pastorale non solo con Sacerdoti, ma anche con altri operatori pastorali (per esempio con ministri straordinari dell'Eucarestia e con persone che visitino i malati e le loro famiglie e diano loro consiglio, conforto, sostegno).

Questa strategia della crescita non esclude i malati di altre confessioni o di altre denominazioni religiose o di diversi convincimenti ideologici perché Dio chiama tutti nella sua casa senza violentarne la volontà, che vuole libera ma anche responsabile della risposta.

Essa è una proposta che rimane aperta anche a chi momentaneamente o permanentemente la rifiuta, verso il quale rimane integro il nostro rispet-

to ed il nostro amore, anche se unito al dolore per il rifiuto di un'opportunità decisiva per la sua sorte.

A questo proposito mi è caro ricordare quanto si racconta di un Sacerdote belga Edoardo Poppe, elevato da Giovanni Paolo II all'onore degli altari.

Nel territorio in cui esercitava il suo ministero pastorale, viveva un malato lontano da interessi religiosi.

Il Sacerdote lo andava a trovare e per rispetto alle sue convinzioni, discuteva con lui su argomenti culturali vari.

Dopo un po' di tempo il suo interlocutore gli chiese a bruciapelo: "Quando si decide a parlarci di Dio?".

In un altro caso l'interlocutore era chiuso alla prospettiva religiosa, pur ricevendo per cortesia il Sacerdote e permet-



tendogli di accendere una candela davanti ad un'immagine sacra che teneva in casa – cosa che D. Edoardo faceva tutte le volte che lo visitava.

Una sera si accorse che il Sacerdote era senza fiammiferi e gli disse: "Volete un fiammifero?".

E da quella domanda cominciò il dialogo religioso.

5. Concludo rilevando la particolare sensibilità di Giovanni Paolo II che al dolore umano in generale ha dedicato l'Enciclica: *Salvifici Doloris*¹¹ oltre ai discorsi in varie circostanze, istituendo il Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari ora Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari (Pastorale per la Salute) 11 febbraio 1985¹² e su questo genere di malattie in

particolare ha rivolto significativi discorsi ai partecipanti a Conferenze Internazionali organizzate dal citato Dicastero della Curia Romana, per esempio:

- sul disagio mentale (28-29-30 novembre 1996)¹³;
- sulla depressione (13-14-15 novembre 2003)¹⁴;
- sulle cure palliative (11-12-13 novembre 2004)¹⁵.

Su questa linea si pone il Messaggio della Quaresima 2005¹⁶.

Le sue parole, alcune delle quali sono state riportate, possono orientare anche la nostra riflessione sulla malattia di Alzheimer, che ci porta a chinarci sul nostro prossimo sofferente con l'animo del Buon Samaritano seguendo le parole di Cristo al dottore della legge: "Va' e anche tu fa' lo stesso"¹⁷.

S.E. Mons. BRUNO BERTAGNA
*Segretario del Pontificio Consiglio
per i testi legislativi,
Santa Sede*

Note

¹ GATTANI L., *Vademecum Alzheimer*.

² BIRD T., *Malattia di Alzheimer e altre demenze primarie* in *Principi di medicina interna* a cura di Harrison, pp. 2673-2677.

³ *Ivi*, p. 2674.

Internet: *Alzheimer* a cura di AfaR.

⁴ GIOVANNI PAOLO II, *Discorso in occasione della Conferenza Internazionale sul disagio mentale*, Pontificio Consiglio della Pastorale degli Operatori Sanitari (Roma, 28-30 novembre 1996) in *L'Osservatore Romano*, 1 dicembre 1996, p. 5.

⁵ *Ivi*, p. 5.

⁶ *Dolentium Hominum* n. 34 (anno XII, N. 1), p. 19.

⁷ CAFFARRA CARLO, Arcivescovo di Bologna, Omelia in occasione della Santa Messa per le vittime di Crevalcore, 14 gennaio 2005.

⁸ GIOVANNI PAOLO II, *Discorso alla Plenaria del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari*, *L'Osservatore Romano*, 22 gennaio 2005.

⁹ SANT'AGOSTINO, *Sermone* 69,1, PL 38.

¹⁰ NELLA CASA DEL PADRE, *Io credo risorgerò*, n. 600, p. 480.

¹¹ AAS 76 [1984] 235-238

¹² Motu proprio *Dolentium Hominum* in AAS 77 [1985] pp. 459-461.

¹³ L'OSSERVATORE ROMANO, 1 dicembre 1996, p. 5.

¹⁴ V L'OSSERVATORE ROMANO, 15 novembre 2003, p. 5.

¹⁵ L'OSSERVATORE ROMANO, 13 novembre 2004, p. 5.

¹⁶ L'OSSERVATORE ROMANO, 28 gennaio 2005, p. 4.

¹⁷ *Lc* 10,37.

Nota sulla Giornata Mondiale della Salute Mentale

10 OTTOBRE 2005

1. In occasione della Giornata Mondiale della Salute Mentale che quest'anno ha come tema: "Salute mentale e fisica durante tutta la vita", come Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, desidero fare una riflessione per esprimere la viva attenzione con cui la Chiesa segue i problemi della sanità e della salute. La salute è un patrimonio inestimabile e la salute è per tutti fondamentale per garantire la pace e la giustizia tra i popoli.

2. La condizione sanitaria dei singoli individui, delle famiglie, delle comunità e delle nazioni è determinata da variabili ambientali, biologiche, psicosociali, socio-culturali, spirituali, economiche e politiche, in transazione tra di loro. Fattori economici colpiscono la pianificazione e l'attuazione sanitaria nonché l'accesso alle cure sanitarie, la responsabilità dei dispensatori sanitari, la qualità e i risultati dei trattamenti, l'intensità e l'ampiezza della ricerca e della formazione. La promozione della salute, la prevenzione delle malattie ed una condivisione di rischi connessi alla salute (ambientali, comportamenti ad alto rischio – compreso il fumo, le malattie sessualmente trasmissibili, l'abuso di sostanze stupefacenti e la dipendenza – violenza e malattie), nel senso più vasto, sono tutte responsabilità congiunte di piani nazionali sanitari, aziende, governi, dispensatori sanitari.

3. Nell'ambito della salute mentale, tali considerazioni assumono una rilevanza particolare. L'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) riporta che 450 milioni di persone nel mondo sono affette da problemi mentali, neurologici o comportamentali e che 873mila persone si suicidano ogni anno. Il disagio mentale costituisce una vera e propria emergenza socio-sanitaria: il 25% dei Paesi non ha una legislazione in materia; il 41% non

ha una politica definita per la salute mentale; in più del 25% dei centri sanitari, i malati non hanno accesso ai farmaci psichiatrici essenziali; il 70% della popolazione dispone di meno di uno psichiatra per 100.000 persone. I disturbi mentali colpiscono con maggiore frequenza le popolazioni sfavorite dal punto di vista intellettuale, culturale ed economico. Milioni di creature sono costrette a portare nei loro corpi e nelle loro menti le conseguenze di una scarsa alimentazione, di conflitti armati nonché il succedersi di catastrofi naturali gigantesche con il loro pesante carico di morbidità e di mortalità.

4. È urgenza di una forte azione preventiva delle malattie mentali. La diagnosi precoce, l'intervento ai primi segnali di disagio e di sofferenza, la realizzazione di specifiche misure di intervento, rappresentano lo strumento primario di tutela della salute mentale. È necessario garantire la diffusione di una reale educazione alla salute e promuovere stili di vita sani coerenti ad una cultura dei valori. La stessa scienza medica riconosce uno strettissimo rapporto tra il manifestarsi o l'aggravarsi di alcune patologie e turbe mentali e la odierna crisi di valori. Ne è conferma l'interdipendenza tra l'AIDS, la tossicodipendenza e l'uso disordinato della sessualità. Non è possibile tacere di fronte alla continua aggressione alla serenità e all'equilibrio mentale, costituita da modelli sociali che portano alla strumentalizzazione dell'uomo e a pericolosi condizionamenti della sua libertà. La crisi di valori e l'affermazione di disvalori che accrescono la solitudine, fanno cadere le tradizionali forme di coesione sociale, sfaldano i gruppi di aggregazione, in particolare sul piano culturale e screditano il benemerito istituto della famiglia. Anche la mentalità dominante

delle nostre società, sempre più chiuse ed egoistiche, porta a rimuovere la sofferenza e a emarginarla, con gravi conseguenze sulla salute mentale dei cittadini.

5. La Chiesa cattolica ha sempre dato il suo contributo sia nel prevenire che nell'assistere i malati di mente e le loro famiglie sul piano medico-assistenziale, sociale, spirituale e pastorale. Noi siamo coscienti di trovare specialmente nei malati mentali la preziosa immagine di Dio che nel Cristo sofferente, come dice il Profeta Isaia "non ha apparenza né bellezza per attirare i nostri sguardi, non splendore per provare in lui diletto" (Is 53,2); è lì che si trova la forza redentrice di tutta l'umanità. Conseguentemente, sono tanti i progetti e i programmi di formazione, prevenzione e di assistenza, cura e accompagnamento pastorale dei malati, che le chiese locali, gli istituti religiosi e le associazioni laicali portano avanti con amore, senso di responsabilità e spirito di carità. Con il loro operato dimostrano che la malattia della mente non crea fossati invalicabili né impedisce rapporti di autentica carità cristiana con chi ne è vittima.

6. Rivolgo pertanto questa riflessione a tutti i responsabili della società incaricati di vegliare sulla salute pubblica affinché cerchino di trovare un urgente aiuto a questi malati, tanti dei quali si trovano per le strade o nelle loro famiglie dove non possono ricevere l'aiuto tecnico-scientifico del quale hanno bisogno; e dispongano di strumenti efficaci di intervento per difendere l'elementare diritto all'accesso alle cure e all'equità nella salute nel pieno rispetto dell'integrità e della dignità del malato.

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

Commissione Episcopale per la Pastorale della Salute della Repubblica Centrafricana

RIASSUNTO DEL CONASAN (COORDINAMENTO NAZIONALE DELLA SALUTE)
NELLA RCA/ACERAC: INSIEME PER LA VITA E LA SALUTE
GIORNATA MONDIALE DEL MALATO, 11 FEBBRAIO 2005

Scheda d'identità del Paese

- Superficie 623.000 km²; 3,5 milioni d'abitanti;
- posto occupato nell'HDI (*human development index*): n. 172 su 182 Paesi;
- aspettativa di vita: 49 anni nel 1988 e 44 anni nel 1998;
- tasso di alfabetizzazione: 67% nella scuola primaria e 20% in quella secondaria, di cui meno del 40% sono ragazze;
- mortalità materna: 683/100.000 nascite nel 1975; 948/100.000 nascite nel 2000;
- mortalità infantile (al di sotto dei cinque anni): 194,0‰ nel 2000;
- povertà assoluta, prima della distruzione di un terzo del Paese (2002-03): 64% della popolazione.

Contesto

La prevalenza dell'HIV/AIDS nella RCA, con il 21% nelle zone urbane e il 34% nelle zone rurali, è la più elevata tra tutti i Paesi sub-sahariani dell'Africa francofona. Un decennio di rivolte e disordini militari e politici, e la guerra civile non hanno favorito un'azione intensa, concertata e continua da parte dello Stato nella lotta contro l'AIDS.

Le realizzazioni della Chiesa/CONASAN

- Esiste una rete ecumenica delle Chiese per la salute (AS-SOMESCA, con 170 specializzazioni sanitarie) all'interno della quale opera, in particolare, il CONASAN (Coordinamento nazionale cattolico della salute) che riunisce un Ufficio nazionale e 9 équipe di coordinamento diocesano

della salute con un totale di un personale sanitario di 486 persone, che opera in 114 specializzazioni sanitarie. Da 50 anni, la Chiesa ha sempre dato un sostegno forte e diretto alle strutture statali, con investimento e presenza di 22 religiose in altrettanti ospedali pubblici.

- Nel 2004, è stata firmata una convenzione tra Stato/Ministero della Sanità e Chiesa/CONASAN per regolare la cooperazione tra i due partner che operano per la salute della popolazione.

- La Chiesa è la porta-parola, la voce dei senza voce e si adopera per garantire l'accesso finanziario alle cure da parte dei più poveri (2/3 della popolazione).

- Durante e dopo la guerra civile (2002/2003), essa ha lanciato con grande successo, mediante un consorzio di 6 finanziatori internazionali (CRS, UNICEF ecc.), un progetto d'urgenza sanitaria denominato TALITA KUM, che ha permesso la sopravvivenza di un milione di persone, curate in un centinaio di ospedali o centri sanitari (soprattutto pubblici). Spesso sono stati espressi ringraziamenti come questo: "Tutti ci hanno dimenticati, ma Dio non ci abbandona: la Chiesa è rimasta con noi e ha strappato le nostre vite alla morte!".

Comitato Episcopale Nazionale di fronte all'AIDS nella RCA (= CENFAS)

- Dall'ACERAC nel 2001, la coordinatrice della CONASAN riunisce come *mainstreaming officer* 9 commissioni episcopali socio-pastorali che hanno lanciato il pro-

gramma EVA (Educazione alla Vita e all'Amore) non soltanto nelle scuole o tra gruppi di giovani, ma anche nelle parrocchie e movimenti. Tale programma ha come gruppo "target" delle coppie presentate come modelli per accompagnare i giovani e promuovere una cultura della condivisione in seno alla famiglia e tra genitori e giovani in pubertà.

- Nel corso degli ultimi tre anni, sono stati formati 118 educatori, i 2/3 dei quali sono coppie. Oltre 5700 partecipanti hanno poi seguito sessioni della durata da 1 a 7 giorni.

- È stata compiuta una programmazione per l'intero anno 2005 che riguarda la valutazione delle attività della Chiesa in tutte le 9 diocesi in materia di AIDS, un migliore coordinamento e una mobilitazione delle parrocchie.

Le nostre preoccupazioni e azioni prioritarie

- Garantire alle popolazioni l'accesso finanziario e geografico alle cure;
- Migliorare la qualità delle cure preventive e curative;
- Promuovere la salute fisica, spirituale e morale verso un comportamento sociale e sessuale responsabile («Dove è tuo fratello?»).

Le nostre sfide

- Povertà materiale ed educativa di gran parte della popolazione;
- ricostruzione di 2 diocesi dopo i saccheggi e le distruzioni;
- affidabilità e auto-finanziamento dei servizi sanitari della CONASAN;
- durabilità dei servizi e

delle risorse umane (africanizzazione);

– Stregoneria, false credenze, emarginazione e AIDS.

Nella Repubblica Centro-Africana, i malati di AIDS muoiono più di solitudine, di depressione, di paura e di discriminazione che di infezioni opportuniste – il che ci coinvolge in quanto Chiesa. La Chiesa, infatti, deve portare il proprio contributo specifico lavorando per lo sviluppo delle anime delle nostre popolazioni malate. La sua risposta specifica, sull'esempio del Buon Samaritano (che non era

neanche infermiere!), deve andare ben oltre le cure del corpo e offrire un sostegno spirituale ai malati.

Sarebbe auspicabile sfruttare maggiormente *due specifici strumenti cattolici*:

– il Sacramento dell'Eucarestia non ci è stato forse donato per rafforzare la nostra comprensione che il nostro Dio si lascia perfino mangiare per rassicurarci della sua presenza e proteggerci da ogni sorta di male, più di uno scudo?

– Il Sacramento dell'Unzione dei Malati non ci è stato forse donato come una forza e

una grazia per incamminare la nostra vita verso Dio (e non come annuncio di morte)?

Come fare affinché la preghiera, la messa, le parole e gli atti concreti di solidarietà tra i cristiani diventino un'unica realtà?

In questo modo possiamo mostrare a tutti coloro che soffrono che “dove sono due o tre riuniti nel mio nome, io (Gesù, Dio) sono in mezzo a loro” (Mt 18,20).

Dott. REGINAMARIA EDER
Coordinamento Nazionale





Pontifical Council for Health Pastoral Care



Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute

Organization

Historical Outline

Events

Documents

Word of the Pope

The Good Samaritan Foundation



Pontifical Council for Health Pastoral Care

International Catholic Organizations

Emerging Diseases

Dolentium Hominum

Archives

Prayers

Links

Message of His Holiness Benedict XVI for the XIV World Day of the Sick (

December 23, 2005

HEADLINES

Message for the World Day Against AIDS -
1 December 2005



Message for the World AIDS Day - 1
December 2004



Catholic Women Nurses Faced with the
Challenges of Health in Africa



HIGHLIGHTED

Message of His Holiness Benedict XVI
for the XIV World Day of the Sick

«*Duc in altum!* This invitation of Christ to Peter and the Apostles I address to the Church communities spread throughout the world and in a special way to those who are at the service of the sick, so that, with the help of Mary *Salus infirmorum*, they may bear witness to the goodness and the paternal solicitude of God.» (Benedict XVI). [View more]



WORD OF THE POPE

Message of His Holiness Benedict XVI for
the XIV World Day of the Sick



Message of the Holy Father John Paul II
for the XIII World Day of the Sick



Message of His Holiness John Paul II for
the Twelfth World Day of the Sick



Search

© 2005 The Pontifical Council for Health Pastoral Care, Via della Conciliazione, 3 - 00120 Vatican City
Tel. +39-(06)698.83138, +39(06)69884720, +39(06)698.84799 / Fax +39-(06)698.83139
opersanit@hlthwork.va

www.healthpastoral.org - e-mail: opersanit@hlthwork.va