



DOLENTIUM HOMINUM

N. 62 – anno XXI – N. 2, 2006

RIVISTA DEL PONTIFICIO CONSIGLIO
PER LA PASTORALE DELLA SALUTE

DIREZIONE

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

COMITATO DI REDAZIONE

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

CORRISPONDENTI

BAUTISTA P. MATEO, **Bolivia**
CASSIDY MONS. J. JAMES, **U.S.A.**
DELGADO DON RUDE, **Spagna**
FERRERO P. RAMON, **Spagna**
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

4 Decreto della Penitenzieria Apostolica

XIV GIORNATA MONDIALE DEL MALATO
ADELAIDE - AUSTRALIA, 11 FEBBRAIO 2006

6 Lettera del Santo Padre al Cardinal Lozano Barragán *Benedetto XVI*

7 Cronaca delle Celebrazioni *P. Dariusz Giers*

10 Discorso del Santo Padre agli ammalati *Benedetto XVI*

11 Angelus *Benedetto XVI*

12 Omelia *S.Em. Card. Javier Lozano Barragán*

15 Il malato mentale, immagine fedele di Dio *S.Em. Card. Javier Lozano Barragán*

21 “Va’ nella tua casa, dai tuoi, annunzia loro ciò che il Signore ti ha fatto e la misericordia che ti ha usato” (Mc 5,19): questioni dell’umana dignità *P. Peter Comensoli*

26 In quale direzione da qui? *Mons. David Cappelletti*

29 La pastorale della salute nella Chiesa *S.Em. Card. Javier Lozano Barragán*

ARGOMENTI

36 Un dialogo pluridisciplinare sulla vita umana *Prof. Bonifacio Honings, O.C.D.*

41 La vita umana, dono prezioso di Dio *Conferenza Episcopale Spagnola*

44 La società moderna in conflitto tra cultura di vita e cultura di morte *Mons. Vincenzo Di Muro*

47 La prigione e le condizioni favorevoli alla depressione *P. Waldemar Woźniak*

51 Tre santi medici del nostro tempo: Giuseppe Moscati, Riccardo Pampuri, Gianna Beretta Molla *Prof. Massimo Aliverti*

TESTIMONIANZE

56 “Il Signore ha fatto grandi cose per noi, ci ha colmati di gioia” *P. Leonardo Nunzio Di Taranto*

61 Attività nell’ambito della salute *Commissione Episcopale per la salute del Madagascar*

64 Da Atene a Sparta: siamo tutti in viaggio con Terri Schiavo *Prof. Gianluigi Gigli*

CONGRESSO MONDIALE DELLA FEDERAZIONE
INTERNAZIONALE DELLE ASSOCIAZIONI
DEI MEDICI CATTOLICI (FIAMC)
BARCELLONA, 11-14 MAGGIO 2006

68 Congresso Mondiale della Federazione Internazionale delle Associazioni dei Medici Cattolici (FIAMC)

70 Medici cattolici: amate la vostra professione *S.E. Mons. José L. Redrado, O.H.*

Le illustrazioni di questo numero sono tratte dal libro:
“Tatry Góry Najpiękniejsze - The Tatra Spell”
di Ryszard Ziemak,
Wydawnictwa Artystyczne i Filmowe,
Warszawa 1991

Decreto

*Sono concesse ai fedeli speciali indulgenze
nella ricorrenza della «XIV Giornata Mondiale del Malato»*

Il Sommo Pontefice Benedetto XVI, spinto da vivo desiderio che dalle infermità e dolori degli uomini, sopportati con rassegnazione e offerti all'Eterno Padre attraverso la Vergine Maria insieme alle sofferenze del suo Figlio Redentore, provengano abbondanti frutti spirituali, e soprattutto sostenuto dalla speranza che siano promosse opere e iniziative di cristiana pietà e di sociale solidarietà in favore degli infermi, in modo particolare verso quelli che, essendo affetti da qualche menomazione mentale, più facilmente sono emarginati dalla società e dalla propria famiglia, nell'Udienza concessa al sottoscritto Cardinale Penitenziere Maggiore il 2 gennaio del corrente anno, ha disposto che vengano concesse ai fedeli delle speciali indulgenze, come segue, in occasione della «XIV Giornata Mondiale del Malato», l'11 febbraio prossimo, memoria liturgica della B. Vergine di Lourdes, che avrà il suo culmine con la celebrazione eucaristica nella cattedrale S. Francesco Saverio, di Adelaide in Australia.

A. Indulgenza plenaria ai fedeli che, alle solite condizioni (Confessione sacramentale, Comunione eucaristica e preghiera secondo le intenzioni del Santo Padre) e con l'animo distaccato da qualsiasi peccato, l'11 febbraio prossimo parteciperanno devotamente, nella cattedrale di Adelaide o in qualsiasi altro luogo stabilito dall'Autorità ecclesiastica, a qualche sacra cerimonia celebrata per impetrare da Dio le finalità della «Giornata Mondiale del Malato».

I fedeli che negli ospedali pubblici o in qualsivoglia casa privata assistono caritatevolmente come «buoni Samaritani» gli ammalati, specialmente quelli che a causa di qualche menomazione mentale richiedono maggiore pazienza, diligenza e attenzione, e, a motivo del loro servizio, non possono partecipare alla cerimonia sopra indicata, otterranno il medesimo dono dell'Indulgenza plenaria, se in quel giorno presteranno generosamente almeno per qualche ora la loro caritatevole assistenza agli ammalati come se lo facessero allo stesso Cristo Signore (cfr. Mt 25,40), avendo l'animo distaccato da ogni peccato e il proposito di adempiere, quando potranno, alle condizioni richieste per l'ottenimento dell'Indulgenza plenaria.

I fedeli infine che per malattia, per età avanzata o per altra simile ragione, sono impediti dal prendere parte alla cerimonia sopra indicata, otterranno l'Indulgenza plenaria, purché, avendo l'animo distaccato da qualsiasi peccato e proponendosi di adempiere alle solite condizioni appena possibile, in quel giorno, unitamente al Santo Padre, partecipino spiritualmente con il desiderio alla suddetta celebrazione, preghino devotamente per tutti gli ammalati e offrano a Dio, attraverso la Vergine Maria, «Salute degli Infermi», le loro sofferenze fisiche e spirituali.

B. Indulgenza parziale a tutti i fedeli, dal 9 all'11 del prossimo febbraio, ogniquale volta, con cuore contrito, rivolgeranno a Dio misericordioso devote preghiere per implorare le suddette finalità in aiuto degli infermi.

Il presente Decreto ha vigore per questa volta. Nonostante qualunque contraria disposizione.

Dato a Roma, dalla sede della Penitenzieria Apostolica, il 18 gennaio 2006, inizio della Settimana di preghiera per l'unità dei Cristiani.

JAMES FRANCIS S.R.E. Card. STAFFORD
Penitenziere Maggiore

GIANFRANCO GIROTTI, O.F.M. Conv.
Reggente

***XIV Giornata
Mondiale del Malato***



***11 febbraio 2006
Cattedrale S. Francesco Saverio
Adelaide - Australia***

*AL NOSTRO VENERABILE FRATELLO
CARDINALE DI SANTA ROMANA CHIESA,
JAVIER LOZANO BARRAGÁN,
PRESIDENTE DEL PONTIFICIO CONSIGLIO
PER LA PASTORALE DELLA SALUTE*

Desideriamo far giungere da lontano il Nostro saluto a tutti i malati della terra, di cui ci preoccupiamo sempre con cuore e mente attenti. Esortiamo tutti coloro che prestano loro le dovute cure. Nell'approssimarsi della memoria della Beata Vergine di Lourdes, durante la quale si celebrerà la Giornata Mondiale del Malato, approfittiamo di questa opportunità per assicurare loro la Nostra particolare vicinanza.

Sapendo che queste celebrazioni avranno luogo in Australia, nella città di Adelaide, vogliamo inviare colà un Padre Porporato per rappresentarci. Tu, Venerabile Fratello, sembri particolarmente adatto a realizzare questa missione, giacché da molti anni ti occupi con profonda attenzione della sorte di tutti i malati del mondo, e presiedi eccellentemente il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute.

Poiché il tema peculiare di questa riunione è la malattia mentale, vogliamo manifestare a tutti la nostra particolare carità verso coloro che ne sono colpiti, verso i loro familiari e tutti i fratelli e le sorelle che, con amore e pazienza, assistono questi malati. Tu, pertanto, Venerabile Fratello, trasmetterai loro i Nostri sentimenti e l'assicurazione delle Nostre preghiere per le loro necessità. Allo stesso tempo, esorterai amabilmente tutti i cristiani e i leader delle religioni e delle nazioni affinché riconoscano la dignità di tutti e di ciascuno di questi fratelli e facciano tutto il possibile per proteggerla.

Pertanto, il prossimo 11 febbraio presiederai in Nostro nome le celebrazioni liturgiche nella città di Adelaide, e a tutti porterai il Nostro saluto. Inviterai i fedeli in Cristo lì riuniti a mantenere una devozione costante alla Santissima Vergine Maria, Salus Infirmorum, affinché implori dal Divino Figlio uberrime grazie; per coloro che si trovano nelle difficoltà, pazienza e, per tutti, una carità esimia.

Infine, ti impartiamo di tutto cuore la Nostra Benedizione Apostolica, che trasmetterai a coloro che si trovano nella bella cattedrale dedicata a S. Francesco Saverio, nella Giornata Mondiale del Malato.

*Dal Vaticano, giorno 6° del mese di gennaio dell'anno 2006,
Primo del Nostro Pontificato.*

BENEDICTUS PP XVI

Cronaca delle celebrazioni della XIV Giornata Mondiale del Malato

ADELAIDE, AUSTRALIA 8-11 FEBBRAIO 2006

Giunta alla XIV edizione la Giornata Mondiale del Malato è tornata per la seconda volta in Australia dopo l'esperienza del 2001 a Sydney, quando migliaia di persone parteciparono alla Santa Messa nella Cattedrale di «Saint Mary».

La preparazione dell'evento di Adelaide ha coinvolto l'intera Chiesa australiana e in particolare la Chiesa locale di Adelaide, guidata dall'Arcivescovo Philip Wilson, che con entusiasmo ha accolto l'iniziativa. Il tema che hanno voluto approfondire i Vescovi dell'Oceania è stato «Salute mentale e dignità umana».

Il Santo Padre Benedetto XVI, in piena sintonia con la Conferenza episcopale australiana, ha scritto nel suo Messaggio per la Giornata Mondiale del Malato 2006 che con l'avvenimento di Adelaide la Chiesa cattolica «vuole richiamare l'attenzione della pubblica opinione sui temi connessi col disagio mentale, che colpisce ormai un quinto dell'umanità e costituisce una vera e propria esigenza socio-sanitaria».

Esprimendo la propria vicinanza a tutte le persone colpite dai disturbi mentali e a coloro che prestano loro un inestimabile servizio, particolarmente nell'Oceania, il Santo Padre ha nominato come suo Inviato Speciale l'Em.mo Card. Javier Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, che si è recato in Australia accompagnato da un gruppo di persone rappresentanti del medesimo Dicastero, sotto la guida del Segretario, S.E. Mons. José Luis Redrado O.H.

Celebrazione della Giornata

Come ormai consuetudine, anche la celebrazione della Giornata del Malato del 2006 ad Adelaide ha avuto tre aspet-

ti principali: dottrinale-scientifico, pastorale e liturgico. Di fondamentale importanza sono state anche le visite nei luoghi di ricovero e di cura dove l'Inviato Speciale di Benedetto XVI ha potuto toccare con mano vari aspetti della pastorale sanitaria della Capitale dell'Australia meridionale.

Visite nei luoghi di cura

Dalla celebrazione della Santa Messa nella grande cappella dell'ospedale «The Calvary Health Care» è iniziata l'intensa giornata dell'8 febbraio, scandita da preghiere e incontri dell'Inviato Speciale del Santo Padre con i professionisti della salute e con gli agenti della pastorale sanitaria impiegati in tre importanti luoghi di cura di Adelaide.

Terminata l'Eucaristia, il Cardinale Lozano Barragán, accompagnato dalla delegazione del Pontificio Consiglio, ha visitato moderni reparti del «The Calvary Health Care»: la maternità, la chirurgia, l'unità oncologica e l'«hospice» per lungodegenti. Il Presidente del Pontificio Consiglio ha espresso riconoscenza e gratitudine alle «Sisters of the Little Company of Mary» che amministrano questa rinomata struttura ospedaliera della città. La stessa Congregazione religiosa, fondata nel 1877 in Inghilterra con lo scopo di servire i malati più poveri, gestisce in tutta l'Australia nove centri ospedalieri. Il lavoro e la dedizione delle *sisters* agli infermi confermano il ruolo fondamentale che sin dall'inizio ebbe la Chiesa cattolica nel portare il Vangelo della vita e della salute alla popolazione del distante continente australiano.

La seconda struttura visitata dalla Delegazione vaticana è stata il «Women's & Children's Hospital», un centro ospedaliero all'avanguardia

nella diagnostica prenatale, nella prevenzione e nella cura delle malattie infantili, dove vengono curati i bambini e i giovani con disturbi mentali. L'ospedale si distingue innanzitutto per l'unità intensiva neonatale e il laboratorio di neurogenetica, di fama mondiale.

L'ultimo luogo di cura visitato dall'Inviato Speciale del Santo Padre è stato «The Hutt Street Centre». Si tratta di un centro di accoglienza diurno, fondato dalle Figlie della Carità di S. Vincenzo de' Paoli, dove ogni giorno trovano assistenza oltre duecento uomini e donne senza fissa dimora. La maggior parte di queste persone è vittima di disturbi mentali determinati sia da una complessa situazione familiare, sia dalle dipendenze dall'alcol e dalla droga. Oltre ai medici, agli psicologi e agli assistenti sociali, presso il Centro offrono quotidianamente il loro gratuito servizio un centinaio di volontari. La struttura rappresenta il fiore all'occhiello delle attività caritative promosse dall'Arcidiocesi di Adelaide.

Giornata di studio

Giovedì mattina, 9 febbraio, oltre 300 persone si sono radunate presso il moderno «Convention Center» di Adelaide per prendere parte alla giornata di studio sul tema «Salute mentale e dignità umana».

Dopo la presentazione dei lavori da parte del Dott. Francis Sullivan, Direttore di «Catholic Health Care Australia», l'associazione delle istituzioni sanitarie cattoliche del Paese, l'Inviato Speciale del Santo Padre ha aperto ufficialmente la Conferenza dedicata ad un'analisi scientifica dello stato delle malattie mentali e dei malati di mente nel mondo e, in particolare, in Australia.

Nella sua Prolusione, il Cardinale Lozano Barragán si è

fatto voce della preoccupazione di tutta la Chiesa dinanzi alle cifre allarmanti del disagio mentale, che continua a crescere in ogni parte del mondo, ribadendo l'urgenza di un'azione congiunta da parte di governi e società civile. Tutte le istituzioni sono chiamate a intensificare i propri sforzi a favore delle persone che soffrono di disturbi mentali perché "ogni malato di mente è una creatura di Dio che riflette fedelmente l'immagine di Cristo crocifisso". Il Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute ha corredato il suo discorso con i risultati di una ricerca condotta dal proprio Dicastero in 84 centri per malati mentali. Da questa indagine risulta, tra l'altro, che sul diffondersi delle malattie mentali influisce fortemente il fattore culturale e religioso, caratterizzato da una profonda crisi di valori di riferimento.

Il secondo relatore, Prof. Ian Hickie, direttore del «Brain and Mind Institute» e professore di psichiatria all'Università di Sydney, ha mostrato la situazione relativa alla malattia mentale in Australia e ha esortato le autorità politiche a un maggiore sforzo economico da destinare alle agenzie non governative.

È seguita la commovente testimonianza di Ann Deveson, membro del «Mental Health Review Tribunal» e madre di un figlio malato di schizofrenia che si è tolto la vita a soli 25 anni. Questa dolorosa esperienza ha spinto la signora Deveson a istituire un'organizzazione di parenti di persone affette da schizofrenia che si aiutano a vicenda al fine di migliorare la qualità della loro vita.

La sessione pomeridiana della Conferenza è stata aperta da Garry McDonald, famoso attore australiano e membro dell'Associazione «Beyondblue» che affronta le questioni connesse alla depressione. È significativo che nella stessa Australia la malattia più invalidante non sia il tumore, ma proprio la depressione, della quale soffrono un milione di adulti e centomila giovani.

In seguito sono intervenuti: Padre Peter Comensoli, esperto di teologia morale della

Diocesi di Wollongong; la Dott.ssa Prue McEvoy, Presidente del consiglio per la tutela del bambino dell'Arcidiocesi di Adelaide, che ha parlato della salute mentale e del benessere emotivo delle gestanti come elementi fondamentali per lo sviluppo futuro del bambino; infine Mons. David Cappo, Vicario Generale della medesima Arcidiocesi, che nella relazione «Verso, dove, da qui?» ha delineato le strategie pastorali che la Chiesa locale deve porre in atto, partendo proprio dalle considerazioni emerse durante i lavori della Giornata del Malato di Adelaide 2006.

Giornata pastorale

Venerdì mattina, 10 febbraio, sempre presso il «Convention Centre» di Adelaide l'Inviato Speciale di Benedetto XVI si è incontrato con 250 agenti pastorali dell'Arcidiocesi di Adelaide e i loro invitati.

Nel discorso introduttivo il Cardinale Lozano Barragán ha esposto la visione generale della Pastorale della Salute nella Chiesa e ha sottolineato come in Oceania siano attive 2064 strutture sanitarie che, nello svolgere la propria missione, incontrano oggi nuove difficoltà: "Si occultano o si presentano in maniera distorta il dolore, la sofferenza e la morte... sta diminuendo il personale religioso, Ordini e Congregazioni hanno dovuto lasciare alcuni ospedali perché non avevano più chi se ne occupasse. Inoltre, si sono presentati moltissimi problemi di carattere economico, scientifico, tecnico e politico, per le esigenze attuali della medicina e per gli atteggiamenti di diversi governi". Di fronte a questi problemi, il Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute ha messo in evidenza quattro aspetti: "Offrire un orientamento sul valore della salute, del dolore, della malattia e della morte; riunire tutti gli agenti della pastorale sanitaria; entrare in contatto con le Chiese particolari, con le Organizzazioni internazionali, nazionali e locali; mantenere un costante aggiornamen-

to scientifico, tecnico, giuridico e politico. Una pastorale sanitaria efficace deve basarsi su queste priorità, alle quali vanno congiunte la responsabilità e la motivazione religiosa forte di ognuno che in essa è coinvolto.

Il momento della presa di coscienza è stato segnato dalle parole di Shirley Peisley, impegnata nell'evangelizzazione del popolo aborigeno dei Kurna, che ha parlato delle varie iniziative attraverso le quali viene diffuso l'annuncio cristiano.

Ha attirato attenzione anche l'intervento di Magde McGuire, direttrice di «Catherine House», una struttura che nell'Australia meridionale si occupa dell'accoglienza e della cura delle donne con disturbi mentali e dipendenti dall'alcol e dalla droga, delle quali il 95% ha subito violenze sessuali durante l'infanzia. Suor Julie Dean, della Congregazione delle Suore della Misericordia, che svolge il servizio pastorale alla «Catherine House», ha riferito come nel centro si lavori duramente al fine di trovare qualche forma di riscontro sociale per queste ragazze affette da disturbi psichici.

Pat Peake e Annie Boots, dell'organizzazione «Southern Cross» hanno presentato la loro esperienza tra gli anziani, soprattutto quelli colpiti dalla demenza. Altre relazioni sono state presentate da una responsabile per l'assistenza spirituale nel penitenziario femminile in Adelaide e da una coppia di genitori che ha raccontato la propria esperienza quotidiana con il figlio schizofrenico.

Nel pomeriggio i partecipanti al seminario si sono riuniti in gruppi di lavoro coordinati da Suor Clare Condon e da Francis Sullivan al fine di elaborare un *action plan* che armonizzasse tutta la pastorale dei malati mentali a livello locale, diocesano e nazionale.

Contemporaneamente, le linee guida della Pastorale della Salute sono state riproposte durante l'incontro dell'Inviato Speciale del Santo Padre con i Vescovi dell'Oceania. Sono convenuti tutti i Vescovi residenziali di Australia e anche

due da Papua Nuova Guinea. Erano presenti alla riunione il Vescovo Segretario e gli Officiali sacerdoti del Pontificio Consiglio. Nella discussione fraterna e confidenziale sono emersi i problemi più scottanti che affliggono la Pastorale della Salute in Oceania: la secolarizzazione, la mancanza delle religiose nei centri di cura cattolici, la lotta contro l'introduzione della "pillola del giorno dopo", i problemi relativi alla biogenetica.



Giornata liturgica

La solenne Celebrazione Eucaristica dell'11 febbraio, nella memoria liturgica della Beata Maria Vergine di Lourdes, si è svolta nella Cattedrale cattolica di Adelaide, dedicata a San Francesco Saverio.

Con l'Inviato Speciale di Benedetto XVI hanno concelebrato il Cardinale George Pell, Arcivescovo di Sydney, Philip Wilson, Arcivescovo di Adelaide, e una ventina di rappresentanti dell'Episcopato australiano. A essi si sono uniti il Nunzio Apostolico nel Paese, l'Arcivescovo Ambrose B. De Paoli, il Vescovo José L. Redrado Marchite, Segretario del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, i confratelli delle diocesi dell'Oceania, i Vescovi J. Paul Marx e Francesco Sarego della Papua Nuova Guinea. Tra i concelebranti, numerosi sacerdoti del clero di Adelaide, come i Monsignori James O'Loughlin, parroco a Salisbury, e Vincent Tigge-man, Vicario Giudiziale emerito,

componenti la Missione Pontificia; il Vicario Generale dell'Arcidiocesi, Mons. David Cappo. Con loro Officiali e Collaboratori del Dicastero per la Pastorale della Salute giunti in Australia con il Cardinale Presidente.

Dopo il benvenuto, rivolto all'assemblea a nome della popolazione aborigena di Kurna, l'Arcivescovo di Adelaide ha dato lettura della lettera con cui Benedetto XVI ha nominato il Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute Suo Inviato Speciale alle celebrazioni dell'11 febbraio. Tramite il Suo stretto Collaboratore e attraverso una speciale indulgenza decretata per quanti hanno partecipato all'Eucaristia, il Santo Padre si è fatto spiritualmente presente in mezzo ai fedeli riuniti nella Cattedrale.

Nell'Omelia il Cardinale Javier Lozano Barragán, dopo aver trasmesso i più affettuosi saluti del Santo Padre ai partecipanti alla Giornata, ha rilevato che, attraverso questo evento, la Chiesa di Cristo si propone di "ribadire la dignità inviolabile del disabile mentale e sforzarci per salvaguardarla a ogni costo, dal punto di vista culturale, così come da quello istituzionale, familiare e individuale". La realizzazione di questo compito, ha spiegato l'Inviato Speciale di Benedetto XVI, impone a ogni agente cattolico della salute un preciso impegno di "avere un proprio equilibrio psichico, il maggiore possibile, e pertanto restare fermamente ancorati in un solido sistema oggettivo di valori".

In seguito, l'assemblea di circa mille fedeli ha elevato preghiere e canti, animati dalla Corale della Cattedrale, affinché lo Spirito Santo scendesse sulla Chiesa e riempisse di consolazione coloro che soffrono. Il segno visibile di questa consolazione spirituale è stato il Sacramento dell'Unzione degli Infermi, che l'Inviato Speciale del Papa e l'Arcivescovo di Adelaide hanno amministrato a trenta persone affette da disturbi mentali.

Prima di impartire la solenne Benedizione, il Cardinale Lozano Barragán ha recitato la

preghiera composta appositamente per la Giornata Mondiale del Malato in Australia, invocando Maria, Madre di Dio e Madre nostra, "di non lasciarci soli nel nostro viaggio" e "aiutarci a creare nel mondo della salute, della malattia e della sofferenza rapporti amichevoli e sani, pieni di speranza e di amore".

La Cattedrale era gremita di fedeli e molti hanno assistito al rito attraverso maxischermi allestiti all'esterno. Va segnalata la presenza delle tre grandi Federazioni Internazionali sanitarie: FIAMC (Medici cattolici) rappresentata dal Dott. Michael Shanahan, il CICIAMS (Infermieri cattolici), rappresentato dal suo Presidente Sig.ra An Verlinde, e la FIPC (Farmacisti cattolici), rappresentata dalla Dott.ssa Pauline La Siew Mei.

Conclusione

La celebrazione della XIV Giornata Mondiale del Malato in Australia è stata un momento forte per richiamare l'attenzione della società civile verso le persone affette da disabilità mentale: la Chiesa si è fatta loro portavoce davanti ai governanti e alle istituzioni civili dello stato. A questo proposito ci sono stati promettenti incontri con le massime autorità civili dell'Australia del Sud: il Primo Ministro, il Ministro della Salute e il Sindaco della città di Adelaide. Ogni incontro è stato un'occasione preziosa per mettere a fuoco i vari argomenti concernenti il problema della salute mentale. Il Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute ha espresso cordiali saluti a tutte le Autorità a nome del Santo Padre, ringraziando per aver contribuito a un'ottima riuscita della Giornata. Alludendo alla prima Enciclica di Benedetto XVI, il Suo Inviato Speciale ha ricordato il valore del matrimonio e della famiglia fondata sull'amore che sono le fondamenta imprescindibili di una società sana.

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

Discorso di Benedetto XVI agli ammalati, al termine della solenne concelebrazione eucaristica tenutasi nella Basilica Vaticana, nella memoria della Beata Vergine di Lourdes, in occasione della XIV Giornata Mondiale del Malato

SABATO, 11 FEBBRAIO 2006

Cari fratelli e sorelle!

Con grande gioia sono venuto in mezzo a voi e vi ringrazio per la vostra calorosa accoglienza. Il mio saluto si rivolge in modo speciale a voi, cari malati, che siete riuniti qui nella Basilica di San Pietro, e vorrei estenderlo a tutti i malati che ci stanno seguendo mediante la radio e la televisione, e a quelli che non hanno questa possibilità, ma sono uniti a noi con i legami più profondi dello spirito, nella fede e nella preghiera. Saluto il Cardinale Camillo Ruini, che ha presieduto l'Eucaristia, e il Cardinale Francesco Marchisano, Arciprete di questa Basilica Vaticana. Saluto gli altri Vescovi e i sacerdoti presenti. Ringrazio l'UNITALSI e l'Opera Romana Pellegrinaggi, che hanno preparato e organizzato questo incontro, con la partecipazione di numerosi volontari. Il mio pensiero si porta anche nell'altra parte del pianeta, in Australia, dove, nella città di Adelaide, ha avuto luogo già da alcune ore la celebrazione culminante della Giornata Mondiale del Malato, presieduta dal mio inviato il Cardinale Javier Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute.

Da quattordici anni l'11 febbraio, memoria liturgica della Madonna di Lourdes, è diventato anche la Giornata Mondiale del Malato. Tutti sappiamo che, presso la Grotta di Massabielle, la Vergine ha manifestato la tenerezza di Dio per i sofferenti. Questa tenerezza, questo amore premuroso si fa sentire in modo particolarmente vivo nel mondo proprio nel giorno della festa di santa Maria di Lourdes, riattualizzando nella liturgia, e specialmente nell'Eucaristia, il mistero di Cristo Redentore dell'uomo, di cui la Vergine Immacolata è la primizia. Presentandosi a Bernardetta come l'Immacolata Concezione, Maria Santissima è venuta a ricordare al mondo moderno, che rischiava di dimenticarlo, il primato della Grazia divina, più forte del peccato e della morte. Ed ecco che il luogo di quella sua apparizione, la grotta di Massabielle a Lourdes, è diventato un punto di attrazione per tutto il Popolo di Dio, specialmente per quanti si sentono oppressi e sofferenti nel corpo e nello

spirito. "Venite a me, voi tutti, che siete affaticati e oppressi, e io vi ristorerò" (Mt 11,28), ha detto Gesù. A Lourdes Egli continua a ripetere questo invito, con la mediazione materna di Maria, a tutti coloro che vi accorrono con fiducia.

Cari fratelli, quest'anno, insieme con i miei collaboratori del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, abbiamo voluto porre al centro dell'attenzione le persone affette da malattie mentali. «Salute mentale e dignità umana» è stato il tema del convegno che si è svolto ad Adelaide, approfondendo insieme aspetti scientifici, etici e pastorali. Tutti sappiamo come Gesù si ponesse di fronte all'uomo nella sua interezza, per guarirlo completamente, nel corpo, nella psiche e nello spirito. La persona umana, infatti, è un tutt'uno, e le diverse dimensioni si possono e si devono distinguere, ma non separare. Così anche la Chiesa si propone sempre di considerare le persone come tali, e questa concezione qualifica le istituzioni sanitarie cattoliche, come pure lo stile degli operatori sanitari in esse impegnati. In questo momento penso in modo particolare alle famiglie che hanno al proprio interno una persona malata di mente e vivono la fatica e i diversi problemi che ciò comporta. Ci sentiamo vicini a tutte queste situazioni, con la preghiera e con le innumerevoli iniziative che la Comunità ecclesiale pone in atto in ogni parte del mondo, specialmente là dove la legislazione è carente, dove le strutture pub-



bliche sono insufficienti, e dove calamità naturali o, purtroppo, guerre e conflitti armati producono gravi traumi psichici nelle persone. Sono forme di povertà che attirano la carità di Cristo, Buon Samaritano, e della Chiesa, indissolubilmente unita a lui al servizio dell'umanità sofferente.

A tutti i medici, gli infermieri e gli altri operatori sanitari, a tutti i volontari impegnati in questo campo, vorrei oggi consegnare simbolicamente l'Enciclica *Deus caritas est*, con l'augurio che l'amore di Dio sia sempre vivo nei loro cuori, così da animare il loro lavoro quotidiano, i progetti, le iniziative, e soprattutto i loro rapporti con le persone malate. Agendo in nome della carità e nello stile della carità, voi, cari amici, offrite il vostro prezioso contributo anche all'evangelizzazione, perché l'annuncio del Vangelo ha bisogno di segni coerenti che lo confermino. E questi segni parlano il linguaggio dell'amore universale, un linguaggio comprensibile da tutti.

Tra poco, creando il clima spirituale di Lourdes, si spegneranno le luci nella Basilica e accenderemo le nostre candele, simbolo di fede e di ardente invocazione a Dio. Il canto dell'*Ave Maria* di Lourdes ci inviterà a recarci spiritualmente dinanzi alla grotta di Massabielle, ai piedi della Vergine Immacolata. A Lei con fede profonda vogliamo presentare la nostra condizione umana, le nostre malattie, segno del bisogno che tutti abbiamo, mentre siamo in cammino in questo pellegrinaggio terreno, di essere salvati da suo Figlio Gesù Cristo. Sia Maria a tenere desta la nostra speranza, perché, fedeli all'insegnamento di Cristo, rinnoviamo l'impegno di sollevare i fratelli nelle loro infermità. Il Signore faccia sì che nessuno nel momento del bisogno sia solo e abbandonato, ma, al contrario, possa vivere, anche la malattia, secondo la dignità umana. Con questi sentimenti imparto di cuore la Benedizione Apostolica a tutti voi, malati, operatori sanitari e volontari.

11

Angelus

PIAZZA SAN PIETRO, DOMENICA, 12 FEBBRAIO 2006

Cari fratelli e sorelle!

Ieri, 11 febbraio, memoria liturgica della Beata Vergine di Lourdes, abbiamo celebrato la Giornata Mondiale del Malato, che quest'anno ha visto svolgersi ad Adelaide, in Australia, le manifestazioni più importanti, comprendenti anche un Convegno internazionale sul tema sempre urgente della salute mentale. La malattia è un tratto tipico della condizione umana, al punto che può diventarne una realistica metafora, come sant'Agostino ben esprime in una sua preghiera: "Abbi pietà di me, Signore! Vedi: non ti nascondo le mie ferite. Tu sei il medico, io sono il malato; tu sei misericordioso, io misero" (*Conf.*, X, 39).

Cristo è il vero "medico" dell'umanità, che il Padre celeste ha mandato nel mondo per guarire l'uomo, segnato nel corpo e nello spirito dal peccato e dalle sue conseguenze. Proprio in queste domeniche, il Vangelo di Marco ci presenta Gesù che, all'inizio del suo ministero pubblico, si dedica completamente alla predicazione e alla guarigione dei malati nei villaggi della Galilea. Gli innumerevoli segni prodigiosi che egli compie sugli infermi confermano la "buona notizia" del Regno di Dio. Quest'oggi il brano evangelico racconta la guarigione di un lebbroso ed esprime con grande efficacia l'intensità del rapporto tra

Dio e l'uomo, riassunta in uno stupendo dialogo: "Se vuoi, puoi guarirmi!", dice il lebbroso. "Lo voglio, guarisci!", gli risponde Gesù, toccandolo con la mano e liberandolo dalla lebbra (*Mc* 1,40-42). Vediamo qui come concentrata tutta la storia della salvezza: quel gesto di Gesù, che stende la mano e tocca il corpo piagato della persona che lo invoca, manifesta perfettamente la volontà di Dio di risanare la sua creatura decaduta, restituendole la vita "in abbondanza" (*Gv* 10,10), la vita eterna, piena, felice. Cristo è "la mano" di Dio tesa all'umanità, perché possa uscire dalle sabbie mobili della malattia e della morte, rialzarsi in piedi sulla salda roccia dell'amore divino (cfr. *Sal* 39,2-3).

Vorrei oggi affidare a Maria *Salus infirmorum* tutti i malati, specialmente quelli che, in ogni parte del mondo, oltre alla mancanza della salute, soffrono anche la solitudine, la miseria e l'emarginazione. Un particolare pensiero rivolgo anche a coloro che negli ospedali e in ogni altro centro di cura accudiscono i malati e si adoperano per la loro guarigione. La Vergine Santa aiuti ciascuno a trovare conforto nel corpo e nello spirito, grazie a una adeguata assistenza sanitaria e alla carità fraterna che sa farsi attenzione concreta e solidale.

Omelia del Cardinale Javier Lozano Barragán, Inviato Speciale del Santo Padre per la XIV Giornata Mondiale del Malato, durante la celebrazione eucaristica nella cattedrale di S. Francesco Saverio ad Adelaide in Australia

11 FEBBRAIO 2006

Ho l'onore di trasmettere agli Eminentissimi Signori Cardinali, agli Eccellentissimi Arcivescovi e Vescovi e, in special modo, al Sig. Arcivescovo dell'Arcidiocesi di Adelaide, Mons. Philip Williams, i saluti più affettuosi del Santo Padre Benedetto XVI. Il Pontefice desidera far giungere i suoi saluti anche a tutti i sacerdoti, ai religiosi e alle religiose che ci accompagnano in questa memorabile Celebrazione liturgica, a tutti gli operatori sanitari qui presenti e di tutta l'Oceania, a tutti i fedeli di Dio che riempiono questa bella Cattedrale e ai fedeli di questo grandioso Continente dell'Oceania: Australia, Nuova Zelanda, Papua Nuova Guinea e isole del Pacifico.

Dedichiamo la presente Celebrazione della Giornata Mondiale del Malato ai disabili mentali, che vogliamo porre al centro delle nostre preoccupazioni. Come abbiamo ascoltato nella lettura della Lettera del Santo Padre, con la quale mi ha nominato suo Inviato Speciale, i malati di mente occupano un posto del tutto particolare nel cuore del Pontefice; tanto che Egli si è degnato di concedere, in occasione di questo avvenimento, un'Indulgenza plenaria della quale possono lucrare i malati che vi partecipano in tutto il mondo, gli operatori sanitari che ci accompagnano nelle varie celebrazioni, i sacerdoti e, in generale, tutto il popolo di Dio. In questo modo speciale il Papa vuole dire ai malati di mente che non è lontano da loro, ma che li accompagna con la sua amicizia, la sua vicinanza e con un efficace aiuto spirituale.

Purtroppo la malattia mentale sta avanzando con passi da gigante in tutto il globo, tanto che già si parla di circa cinquecento milioni di persone con disturbi mentali.

Molte e varie sono le cause che ne sono all'origine: tra le più importanti sono state indicate la negazione di Dio e il relativismo etico religioso, la crisi dei valori di riferimento, l'edonismo e il materialismo, la cultura tecnologica chiusa in se stessa, l'esasperazione delle sfide che produce e la ricerca dell'impossibile, la conflittualità religiosa e culturale, nonché il ritualismo magico di alcune sette religiose.

Le situazioni di maggiore rischio segnalate sono la precarietà dei mezzi di sussistenza, di lavoro, di formazione e di educazione, la mancanza di reti di aiuto, la violazione dei diritti umani, l'esclusione e l'emarginazione, le guerre e il terrorismo, la mancanza di educazione alla vita sentimentale, i processi di allontanamento dalla realtà, i condizionamenti del contesto ambientale, la mancanza di previdenza sociale, la corruzione, lo squilibrio tra il ruolo femminile e quello maschile, l'assenza dei genitori, la separazione e il divorzio, la perdita di valore dell'istituzione matrimoniale, la mancanza di comunicazione e di tempo per la vita familiare, l'immatrità della figura paterna e materna, la delegazione indebita delle proprie responsabilità a terze persone o istituzioni, la carenza di un progetto di vita, l'inadeguata preparazione alla vita matrimoniale, i conflitti tra genitori e figli e i comportamenti aggressivi e violenti.

Seguendo le direttive del Santo Padre, indicate sia nella Lettera a cui abbiamo fatto riferimento, sia nel Messaggio per l'attuale Giornata Mondiale del Malato, è nostro compito ribadire la dignità inviolabile del disabile mentale, e sforzarci per salvaguardarla a ogni costo, dal punto di vista culturale così come da quello istituzionale, familiare e individuale.

Salvaguardare la dignità inviolabile del malato di mente dal punto di vista culturale vuol dire andare alla radice stessa dell'attenzione che dobbiamo riservargli. Si tratta di fare riferimento al sistema di valori. Ogni squilibrio nel sistema dei valori che sostiene una persona – e la malattia mentale è uno di questi – genera, a sua volta, squilibrio. In un puro paradigma di riferimento tratto da un'etica globale forgiata dal mero consenso della maggioranza, non otterremo l'equilibrio auspicato, poichè tale paradigma cambia necessariamente col mutare dell'opinione della maggioranza, che è facilmente manipolabile dai mezzi di comunicazione. Abbiamo bisogno, quindi, di un sistema di valori stabile ed equilibrato che si fondi su di un'etica oggettiva che mostri le risorse autentiche per soddisfare le necessità vere della persona e non sia determinato solo dalla velleità dei suoi desideri. Quest'etica vera è presente nel cuore di ogni persona e la porta a inserirsi in un ordine vitale e creativo che la migliora giorno dopo giorno.

Molte volte questo ordine viene offuscato nel cuore dalla presentazione disordinata delle pulsioni fondamentali. È

necessaria, pertanto, un'ulteriore illuminazione che aiuti a equilibrare la personalità verso la vera soddisfazione delle sue necessità. Per noi cristiani, questa illuminazione è la Rivelazione divina che abbiamo ricevuto gratuitamente da Dio. Il Santo Padre mi raccomanda di esortare i leader delle religioni nel mondo a proteggere i malati di mente. Un modo efficace per farlo è rafforzare il sistema di valori di fronte a una crescente secolarizzazione che, come abbiamo indicato, considera valido solo un paradigma che cambia secondo l'opinione, spesso manipolata, della maggioranza.

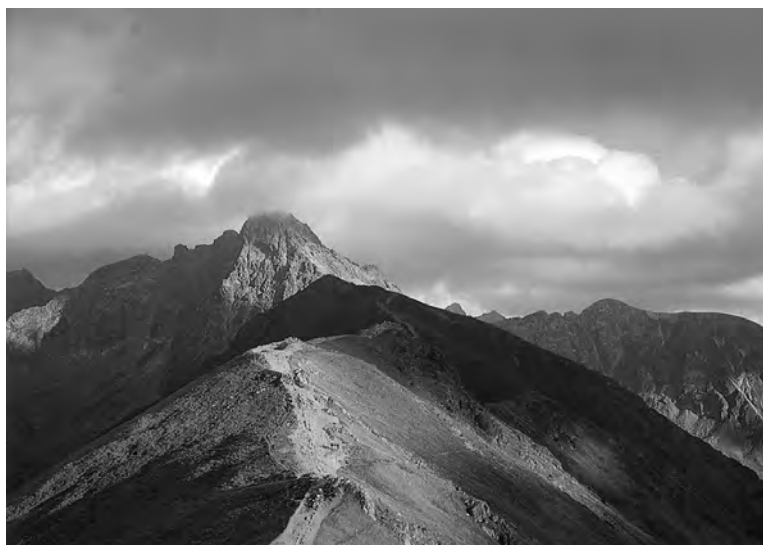
Gli operatori di salute mentale hanno qui un ruolo molto importante da svolgere. Una cosa prioritaria e fondamentale per la realizzazione della loro professione sarà avere un proprio equilibrio psichico, il maggiore possibile, e pertanto restare fermamente ancorati in un solido sistema oggettivo di valori. La malattia mentale coinvolge, in maniera del tutto speciale, l'intera persona e, in misura elevata, la sua cura che dipende non solo da sostanze farmacologiche, ma anche dalla relazione personale tra chi cura e chi è curato. La dipendenza del disabile mentale dall'operatore sanitario è particolarmente forte; ciò significa che qualsiasi squilibrio di quest'ultimo lo degrada nella sua professione, che invece mira proprio a ottenere l'equilibrio del paziente.

Il Papa mi raccomanda altresì di esortare i leader delle Nazioni affinché proteggano la dignità dei malati di mente. Riponiamo fiducia nel fatto che abbiano lasciato al passato pratiche disumanizzanti impiegate tanto nella cura di questi malati, quanto nella valutazione del loro stato. Ci auguriamo che siano scomparsi quei metodi crudeli che disconoscevano completamente la dignità del malato di mente che non veniva trattato alla stregua di un essere umano o che catalogavano e reclutavano come tale il dissidente politico. Per proteggere istituzionalmente la dignità del disabile mentale, sulla base del-

lo sviluppo e dei progressi ottenuti dalla medicina psichiatrica, occorre promuovere normative specifiche a beneficio di questi malati laddove non siano previste, oppure la loro applicazione ove esistano e sottoporre a revisione quelle esistenti, in special modo per quanto riguarda l'ospedalizzazione di questi malati.

Poiché lo squilibrio familiare è una delle cause principali di destabilizzazione, la

dentrice, conduce a Cristo e guida tutti noi nella Chiesa verso il nostro Padre celeste. In questa Giornata Mondiale del Malato abbiamo l'opportunità di proclamare che al cuore della prevenzione e della cura del malato mentale c'è l'amore. Solo con la comprensione amorosa dello Spirito Santo, che "sana ciò che è infermo", possiamo prevenire qualsiasi squilibrio mentale e curarlo quando si presenta. È



protezione della dignità del malato di mente deve avere origine nella famiglia stessa. In molte parti del mondo, però, assistiamo alla disgregazione della famiglia. È necessario pertanto un grande programma di stabilità dell'istituzione matrimoniale, che provenga da una seria, adeguata e profonda preparazione al matrimonio, fino alla maturità nella vita feconda della famiglia. Una comprensione serena, realista, gioiosa e amorosa tra gli sposi, i figli, i fratelli, la famiglia estesa, la comunità in cui si vive, una stabilità totale e l'indissolubilità del matrimonio daranno quell'equilibrio che sarà la maggiore prevenzione e la migliore cura per la malattia mentale di un membro della famiglia.

Per noi cristiani è ovvio che il senso della vita è solo Cristo morto e risorto e che al centro della vita di Nostro Signore Gesù si trova lo Spirito Santo, lo Spirito d'Amore, che, attraverso la morte re-

un amore crocifisso, è vero, perché ci fa identificare con lo squilibrio per equilibrarlo. È l'equilibrio della croce di Cristo, ma è l'unico cammino verso la resurrezione, verso l'uscita dal tunnel oscuro della malattia mentale.

A questo proposito il Papa Benedetto XVI, nella sua prima Enciclica *Deus Caritas est*, dice: "Lo Spirito, infatti, è quella potenza interiore che armonizza il loro cuore col cuore di Cristo e li muove ad amare i fratelli come li ha amati Lui, quando si è curvato a lavare i piedi dei discepoli (cfr Gv 13, 1-13) e soprattutto quando ha donato la sua vita per tutti (cfr Gv 13, 1; 15, 13).

Lo Spirito è anche forza che trasforma il cuore della Comunità ecclesiale, affinché sia nel modo testimone dell'amore del Padre, che vuole fare dell'umanità, nel suo Figlio, un'unica famiglia." (n. 19)

Infatti..."Per quanto riguarda il servizio che le persone svolgono per i sofferenti, occorre innanzitutto la

competenza professionale: i soccorritori devono essere formati in modo da saper fare la cosa giusta nel modo giusto, assumendo poi l'impegno del proseguimento della cura. La competenza professionale è una prima fondamentale necessità, ma da sola non basta. Si tratta, infatti, di esseri umani, e gli esseri umani necessitano sempre di qualcosa in più di una cura solo tecnicamente corretta. Hanno bisogno di umanità. Hanno bisogno dell'attenzione del cuore. Quanti operano nelle Istituzioni caritative della Chiesa devono distinguersi per il fatto che non si limitano ad eseguire in modo abile la cosa conveniente al momento, ma si dedicano all'altro con le attenzioni suggerite dal cuore, in modo che questi sperimenti la loro ricchezza di umanità. Perciò, oltre alla

preparazione professionale, a tali operatori è necessaria anche, e soprattutto, la <formazione del cuore> : occorre condurli a quell'incontro con Dio in Cristo che suscita in loro l'amore e apra il loro animo all'altro, così che per loro l'amore del prossimo non sia più un comandamento imposto per così dire dall'esterno, ma una conseguenza derivante dalla loro fede che diventa operante nell'amore (cfr *Gal* 5, 6). (n. 31)

Oggi celebriamo la festa della Madonna di Lourdes, *Salus infirmorum*. Quando il disabile mentale sente l'affettuosa mano materna della Santissima Vergine che lo sostiene e lo protegge, il mondo cessa di essere ostile per lui, si sente sicuro e ricco internamente. Imploriamo la nostra Madre Maria, *Salus infirmorum*, affinché accolga sotto la

sua materna protezione tutti i malati mentali del mondo, li consoli, li animi, dia loro sicurezza e fiducia, forza e allegria, e confermi tutti noi in una grande e speciale solidarietà fraterna nei confronti di questi nostri fratelli che accompagnano Cristo sofferente nel più intimo della loro anima.

Termino assicurando la benedizione e la presenza tra di noi di Papa Benedetto XVI che, da Roma, si fa spiritualmente presente in questa bella Cattedrale di San Francesco Saverio nell'Arcidiocesi di Adelaide per tutto il mondo e, in special modo, per questo bellissimo Continente che è l'Oceania.

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



Il malato mentale, immagine fedele di Dio

9 FEBBRAIO 2006

Il malato mentale è un'immagine deformata di Dio?

I. ALCUNI DATI SULLA MALATTIA MENTALE

1. Situazione attuale

Secondo i dati forniti dall'Organizzazione Mondiale della Salute, 450 milioni di persone nel mondo hanno problemi mentali neurologici o comportamentali; 873.000 si suicidano ogni anno. La malattia mentale costituisce una vera e propria emergenza socio-sanitaria: il 25% dei Paesi non possiede una legislazione in materia, il 41% non ha una politica ben definita per la salute mentale, in oltre il 25% dei centri sanitari i malati non hanno accesso alle medicine psichiatriche essenziali e il 70% della popolazione dispone di meno di uno psichiatra per 100.000 persone.

Riferendoci ai disturbi mentali possiamo dire che gli ultimi 50 anni ci hanno fatto conoscere progressi importanti, mostrando chiaramente il progresso tecnologico dei nuovi psicofarmaci e migliorando in modo non indifferente la qualità di vita del malato mentale. Indubbiamente le cure riservate a questi malati subiscono grandi deficienze, come risultato delle restrizioni dei fondi disponibili, della mancanza di comprensione da parte delle autorità, del grave tema della stigmatizzazione che subisce il paziente ma anche i suoi familiari, e che condiziona il deterioramento delle reti di sostegno sociale di molti Paesi. Il numero dei pazienti "senza tetto" è cresciuto di molto in vari Paesi ricchi. È allarmante il modo in cui vengono trattati i disturbi mentali gravi, dando solo risposte burocratiche o di tipo legale e forense, senza tenere conto delle necessità quotidiane e della qualità di vita del malato e dei suoi familiari.

I disturbi mentali colpiscono con maggior frequenza le popo-

lazioni meno favorite dal punto di vista intellettuale, culturale ed economico. Milioni di creature sono obbligate a subire sul proprio corpo e sulla propria mente le conseguenze psicologiche di una scarsa alimentazione, di conflitti armati e del succedersi di catastrofi naturali che portano un tasso elevato di morbidità e di mortalità.

2. Azione della Chiesa Cattolica

In occasione della Giornata Mondiale del Malato che stiamo celebrando in Oceania, il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute ha realizzato una ricerca sulla Pastorale della Salute Mentale negli 84 Centri della Chiesa Cattolica dedicati a questi malati, ubicati in diversi Paesi del mondo, nei 5 continenti.

È stato inviato un questionario, elaborato con cura da esperti in materia, a 129 Vescovi, responsabili della Pastorale della Salute nei diversi Paesi del mondo. Abbiamo ottenuto risposta da 23 Paesi: 9 centri in Africa, 17 in America, 6 in Asia, 51 in Europa e 1 in Oceania. I dati ricevuti sono relativi, in Africa, a: Camerun, Ghana, Senegal e Sudafrica; in America: Bolivia, Canada, Cile, Colombia, Cuba, Ecuador, Messico e Trinidad e Tobago; in Asia: Cina, Indonesia e Turchia; in Europa: Austria, Belgio, Spagna, Irlanda, Italia, Polonia e Portogallo; in Oceania: Australia.

Si tratta di centri di salute mentale, di "Day Hospital", di servizi psichiatrici, di strutture residenziali o di tipo semi-residenziale, di centri o cooperative di reinserimento, di consultori e di dispensari. Il 43,4% ha un finanziamento pubblico; il 33,3% riceve finanziamenti privati, mentre il 23,3% è finanziato attraverso donazioni.

In questi centri lavorano medici, psicologi, sociologi, esperti di riabilitazione, educatori professionali, assistenti sociali,

infermieri, operatori tecnici ausiliari, personale amministrativo, volontari, cappellani, religiose e religiosi, esperti in *counselling* e personale di servizio. Il 75% dei centri riferisce che dispone appena del numero dei medici richiesti; in generale mancano di risorse professionali sufficienti.

I servizi offerti sono: consultazione, riabilitazione, medicina scolastica, sostegno al nucleo familiare, servizi sociali, orientamento al lavoro, accompagnamento, assistenza domiciliare e farmacia.

Le malattie mentali più importanti che vengono curate in questi centri sono: disturbi della personalità, disturbi causati dall'abuso di stupefacenti, psicotici, disturbi dell'umore, disturbi causati dall'ansia, cognitivi e dissociativi, disturbi causati dall'alimentazione, insonnia, difficoltà di adattamento, malattie organiche degenerative gravi, insufficienza mentale congenita. Quelli che ricorrono di più, tra le segnalazioni pervenute, sono i disturbi della personalità, psicotici e dell'umore. I disturbi della personalità, quelli causati dall'abuso di droga e da psicosi, riguardano particolarmente persone tra i 17 e i 25 anni. È interessante notare, relativamente alla prevenzione delle malattie mentali, che compaiono nel periodo che va da 0 a 16 anni, in cui si può operare più efficacemente la prevenzione.

In questi Centri si lavora in équipe, ma non in modo sistematico. Le terapie innovative che vengono usate sono, in particolare, l'ipnoterapia, la musicoterapia, la ludoterapia e i laboratori teatrali e artistici.

Per la prevenzione della malattia si attiva una cultura di accoglienza ai malati mentali e programmi pastorali adeguati, dando la giusta attenzione agli aspetti psicologici. Di fronte alla malattia dichiarata si offrono interventi terapeutici e sistemici, la riduzione delle conseguenze che provocano disabilità al paziente, screening, grup-

pi di auto-aiuto, formazione degli operatori sanitari, aggiornamento, sostegno al gruppo familiare, analisi del contesto, ricostruzione del tessuto affettivo e religioso, programmi pastorali, preghiera collettiva e valutazioni.

Questi centri sono legati alle Università, agli ospedali pubblici, ai Ministeri di Giustizia, dell'Istruzione, del Lavoro, delle Relazioni Pubbliche, della Salute; agli Enti locali, alle Diocesi e alle Parrocchie, alla Forza pubblica, ai datori di lavoro, ai vicini di casa e abitanti del quartiere, ai sindacati e patronati.

Si tengono corsi di pastorale sanitaria appropriata per i malati mentali; si affrontano problemi etici legati all'abuso di droga, dei trattamenti di tipo coercitivo e sul modo di avvicinare il malato mentale.

Si pensa che all'origine della malattia mentale ci sia una forte influenza culturale e religiosa, per la crisi dei valori di riferimento, l'edonismo e il materialismo, per la cultura tecnologica, l'exasperazione dei desideri e la ricerca dell'impossibile, la conflittualità religioso-culturale, il ritualismo magico di alcune sette religiose, la negazione del trascendente e il relativismo etico-religioso.

Le situazioni di maggiore rischio sono: precarietà dei mezzi di sostentamento, di lavoro, di formazione e di educazione, mancanza di una rete di aiuti, alienazione dei diritti umani, esclusione e emarginazione, guerre, terrorismo, mancanza di educazione alla vita sentimentale, processi di allontanamento dalla realtà, condizionamento del contesto ambientale, mancanza di protezione sociale, corruzione, squilibrio tra il ruolo della donna e quello dell'uomo, mancanza dei genitori, separazione e divorzio, perdita del valore dell'istituzione matrimoniale, mancanza di comunicazione e di tempo per vivere in famiglia, immaturità della figura paterna e materna, il fatto di delegare le proprie responsabilità a terze persone o istituzioni, debolezza del progetto di vita, inadeguata preparazione alla vita matrimoniale, conflitti tra genitori e figli e, infine, comportamenti aggressivi e violenti².

II. LO SQUILIBRIO MENTALE

Grazie a Dio, l'opera che sta portando avanti la Chiesa cattolica in questo campo è veramente encomiabile; si tratta di un lavoro che si sta realizzando attraverso vari secoli, come attestano gli Ordini e le Congregazioni religiose, il cui carisma particolare è proprio quello di curare i malati mentali.

Data la diffusione così vasta di questa malattia – inizialmente si parlava di 450 milioni di persone affette – la decisione dei Vescovi dell'Oceania di porre come base di riferimento per questa Giornata Mondiale del Malato proprio i malati mentali è stata un successo, poiché inciterà le istituzioni della Chiesa cattolica a continuare il lavoro già in atto, e aiuterà a incrementarlo sempre più nel dialogo e nella collaborazione con i diversi organismi della società moderna che sono impegnati in questo campo.

Ci concentreremo ora sulla riflessione, dal punto di vista cristiano, sul malato mentale. Partiremo da alcune indicazioni scientifiche basilari sullo squilibrio mentale per considerare poi come il malato mentale non smetta mai di essere un'immagine di Dio, ed è qui la sua eccellenza, il suo titolo per il quale merita ogni rispetto³.



1. Lo squilibrio

Non c'è dubbio che il malato mentale, pur essendo sempre un essere umano, esce dalla norma; cioè si trova oltre l'equilibrio necessario per parlare di una persona che ha il pieno uso delle proprie facoltà. Egli soffre

di un'alterazione dell'ordine interno come individuo, e potremmo dire che è un'alterazione dello stesso ordine esterno di tutto l'universo.

In effetti, grandi pensatori hanno fatto consistere la felicità nell'ordine cosmico, nel conformarsi del cosmo. Nel pensiero orientale troviamo il Taoismo, secondo il quale il principio attivo maschile, lo *ying*, deve adattarsi alla flessibilità del principio femminile, lo *yang*, che in ultima analisi è l'ordine dell'universo, ma un ordine fino a un certo punto flessibile, che cambia secondo il cambiamento dello stesso universo. Più o meno in questo stesso pensiero abbondarono gli stoici della cultura greca, che propugnavano che si dovesse essere sempre d'accordo con tutto l'ingranaggio cosmico e che la perfezione consisteva nell'essere in accordo con l'ordine inesorabile. All'inizio del Rinascimento troviamo il pensiero organologico di Theophrast von Hohenheim, detto Paracelso, secondo il quale in un fiore si può intuire l'ordine perfetto e totale dell'Universo, il macrocosmo e il microcosmo: tutto l'Universo è come un grande organismo vivente del quale tutti siamo parte e sintesi, e l'attività di ciascuno è retta da un ordine superiore al quale bisogna conformarsi, altrimenti si è un'anomalia cosmica. C'è una certa convergenza con il pensiero di Nicola Cusano, con il suo ideale della coincidenza degli opposti, come ordine tra l'apparentemente disordinato. Anche nel concetto della stessa Redenzione, specialmente sotto l'influsso di Sant'Anselmo di Aosta, la concezione nella teologia occidentale dell'opera di Cristo si classifica come la restaurazione dell'ordine giuridico violato.

2. Lo squilibrio delle sinapsi neuronali

Guardando agli studi recenti sull'attività neuronale, lo squilibrio mentale ha a che vedere con l'alterazione dell'ordine dei neuroni. In effetti, secondo la descrizione delle funzioni organiche nel campo della neuroscienza, si constata la complessità della comunicazione tra le

cellule neuronali che emettono messaggi e che li ricevono; si tratta di una rete di connessioni in cui, attraverso una sequenza molto complicata, si giunge a percepire e a catalogare, a giudicare e ad agire nella traiettoria che va dalla sensazione esteriore di un qualsiasi tipo per arrivare alla corteccia cerebrale e potere, per così dire, organizzare l'organismo realizzandone l'ordine interno, e quindi ottenere equilibrio e armonia.

Sappiamo che il sistema nervoso centrale raccoglie l'informazione ricevuta dai nostri organi sensoriali, la processa e agisce secondo la stessa. Questo insieme di operazioni è il substrato materiale delle funzioni superiori, come il pensiero, la memoria e la coscienza. In particolare, sono due gli strumenti per percorrere la traiettoria sensoriale-neuronale-cerebrale: la propagazione del meccanismo d'azione e la sinapsi, ossia la trasmissione dell'impulso elettrico dei neuroni e il passaggio del segnale da un neurone all'altro. Ciascuna cellula nervosa, dei cento miliardi che formano il cervello, si connette attraverso un numero che va da mille a diecimila sinapsi (trasmissioni) agli altri neuroni. L'apprendimento e l'acquisizione di nuove capacità nell'organismo umano richiede cambiamenti di sinapsi che, a loro volta, cambiano simultaneamente in ogni nuova connessione. Si afferma che certe capacità e abilità umane dipendono dai diversi modelli di connessione esistenti in ogni persona.

Le connessioni si realizzano con impulsi elettrici ricevuti nei neuroni attraverso i cosiddetti canali ionici, come un'onda di carica elettrica positiva che si propaga lungo l'estensione cilindrica del corpo cellulare chiamata assone. Questi canali sono punti speciali di permeabilità in ogni cellula nervosa. Detti punti sono proteine speciali che formano dei pori nella membrana cellulare del neurone per permettere il passaggio dei fluidi esterni e che si aprono quando sono stimolati in modo adeguato e, attraverso i canali ionici, trasformano i fluidi in impulsi elettrici. Gli impulsi elettrici di varie sinapsi sono integrati nei dendriti dei neuroni, generando così un potenziale

d'azione che si trasmette successivamente ad altri neuroni. Si suole dire che il modello basilare dell'insieme delle connessioni tra i neuroni è la base materiale della memoria, sia della cosiddetta memoria "dichiarativa", cosciente, sia della memoria di "procedimento" (quella parte che si utilizza nella realizzazione di compiti e reazioni incoscienti). In questo modo, l'informazione sensoriale viene processata mediante il suo passaggio progressivo in strati consecutivi di neuroni.

Si è cercato di disegnare i modelli di sinapsi delle reti di diversi strati di neuroni basandosi su tecniche di computo (reti neuronali); tuttavia, anche se queste tecniche hanno funzionato a livelli neuronali inferiori, non si è riusciti a comprendere la sinapsi propria delle operazioni cerebrali di tutto il complesso dell'attività neuronale, in particolare prestando attenzione alle funzioni mentali superiori, come la cognizione, la comprensione e le emozioni⁴.

3. Comprensione alla base delle sinapsi neuronali

La semplice concezione dell'azione dei neuroni e della sua complessità di connessione, pur essendo molto importante per comprendere l'attività cerebrale non è tuttavia sufficiente per comprenderla adeguatamente. Da un lato, il cervello funziona simultaneamente come un tutto attraverso grandi complessi di neuroni (e non si è ancora riusciti a penetrare questa totalità d'azione); dall'altro, arrivando in special modo alle funzioni superiori menzionate, in particolare riferenti all'astrazione e alla comprensione, si vede che la spiegazione meramente di chimica biologica è inadeguata. Si può osservare chiaramente, per quanto si riferisce alla coscienza, che se questa è un ritornare su se stesso e se la coscienza consiste solo in un mero elemento biologico materiale, in che modo un elemento quantitativo può ritornare su se stesso? Allo stesso tempo se sia o no lo stesso, il che implica l'assurdo di violare il principio di contraddizione. Gli studi che vengono realizzati oggi in questo campo scientifi-

co sono molto utili, dal momento che uno squilibrio neuronale di per sé non spiega tutta la realtà della malattia mentale, e non c'è dubbio che si tratta di un elemento importantissimo per la sua interpretazione e trattamento.

4. Il fattore animico

Per una comprensione integrale del malato mentale, ai fattori neuronali bisogna aggiungere la comprensione olistica e psichica; in effetti, già dall'antichità si concepiva la vita umana come contenente necessariamente due aspetti fondamentali e in cui i rapporti di sussistenza dovevano proiettarsi prestando attenzione a ciò che classicamente abbiamo chiamato anima e corpo. Nel riferirsi al malato mentale, nell'antica Grecia Socrate preferiva concentrarsi solo sull'anima per affermare che le malattie dell'anima si risolvevano soltanto con la *maieutica*, tecnica che porta alla conoscenza di sé purificando l'anima malata perché così rivela la sua verità interiore e viene curata dalla conoscenza e dalla pratica delle virtù. Platone e Aristotele invece si riferivano più all'insieme; per Platone, nella sua mentalità dualista, la causa predominante della malattia mentale è il corpo; la malattia mentale sarebbe come un fango corporale che deturpa l'anima del malato mentale, paragonato a una bella anfora affondata nel mare e ricoperta di fango e di limo. Anche Aristotele propende per questa prospettiva, ma con maggiore equilibrio, affermando che, dato che è l'intendimento che deve imporre l'armonia al corpo, un'anima armonica darà luogo a forme corporee adeguate, evitando la malattia che è anch'essa corporea, ma che principalmente si deve a un'anima disarmonica.

In qualche modo potremmo dire che il pensiero classico greco non si supera del tutto nel modo attuale di concepire il modello biochimico dei disturbi psichiatrici: oggi l'anima è identificata con il biochimismo attivo dei sistemi neurochimici, neuroendocrini e neurovegetativi della corteccia cerebrale, dell'ipotalamo, del tronco encefalico, dell'epifisi e del sistema

vegetativo; queste strutture sono coordinate tra di loro secondo un piano che tende all'auto-bilanciamento, finalizzato a impedire un'eventuale disregolazione. Gli squilibri mentali esprimono una mancanza di equilibrio in questo poli-sistema diffuso come una rete in tutto il corpo; basta che venga meno l'equilibrio in uno di questi sistemi e si squilibra tutto il resto⁵.

Il malato mentale risente di questo squilibrio che varia secondo la malattia psichica di cui soffre. In tutte queste malattie vengono turbate alcune di queste connessioni, o parte di esse, e si produce uno squilibrio interno che porta a uno squilibrio relazionale esterno in ambito sociale.

Riguardo la complessità e la profondità che questo squilibrio comporta, non si può ignorare inoltre l'opinione di alcuni psichiatri, secondo cui la pulsione della vita si collega in modo indissolubile a quella di morte. Entrambe queste pulsioni si compenetrano, e la psichiatria le studia completando il "principio del piacere" con il "principio della realtà", pilastri che sostengono la psicoterapia indicando la pulsione della morte come necessità interna della vita⁶. Lo squilibrio riguarda entrambe le pulsioni e complica ulteriormente lo stato della malattia mentale.

Dall'altra parte, riferendosi alla cura del malato mentale, la psichiatria presenta una vasta area grigia di incertezze che la pratica clinica e la ricerca scientifica consentono di individuare in tre aspetti: la precarietà delle teorie sulla malattia mentale e sulle strategie di trattamento, l'alto coinvolgimento emotivo di chi lavora nel campo della salute mentale e la tecnologia. Qualcuno ritiene che il livello tecnologico in psichiatria sia abbastanza basso, giacché la terapia che usa non è tanto tecnologica ma di tipo interpersonale⁷.

Tuttavia, malgrado le difficoltà per approfondire ulteriormente nel campo delle scienze psicologiche la realtà di una malattia mentale, ciò che in ogni caso è evidente è il fatto che la malattia mentale consiste in uno squilibrio della ragione, ma non nella sua perdita. Fuori

dal pensiero cristiano, è stato detto che l'uomo è immagine di Dio per la sua anima razionale, o se vogliamo precisarlo con la definizione classica, perché l'uomo è un animale razionale; ebbene, se l'uomo ha perso la razionalità, non ci sono obiezioni se lo si tratta come qualcosa che ha solo l'apparenza umana, ma che non è più umano⁸.

È chiaro che questo modo di pensare è un sofisma, giacché il malato mentale non è che abbia perduto la razionalità, che continua ad esistere, è solo che non funziona come dovrebbe.

III. COSA FARE?

1. Lo squilibrio nel pensiero cristiano

Nel pensiero cristiano si è detto che questi disturbi gravi riducono l'uomo a uno stadio compassionevole, come un'immagine deformata di Dio, che si paragona con lo stato del Servo sofferente di Isaia (*Is* 53,1-7). Tuttavia, malgrado questa deformazione, e soprattutto per essa, il malato mentale assomiglia di più a nostro Signore sulla croce, e dato che la croce è l'unico cammino per la risurrezione, allora il malato mentale, per dirlo in questi termini, ha un'eccellenza maggiore, è più degno; e la sua eccellenza la ottiene proprio in ragione diretta della gravità della sua malattia e della sofferenza che comporta⁹.

2. Immagine deformata di Dio?

Essendo valido quanto detto poc'anzi, vorrei ciò nonostante cercare di andare un po' oltre queste considerazioni e azzardare una affermazione che, forse, potrebbe illuminare il problema dall'angolazione della Teologia Morale. L'affermazione è questa: il malato mentale non è un'immagine deformata di Dio, ma un'immagine fedele di Dio nostro Signore.

Questa affermazione si intuisce dal pensiero del Signore quando dice "Il regno di Dio è in mezzo a voi" (*Lc* 17,21) e "ciò che esce dalla bocca proviene dal cuore. Questo rende immondo l'uomo" (*Mt* 15,18).

"Dal cuore degli uomini, escono le intenzioni cattive: fornicazioni, furti, omicidi, adulteri, cupidigie, malvagità, inganno, impudicizia, invidia, calunnia, superbia, stoltezza. Tutte queste cose cattive vengono fuori dal di dentro e contaminano l'uomo" (*Mc* 7,21-23).

Ciò vuol dire che, nel Regno di Dio, l'esistenza della Santissima Trinità in ciascuno di noi si trova nel cuore, inteso come la fonte ultima delle decisioni che plasmano tutta la vita, non soltanto quella che anteriormente si chiamava opzione fondamentale, ma tutto ciò che questa opzione significa, e tutti gli atti che realizziamo per portarla a compimento. In altre parole, il cuore manifesta tutto il nostro dinamismo, messo al servizio della missione che Dio ci ha affidato.

Il Regno di Dio riguarda la conoscenza amorosa e la decisione presa nel più intimo della nostra personalità realizzata mediante la forza dello Spirito Santo, che ci guida come Figli di Dio, e la cooperazione assoluta delle nostre azioni che definiscono la nostra vita secondo la Legge di Dio. Potremo separarci da questo Regno solo con il cuore cattivo cui fa riferimento Cristo nostro Signore e dal quale derivano tutti i peccati.

3. Immagine fedele di Dio

Ebbene, quando la malattia mentale ha provocato tale squilibrio, giacché non esiste la responsabilità dell'azione del malato che la qualifichi come separazione dalla volontà divina, come peccato, colui che soffre di disagio mentale non può essere separato da Dio, cioè l'immagine di Dio in lui non si può distorcere. In questo caso la sua conoscenza o la sua opzione volitiva non è sufficiente per motivare un atto umano che veramente lo separi da Dio; il suo stato psichico e somatico non gli permette di commettere un peccato grave, poiché il suo squilibrio non ha la piena consapevolezza e il pieno assenso richiesti affinché possa peccare.

Se si guardano le cose da questa angolazione, nel caso in cui il malato mentale non possieda la consapevolezza e il pieno consenso richiesti per po-

ter commettere un peccato mortale, egli non è un'immagine deformata di Dio, poiché questa si può deformare solo con il peccato. È un'immagine sofferente di Dio, questo è certo, ma non un'immagine deformata. In questo malato risplende il mistero della croce vittoriosa del Signore. Avvicinandosi di più all'immagine del Servo di Yahvé (Is 53,1-7), egli ci spinge a un atto di fede più consapevole nel Cristo che soffre.

Anticamente, e non a caso, nel linguaggio popolare messicano uno psicopatico veniva chiamato "benedetto" giacché, non godendo del pieno uso della ragione, senza poter peccare era destinato alla vita eterna.

Lo squilibrio obiettivo del peccato e delle sue conseguenze si manifesta nel malato mentale, ciò è vero, ma allo stesso tempo risplende in lui l'equilibrio storico dell'unico ordine attualmente possibile, l'ordine e l'equilibrio della Redenzione.

Ciò non è comprensibile in una mentalità secolarizzata, ma lo è in un ottimismo cristiano, che inoltre nasce da una fede ragionata che ci dice come il nostro obbligo nei confronti di un malato mentale in queste circostanze da un lato adempie il dovere di vedere Cristo sofferente nei più poveri e sfavoriti, ma dall'altro va anche nel senso di vedere in lui l'amore di Dio che lo ha indicato come prediletto, nel senso che non potrà essere separato da Lui.

Essi sono pertanto una prova dello stesso amore crocifisso di Dio. Per questo, il miglior trattamento che possiamo dare a questi malati è il trattamento dell'amore.

Dato che colui che soffre di disagio mentale è anche un'immagine del Cristo risorto, da qui nasce l'obbligo di essere per lui un "Buon Samaritano", cioè di porre tutto l'impegno per curarlo. Bisogna ideare ogni tipo di trattamento per farlo uscire dal suo stato di prostrazione, che è tanto più doloroso quanto più profonda è la sofferenza psichica che egli patisce, giacché tante volte il malato mentale perde il senso della relazione umana e percepisce l'ambiente circostante come ostile, nel quale è perseguitato e le persone per lui sono altri oggetti, o gli sono indifferenti, op-

pure le sente come una minaccia per il proprio io e per la propria sicurezza.

4. Trattamento del malato mentale

Il trattamento riservato a un malato mentale deve così distinguersi come un trattamento di amabilità, delicatezza e tenerezza che lo aiuti a superare il suo mondo immaginario come nemico nel quale tanto spesso si trova immerso. Questo trattamento dovrà essere altamente personalizzato ed esigente, ed essere attento a trovare ogni tipo di medicinali e terapie. Coinvolgerà in questo modo tutte le risorse a disposizione, tanto per le scienze quanto per le arti e tecniche mediche, e per una ricerca che faccia sempre progressi per trovare i rimedi più adeguati nel quadro psicosomatico.



Linee pratiche d'azione

In questa prospettiva, mi permetto di suggerire alcune linee che possono essere proposte come piste pratiche per prenderci cura con amore dei malati mentali.

Dal punto di vista generale:

- Stabilire nei sistemi educativi ferme basi religiose che prefiggano orizzonti solidi e stabili per tutta la vita.

- Essere consapevoli del sistema di valori sul quale si basa ogni vita umana e basarvi per evitare particolari tipi di malattie mentali, basate sull'angoscia, sulla tristezza e sulla disperazione.

- Lottare contro il Relativismo, il Consumismo, la pseudo-cultura dei desideri istintivi, il pansessualismo.

- Promuovere la dignità dei malati mentali.

- Sforzarsi per promuovere un sano sviluppo del bambino, che abbracci le funzioni cerebrali.

- Informare la società sulle malattie mentali per conoscerle e difendersi da esse.

- Incoraggiare gli Ordini e le Congregazioni religiose che possiedono il carisma di curare questi malati a non venire meno a questo servizio, ma che invece, data la circostanza critica di queste malattie, vi dedichino una cura particolare.

- Aiutare i malati mentali che possono farlo a ricevere i Sacramenti.

- Illuminare e consolare con la Parola di Dio il malato mentale, nella misura in cui lo consenta il suo stato psichico-somatico.

- Essere consapevoli che il riadattamento di un malato mentale è un compito che riguarda tutta la società, nell'ambito di una solidarietà che privilegia le persone più bisognose.

- Favorire la creazione di un ambiente sociale e fisico che incoraggi i rapporti umani e il senso di appartenenza del malato mentale a una comunità concreta.

A livello nazionale:

- Promuovere legislazioni adeguate a livello politico nazionale e internazionale, che salvaguardino i diritti dei malati mentali.

- Insistere presso i Ministeri della Salute delle diverse nazioni affinché si occupino in modo speciale dei malati mentali e redigano programmi efficaci in questo senso.

- Sviluppare e integrare i servizi di salute mentale in tutti i servizi primari di salute.

- Creare Istituzioni adeguate per curare di più, sotto tutti gli aspetti, i malati mentali.

- Destinare i fondi necessari per la cura di chi soffre di disagio mentale.

- Provvedere al ricovero ospedaliero dei malati mentali che lo richiedano e alla loro permanenza in ospedale secondo quanto prevedono gli attuali

progressi della medicina psichiatrica.

- Fornire un alloggio ai malati mentali meno protetti che vagano per le città come mendicanti o che non potrebbero essere mantenuti in famiglia.

- Aiutare istituzionalmente le famiglie nelle quali c'è un malato mentale, con un'assistenza tanto scientifica e tecnica quanto di comprensione e rispetto.

- Favorire ricerche nel campo delle malattie mentali e delle terapie a esse adeguate.

- Umanizzare i programmi terapeutici attraverso la continua formazione degli operatori di pastorale.

- Adeguare i trattamenti psichiatrici ai diversi modelli culturali dei pazienti.

A livello personale:

- Educare nell'ambito della famiglia cristiana fornendo le basi solide della vita nell'accettazione del Cristo morto e risorto, ragion d'essere di tutta l'esistenza.

- Intensificare la prevenzione alle malattie mentali con un'azione efficace in ambito familiare, in special modo nei primi anni di vita dei figli.

- Unire le famiglie in modo più forte, dando all'istituzione matrimoniale tutta la forza che le compete.

- Dare maggior spazio di convivenza in ambito familiare agli sposi tra di loro, ma anche con i figli e tra fratelli.

- Favorire i legami affettivi e di comprensione sia nella famiglia nucleare sia in quella allargata.

- Dare ai nonni il loro giusto ruolo.

- Cercare di offrire ai bambini una figura adeguata del padre e della madre.

- Trattare i figli con affetto, e al tempo stesso cercare di educarli con decisioni chiare e energiche.

- La famiglia deve cercare di relazionarsi frequentemente con gli insegnanti e con le altre persone che aiutano i genitori nel loro rapporto con i figli e non delegare agli insegnanti provvedimenti che invece spettano soltanto ai genitori.

- Accettare in modo positivo la malattia mentale combattendo la stigmatizzazione dei malati.

- Comprendere le necessità fisiche e psicologiche che si nascondono dietro i disturbi mentali.

- Utilizzare le potenzialità di ogni malato mentale.

- Agevolare la comunicazione interpersonale tra il paziente e quanti lo circondano, in special modo nell'ambito della propria famiglia.

- Allontanare il malato dalla solitudine, dall'isolamento e dall'abbandono.

- Insegnare al malato mentale il modo per sviluppare le proprie capacità e il senso di autodeterminazione.

- Apprendere in famiglia il comportamento adeguato di fronte a un malato mentale che fa parte del proprio nucleo familiare.

- Comprendere che di fronte alla malattia mentale la scienza da sola non basta, ma che bisogna trattarla in maniera olistica, considerandola, nel complesso, insieme agli aspetti religiosi, filosofici e scientifici.

- Infondere speranza nei pazienti e nei loro familiari.

- Intensificare la terapia della gentilezza e della dolcezza nella cura dei malati mentali¹⁰.



Conclusione

Vorrei ricordare la frase scolpita sull'architrave di un ospedale tedesco "Infirmis sicut Christo", che significa che i malati sono come Cristo, per concludere queste riflessioni insistendo su questa immagine del Cristo sofferente nel profondo della sua anima, pervaso dal dolore e dal tormento, ma che trasforma questo male in una sorgente di vita. Il suo dolore e la sua sofferenza costituiscono il nucleo della sua risurrezione, poiché costituiscono la nostra salvezza. L'atteggiamento che abbiamo nei confronti dei mala-

ti psichici si impone come difficile test sulla nostra fede. Curarli in modo efficace significa professare la nostra fede nel Cristo dolente e sofferente, ma al tempo stesso vittorioso. Questo è il senso di questa celebrazione della Giornata Mondiale del Malato, che quest'anno è stata dedicata in modo particolare a quanti soffrono di disagio mentale.

S.Em.za Card. JAVIER LOZANO BARRAGÁN

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

Note

¹ OMS, 1992. Temas de salud mental de la comunidad, serie paltex.

² DERIU F. et al., *Rapporto descrittivo sui risultati della ricerca del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, sulla "salute mentale"*, Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, 10 Gennaio 2006; in *Dolentium Hominum*, 2006 (62).

³ Cfr. GIOVANNI PAOLO II, *Discorso del Santo Padre alla XI Conferenza Internazionale*, in *Dolentium Hominum* 1997 (34); 1: 7-9. JOSEPH RATZINGER, *La grandezza dell'essere umano è la sua somiglianza con Dio*, ibid. 16-19.

⁴ Cfr. NEHER E., *Meccanismi di base del segnale dell'informazione del Sistema Nervoso Centrale*, in *Dolentium Hominum* 1997 (34); 1: 21-24; JOHNSTON D. and WU SM, *Foundation of Cellular Neurophysiology*, The Mit Press, Cambridge Mass., 1995; KANDEL E.R., SCHWARZ J.H.L and JESSEL T.M., *Essential of Neuronal Science and Behavior*, Prentice Hall Internacional, Inc., London, 1995; NEHER E. and SAKMANN B., *The Patch Clamp Technic*, Scientific American, March 1992, 44-52.

⁵ Cfr. ROCCATAGLIATA G., *Dalle malattie dell'anima alle psiconevrosi*, in *Dolentium Hominum*, 1997 (34); 1: 33-39.

⁶ DERIDA J., *Speculare – su Freud*, Raffaello Cortina Ed., 2000.

⁷ CONTINI G., *Il miglioramento della qualità nella riabilitazione psichiatrica*, Centro Scientifico editore, 1999.

⁸ Cfr. CARRASCO I., *La dignità della pazzia*, *Dolentium Hominum*, 1997 (34); 1: 124-126.

⁹ Cfr. GIOVANNI PAOLO II, *Discorso del Santo Padre alla XI Conferenza Internazionale*, in *Dolentium Hominum*, 1997 (34); 1: 7-9. JOSEPH RATZINGER, *La grandezza dell'essere umano è la sua somiglianza con Dio*, ibid. 16-19.

¹⁰ Cfr. LÓPEZ IBAR J., *La ricerca nella neuroscienza: il suo influsso sulle malattie mentali*, in *Dolentium Hominum*, 1997 (34); 1: 52-58; CALVO PRIETO A., *Realità familiare del malato di mente nei paesi africani*, ibid., 102-104; IMODA F., *Psicoterapia*, ibid., 186-192; MARCHESI P., *Ruolo della Chiesa nel trattamento dei malati mentali*, ibid., 205-207; LORENZO CASULLO C., *L'accettazione della malattia mentale*, ibid., 81-85.

“Va nella tua casa, dai tuoi, annunzia loro ciò che il Signore ti ha fatto e la misericordia che ti ha usato” (Mc 5,19): questioni dell’umana dignità

DISCORSO DI PADRE PETER COMENSOLI, 9 FEBBRAIO 2006

Sua Eminenza, Vostra Grazia, Signori miei, Ministro Zollo, onorevoli ospiti, signore e signori:

All’inizio vorrei chiarire che l’attuale situazione delle persone nelle questioni concernenti la loro dignità attualmente non figura nella mia presentazione. Il fatto è che io non sono un esperto – né un competente – in materia di malattie mentali. Sono venuto qui semplicemente come uno che ha conosciuto e ha aiutato qualche persona che vive con una malattia mentale. Allora oggi cosa spero di poter portare come contributo? Primo, desidero proporre una prospettiva teologica che io credo vivamente sostenga la dignità delle persone che vivono con le malattie mentali. Secondariamente, desidero considerare la questione nel contesto etico e suggerire una fondazione che possa assicurare che la dignità di queste persone sia rispettata.

Ho intitolato la mia presentazione: “Va nella tua casa, dai tuoi, annunzia loro ciò che il Signore ti ha fatto e la misericordia che ti ha usato”. Non sorprendentemente, inizierò con la persona di Gesù e con un incidente del suo ministero di guarigione (Vedere Mc 5,1-20).

Ognuno merita un nome, non è vero? Dopo tutto, Dio chiama ciascuno con un nome. Essere conosciuto solo da una condizione – quella demoniaca – sembra ingiusto. Così, per la salvezza della sua memoria in questo giorno, diamogli la dignità di un nome: chiamiamolo Giosué.

La dignità giace nel cuore del perché ci siamo radunati in Adelaide in questi pochi giorni. La parola “dignità” ha la sua radice nella parola latina *dignus* che significa degno,

che dà valore, rispetto, onore al suo destinatario. Anche se la parola “dignità” può essere usata riguardo a cose (la dignità del lavoro), tali usi sono per analogia. Il primario uso della dignità è riguardo alle persone. Il legame tra persona e dignità è così forte che riconosciamo che le persone hanno un diritto alla dignità – una persona è meritevole di valore, rispetto, onore. Così, aver avuto lo status di persona è essere debitore di alcune cose, una di queste è la dignità. Cosa accade allora, a qualcuno il cui status come persona è negato o messo in discussione in qualche modo? Cessa di godere del diritto alla dignità? Queste questioni sollevano un più importante e critico quesito: *Chi è la persona?*

“Persona” è una delle parole più “naturalmente” complesse nel nostro vocabolario. Il suo reale significato come parola non può essere separato dalle sue origini nelle antiche controversie filosofiche e teologiche che circondano lo status di Gesù Cristo. Ciò che emerge da questi dibattiti fu una parola che nello stesso tempo motivò ed esprime la natura delle nostre vite umane. Negli ultimi cento anni, tuttavia, c’è stata una sistematica liberazione della “persona” dai suoi “appoggi” religiosi e metafisici. Oggi molti filosofi e moralisti parlano della persona umana in termini di presa di coscienza o della capacità di soggettivare rettamente i nostri pensieri, sensazioni ed esperienze. Piuttosto che vedere la “persona” come il *principio* della nostra natura umana, essa è vista da molti come più simile a una *proprietà della nostra natura*.

Come ci si può aspettare, questi filosofi competenti camminano su diverse vie. Dal punto di vista ateistico,

l’individualità è l’assoluto principio della vita umana: tu non puoi essere un essere umano senza essere una persona. Dal punto di vista non ateistico, l’individualità è vista come una proprietà misurabile della nostra natura umana: è qualcosa di relativo in ogni individuo (forse il più drammatico esempio di queste differenti visioni del mondo può essere visto negli attuali dibattiti sullo stato degli embrioni umani e se essi abbiano o no gli stessi diritti degli altri esseri umani).

Molto di ciò che ho da dire ha la sua origine e la sua spiegazione nella comprensione della persona. È importante, poi, delinearne brevemente questa posizione prima di focalizzare ciò che può portare alla nostra considerazione dell’umana dignità dei malati mentali.

1. A immagine di Dio Egli li creò: una antropologia teologica¹

Al centro della comprensione cristiana della vita umana vi è una straordinaria affermazione dal Libro della Genesi: “Dio creò l’uomo a sua immagine; a immagine di Dio lo creò; maschio e femmina li creò” (Gen 1,27). Mentre vi è qualcosa di Dio in ogni cosa che esiste, il Creatore scelse di investire la creazione umana con l’immagine propria di Dio. Nella tradizione cattolica questa credenza è conosciuta come la dottrina dell’*imago Dei*: essendo fatti a immagine di un Dio *personale*, ci dà l’individualità e perciò la *dignità* di Dio stesso. Perciò, come ho indicato prima, la dignità è unita alla persona stessa. Non siamo mai solo un *qualcosa*

umano, siamo sempre costituiti come un *qualcuno* umano.

Questo determina un importante corollario: l'“immagine di Dio” che io sono non è attribuita solo al mio intelletto o alla mia coscienza. Piuttosto ogni aspetto di me è creato a immagine di Dio – tutto di me è investito della dignità stessa di Dio, incluso il mio corpo. Questo “tutto di me” è significativo: dice che tutti gli esseri umani sono sia *interamente* sia *sempre* creati a immagine di Dio. Interamente, perché non c'è alcuna parte di me che non sia impregnata della dignità dell'immagine personale di Dio; e sempre, perché non c'è un periodo nella mia storica realtà in cui io non sia impregnato della stessa dignità.

Ritornando alla nostra lettura della scrittura, ci viene detto che quando Gesù incontrò la prima volta Giosué, questi viveva fra le tombe, urlando giorno e notte, mutilandosi. Il suo tormento mentale lo aveva lasciato disorientato e confuso. C'era solo una cosa della quale egli era certo: il dolore che egli sperimentava quando si feriva. Era mutilando se stesso che Giosué individuava se stesso. Questo dolore è reale: io sono reale.

La dottrina dell'*imago Dei* non solo ci dice che gli esseri umani sono persone a immagine di Dio, ma anche il tipo di persone che siamo. Il Dio della fede cristiana è un Dio trino: tre persone – Padre, Figlio, Spirito Santo – in un solo essere. C'è qualcosa di essenzialmente relazionale sulla natura di Dio. Ed è di questa relazionalità che è impregnata la natura umana. Come Dio, ogni persona umana è sia unicamente se stessa sia fatta per gli altri. Noi siamo ognuno un unico soggetto, con il suo senso concomitante di autonomia personale; tuttavia, questa soggettività è costituita solo nella e attraverso la relazione con gli altri. Noi, come Dio sulla cui immagine siamo fatti, siamo degli esseri relazionali.

Perciò riconosciamo ognuno con una natura umana come “uno di noi”. Questo “uno di noi” non può ammettere dei gradi; non è qualcosa che è prima quantificabile e poi

comparabile tra persone. La misura di me come persona non è relativa a qualcun'altro: io sono assolutamente una persona umana, o non sono assolutamente umano. Di conseguenza, quando lo status di qualcuno come persona è relativizzato, la sua dignità è minata.

Focalizzandoci ancora su Giosué: quando Gesù lo avvicina – tra le tombe e in tutta la sua violenza e tormento – lo fa con quel senso di essere lui “uno di noi”, una persona: “Io sono come Giosué e Giosué è come me”. Gli abitanti del villaggio sembra avessero smesso di vedere Giosué come una persona. Avevano cessato di pensare a lui come “uno di noi” perché egli non poteva più vivere tra di loro, essere un segno di relazionalità tra di loro? E che dire di Giosué stesso? Aveva anche egli finito di vedersi come una persona, incapace come era di dire a Gesù il suo nome, un segno del suo sé integrale?

2. ... ed essendo fatto in forma umana: implicazioni morali

Se è vero che Dio creò ciascuno di noi come persona a sua immagine, allora è anche vero che Dio stesso è in ogni essere umano. Come disse Papa Giovanni Paolo: “Quando Dio volge il suo sguardo sull'uomo, la prima cosa che vede e ama in lui è... la sua immagine”². Questa credenza pose, per me, una domanda piuttosto profonda nel contesto della nostra riunione. Che cosa Dio sperimenta di se stesso nella vita di qualcuno con una malattia mentale? Quale aspetto della propria *pienezza* è riflesso nella vita di una persona mentalmente malata?

Nella storia di Giosué, sono colpito dal modo in cui Gesù e lui interagiscono. Inizialmente Gesù sembra avvicinarsi a Giosué come se lui fosse stato attaccato da un parassita: “Vieni fuori da lui spirito immondo”. E poi abbiamo l'immagine di Giosué che siede calmo con Gesù “vestito e con tutto il suo senno”, reintegrato nel suo sé precedente alla ma-

lattia. Chiaramente Giosué fu profondamente grato per la sua guarigione, voleva stare con questo uomo che gli aveva restituito la vita. Ma poi segue una svolta inaspettata: Gesù dice no, e lo incarica: Va' a casa da tuoi e di loro che cosa Dio ha fatto per te”.

Gesù guarì Giosué perché si sentì addolorato per questo uomo danneggiato, spezzato, confuso? Che scopo ebbe ottenere la guarigione? Nel rispondere a queste domande, cerchiamo di non cadere nella trappola di interpretare l'azione di guarigione di Gesù come delle “prove” della sua divinità o come dei “favori speciali” concessi a pochi. Piuttosto il ministero di guarigione di Gesù fu un segno della presenza di Dio tra il popolo di Dio: qui, in queste azioni, il regno di Dio è rivelato e le persone sono rinnovate a immagine di Dio³.

Ciò che fece Gesù non fu *riparare* ciò che era spezzato in Giosué, ma *restituirlo* alla sua dignità come persona fatta a immagine di Dio. Gesù non guarì Giosué per pietà; egli lo fece come un atto di *giustizia restitutiva*. Questo atto restitutivo di Gesù illustra la forma integrale e relazionale dell'individualità sulla quale stiamo riflettendo: Giosué non avrebbe potuto essere completamente restituito a se stesso (il “tutto di me”) senza essere anche restituito al suo posto nella comunità (l'“uno di noi”). Egli era stato strappato – figurativamente e letteralmente – dalla sua dignità, ma non aveva mai smesso di essere una persona. Poiché Gesù riconosce questo, egli è capace di vedere se stesso in Giosué. Papa Benedetto, quando era Cardinale, esprimeva questo magnificamente quando disse che Gesù vide in questo uomo l'intero splendore della creazione umana che era stata esternamente offuscata dalla sofferenza della sua malattia⁴. L'ingiustizia *verso* l'uomo aveva bisogno di essere indirizzata, non la natura *dell'uomo*.

Con queste osservazioni in mente, desidero ora suggerire una risposta alla questione che ho posto precedentemente: quale aspetto della particolare

integrità di Dio è riflessa nella vita di una persona malata mentalmente? Si dice che se tu devi dare a qualcuno un corso rapido in cristianità, due dottrine saranno sufficienti: la dottrina della Trinità (che ci dice chi è Dio) e la dottrina dell'Incarnazione (che ci dice chi è Dio per noi). Come ho accennato, le relazioni sono intrinseche nell'essere umano e in questo noi riflettiamo la vita della Trinità. Questo ci dice qualcosa su *come* è la nostra natura umana. L'Incarnazione: che Dio divenne uno di noi aggiunge, io credo, il motivo *perché* noi siamo persone a immagine di Dio. Dio desiderò ardentemente sperimentare



la struttura della creazione umana, cosicché essa potesse condividere la struttura di Dio. Ci porta da *un modo di essere* a un *modo di agire*: nei termini della filosofia morale, da ciò che è a ciò che *dovrebbe essere*.

La dottrina dell'Incarnazione proclama che, in Gesù Cristo, Dio assunse la nostra natura umana senza cessare di essere la seconda persona della Trinità. Ma è il *motivo* dietro questa iniziativa divina che è di particolare importanza per il nostro argomento di oggi. Gesù stesso disse: "Dio infatti ha tanto amato il mondo da dare il suo Figlio unigenito" (Gv 3,16). La natura umana di Gesù è costituita appunto da un atto specifico del divino amore. Dio dà se stesso alla vita umana per poter essere in comunione con noi, come uno di noi. Nelle parole di S. Paolo: "(Gesù Cristo) il quale, pur

essendo di natura divina non considerò un tesoro geloso la sua uguaglianza con Dio; ma spogliò se stesso, assumendo la condizione di servo e diventando simile agli uomini" (Fil 2,6-7). Nella nostra fede cristiana questo atto divino di spogliamento di sé è completamente ricambiato nello spogliamento umano di Gesù sulla croce.

È il Crocifisso che la definitiva icona umana dell'immagine divina. Questo uomo nel mezzo della sua sofferenza rimane fedele a se stesso – che è completamente umano – in un atto di amore sacrificale.

"...come molti si stupirono di lui – tanto era sfigurato per essere d'uomo il suo aspetto". "Disprezzato e reietto dagli uomini, uomo dei dolori che ben conosce il patire, come uno davanti al quale ci si copre la faccia, era disprezzato e non ne avevamo alcuna stima" (Is 52,14; 53,3): queste parole del Profeta Isaia sono riferite alla persona di Gesù. Un corpo disprezzato, lacerato, spezzato – svuotato come un atto di assoluta donazione di sé – rivela il cuore di ciò che significa essere completamente una persona umana.

In modo analogo, le parole di Isaia possono essere applicate a delle persone che vivono con una malattia mentale. Siamo sfidati a riconoscere in loro il Cristo spezzato e accordare loro la dignità e la riverenza che noi vorremmo dare a Cristo stesso. Se qualcosa deve essere la "misura" della vera individualità, è la comunione creata nell'atto reciproco di amore tra persone. Tutti – ogni persona 'fatta ad immagine di Dio' – possono partecipare a questa comunione, non importa quanto offuscati esternamente possano essere.

In un documento sulla salute mentale pubblicato nel 1997, il Cardinale Ratzinger rese bene questa verità: "Il nostro valore agli occhi di Dio non dipende dall'intelligenza, dalla stabilità del carattere o... dalla salute. Il nostro valore agli occhi di Dio dipende solamente dalla scelta che abbiamo fatto per amare il più possibile".

L'espressione "il più possibile" è particolarmente signifi-

cativa quando consideriamo la malattia mentale in cui il mistero della sofferenza è così potente e il bisogno di amore così acuto. Che cosa sperimenta Dio di se stesso nella sofferenza della malattia mentale? Dio sperimenta la sua scelta di essere in comunione con se stesso. La dignità appartiene alle persone e queste sono fatte per essere con Dio in una comunione di vita e di amore.

3. Non tolleranza, ma dono: un contesto possibile

Perciò a fondo abbiamo esplorato una comprensione teologica che cerca di identificare la dignità integrale alla nostra natura come persone. Sono conscio, tuttavia, che questa non è la sola via per stabilire una serie di diritti che riconoscono la dignità dovuta a tutte le persone, incluse – e specialmente nel contesto odierno – quelle con malattie mentali. Siamo qui a condividere un comune impegno ad assicurare che i diritti dei malati mentali siano accettati e onorati nella società, tuttavia questo impegno comprende una responsabilità aggiuntiva. Dobbiamo essere certi che questi diritti si basino su solide fondamenta: i pilastri hanno bisogno di basi e le basi determinano ampiamente il peso morale che i pilastri possono sopportare.

Nello scorso anno Sidney ha sperimentato un weekend di tumulti. Per coloro di voi che non sono di questa parte del mondo, non fu niente di simile all'esperienza di Parigi. Tuttavia fu un brutto affare, scoppiato per problemi razziali e alimentato dall'alcool e dal testosterone. Allora e perfino dopo, ci sono stati persistenti richiami a una più grande tolleranza tra i gruppi delle varie culture nella nostra società.

Quasi contemporaneamente ai tumulti di Sidney la Polizia del New South Wales ha portato alla pubblica attenzione il suo accresciuto intervento nelle situazioni che coinvolgono le persone con malattie mentali. Dalla sua prospettiva la polizia era stata manovrata in

modo inadatto sul fronte dell'azione della salute mentale specialmente in situazioni di crisi acute. Anche essa faceva appello per una maggiore tolleranza e per un approccio meno istituzionale alla malattia mentale.

La tolleranza ha un posto particolarmente forte nella cultura australiana. È sia una parola sia un'idea che ha fatto la sua strada nella nostra psiche nazionale. Siamo orgogliosi di essere una società tollerante, pronta ad accogliere e abbracciare persone di tutte le nazioni e tradizioni. Noi etichettiamo un comportamento intollerante come "non-Australiano". La tolleranza è anche una parola che si è fatta strada nel cattolicesimo australiano, specialmente nell'educazione, come uno strumento chiave di interpretazione dell'insegnamento della giustizia sociale della Chiesa.

Tuttavia, io trovo, parlando dell'intolleranza, qualcosa di allarmante perché per definizione essa non chiede molto a noi. La tolleranza non richiede alcun reale incontro di persone. Dice semplicemente: mi offrirò a voi facendo le vostre cose, fino a che ciò non interferisca con me con il fare le mie cose. Eppure vi stiamo presentando questo come un ideale per cui impegnarsi! Nella sua accezione australiana, la tolleranza è un'idea profondamente utilitarista, e per questa sola ragione dovremmo procedere con cautela.

La tolleranza parla di una cultura contraria a essere coinvolta nelle altre vite, nata forse da un desiderio di dominare. Ci viene insegnato a salire la scala sociale della vita non a scenderla: a essere in competizione, non a servizio. In un tale ambiente l'intolleranza può facilmente emergere in noi perché non siamo preparati ad ammettere la nostra interiore fragilità.

Il promotore dell'Arche, Jean Vanier, che ha vissuto molto tempo della sua vita in una comunità con persone malate mentalmente e fisicamente, recentemente ha scritto:

"Il mistero del debole e del malato è quello che suscita non solo la profonda sorgente

di amore e tenerezza in noi ma anche la durezza e l'oscurità"⁶.

Io trovo che le parole di Jean Vanier si confrontano e sono vere – forse lo trovate anche voi. Può emergere in me una profonda angoscia interiore quando sono di fronte alla vita e alle azioni di una persona che soffre di una malattia mentale. Una paura fuori luogo e spontanea può scaturire in me come un veleno: non voglio essere intrappolato nelle lotte di questa persona le cui vie sembrano a me strane. Smaschera la mia vulnerabilità e



insicurezza e allo stesso tempo la mia violenza interiore.

Jean Vanier chiarisce il suo punto di vista:

"Gesù ci chiama non solo ad accogliere il debole e il rifiutato... ma anche il debole e la persona malata che è dentro di noi".

Non siamo diversi dai Giosué di questo mondo: siamo semplicemente migliori nel controllare le nostre fragilità. Vanier ci ricorda che soccorrere il "forestiero" ("ero forestiero e mi avete ospitato" – Mt 25,35) è soccorrere noi come immagine di Dio.

Tuttavia, niente di tutto questo può essere raggiunto in un regime di tolleranza. Con la tolleranza la mia oscurità va incontestata quando io semplicemente permetto al forestiero di scivolare nel suo mondo. La tolleranza non indirizza in nessuna via significativa il desiderio distorto di dominare. Infatti, la tolleranza relega la dignità umana a una utilità. L'apparenza e il risultato diventano eminenti e le strutture

esterne sostituiscono l'impegno delle persone alle persone. Forse questo è perché c'è una tendenza in Australia a ritornare ai modi istituzionali di azione nell'indirizzare la salute mentale delle persone. Ovviamente la tolleranza non può fornire le basi su cui costruire una società che sostenga la dignità di tutte le persone. Infatti, io credo che viaggiamo su questa strada a nostro danno.

Dove poi possiamo trovare una struttura più sicura sulla quale costruire un comune impegno all'umana dignità delle

persone malate? Questo mi porta al punto finale della mia presentazione di oggi.

In tempi recenti, il concetto di "dono" è diventato discutibilmente la chiave interpretativa dell'insegnamento morale della Chiesa, con il dono di sé di Dio come un paradigma della vita morale.

Per esempio, nella sua enciclica del 1993, *Veritatis splendor*, Papa Giovanni Paolo II parla dell'amore come del principio e della fonte della vita morale, un amore che è pienamente testimoniato "dono sacrificale della vita di Gesù sulla Croce": un amore che è un dono "fino alla fine" (VS §20).

Il teologo morale Brian Johnstone ha fornito un utile analisi del "dono" che vorrei brevemente descrivere⁷. Una cosa è un dono solo se può essere sia dato che ricevuto. Presuppone la possibilità di una relazione tra il datore e il ricevitore – in altre parole, un senso di sé nella relazione con un altro. Inoltre, il vero atto del

donare insegna al ricevitore a dare a sua volta. Il vero atto del donare rende capaci gli altri di diventare ricevitori e a loro volta donatori e in questo modo le persone diventano pienamente se stesse in quel senso duale di “tutto di me” e “uno di noi”.

Ma non è solo l'atto del dare e ricevere che è importante qui: il dono stesso ha un significato morale. Una cosa può solo essere veramente un dono se può essere dato liberamente e ricevuto liberamente. Non tutti i modi di interazione umana, non tutte le cose scambiate rispettano questa libertà fondamentale. Ci sono alcune cose che il donatore non è libero di dare. Allo stesso modo non tutti i “doni” proteggono la libertà del destinatario. Per le strutture morali della giustizia è necessario assicurarsi che il dono, donatore e destinatario siano tutti in una coerente relazione giusta l'uno con l'altro.

Come la tolleranza, donare è veramente centrato sull'altro. Il donare dice: “Tu sei importante per me e in qualche modo io sono creato nel mio dare a te e tu nel ricevere ciò che io do come un dono”. Io veramente divento ciò che do – io do come un atto di me stesso e in questo darti, sono anche creato. Io noto qui particolarmente il dare e il ricevere della tua realtà corporea⁸. I nostri corpi non sono dei procedimenti di cui disporre, ma dei doni compresi nel puro atto del dare e del ricevere – e a volte tutto quello che dobbiamo dare o ricevere è il nostro corpo. Tale realtà risiede nel cuore dell'Eucaristia: “Questo è il mio corpo dato per voi... Fate questo in memoria di me”.

Io credo che questa comprensione del “dono” offra una solida base sulla quale costruire una struttura morale capace di sostenere fortemente la dignità di ciascuna persona. Con la tolleranza non c'è realmente nessun scambio di doni tra persone: preclude la possibilità di comunione tra persone. Tuttavia, coinvolgendo le strutture interne del “dono” la comunione può essere conseguita. Non posso pensare migliore immagine da prendere come esem-

pio dello straordinario intuito di S. Paolo che noi tutti siamo parte di un unico corpo: “Ora invece, Dio ha disposto le membra in modo distinto nel corpo come egli ha voluto... Anzi quelle membra del corpo che sembrano più deboli sono più necessarie; e quelle parti del corpo che riteniamo meno onorevoli le circondiamo di maggiore rispetto e quelle indecorose sono trattate con maggiore decenza, mentre quelle decenti non ne hanno bisogno. Ma Dio ha composto il corpo, conferendo maggior onore a ciò che ne mancava, perché non vi fosse disunione nel corpo, ma anzi le varie membra avessero cura le una delle altre” (1 Cor 12,18-25).

Chi pensava Paolo che fossero le parti più deboli, le meno onorevoli e quelle indecorose? Forse possiamo vedere qui coloro che soffrono di malattie mentali: così spesso essi sono nascosti, alienati, isolati. A questi Paolo dice: voi siete indispensabili, voi siete grandemente onorati; voi siete il dono necessario a ognuno di noi se dobbiamo completarci. E quando voi soffrite, anche noi soffriamo.

La presenza della malattia mentale nella vita umana può sembrare un paradosso. Queste persone, che noi a volte facciamo fatica a riconoscere come “una di noi”, ci obbligano a guardare più profondamente nelle nostre vite. Che cosa c'è nel cuore dell'essere una persona umana? Quale dignità deve essere sostenuta? Forse le risposte a queste domande verranno solo quando, come Dio, i sani mentalmente vedranno se stessi nel malato mentale e giungeranno ad amare il dono che ricevono.

Mentre stavo preparando questo discorso, ho provato a ricordarmi di coloro ai quali desideravo rivolgermi. Voi sarete sorpresi di apprendere che voi non siete la totalità del mio pubblico designato. Le idee che io ho presentato non sono interamente nuove ai professionisti sanitari che sono in prima linea nell'assistenza ai malati mentali. Né dovrebbero essere nuove a quella particolare gerarchia ecclesiale che ha la responsabilità di vivere il

Vangelo del povero, del malato e dei piccoli della società. E sono sicuro che buona parte di quello che ho detto è molto familiare a quelli di voi che o vivono con una malattia mentale o condividono la vita di una persona con una malattia mentale.

Spero che, attraverso voi, io possa mettermi in contatto con un pubblico più ampio, fatto di persone che nella loro vita di ogni giorno sono in contatto con individui e famiglie che vivono con malattie mentali e lottano per conoscere che cosa fare e come rispondere. Forse c'è qualcosa in ciò che ho detto che potrebbe essere utile a queste persone: forse qualcosa sull'essere una persona umana – il tutto di me e l'uno di noi; o forse qualcosa della comprensione di un dono; o meglio ancora, la storia dell'incontro tra Giosué e Gesù. Vorrei essere così audace di invitarvi a divenire inviati, messaggeri di speranza: “Va' nella tua casa, dai tuoi, annunzia loro ciò che il Signore ti ha fatto e la misericordia che ti ha usato” (Mc 5,19).

P. PETER COMENSOLI

Cancelliere, Diocesi di Wollongong
Australia

Note

¹ Per una esauriente presentazione della posizione adottata dallo scritto si veda: GLEESON G.P., *Being Human: A Reflection Paper Commissioned by the Australian Catholic Bishops Conference Committee for Doctrine and Morals* (Canberra: ACBC, 2004), e International Theological Commission, *Communio and Stewardship: Human Persons Created in the Image of God*, 2004 found at: http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/cti_index.htm

² GIOVANNI PAOLO II, *The Mentally Ill Are also Made in God's Image*, in *Dolentium Hominum*, 1997 (34); 1: 8.

³ WRIGHT N.T., *Jesus and the Victory of God*, London: SPCK, 1996, p. 194.

⁴ JOSEPH CARD. RATZINGER, *The likeness of God in the Human Being*, in *Dolentium Hominum*, 1997 (34); 1: 18.

⁵ *Ibid.*, p. 19.

⁶ VANIER J., *Befriending the Stranger* London: Darton, Longman e Todd, 2005, p.64.

⁷ JOHNSTONE B.V., *The Gift: Derida, Marion and Moral Theology*, *Studia Moralia*, 2004 (42); 2, and *Intrinsic Evil Acts*, *Studia Moralia*, 2005 (43); 2.

⁸ RADCLIFFE T., *How do Discover what we Believe*, *The Tablet* (28 January 2006), p. 12.

In quale direzione da qui?

DISCORSO DI MONS. DAVID CAPPO, 9 FEBBRAIO 2006

26

Siamo tutti venuti a questo importante evento internazionale per affermare la dignità umana di ogni persona; un eguale dignità umana data a ogni persona, fatta a immagine di Dio.

Siamo venuti anche per riconoscere che la natura umana è fragile e limitata e che ha bisogno dell'amore e della grazia di Dio. Noi vediamo un mondo malato e molto sofferente. Ci sforziamo come discepoli di Cristo di aiutare a stabilire il Suo Regno, un Regno di guarigione, un Regno che cerca la giustizia e la dignità per tutta l'umanità.

La fragilità della condizione umana vista nelle malattie mentali ha molte forme, alcune lievi e altre molto acute e molto debilitanti. Sua Santità Papa Benedetto XVI dice nel suo messaggio per la Giornata Mondiale del Malato che la malattia mentale nel mondo è "una reale e autentica emergenza socio sanitaria".

La chiave per superare questa emergenza è affrontare gli atteggiamenti negativi per la malattia mentale e provvedere appropriati servizi strategici per le persone che soffrono di malattie mentali.

Sappiamo che l'onere globale dei disordini mentali è sconcertante. I disordini neuropsichiatrici incidono sul 31 % della invalidità nel mondo – e influenzano le nazioni ricche e povere e similmente gli individui.

Come Sua Eminenza, il Cardinal Lozano Barragán ci ha informato, quando ci siamo radunati oggi qui, ci sono almeno 450 milioni di persone che sono coinvolte in disordini mentali o neurologici nel mondo. 121 milioni di persone soffrono di depressione, 24 milioni di schizofrenia e 50 milioni di epilessia. Ogni anno 873.000 persone commettono suicidio e tra i 10 e i 20 milioni lo tentano.

Per il nostro continente Oceania, questo rappresenta 7

milioni di persone che soffrono di uno o più disturbi mentali o neurologici (WHO: World Health Report, 2002).

Nel 1959, quasi 50 anni fa, l'Organizzazione Mondiale per la Salute avvertì che "gli sforzi per curare le malattie mentali come anche per le altre persone malate che possono essere guarite probabilmente rimarranno infruttuosi fino a che la paura irrazionale della 'pazzia' non sia stata vinta". Chiaramente, abbiamo ancora una lunga strada davanti a noi. In Australia, malgrado la nostra ricchezza economica e tecnologica, malgrado la nostra aura di raffinatezza, la discriminazione associata alle malattie mentali non se n'è mai andata. Sembra solo scomparire per un po', per poi riapparire quasi insidiosamente quando le circostanze e l'opportunità lo permettono. E, tristemente, il contesto attuale significa che dobbiamo lavorare anche più duramente per cambiare questi atteggiamenti. La documentazione storica di questa prima parte di XXI secolo in Australia si può ben definire come un periodo in cui la paura ha sfidato la coesione, la compassione e il buon senso di un paese costruito sui principi di un "procedere onestamente".

Su una nota più positiva, la documentazione è anche attendibile nel mostrare che quasi ironicamente molti dei nostri paesi vicini, Papua Nuova Guinea, Fiji, raccoglieranno enormi benefici dal *non* essere in grado di avere unità psichiatriche come sostegno principale dei loro sistemi di salute mentale. Nel mondo, e a causa del bisogno, i paesi in via di sviluppo hanno riconosciuto che i provvedimenti per le cure sanitarie mentali devono essere unificati, al centro locale sanitario, al dispensario, o a livello del presidio sanitario del villaggio. E la figura chiave in una tale impresa rischiosa è principalmente il lavoratore sanitario (un'infermiera di comunità o un simile professionista

sanitario) che lavora nelle esistenti strutture comunitarie locali e le risorse come gli insegnanti e i volontari scolastici. Capisco, per esempio, che nelle Fiji si è investito molto nell'educazione e che l'alto livello di partecipazione della comunità è accreditato come il più importante fattore singolo che spiega i progressi delle Fiji nello sviluppo dell'educazione sanitaria.

La maggioranza delle persone con disturbi mentali nell'Oceania è ancora inserita nella comunità e questo si risolve in una più ampia accettazione e permette un coinvolgimento comunitario nelle cure sanitarie mentali. Questo favorisce una forte associazione tra i professionisti e le famiglie, diversa da qualsiasi cosa che noi vediamo nel mondo sviluppato. Recentemente, il 12 Gennaio di questo anno, Sua Santità Benedetto XVI ha fatto una particolare menzione delle malattie mentali a un pubblico di amministratori civili e li ha richiamati a "non lasciare senza un adeguato aiuto le famiglie che spesso si trovano a fronteggiare situazioni difficili".

È anche chiaro che i paesi in via di sviluppo stanno riconoscendo l'importanza di incorporare le cure tradizionali nei loro sistemi. Questo crea l'essenziale ponte culturale sul quale noi stiamo ancora dibattendo in Australia per comprenderlo e incorporarlo nei servizi sanitari mentali per le nostre comunità indigene.

Questo è il materiale dei moderni piani nazionali e delle intuizioni in Australia che noi ora riconosciamo come la "pratica migliore", ma che stiamo ancora tentando di attuare. È vitale che noi riconosciamo questa integrazione come una immensa forza che ci sarà di utilità per il futuro.

D'altro canto, è importante che riconosciamo che la povertà sociale e psicologica sta crescendo in tutto il mondo. Nei paesi sviluppati questo è

visto come un effetto diretto del cambiamento sociale. Nei paesi in via di sviluppo, vi è una evidenza crescente che i più alti livelli di povertà possono essere collegati ai progetti di sviluppo pianificati che importano cambiamenti economici e tecnologici senza tener conto dell'impatto sociale e dell'effetto sulla psiche nazionale. È importante che tutti noi riconosciamo il potenziale pericolo e le opportunità per i paesi in via di sviluppo di evitare le "trappole" del mondo sviluppato.

Vorrei tornare ora a parlare delle sfide che inevitabilmente noi tutti affrontiamo riguardo a sistemi di politica efficace e alla progettazione dello sviluppo dei servizi nella salute mentale. In quale direzione da qui? Io vorrei focalizzarmi in particolare sulla costruzione di una "inclusione sociale" che si sta usando qui nel Sud dell'Australia e in altre parti del mondo.



La costruzione di una "inclusione sociale" inizia con il riconoscimento che i problemi come la salute degli indigenti, i senza tetto, gli indici dei crimini e la povertà sono collegati nelle loro cause. Perciò le risposte e le soluzioni a queste cause devono essere concatenate e focalizzate su chiari risultati.

In una struttura di "inclusione sociale", ci sono tre problemi chiave che hanno bisogno di essere indirizzati.

In primo luogo, il grado in cui la salute mentale è separata,

spesso esclusa, dai principali programmi di riforma per la salute fisica. C'è una comprensione crescente della stretta interrelazione tra la salute mentale e la salute fisica. Studi in Australia hanno mostrato che poco meno della metà di coloro che soffrono di disturbi mentali hanno disturbi fisici cronici. Molte persone con disturbi affettivi non diagnosticati presentano sintomi psicosomatici. Il giudizio che la salute mentale è trattata come una malattia acuta potrebbe separare quelle persone dalla significativa corrente principale di pensiero sulle riforme del sistema per malattie croniche che sono ora lo stadio centrale nei paesi sviluppati.

Secondariamente, abbiamo bisogno di focalizzarci sui servizi per bambini e i giovani e il grado in cui questi sono ancora separati dagli sviluppi nelle cure generali, particolarmente nei primi anni di vita. Il problema dei bambini che vivono con genitori con malattie mentali sta solo ora iniziando a entrare nell'agenda politica in Australia. In tutta l'Australia e in altri paesi molti giovani sono il principale sostegno di un genitore con malattie mentali o fisiche. Questo è ampiamente misconosciuto dalla nostra politica e dai nostri servizi e significa che molte famiglie vivono in grande tensione e hanno una quantità inadeguata di servizi sociali.

Terzo: c'è un'evidenza che la gente con malattie mentali serie probabilmente ha la peggiore conseguenza sociale. Perfino per persone con problemi comuni di salute mentale c'è un reale rischio di esclusione sociale, di allontanamento e una mancanza di legami con la comunità. Dobbiamo non solo migliorare l'accesso alle strutture e ai servizi di sostegno, ma anche accertare se i pazienti con malattie mentali hanno servizi efficaci attraverso le strutture esistenti e i programmi di assistenza sociale. Capisco che molti professionisti nel sistema della salute mentale spesso abbiano poche aspettative su quello che le persone con problemi di salute mentale possono conseguire sia per quanto riguarda un impiego o nel contri-

buto alla società e questo probabilmente è riflesso nella gestione e nella pianificazione del loro caso.

Le parole di Papa Giovanni Paolo II sulla dignità del lavoro mi risuonano nelle orecchie mentre io rifletto su questo problema. Nella sua enciclica *Laborum Exercens* (1981) il Santo Padre disse:

"Il Lavoro è una buona cosa per l'uomo – una buona cosa per la sua umanità – perché attraverso il lavoro l'uomo *non solo trasforma la natura*, adattandola alle sue necessità, ma anche *ottiene un appagamento* come essere umano e davvero, in un senso diventa 'più di un essere umano'".

Credo che la mancanza di una attività significativa nelle vite di molte persone con malattie mentali e il fatto che molti trascorrono la maggior parte del loro tempo soli rappresentano una delle più profonde e inaccettabili esclusioni sociali. È una questione alla quale insieme dobbiamo rivolgere il nostro impegno.

Sostenere questi tre temi chiave comporta una serie di sforzi che sono fastidiosamente comuni per le giurisdizioni Australiane e certamente internazionali. Nel suo discorso, il Professor Ian Hickie ci ha dato una preziosa visione dall'interno del sistema sanitario mentale in Australia.

Indubbiamente, nell'allontanarci da una forma di istituzionalizzazione per persone con malattie mentali, si creano nuove istituzioni. Ci sono le nostre prigioni e centri di carcerazione preventiva, i nostri ricoveri per i senzatetto, i nostri ostelli e pensioni. Il movimento di persone malate mentalmente nel nostro sistema delle carceri è allarmante e ha bisogno di grande attenzione.

Inoltre, una delle più importanti battaglie che affrontiamo con le malattie mentali è assicurarsi che la gente abbia una migliore comprensione delle scelte per le cure, particolarmente per la depressione. Le soluzioni sono basate su una solida evidenza scientifica e sono ora disponibili perché sappiamo più cose sul funzionamento del cervello e sul suo comportamento.

Il lavoro dell'organizzazione *Beyondblue* e dell'ispiratore guida On. Jeff Kennett, precedente premier di Victoria, non può non essere riconosciuto in questo contesto. È stato meraviglioso sentire parlare Gary MacDonald sul lavoro dell'organizzazione e sulle sue esperienze con la depressione.

E abbiamo bisogno di rispondere alla demoralizzazione che affligge la forza-lavoro nei nostri sistemi per il servizio di salute mentale. Si estende oltre i servizi individuali, le regioni o gli Stati, e crea un livello di angoscia psicologica per il personale che è continuamente accresciuto dall'incapacità a provvedere servizi appropriati efficaci e sicuri per le persone con le quali sono profondamente coinvolti. Dobbiamo comprendere in Australia che ogni giorno in cui non prestiamo attenzione ai fallimenti del sistema è un altro giorno dove noi intacchiamo la capacità di sopportazione e l'amor proprio delle persone coinvolte che lavorano duramente e che lottano per mantenere efficiente un sistema antiquato.

Come ci ricorda Anne Deveson nella sua presentazione odierna e con il suo lavoro su ciò che rende capaci alcuni individui e alcune comunità di sovrastare le avversità e ancora trovare speranza e significato, la capacità di reagire è data dall'aggregazione.

Noi affrontiamo probabilmente la nostra più significativa sfida nel riformare il nostro sistema di salute mentale, poiché vediamo il professionale "speranza e significato" che tiene legati i nostri professionisti al campo che hanno scelto che si sgretola sempre più.

A questo riguardo devo riconoscere quanto sia prezioso essere capaci di imparare dall'esperienza sul campo della nostra vicina Nuova Zelanda, un paese riconosciuto in tutto il mondo per creare riforme per iscritto e attuare quelle riforme sul campo.

Chiaramente, i Governi dello Stato e Federale hanno un importante ruolo di guida nella distribuzione dei servizi di salute mentale e nella loro riforma. Devono anche riconoscere che le agenzie non governative

avranno un ruolo chiave nel provvedere adeguatamente servizi alle comunità per i sofferenti di malattie mentali e a loro volta hanno anche un ruolo di guida.

La Chiesa Cattolica come leader internazionale in molte cause umanitarie ha anche un ruolo di guida nella salute mentale. Come il Cardinale Barragán ha sottolineato, la Chiesa ha già adempiuto il suo ruolo in molte parti del mondo. E nel fare questo insiste su una comprensione olistica della psiche e nel profondo rispetto per la dignità umana delle persone con una malattia mentale.

Nel suo discorso sui disturbi della mente umana, l'allora Cardinale Joseph Ratzinger ci ricordava che "uno dei nostri compiti come Cristiani per i nostri fratelli e sorelle che soffrono di malattie mentali è assicurare che la loro umanità, la loro dignità e la loro vocazione come creature ad immagine e somiglianza di Dio siano pienamente riconosciute, rispettate e promosse".

Considerando questo come nostro compito e basandolo sugli orientamenti per interventi pratici suggeriti dal Cardinale Barragán, io vorrei presentare una sfida alla nostra salute Cattolica e alle rappresentanze di salute pubblica in Australia.

Abbiamo l'opportunità di fare la differenza attraverso i servizi di assistenza pastorale che le nostre organizzazioni parrocchiali forniscono alle persone socialmente svantaggiate.

Abbiamo l'opportunità di assicurare che le persone con malattie mentali siano assistite con i nostri servizi di sanità pubblici, assicurando il sostegno per la riabilitazione. Per esempio, fornendo l'accesso al lavoro attraverso i servizi per le assunzioni forniti dalle agenzie parrocchiali.

E abbiamo l'opportunità di integrare molti dei nostri servizi di salute pubblica esistenti per fornire servizi olistici e rispettosi delle persone con malattie mentali.

Cogliamo queste opportunità!

Comprendo il profondo impegno con cui l'amministrazione e il personale portano avanti ogni giorno il lavoro di soste-

gno e di assistenza per coloro che sono nel bisogno, particolarmente nel contesto di un alto livello di domanda e con mezzi limitati.

Tuttavia, di fronte a questa domanda dobbiamo focalizzarci sulla dignità delle persone che sperimentano malattie mentali e sulla reale e autentica emergenza di salute sociale a cui il Santo Padre si è riferito.

In conclusione, vorrei che voi consideraste le aspirazioni di una giovane donna con una invalidità psichiatrica che fu una consulente americana sulle malattie mentali. Lei disse:

"Vorrei che la mia salute psichiatrica necessiti di far parte di tutti i miei bisogni di salute, i miei servizi psichiatrici fossero forniti in ambienti sanitari naturali e il linguaggio dell'invalidità psichiatrica fosse il linguaggio di ogni invalidità sanitaria. Quando sono isolata e ignorata a causa della mia invalidità psichiatrica, quando sono ingiustamente emarginata e i miei diritti trascurati, questo è pregiudizio; questo è discriminazione. Chiamandolo con una parola usata solo per le malattie mentali ["stigma"] permette alle persone di separare ciò che è sbagliato dalle altre ingiustizie sociali".

Questa Giornata Mondiale del Malato 2006 tenutasi qui ad Adelaide ha la capacità di dare un chiaro messaggio pastorale agli artefici delle politiche nell'area della salute mentale come anche per coloro che operano nei servizi. Tu devi essere onorato e sostenuto nel tuo lavoro. Tu non sei solo. Molti vedono i problemi che tu vedi e ci stiamo focalizzando per dare maggior energia ai tuoi bisogni, ai tuoi urgenti bisogni.

E alle così tante persone che soffrono di malattie mentali, dichiariamo il nostro chiaro impegno nel riconoscere e affermare la loro dignità umana e nell'assisterli, fornendo loro servizi dignitosi e integrati per il loro benessere e per il benessere della comunità.

Grazie per la vostra cortese attenzione.

Mons. DAVID CAPPO
Vicario Generale
Arcidiocesi di Adelaide
Australia

La Pastorale della Salute nella Chiesa

10 FEBBRAIO 2006

Uno dei compiti più importanti del Pontificio Consiglio della Pastorale della Salute è quello di dare orientamenti sulla Pastorale della Salute. L'obiettivo di questo studio è quello di rispondere alla domanda: cosa si intende per Pastorale della Salute?

Dopo una considerazione preliminare su ciò che essa è, ci soffermeremo su tre punti, e cioè: quale è la situazione attuale della Pastorale della Salute nel mondo, punti positivi e negativi; cosa è la Pastorale della Salute, proposta evangelica e pontificia, e l'elaborazione di dette proposte da parte del Dicastero; infine, cosa si deve fare in questo campo, quali sono le sfide, le proposte, le strade da percorrere e le risposte.

Partendo da quest'ottica, offriremo alcune linee che riteniamo importanti per poter organizzare o complementare l'organizzazione della Pastorale della Salute nella Chiesa cattolica. I livelli potranno essere diversi, ma non lo sarà il contenuto, perché sarà semplicemente la Pastorale della Salute. Si potranno dedurre suggerimenti per la sua organizzazione o integrazione a livello di Conferenze Episcopali, di Diocesi, di parrocchie e anche da parte degli Ordini e Congregazioni religiose che, in collaborazione con i Vescovi, operano nel campo della pastorale sanitaria in tutto il mondo.

NOTA PRELIMINARE

1. Punti evangelici di partenza

È ovvio che è nella Parola di Dio che dobbiamo cercare una risposta globale su cosa sia la Pastorale della Salute. Il Signore, infatti, è Colui che ci dice cosa essa è. Tutto ciò su cui poi rifletteremo dovrà essere uno sviluppo di quanto Egli ci dice.

In generale, possiamo affermare che la comprensione primaria di tutta la pastorale ci viene offerta dal capitolo 10 del Vangelo di Giovanni, in cui Cristo ci dice che Egli è il Buon Pastore (Gv 10,1-21). Sinteticamente, si potrebbe affermare che egli insiste su tre aspetti fondamentali: parla alle sue pecorelle, che ascoltano la sua voce; alimenta il suo gregge, fino a dare la vita per lui; e lo riunisce nel recinto in cui tutte devono convergere e dove le difende dai lupi.

Per comprendere cosa ha a che vedere la Chiesa con la salute, richiamiamo alla mente le missioni dei discepoli e degli apostoli. Nel capitolo 10 di

voce di Cristo, alimentandoli fino a dare la vita per loro, riunendoli nel recinto di Cristo e difendendoli dai lupi.

I. SITUAZIONE ATTUALE

La prima domanda che ci poniamo ora riguarda la situazione attuale della Pastorale della Salute nella Chiesa.

Iniziando da una visione statistica, diremo che in tutto il mondo esistono 109.363 centri sanitari della Chiesa cattolica: ricoveri, dispensari, orfanotrofi, centri di riadattamento e riabilitazione, centri materno-infantili, ecc. Di questi, 5.236 sono ospedali propriamente



Luca, i discepoli sono inviati a curare le infermità (Lc 10,9), e nel capitolo 16 di Marco Cristo dice ai suoi apostoli, quando li invia definitivamente, di curare gli infermi (Mc 16,18).

Se ora vogliamo riunire questi due concetti – Pastorale e Salute – e vedere come poter realizzare una Pastorale della Salute, uniamo il capitolo 10 di Giovanni a quello 16 di Marco (e il 10 di Luca). Leggendo contemporaneamente, otteniamo che la Pastorale della Salute consiste nel curare i malati facendo sentire loro la

voce di Cristo. Molti di questi centri sono di tipo parrocchiale, altri diocesani e nazionali; sono diretti dalle diocesi, da Ordini e Congregazioni religiose o da Associazioni caritative.

Da notare che in quasi tutte le Conferenze Episcopali esiste un Dipartimento di Pastorale della Salute sotto la direzione di un Vescovo eletto *ad hoc* dalla stessa Conferenza Episcopale.

Esistono, poi, numerose altre Associazioni dedite a questa Pastorale: cappellani, religiosi e religiose, medici, infer-

mieri/e, farmacisti, volontari, raggruppamenti di ospedali, che tengono vari contatti con le autorità sanitarie, sia a livello mondiale sia a quello nazionale e diocesano.

1. Punti positivi

Tutto quanto precede è positivo, però segnaliamo in special modo la presenza dei Vescovi incaricati della Pastorale della Salute in ogni Conferenza Episcopale, l'efficacia delle Associazioni internazionali di medici e infermieri/e cattolici, l'inizio dell'unione degli ospedali esistenti nella Chiesa cattolica, l'aggregazione dei cappellani di ospedale e l'interesse di molte Conferenze Episcopali a questa Pastorale, dimostrata dai loro Vescovi durante la *visita ad limina* a questo Pontificio Consiglio.

2. Punti negativi

Un primo punto negativo che osserviamo nella pastorale sanitaria è causato dal secolarismo. In questo contesto il dolore, la sofferenza e la morte vengono nascosti o presentati in maniera distorta. Molte volte si comincia a introdurre un'idea falsa della virtù della carità e la si vuole presentare come mera filantropia, per poter essere meglio accettati nel mondo attuale. La Pastorale della Salute acquista spesso connotazioni di dolore perdendo l'accento essenziale che la deve caratterizzare, e cioè la fede nella Resurrezione. Quando mancano la fede e la carità, è logico che venga meno la virtù della speranza, e allora la Pastorale della Salute, invece di celebrare la vittoria di Cristo sul dolore e sulla morte, si inquadra solo nella beneficenza e nella compassione.

Un altro punto negativo è rappresentato dalla carenza di operatori pastorali, che vanno sempre più diminuendo, almeno per ciò che riguarda il personale religioso. Ci sono state Congregazioni religiose che hanno dovuto infatti vendere alcuni ospedali proprio perché non hanno nessuno che se ne

occupi. Inoltre, sono sorti numerosi problemi tanto di carattere economico quanto scientifico, tecnico e politico, a causa delle esigenze attuali della medicina e degli atteggiamenti di vari Governi.

II. COSA È LA PASTORALE DELLA SALUTE?

Proposta evangelica

Approfondendo la risposta alla domanda che si proponeva nella nota preliminare, consideriamo ora sinteticamente quattro punti: la visione generale delle guarigioni realizzate da Cristo; l'enumerazione degli elementi basilari che ne risultano per realizzare una Pastorale della Salute secondo i Vangeli; il percorso evangelico che si può delineare a partire da questi elementi per realizzare detta Pastorale, e la sintesi di questo cammino nella figura plastica del Buon Samaritano.

1. Visione generale delle guarigioni nei Vangeli

Nel Vangelo di Marco troviamo i seguenti miracoli: guarigione della suocera di San Pietro, guarigione del paralitico calato dal tetto, resurrezione della figlia di Giairo, guarigione della emorroissa, del sordomuto, del cieco di Betsaida e di un lebbroso.

In San Matteo si narrano le guarigioni del servo del centurione, dei due ciechi, del sordomuto e dei due ciechi di Gerico.

In San Luca leggiamo della resurrezione del figlio della vedova di Naím, della guarigione della gobba nella sinagoga, dell'idropico e di dieci lebbrosi.

San Giovanni ci presenta la guarigione del figlio del centurione, del paralitico di Betsaida, di un cieco e la resurrezione di Lazzaro.

In totale i Vangeli ci narrano ventuno miracoli. È evidente che, specialmente da parte dei sinottici, spesso più di un evangelista si riferisce allo stesso miracolo¹.

2. Elementi fondamentali per la Pastorale della Salute nei Vangeli

Riflettendo su queste narrazioni, possiamo individuare i seguenti elementi che, essendo stati sviluppati da Cristo nella guarigione degli infermi, dovranno essere sempre presenti in una Pastorale della Salute secondo i Vangeli. Essi sono: toccare Dio, vedere Dio, sentire Dio, la resurrezione, la salvezza, la vita, le virtù teologali della fede, della speranza e della carità, la preghiera, la lode, il ringraziamento, l'amicizia, la compassione, il perdono, l'identificazione personale del malato, la delicatezza. In totale, sono quindici gli aspetti emergenti che troviamo nel procedere di Cristo nel curare gli ammalati e che dovranno rappresentare la direzione che dovrà prendere il percorso evangelico della Pastorale della Salute.

3. Percorso evangelico per la Pastorale della Salute

Se, sulla base degli elementi precedenti, vogliamo delineare ora il percorso che deve seguire la Pastorale della Salute per seguire le orme di Cristo Buon Pastore nel curare gli ammalati, potremmo dire che esso consiste nel realizzare il contatto vitale tra il mondo della salute e Cristo, mostrandone la presenza salvifica come fonte d'amore e dominio della vita. In questa Pastorale della Salute è necessario ascoltare e vedere Dio nella piena speranza della resurrezione. Si deve essere assolutamente amichevoli e delicati, identificandosi con ogni malato; essere compassionevoli, perdonando ed eliminando qualsiasi forma di alienazione e facendo in modo che tutta la Pastorale della Salute converga nella Resurrezione del Signore e nella propria. Per percorrere questo cammino si devono vivificare le tre virtù della fede, della speranza e della carità, approfondendole con la preghiera di supplica, gloria e ringraziamento al Signore.

4. Sintesi pratica della proposta evangelica

La sintesi pratica sta in Cristo stesso presente nella parabola del Buon Samaritano (emblema del nostro Dicastero).

In questa parabola si sottolineano i seguenti otto elementi: il Buon Samaritano è consapevole della realtà: vede il ferito; ne ha compassione: si commuove, lo cura, gli versa olio e vino sulle ferite; condivide con lui i suoi beni: pone il ferito sul suo cavallo; ricorre a gente competente: lo consegna al locandiere; spende i suoi soldi: gli dà due denari; è generoso, senza limiti: se qualcosa manca...; verifica i risultati: al mio ritorno...

Proposta pontificia

Come legge il Magistero della Chiesa la proposta evangelica sulla Pastorale della Salute?

Per quanto riguarda il Concilio Vaticano II e il Servo di Dio Giovanni Paolo II, la risposta la troviamo in special modo in sei documenti: *Gaudium et Spes*, *Dolentium Hominum*, *Pastor Bonus*, *Salvifici Doloris*, *Messaggio del 2000 (Messaggio per la Giornata Mondiale del Malato, nell'Anno Giubilare)*, e *Novo Millennio Ineunte*². In questi testi, Giovanni Paolo II fissa i compiti da svolgere nella Pastorale della Salute e pertanto nel Dicastero pontificio preposto a questa Pastorale. Ciò vale anche per le Chiese particolari.

Quattro sono le proposte di Giovanni Paolo II, e cioè: orientare sulla salute: sul dolore, la malattia, la sofferenza, la morte, la vita; unire i professionisti della salute: Vescovi, cappellani, medici, infermieri/e, farmacisti, amministratori dei centri sanitari, volontari, ecc.; entrare in contatto: con le Chiese particolari, con le Organizzazioni internazionali, regionali, nazionali e locali della salute; aggiornarsi in materia della problematica relativa a questo ambito: aggiornamento scientifico e tecnico e aggiornamento giuridico e politico.

Da parte sua, Sua Santità Benedetto XVI, nel discorso ai partecipanti alla XX Conferen-

za Internazionale organizzata dal Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute sul genoma umano (19 novembre 2005), assegna a detta pastorale i seguenti compiti: rinnovare e approfondire la proposta pastorale nella cura della salute, che tenga conto della aumentata mole di conoscenze diffuse dai media nella società e del più alto livello di istruzione delle persone cui ci si rivolge; formare le coscienze in modo profondo e chiaro rispetto alle applicazioni genetiche per assicurare che ogni nuova scoperta scientifica serva al bene integrale della persona, nel costante rispetto della sua dignità; avere consulenti formati e competenti; come compito indispensabile per rinno-



vare la Pastorale della Salute si deve adeguare la formazione dei pastori e degli educatori, per renderli capaci di assumere le proprie responsabilità in coerenza con la propria fede e, insieme, avere un dialogo rispettoso e leale con i non credenti; garantire una risposta pronta alle aspettative di aiuto effettivo di ogni individuo; studiare la metodologia appropriata per portare aiuto alle persone, alle famiglie e alla società per assicurare una incisiva presenza della Chiesa al livello pastorale sanitario che coniughi fedeltà e dialogo, approfondimento teologico e capacità di mediazione.

Se vogliamo organizzare le proposte pontificie sul significato di Pastorale della Salute, e che vediamo nella nota preliminare, queste si dovrebbero

ordinare secondo le tre caratteristiche menzionate: ascoltare, alimentare, unire. Tali caratteristiche sono il fondamento dei tre ministeri esistenti nella Chiesa: della Parola, della Santificazione e della Comunione. In questa ottica, organizziamo ora l'insegnamento pontificio secondo i tre ministeri nella Chiesa.

1. Parola

Magistero della Chiesa su questioni fondamentali come la vita, la morte, il dolore, la malattia, l'angoscia, ecc. Il Santo Padre nota che nel nucleo dell'insegnamento sulla Pastorale della Salute si trova Cristo che soffre in colui che soffre: la nostra sofferenza è la sua sofferenza e si trasforma così nella gioia della resurrezione. Di conseguenza, la salute appare come una tensione verso l'armonia che si intende e si vive per mezzo dell'amore dello Spirito Santo, giacché esso è l'unico che possa unirci così con Cristo.

Nella Pastorale della Salute dovrà quindi essere molto importante la formazione e lo studio approfondito dell'essenza della condizione umana. La formazione etico-religiosa è indispensabile in questo ambito, tanto nei seminari, quanto nelle università cattoliche e anche nella stessa catechesi fondamentale. Si deve altresì studiare a fondo la realtà dei sistemi sanitari e i loro orientamenti nei diversi Stati, prestando attenzione in concreto alle loro proposte nei diversi programmi di salute che propongono e realizzano.

Sempre in materia di Pastorale della Salute, è di estrema importanza collocarsi nei nuovi ambiti e, di conseguenza, stare al passo con le novità scientifiche e tecniche, nonché legali, su scala locale, nazionale e mondiale.

2. Santificazione

La Pastorale della Salute comporta la sollecitudine della Chiesa per il malato e per il sofferente ed esige, altresì, un'attenzione particolare per

gli operatori sanitari. Essa deve partire sempre dal Volto di Cristo, doloroso e gioioso allo stesso tempo; deve realizzare la Redenzione che Cristo ci ha portato, nella malattia e nella stessa morte. La programmazione pastorale deve avvenire nel cammino di santificazione nella Pastorale della Salute, partire poi dalla santità di vita, dalla preghiera, dall'Eucaristia, dalla Penitenza, dalla Grazia e dalla Parola di Dio per farci convergere, infine, nella Comunione trinitaria.

3. Comunione

Per realizzare la comunione nella Pastorale della Salute occorre organizzarla con intelligenza, coordinare le Associazioni degli Operatori Sanitari, mantenere contatti con le Chiese particolari e con le Organizzazioni sanitarie locali, nazionali e internazionali, cattoliche e non.

Sintesi operativa

Se vogliamo riassumere la proposta pontificia per la Pastorale della Salute, possiamo dire che il compito è quello di manifestare la sollecitudine della Chiesa per il malato e il sofferente, mediante la dottrina, il coordinamento, i contatti e la ricerca.

ELABORAZIONE DELLA PROPOSTA PONTIFICIA DA PARTE DEL DICASTERO DELLA PASTORALE DELLA SALUTE

Sulla base della proposta evangelica che il Santo Padre ha interpretato nella forma esposta, il Pontificio Consiglio della Pastorale della Salute propone un obiettivo generale e tre obiettivi specifici.

Obiettivo generale

L'obiettivo generale è il seguente: mostrare il Volto di Cristo, dolente e gioioso, secondo la Lettera Apostolica *Novo Millenio Ineunte*, per illuminare con il Vangelo il mondo della salute, della malattia e della sofferenza; santifi-

care il malato e l'operatore sanitario, e coordinare la Pastorale della Salute nella Chiesa.

Proponiamo questo obiettivo generale sulla base della Lettera Apostolica *Novo Millenio Ineunte*, in cui si invita tutta la Chiesa a programmare la sua azione pastorale avendo come punto di partenza il Volto di Cristo dolente e gioioso. Il Papa spiega tale paradosso – dolente e gioioso – dicendo come Cristo sulla croce, nonostante la massima sofferenza e dolore, non smettesse di essere Dio.



Dio e uomo nel mistero della morte di croce. Questo paradosso significò la resurrezione. Pertanto l'obiettivo della Pastorale della Salute deve essere quello di evangelizzare il dolore, la sofferenza e la morte, dalla morte e resurrezione di Cristo.

Obiettivi specifici

Ordiniamo gli obiettivi specifici secondo l'organizzazione fatta dalla proposta pontificia, cioè a partire dai tre ministeri nella Chiesa, della Parola, della Santificazione e della Comunione.

Obiettivo della Parola

Illuminare con il Vangelo il mondo della salute, della malattia e della morte per dare la testimonianza della resurrezione.

In questo obiettivo accentuiamo in special modo la virtù della Speranza, per rispondere alla problematica causata dal secolarismo immanente. Non restiamo in una trascendenza di tipo mistico, bensì nella trascendenza rivelata da Cristo nella sua morte e resurrezione.

Obiettivo della santificazione

Santificare il malato e l'operatore di Pastorale della Salute, per unirsi alla morte e alla resurrezione di Cristo.

Secondo, in particolare, ciò che insegna il Santo Padre nella *Salvifici Doloris*, il nostro obiettivo è quello di evangelizzare il mondo della malattia e della salute, sostituendo ciò che manca alla passione di Cristo, in quanto solo così è possibile rispondere all'assurdo della morte e al suo corteo di dolore e malattie.

Tale obiettivo è principalmente un obiettivo di preghiera in cui chiediamo a Cristo di assumere la nostra morte, la nostra sofferenza e i nostri dolori nella sua passione e morte, dandoci così l'unica salute vera e possibile. È ovvio come, a partire da questo obiettivo, si veda che la salute non consiste propriamente nel benessere, bensì nella felicità che si ottiene proprio quando si cammina verso l'armonia che è la vita, per l'unico cammino che esiste, che è quello di accettare la

croce e vivere nel Cristo crocifisso. Questa vita è possibile quando Cristo la concede, cioè quando Egli assume nella sua morte la nostra morte e nella sua totalità il male nel mondo. È il concetto di Cristo che viene a togliere il peccato dal mondo. L'attore di questa unione è lo Spirito Santo. Pertanto, l'obiettivo della Pastorale della Salute è quello di suscitare la preghiera affinché lo Spirito Santo realizzi in noi la salute, unendoci con Cristo morto e risorto.

Obiettivo della comunione

Coordinare la Pastorale della Salute per realizzare la comunione ecclesiale.

Nostro compito nella Pastorale della Salute è la solidarietà. L'unico recinto di cui ci parla Cristo quando si presenta come il Buon Pastore (Gv 10), lo ha costruito a sua immagine nella Santissima Trinità, ove la vita è l'armonia suprema nella reciproca e infinita donazione. Si ottiene così l'unione di tutti nella Pastorale della Salute. Si deve realizzare una donazione reciproca e amorosa per realizzare effettivamente una Pastorale della Salute che ci porti vita in abbondanza.

Cristo costruisce così il suo Corpo che è la Chiesa, in cui ciascuno, secondo la misura della propria donazione, riceve lo Spirito, per realizzare la propria missione e in questo modo "vivendo secondo la verità nella carità, cerchiamo di crescere in ogni cosa verso di lui, che è il capo, Cristo, dal quale tutto il corpo, ben compaginato e connesso, mediante la collaborazione di ogni giuntura, secondo l'energia propria di ogni membro, riceve forza per crescere in modo da edificare se stesso nella carità" (Ef 4,15-16). È questa la maniera di realizzare, nella Pastorale della Salute, l'unione di tutti gli operatori pastorali tra di loro e con Cristo morto e risorto.

III. COSA BISOGNA FARE?

Per la realizzazione di questa Pastorale menziono di seguito

quattro punti: sfide, proposte generali, vie e risposte.

1. Sfide

Una delle sfide che dobbiamo affrontare è quella di unificare la Pastorale della Salute nella Chiesa. Essa è in via di realizzazione, anzi è sempre stata realizzata, ma ora ciò che serve è aumentarne il coordinamento a tutti i livelli: mondiale, nazionale, diocesano e parrocchiale.

Un'altra sfida è promuoverla. Si ha l'impressione che, in alcune parti, questa pastorale, che prima era una delle priorità, comincia a essere dimenticata, tanto che spesso è assente dalle programmazioni pastorali. Forse qui incappiamo nel problema del secolarismo menzionato al principio.

La terza sfida è orientarla. Come abbiamo già detto, non si tratta di una mera filantropia, di un senso solidale di compassione per l'umanità inferma e sofferente, o di un semplice dovere sociale verso i poveri e coloro che mancano di protezione. La sfida è annunciarla secondo l'obiettivo della Parola a cui ci riferiamo. È la proclamazione della resurrezione del Signore. Ciò vuol dire che abbiamo le risposte per i problemi più profondi dell'umanità, cioè di fronte alla morte. Oggi si suole dire che vale più un silenzioso rispetto di accompagnamento delicato di fronte a situazioni insopportabili. Questo modo di parlare sta a significare una mancanza di fede. Sì, abbiamo le risposte, anzi abbiamo la risposta che Cristo è morto e risorto.

2. Proposte generali

Tali proposte riguardano in particolare la prima sfida di coordinamento, alle altre ci riferiremo più avanti.

Proponiamo di organizzare la Pastorale della Salute in ogni Paese. Essere in comunicazione con il Pontificio Consiglio della Pastorale della Salute. Avere un coordinamento diocesano e regionale e anche a livello nazionale.

3. Vie

Segnaliamo quattro vie per camminare nella Pastorale della Salute. La prima è orientare su ciò che sono la salute e la sofferenza, sui problemi dei tempi in cui viviamo in materia di Pastorale della Salute, cioè sui complessi problemi di bioetica, di globalizzazione e salute, dell'economia, di politica e salute, ecc. La seconda è la collaborazione con i diversi operatori sanitari, come medici, infermieri, farmacisti, volontari, amministratori di ospedali, comitati di bioetica, ecc. La terza è promuovere i Santuari a cui molta gente accorre anche per implorare la salute, le facoltà cattoliche di medicina, le scuole per infermieri, le organizzazioni sanitarie, cattoliche o non cattoliche, pubbliche o private. La quarta via riguarda l'accompagnamento in materia di diritto alle cure sanitarie, di aggiornamento in scienza e tecnologia, cioè nella biogenetica, in materia di socializzazione o riprivatizzazione della medicina, e in materia delle malattie emergenti, come ad esempio l'AIDS e la droga, o che sono ricomparse come le altre malattie sessualmente trasmissibili, la tubercolosi e la malaria.

4. Risposte

Camminando in questo modo troviamo risposte da dare a chi vuole lavorare nel campo della Pastorale della Salute. Ma possiamo essere ancor più completi e segnalare campi di lavoro in ciascuno dei ministeri ecclesiali nel campo di questa pastorale.

Per quanto riguarda la Parola, dobbiamo fare una teologia solida e profonda sulla Pastorale della Salute, dobbiamo essere più vicini alle facoltà cattoliche di medicina, pubblicare e incoraggiare la pubblicazione di lavori che diano orientamenti nei campi di maggiore bisogno che ci pongono le problematiche attuali. È necessaria una Guida pastorale per gli operatori sanitari. Dobbiamo promuovere, organizzare e dirigere congressi, conferenze, ricerche in tutti i campi, e parti-

colarmente in quello della bioetica.

In quanto alla Santificazione, dobbiamo dare maggiore vitalità all'amministrazione del Sacramento dell'Unzione dei Malati, al Battesimo nei casi di emergenza, specialmente negli ospedali pediatrici, al Viatico, all'amministrazione del Sacramento della Penitenza e, quando necessario, al Matrimonio. Dobbiamo implementare i diversi rituali di Pastorale della Salute esistenti affinché siano disponibili per quanti ne hanno bisogno. È necessario incoraggiare le celebrazioni liturgiche per malati e per quanti si occupano della salute. Occorre esortare alla preghiera, in particolare la preghiera dei malati. Si privilegia, secondo i desideri del Santo Padre, la recita del Santo Rosario. Esiste l'Unione dei malati missionari, che offrono la loro sofferenza come preghiera per la diffusione del Regno di Dio.

In quanto alla Comunione, occorre incoraggiare le associazioni unione di malati, quella dei cappellani dedicati alla Pastorale della Salute, quella dei medici cattolici, delle infermiere cattoliche, dei farmacisti, degli amministratori di ospedali, dei volontari nella Pastorale della Salute. È molto importante, altresì, l'unione di ospedali cattolici.

Occorre privilegiare la celebrazione della Giornata Mondiale del Malato che si celebra ogni anno in un determinato continente, ma che si rivolge a

tutto il mondo. Occorre intensificare l'orientamento in questi campi mediante i mezzi di comunicazione sociale, far conoscere le statistiche per il nostro reciproco appoggio, usare Internet, conoscere le diverse pagine esistenti sul web, fare le connessioni pertinenti, usare più adeguatamente la stampa, la radio e la TV.

Dobbiamo curare in special modo quanti sono affetti dalle malattie sopra menzionate: droga, AIDS, tubercolosi, malaria; dalle malattie croniche che colpiscono la terza età, occuparci dei malati di cancro e di altri tipi di tumori, occorre incoraggiare le cure palliative, la corretta donazione degli organi, ecc.

CONCLUSIONI

Come conclusione di quanto esposto, possiamo dire che la Pastorale della Salute è la chiamata della Chiesa ad armonizzare la morte con la vita. Tale apparente paradosso e contraddizione può essere realizzato soltanto dallo Spirito Santo, quando unisce l'umanità sofferente a Cristo di modo che Cristo stesso assume questa sofferenza e questa morte e le patisce nella propria passione e morte. L'unione che fa lo Spirito Santo non rimane solo lì, bensì, unendo in questo modo il Cristo sofferente, unisce nel contempo il Cristo risorto. Congiunge così lo Spirito a

Cristo vittorioso, che ricrea tutto l'Universo e in questo modo realizza il Decreto eterno del Padre dell'armonia totale, pacificando con il sangue di Cristo tutto ciò che sta nella terra e nel cielo (*Col 1,20*).

La Pastorale della Salute non è quindi un mero progetto di beneficenza al malato, bensì si addentra nella missione essenziale della Chiesa. Cristo così la assegnò ai suoi discepoli e apostoli. Pertanto, per realizzare questa pastorale è richiesta una fede profonda, una carità efficace e una speranza a tutta prova. Solo così si potrà realizzare il piano divino nella Pastorale della Salute, che consiste nell'imitare la vita della Santissima Trinità, "vivendo secondo la verità nella carità" (*Ef 4,15*).

S.Em. Card. JAVIER
LOZANO BARRAGÁN

*Presidente del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute,
Santa Sede*

Note

¹ Mt 8,5-13; 9,27-31; 12,22-23; 20,29-34. Mc 1,29-32; 40-45; 2,1-12; 3,1-6; 5,21-43; 7,31-37; 8,22-26. Lc 7,11-17; 13,10-13; 14,1-6; 17,11-19; 22,50-51. Gv 4,46-54; 5,1-9; 9,1-7; 11,38-44).

² *Gaudium et Spes* 10. *Salvifici Doloris*, 26. *Pastor Bonus*, 152-153. *Dolentium Hominum*, 2-6. Giornata Mondiale del Malato, *Messaggio dell'Anno del grande Giubileo del 2000*, L'Osservatore Romano, ed spagnola, 34 (1999), 4-5, 13. *Novo Millennio Ineunte* 28-58.



Argomenti



*Un dialogo pluridisciplinare
sulla vita umana*

*La vita umana,
dono prezioso di Dio*

*La società moderna
in conflitto tra cultura di vita
e cultura di morte*

*La prigione e le condizioni
favorevoli alla depressione*

*Tre santi medici del nostro tempo:
Giuseppe Moscati,
Riccardo Pampuri
e Gianna Beretta Molla*

Un dialogo pluridisciplinare sulla vita umana

UN PRESUNTO CONFLITTO FRA PROGRESSI MEDICO-TECNICI E NORME MORALI

Nel suo *Discorso ai Membri della Commissione Biblica*, Papa Ratzinger rileva molto opportunamente: “Vi siete nuovamente radunati per approfondire un argomento molto importante: il rapporto tra Bibbia e morale. Si tratta di un tema che riguarda non soltanto il credente, ma ogni persona come tale. E ci riguarda proprio in un tempo di crisi della cultura e di crisi morale. L’impulso primordiale dell’uomo, infatti, è il suo desiderio di felicità e di una vita pienamente riuscita. Oggi, tuttavia, sono molti a pensare che tale realizzazione debba essere raggiunta in maniera assolutamente autonoma, senza nessun riferimento a Dio e alla sua legge. Alcuni sono arrivati a teorizzare un’assoluta sovranità della ragione e della libertà nell’ambito delle norme morali: tali norme costituirebbero l’ambito di un’etica solamente ‘umana’, sarebbero cioè l’espressione di una legge che l’uomo autonomamente dà a sé stesso; i fautori di questa ‘morale laica’ affermano che l’uomo, come essere razionale, non solo può ma addirittura deve decidere liberamente il valore dei suoi comportamenti”¹. Papa Benedetto XVI precisa ancora, ed è la ragione che mi ha spinto a scrivere questo articolo, che si tratta di una errata convinzione che si basa su un presunto conflitto tra la libertà umana e ogni forma di legge; in ultimo, tra il Creatore e la sua prediletta creatura, l’uomo. “In realtà, il Creatore – perché siamo creature – ha iscritto nel nostro stesso essere la ‘legge naturale’, riflesso della sua idea creatrice nel nostro cuore, come bussola e misura interiore della nostra vita”². Questa precisazione pontificia introduce perfettamente al presente dialogo multi-disciplinare sulla vita umana, che interessa giustamente tanto i nostri contemporanei, soprattutto per quei casi limite in cui gli ardimenti della scienza e della tecnica destano da una parte meraviglia e grati-

tudine, e dall’altra suscitano preoccupazione per la specie umana e la sua dignità³. Entrando in argomento denoto, anzitutto, questo carattere religioso del dialogo.

1. Il carattere religioso del dialogo

Anche per noi risuona chiaro e forte l’invito di Mosè: “Vedi, io pongo oggi davanti a te la vita e il bene, la morte e il male...; io ti ho posto davanti la vita e la morte, la benedizione e la maledizione; *scegli dunque la vita perché viva tu la tua discendenza*” (Dt 30,15-19). È un invito che ben si addice anche a noi, chiamati ogni giorno a dover decidere tra la “cultura della vita” e “la cultura della morte”. Ma l’appello del Deuteronomio è ancora più profondo, perché ci sollecita a una scelta propriamente religiosa e morale. Si tratta di dare alla propria esistenza un orientamento fondamentale e di vivere in fedeltà e coerenza con la legge del Signore: “Io oggi ti comando di *amare il Signore tuo Dio, di camminare per le sue vie, di osservare i suoi comandi*, le sue leggi e le sue norme...; scegli dunque la vita, perché viva tu e la tua discendenza, amando il tuo Signore tuo Dio, obbedendo alla sua voce e tenendoti unito a lui, *poiché è lui la tua vita e la tua longevità*” (Dt 30,16.19-20)⁴. Infatti, “la ragione più alta della dignità dell’uomo consiste nella sua vocazione alla comunione con Dio. Fin dal suo nascere l’uomo è invitato al dialogo con Dio: non esiste, infatti, se non perché creato per amore da Dio, da lui sempre per amore è conservato, né vive pienamente secondo verità se non lo riconosce liberamente e se non si affida al suo Creatore”⁵. L’uomo, creato a immagine di Dio e conservato in vita da Lui è, dunque, per sua natura un ‘essere dialogale’ per eccellenza, che riconosce, anzitutto, come la sua vita sia

un dono di Dio; che è capace di conoscere l’esistenza di un Dio personale, partendo dalla creazione: il mondo materiale e la persona umana che gli permettono di raggiungere vere certezze⁶. Per quanto riguarda il dialogo sulla vita umana è ancora molto importante rilevare che “con la sua apertura alla verità e alla bellezza, con il suo senso del bene morale, con la sua libertà e la voce della coscienza, con la sua aspirazione all’infinito e alla felicità, l’uomo percepisce segni della propria anima spirituale. «Germe dell’eternità che porta in sé, irriducibile alla sola materia»⁷, la sua anima non può avere la propria origine che in Dio solo”⁸. Il mondo e l’uomo attestano che essi non hanno in sé stessi né il loro primo principio né il loro fine ultimo, ma che partecipano all’Essere in sé, che non ha né origine né fine. Così, attraverso queste diverse ‘vie’, l’uomo può giungere alla conoscenza dell’esistenza di una realtà che è la causa prima e il fine ultimo di tutto «e che tutti chiamano Dio»⁹. Questo carattere religioso del dialogo sulla vita umana – ed è quanto ho voluto sottolineare – denota il valore incomparabile di ogni persona umana dal suo concepimento fino alla sua morte naturale. Giovanni Paolo II precisa in proposito: “L’uomo è chiamato a una pienezza di vita che va ben oltre le dimensioni della sua esistenza terrena, poiché consiste nella partecipazione alla vita stessa di Dio. L’altezza di questa vocazione soprannaturale rivela la *grandezza e la preziosità* della vita umana anche nella sua fase temporale. La vita nel tempo, infatti, è condizione basilare, momento iniziale e parte integrante dell’intero e unitario processo dell’esistenza umana. Un processo che, inaspettatamente e immeritatamente, viene illuminato dalla promessa e rinnovato dal dono della vita divina, che raggiungerà il suo pieno compimento nell’eternità” (cfr. *1Gv* 3, 1-2)¹⁰. Questa

chiamata soprannaturale sotto-linea, nello stesso tempo, due criteri importantissimi per le esigenze etiche: il primo criterio riguarda la relatività e il secondo la sacralità. Quanto alla *relatività*, va detto che la vita terrena dell'uomo e della donna, in verità, non è una realtà 'ultima', ma 'penultima'. Tuttavia, si tratta sempre di una *realtà sacra* che ci viene affidata perché la custodiamo con senso di responsabilità e la portiamo a perfezione nell'amore e nel dono di noi stessi a Dio e ai fratelli¹¹. Questo Vangelo della vita, il Creatore ha affidato alla Chiesa e a ogni uomo di buona volontà, soprattutto al teologo, al filosofo e allo scienziato e anche al tecnologo. Annota ancora Papa Wojtyła: "Pur tra difficoltà e incertezze, ogni uomo sinceramente aperto alla verità e al bene, con la luce della ragione e non senza il segreto influsso della grazia, può arrivare a riconoscere nella legge naturale, scritta nel cuore (cf. *Rm* 2, 14-15), il valore sacro della vita umana dal primo inizio fino al suo termine, e ad affermare il diritto di ogni essere umano a vedere sommamente rispettato questo suo bene primario. Da notare che sul riconoscimento di tale diritto si fonda l'umana convivenza e la stessa comunità politica"¹². Proprio, per questo, la Sacra Scrittura, la Tradizione e il Magistero della Chiesa ci dicono che la vocazione e la piena realizzazione dell'uomo consistono non nel rifiuto della legge di Dio, ma nella vita secondo la legge nuova. Tra la legge di Dio e la libertà dell'uomo non c'è contraddizione: "la legge di Dio rettamente interpretata non attenua né tanto meno elimina la libertà dell'uomo, ma, al contrario, la garantisce e la promuove"¹³. Infatti, "la libertà raggiunge la sua perfezione quando è ordinata a Dio, nostra beatitudine"¹⁴. L'agire morale dell'uomo è dunque direttamente fondato sull'obbedienza alla legge di Dio, sull'unione con Cristo e sull'inabitazione dello Spirito nell'anima del credente. L'agire dell'uomo non è mai un agire dettato da norme soltanto esteriori, ma proviene dal rapporto vitale che connette i credenti a Cristo e a Dio¹⁵. Quanto

detto sul carattere religioso del dialogo o confronto sulla vita umana, tra norme morali e il progresso medico-tecnico è molto illuminante nel nostro momento storico particolare, in cui la scienza e la tecnica hanno rivoluzionato la posizione dell'essere umano nei confronti della vita, della malattia e della morte, il modo di concepire diversamente la vita, la malattia e la morte che comportano innumerevoli quesiti etici che non possiamo ignorare. Ci fermiamo, soprattutto sull'inizio della vita umana e sull'aborto, per segnalare il carattere presuntuoso di un possibile conflitto tra scienza, tecnica e morale.



2. Il presunto conflitto sull'inizio della vita

In materia di procreazione si parla, da tempo, di due tecniche alternative, anzi sostitutive: una, la fecondazione in vitro con il trasferimento dell'embrione nell'utero e congelamento degli embrioni; l'altra, il congelamento separato dei due corredi cromosomici, femminile e maschile. In questo caso, non trattandosi più di un embrione e, quindi, di una nuova vita umana, questa tecnica porrebbe il quesito sul superamento del rifiuto di ogni forma di fecondazione artificiale sia omologa sia eterologa. Rispondo che dal punto di vista puramente biologico non esiste nessun embrione: non solo, se i gameti non fossero congelati, l'uno, il femminile, e l'altro, il maschile, cesserebbero ben presto di esistere. Il quesito del superamento del rifiuto della trasmissione artificiale della vita umana riguarda anzitutto e soprattutto l'ordine etico. Ogni

tecnica di fecondazione artificiale deve confrontarsi con l'esplicita volontà di Dio. La trasmissione di una nuova vita umana implica una certa partecipazione dell'uomo alla signoria di Dio, che si manifesta nella *specificità responsabilità* che gli viene, appunto, affidata *nei confronti della vita propriamente umana*. Questa specificità – ed è quanto mi preme rilevare – tocca il suo vertice nella donazione della vita *mediante la generazione* da parte dell'uomo e della donna, nel matrimonio. Lo stesso Dio che disse: "Non è bene che l'uomo sia solo" (*Gn* 2,18) e che "creò all'inizio l'uomo maschio e femmina" (*Mt* 19,4), volendo comunicare all'uomo una certa speciale partecipazione nella sua opera creatrice, benedisse l'uomo e la donna dicendo loro: "Crescete e moltiplicatevi" (*Gn* 1,28)¹⁶. Ora, proprio quella certa speciale partecipazione dell'uomo e della donna all'opera creatrice di Dio esige che la generazione del figlio sia un evento profondamente umano e altamente religioso. Essa coinvolge i coniugi che formano «una sola carne» (*Gn* 2,24) e insieme Dio stesso che si fa presente. Ogni nuovo essere umano *non è un prodotto* di una certa 'tecnica', neanche di quella che unisce due gameti – separatamente congelati o meno –, ma è *un nascituro*, frutto di una intima unione d'amore di due coniugi. Un nuovo essere umano porta con sé, al mondo, una particolare immagine e somiglianza di Dio stesso, per cui *nella biologia della generazione è inscritta la genealogia della persona*. Collaborare come genitori con Dio nel concepire e generare un nuovo essere umano non è mai, una questione di 'tecniche biologiche', ma di una presenza operante di Dio stesso nella paternità e maternità umane. L'uomo e la donna, uniti in matrimonio, sono associati a un'opera divina: mediante un loro atto della generazione, il dono di Dio viene accolto e una nuova vita si apre al futuro¹⁷. "Le varie tecniche di riproduzione artificiale, che sembrerebbero porsi a servizio della vita e che sono praticate non poche volte con questa intenzione, aprono in realtà la porta a nuovi atten-

tati contro la vita”¹⁸. Il criterio valutativo, di ordine etico, deriva dalla originalità stessa della persona umana. Papa Roncalli denotò: “La trasmissione della vita umana è affidata dalla natura a un atto personale e cosciente e, come tale, soggetto alle santissime leggi di Dio: leggi immutabili e inviolabili che vanno riconosciute e osservate”¹⁹. Giovanni Paolo II precisò che tale atto personale è “l’intima unione d’amore degli sposi, i quali donandosi totalmente a vicenda, donano la vita”. Si tratta di un unico e indivisibile atto, *insieme* unitivo e procreativo, coniugale e parentale²⁰. Prima di Roncalli e Wojtyła, Papa Pacelli insegnò che questo atto – “espressione del dono reciproco che, secondo la parola della Sacra Scrittura, effettua l’unione «in una carne sola»”²¹ – è il centro sorgivo della vita. Ormai è *luce clarius*, si tratta di un conflitto presunto, perché la procreazione non è di ordine tecnico-biologico, nel senso che una certa tecnica “permetterebbe il superamento di quel rifiuto di ogni forma di fecondazione artificiale, ancora presente in non pochi ambienti, e che produce un doloroso divario tra la prassi ammessa comunemente dalla gente e anche sancita dalle leggi e l’atteggiamento almeno teorico di molti credenti”²². La stessa dignità della persona umana esige “che essa venga all’esistenza come dono di Dio e frutto dell’atto coniugale, proprio e specifico dell’amore unitivo e procreativo, proprio e specifico tra gli sposi, atto che per la sua stessa natura risulta insostituibile”²³. Il suggerimento di distinguere tra la fecondazione omologa e fecondazione eterologa è, perciò, insostenibile; il rifiuto radicale di ogni forma di fecondazione artificiale non si basa sul problema della sorte degli embrioni²⁴. Il magistero non ammette dubbi: “le tecniche eterologhe sono «gravate» della «negatività etica» di un concepimento dissociato dal matrimonio. Il ricorso a gameti di persone estranee agli sposi contrasta con l’unità del matrimonio e la fedeltà degli sposi e lede il diritto del figlio a essere concepito e messo al mondo nel matrimonio e dal matrimonio”²⁵. “Tali tecniche

infatti disattendono la vocazione comune e unitaria dei coniugi alla paternità e alla maternità – a «diventare padre e madre soltanto l’uno attraverso l’altro» – e provocano una «rottura fra parentalità genetica, parentalità gestazionale e responsabilità educativa», che si ripercuote dalla famiglia nella società”²⁶.

3. Il conflitto presunto sull’aborto

Si afferma: “Uno dei temi più difficili da affrontare, su cui si interroga in continuazione proprio per la sua delicatezza e complessità, è l’aborto. In Italia, lo Stato ha regolato la materia, sforzandosi di coniugare il principio dell’autodeterminazione delle donne con la libertà di coscienza dei medici che possono scegliere l’obiezione”²⁷. Impostare così il confronto sul tema-problema dell’aborto denota subito quanto il conflitto sia presuntuoso, appunto, perché si prescinde anche qui dal diritto divino sulla vita. “La signoria divina sulla vita è fondamento e garanzia del diritto alla vita, che non è però un potere sulla vita. È piuttosto il *diritto a vivere con dignità umana*; nonché a essere garantiti e tutelati in questo



bene fondamentale, originario e insopprimibile che è radice e condizione di ogni altro bene e diritto dell’uomo”²⁸. Quindi, l’aborto non è anzitutto o soprattutto una questione di autodeterminazione da parte della donna, e/o di obiezione di coscienza da parte del medico. “L’invulnerabilità del diritto alla vita dell’essere umano innocente, dal concepimento alla morte naturale, è un segno e

un’esigenza dell’invulnerabilità stessa della persona, alla quale il Creatore ha fatto il dono della vita”²⁹. “Nessuno può attentare alla vita di un uomo innocente senza opporsi all’amore di Dio per lui, senza violare un diritto fondamentale, irrinunciabile e inalienabile”³⁰. Il diritto alla vita viene a ogni essere umano *immediatamente* da Dio e non da altri: né genitori, né società, né autorità umana. Ecco perché l’aborto costituisce sempre una sconfitta. Tuttavia, ed eccoci alla delicatezza e complessità, “di fronte a casi estremi come una donna che ha subito una violenza, una gravidanza in un’adolescente di undici o dodici anni, una donna senza le possibilità economiche di allevare un bambino, come si pone la Chiesa? Se si ammette il principio della scelta del male minore e, come suggerisce la Chiesa cattolica, quello di affidare la risposta all’intimo della propria coscienza (*conscientia perplexa*: quella condizione in cui un uomo o una donna a volte si trova ad affrontare situazioni che rendono incerto il giudizio morale e difficile la decisione) non sarebbe eticamente corretto spiegare apertamente questo punto di vista? E sostenerlo anche pubblicamente?”³¹. Cito la risposta: “È importante riconoscere che la prosecuzione della vita umana fisica non è di per sé il principio primo e assoluto. Sopra di essa sta quello della dignità umana, dignità che nella visione cristiana e di molte religioni comporta una apertura alla vita eterna che Dio promette all’uomo. Possiamo dire che sta qui la definitiva dignità della persona”. Vengono citate le parole di Gesù: “la vita vale più del cibo e il corpo più del vestito” (*Mt* 6,25); e la sua esortazione a non avere paura “di quelli che uccidono il corpo, ma non hanno potere di uccidere l’anima” (*Mt* 10,28)³². D’accordo; il dovere che certe professioni hanno di esporre la propria vita al pericolo di poterla perdere conferma la tesi; del resto, il martirio è la prova più convincente. Tuttavia, più avanti, trattando dell’aborto terapeutico, si applica al caso che “la teologia morale da sempre ha sostenuto il principio della legittima difesa e del

male minore, anche se si tratta di una realtà che mostra la drammaticità e la fragilità della condizione umana³³. Per quanto riguarda la legittima difesa, il CCC insegna che questa “non costituisce un’eccezione alla proibizione di uccidere l’innocente, uccisione in cui consiste l’omicidio volontario”. “Dalla difesa personale possono seguire due effetti, il primo dei quali è la conservazione della propria vita: mentre l’altro è l’uccisione dell’attentatore... Il primo è soltanto intenzionale, l’altro è involontario”³⁴. La ragione è che “l’amore verso se stesso resta un principio fondamentale della morale. È quindi legittimo far rispettare il proprio diritto alla vita. Chi difende la propria vita non si rende colpevole di omicidio anche se è costretto a infliggere al suo aggressore un colpo mortale”³⁵. Ora, e qui sta la non applicabilità del principio, il nascituro non è mai un ingiusto aggressore della madre. Per questo, “fin dal primo secolo la Chiesa ha dichiarato la malizia morale di ogni aborto provocato”. Questo insegnamento non è mutato. Rimane invariabile. L’aborto diretto, cioè voluto come un fine o come un mezzo, è gravemente contrario alla legge morale: “Non uccidere il bimbo con l’aborto, e non sopprimerlo dopo la nascita”³⁶. I documenti della Chiesa non sottovalutano certi problemi, anzi li rilevano esplicitamente³⁷; tuttavia, a chi presume portare, a questi problemi, soluzioni non oneste, persino quella dell’uccisione, il Vaticano II ricorda che “Dio, padrone della vita, ha affidato agli uomini l’altissima missione di proteggere la vita... Perciò la vita, una volta concepita, deve essere protetta con la massima cura; e l’aborto, come l’infanticidio, è abominevole delitto”³⁸; e la CDF precisa: “La vita, infatti, è un bene troppo fondamentale perché possa essere posta a confronto con certi inconvenienti anche gravissimi”³⁹. Pertanto, “l’uomo non può mai obbedire a una legge intrinsecamente immorale, e questo è il caso di una legge che ammettesse, in linea di principio, la liceità dell’aborto”⁴⁰. Infatti, la Chiesa insegna, da sempre, che è necessaria

una conformità della legge civile con la legge morale. “L’autorità – precisa Giovanni XXII – è postulata dall’ordine morale e deriva da Dio. Qualora pertanto le sue leggi o autorizzazioni siano in contrasto con quell’ordine, e quindi in contrasto con la volontà di Dio, esse non hanno forza di obbligare in coscienza; in tal caso, anzi, chiaramente l’autorità cessa di essere tale e degenera in sopruso”⁴¹. Rilevo che non si tratta di una presa di posizione ‘confessionale’, ma di una logica razionale. In effetti, qualsiasi legge posta da parte degli uomini ha ragione di legge in quanto deriva dalla legge naturale. Quindi qualora in qualche cosa fosse in contrasto con la legge naturale, non solo non sarebbe legge, ma una sua corruzione⁴². Per questo la coscienza esige il suo diritto primario e si appella al primato della legge divina: “Bisogna ubbidire a Dio piuttosto che agli uomini” (*Atti* 5,29). Non entro nella questione della eutanasia, appunto, perché lo stesso discorso vale per poter terminare la vita. Anche la legge che autorizza o favorisce l’eutanasia si pone radicalmente non solo contro il bene del singolo, ma anche contro il bene comune e, pertanto, è del tutto priva di autentica validità giuridica. Ne segue che quando una legge civile legittima l’eutanasia cessa, per ciò stesso, di essere una vera legge civile, moralmente obbligatoria⁴³.

Conclusione

“L’umanità vive oggi un periodo nuovo della sua storia, caratterizzato da profondi e rapidi mutamenti che progressivamente si estendono all’intero universo. Provocati dall’intelligenza e dall’attività creativa dell’uomo, sullo stesso uomo si ripercuotono, sui suoi giudizi e desideri individuali e collettivi, sul suo modo di pensare e agire sia nei confronti delle cose che degli uomini”⁴⁴. Per quanto questa constatazione dei padri del Vaticano II sia più che giusta, essi non potevano conoscere ancora quel progresso scientifico e quell’avanzamento tecnologico nei meccanismi che regolano l’inizio e la

fine della vita. La scienza e la tecnica corrono, infatti, più veloci del resto della società e anche dei parlamenti. Quindi, ogni scienziato e ogni tecnologo dovrebbero assumersi, nel proprio campo, la propria responsabilità, ma, siccome la valutazione razionale è sempre indispensabile, i parlamenti, o meglio le istituzioni sovranazionali, dovrebbero, si dice, sulla base del comune sentire dei cittadini fissare le regole di responsabilità, bilanciate dalla valutazione dei rischi e delle conseguenze⁴⁵.

A questo punto viene affermato che i ricercatori devono sempre contribuire al bene della vita e mai al contrario, per cui occorre anche talora sapersi fermare e non varcare il limite, ma rispettare i parametri invalicabili della dignità di ogni esistenza umana. Tuttavia, non si tratta di appellarsi alla fede o alla religione, ma di puntare sul senso etico che ciascuno ha dentro di sé. Ci vuole un soprassalto di coscienza e un più di buona volontà per far sì che l’uomo non divori l’uomo, ma lo serva e lo promuova. Per quanto riguarda la Chiesa cattolica viene sottolineato, soprattutto, il suo compito di formare le coscienze, ma non serviranno tanto i divieti e i no, soprattutto se prematuri. Servirà una formazione della mente e del cuore a rispettare, amare e servire la dignità della persona umana in ogni sua manifestazione, con la certezza che ogni essere umano è destinato a partecipare alla pienezza della vita divina e che questo può richiedere anche sacrifici e rinunce⁴⁶. Non si può non essere d’accordo con queste indicazioni generiche, riguardanti il compito della Chiesa cattolica, anzi le ribadisco. In tutto il dialogo, denoto, tuttavia la mancanza di risposte alle sottostanti teorie del soggettivismo, relativismo e teleologismo, in genere⁴⁷, ma soprattutto nel campo della vita, in particolare. Penso di aver fornito, persino *per eccessum* i documenti magisteriali *ad rem*, esprimendo e motivando l’insegnamento della Chiesa con la massima chiarezza. Mi piace ancora, in conclusione, specificare il valore pedagogico dei divieti e dei no da parte di Dio e, quindi, da parte della Chiesa.

“I comandamenti di Dio ci insegnano la via della vita. I *precepti morali negativi*, cioè quelli che dichiarano moralmente inaccettabile la scelta di una determinata azione, hanno un valore assoluto per la libertà umana: essi valgono sempre e comunque, senza eccezioni. Indicano che la scelta di determinati comportamenti è radicalmente incompatibile con l'amore verso Dio e con la dignità della persona umana, creata a sua immagine; tale scelta, perciò, non può essere riscattata dalla bontà di nessuna intenzione e di nessuna conseguenza, è in contrasto insanabile con la comunione tra le persone, contraddice la decisione fondamentale di orientare la propria vita a Dio”⁴⁸. Per questo non parlerei tanto di limiti della scienza e della tecnica, perché l'uomo è sempre un essere limitato, quanto del loro orientamento religioso-morale. Nel disegno del Divin Creatore, l'uomo e la donna sono chiamati a ‘dominare’ la terra come i suoi ‘amministratori’; quindi non come arbitri, ma partecipanti alla Provvidenza divina verso le altre creature. Da qui la loro responsabilità nei confronti del mondo che Dio ha loro affidato. Questa collaborazione ha un carattere del tutto proprio, specifico e unico, nella trasmissione della vita, quando Dio, nel matrimonio, li unisce per formare ‘una sola carne’ (*Gn* 2,24). È così che l'uomo e la donna cooperano, come sposi e genitori, in un modo unico all'opera del Creatore obbedendo al mandato divino: “Siate fecondi e moltiplicatevi, riempite la terra” (*Gn* 1,28)⁴⁹. Alla luce di queste verità assolute sui valori non negoziabili riguardanti la vita, il magistero della Chiesa intende aiutare l'umanità ad avanzare sulla via della vita e dell'autentica libertà. “Nelle circostanze attuali – dice Benedetto XVI, richiamando il valore che hanno per la vita non solo privata ma anche soprattutto pubblica alcuni fondamentali principi etici, radicati nella grande eredità cristiana dell'Europa – non commettiamo alcuna violazione della laicità dello Stato, ma contribuiamo piuttosto a garantire e promuovere la dignità della persona e il bene comune della società”⁵⁰.

Infatti, nel loro principio, le verità sulla vita, sul matrimonio e sulla famiglia non possiedono un carattere religioso, né tanto meno cristiano; si tratta di verità e valori naturali espressi nella legge naturale e garantite dalla medesima. In effetti, “la legge morale suppone l'ordine razionale stabilito tra le creature, per il loro bene e in vista del loro fine, dalla potenza, dalla sapienza, dalla bontà del Creatore. Ogni legge trova nella legge eterna la sua prima e ultima verità. La legge è dichiarata e stabilita dalla ragione come una partecipazione alla Provvidenza del Dio vivente, Creatore e Redentore di tutti”. “L'ordine della ragione, ecco ciò che si chiama la legge”⁵¹. Perciò, soltanto quando il progresso scientifico e l'avanzamento tecnologico accettano l'ordine della ragione, essi si mettono davvero al servizio della dignità della persona umana e del bene comune della società.

P. BONIFACIO HONINGS,
O.C.D.

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

Note

¹ BENEDETTO XVI, Discorso ai Membri della Commissione Biblica. “L'Osservatore Romano”, Venerdì 28 Aprile 2006, p. 5.

² Ibidem.

³ Cfr. Colloquio tra CARLO MARIA MARTINI e IGNAZIO MARINO, *Dialogo sulla vita*, a cura di Daniela Minerva, “L'Espresso”, del 27 Aprile 2006, p. 52-61; in seguito Martini-Marino, p.

⁴ GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium vitae*, 25 marzo, 1995, n. 28; in seguito Ev, n.

⁵ Conc. Ecum. Vat. II. *Gaudium et spes*, (GS) 19.

⁶ Cfr. Catechismo della Chiesa Cattolica (CCC), 31.

⁷ GS, 18.

⁸ CCC, 33.

⁹ CCC, 34: vedi SAN TOMMASO D'AQUINO, *Summae theologiae*, I, 2,3.

¹⁰ GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium vitae*, 2.

¹¹ Ibidem.

¹² Ibidem.

¹³ Ibidem.

¹⁴ CCC, n. 1731.

¹⁵ Cf. BENEDETTO XVI, Discorso citato.

¹⁶ Cf. *Gaudium et spes*, 50.

¹⁷ Cf. *Evangelium vitae*, n. 43.

¹⁸ *Evangelium vitae*, 14.

¹⁹ GIOVANNI XXIII, Enciclica, *Mater et Magistra*, III in AAS 53, 1961, 447.

²⁰ Cf. GIOVANNI PAOLO II, Udienza generale 16 gennaio 1980, in *Insegnamenti III/1* (1980) 148-152.

²¹ Cf. PIO XII, *Alle congressiste dell'Unione Cattolica Italiana Ostetriche*, 29 ott. 1951, in AAS 43, 1951, 850.

²² Martini-Marino, p. 55.

²³ Carta degli Operatori Sanitari, Città del Vaticano, 1995, n. 22.

²⁴ Cf. Ibidem.

²⁵ Ibidem, n. 27.

²⁶ CongrDotFede (CDF) Instr. *Donum vitae*, 22 febb. 1987, in AAS, 80 (1988) 87-89.

²⁷ Martini-Marino, p. 57.

²⁸ Carta degli Operatori Sanitari, 46.

²⁹ CDF, Instr. *Donum vitae*, p. 75-76.

³⁰ CDF, *Dichiarazione sull'eutanasia*, 5 maggio 1980, in AAS 72, 1980, 544.

³¹ Martini-Marino, p. 57.

³² Ibidem.

³³ Martini-Marino, p. 58.

³⁴ CCC, 2263; vedi San Tommaso, *Summa theologiae*, II-II, 64, 2.

³⁵ CCC, 2264.

³⁶ CCC, 2271: *Didaché*, 2,2, cf. *Lettera di Barnaba*, 19,5; *Lettera a Diogneto*, 5,5; Tertulliano *Apologeticus*, 9; vedi B. Honings, *Miscellanea, Iter Fidei et Rationis*, vol. II, *Moralia* e vol. III, *Jura*. Lateran University Press.

³⁷ “È pur vero che in certi casi, rifiutando l'aborto, si reca pregiudizio a beni anche importanti, che è normale voler salvaguardare. È il caso della salute della madre, dell'aggravio di un figlio in più, di una grave malformazione fetale, di una gravidanza originata da violenza sessuale. Non si possono disconoscere o minimizzare queste difficoltà e le ragioni che le sostengono”. (Carta degli Operatori Sanitari, n. 141)

³⁸ GS, 51.

³⁹ CDF, *Dichiarazione sull'aborto procurato*, 18 giugno 1974, in AAS 66 (1974) 739.

⁴⁰ Ibidem, p. 744, n. 22.

⁴¹ GIOVANNI XXIII, *Pacem in terris*, (11 aprile 1963) II: AAS 55 (1963) 271, citato da GIOVANNI PAOLO II, in *Evangelium vitae*, n. 72.

⁴² Cf. SAN TOMMASO, *Summa theologiae*, I-II, q. 93, a. 3 ad secundum.

⁴³ Cf. GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium vitae*, n. 72.

⁴⁴ GS, 4.

⁴⁵ Cf. Martini-Marino, 61.

⁴⁶ Ibidem.

⁴⁷ Cf. GIOVANNI PAOLO II, *Veritatis splendor*, 6 agosto 1993, in AAS 85, 1993. La vita morale “possiede un'essenziale carattere teleologico”, perché consiste nella deliberata ordinazione degli atti umani a Dio, sommo bene e fine (telos) ultimo dell'uomo. Lo attesta, ancora una volta, la domanda del giovane a Gesù: «Che cosa deve fare di buono per ottenere la vita eterna?» Ma questa ordinazione al fine ultimo non è una dimensione soggettivistica che dipende solo dall'intenzione. Essa presuppone che tali atti siano in se stessi ordinabili a questo fine, in quanto conformi all'autentico bene morale dell'uomo, tutelato dai comandamenti. È ciò che ricorda Gesù stesso nella risposta al giovane: «Se voi entrate nella vita, osservate i comandamenti» (*Mt* 19,17). (*Vs*, 73). Cf. B. HONINGS, Il discernimento di alcune dottrine morali ed etiche. Una lettura della «Veritatis splendor» in *Veritatis splendor. Genesi, elaborazione, significato*, a cura di Giovanni Russo, ED, Roma 1994, p.131-153.

⁴⁸ *Evangelium vitae*, 75; cf. CCC, 1753-1755; GIOVANNI PAOLO II, *Veritatis splendor*, 81-82.

⁴⁹ Cf. CCC, 372-373.

⁵⁰ BENEDETTO XVI, discorso ai Presuli della CEI per la 56. Assemblea Generale, “L'Osservatore Romano”, venerdì 19 marzo 2006, p. 5.

⁵¹ CEC, 1951.

La vita umana, dono prezioso di Dio

DOCUMENTO DELLA CONFERENZA EPISCOPALE SPAGNOLA

“Il Vangelo della vita sta al cuore del messaggio di Gesù. Accolto dalla Chiesa ogni giorno con amore, esso va annunciato con coraggiosa fedeltà come buona novella agli uomini di ogni epoca e cultura” (*Evangelium Vitae*, 1).

1. La proclamazione del Vangelo della Vita

Il 25 marzo 1995, il Papa Giovanni Paolo II pubblicava l'enciclica *Evangelium Vitae*. La Chiesa, che dal tempo degli apostoli proclama il valore della vita umana, si adopera con sempre maggiore intensità per difenderla e prendersi cura dei più bisognosi. In questo servizio alla vita, l'enciclica *Evangelium Vitae* ha rappresentato una pietra miliare.

In continuità con gli insegnamenti di Giovanni Paolo II, noi, Pastori del “Popolo della Vita”, rendiamo grazie a Dio Padre per il dono della vita. Nella pienezza dei tempi, ci inviò suo Figlio nato dalla Vergine Maria affinché gli uomini avessero vita in abbondanza, una “vita «nuova» ed «eterna», che consiste nella comunione con il Padre, a cui ogni uomo è gratuitamente chiamato nel Figlio per opera dello Spirito Santificatore” (*EV*, n. 1).

In occasione di questo anniversario, e seguendo la raccomandazione della LXXXI Assemblea Plenaria, invitiamo a far sì che la solennità dell'Incarnazione – che in questo anno 2005 si commemora il 4 aprile – venga celebrata opportunamente con varie iniziative che servano a far conoscere e annunciare nelle nostre Chiese la considerazione e il rispetto della vita, cuore del messaggio dell'enciclica.

2. Il valore della vita umana

Tutte le culture hanno universalmente riconosciuto il valore e la dignità della vita umana.

Il comandamento “non uccidere”, che custodiva il dono della vita umana, è norma che ogni sana cultura ha riconosciuto come principio fondamentale. Il diritto alla vita e il rispetto della dignità della persona sono valori che la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani propone come fondamento per la convivenza.

Tale riconoscimento a livello universale trova piena conferma nella rivelazione del Vangelo della vita con il mistero di Cristo. La vita umana, dono prezioso di Dio, è sacra e inviolabile. “La vita umana è sacra perché, fin dal suo inizio, comporta ‘l'azione creatrice di Dio’ e rimane per sempre in una relazione speciale con il Creatore, suo unico fine. Solo Dio è il Signore della vita dal suo inizio alla sua fine: nessuno, in nessuna circostanza, può rivendicare a sé il diritto di distruggere direttamente un essere umano innocente” (*EV*, n. 53). Per questo ogni attentato contro la vita umana è anche un attentato contro la ragione e la giustizia e costituisce grave offesa a Dio.

3. Continuità fondamentale

Il processo embrionale è un processo continuo in cui, fin dal principio, quella che abbiamo di fronte è una vita umana. L'embrione non è un semplice aggregato di cellule viventi, bensì il primo stadio dell'esistenza di un essere umano. Tutti noi siamo stati anche embrioni.

Fin dal momento della fecondazione c'è vita umana e pertanto dignità personale. È una vita umana che si sviluppa e sperimenta cambiamenti morfologici importanti, ma è sempre lo stesso processo continuo che, dall'inizio della vita con la fecondazione, va fino alla morte. “Il corpo naturalmente si sviluppa, ma in una continuità fondamentale che non permette di definire pre-umana

o post-umana nessuna fase del suo sviluppo. Dove c'è un corpo umano vivo, c'è una persona umana e, pertanto, una dignità umana inviolabile”.

Di conseguenza, “l'essere umano va rispettato e trattato come una persona fin dal suo concepimento e, pertanto, da quello stesso momento gli si devono riconoscere i diritti della persona, tra i quali anzitutto il diritto inviolabile di ogni essere umano innocente alla vita” (*EV*, n. 60). Questa verità del vangelo della vita è ampiamente condivisa da molte persone e istituzioni. Ciò che il Consiglio d'Europa affermò molti anni fa è stato ora raccolto dall'ONU nel raccomandare la proibizione della ricerca con embrioni così come qualsiasi tipo di clonazione umana, riproduttiva o terapeutica.



4. Al servizio della vita

Nel riconoscimento e nel rispetto della vita come pure nella sua promozione, la scienza raggiunge il suo fine più alto: il servizio alla vita e alla dignità della persona. Questi dieci anni dalla pubblicazione dell'enciclica *Evangelium Vitae* sono stati anni di grandi progressi della scienza, che hanno aperto nuove possibilità, piene di speranza, per la prevenzione e la cura.

Grazie a questi sviluppi, sono state possibili terapie e per-

fino operazioni intra-uterine a beneficio del feto. Inoltre, si abbassa sempre più il tempo di gestazione necessario affinché un bambino prematuro possa sopravvivere fuori del seno materno. D'altra parte, l'applicazione terapeutica delle cellule madre derivanti da tessuto adulto ottengono risultati che fanno ben sperare. Le terapie vere sono quelle che curano senza arrecare danno né eliminare la vita di nessuno.

Non possiamo dimenticare che questi progressi sono strumenti potenti che devono essere usati al servizio dell'uomo, tenendo conto dei principi etici. La scienza e la tecnica hanno bisogno dell'etica per non degradare la dignità umana, bensì per promuoverla. Per questo chiediamo a tutti i ricercatori e centri di formazione di inculcare in tutti il rispetto per la vita umana e di approfondire le loro conoscenze per porle al servizio delle persone.



Esortiamo tutti affinché promuovano sempre la vita di fronte a tante minacce da parte di una "cultura della morte" che si manifesta in molti modi: l'anticoncezione, la diffusione delle sterilizzazioni, la preoccupante diminuzione della natalità, l'aborto, la pillola "del giorno dopo" – che oltre ad essere anticoncezionale è anche abortiva –, la manipolazione del linguaggio quando si parla di "pre-embrioni", come se fossero già pienamente persone umane, la selezione e la riduzione embrionale, la manipolazione e la distruzione di embrioni per ottenere cellule ma-

dre per la ricerca, e la sempre più minacciosa pratica della clonazione. Queste manifestazioni della cultura contro la vita sono un'ideologia insidiosa del male denunciato da Giovanni Paolo II: "Si può, anzi, si deve porre la questione della presenza in questo caso di un'altra ideologia del male, a volte più insidiosa e celata, che tenta di minare i diritti umani, contro la famiglia e le persone".

5. La famiglia, santuario della vita

"Dio creò l'uomo a sua immagine; a immagine di Dio lo creò; maschio e femmina li creò. Dio li benedisse e disse loro: 'Siate fecondi e moltiplicatevi'" (Gen 1,27-28). Il vangelo della vita inizia con la creazione di Adamo ed Eva, chiamati all'amore coniugale e, attraverso il loro amore, a essere genitori cooperando così, in maniera singolare, con l'opera creatrice di Dio.

L'amore coniugale tra l'uomo e la donna, fondamento della famiglia, è il luogo santo in cui la persona è concepita con dignità. Il figlio nasce dall'amore dei genitori ed è inviato a partecipare alla loro comunione d'amore. La famiglia è anche il santuario in cui la vita è accolta con gioia e celebrata nella vita quotidiana, arricchita dalle ricche relazioni tra genitori, figli, nipoti, ecc.

Queste famiglie sono una splendida proclamazione del vangelo della vita e un motivo per rendere grazie a Dio: famiglie che nonostante le crisi e i momenti difficili sanno restare unite nell'amore, famiglie che nonostante le difficoltà vivono generosamente aperte alla vita, famiglie che sostengono i propri membri più deboli o bisognosi con il loro tempo e le loro energie migliori, ecc. Tutte queste famiglie – tante delle quali sono cristiane – sono una testimonianza magnifica del valore della vita e realizzano un servizio prezioso alla società.

Tale testimonianza generosa di tante famiglie è la scuola migliore affinché i figli apprendano il valore sacro della vita umana e a rispettare e promuove-

vere la vita di tutti, specialmente dei più deboli. La gioia della famiglia nell'accogliere una nuova vita è la proclamazione migliore di fronte ai figli del valore sacro della vita concepita, e che deve ancora nascere, di un nuovo figlio. Per questo la celebrazione del giorno della vita può essere occasione preziosa perché la famiglia acquisti una consapevolezza più profonda della sua missione di servizio alla vita.

6. L'educazione affettivo-sessuale

La famiglia è anche l'ambito in cui i figli imparano il significato della sessualità al servizio dell'amore e della vita. Molte volte noi Vescovi abbiamo ricordato la necessità e l'urgenza di un'educazione affettivo-sessuale adeguata. Questa ha un posto privilegiato nella Pastorale Familiare, perché "la vocazione all'amore, che è il filo conduttore di ogni pastorale matrimoniale, richiede una cura particolarmente attenta dell'educazione all'amore".

Nel Direttorio della Pastorale Familiare dei Vescovi spagnoli è stato ricordato che "i genitori sono i primi responsabili dell'educazione alla sessualità, già negli anni dell'infanzia come poi nell'adolescenza. Essi devono saper offrire ai propri figli, in un clima di fiducia, le spiegazioni adeguate per la loro età affinché acquistino la conoscenza e il rispetto della propria sessualità in un cammino di personalizzazione. Si ottiene sempre più persuadendo che proibendo, specialmente quando si tratta di educare" (DPF, 81).

Nel momento adeguato, anche la catechesi dovrà affrontare il tema della sessualità e il discernimento vocazionale. "Nel processo catechetico, durante i distinti momenti che contraddistinguono questa tappa, sarà presente una catechesi completa e profonda sulla sessualità nelle sue diverse dimensioni: antropologica, morale, spirituale, sociale, psicologica, ecc." (DPF, 62).

Anche le scuole hanno un ruolo importante in questo lavoro: "Come complemento e

aiuto al compito dei genitori, è assolutamente necessario che le scuole cattoliche preparino un programma di educazione affettivo-sessuale, a partire da metodi sufficientemente comprovati e con la supervisione del Vescovo. La Delegazione Diocesana di Pastorale Familiare deve preparare persone esperte in questo campo” (DPF, 93).

Siamo tutti consapevoli dell'urgente necessità di questa educazione affettivo-sessuale e della sua relazione con il vangelo della vita. Per questo esortiamo tutti a porre in pratica le indicazioni del Direttorio di Pastorale Familiare, curando in particolar modo la formazione integrale di persone esperte per realizzare questo compito.

7. Per una cultura della famiglia e della vita

Educando i giovani all'amore e alla vita porremo le basi più solide per una cultura della famiglia e della vita. Ma questa funzione richiede l'impegno di tutti. Agli scienziati è affidato in modo speciale il compito di conservare il valore della vita nella "coscienza" dei ricercatori e della società. Come persone esperte, essi sono ascoltate dalla società, dai mezzi di comunicazione e dai politici. Per questo chiediamo loro di proclamare con coraggio il valore sacro della vita umana fin dal momento del concepimento e di non lasciarsi mai sedurre da possibilità contrarie all'etica.

I professionisti della salute hanno anche un altro compito importante. Spetta a loro infatti sostenere sempre la vita, rifiutare e denunciare ogni pratica che attenti all'integrità o alla vita delle persone, a quella dei più deboli come gli embrioni, i non nati, i disabili, gli anziani e malati terminali. A questo riguardo ricordiamo nuovamente l'opportunità di promuovere processi di adozione e raccomandare questa possibilità alle persone che considerano la possibilità di abortire. Facciamo appello altresì ai professionisti cattolici, specialmente dell'informazione, a far sentire la loro presenza nei mass me-

dia affinché in essi risuoni il messaggio del vangelo della vita.

Tutti i professionisti cristiani, a livello personale o associativo, devono esercitare la loro influenza in modo responsabile nella società e nella legislazione. È un segno di speranza vedere la presenza delle associazioni familiari nel dibattito sociale per promuovere i valori della famiglia e della vita. Esse, così facendo, contribuiscono in maniera efficace all'elaborazione di una politica familiare adeguata, di tanta urgente necessità, che faciliti l'accesso all'alloggio, a condizioni lavorative ed economiche compatibili con la paternità e la maternità, e che riguardi anche la disponibilità del tempo necessario per prendersi cura della famiglia e della vita come dono di Dio.

In questo senso ci esortava Giovanni Paolo II nella *Evangeliium Vitae*: "Per essere veramente un popolo al servizio della vita dobbiamo, con costanza e coraggio, proporre questi contenuti fin dal primo annuncio del Vangelo e, in seguito, *nella catechesi e nelle diverse forme di predicazione, nel dialogo personale e in ogni azione educativa*. Agli educatori, insegnanti, catechisti e teologi, spetta il compito di mettere in risalto le *ragioni antropologiche* che fondano e sostengono il rispetto di ogni vita umana. In tal modo, mentre faremo risplendere l'originale novità del *Vangelo della vita*, potremo aiutare tutti a scoprire anche alla luce della ragione e dell'esperienza, come il messaggio cristiano illumini pienamente l'uomo e il significato del suo essere ed esistere; troveremo preziosi punti di incontro e di dialogo anche con i non credenti, tutti insieme impegnati a far sorgere una nuova cultura della vita" (EV, 82).

8. Preghiera per la vita a Maria Immacolata

Vogliamo terminare questa messaggio in occasione del decennale dell'enciclica *Evangeliium Vitae* invocando Maria, madre dell'Amore, in questo anno che la Chiesa di Spagna

dedica al mistero della sua Immacolata Concezione. A lei affidiamo la causa della vita. Sotto la sua protezione poniamo le famiglie, i malati, i più deboli e minacciati, mentre invitiamo tutti i cristiani, e in particolare le famiglie, a rivolgere a Maria Immacolata, madre della vita, l'invocazione con cui il Papa Giovanni Paolo II chiude la sua enciclica:

“O Maria,
aurora del mondo nuovo,
Madre dei viventi,
affidiamo a Te la *causa della vita*:
guarda, o Madre, al numero sconfinato
di bimbi cui viene impedito di nascere,
di poveri cui è reso difficile vivere,
di uomini e donne vittime di disumana violenza,
di anziani e malati uccisi dall'indifferenza
o da una presunta pietà.
Fa' che quanti credono nel tuo Figlio
sappiano annunciare con franchezza e amore
agli uomini del nostro tempo il *Vangelo della vita*.
Ottieni loro la grazia di accoglierlo
come dono sempre nuovo,
la gioia di *celebrarlo* con gratitudine
in tutta la loro esistenza
e il coraggio di *testimoniarlo* con tenacia operosa,
per costruire,
insieme con tutti gli uomini di buona volontà,
la civiltà della verità
e dell'amore
a lode e gloria di Dio
creatore e amante della vita” (EV 105).

S.E. Mons. JULIAN BARRIO
BARRIO
Arcivescovo di Santiago
di Compostela,
Presidente della CEAS

S.E. Mons. JUAN ANTONIO
REIG PLA
Vescovo di Segorbe-Castellón,
Presidente della Sotto-commissione
per la Famiglia e la Difesa della Vita

S.E. Mons. JAVIER
MARTÍNEZ FERNÁNDEZ
Arcivescovo di Granada

S.E. Mons. FRANCISCO
GIL HELLÍN
Arcivescovo di Burgos

La società moderna in conflitto tra cultura di vita e cultura di morte

La società moderna vive conflitti che alcuni ritengono generazionali; altri pensano che siano dovuti alle diverse concezioni religiose; altri ancora li attribuiscono ai fondamentalismi, ai cosiddetti falchi che prevalgono sulle colombe. C'è chi vede la contrapposizione economica: i popoli della fame che interpellano i popoli opulenti, i paesi dell'Est e i paesi dell'Ovest, del Nord e del Sud del mondo. Tutto questo ha il suo peso enorme, ma il conflitto più grave, che oggi chiede di essere urgentemente risolto con sapienza e amore, è di carattere culturale. La società moderna si trova tra la cultura di vita, che la rende forte, e la cultura di morte, che la distrugge.

Prima ancora che a livello sociale, nel cuore dell'uomo si combattono accaniti duelli tra queste opposte culture. L'uomo può usare rettamente la sua intelligenza e la sua libertà; forte di Dio e fedele alla sua legge di amore, può perseverare nel bene e nella cultura della vita; docile alla misericordia divina, può ravvedersi, desistere dalle scelte di morte, non morire e vivere. Oppure potrebbe abusare anche della vita; fare il male e continuare a fare il male; compiere scelte di morte; indurre altri in errore; travolgere anche chi è giusto, ma debole. Farlo sua vittima.

L'amore per la vita e l'impegno per difendere e affermare la sua cultura sono richiesti per essere fedeli all'uomo, alla sua storia, a Dio. Il culto e la difesa della vita potrebbero essere riscoperti come luce che illumina il volto di ogni uomo di buona volontà, chiamato comunemente cristiano anonimo.

Ogni cristiano, anche anonimo, può essere portatore e realizzatore di questa promessa: "la terra desolata sarà ricoltivata"¹. Conforta applicare questa promessa alla terra del cuore dell'uomo. È però necessario che scaturiscano vigorosi impegni, per rispondere alle

necessità di redenzione e alle esigenze di amore che si possono vedere emergenti specialmente in uomini oppressi da tristezze e da lutti.

Nel "guazzabuglio" del cuore umano la cultura di morte è fomentata da poteri contro l'uomo; è insegnata anche da cattedre universitarie, quando occupate da criminali dello spirito; provoca i peggiori comportamenti di uomini e di popoli. Conseguenze successi infami, ma porta in se stessa la rovina e si autodistrugge. Dove consegue vittoria dissocia cuori, coscienze, popoli.

Certo, non si possono e non si devono imporre scelte di fede, ma affermare e difendere il diritto e il valore della vita è dovere di tutti, del credente e anche del non credente.

L'esperienza prova che il non credente incontra maggiori difficoltà a onorare questo dovere, non è però giusto cercare e offrire mediazioni culturali ingannatrici, con gravami di fatuità e di compromessi, con egoismi ipocriti disumani e cinici che si camuffano sotto sembianze di rispetto di coscienza, di libertà, di umanità, di tutela della donna, di sensibilità, di delicatezza, di buon cuore.

Non è mai lecito a nessuno uccidere, né, ancora peggio, legalizzare l'uccisione dell'innocente, specialmente se indifeso e inerme. Eppure sono milioni gli innocenti indifesi e inermi uccisi proditoriamente, con l'aborto. Il sangue innocente grida. Anche se non si è capaci di ascoltare il grido silenzioso degli uccisi, questa realtà è più tragica e più empia di tante guerre, calcolate nel loro insieme.

Altri milioni di persone umane sono uccise in molti modi: omicidio, suicidio, infanticidio, uxoricidio, parricidio, droga, alcool, armi, sport micidiali, giochi tragici, velocità e disgrazie sull'asfalto spesso intriso di sangue umano.

Altri milioni muoiono, sono

uccisi, per disperazione; per fame; per sete; per mancanza di soccorso, o per tardive o non adeguate cure mediche; per imperizia o negligenza; per insufficienza di personale sanitario, di posti letto, di attrezzature necessarie; per espanto di organi umani vitali prima che il paziente sia morto.

Queste situazioni tragiche contro la vita sono sotto gli occhi di tutti, ma c'è chi fa finta di non sapere. Vaneggia nel voler legiferare o far legiferare sull'accanimento terapeutico, sul testamento biologico, intesi non rettamente in modo scientifico, ma come strumenti di eutanasia, anche se passiva.

C'è chi cinicamente, invece di procurare pane a chi muore di fame, acqua all'assetato che muore di sete, sollievo a chi soffre, gli raccomanda e gli vuole imporre per legge di non fare indigestione, di togliere il disturbo di vederlo soffrire, di lasciarsi morire e di farsi uccidere.

In questa ottica perversa si disquisisce sulla qualità della vita e non sul suo valore; sul morire con dignità e non sul diritto di vivere e di essere aiutato a vivere per compiere, anche inconsapevolmente, la missione che è propria. La qualità della vita non si migliora sopprimendo la vita. Morire con dignità non significa assolutamente condannarsi o essere condannato a morte e ucciso per volontà propria o di altri o per legge.

A questo punto considero i ricoverati al Cottolengo di Torino, i paralizzati e bisognosi di tutto, i colpiti da sclerosi multipla progressiva, i dementi, gli affetti dal morbo di Alzheimer, i vecchi molto avanti negli anni, chi soffre del morbo di Parkinson; certamente, in modo cosciente o non cosciente, non vivono una buona qualità di vita fisica, né c'è speranza che la loro condizione fisica migliori. Diversa è la condizione di chi è in coma. L'esperienza insegna che fin-

ché c'è vita c'è speranza. Molti coma, ritenuti irreversibili, anche dopo anni, sono regrediti. Solo dopo la sua conclusione infausta si può dire scientificamente che il coma era irreversibile. In ogni caso, nessuno può privare di un po' di ossigeno, di acqua, di cibo necessario, chi, sia pure da molti anni, vive in coma profondo, o è giunto allo stadio terminale della sua infermità. Non vi può essere nessuna azione diretta o indiretta che acceleri la conclusione della vita.

Chiedo: quale criminale può decidere o legiferare di uccidere tutti e accelerare la morte, anche solo uno di questi nostri fratelli? Un medico mio amico mi disse: "Cosa vuoi che sia? Il medico prescrive una iniezione da fare quando termina il suo turno. Il giorno dopo ritorna e trova occupato da un altro il letto di quell'ammalato che è morto". Cioè di quell'ammalato ucciso e fatto uccidere da lui! Ho consigliato a quel medico di cambiare idea o di cambiare professione.

La vita vale sempre. Anche se sofferente, se incosciente, se economicamente non produttiva, se fisicamente menomata e non autonoma. Nessuno, proprio nessuno, può considerare, come Hitler, "bocca inutile" una persona. Hitler è stato sconfitto e condannato. Sembra però che oggi le sue idee criminali contro la vita siano purtroppo vincenti ed egemoni!

Ho evitato di presentare tabelle statistiche di vite umane uccise, sono molti e moltissimi milioni. La situazione è tragica e quantitativamente impressionante, ma anche una sola vita è capolavoro che vale più del mondo intero.

Si può sperare? La risposta è sì. La speranza non delude. Il sangue, specialmente quello innocente, può purificare e fecondare questa terra arida e di morte, può trasformarla in terra dove germoglia e fiorisce la cultura della vita. Infatti, ultima parola non è quella di coloro che uccidono il corpo, ma poi non possono più nulla² perché lo spirito è immortale!³

Oltre che in questo contesto è bene considerare la vita in un'ottica:

– di famiglia, realizzata nel disegno della creazione, della dignità, della fedeltà e fecondità, della santità, o tradita nella infedeltà, violata e deturpata in forme tragiche, assurde, empie;

– di Patria e di Stato, di strutture e di istituzioni, ben radicati nella propria cultura, fedeli a essa, o corrotti nelle peggiori esperienze storiche, senza radici, senza memoria, irriconoscenti, ribelli, sotto il dominio della cultura di morte;

– di sicurezza, pronta, anche con atti eroici, ad assicurare la verità, la libertà, la giustizia, la pace, o disposta ad avventurarsi nella trasgressività, indotta a giustificare e a compiere rivo-



luzioni, terrorismi, lotte armate, anche con tradimenti;

– di cultura nei suoi molteplici aspetti, con attività sostenute nelle loro nobili finalità, liberate dalla schiavitù della cultura di morte, o avversate e assoggettate a essa, pigramente rassegnate a subirla per quietismo e senza adeguati provvedimenti;

– di diritto e di giustizia con l'applicazione di leggi giuste per la tutela dell'innocente e per il ricupero dei colpevoli, o con la separazione tra diritto e giustizia con abusi di poteri e con metodi rigorosamente restrittivi o permissivi, a tutto vantaggio dei violenti e a danno degli onesti;

– di economia, secondo i principi della destinazione universale dei beni e del diritto di proprietà privata, o con la possessività egoista e schiavizzante, in situazioni non di benes-

sere comune, ma squilibrate con impoverimento e arricchimenti, sfruttamenti e avarizia, con fame e avidità.

Vita, famiglia, patria, sicurezza, cultura, giustizia, economia si innalzano come sette pilastri per il tempio della vita. È necessario costruirlo e non scavare sepolcri di morte. Tutti siamo chiamati a compiere questa opera di costruzione; a essere *popolo della vita e per la vita*.

Nella Chiesa tutti siamo invitati e impegnati a difendere la cultura della vita. A seguire Cristo. Chi sta in piedi, deve stare attento a non cadere⁴. Chi è privo di forze ed è caduto ricordi che, se vuole, con l'aiuto divino si possono rinnovare le sue forze⁵. Coloro che giacciono nella cultura di morte sentano urgente l'esortazione a scuotersi da quella loro condizione per risorgere dai morti e non opporsi a Cristo che li vuole illuminare e vuole risplendere su di loro⁶.

Per potersi rialzare, per non cadere, per preservarsi e salvarsi da errori e da culture di morte, ci sono la Parola di Dio e i Sacramenti, c'è il Magistero della Chiesa, c'è la potenza divina della preghiera. È preziosa la testimonianza cristiana di uomini e di donne, di giovani, di vecchi e di bambini, di dotti e di ignoranti, che illuminati e resi forti dalla grazia divina sono eroici Maestri e Testimoni, cultori e difensori della vita. Questi non cadono, restano in piedi, oppure, se cadono, confidano nella misericordia di Dio⁷ e subito sono rialzati, si rialzano, permangono intrepidi fino al martirio.

Tutti possono sentire rivolta a se stessi un'esortazione mordace di Herder: "Lavoriamo, fratelli miei, con animo coraggioso e giocondo, magari in mezzo alla nube: giacché lavoriamo per un grande avvenire. E poniamoci uno scopo quanto ci è possibile puro, chiaro, senza scorie: ora infatti andiamo correndo tra fuochi fatui, nella luce del crepuscolo, nella foschia"⁸. Dopo aver riportato questa espressione graffiante, è doveroso notare che la luce del Magistero della Chiesa ci illumina sempre di infinito, di

eterno. Rafforza la nostra fede in Cristo che è venuto per salvare il mondo⁹, è il Salvatore del mondo¹⁰, ha dato se stesso per la vita del mondo¹¹.

A tutti è donata la grazia per la maturazione di coscienza nel rispetto della vita; per l'educazione alla libertà; per riparare il male eventualmente fatto; per incontrare Cristo che è venuto a donare la vita in abbondanza: "Io sono venuto perché abbiano la vita e l'abbiano in abbondanza"¹².

In questo mistero di vita e di salvezza bisogna che tutti ci incoraggiamo e ci onoriamo. Idealmente rivivo quanto è avvenuto con il Grande Giubileo del 2000 che ha segnato il trionfo della cultura della vita: i Pellegrini del Giubileo giunti a Roma sono stati accolti con amore dal grande Giovanni Paolo II, che li ha gratificati secondo le rispettive categorie, li ha benedetti, indirizzati, avvicinati tutti a Gesù Cristo Dio, Via, Verità, Vita¹³.

È perciò coerente che la Chiesa ancora una volta in modo solenne abbia proclamato che Gesù è il Signore¹⁴, e nel cuore dell'uomo ha trovato risonanza ed è rimbalzato nella sua casa e nel mondo "l'Alleluja del Vivente, che ridesta una nuova primavera per la

storia"¹⁵. Ogni uomo attende la nuova primavera, quella della cultura della vita, che conseguirà il suo pieno trionfo nella primavera della risurrezione dei corpi.

Per la risurrezione nella gloria è necessario che sia ben compiuto l'approdo alla vita eterna. I modelli esemplari non mancano. Ognuno può ricordare e imitare.

Ho presente l'approdo del Card. Corrado Ursi alla vita eterna e ricordo quanto raccomanda l'Autore della Lettera agli Ebrei: "Ricordatevi dei vostri capi, i quali vi hanno annunciato la parola di Dio; considerando attentamente l'esito del loro tenore di vita, imitate la fede. Gesù Cristo è lo stesso ieri, oggi e sempre! Non lasciatevi sviare da dottrine varie e peregrine, perché è bene che il cuore venga rinsaldato per mezzo della grazia"¹⁶.

Dottrina varia e peregrina è la cultura di morte. Essa agita e tenta ogni uomo, spesso frastornato tra la cultura della vita e la cultura di morte. Chi ama la vita è edificato nell'onnipotenza della grazia e dalla testimonianza dei capi, partecipa alla vittoria della cultura della vita, al trionfo di Cristo Dio.

Nelle scelte che siamo chiamati a compiere tra la cultura

della vita o cultura di morte, non siamo lasciati in balia di noi stessi, ci guida Cristo, ci prende per mano la Vergine Santa, Madre dei viventi, Madre della Chiesa. Nella Chiesa, con la luce e la forza dello Spirito Santo, ci guida il Papa, difensore della vita, insieme ai Pastori in comunione con lui.

Mons. VINCENZO DI MURO
Italia

Note

¹ Ez 36,34.

² Cfr. *Mt* 10,28; *Lc* 12,4.

³ Cfr. *Sap* 2,23; 3,2-5; *Lc* 20,35-36; *1Cor* 15,53; 2 *Tim* 1,10.

⁴ Cfr. *1Cor* 10,12.

⁵ Cfr. *Is* 40,31.

⁶ Cfr. *Ef* 5,14.

⁷ Cfr. S. BENEDICTI, *Regula Monasteriorum*, cap. IV.

⁸ J. G. HERDER, *Ancora una filosofia della storia per l'educazione dell'umanità*, trad. di F. Venturi, Torino 1971, p. 118.

⁹ Cfr. *Gv* 12,47.

¹⁰ Cfr. *Gv* 4,42.

¹¹ Cfr. *Gv* 6,51.

¹² Cfr. *Gv* 10,10.

¹³ Cfr. *Gv* 14,6.

¹⁴ CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dominus Iesus*, Vaticano 2000.

¹⁵ C. URSI. (card.), *La morte e la vita in duello*, in *Una vita in dono*, Napoli 1981, p. 457.

¹⁶ Eb 13,7-9.



La prigione e le condizioni favorevoli alla depressione

1. Introduzione

La depressione è una malattia che è stata oggetto di ampio studio specialmente in anni recenti. Ci sono, tuttavia, alcune condizioni che la favoriscono, ma che fondamentalmente non vengono affrontate. Benché ogni malattia (i.e. i suoi sintomi) sia di natura universale, ciò non significa che una determinata patologia non sia condizionata da circostanze che ne intensificano o ne dirigono l'andamento. Nel caso della depressione, essa è specificamente condizionata dall'isolamento della prigione. Lo scopo quindi di questo intervento è quello di presentare questa correlazione.

Secondo lo *Słownik psychologiczny* ["Dizionario Psicologico"], la depressione è "una inibizione, in varia misura, dell'attività mentale dell'uomo, che si manifesta con un sentimento di abbattimento generale e con frequenti comportamenti illusori" (Szewczuk 1985, p. 56). Una più ampia descrizione della depressione è stata data da Norbert Sillamy, che la definisce come "uno stato patologico più o meno prolungato, caratterizzato da tristezza, diminuzione dei toni e da mancanza di energia. Coloro che soffrono di depressione sono apprensivi, devitalizzati e scoraggiati, incapaci di affrontare anche la più piccola difficoltà, e per questo non presentano nessuna iniziativa propria. Soffrendo di sfiducia nelle proprie capacità, essi hanno l'impressione coincidente che la loro intelligenza, e la loro attenzione e memoria in particolare, si sono deteriorate." (Sillamy 1995, p. 50).

Tuttavia, il compito di questo intervento non è quello di definire la depressione. Le definizioni generali di cui sopra sono state usate solo come punto di riferimento per la discussione che segue.

2. L'isolamento carcerario e i tipi di depressione

L'isolamento carcerario, anche nel caso del criminale più spietato, è legato allo stress e allo choc esistenziale. Esso non si applica a quegli individui che si sentono soddisfatti nelle condizioni carcerarie, il che, tuttavia, è causa di una certa psicopatologia.

Nei carcerati – come popolazione intesa globalmente – l'istinto di autoconservazione è minore rispetto ad altre persone (Szaszkiwicz 1997, p. 117). Esso è connesso con una socializzazione disturbata e con l'impatto dello stile di vita criminale. Un giovane che cresce in una famiglia dove aggressioni e violenze sono quotidiane, si abitua a questa situazione. Ciò, successivamente, porta a una diminuzione del significato della vita (e perfino dell'esperienza). Questo sintomo, combinato con i sintomi depressivi, può costituire un accumulo pericoloso (anche nel senso di comportamenti tendenti al suicidio) che rappresentano una minaccia per la vita del prigioniero.

Si possono osservare vari tipi di depressione, sulle cui divisioni si può essere d'accordo in maggiore o minore misura. È significativo, tuttavia, che la psichiatria clinica classifichi la depressione tra le malattie affettive (Kaplan, Sadock 1990).

L'affettività è "una reazione emotiva di forte intensità" (Sillamy 1995, p. 12) che riduce il controllo del proprio comportamento. Come risultato, un individuo diventa sempre più aggressivo, usa un linguaggio volgare, va in collera e, alla fine, ricorre alla violenza. Mentre non è capace di usare la violenza verso un'altra persona, egli può tentare di automutilarsi o cadere in uno stato di privazione o depressione.

Quando scrivono sulle malattie affettive, psicologi e psichiatri fanno riferimento a Emil Kraepelin, che nel 1899 ha introdotto il termine di psicosi maniaco-depressiva (poi descritta come ciclofrenia) nella psichiatria clinica (Sulestrowska, 2000, p. 267). Le malattie affettive sono caratterizzate dalla comparsa di disturbi dell'umore quali abbassamento del tono dell'umore (depressione) o suo innalzamento (mania). Tra queste, occorre differenziare tra disturbi bipolari (maniaco-depressivi, i.e. ciclofrenia) e disturbi monopolari (depressivi).

A parte ogni condizionamento individuale, la prigione – almeno su base teorica – sembra essere un ambiente naturale per lo sviluppo di psicosi bipolari, maniaco-depressive. Le emozioni primarie dei prigionieri sono aggressione, paura (benché questa emozione non sia facilmente ammessa), rabbia e ansia (Kosewski, 1979). Esse possono aumentare al livello di mania, particolarmente in una situazione di vendetta – coartata direttamente dalle condizioni carcerarie. Nel caso di impossibilità a vendicarsi, il prigioniero può cadere in stati depressivi, che si manifestano con avvilitamento e scoraggiamento per la sua situazione attuale (inclusa la necessità di sopportare la dura realtà del carcere).

Dalla ricerca da me condotta per diversi anni mediante – tra l'altro – il metodo dell'osservazione partecipata, è risultato che la riabilitazione in condizioni carcerarie dovrebbe essere basata su una terapia diretta anzitutto alla propria vita emotiva – che, di conseguenza, è legata all'aspetto affettivo della depressione. Il trattamento di tali disordini deve essere preceduto dall'acquisizione del necessario riconoscimento della ma-

lattia verificatasi nella famiglia di un dato prigioniero – come, secondo i testi (Angst, 1966), il soffrire di malattie affettive deriva in gran parte da fattori genetici.

3. Depressione e autoaggressione in prigione

L'auto-aggressione in prigione può avere una genesi complicata e presentare molteplici forme (Szaszkiwicz 1987, pp. 103-121). Il solo fatto di essere in prigione, mettendo da parte la questione della responsabilità o di una giusta punizione, è avvertito come un'interferenza umiliante con la libertà umana. Le abitudini personali vengono sconvolte dalla necessità di conformarsi ai regolamenti carcerari. Monotonia, noia, mancanza di autonomia e di privacy, come pure deterioramento sensoriale, stanno a indicare un sentimento depressivo di mancanza di opportunità di vita quali la soddisfazione dei propri bisogni, il ricevere impressioni interessanti e l'acquisire esperienze. Tutti i fattori menzionati danno luogo a frustrazione, che, a sua volta, alimenta l'aggressione. Diversi decenni fa (Dollard, Doob, Miller, Mowrer, Sears 1938) fu formulata la tesi secondo la quale l'aggressione – quanto è impossibile da applicare – si può trasformare in autoaggressione.

I sopra menzionati motivi per l'autoaggressione in condizioni di isolamento carcerario possono anche essere responsabili dell'approfondimento degli stati depressivi. Il prigioniero che soffre di uno stato di mania – il cui livello può essere ulteriormente aumentato da droga, alcol, o da un tè molto forte (i.e. tutte cose queste che possono essere facilmente reperibili in prigione) o dalla propria intenzione di farsi ben volere dalla sottocultura della prigione – commette atti di autoaggressione che, secondo lui, possono essere efficaci per superare non solo il suo umore mutevole, ma anche il suo stato de-

pressivo. Esistono vari tipi di atti di autoaggressione, e tutti si riferiscono a danni autoinflitti quali lacerazioni, ingestione di corpi estranei, autoavvelenamento, ferite ai bulbi oculari, sanguinamenti, infezioni autoprovocate, ferite alla testa, scioperi della fame, ecc.

Bisogna essere consapevoli della possibilità di atti di autoaggressione nel caso di prigionieri sofferenti di disturbi depressivi, commessi con l'intenzione di autopunirsi. Sanecka (1984) descrive il caso di un uomo che si era auto-castrato (l'individuo, tuttavia, non era un prigioniero). L'atto era il risultato delle sue esperienze emotive – conseguenza della sua difficile situazione familiare, che aveva sviluppato un senso profondo di colpevolezza per i problemi che erano sorti. Alla fine, egli decise di doversi autopunire.

Gli individui che commettono atti di aggressione su se stessi sono generalmente caratterizzati da una debolezza patologica del loro istinto di autoconservazione, che può anche essere sintomo di depressione. Comunque, è certo che l'autoaggressione in prigione ha un background psicologico molto più ampio e può non essere sempre legata a disturbi depressivi. Ci sono prigionieri per i quali l'autoaggressione è il fine ultimo delle loro inclinazioni masochistiche. Essi in genere non sono consapevoli di quelle esperienze e le considerano largamente incomprensibili, ed è per questo che cercano un pretesto per compiere questi atti, il più estremo dei quali è il suicidio.

4. Depressione e suicidio in prigione

Il suicidio è un fenomeno molto complesso, commesso da persone di razze e culture differenti e in tutte le epoche storiche. L'argomento del suicidio è affrontato da diverse discipline scientifiche, quali sociologia, psicologia, psichiatria, medicina forense, criminologia, filosofia e teologia. Inoltre, la seconda metà

del secolo ventesimo ha visto la nascita di una nuova disciplina scientifica – la suicidologia – che pone l'attenzione essenzialmente sulla questione del suicidio. Shneidman, uno degli ideatori di questa disciplina, elenca dieci caratteristiche comuni in tutti coloro che commettono suicidio (Shneidman in Płużek, 1991, pp. 128-129), e cioè:

- 1) il motivo – la ricerca di una soluzione al problema;
- 2) l'obiettivo – la cessazione della coscienza – per evitare di pensare alle difficoltà dell'esistenza;
- 3) lo stimolo – che risulta in un dolore psicologico insopportabile;
- 4) la causa dello stress – bisogni psicologici frustrati;
- 5) lo stato emotivo – il senso di impotenza e disperazione;
- 6) l'atteggiamento interno – l'ambivalenza circa la vita, ad es. la voglia di vivere accompagnata dalla volontà di morire (l'atteggiamento "verso la vita" con un approccio simultaneo "via dalla vita");
- 7) lo stato cognitivo – la costrizione degli orizzonti;
- 8) il tipo di azione – fuga;
- 9) l'atto interpersonale – la comunicazione dell'intenzione di suicidarsi;
- 10) la coerenza – con la maniera di trattare situazioni difficili attraverso tutta la vita.

Alcune di queste caratteristiche possono anche riferirsi alla depressione e al fatto di stare in carcere. Gli psicologi sono unanimi nell'affermare che i suicidi sono associati a sindromi di nevrosi, disturbi del carattere, difficoltà adolescenziali, sindromi depressive e alcolismo. Di conseguenza, un detenuto concentra tutti questi disturbi su se stesso a un grado molto più alto rispetto a ogni altra persona.

Un altro fattore di primaria importanza nelle condizioni di isolamento carcerario è il tipo di crimine commesso. Di fatto, i prigionieri mostrano atteggiamenti particolarmente ostili verso i loro compagni di prigione che hanno commesso crimini sessuali nei confronti dei bambini. Una volta in prigione e soggetto a perse-

cuzioni intense, il perpetrare di tali offese si preoccupa della propria vita, e ciò, a sua volta, può essere causa di depressione. La gerarchia dei valori dei prigionieri – specialmente nel caso di prigionieri che mostrano i sintomi di disturbi psicopatici – si basa largamente su specifici obiettivi a breve termine. Quando la possibilità di realizzarli si blocca, diventa più facile la comparsa di tali disturbi.

5. Depressione e l'altra vita della prigione

L'altra vita della prigione può essere descritta come un sistema di mutuo riferimento tra i prigionieri stessi, come pure tra di loro e le guardie

questa organizzazione sono: a) la lotta contro la legge e le sue istituzioni, anzitutto contro la polizia e le guardie carcerarie; b) la solidarietà tra il gruppo; c) la protezione della dignità “umana” e dell'onore. La realizzazione di questi scopi è assicurata da regole, i.e. norme all'interno del “codice di condotta umana”. Le due norme più importanti stabiliscono che è proibito “fare la spia” e “i rapporti sessuali tra i prigionieri appartenenti agli esseri umani”. Poiché essere oggetto di rapporti omosessuali non è permesso, il codice della prigione permette i rapporti tra “umani” e “subumani” – in cui questi possono assumere solo un atteggiamento passivo. Gli “umani” fanno ogni sforzo per seguire il modello di un uomo duro,

tuttavia, molti carcerati – nemmeno per i reati sessuali – scelgono di non appartenere alla categoria degli “umani”, considerando il sistema stupido e illogico. In questo modo, tuttavia, si condannano a una certa pressione, anche mentale, da parte degli “umani”. Essendo soggetti a tale pressione, essi possono facilmente soffrire di frequenti crolli nervosi che, a loro volta, possono essere correlati con il tasso di morbosità della depressione.

6. Conclusione

Come psico-criminologo, ho condotto la mia ricerca tra i prigionieri per diversi anni. Oltre a questo, lavoro anche come cappellano della prigione. Queste due circostanze mi hanno fatto includere alcune indicazioni basilari a uso dei cappellani della prigione e di ogni altro membro dello staff.

Parte della mia ricerca riguardava i rapporti tra la personalità dei prigionieri e i loro atteggiamenti nei confronti della Cappellania Penitenziaria (Woźniak 2002, pp. 105-108). Nella ricerca è stato usato il Questionario della Personalità di Catell, la Scala delle Nevrosi di Geras, e la Scala degli Atteggiamenti verso la Cappellania Penitenziaria di Woźniak, redatto in special modo per questa ricerca. Essa ha riguardato 400 reclusi. Sulla base dei risultati ottenuti, grazie all'ausilio della Scala degli Atteggiamenti verso la Cappellania Penitenziaria, i prigionieri sono stati divisi in due gruppi – quelli con forti atteggiamenti positivi verso la Cappellania Penitenziaria (100 persone) e quelli che mostrano invece forti atteggiamenti negativi (100 persone). È risultato che i prigionieri con atteggiamenti positivi verso la Cappellania Penitenziaria cercheranno sostegno in un'équipe della cappellania, al fine di ridurre il loro atteggiamento nevrotico, la loro apprensione e la mancanza di fiducia in se stessi. Queste caratteristiche possono essere legate a un fattore molto significativo della propria vita religiosa – e



carcerarie (Szaskiewicz 1997; Moczydłowski 1991). A parte le distinzioni che si riferiscono a questo fenomeno tra singoli paesi, occorre indicare le principali caratteristiche che la distinguono – i.e. la divisione dei prigionieri in due categorie: i degni e gli indegni, o, in altri termini, i cosiddetti “umani” e i “subumani”. I carcerati appartenenti alla categoria degli “esseri umani” costituiscono un'organizzazione che tende alla realizzazione di determinati obiettivi. I tre obiettivi superiori formulati dai membri di

forte, risoluto e intransigente conquistatore dei suoi nemici e dell'odiatissima legge.

Non tutti i prigionieri possono essere ammessi nella categoria degli “umani”. Un pedofilo, ad esempio, non sarà mai accettato come membro di questo gruppo, mentre invece lo sarà un assassino. Quando parlano con me, gli assassini asseriscono spesso di aver ucciso una persona, ma ammettono che non farebbero mai del male ad un bambino. A questo riguardo, gli “umani” possiedono una propria peculiare “moralità”. Pur

cioè il senso di colpa e di rimorso. Nel caso dei prigionieri, il loro senso di colpa è spesso disturbato. Per alleviare la situazione, la cappellania dovrebbe svolgere funzioni terapeutiche e sananti verso questi prigionieri, oltre alle funzioni tipiche di salvezza. Invece, i prigionieri con forti atteggiamenti negativi verso la Cappellania sono caratterizzati da un forte ego, dal bisogno di dominio e aggressione, e dal potere di resistenza in situazioni di pericolo. Inoltre, gli individui di questo tipo sono generalmente freddi e distanti, e mostrano indipendenza di azioni e pensieri. Queste caratteristiche possono essere indicative di forti sistemi nervosi.

Le suddette osservazioni possono, in una certa misura, essere riferite ai prigionieri depressi (i.e. inclini alla depressione). Infatti, è sbagliato affermare che i prigionieri depressi sono più religiosi di quelli che non sono depressi. Non ho ancora condotto nessuna ricerca diagnostica sulla depressione in condizioni di isolamento carcerario, ma, negli ultimi anni, ho compiuto studi tra i prigionieri me-

dante il metodo dell'osservazione partecipata. Dai risultati ottenuti credo di aver acquisito una certa competenza per poter affermare che i prigionieri depressi (compresi i non credenti) ricorrono ai cappellani in cerca di sostegno e assistenza. Tuttavia, la depressione è direttamente legata all'apprensione, alla mancanza di fiducia nelle proprie capacità e a un senso distorto della colpevolezza. Pertanto il cappellano dovrebbe conoscere le condizioni favorevoli alla depressione in situazioni carcerarie, quali disordini affetti, tentativi di superare la depressione con l'autoaggressione, relazione tra depressione e tendenze al suicidio, come pure l'altra vita della prigione.

Infine, occorre indicare un altro punto importante. Il cappellano dovrebbe restare in costante contatto con lo psicologo del carcere e costituire un ponte permanente tra lui e i prigionieri in cerca di assistenza professionale.

P. WALDEMAR WOŹNIAK

*Istituto di Psicologia
Università Cardinal Stefan Wyszyński,
Varsavia, Polonia*

Bibliografia

ANGST J., *Zur Ätiologie und nosologie endogener depressiver Psychosen*, Berlin - Heidelberg - New York: Springer (1966).

DOLLARD J., DOOB L.V., MILLER N.E., MOWRER O.K., SEARS R.R., *Frustration and Aggression*, New Haven: Yale University Press (1938).

KAPLAN H.I., SADOCK B.J., *Pocket Handbook of Clinical Psychiatry*, Baltimore - Hong Kong - London - Munich - Philadelphia - Sydney - Tokyo: Williams & Wilkins (1990).

KOSEWSKI M., 'The Prison as an Aggressive Social Organisation'. In: S. FESHACH, A. FRĄCZEK (eds.), *Aggression and Behavior Change. Biological and Social Processes*, New York: Praeger (1979).

MOCZYDŁOWSKI P., *Secret Life in Polish Prisons*, Indiana: Indiana University Press (1991).

PLUŻEK Z., *Psychologia pastoralna*, Kraków: Instytut Teologiczny Księży Misjonarzy (1991).

SANECKA B., 'Samouszkodzenia genitaliów u mężczyzn', *Psychiatria Polska*, 5 (1984).

SILLAMY N., *Słownik psychologii*, Katowice: Wydawnictwo 'Książnica' (1995).

SULESTROWSKA H., *Choroby afektywne*. In: A. POPIELARSKA, M. POPIELARSKA (eds.), *Psychiatria wieku rozwojowego*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL (2000).

SZASZKIEWICZ M., *Tajemnice grypskerki*, Kraków: Wydawnictwo Instytutu Ekspertyz Sądowych (1997).

SZEWCUK W. (ed.), *Słownik psychologii*, Warszawa: Wiedza Powszechna (1985).

WOŹNIAK W., Postawy więźniów wobec duszpasterstwa penitencjarnego a ich osobowość, In: A. GROCHOWSKA (ed.), *Wokół psychologii osobowości*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego (2002).



Tre santi medici del nostro tempo: Giuseppe Moscati, Riccardo Pampuri e Gianna Beretta Molla

I rapporti tra la figura del medico e quella del santo sono stati così sintetizzati da Adalberto Pazzini (1898-1975) nel volume *I santi nella Storia della medicina* (1937):

“I Santi medici dei primi secoli sono, per la storia della medicina, entità negative, dimostranti il concetto, nella primissima psicologia cristiana della inutilità dell’arte umana di fronte alla potenza della grazia.

Solo in un secondo momento psicologico si addiverrà ad un accomodamento e allora la scienza umana risorgerà non distrutta, ma corroborata in molti punti dall’elemento religioso.

E allora si avranno Santi che, oltre alla santità ebbero un reale valore scientifico”.

Pazzini nella suddetta opera ha trattato prevalentemente di santi e beati del più remoto passato (vissuti in epoca imperiale romana, medioevale e rinascimentale), alcuni dei quali possono essere considerati più medici dell’anima che del corpo e per molti dei quali la biografia tende a sfumare nell’agiografia. L’autore si è soffermato infine su alcuni santi che nei secoli XVI-XVII fondarono ordini ospedalieri, come S. Giovanni di Dio (1495-1550), o istituzioni assistenziali, come S. Vincenzo de’ Paoli (1581-1660), trascurando completamente il panorama più recente.

Fu invece in epoca più moderna che cominciarono a comparire personaggi giunti alla santità svolgendo attività medico-scientifica; uno dei primi santi medici in tale accezione del termine può essere considerato Niccolò Stenone (1638-1686), oggetto di un precedente articolo. Fu però in epoca ancora più recente che arrivarono agli onori degli altari medici, i quali dimostrarono la loro santità non attraverso azioni meravigliose ed eccezionali, oppure attraverso particolari capacità taumaturgiche, bensì esercitando in modo eroico la carità nel

corso di una quotidiana attività professionale, sovente rimanendo allo stato laicale.

I tre medici oggetto del presente articolo seppero appunto declinare la loro religiosità e raggiungere la santità attraverso delle esistenze abbastanza comuni e normali (professore universitario e libero professionista l’uno, medico condotto e poi frate ospedaliero un altro, medico mutualista e madre di famiglia un’altra ancora).

Giuseppe Moscati

Il santo nacque a Benevento il 25 luglio 1880, settimo di nove fratelli, da Francesco, magistrato di nobili origini, e da Rosa de Luca dei Marchesi di Roseto. La famiglia, dopo un breve soggiorno ad Ancona, si trasferì definitivamente a Napoli nel 1884 quando Francesco Moscati divenne Consigliere di Corte d’Appello nel capoluogo campano. Come era usanza nelle famiglie benestanti dell’epoca, il piccolo Giuseppe ricevette una prima educazione in casa a opera di un precettore; ultimate le elementari passò alla scuola pubblica, dove frequentò il ginnasio e poi il liceo, raggiungendo infine la maturità classica nel 1897. Alla fine di quello stesso anno il giovane perse il padre, deceduto a dicembre per emorragia cerebrale.

Forse condizionato da una disgrazia capitata nel frattempo ad un fratello maggiore (Alberto, il secondogenito, durante il servizio militare aveva riportato cadendo da cavallo un grave trauma cranico, esitato in epilessia jacksoniana), Giuseppe si iscrisse alla facoltà di Medicina e Chirurgia. Mentre frequentava le aule dell’ateneo partenopeo attendendo con impegno e profitto agli studi (alla fine del primo anno di corso si meritò un premio per il miglior esame sostenuto in zoologia), il giovane studente continuava un cam-

mino di spiritualità già intrapreso da tempo, trovando sempre un po’ di tempo da dedicare alla preghiera o alla meditazione e accostandosi spesso ai sacramenti, pur frequentando degli ambienti scientifici allora imbevuti di materialismo e ateismo.

Moscati conseguì la laurea il 4 agosto 1903 col massimo dei voti, discutendo coi professori Giuseppe Albini e Pasquale Malerba una tesi sperimentale sulla Ureogenesi epatica ritenuta degna di pubblicazione da parte dell’università. Appena cinque mesi dopo la laurea il giovane dottore divenne, a seguito di pubblico concorso, “coadiutore straordinario” presso l’Ospedale degli Incurabili, occupandosi tra l’altro dell’assistenza ai malati affetti da rabbia. Durante l’eruzione del Vesuvio, nella primavera del 1906, accorse volontariamente all’ospedale geriatrico di Torre del Greco, succursale periferica dell’Ospedale degli Incurabili, per provvedere allo sgombero dei malati, prodigandosi per molte ore insieme al personale infermieristico nel portare in salvo tutti i ricoverati prima del crollo dell’edificio. Moscati pubblicava intanto i primi lavori scientifici aventi per argomento le ricerche di chimica fisiologica da lui effettuate in corsia e in laboratorio. Nella primavera-estate del 1911 il giovane medico risultò vincitore in un pubblico concorso presso l’Ospedale degli Incurabili per “coadiutore ordinario” (equivalente al ruolo di primario); nello stesso periodo conseguì la libera docenza in Chimica fisiologica e venne accolto come socio aggregato nella Accademia medico-chirurgica napoletana. Nel medesimo anno si prodigò nella lotta all’epidemia di colera che aveva colpito la città partenopea, accorrendo ovunque fosse richiesto il suo intervento (dalle commissioni igienico-sanitarie alle case dei quartieri popolari). Durante la

prima guerra mondiale venne affidato a Moscati, chiamato nell'esercito col grado di maggiore medico, il reparto militare dell'Ospedale degli Incurabili. A partire dal 1911, tenne lezioni nel medesimo ospedale come libero docente di Chimica fisiologica, incaricato di un corso di "Indagini di laboratorio applicate alla clinica" e di un corso di "Chimica applicata alla clinica"; nel 1920 venne infine chiamato a tenere il corso ufficiale di Chimica clinica nella Facoltà medica dell'ateneo napoletano, ottenendo nel 1922 il conferimento per titoli della libera docenza in Clinica medica.

Nel frattempo Moscati aveva intensificato la sua produzione scientifica pubblicando articoli su varie riviste mediche, tra cui la "Riforma medica" della quale divenne dapprima collaboratore fisso, come recensore di lavori apparsi su giornali inglesi e tedeschi, e infine redattore. Si possono citare, tra le sue numerose pubblicazioni: *Indagine chimico-fisica del peptone nell'urina* (1910), *Azione della chinina sull'autolisi epatica e splenica* (1910), *Peritonite tubercolare sperimentale nei cani sani ed ipofiso-privi* (1915), *La determinazione della quantità del sangue con il metodo ottico. II Studio sulla quantità del sangue in alcune nefriti* (1922, in collaborazione col suo allievo Giuseppe Napoletano). Sono inoltre da ricordare il Necrologio (1923) del Direttore generale degli Ospedali Riuniti, professor Michele Pietravalle, aggredito e ucciso da uno sconosciuto sotto casa (nei pressi dell'abitazione di Moscati), e un saggio storico sul medico napoletano Giovanni Alfonso Borelli (1608-1679) intitolato *Il primo padre della medicina nuova* (1924).

Il professor Moscati svolgeva anche un'attività libero professionale nella sua casa di via Cisterna dell'Olio, dove accorrevano parecchi pazienti, attratti dalla sua notorietà e dalla sua reputazione di acuto clinico. Ebbe a visitare tra gli altri, nell'estate del 1921, il famoso tenore Enrico Caruso giunto in Italia dopo che i medici statunitensi non avevano saputo diagnosticare il male che lo affliggeva da qualche tempo. Il professore interpretò correttamente

la sintomatologia come espressione di un ascesso subfrenico, ma non riuscì a salvare il cantante lirico per lo stato settico ormai instauratosi.

Moscati mantenne durante tutta la vita una profonda religiosità, che si manifestava non solo nelle pratiche devozionali (iniziava la giornata recandosi a Messa di prima mattina ed accostandosi alla Comunione) e nello stile di vita (viveva molto modestamente e disdegnava onori e guadagni), ma anche nella quotidiana attività professionale, rifiutando di farsi pagare dai pazienti bisognosi ai quali anzi consegnava spesso medicinali o somme di denaro e accompagnando sempre nel rapporto col malato l'assistenza spirituale all'assistenza sanitaria. Nell'estate del 1923 di ritorno da un viaggio ad Edimburgo, programmato con alcuni colleghi napoletani per partecipare al Congresso Internazionale di Fisiologia, lasciò i compagni per recarsi a Lourdes dove soggiornò due giorni.

Nel primo pomeriggio del 12 aprile 1927, poco dopo aver terminato una visita nel suo studio privato, Giuseppe Moscati moriva per una crisi cardiaca. Il collega Gaetano Quagliarello così lo ricordava sulle pagine della rivista "Archivio di Scienze biologiche": "La fede che illuminava la sua vita, tutta dedicata alla scienza, alla scuola e al sollievo delle umane sofferenze, la serena letizia della sua coscienza che si traduceva nella dolcezza del suo sorriso, l'elevatezza cristiana dei suoi sentimenti, gli conferivano un fascino particolare che aveva il potere di infondere in quanti a lui si rivolgevano la speranza nella giustizia e la sicura fiducia nel bene". Le spoglie mortali del santo medico (beatificato nel 1975 e canonizzato nel 1987) riposano dal 1930 nella chiesa napoletana del Gesù Nuovo, oggetto da sempre di intensa devozione e continuo pellegrinaggio.

Riccardo Pampuri

Il santo nacque a Trivulzio, piccolo paese agricolo al confine tra la provincia di Milano e quella di Pavia, il 2 agosto 1897 da Innocente, negoziante

di vino, e da Angela Campari, di famiglia benestante. Il piccolo, battezzato col nome di Erminio e decimo di undici fratelli, non ebbe un'infanzia felice. Quando aveva appena 3 anni perse la madre, morta di tubercolosi all'età di 44, e quando aveva 10 anni perse per incidente stradale il padre, buon bevitore e di carattere irascibile. Poco dopo essere rimasto orfano di madre, Erminio, chiamato in famiglia anche Emilio, venne affidato alla zia materna che abitava nel vicino paese di Torrino e il cui marito era medico condotto a Trivulzio; nella nuova casa al centro di un esteso fondo agrario vivevano, oltre alla domestica, anche il nonno materno e due prozii. Il bambino, che era stato educato cristianamente all'interno della sua nuova famiglia, dovette recarsi in due paesi vicini per frequentare le elementari, non essendoci a Torrino alcun edificio scolastico. All'età di 11 anni si trasferì a Milano per frequentare il ginnasio, ospite del fratello maggiore Ferdinando; successivamente venne mandato dagli zii di Torrino a Pavia presso il collegio S. Agostino dove rimase come interno per 6 anni fino al conseguimento della maturità classica.

Durante gli anni del ginnasio e del liceo il giovane aveva ulteriormente coltivato la sua spiritualità (si confessava e comunicava tutti i giorni) e aveva più volte confidato alla sorella Longina Maria, suora missionaria in Egitto, la sua aspirazione a diventare sacerdote. Decise di iscriversi alla facoltà di Medicina e Chirurgia nell'ateneo pavese, probabilmente influenzato in questo dal fatto di avere uno zio dottore che lo avrebbe avviato alla professione, ma anche sospinto dal desiderio di svolgere un'attività lavorativa che lo ponesse al servizio del prossimo. Da universitario continuò a frequentare gli ambienti cattolici, distinguendosi in opere di carità e di apostolato fino a quando nella primavera del 1917 venne chiamato alle armi e inviato in zona di guerra come "aiutante di sanità". Il giovane assolse il suo nuovo compito col consueto spirito caritativo; si meritò addirittura una medaglia al valor militare e la nomina a sergente quando durante la

ritirata di Caporetto riuscì da solo, sotto la pioggia e il fuoco nemico, a caricare su una carretta trainata da una mucca tutto il materiale sanitario che i suoi compagni avevano abbandonato e a portarlo così in salvo entro la prima linea. Nei mesi successivi Pampuri, avendo riportato da tale episodio una pleurite, godette di frequenti periodi di licenza e venne distaccato in zone non interessate dalle operazioni militari, così da poter attendere con relativa tranquillità agli studi universitari; fu infine congedato dall'esercito nella primavera del 1920 col grado di sergente maggiore. Un anno più tardi, il 6 luglio 1921, si laureò a pieni voti presso l'Università di Pavia con una tesi intitolata *Sulla determinazione della pressione arteriosa con un nuovo sfigmomanometro*. Qualche mese prima il giovane era intanto diventato Terziario francescano, ricevendo il nome di frate Antonio.



Il dottor Pampuri, dopo un breve tirocinio presso lo zio, venne incaricato della condotta medica di Morimondo, distante circa 15 chilometri da Torrino. Si stabilì perciò in compagnia della sorella Margherita nel suddetto paese, in un'abitazione nei pressi della famosa abbazia cistercense, manifestando subito nell'esercizio della professione un atteggiamento di grande disponibilità e carità nei confronti dei malati (accorreva a qualunque chiamata, non si faceva pagare dai pazienti e spesso comprava loro le medicine). Ai poveri inoltre elargiva delle somme di denaro o distribuiva quanto aveva in

casa (dai viveri al vestiario); agli infermi poi recava anche il conforto della religione, leggendo loro qualche passo del Vangelo o qualche frase da un libro di meditazioni. Nel tempo libero si recava in chiesa a pregare e si impegnava nelle attività della parrocchia (preparazione dei bambini alla prima comunione, organizzazione di ritiri spirituali per giovani e adulti, propaganda per le missioni cattoliche).

Il giovane medico intanto, continuando a sentire dentro di sé la vocazione al sacerdozio, aveva chiesto dapprima di essere accolto tra i Francescani e poi tra i Gesuiti, ricevendo da entrambi gli ordini un chiaro rifiuto, sempre a causa della sua salute piuttosto malferma (gli era stata riconosciuta anche una invalidità per la cronicizzazione della pleurite che l'aveva colpito durante il servizio militare). Venne invece accolto nell'ordine ospedaliero dei Fatebenefratelli, dopo aver trascorso nell'estate del 1927 un periodo di prova (ufficialmente una degenza per convalescenza) nella casa di Solbiate Comasco. Presso i Fatebenefratelli iniziò nel medesimo anno il noviziato nella casa di Brescia, assumendo il nome di fra Riccardo. Sia i familiari sia i pazienti della condotta di Morimondo rimasero sconcertati dalla decisione di Pampuri; tale scelta di vita fu commentata anche da un articolo apparso del "Corriere della Sera" dal titolo *Un medico che si fa frate*. A fra Riccardo, che il 24 ottobre 1928 aveva fatto i voti tipici dei Fatebenefratelli (povertà, castità, obbedienza ed ospitalità), venne affidata la direzione del gabinetto dentistico annesso all'ospedale di Sant'Orsola.

Nella primavera del 1929 iniziarono a manifestarsi i segni della pleurite tubercolare di cui era affetto Pampuri (febbre, tosse, sudorazione notturna, emottisi), probabilmente dovuti agli eccessi lavorativi in un fisico già debilitato (oltre ai turni nell'ambulatorio dentistico svolgeva anche turni notturni di supplenza ai medici dell'ospedale, non tirandosi mai indietro di fronte a qualsiasi compito sanitario o spirituale gli venisse richiesto). Venne perciò inviato

dai superiori per qualche settimana nella casa di Gorizia, tornando poi al suo abituale lavoro nel gabinetto dentistico dell'ospedale bresciano. Dopo una nuova ricaduta fu mandato a casa degli zii a Torrino per un mese di convalescenza e successivamente, su richiesta degli zii, fu trasferito da Brescia a Milano, venendo ricoverato in gravi condizioni il 18 aprile 1930 all'ospedale "San Giuseppe", dove morì il 1 maggio 1930. Le spoglie mortali del santo medico (beatificato nel 1981 e canonizzato nel 1987) riposano dal 1997 in una cappella della chiesa parrocchiale di Trivulzio, oggetto di devozione da parte di un gran numero di fedeli.

Gianna Beretta Molla

La santa nacque a Magenta (MI) il 4 ottobre 1922, penultima di tredici fratelli, da Alberto Beretta, dirigente d'industria, e da Maria De Micheli. I genitori, entrambi di origine lombarda, erano profondamente religiosi ed appartenevano al Terz'Ordine francescano. La famiglia si trasferì nel 1925 a Bergamo, in Città Alta, dove rimase fino al 1937, quando si spostò a Genova-Quinto per poi tornare ancora a Bergamo nel 1941. Gianna frequentò a Bergamo le scuole elementari e poi il ginnasio fino al quarto anno; frequentò invece a Genova la quinta ginnasiale, interrompendo poi gli studi per un anno a causa delle sue condizioni di salute allora piuttosto cagionevoli. La giovane intanto aveva sviluppato una profonda religiosità che le aveva permesso di superare momenti drammatici e dolorosi come, nel gennaio del 1937, la morte della sorella maggiore da tempo malata; nel capoluogo ligure approfondì poi ulteriormente la sua spiritualità sotto la guida di un direttore spirituale e iniziò a frequentare attivamente l'Azione Cattolica. Sempre a Genova continuò gli studi liceali insieme alla sorella Virginia, anche dopo che la sua famiglia a causa della guerra si era nuovamente stabilita a Bergamo nella casa dei nonni materni, dove nel corso del 1942, a distanza di 4 mesi uno dall'altra, morirono di malattia entrambi i genitori. Quel medesimo anno

Gianna conseguì a Genova la maturità liceale e si trasferì poi definitivamente col resto della famiglia a Magenta nella casa dei nonni Beretta, iscrivendosi infine alla facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Milano, seguendo l'esempio dei fratelli Ferdinando ed Enrico. Ancora nel 1942 due suoi fratelli intrapresero la via del sacerdozio: Giuseppe in seminario a Bergamo e Ferdinando, già medico, nel noviziato dei Padri Cappuccini a Lovere. Gianna durante gli studi universitari continuò a impegnarsi nell'apostolato e nelle opere di carità, dedicandosi sia all'Azione Cattolica sia alla San Vincenzo; alla ragazze della Gioventù Femminile di Magenta consigliava soprattutto la preghiera e la meditazione. Alla fine della guerra, nel 1945, la giovane si trasferì dall'Università di Milano a quella di Pavia dove completò gli studi in compagnia della sorella Virginia, iscritta anch'essa alla facoltà di Medicina e Chirurgia, laureandosi infine a pieni voti il 30 novembre 1949; subito dopo si iscrisse presso l'Università di Milano alla Scuola di Specializzazione in Pediatria uscendone diplomata nel 1952.

Gianna Beretta giudicava la professione medica una vera missione di assistenza e apostolato cristiano, come risulta dai seguenti pensieri espressi quando era ancora studentessa:

“Tutti, nel mondo, lavoriamo in qualche modo a servizio degli uomini. I medici lavorano direttamente sull'uomo. Il nostro oggetto di scienza e di lavoro è la persona che, dinanzi a noi, ci dice di se stesso, e ci chiede di aiutarlo, aspettando da noi la pienezza della sua esistenza. Noi medici abbiamo delle occasioni che il sacerdote non ha. La nostra missione non è finita quando le medicine non servono più. C'è l'anima da portare a Dio. C'è Gesù che dice 'Chi visita un ammalato, aiuta me'”.

Intanto, nel 1946, il fratello Giuseppe era diventato sacerdote; nel 1948 era stato consacrato sacerdote l'altro fratello Enrico, destinato ad essere inviato in Brasile come medico missionario cappuccino; la sorella Virginia poi, laureatasi in Medicina nel 1951, era entrata

nella congregazione di Maddalena di Canossa destinata a essere inviata in India come medico missionario.

La giovane dottoressa iniziò ad esercitare la professione medica a Mesero, un paesino nel circondario di Magenta, dove nel 1950 aveva aperto un ambulatorio mutualistico insieme al fratello Ferdinando. Nel 1952 prestò assistenza pediatrica alla colonia estiva del comune di Magenta; nel 1953 fu medico accompagnatore in un treno di ammalati diretto a Lourdes. Si impegnava intanto come sempre nell'Azione Cattolica e coltivava anche il desiderio di raggiungere il fratello missionario in Brasile, sconsigliata in ciò tuttavia da coloro che giudicavano la sua costituzione fisica inadatta al clima tropicale. Come professionista della salute si mostrò particolarmente interessata alle problematiche della gravidanza, del parto e delle cure neonatali (lavorò anche nel consultorio O.N.M.I. di Magenta, come responsabile dell'asilo nido). Profondamente convinta della sacralità della vita umana, cercava di offrire conforto spirituale alle gestanti in difficoltà; sosteneva l'utilità del parto a domicilio consigliando l'ospedalizzazione solo in previsione di qualche rischio per la madre o il bambino.

Nel 1954 Gianna Beretta fece conoscenza di Pietro Molla, ingegnere e dirigente d'industria, che abitava a Mesero nei pressi del suo ambulatorio. Dopo alcuni incontri casuali i due cominciarono a frequentarsi scoprendo di essere accomunati dalla convinta partecipazione ai medesimi valori cristiani; al termine di alcuni mesi di fidanzamento approdarono al matrimonio, celebrato a Magenta nella basilica di San Martino il 24 settembre 1955. I coniugi Molla dopo il viaggio di nozze andarono ad abitare in una frazione di Magenta, Ponte Nuovo, all'interno della fabbrica dove l'ingegnere lavorava come dirigente. La dottoressa Beretta continuò la sua attività di medico mutualista a Mesero anche dopo i parti che si susseguirono nel giro di pochi anni (nel 1956 nacque Pierluigi, nel 1957 Maria Zita e nel 1959 Laura); inoltre, attendeva quotidianamente alla cura dei figli

e della casa, nonostante le frequenti assenze del marito, spesso all'estero per impegni lavorativi. Nell'estate del 1961, rimasta da poco incinta per la quarta volta, venne riscontrata affetta da un grosso fibroma uterino per cui si sottopose, secondo le sue convinzioni, all'intervento di asportazione della sola massa neoplastica; riuscì quindi a continuare la gravidanza tornando alle sue abituali attività di madre di famiglia e di medico.

Gianna Beretta Molla portò avanti la sua difficile gestazione fino alla nascita, il 21 aprile 1962, dell'ultima figlia, Gianna Emanuela. Venne colta però poco dopo da una peritonite settica per cui, nonostante le cure dei sanitari, si aggravò sempre più fino al punto di essere trasportata ormai moribonda a casa dove morì il 28 aprile 1962. La santa (beatificata nel 1994 e canonizzata nel 2004) fu sepolta nel cimitero di Mesero (località dove svolse gran parte della professione di medico), venerata dai fedeli come eroico esempio dell'amore cristiano per la vita umana in un mondo troppo spesso insensibile a tale valore.

Prof. MASSIMO ALIVERTI
*Professore di Storia della Medicina
nella Facoltà Medica
dell'Università di Milano-Bicocca
e docente di Storia della Psichiatria
nella Clinica Psichiatrica
dell'Università degli Studi di Milano*

Riferimenti bibliografici

AA.VV., *Bibliotheca Sanctorum*, Roma, Istituto Giovanni XXIII della Pontificia Università Lateranense, 1961-69.

BENFATTI M., *Sanità e santità. Beatificazioni e canonizzazioni esemplarmente sociali e umane dal Cinquecento ai nostri giorni*, Mantova, Editoriale Sometti, 2005.

INFUSINO G., *Un santo in Corsia: Giuseppe Moscati*, Cinisello Balsamo, Edizioni Paoline, 1987.

MONTONATI A., *Il dottor carità: fra Riccardo Pampuri dei Fatebenefratelli*, Liscate, Edizioni Fatebenefratelli, 1996.

PAZZINI A., *I Santi nella Storia della Medicina*, Roma, Casa Editrice Mediterranea della Libreria Cattolica Internazionale, 1937.

PILUCCHI G., *Gianna Beretta Molla: una vita per la vita*, Milano, Edizioni Paoline, 1994.

Testimonianze



*“Il Signore ha fatto grandi cose
per noi: ci ha colmato di gioia”*

*Ufficio per la Pastorale
della Salute dell’Arcidiocesi
di Bari-Bitonto*

*Documento della commissione
episcopale per la salute
del Madagascar*

*Da Atene a Sparta:
siamo tutti in viaggio
con Terri Schiavo*

“Il Signore ha fatto grandi cose per noi: ci ha colmato di gioia!”

LA XIV GIORNATA MONDIALE DEL MALATO NEL XX ANNIVERSARIO DELLA NASCITA DELL'UFFICIO PER LA PASTORALE DELLA SALUTE DELL'ARCIDIOCESI DI BARI-BITONTO

Dinanzi alle “meraviglie di Dio” anche noi componenti della Consulta diocesana per la Pastorale della Salute, come la comunità dei pii israeliti del salmo 126 (125), possiamo esclamare: “Il Signore ha fatto grandi cose per noi: ci ha colmato di gioia!”. Questo stato psicologico e spirituale di gioioso sentimento, unito alla gratitudine e al ringraziamento, ci ha accompagnato durante l'intero anno pastorale 2005/06: la ricorrenza dei 20 anni di istituzione e di servizio del nostro Ufficio diocesano (1986-2006) è stato l'evento celebrativo principale e la XIV Giornata Mondiale del Malato è diventata il punto convergente e divergente di tutte le iniziative. Gli appuntamenti pastorali sono stati pensati e realizzati alla luce di queste due date particolari.

Un ufficio nato nella metà degli anni ottanta: un'istituzione profetica

L'Ufficio di Bari-Bitonto per la Pastorale della Salute è stato uno dei primi in Italia a essere istituito grazie a una intuizione profetica dell'Arcivescovo, Mons. Mariano Magrassi, che nel 1985 cominciò a pensare di affidare la cura pastorale dei malati-sofferenti e la promozione della salute a un nuovo organismo, distinto dalla Caritas, che istituì nel maggio del 1986 con la nomina del primo direttore.

È bene ricordare il contesto dell'evento: negli anni ottanta era già stata pubblicata la lettera *Salvifici doloris* sul senso cristiano della sofferenza umana (1984) e era nato da poco quello che oggi si chiama il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute (1985). Esistevano in quel tempo poche consulte diocesane ed era

attiva la Consulta nazionale CEI di questo settore, che pochi anni dopo pubblicava la Nota *La Pastorale della Salute nella Chiesa italiana* (1989). L'Ufficio nazionale sarebbe nato soltanto molti anni dopo (settembre 1996). Mancavano le strutture formative degli operatori pastorali, che appariranno negli anni successivi, come il *Camillianum* (1987) e le Scuole diocesane di pastorale sanitaria (negli anni novanta).

La memoria del XX anniversario della nascita dell'Ufficio è stata celebrata solennemente il 25 marzo 2006 con la realizzazione del *terzo convegno diocesano di pastorale sanitaria* sul tema «Venti anni a servizio della nostra chiesa locale». Vi hanno preso parte l'Arcivescovo dell'arcidiocesi, Mons. Francesco Cacucci, e un folto gruppo di Ministri Straordinari della Santa Comunione, insieme ad Associazioni e organismi di malati o a servizio dei sofferenti.

Il convegno è servito a tratteggiare “il cammino dell'Ufficio all'insegna della ricerca e della creatività” da parte del suo direttore, che ha individuato quattro sentieri percorsi in questo lungo periodo: formazione iniziale e permanente degli operatori pastorali, costituzione di organismi di comunione e di partecipazione, attenzione e promozione del volontariato socio-sanitario, conservazione della memoria di quanto realizzato (archivio). Egli ha concluso il suo intervento indicando le piste del prossimo futuro: sviluppo della missionarietà della pastorale della salute, nuove ministerialità in ospedale e nel territorio, maggiore professionalità degli operatori pastorali sanitari, promozione più decisa degli organismi di comunione (cappellanie ospedaliere e consigli pastorali).

Molto interesse ha suscitato l'intervento del Prof. Arnaldo Pangrazzi, docente dell'Istituto Internazionale di Teologia pastorale sanitaria *Camillianum* di Roma, che ha sviluppato il tema: «Dalla pastorale della sofferenza alla pastorale della salute», mostrando con chiarezza lo sviluppo che tale pastorale ha avuto in questi ultimi due decenni nell'identità, nei soggetti e nelle finalità. Lo stesso ha indicato le sette vie o tendenze che la nuova pastorale della salute è chiamata a percorrere: da una pastorale dei malati a una pastorale della salute, da una pastorale sacramentale a una pastorale di evangelizzazione, da una pastorale della compassione a una pastorale della giustizia, da una pastorale della morte a una pastorale della vita, da una pastorale autonoma e isolata a una coordinata e armonizzata, da una pastorale ospedaliera a una pastorale della comunità cristiana, da una pastorale di improvvisazione a una pastorale di progetti.

Il convegno è risultato molto utile anche per la conoscenza più approfondita di alcune associazioni, componenti della Consulta: Centro Volontari della Sofferenza (CVS), Unitalsi, Centro pastorale per sor-di “Don Filippo Smaldone”, Centro Diocesano di Integrazione Sociale (CE.D.I.S.), Frates. Tutto il ricco materiale scaturito dal convegno è stato raccolto negli Atti, pubblicati a cura dell'Ufficio, nell'aprile 2006.

Due appuntamenti particolari: incontri di Cappellanie e dei Cappellani

I 20 anni di vita dell'Ufficio sono stati celebrati anche con due appuntamenti significativi: l'incontro degli operatori

pastorali delle Cappellanie ospedaliere e quello dei Cappellani delle istituzioni sanitarie con l'Arcivescovo.

Le esperienze delle Cappellanie ospedaliere, di cui la nostra arcidiocesi si è fatta promotrice del collegamento a livello nazionale, si propongono come elemento innovativo della Pastorale della Salute: per questo è stato organizzato il 5 novembre 2005 presso l'aula sinodale il *primo incontro degli operatori pastorali*. Esso si è proposto gli obiettivi di riflettere sulla ecclesiologia di comunione, fondamento di questo nuovo organismo di partecipazione, con un intervento di Mons. Domenico Ciavarella, vicario generale, e quello di far confrontare tra loro i soggetti operativi per una maggiore conoscenza personale e uno stimolo a crescere nell'impegno.

L'incontro dei Cappellani ospedalieri con il proprio pastore, organizzato presso la Casa del Clero il 5 dicembre 2005, è risultato utile, perché ha permesso di approfondire il discorso sulla "mistagogia", scelta pastorale della diocesi, applicata alle comunità del mondo sanitario. Alla luce dell'ultimo sinodo universale sull'Eucaristia si è riflettuto poi sulla necessità di riscoprire la dimensione sacrificale del Messia per proporla ai malati, ai loro familiari e a tutti gli operatori sanitari come mezzo di partecipazione al mistero pasquale di Cristo, illuminato dalla teologia del corpo mistico.

La XIV Giornata Mondiale del Malato: una data vissuta creativamente

La Giornata del Malato nella nostra chiesa locale è una consuetudine consolidata sin dagli anni ottanta, quindi antecedente alla proposta fatta da Giovanni Paolo II nel 1992 di celebrarla a livello mondiale. Essa è attesa e vissuta creativamente dall'Ufficio e dalle comunità ecclesiali delle parrocchie e degli ospedali.

Come gli altri anni, essa è stata preparata da una *giornata di formazione permanente*

dei Ministri Straordinari della Santa Comunione il 21 gennaio 2006, presso l'aula magna della Facoltà di Ingegneria – Politecnico di Bari. Essi in diocesi sono oltre 1200. Don Armando Aufiero, sacerdote dei Silenziosi Operai della Croce, ha sviluppato in modo egregio la tematica «Se il dolore è una scuola, il malato ha molto da imparare e da insegnare», attingendo al sussidio dell'Ufficio e della Consulta nazionali preparato per questo anno: «Alla scuola del malato». Nella medesima occasione è stato presentato, illustrato e distribuito il materiale di animazione della Giornata: il messaggio del Papa, il manifesto grande e la locandina, la sintesi del sussidio, la preghiera del malato.



Il direttore dell'Ufficio ha chiesto e ottenuto dall'Ufficio nazionale delle comunicazioni sociali della CEI la *trasmissione televisiva della concelebrazione eucaristica della domenica, 12 febbraio 2006, alle ore 11.00, su Rai 1*, presieduta dall'arcivescovo, Mons. Francesco Cacucci, dal santuario della Madonna del Pozzo di Capurso (BA). Egli nell'omelia ha ricordato sia l'importanza della Giornata sia la ricorrenza dell'anniversario dell'Ufficio. La Messa è stata animata dai canti del coro diocesano; le letture bibliche e la preghiera dei fedeli hanno coinvolto alcuni componenti della Consulta. Ai malati è stato riservato il primo posto nella chiesa e ai sordi in particolare è stata assicurata la "traduzione" simultanea di tutti i momenti celebrativi.

Il quotidiano regionale "La Gazzetta del Mezzogiorno" ha dato adeguato spazio all'avvenimento nella pagina riservata a Bitonto – area metropolitana (domenica, 12 febbraio 2006: "Giornata mondiale del malato – Le telecamere di Rai 1 nella Basilica della Madonna").

Altre iniziative di catechesi, di animazione e di formazione hanno preceduto e seguito la memoria della Madonna di Lourdes dell'11 febbraio: la partecipazione dell'Ufficio con un nutrito gruppo di operatori pastorali al convegno nazionale dell'Associazione Italiana di Pastorale Sanitaria (A.I.Pa.S.) svoltosi a Collevallenza (PG) nell'ottobre 2005, le lezioni ai corsi vicariali di formazione iniziale dei nuovi MSSC, le catechesi sull'unione degli infermi nella parrocchia "Madonna della Consolazione" di Altamura (BA) e sulla tematica della fragilità del IV convegno ecclesiale di Verona nella parrocchia "S. Fara" di Bari, il contributo formativo alle Scuole di pastorale sanitaria delle diocesi dell'Italia meridionale.

La *scuola diocesana di pastorale sanitaria*, diretta dalla Dott.ssa Ornella Scaramuzzi, ha continuato il suo decennale servizio alla diocesi con un programma intenso di argomenti di "etica e umanizzazione" svolto in lezioni settimanali presso l'aula magna della parrocchia di S. Fara in Bari. Tra l'altro sono stati affrontati i seguenti argomenti da docenti qualificati: il contributo della Chiesa alla umanizzazione del mondo sanitario, identità – orizzonti e operatori della pastorale della salute, la parrocchia come casa della comunione e della carità per i malati "difficili", enneagramma – modulo B, AIDS e castità, lutto dei bambini, etica delle virtù, la depressione, l'adozione.

La Giornata del Malato: echi dalle comunità parrocchiali

Dalle relazioni pervenute al direttore dell'Ufficio, possiamo raccogliere alcune risonanze della celebrazione della XIV Giornata Mondiale del

Malato nelle nostre parrocchie. È stato dato molto spazio alle celebrazioni liturgiche e sacramentali, vissute con intensità e in modo solenne, come l'Eucaristia e l'Unzione degli infermi amministrata in forma comunitaria; ma non sono mancate iniziative di carità e di solidarietà verso i sofferenti.

Il Vicariato episcopale territoriale Bitonto – Palo del Colle (BA), come gli altri anni, ha rinnovato la sua attenzione verso la ricorrenza della Giornata col particolare impegno dei laici. Presso la *Basilica Pontificia dei Santi Medici di Bitonto* i rappresentanti delle confraternite e le diverse associazioni di volontariato (Unitalsi, Volontariato Vincenziano, "Anatroccolo", UAL, CVS, UVOLA, MAC, Associazione mariana, "Arcobaleno", "AISFA", Gruppo mariano dei SS. Medici) hanno organizzato una celebrazione unica della Giornata, cui hanno partecipato oltre 4000 fedeli e malati. La ricorrenza è stata un'occasione gioiosa per vivere anche la carità allargata agli orizzonti missionari: tutte le offerte della questua sono state devolute a una suora bitontina che opera in una missione di Nuova Caledonia, isola dell'Oceania, vicina all'Australia; sono stati raccolti anche occhiali, lenti usate e materiale sanitario per soccorrere i bisognosi; a tutte le persone inferme presenti è stata distribuita una statuina della Madonna di Lourdes.

Nel **I Vicariato** la parrocchia di *San Carlo Borromeo* per l'11 febbraio ha organizzato, tra l'altro, una messa con riflessioni sul messaggio della Giornata, una supplica alla Madonna di Lourdes e la celebrazione comunitaria dell'Unzione dei malati per gli anziani e le persone sofferenti.

Nel **II Vicariato**, presso la *parrocchia Santa Croce*, oltre alle celebrazioni eucaristiche in chiesa e la recita del rosario presso la Grotta di Lourdes, sono stati organizzati un raduno di ammalati, una fiaccolata lungo alcune vie della città e un pellegrinaggio al santuario francese per il mese di agosto. La domenica precedente o se-

guente la ricorrenza dell'11 febbraio di ogni anno è consuetudine organizzare nei locali della parrocchia anche un'agape fraterna da parte dei volontari per quelli che sono soli, per i poveri e per quanti desiderino vivere una giornata in compagnia. Per quelli che non possono muoversi per il pranzo viene portato a casa.

Nel **III Vicariato** la Giornata del malato è diventata ormai un appuntamento abituale. Tutte le parrocchie hanno percorso un cammino di formazione con momenti di catechesi, visite domiciliari ai malati, donazioni di sangue, adorazione eucaristica e sacramento dell'Unzione.

In particolare nella *parrocchia Maria SS. Annunziata in Modugno* si è vissuto il lieto evento dell'ordinazione di un nuovo sacerdote, fra Gianni Gelato, che ha scelto proprio questa data per offrire una maggiore visibilità e attenzio-

Paolo" e organizza nel corso dell'intero anno liturgico molteplici iniziative di attenzione concreta verso la comunità ospedaliera, specialmente nell'Avvento e nella Quaresima.

Il parroco della *"Santa Famiglia"* ha spinto i Ministri Straordinari della Santa Comunione (MSCC) e il gruppo della Caritas ad attivarsi per sensibilizzare tutto il territorio alla festa della Madonna di Lourdes e della Giornata del malato con visite alle famiglie dei malati, con incontri di catechesi sul messaggio del Papa e sul sussidio dell'Ufficio nazionale CEI, con l'affissione dei manifesti della ricorrenza nei condomini.

Nell'ambito del **VII Vicariato** tutti i parroci hanno celebrato la Giornata proponendo all'interno delle messe riflessioni omiletiche inerenti la salute e la malattia. La parrocchia *Maria SS.ma di Monteverde a Grumo Appula* si è



ne ai malati col coinvolgimento della comunità parrocchiale e della cittadinanza. La presenza dell'Arcivescovo, che ha presieduto la concelebrazione eucaristica cui hanno partecipato numerosi sacerdoti, è stata anche occasione di riflessione sulla Pastorale della Salute. La Giornata si è conclusa con un ricco buffet, offerto dal neo sacerdote sia ai malati sia a tutti i partecipanti. Da alcuni mesi il territorio cittadino si è arricchito di una nuova Casa di cura con sessanta posti letto, gestita dal "S. Raffaele" di Milano.

Il **VI Vicariato** sente vivamente la Giornata, perché accoglie nel proprio ambito territoriale il grande ospedale "S.

preparata alla festa con un triduo di adorazione eucaristica e di riflessione sul messaggio del Papa Benedetto XVI.

L'**VIII Vicariato** ha organizzato la celebrazione della Giornata a diversi livelli, con iniziative particolari nelle singole parrocchie (visite domiciliari dei sacerdoti e dei MSSC ai malati, dono del messaggio del Papa, distribuzione dell'immagine della Madonna e altri piccoli pensieri di attenzione).

Presso la *parrocchia Immacolata di Lourdes di Gioia del Colle* è stata vissuta una concelebrazione eucaristica, presieduta dal direttore dell'Ufficio liturgico diocesano, che ha visto il coinvolgimento e la

presenza di tutti i parroci. Nel pomeriggio, nonostante il grande freddo, si è realizzata una fiaccolata con un quadro della Vergine per le strade cittadine.

A *Mola di Bari*, appartenente all'**XI Vicariato**, la Giornata del Malato è stata celebrata insieme dalle cinque comunità parrocchiali cittadine presso la *parrocchia S. Cuore*. La chiesa molto grande ha potuto accogliere i numerosi malati e i loro accompagnatori. Al termine della Messa le volontarie vincenziane hanno donato ai presenti un ramo di mimosa e una medaglia della Madonna di Lourdes.

La parrocchia della *Madonna di Lourdes* (Parchitello-Noicattaro) ha organizzato una mostra di arte sacra dal titolo "I colori della fede" e un concerto-testimonia di Giuseppe Cionfoli sul tema: "La vita è dono".

Nel **XII Vicariato** la *parrocchia "Risurrezione"*, come ogni anno, ha dato una tonalità di festa speciale all'11 febbraio, giacché ordinariamente ai malati viene riservato un servizio di premurose visite domiciliari settimanali, non facendo mai mancare la Santa Comunione. Quest'anno ai malati e alle loro famiglie è stata offerta l'occasione della celebrazione eucaristica, cui è seguito un momento conviviale, durante il quale gli stessi malati hanno potuto stare insieme, raccontarsi ed esprimersi la gioia di rivedersi. I ragazzi del Gruppo Giovanile hanno intrattenuto i festeggiati con canti, scenette, indovinelli e divertimenti. Il parroco ha concluso l'incontro invitando tutti i presenti a sentirsi soggetti attivi della comunità, offrendo ciascuno la propria specifica collaborazione.

Una giornata che dura un anno: risonanze da ospedali e da Associazioni

Nelle strutture ospedaliere e sanitarie la Giornata del Malato diventa un'occasione speciale per far crescere i cappellani e gli operatori pastorali nella consapevolezza del proprio impegno pastorale che

abbraccia l'intero anno. Quindi serve anche a richiamare la comunità ospedaliera alle proprie responsabilità di servizio verso chi soffre e i loro familiari attraverso particolari iniziative di animazione e di formazione.

Nel grande *Policlinico Consortziale* di Bari la Cappellania ospedaliera, formata da 25 operatori pastorali, ha proseguito la realizzazione dei progetti già collaudati negli anni passati: centro di ascolto, accoglienza dei familiari dei malati, sito Internet, sostegno alle persone in lutto, attività formativa, aiuti alimentari alle famiglie bisognose, collaborazione per l'assistenza ai "senza fissa dimora" della stazione centrale della città, ore mensili di adorazione eucaristica preparate e animate dalle parrocchie della diocesi. Inoltre si sono realizzate le molteplici iniziative del programma annuale, preparato nel mese di settembre: incontri mensili di formazione e di programmazione, giornate di ritiro spirituale prima dell'Avvento e della Quaresima, partecipazione a convegni di pastorale sanitaria, Sante Quarantore, Via Crucis per i viali dell'ospedale, giornata di verifica finale. In occasione della Giornata Mondiale del Malato sono state programmate celebrazioni liturgiche particolari nelle cliniche, accompagnate da doni agli infermi e altre specifiche iniziative.

Nell'ospedale "*S. Paolo*" dell'*ASL BA/4* la Giornata ha avuto il compito di rinnovare l'impegno dei servizi quotidiani da parte degli operatori pastorali della Cappellania: visita dei malati dei 17 reparti del presidio ospedaliero col dono di Gesù Eucaristia, risposte immediate del Cappellano alle richieste di confessioni e unzioni degli infermi, Via Crucis nel tempo di Quaresima, concerti vocali-strumentali in chiesa, partecipazione agli incontri vicariali e diocesani come concreto segno di comunione con la chiesa locale e il Vescovo, collaborazione con l'Associazione Volontari Ospedalieri (AVO), lavoro sinergico con l'assistente sociale nei casi di parti-

colare e urgente bisogno dei malati, la promozione della donazione del sangue con la Fraternità presente nel territorio.

Nel presidio ospedaliero *Di Venere* della stessa *ASL BA/4* a Carbonara (BA), la mattina dell'11 febbraio i MSSC hanno distribuito ai malati e al personale 600 rosari missionari con la preghiera della Giornata, mentre nel pomeriggio il vicario episcopale, don Vito Marotta, ha presieduto la celebrazione eucaristica e poi si è snodata la processione eucaristica con l'ostensorio per tutti i reparti, compresa la rianimazione. Ampia è stata la partecipazione dei malati e dei loro familiari, comprensibilmente molto commossi.

La cappellania ospedaliera dell'*ospedale oncologico e della Mater Dei* ha organizzato una novena in preparazione alla festa di Nostra Signora di Lourdes, la recita del rosario meditato, la processione eucaristica che ha visto il passaggio del Risorto per tutte le stanze dei malati col coinvolgimento di alcuni fedeli laici della parrocchia S. Francesco d'Assisi del rione Japigia. Da parte sua, l'amministrazione dell'Ospedale Oncologico, come riportato da "*L'Osservatore Romano*" (venerdì, 10 febbraio 2006, p. 7), "ha deciso di dedicare al servo di Dio Giovanni Paolo II la denominazione del nosocomio" con la seguente motivazione: "l'attenzione che Karol Wojtyła è sempre riuscito a esprimere verso la parte più debole della società umana". Tale proposta ha trovato consenziente l'Arcivescovo metropolitano di Bari-Bitonto, Mons. Francesco Cacciari, che ha espresso "il più vivo apprezzamento e gradimento, condividendo pienamente le motivazioni che sostengono la proposta".

Presso l'*ospedale di Bitonto* il cappellano e i componenti della cappellania sono riusciti a coinvolgere anche il personale medico e infermieristico alla celebrazione eucaristica della Giornata del Malato, che si è trasformata in un momento di intensa comunione umana e spirituale tra tutti i presenti.

Nel *presidio ospedaliero di*

Grumo Appula (BA) si è avuta una concelebrazione eucaristica dell'arciprete del paese e del cappellano, seguita da un incontro col personale sanitario e con i malati ricoverati.

Presso l'*ospedale Paradiso* di Gioia del Colle (BA) è stata organizzata l'adorazione eucaristica, arricchita dalla catechesi. La ricorrenza della Giornata è stata un'occasione per la Direzione Generale dell'Azienda sanitaria di rinnovare la promessa del prossimo inizio dei lavori per costruire una cappella, indispensabile per le celebrazioni liturgiche. Anche presso le Case di riposo *Padre Semeria* e *Villa Lucia* sono stati organizzati momenti di spiritualità e di gioiosa fraternità per gli ospiti, grazie al contributo dei gruppi giovanili del territorio parrocchiale.

A Triggiano (BA) la comunità dell'ospedale *F. Fallacara* ha vissuto la Giornata del Malato con creatività grazie all'impegno del Cappellano e delle suore. In mattinata i MSSC hanno visitato i ricoverati regalando a ciascuno di loro una copia dei Vangeli, i parroci delle singole parrocchie hanno concelebrato nella chiesa dell'ospedale, con la partecipazione di tutto il personale ospedaliero, i volontari e i fedeli. Nel pomeriggio la statua della Madonna è stata portata in processione per i vari reparti e il giorno successivo si è svolta una manifestazione teatrale in memoria di Madre Teresa di Calcutta e della sua opera svolta in favore degli emarginati. Nello stesso paese un comitato popolare per il rilancio dell'ospedale ha preparato e distribuito un volantino per spiegare ai cittadini le ragioni di un urgente rilancio del proprio nosocomio a livello di riqualificazione dei servizi attraverso la professionalità, l'umanizzazione e la speranza, a favore del bacino di utenza del territorio sud-barese.

Per tutti gli associati dell'*Unitalsi* la Giornata del Malato ha avuto una duplice valenza spirituale: l'appuntamento annuale dei sofferenti voluto da Giovanni Paolo II e la festa della Madonna di Lourdes. Quest'anno essi si sono riuniti

presso la *parrocchia S. Gabriele dell'Addolorata* nel quartiere S. Paolo con il loro assistente, vivendo un momento di intensa spiritualità attraverso la recita del Santo Rosario, la celebrazione eucaristica e la processione "aux flambeaux" intorno al perimetro della chiesa.

Il *Centro Volontari della Sofferenza* (CVS) si è inserito nelle celebrazioni e nelle iniziative delle parrocchie, dove è presente sotto forma di piccoli gruppi di apostolato (chiamati "gruppi di avanguardia"): ben 15 parrocchie! Accenniamo ad alcune iniziative specifiche: alcuni disabili hanno offerto il loro contributo nella liturgia come lettori della Parola o durante la preghiera dei fedeli o animando la processione della presentazione dei doni o con i canti. È stato utilizzato il sussidio dell'associazione: "Il malato sono io!" con le iniziative suggerite.

Presso la *parrocchia S. Marco* sono stati lavati i piedi a un disabile e a un anziano durante la celebrazione eucaristica. Nella *parrocchia Buon Pastore* i MSSC hanno fatto scrivere a ogni malato visitato alcune riflessioni indirizzate alla comunità parrocchiale, che poi sono state riportate su grandi cartelloni esposti nella chiesa all'attenzione di tutti i fedeli.

Camminando s'apre un cammino: si continua verso nuove mete

In conclusione, possiamo veramente affermare di essere grati a Dio sia per la commemorazione del traguardo dei 20 anni della vita dell'Ufficio sia per la XIV Giornata Mondiale del Malato. Desideriamo sottolineare alcuni aspetti significativi dell'uno e dell'altro evento.

Il *lungo cammino percorso dall'Ufficio* non si ferma; anzi, proprio in virtù del lavoro svolto e dei traguardi raggiunti, esso deve continuare con rinnovato entusiasmo e verso nuovi traguardi tracciati dalla Chiesa in Italia e dai nuovi bisogni della società. Naturalmente non può camminare da

solo, ma è sempre necessario procedere in sintonia con gli organismi ecclesiali regionali e nazionali. La nuova Nota sulla pastorale della salute, recentemente approvata dal Consiglio permanente della CEI (marzo 2006), costituirà un sicuro punto di riferimento attraverso lo studio e l'attuazione delle linee operative contenute.

La *celebrazione della Giornata del Malato* si rivela sempre più ricca di iniziative nelle singole comunità parrocchiali e negli ospedali. Ci piace sottolineare la serietà con cui viene vissuto l'appuntamento annuale (alcune comunità vi si preparano con un triduo o una novena!). Oltre le iniziative ordinarie più comuni di preghiera e di celebrazioni liturgiche e sacramentali, non mancano la creatività e l'originalità di impegni che scatu-



riscono dalla fantasia dell'amore. Colpiscono la proposta di iniziative di solidarietà, il coinvolgimento dei giovani nella programmazione dei momenti ricreativi, l'incontro pastorale tra cappellani e parroci del territorio, la collaborazione tra operatori della Caritas e operatori della pastorale della salute, le iniziative pastorali prese e realizzate comunitariamente dai parroci di una città.

Sono segni luminosi di un futuro ricco di speranza.

P. LEONARDO NUNZIO
DI TARANTO

Direttore dell'Ufficio
per la Pastorale della Salute
dell'Arcidiocesi di Bari - Bitonto

Attività nell'ambito della salute

DOCUMENTO DELLA COMMISSIONE EPISCOPALE PER LA SALUTE DEL MADAGASCAR

Troverete qui allegata una copia degli Statuti della Commissione Episcopale per la Salute (CES) del Madagascar, che potrà darvi un orientamento delle attività svolte in questo ambito.

Sappiamo che il Vescovo è il primo responsabile della salute nella sua diocesi. Per questo motivo, tale pastorale è notevolmente differente a seconda delle diocesi. Per noi della CES, è importante essere in relazione con le Commissioni Diocesane per la Salute (CDS), create dai Vescovi delle varie diocesi per aiutarli nelle attività da svolgere in questo campo. Tali Commissioni sono presenti in 17 delle 20 diocesi del Madagascar e una diecina di loro lavora molto bene. È la CDS che organizza e coordina le attività a livello diocesano, ragion per cui nel Paese c'è una grande diversità. Dal 2004 abbiamo deciso di tenere una riunione annuale con i presidenti di tutte le CDS del territorio. A tale riunione i Presidenti presentano un rapporto delle attività e dei problemi con i quali si devono confrontare nel ministero sanitario. Si tratta di un incontro molto importante che, con il tempo, ci permetterà di seguire le attività in materia di salute nel Paese. Le CDS conoscono le istituzioni cattoliche che operano nel campo sanitario a livello diocesano. Poco a poco arriveremo ad avere i dati completi per il Madagascar. Talune diocesi sono già molto ben organizzate per questa pastorale.

Abbiamo diviso gli operatori pastorali sanitari in 4 categorie:

1. le religiose (religiosi) infermiere statali (sono circa 250);
2. le infermiere (infermieri) ostetriche cattoliche;
3. i cappellani cattolici di ospedale;
4. i medici cattolici.

Grazie a una sovvenzione di Missio, riusciamo ad organizzare riunioni bi-annuali per ogni categoria. Si tratta soprattutto di incontri di scambio con oratori che intervengono su argomenti medici e anche sull'insegnamento cattolico in materia di etica medica. In generale, a ogni incontro abbiamo rappresentanti di almeno 17 diocesi su 20 e pubblichiamo un rapporto dettagliato dei lavori, distribuito poi ai partecipanti.

In Madagascar ci sono pochi ospedali cattolici per il semplice motivo che le spese

possibilità di aprire un nosocomio cattolico.

Il grosso delle attività nel campo della salute che troviamo in tutte le diocesi del Paese è svolto a livello dei Centri per lebbrosi dei dispensari. La Chiesa cattolica serve 28 centri adibiti a questo fine. Malgrado le difficoltà di convincere l'OMS che nel Madagascar esiste ancora la lebbra e che bisogna mantenere questi Centri, le religiose fanno un lavoro meraviglioso per questi malati. C'è sempre un malinteso tra i nostri centri e l'OMS, in quanto l'organizza-



di un nosocomio sono molto elevate e allora è necessaria una sovvenzione molto cospicua da parte dell'Europa, oppure l'ospedale potrà esser utilizzato solo dai ricchi. Siccome noi vogliamo servire i poveri che non hanno mezzi per pagare, è molto difficile organizzare un ospedale. Le suore FMM hanno una clinica a Tananarive e ci sono ospedali a Ambanja, Fianarantsoa e Farafangana. Nelle altre diocesi, invece, non ci sono ospedali cattolici. Molte di queste stanno studiando la possibilità di crearne uno anche a nome della Conferenza Episcopale, ma occorrerà applicarsi molto per realizzare il progetto. Anche altre congregazioni hanno la

zione vorrebbe che li chiudessimo mentre, invece, in Madagascar essi sono necessari. Ci sono anche i dispensari cattolici e speriamo di avere presto le cifre esatte sul loro numero nell'isola. I bisogni nel campo della salute sono immensi, ragion per cui le congregazioni religiose non esitano a organizzare questo ministero. Grazie alla scuola per infermiere di Ankadifotsy, ogni anno abbiamo nuove infermiere per lavorare nei nostri dispensari.

Non bisogna minimizzare il lavoro delle religiose negli ospedali statali. In questo ambiente difficile, esse testimoniano la carità di Cristo e il servizio ai poveri. Anche se sono funzionari dello Stato,

esse sono in grado di servire i poveri ed evitare gli abusi della corruzione.

In Madagascar ci sono invece poche religiose laureate in medicina e anche qui, nonostante le difficoltà della formazione, varie congregazioni non esitano a inviare religiose per diventare medici.

L'ECAR ha centri diagnostici per l'AIDS, finanziati dalla CRS ma, poiché il numero di malati di AIDS è difficile da determinare, non abbiamo nessun Centro di cure per loro.

Quest'anno la Commissione per la Pastorale della Salute ha siglato un accordo con il Ministero per la Salute per rafforzare la lotta contro la tubercolosi. 33 centri nelle 20 diocesi beneficeranno di aiuto per questo nuovo programma. Poiché ciò supera le competenze della Commissione, abbiamo formato un gruppo per gestire il programma. Sempre più il Ministero per la Salute vuole organizzare un partenariato con l'ECAR per questi programmi finanziati dal *Global Fund*.

Grazie ai Padri Camilliani e agli ospedali di Tananarive, speriamo di organizzare meglio questo ministero in tutti i nosocomi del Paese. Si registra già un progresso e 16 delle 20 diocesi inviano dei partecipanti all'incontro dei cappellani di ospedale. Non esistono ancora associazioni nazionali di questi cappellani, ma vi stiamo lavorando.

Ogni diocesi ha la propria Pastorale della Salute e attività specifiche che sono molto interessanti, ma sarebbe troppo lungo qui elencarle e spiegarle. Il rapporto dell'ultimo incontro delle CDS nel gennaio 2005 riassume alcune di queste attività.

C'è molto da fare in Madagascar nel campo sanitario. Le religiose infermiere sono in prima linea in questo servizio della Chiesa. La CES, con il suo sostegno, vuole essere segno di questo lavoro della Chiesa.

S.E. Mons. DONALD
PELLETIER, M.S.
*Vescovo di Morondava
Presidente della Commissione
Episcopale per la Salute
Madagascar*

STATUTO

COMMISSIONE EPISCOPALE PER LA PASTORALE DELLA SALUTE

Preambolo

Articolo 1

Su domanda espressa del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, la CEM (Conferenza Episcopale del Madagascar) erige al suo interno la CES (Commissione Episcopale per la Pastorale della Salute) per animare, coordinare e ispirare la Pastorale in ambito sanitario. Questa Commissione trova posto tra le varie Commissioni Episcopali della CEM.

Articolo 2

La finalità della Commissione consiste nel manifestare la sollecitudine della Chiesa nei confronti dei malati, dei sofferenti e degli anziani. "Ny marary mandriana sady andrianina" e aiutare il personale sanitario affinché l'apostolato della misericordia di cui si occupa risponda sempre meglio alle nuove esigenze dei tempi.

Articolo 3

L'operato della Commissione comporta 4 ambiti:

3.a. Far conoscere il senso cristiano della salute, della vita, della malattia, della sofferenza e della morte in conformità all'epoca in cui viviamo.

3.b. Partecipare alla formazione permanente del personale sanitario sul piano nazionale.

3.c. Collaborare con le organizzazioni nazionali e diocesane per la Pastorale della Salute, nelle loro attività tanto teoriche quanto pratiche.

3.d. Tenersi al corrente sulle novità legislative e scientifiche, per illuminarle mediante l'azione pastorale della Chiesa in ambito sanitario.

Articolo 4

Nella misura delle sue possibilità, la CES si propone di aiutare i Vescovi e le diocesi, mediante la promozione, il coordinamento, l'ispirazione e l'orientamento del lavoro pastorale della salute.

Struttura Funzioni rispettive

Struttura

Articolo 5

La CES è presieduta da un Vescovo diocesano titolare, secondo gli statuti della CEM, eletto dall'assemblea plenaria della CEM stessa, per un mandato di 2 anni, rinnovabile 2 volte.

Articolo 6

Oltre al Vescovo Presidente, la CES comprende membri a titolo volontario, in rappresentanza delle varie categorie del personale sanitario:

- un cappellano d'ospedale
- un medico consulente
- una religiosa infermiera
- un rappresentante dell'URM (Unione delle Religiose del Madagascar)
- un/a infermiere/a statale
- un'ostetrica
- un Segretario generale
- un sacerdote delegato del Vescovo.

Articolo 7

Il Vescovo Presidente nomina i membri dopo consultazione. Questi membri risiedono preferibilmente ad Antananarivo, per facilitare le riunioni periodiche della Commissione.

Articolo 8

Dopo consultazione dei membri della CES, la scelta del Segretario Generale sarà sottoposta all'approvazione del Consiglio Permanente della CEM. Il Segretario Generale sarà scelto in funzione delle sue competenze professionali in materia di salute, delle sue capacità di assicurare il mantenimento del segretariato e delle sue qualità spirituali.

Articolo 9

Dell'assemblea generale fanno parte la CES, il Segretariato e un delegato per CDS (Commissione Diocesana per la Salute).

Il Vescovo Presidente

Articolo 10

Spetta al Vescovo Presidente convocare la CES e l'Assemblea generale, presiedere

le riunioni, fornire orientamenti generali delle attività, renderne conto al Consiglio Permanente della CEM e, al bisogno, all'Assemblea plenaria dei Vescovi.

Articolo 11

Egli può designare un sacerdote delegato per sostenerlo nel lavoro della commissione, o agire a suo nome in sua assenza.

Articolo 12

È competenza del Vescovo Presidente approvare il rapporto morale e finanziario con l'ufficio, stabilito dal Segretariato, presentarlo all'ufficio permanente della CEM, in vista della ripartizione dei sussidi accordati dalla Nunziatura o dei Consigli "straordinari" presso organismi esterni, quali Missio, CRS, CEI o della comunicazione annuale con il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute a Roma.

Il Segretariato

Articolo 13

Il Segretariato, animato dal Segretario Generale, assicura:

- la comunicazione e la traduzione dei documenti del Magistero e del Pontificio Consiglio in materia di salute
- il resoconto di tutte le riunioni: CES, Assemblea plenaria
- il resoconto delle sessioni, che sarà pubblicato e venduto ai partecipanti
- l'invio della corrispondenza alle CDS, ai Vescovi diocesani, ai cappellani degli ospedali e ai vari partner dell'E-CAR
- la regolarità delle riunioni della CES.

Articolo 14

Spetta al Segretariato intrattenere:

- il collegamento con il Ministero per la Salute in Madagascar
- la collaborazione con le ONG.

Articolo 15

Esso assicura altresì:

- la comunicazione con le altre Commissioni Episcopali che si occupano del sociale-caritativo
- la comunicazione con le CEM e il suo Ufficio Permanente
- la comunicazione con il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute a Roma
- tutta la corrispondenza, in accordo con il Vescovo Presidente.

Articolo 16

La CES assume un(a) segretario(a) amministrativo(a) per assicurare la permanenza all'ufficio ed eseguire il lavoro del Segretariato. Un contratto sarà steso secondo le disposizioni del Codice del Lavoro.

La commissione episcopale per la pastorale della salute

Articolo 17

Essa si riunisce ordinariamente 3 volte l'anno, ma si può riunire in maniera straordinaria per preparare una sessione. In assenza del Vescovo Presidente, il Segretario Generale convoca la riunione sotto la presidenza del sacerdote delegato.

Articolo 18

Spetta alla Commissione programmare e organizzare le

sessioni delle varie categorie del personale sanitario:

- cappellania degli ospedali
- religiosi/e infermieri/e
- infermieri/e statali cattolici
- medici cattolici
- ostetriche cattoliche
- CDS

La frequenza delle sessioni dipende dalle possibilità finanziarie della CES.

Articolo 19

Sotto la responsabilità del Vescovo Presidente, la CES veglia sulla tenuta dei conti, collaborando strettamente con il SECAD (Segretariato Amministrativo) della CEM. Primo responsabile delle finanze è il Segretario Generale.

Articolo 20

Tutte le sue attività vengono svolte in riferimento con il Vescovo Presidente e devono ottenere il suo accordo.

L'Assemblea Generale

Articolo 21

L'Assemblea generale si riunisce una volta l'anno per:

- fare il bilancio delle attività
- valutare le sessioni
- vedere come meglio servire le diocesi.

Nel caso, essa può tenere una riunione straordinaria.

Articolo 22

L'Assemblea generale stabilisce gli statuti che saranno sottoposti all'approvazione della CEM su presentazione del Vescovo Presidente. Ogni cambiamento sarà sottoposto all'Assemblea generale, a cui farà seguito l'approvazione della CEM.



Da Atene a Sparta: siamo tutti in viaggio con Terri Schiavo*

Ora che la triste vicenda di Terri Schindler Schiavo volge al termine, alcune riflessioni sono urgenti per cercare di fare fronte all'onda devastatrice che inevitabilmente si rivergerà anche sul nostro Paese a partire da tale caso, cancellando valori consolidati e modificando violentemente il paesaggio delle convinzioni di un popolo.

Le avvisaglie di tale tsunami culturale si sono già viste nel mare di idiozie pubblicate nei giorni scorsi da autorevoli opinion leader e affermate con disarmante disinvoltura nei talk show televisivi.

È stato detto che la povera Terri era in “coma vegetativo”, che non aveva più cervello, che bisognava staccare la spina, che era tenuta in vita grazie alle macchine, che bisognava fermare l'accanimento terapeutico portato su un malato ormai terminale e comunque irrecoverabile. Vi è stato chi ha paragonato la vita di Terri a quella di un vegetale, incapace di avvertire alcuna sensazione e alcun dolore. Addirittura vi sono stati filosofi televisivi che hanno affermato non trattarsi più di vita umana, mentre ex-ministri hanno parlato di condizione intermedia tra la vita e la morte. Anche qualche autorevole rivista scientifica è caduta nella trappola del sensazionalismo, affermando che avevamo di fronte una paziente con elettroencefalogramma piatto, la condizione che si osserva nella morte cerebrale. Per tale paziente sono stati molti i *maitres à penser* che si sono scandalizzati per le sonde disumane e invasive con cui la paziente sarebbe stata tenuta artificialmente in vita e che hanno invocato per lei la morte pietosa “senza sofferenze” derivante dalla sospensione dell'alimentazione e dell'idratazione.

Occorre incominciare a precisare i confini delle cose, chiamandole con il loro nome per coloro che dei casi come quello di Terri hanno solo sentito parlare in televisione.

Il paziente in stato vegetativo non è in morte cerebrale, perché il suo cervello, in maniera più o meno imperfetta, non ha mai smesso di funzionare. Non è neanche in coma, tant'è che resta sveglio, a occhi aperti. Il suo elettroencefalogramma non è piatto, potendo addirittura alternare fasi di veglia e fasi di sonno. Non vi è nessuna spina da staccare, per il semplice motivo che il paziente non è connesso ad alcuna macchina. Non è un malato terminale, visto che con la sola assistenza di base (l'idratazione e la nutrizione anzitutto), può vivere per numerosi anni. Non è un malato necessariamente irrecoverabile, se si considera che la definizione di stato vegetativo *permanente* non ha valore diagnostico, ma esclusivamente prognostico, indicando solo che le possibilità di recupero si riducono con il passare del tempo. Non è un paziente privo di sensazioni, visto che i potenziali evocati possono mostrare l'arrivo dello stimolo alla corteccia. Pur mancando spesso indicazioni su ulteriori elaborazioni corticali di tali segnali, sono stati anche ben documentati scientificamente casi in cui un rudimentale processo di discriminazione e di riconoscimento era tuttavia possibile. Il paziente in stato vegetativo non ci dice se avverte dolore, ma lo stimolo doloroso perviene al suo cervello e le nostre conoscenze sulla fisiologia del dolore sono ancora insufficienti per essere certi che l'assenza di evidenze costituisca una evidenza dell'assenza di ogni dolore.

I pazienti in stato vegetativo non sono tutti uguali tra loro.

Le immagini che esplorano l'anatomia (come la RMN) o la funzionalità del loro cervello (come la PET e la RMN funzionale) mostrano un'ampia variabilità delle risposte da caso a caso.

Anche per tali motivi la diagnosi di stato vegetativo non è facile e importanti studi indicano margini di errore superiori al 30 % anche in Centri qualificati.

Un altro mito da sfatare è quello delle sonde con cui viene portata l'alimentazione al paziente. Esse sono state dipinte come congegni infernali, poco rispettosi della dignità del paziente. In realtà, il sondino naso-gastrico è una procedura assistenziale largamente utilizzata, praticata di solito solo nelle fasi iniziali dello stato vegetativo, mentre, per quanto riguarda la PEG, si tratta di una procedura molto ben tollerata, maneggevole, gestibile a domicilio anche da personale non sanitario, invisibile al pubblico al di sotto degli abiti del paziente. Vi sono pazienti con malattie non cerebrali che debbono essere nutriti con la sonda PEG per anni, senza ciò impedisca loro una vita di lavoro e di relazioni.

Infine, una considerazione sulla bella morte inflitta alla povera Terri, una morte definitiva serena, pacifica e senza sofferenze, realizzata facendo morire di fame e di sete un organismo definito aprioristicamente come incapace di sentire ogni dolore. In realtà, la morte per fame e per sete è una lenta agonia che devasta lentamente tutto l'organismo. Il paziente in stato vegetativo può soffrirne, in modi che non sappiamo, a tal punto che gli stessi promotori della procedura praticano in parallelo la totale sedazione del paziente con morfina, in modo da evitare il rischio che il suo orga-

* Articolo scritto dal Professor Gigli all'epoca della vicenda terminata nel marzo del 2005

nismo manifesti i segni fisici di una ribellione al dolore eventualmente avvertito. Si tratta di una morte così disumana che, se qualcuno di noi l'infliggesse a un cane, si vedrebbe condannato per sevizie e maltrattamenti.

Ciò detto in generale per vedere sotto una luce più realistica lo stato vegetativo e prima di passare a esaminare le conseguenze di questa disgraziata vicenda, occorre chiarire che il deliberato e barbaro omicidio di Terri Schindler Schiavo viene effettuato su una povera paziente che non era nemmeno in stato vegetativo. Dall'esame dei filmati e secondo l'opinione di illustri colleghi americani, la paziente poteva al massimo essere de-

e l'idratazione assistite costituiscono una forma di "trattamento medico" e non un elemento fondamentale dell'assistenza di base al paziente (insieme alla mobilitazione e all'igiene).

La seconda bugia è che Terri Schiavo abbia dovuto essere messa a morte per rispettare la sua volontà di non ricevere il "trattamento medico" della nutrizione e idratazione assistita. Si tratterebbe quindi del rispetto del principio di autonomia del paziente. Una discussione sui limiti delle direttive anticipate va oltre le intenzioni di questo breve scritto. Non si può tuttavia evitare di sottolineare come, nel caso specifico, la rilevazione della volontà presunta della pazien-

morire invocano infine l'ultima falsità di questa sporca vicenda: la sospensione dell'assistenza di base (idratazione e nutrizione) sarebbe non solo giustificata, ma doverosa sulla base dei principi di futilità, straordinarietà (sproporzionalità) ed eccessiva onerosità che fondano ogni giudizio etico sulle cure. Peccato che un trattamento che raggiunge efficacemente per anni il suo scopo di nutrire, che costa poco e non richiede macchine e che viene ben tollerato da milioni di pazienti per le più diverse patologie non possa certo essere definito futile, sproporzionato o eccessivamente oneroso, se non a prezzo di falsificare la verità.

Perché allora una larga fetta della società americana è d'accordo con un cattivo marito come Michel Schiavo nel voler a tutti i costi mettere a morte Terri? Dietro la vicenda di Terri Schiavo si nascondono inquietanti verità, che vanno al di là del caso specifico e assumono valore universale. Su queste tremende verità è bene riflettere prima che sia troppo tardi per la nostra società.

Non sono l'idratazione e la nutrizione a essere futili, ma è la vita dei pazienti come Terri a essere considerata futile, priva di significato.

Non è la PEG a essere sproporzionata, ma il dover assistere pazienti a cui non è dato tornare a essere "sani e belli".

Non è il "trattamento" a essere eccessivamente oneroso per il paziente, ma è la vita stessa di tanti soggetti con gravi disabilità croniche, che la nostra società considera un fardello di cui fare volentieri a meno.

Per mascherare l'intrinseca immoralità di tali conclusioni, si ricorre allora a divagazioni molto pericolose sulla insufficiente qualità di vita che qualificerebbe i pazienti in stato vegetativo e quelli che, come Terri, assomigliano loro.

Sulla base di giudizio inappellabile calato dall'esterno, la qualità della vita viene giudicata insufficiente a tutelare la vita stessa quando il paziente non è in grado di mantenere una sufficiente capacità



finita come una condizione di coscienza minima (MCS) o come uno stato neurologico di basso livello (LLNS), capace di alcuni elementari movimenti, di una mimica rudimentale, di una parziale capacità di deglutire. A tale paziente sono stati negati approfondimenti diagnostici (come PET e f-RMN) e interventi riabilitativi negli ultimi 10 anni, fino al punto da negarle di ricevere la comunione durante i giorni della fame e della sete, affinché nessun occhio indiscreto potesse valutare la sofferenza causata dalla sospensione della nutrizione e dell'idratazione.

Terri Schiavo è stata messa a morte sulla base di tre falsità.

La prima è che la nutrizione

te si basi solo sulle dichiarazioni generiche di una conversazione informale, risalente a molti anni prima, rivelata da un marito quanto meno sospettabile di conflitto di interessi e contrastante con la volontà presunta di Terri indicata dai suoi genitori e fratelli. Come poter affidare le decisioni sulla vita umana a una conversazione generica di qualche anno prima circa la nutrizione per sondino? Sarebbe giudicata una prova insufficiente anche in un processo penale, tanto più quando si tratta di mettere a morte una donna sicuramente innocente!

Quando una simile concezione dell'autonomia del paziente viene sottoposta a critica, coloro che hanno stabilito che Terri deve, in ogni caso,

di relazione, quando non dimostra una sufficiente consapevolezza, quando non ha alcuna speranza di accettabile recupero, quando non è in grado di esprimere una autonomia volontà, quando non è in grado di comunicare le proprie decisioni. In tali condizioni, si tratterebbe appunto di vita non più umana o, con più sottile sofisma, avremmo di fronte esseri umani privi ormai dei requisiti ritenuti minimi per qualificare una persona umana.

È facile a questo punto tirare le conclusioni e rendersi conto del perché il caso Schiavo apre inquietanti prospettive.

Innanzitutto, a partire dal giorno successivo alla morte di Terri, gli stessi gruppi di opinione che hanno richiesto la sospensione della idratazione e della nutrizione chiederanno che si possa arrivare al-

la morte in modo più rapido e meno doloroso (senza dover imbottire di morfina il paziente). Sarà un argomento decisivo per la legalizzazione dell'eutanasia negli USA e, dopo gli USA, nel mondo intero.

Inoltre, se una società opulenta come quella americana ritiene ormai uno sperpero finanziario l'assistenza ai malati senza speranza, è il livello complessivo di attenzione alla fragilità a essere messo in discussione, con danno irreversibile per il principio di solidarietà nell'assistenza.

Infine, se i pazienti in stato vegetativo sono da considerarsi esseri umani la cui vita è ormai indegna di essere vissuta, ai quali non vengono più riconosciuti lo statuto e i diritti di persona umana, allora tale principio discriminativo può estendersi a molte altre categorie di pazienti, ugualmente pri-

vi di autonomia, di vita di relazione, di consapevolezza, di capacità di comunicare le proprie decisioni. Si tratta dei dementi, dei ritardati mentali, dei comi prolungati, dei neonati gravemente malformati.

In nome di un superiore tribunale della dignità umana verrà instaurato un regime discriminatorio che è in netta contrapposizione con la Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo e che è foriero di ulteriori pericolose derive democratiche. Lasciata Atene e l'umanesimo, torneremo a Sparta e alla selezione dei migliori.

Prof. GIAN LUIGI GIGLI
Direttore della S.O.C. di Neurologia
Neurofisiopatologia
Azienda Ospedaliera "Santa Maria
della Misericordia", Udine
Già Presidente della Federazione
Internazionale delle Associazioni
dei Medici Cattolici (FIAMC)



***Congresso Mondiale
della Federazione
Internazionale delle
Associazioni
dei Medici Cattolici
(FIAMC)***



***Barcellona, Spagna
11-14 maggio 2006***

Congresso Mondiale della Federazione Internazionale delle Associazioni dei Medici Cattolici (FIAMC)

BARCELLONA, SPAGNA, 11-14 MAGGIO 2006

68

Dall'11 al 14 maggio, si è svolta, nel Palazzo dei Congressi di Barcellona (Montjuïc), la XXII edizione del Congresso Mondiale della Federazione Internazionale delle Associazioni dei Medici Cattolici (FIAMC), organizzazione che riunisce 40.000 medici di 70 associazioni professionali di tutto il mondo. Il Congresso, che si riunisce ogni 4 anni, è tornato in Spagna dopo 32 anni.

Il Congresso, il cui tema di massima era «I medici cattolici e la sfida della povertà nell'era della globalizzazione», si focalizzava sulla sfida che rappresenta per una società come la nostra l'eliminazione della povertà. Assieme alle sessioni scientifiche e a quelle generali, alle testimonianze e ai gruppi di studio paralleli, sono state presentate varie iniziative tese a sradicare il fenomeno della povertà materiale e sanitaria in diverse zone del globo.

Il Congresso ha offerto a imprese e istituzioni, dell'ambito sanitario e non, la possibilità di collaborare a questo evento di portata globale che avrà grande ripercussione. Inoltre, si è voluto promuovere una iniziativa concreta di sviluppo sanitario nelle zone meno favorite del pianeta al nord del Kenya. *Mater Care* è l'agenzia internazionale di attenzione materno-infantile della FIAMC a cui saranno destinati i contributi apportati dal Congresso.

Il desiderio degli organizzatori è che questo evento rappresenti una sorta di foro ideale per lo scambio di conoscenze e di esperienze. Essi desiderano altresì far conoscere tutto ciò che la Chiesa fa nel mondo per le persone meno favorite. Infine, il Congresso ha voluto incoraggiare i professionisti sanitari cattolici a impegnarsi alla costruzione di un mondo più giusto a partire dal loro compito professionale specifi-

co. Oltre 1.000 partecipanti e una importante eco nei mass media a livello internazionale hanno dato risalto all'evento. Gli ultimi congressi furono celebrati a New York (1998), Roma (edizione straordinaria del 2000) e Seoul (2002).

Il tema delle sessioni era suddiviso in cinque parti: la prima riguardava l'accesso alla sanità: i diritti dei più poveri, una questione di giustizia; la seconda, l'educazione a distanza in medicina: opportunità e rischi; la terza, gli organismi sanitari internazionali e il loro atteggiamento nei confronti dei Paesi poveri; la quarta, i medici cattolici e i professionisti di altre tradizioni religiose: il rispetto per la vita e la dignità dell'uomo; infine, la quinta parte ha trattato del medico al servizio della pace.

Sono state presentate le ONG e le altre istituzioni che lavorano per sradicare la povertà, con oltre 40 iniziative; è stato effettuato un circuito culturale organizzato per coloro che accompagnano i partecipanti; si sono svolti simposi paralleli di diverse specializzazioni e, infine, l'assemblea generale della FIAMC, con la presentazione delle attività, delle linee di attuazione per i prossimi anni e dell'elezione di nuovi incarichi.

Diversi sono stati i simposi e i gruppi di lavoro su vari temi: attenzione materno-infantile nel Terzo Mondo (*Mater Care International*), regolazione naturale della fertilità (RENAFER), psicologi cattolici (Fondazione DIF), medici santi e simposio su medici morti in odore di santità, medicina sportiva (*Fundación Árbol de la Vida*), un gruppo di studio sull'educazione affettivo-sessuale e la programmazione naturale della famiglia (TEENSTAR).

La Federazione Internazio-

nale delle Associazioni dei Medici Cattolici è costituita da una settantina di associazioni nazionali di medici cattolici di tutto il mondo. Essa è presente in 6 regioni: Africa, Asia, Australia e Nuova Zelanda, Europa, America Settentrionale e America Latina, e ha come missione la salvaguardia, la difesa e la promozione della vita umana nelle diverse culture, come pure il miglioramento professionale, umano e spirituale dei suoi associati.

Metges Cristians de Catalunya, un'associazione di medici professionisti che opera da molti anni in Catalogna e che fa parte della FIAMC, ha ricevuto l'incarico di organizzare a Barcellona il Congresso.

Durante il corso dei lavori è stato eletto nuovo Presidente mondiale della FIAMC, il medico catalano José M. Simón.

Come atto finale è stata celebrata, nella cattedrale della città, una Santa Messa presieduta da Sua Eccellenza Mons. José Luís Redrado e concelebrata da 16 Arcivescovi e Vescovi e da 35 sacerdoti provenienti da tutti i continenti.

Nella sua omelia, l'Arcivescovo Mons. Redrado, primo Vescovo nella storia dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio, ha espresso l'emozione suscitata in lui dal presiedere la celebrazione eucaristica nella cattedrale di Barcellona. Per questo ha ringraziato S.E. Mons. Martínez Sistach per avergli voluto cedere la presidenza della Messa di chiusura. I due Prelati sono vecchi amici dai tempi in cui lavoravano insieme nel settore della Pastorale della Salute nella Ciudad Condal.

“Rendiamo grazie a Dio – ha detto Mons. Redrado – per il Congresso che abbiamo celebrato e per i frutti che ci aspettiamo da esso. Grazie, Signore, per tutto ciò che ci aiuta a essere migliori servitori de-

gli ammalati". Il Prelato, facendo riferimento alle letture della quinta domenica di Pasqua – lette in diverse lingue –, ha guidato i partecipanti nel loro lavoro di medici cristiani. "Stiamo celebrando una festa pasquale in onore di Cristo risorto. Imitando le donne e gli apostoli, Cristo invita oggi tutti noi a essere testimoni della resurrezione. E noi potremo esserlo se resteremo uniti a Lui mediante il dono della Fede. Partiamo dunque dal nostro Congresso e da questa celebrazione disposti a essere, in ogni momento e per tutti, segni di resurrezione, testimoni della gioia cristiana, uomini e donne pieni di una vita dedicata al servizio dei malati. Sensibili anche al dolore, ma sempre aperti alla speranza e alla gioia, perché dolore e gioia camminano sempre insieme nella nostra vita (Catalunya cristiana 25 mayo 2006).

CONCLUSIONI DEL 22° CONGRESSO DELLA FIAMC Barcellona, 14 maggio 2006

L'attuale ordine internazionale condanna intere popolazione alla povertà e alla miseria. Ciò è ingiusto e contrario alla volontà di Dio.

Noi medici cattolici rifiutiamo il genere di globalizzazione che ha come risultato lo sfruttamento di popoli svantaggiati, che ne depauperano le risorse naturali, e che ha per conseguenza la distruzione

dell'ambiente. Rifiutiamo anche lo sfruttamento del lavoro a buon mercato in atto in alcuni Paesi.

Respingiamo quegli aspetti della medicina occidentale che promuovono la "medicina del desiderio", mentre una vasta parte del mondo è condannata a restare senza cure sanitarie di base, causando alti tassi di mortalità materna e infantile e una aspettativa di vita più breve.

Condanniamo le pressioni esercitate dalle organizzazioni internazionali che vincolano gli aiuti finanziari all'accettazione di pratiche di salute riproduttiva contrarie all'etica, quali l'aborto, la contraccezione e la sterilizzazione.

Lodiamo la globalizzazione che promuove valori positivi quali il rispetto della vita e la solidarietà tra i popoli, i Paesi e le classi sociali. Ciò porta all'abbattimento delle barriere dell'emarginazione e alla promozione della salute.

Riconosciamo il fatto che molti Paesi in via di sviluppo hanno, nei riguardi della vita, valori culturali e familiari che dovrebbero essere accettati dalle culture occidentali.

La FIAMC intende cooperare con gli organismi internazionali nei programmi di apprendimento a distanza e di educazione sanitaria che promuovono una globalizzazione positiva, veicolo di autentica equità tra le Nazioni.

Continueremo a esercitare pressioni sulle organizzazioni internazionali affinché rispettino veramente i diritti umani.

Elenco del nuovo direttivo della FIAMC eletto durante l'Assemblea Generale, Maggio 2006

Presidente:

José M. Simón Castellvi, MD
C/Calàbria, 273, entresol 4a
08029 Barcelona (Spain)
tel. + 34 93 3630364
fax + 34 93 4104009
metges@federaciocristians.org

Vicepresidente:

John Lee, MD
482A East Coast Road
429051 Singapore
tel. + 65 63446231(res)
cell. + 65 97327137
fax + 65 62418827
familees@singnet.com.sg

Segretario Generale:

Salvino Leone, MD PhD
Via D'Annunzio 9
90144 Palermo (Italy)
tel. +39 091 6259680
fax +39 0918889681
cell. +39 335406363
salvino.leone@tiscali.it

Tesoriere:

Francisco Diaz Herrera, MD
Av. Tabancura 1091 of. 210
Vitacura, Santiago de Chile
tel. e fax + 56 2 2173281
dr.franciscodiaz@tie.cl

Assistente Ecclesiastico:

Msgr Maurizio Calipari
Via Aurelia Antica 284
00165 Roma (Italy)
tel. +39 06 39377177
cell. + 39 332993072
fax +39 06 39377177
maurizocalipari@tin.it

Past President:

Gianluigi Gigli, MD
Osp. S. Maria della Misericordia
33100 Udine (Italy)
tel. +39 0432 552721
fax +39 0432 552719
gigli.gianluigi@aoud.sanita.fvg.it



1. Rivolgo un saluto particolare da parte del Cardinale Javier Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, e mio personale, al Presidente della FIAMC, Prof. Gian Luigi Gigli, al Presidente del Comitato organizzatore, Dott. José M. Simón, agli organizzatori del Congresso e a tutti i partecipanti.

2. Ringrazio gli organizzatori per l'invito fatto al Pontificio Consiglio a prendere parte a questo Congresso, a rivolgere alcune parole di saluto iniziale e a celebrare la Santa Messa in azione di grazia a chiusura dell'incontro.

3. Il tema del Congresso presenta un aspetto globale che caratterizza la nostra società, quello cioè della povertà, che non è estraneo al mondo sanitario giacché, come sappiamo, la povertà è causa di non poche malattie. Non è questo però che vorrei sottolineare nel mio saluto, in quanto ci penseranno i relatori elencati nel programma a farlo in modo adeguato.

4. Ciò di cui vorrei parlare, invece, è la responsabilità che ha oggi il medico, e sottolineo qui il medico cattolico, in tutto il processo di cambiamento che si sta producendo nella nostra società e che riguarda la medicina e l'operato del medico stesso; basti vedere tutto ciò che significa la secolarizzazione della medicina, i valori che vengono messi da parte, il relativismo nelle questioni che riguardano la vita. Tutto ciò interpella il medico a una maggiore responsabilità nello studio e nell'approfondimento della sua professione. Nell'era della tecnica, forte è infatti la tentazione di affidare tutto alle macchine. Il medico sa, come nessun altro, quanto ha bisogno della tecnica e dell'informatica e che non può restarvi estraneo; egli sa quanto lo sviluppo della tecnica cambia la

vita, la filosofia, il linguaggio e la mentalità e fino a qual punto può finire per farci credere che l'uomo sia capace di cambiare l'uomo.

Per questo è necessario ricercare un equilibrio tra lo sviluppo tecnico e i valori etici, il senso ultimo e globale della vita (*Fides et ratio*, n. 81), la dimensione sapienziale in cui alle acquisizioni scientifiche e tecnologiche si affianchino valori filosofici ed etici (*Fides et ratio*, n. 106).

Dice il Concilio Vaticano II: "L'epoca nostra ... ha bisogno di questa sapienza per umanizzare tutte le sue nuove scoperte. È in pericolo, di fatto, il futuro del mondo, a meno che non vengano suscitati uomini più saggi" (*G.S.*, n. 15).

Allo stesso modo, Papa Giovanni Paolo II nella *Redemptor hominis* n. 16 ci dice che il dominio del mondo si fonda sul primato:

- dello spirito sulla materia,
- della persona sulle cose,
- della morale sulla tecnica.

La mancanza di preparazione antropologica, filosofica e bioetica dei professionisti della salute su aspetti che riguardano il mistero della vita – che si tratti dell'inizio o del termine – provoca oltraggio e manipolazione della persona umana. Ci riferiamo in particolare ai medici, lasciando da parte gli altri professionisti; i medici sono al servizio della vita e devono essere i migliori consiglieri che ci devono orientare su come renderla più salutare. Il medico è al servizio della vita, è ministro della vita che deve difendere, educare e servire.

La "Carta degli Operatori Sanitari", pubblicata dal nostro Pontificio Consiglio, dedica i primi dieci numeri a questo tema. Desidero segnalare qui soltanto l'inizio che afferma quanto segue:

"L'attività degli operatori sanitari ha l'alto valore di servizio alla vita. È l'espressione di un impegno profondamente umano e cristiano, assunto e

svolto come attività non solo tecnica ma di dedizione e amore al prossimo. Essa è 'una forma di testimonianza cristiana'. 'La loro professione li vuole custodi e servitori della vita umana'".

5. In un'intervista, fra Pierluigi Marchesi, ex Generale dell'Ordine di San Giovanni di Dio, pioniere e profeta dell'umanizzazione, rispondeva alla domanda che gli era stata posta sul ruolo attuale della medicina, nei seguenti termini: "La medicina si trova ad un crocevia critico sotto la pressione della tecnologia e anche della politicizzazione e si dibatte tra i due estremi: se essere una medicina sempre più "scientifica" o una medicina sempre più umana.

Potremmo accontentarci del fatto che la medicina rimanga tale, intendendo per medicina quella disciplina che è al di là dell'attuale tecnicizzazione della scienza e dell'assistenza di massa e statalizzata: la medicina che attraverso i tempi si è accostata alla protezione affettiva, cordiale e umana; la medicina la cui radice è stato il concetto ellenico di "filantropia" e quello cristiano della "carità", cioè dell'amore per l'uomo.

Come posso rendere autentico il mio modo di vivere il mio servizio se prima non ho misurato su me stesso le necessità, le speranze e il servizio stesso? Se non lo facessi, trasmetterei una sorta di falsa moneta, compierei un gesto che mi è imposto dal lavoro, da un contratto, da una legge che me lo prescrive. Porrei le mie mani sull'infermo come se egli fosse una carta assorbente impregnata d'acqua e finirei per distruggerla, perché cercherei, al di là di essa, il pagamento, il premio, una piccola felicità. Io devo invece impregnarmi di questa carta assorbente bagnata e trasformarmi in una sola cosa con lei, rimanendo però misteriosamente me stesso mentre lei continua ad essere se stessa.

6. Professionisti della salute, medici: amate la vostra professione.

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

Con la vostra accoglienza costruirete per il malato la "nuova casa" di cui ha bisogno; costruirete un luogo adeguato, diretto al malato, egli è e deve essere il centro. Entrate a fondo, cercate il bene del malato e vedrete come cambiano le relazioni, le comunicazioni e il potere.

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

Parlando della professione sanitaria, il Cardinale Tarancón diceva che "la medicina, l'istruzione e il sacerdozio esigono qualcosa di più di un aiuto tecnico, benché necessario. Hanno bisogno del calore umano di coloro che se ne occupano. Per questo hanno una grandezza peculiare e una pienezza umana"¹.

Grandezza questa dei professionisti della salute che il nostro Pontificio Consiglio non ha esitato a chiamare "Ministri della vita"².

In un suo documento, l'episcopato spagnolo faceva la se-

guente riflessione su «I cattolici e la professione»³:

"La professione acquisisce (...) una dimensione veramente vocazionale e perfino spirituale.

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

Vedo, nel programma del Congresso, molti temi che sottolineano con competenza ciò che, in forma rapida e schematica, ho indicato nel mio saluto: i diritti, l'educazione, le varie tradizioni religiose, il rispetto per la vita, l'evangelizzazione e un'infinità di testimonianze che hanno reso realtà tutto ciò con l'esercizio della medicina; una medicina umanitaria e globalizzata. Auguro che questo congresso sia un trampolino e

l'inizio di una nuova primavera per la FIAMC.

Infine, desidero approfittare di questa occasione celebrativa per rivolgere un grazie cordiale e sincero al Presidente della Federazione, Prof. Gian Luigi Gigli, per il lavoro di riflessione realizzato dalla FIAMC durante la sua Presidenza e per la presenza costante, attiva, competente e generosa che lo ha contraddistinto.

Per questo, in nome del Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, S.Em.za il Cardinale Javier Lozano Barragán, gli facciamo dono della medaglia del Buon Samaritano, simbolo ed espressione del nostro Dicastero. Assieme ad essa va il nostro grazie e l'augurio, che ripeto, di una nuova primavera per la FIAMC.

Grazie di nuovo

S.E. Mons. JOSÉ L. REDRADO, O.H.

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

Note

¹ Card. ENRIQUE TARANCON, La profesión sanitaria, en Revista *Humanizar*, febrero 1994.

² Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, *Carta de los Agentes Sanitarios* (n. 1-10).

³ Comisión permanente de la Conferencia Episcopal Española, Inst. Past. *Los católicos en la vida pública*, 22-IV-1986, n. 113-114.





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