



DOLENTIUM HOMINUM

N. 63 – anno XXI – N. 3, 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 **Messaggio per la XV
Giornata Mondiale del Malato**
Benedetto XVI

- 7 **Di fronte alla diretta soppressione
dell'essere umano non ci possono essere
né compromessi né tergiversazioni**
Benedetto XVI

ARGOMENTI

- 10 **I diritti dei malati mentali**
P. Pierluigi Marchesi, O.H.

- 13 **La Chiesa Cattolica
e la sessualità coniugale**
Prof. Bonifacio Honings, O.C.D.

- 17 **Dolore e sofferenza:
un nuovo approccio?**
P. Jesús Conde Herranz

- 35 **Dimensione antropologica
del diritto alla salute**
Prof. Francesco D'Agostino

- 37 **Azioni pastorali per difendere
e promuovere il diritto alla salute**
P. Mariano Steffan

- 40 **La figura dell'assistente ecclesiastico**
P. Armando Aufiero
Felice Di Giandomenico

TESTIMONIANZE

- 44 **Testimoni dell'amore nel dolore**
S.E. Mons. José L. Redrado, O.H.

- 57 **Sanità e utopia
L'umanizzazione della sanità
è un utopia?**
Prof. Pietro Quattrocchi

- 66 **Ginecologi e ostetrici chiamati
a servizio della vita**
Mons. Jean-Marie Mpendawatu

- 68 **L'ancora della vita**
Centro Volontari della Sofferenza

- 70 **Il cammino dell'ufficio
per la pastorale della salute
dell'arcidiocesi di Bari-Bitonto
all'insegna della creatività**
P. Leonardo Nunzio Di Taranto

- 77 **Pastorale della salute in Polonia**
S.E. Mons. Władysław Ziolek

*Le illustrazioni di questo numero sono tratte dal libro:
The high Tatra di Jerzy Choinacki
Pubblicato da Wydawnictwo Secesja*

Messaggio di Sua Santità Benedetto XVI per la XV Giornata Mondiale del Malato Seoul, Korea – 11 febbraio 2007

Cari fratelli e care sorelle,

L'11 febbraio 2007, giorno in cui la Chiesa celebra la memoria liturgica di Nostra Signora di Lourdes, si svolgerà a Seoul, in Corea, la Quindicesima Giornata Mondiale del Malato. Un certo numero di incontri, conferenze, raduni pastorali e celebrazioni liturgiche avrà luogo con i rappresentanti della Chiesa in Corea, con il personale sanitario, i malati e le loro famiglie. Ancora una volta, la Chiesa guarda a quanti soffrono e richiama l'attenzione sui malati incurabili, molti dei quali stanno morendo a causa di malattie in fase terminale. Essi sono presenti in ogni continente, in particolare in luoghi in cui la povertà e le difficoltà causano miseria e dolore immensi. Conscio di tali sofferenze, sarò spiritualmente presente alla Giornata Mondiale del Malato, unito a quanti si incontreranno per discutere della piaga delle malattie incurabili nel nostro mondo e incoraggeranno gli sforzi delle comunità cristiane nella loro testimonianza della tenerezza e della misericordia del Signore.

L'essere malati porta inevitabilmente con sé un momento di crisi e un serio confronto con la propria situazione personale. I progressi nelle scienze mediche spesso offrono gli strumenti necessari ad affrontare questa sfida, almeno relativamente ai suoi aspetti fisici. La vita umana, comunque, ha i suoi limiti intrinseci, e, prima o poi, termina con la morte. Questa è un'esperienza alla quale è chiamato ogni essere umano e alla quale deve essere preparato. Nonostante i progressi della scienza, non si può trovare una cura per ogni malattia, e, quindi, negli ospedali, negli ospizi e nelle case in tutto il mondo ci imbattiamo nella sofferenza di numerosi nostri fratelli e numerose nostre sorelle incurabili e

spesso in fase terminale. Inoltre, molti milioni di persone nel mondo vivono ancora in condizioni insalubri e non hanno accesso a risorse mediche molto necessarie, spesso del tipo più basilare, con il risultato che il numero di esseri umani considerato “incurabile” è grandemente aumentato.

La Chiesa desidera sostenere i malati incurabili e quelli in fase terminale esortando a politiche sociali eque che possano contribuire a eliminare le cause di molte malattie e chiedendo con urgenza migliore assistenza per quanti stanno morendo e per quanti non possono contare su alcuna cura medica. È necessario promuovere politiche in grado di creare condizioni in cui gli esseri umani possano sopportare anche malattie incurabili ed affrontare la morte in una maniera degna. A questo proposito, è necessario sottolineare ancora una volta la necessità di più centri per le cure palliative che offrano un’assistenza integrale, fornendo ai malati l’aiuto umano e l’accompagnamento spirituale di cui hanno bisogno.

Questo è un diritto che appartiene a ogni essere umano e che tutti dobbiamo impegnarci a difendere.

Desidero incoraggiare gli sforzi di quanti operano quotidianamente per garantire che i malati incurabili e quelli che si trovano nella fase terminale, insieme alle proprie famiglie, ricevano un’assistenza adeguata e amorevole.

La Chiesa, seguendo l’esempio del Buon Samaritano, ha sempre mostrato particolare sollecitudine per gli infermi. Mediante i suoi singoli membri e le sue istituzioni, continua a stare accanto ai sofferenti e ai morenti, cercando di preservare la loro dignità in questi momenti significativi dell’esistenza umana. Molti di questi individui, personale sanitario, agenti pastorali e volontari, e istituzioni in tutto il mondo, servono instancabilmente i malati, negli ospedali e nelle unità per le cure palliative, nelle strade cittadine, nell’ambito dei progetti di assistenza domiciliare e nelle parrocchie.

Ora, mi rivolgo a voi, cari fratelli e care sorelle che soffrite di malattie incurabili e che siete nella fase terminale. Vi incoraggio a contemplare le sofferenze di Cristo crocifisso e, in unione con Lui, a rivolgervi al Padre con totale fiducia nel fatto che tutta la vita, e la vostra in particolare, è nelle sue mani. Sappiate che le vostre sofferenze, unite a quelle di Cristo, si dimostreranno feconde per le necessità della Chiesa e del mondo. Chiedo al Signore di rafforzare la vostra fede nel Suo amore, in particolare durante queste prove che state affrontando. Spero che, ovunque voi siate, troviate sempre l'incoraggiamento e la forza spirituali necessari a nutrire la vostra fede e a condurvi più vicini al Padre della vita. Attraverso i suoi sacerdoti e i suoi collaboratori pastorali, la Chiesa desidera assistervi e stare al vostro fianco, aiutandovi nell'ora del bisogno, e quindi, rendendo presente l'amorevole misericordia di Cristo verso chi soffre.

Infine, chiedo alle comunità ecclesiali in tutto il mondo, e in particolare a quante si dedicano al servizio degli infermi, a continuare, con l'ausilio di Maria, *Salus Infirmorum*, a rendere un'efficace testimonianza della sollecitudine amorevole di Dio, nostro Padre. Che la Beata Vergine, nostra Madre, conforti quanti sono malati e sostenga quanti hanno dedicato la propria vita, come Buoni Samaritani, a curare le ferite fisiche e spirituali dei sofferenti. Unito a voi nel pensiero e nella preghiera, imparto di cuore la mia Benedizione Apostolica quale pegno di forza e di pace nel Signore.

Dal Vaticano, 8 dicembre 2006

BENEDETTO XVI

Di fronte alla diretta soppressione dell'essere umano non ci possono essere né compromessi né tergiversazioni

DISCORSO DI SUA SANTITÀ BENEDETTO XVI AI PARTECIPANTI
AL CONGRESSO INTERNAZIONALE SUL TEMA: "LE CELLULE STAMINALI:
QUALE FUTURO IN ORDINE ALLA TERAPIA?"
PROMOSSO DALLA PONTIFICIA ACCADEMIA PER LA VITA.
SALA DEGLI SVIZZERI, PALAZZO APOSTOLICO DI CASTEL GANDOLFO,
SABATO, 16 SETTEMBRE 2006

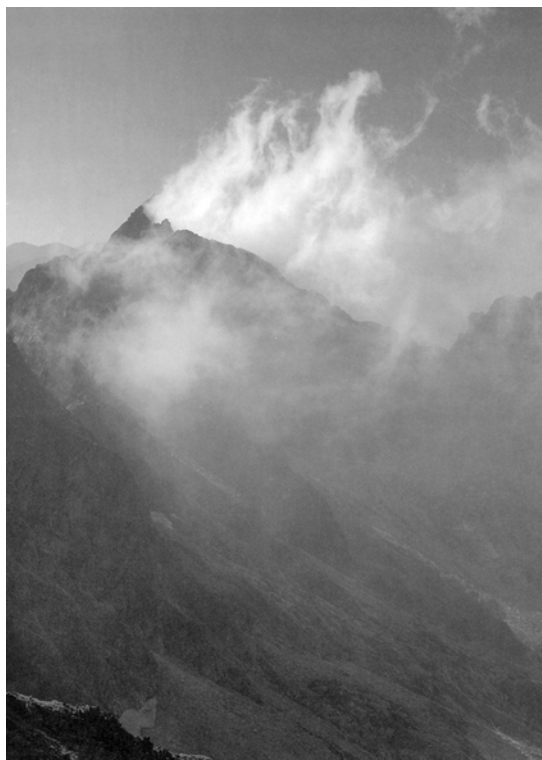
*Venerati Fratelli nell'Episcopato
e nel Sacerdozio,
Illustri Signori, gentili Signore!*

A tutti rivolgo il mio saluto cordiale. L'incontro con scienziati e studiosi come Voi, dediti alla ricerca finalizzata alla terapia di malattie che affliggono pesantemente l'umanità, è per me motivo di particolare conforto. Sono grato agli organizzatori che hanno promosso questo Congresso su di un argomento che ha acquistato in questi anni crescente rilevanza. Lo specifico tema del Simposio è opportunamente formulato con un interrogativo aperto alla speranza: *Le cellule staminali: quale futuro per la terapia?* Ringrazio il Presidente della Pontificia Accademia per la Vita, Mons. Elio Sgreccia, per le parole gentili che mi ha rivolto anche a nome della Federazione Internazionale delle Associazioni dei Medici Cattolici (FIAMC), associazione che ha cooperato alla organizzazione del Congresso ed è qui rappresentata dal Presidente uscente, Prof. Gianluigi Gigli e dal Presidente eletto Prof. Simon de Castellvi.

Quando la scienza si applica al sollievo della sofferenza e quando, su questo cammino, scopre nuove risorse, essa si dimostra due volte ricca di umanità: per lo sforzo dell'ingegno investito nella ricerca e per il beneficio annunciato a quanti sono afflitti dalla malattia. Anche coloro che forniscono i mezzi finanziari e incoraggiano le strutture di studio necessarie partecipano al merito di questo progresso sulla strada della civiltà. Vorrei ripetere in questa circostanza quanto ho avuto modo di affermare in una recente Udienza: "Il progresso può essere progresso vero solo se serve alla persona umana e se la persona umana stessa cresce; se non cresce solo il suo potere tecnico, ma cresce anche la sua capacità morale" (*Udienza Generale del 16 agosto*). In questa luce, anche la ricerca sulle cellule staminali somatiche merita approvazione ed incoraggiamento quando coniuga felice-

mente insieme il sapere scientifico, la tecnologia più avanzata in ambito biologico e l'etica che postula il rispetto dell'essere umano in ogni stadio della sua esistenza. Le prospettive aperte da questo nuovo capitolo della ricerca sono in se stesse affascinanti, perché lasciano intravedere la possibilità di curare malattie che comportano la degenerazione dei tessuti, con i conseguenti rischi di invalidità e di morte per chi ne è affetto.

Come non sentire il dovere di lodare quanti si applicano a questa ricerca e quanti ne sostengono l'organizzazione e i costi? Vorrei in particolare esortare le strutture scientifiche che si rifanno per ispirazione e per organizzazione alla Chiesa Cattolica a incrementare questo tipo di ricerca e a stabilire i più stretti contatti fra loro e con quanti perseguono nei debiti modi il sollievo della sofferenza umana. Mi sia lecito anche rivendicare, di fronte a

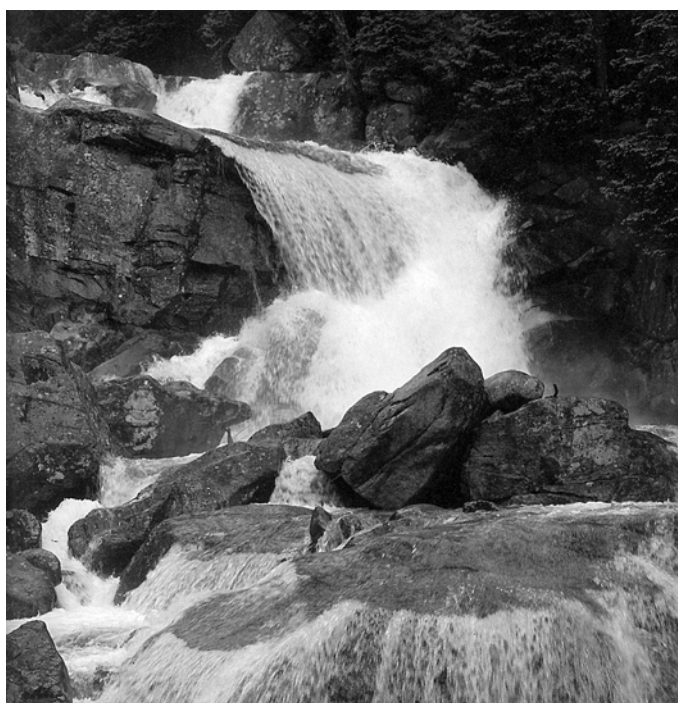


frequenti e ingiuste accuse di insensibilità rivolte alla Chiesa, il costante sostegno da essa dato nel corso della sua bimillenaria storia alla ricerca rivolta alla cura delle malattie e al bene dell'umanità. Se resistenza c'è stata – e c'è tuttora – essa era ed è nei confronti di quelle forme di ricerca che prevedono la programmata soppressione di esseri umani già esistenti, anche se non ancora nati. In tali casi la ricerca, a prescindere dai risultati di utilità terapeutica, non si pone veramente a servizio dell'umanità. Passa infatti attraverso la soppressione di vite umane che hanno uguale dignità rispetto agli altri individui umani e agli stessi ricercatori. La storia stessa ha condannato nel passato e condannerà in futuro una tale scienza, non solo perché priva della luce di Dio, ma anche perché priva di umanità. Vorrei ripetere qui quanto già scrivevo qualche tempo fa: “Qui c'è un nodo che non possiamo aggirare: nessuno può disporre della vita umana. Deve essere stabilito un confine invalicabile alle nostre possibilità di fare e sperimentare. L'uomo non è un oggetto di cui possiamo disporre, ma ogni singolo individuo rappresenta la presenza di Dio nel mondo” (J. Ratzinger, *Dio e il mondo*, pag. 119).

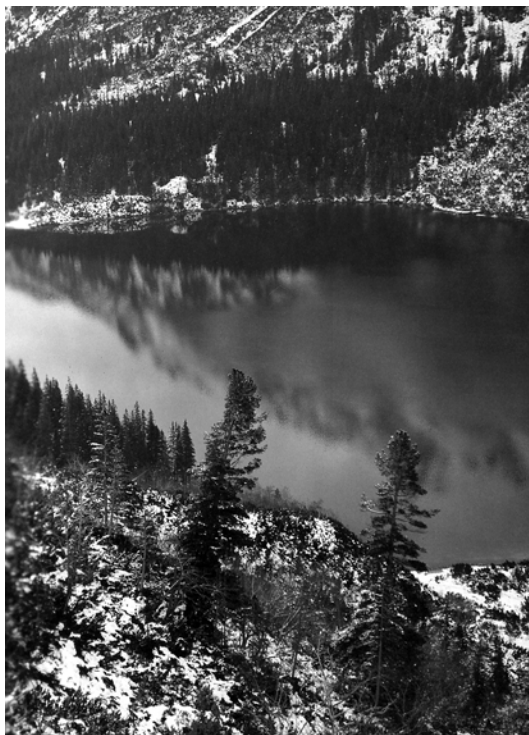
Di fronte alla diretta soppressione dell'essere umano non ci possono essere né compromessi né tergiversazioni; non si può pensare che una società possa combattere efficacemente il crimine, quando essa stessa legalizza il delitto nell'ambito della vita nascente. In occasione di recenti Congressi della Pontificia Accademia per la Vita ho avuto modo di ribadire l'insegnamento della Chiesa, rivolto

a tutti gli uomini di buona volontà, circa il valore umano del neo concepito, anche quando viene considerato prima del suo impianto in utero. Il fatto che voi, in questo Congresso, abbiate espresso l'impegno e la speranza di conseguire nuovi risultati terapeutici utilizzando cellule del corpo adulto senza ricorrere alla soppressione di esseri umani neo concepiti, e il fatto che i risultati stiano premiando il vostro lavoro, costituiscono una conferma della validità del costante invito della Chiesa al pieno rispetto dell'essere umano fin dal concepimento. Il bene dell'uomo va ricercato non soltanto nelle finalità universalmente valide, ma anche nei metodi utilizzati per raggiungerle: il fine buono non può mai giustificare mezzi intrinsecamente illeciti. Non è soltanto questione di sano criterio per l'impiego delle limitate risorse economiche, ma anche, e soprattutto, di rispetto dei fondamentali diritti dell'uomo nell'ambito stesso della ricerca scientifica.

Al vostro sforzo, certamente sostenuto da Dio che agisce in ogni uomo di buona volontà e agisce per il bene di tutti, auguro che Egli conceda la gioia della scoperta della verità, la sapienza nella considerazione e nel rispetto di ogni essere umano, e il successo nella ricerca di efficaci rimedi alla sofferenza umana. A suggello di questo auspicio imparto di cuore a tutti voi, ai vostri collaboratori e familiari, come pure ai pazienti cui andranno le vostre risorse di ingegno e il frutto del vostro lavoro, un'affettuosa benedizione, con l'assicurazione di uno speciale ricordo nella preghiera.



Argomenti



I diritti dei malati mentali

*La Chiesa Cattolica
e la sessualità coniugale*

*Dolore e sofferenza:
un nuovo approccio?*

*Dimensione antropologica
del diritto alla salute*

*Azioni pastorali per difendere
e promuovere il diritto alla salute*

*La figura dell'assistente
ecclesiastico*

I diritti dei malati mentali

1. La dignità del malato di mente

Preoccuparsi dei diritti concernenti i disabili mentali, vuol dire farsi carico di un grande numero di persone, spesso dimenticate dai sistemi sanitari e dalle amministrazioni statali. Per la Chiesa, che ha la missione di andare incontro ai poveri, i malati di mente sono parte privilegiata della famiglia di bisognosi destinatari della pastorale sanitaria.

Infatti, i disturbi mentali toccano circa un miliardo di persone nel mondo e incidono per il 10% circa sulla spesa sanitaria dei paesi industrializzati, come ricorda il *World Development Report* del 2000. Secondo la classificazione dell'OMS, forse tali patologie interessano oltre un miliardo e mezzo di persone, che coinvolgono i loro familiari in problematiche assistenziali a volte difficili da gestire.

Più precisamente, alla luce dei dati presentati nel 1996¹ alla Conferenza Internazionale promossa dal Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute sul disagio della mente umana, i disturbi del comportamento, uniti a casi di malattia mentale vera e propria, toccano oltre la metà della popolazione mondiale, con gravissime conseguenze per l'equilibrio spirituale delle famiglie e di sostenibilità per l'economia sanitaria.

Nell'azione di garanzia dei diritti di tutti i cittadini, i vari Stati hanno tentato di formulare leggi mirate alla protezione del malato mentale come soggetto di diritto e come membro della società di cui tenere conto nella vita civile.

Resta il fatto che ancora oggi, in diverso grado secondo le diverse culture e civiltà, il malato di mente e la sua famiglia vengono considerati con distacco e spesso rinchiusi in una solitudine insopportabile, che porta all'esclusione sociale.

A questo si aggiunge l'eccessiva medicalizzazione che col tempo tende a separare le

cure sanitarie dal sostegno psicologico, sociale ed emotivo con conseguenze deleterie per il malato da riabilitare e per la famiglia. Infine, spesso, gli stessi strumenti legislativi, creati per proteggere il malato di mente, hanno l'effetto di rendere ancora più difficile il suo inserimento sociale, perché non ne garantiscono la partecipazione quando si devono prendere delle decisioni che riguardano la sua stessa persona.

L'obiettivo dell'enunciazione dei diritti specifici del malato di mente andrebbe condiviso con gli obiettivi stessi di tutta l'organizzazione sociale che deve essere orientata al bene comune, alla protezione e alla promozione di tutte le persone senza distinzione di razza, di religione, di sesso o di condizione sociale.

Alla base della convivenza civile c'è il diritto della tutela della dignità di ogni persona umana, fondamento di tutti gli altri diritti individuali e sociali. Senza la convinta adesione al valore rappresentato dalla persona umana, in ogni fase della vita e in ogni condizione di salute, il diritto stesso e i diritti rischiano di venire ridotti a puri e semplici enunciati di buone intenzioni, che non incidono sull'effettiva organizzazione e funzionamento delle istituzioni.

Accanto alla formulazione dei singoli diritti nelle varie legislazioni, si deve richiamare sempre la questione morale della dignità del malato mentale, che in quanto persona umana è portatore di diritti.

Da questa convinzione etica nasce una cultura dei diritti umani concepiti come espressione di esigenze dello sviluppo di ogni persona tradotte in chiave di dovere-diritto. Senza la cultura dell'etica, si rischia di annullare il valore stesso del diritto, che tende a regolare la vita di tutti i cittadini per il raggiungimento di una convivenza pacifica nel rispetto di tutti.

Nel caso specifico del malato di mente, l'OMS pone al centro della sua attenzione

verso i malati mentali la questione dei diritti.

Nella Conferenza del 1997 già citata, il Dott. Hiroshi Nakajima afferma: "Quali che siano le capacità o i disturbi mentali che colpiscono una persona, questa ha il diritto a ricevere attenzioni e cure mediche nonché un sostegno sociale, psicologico ed umano che le permettano di accedere alla massima autonomia e benessere"².

Per rendere effettivo questo diritto l'OMS consiglia di non rinchiusere i malati in strutture di custodia, ma ospitarli in luoghi di cura adatti alla loro condizione.

Questo rappresenta un passaggio importante nella difesa dei diritti, perché tende a prendere in considerazione il malato come un essere dotato di facoltà intellettuali e capace di metterle in azione se si trova in un contesto "umanizzato".

2. Diritti e tutela del malato di mente

Sulla base delle affermazioni di principio dell'OMS, da almeno venti anni le Associazioni di Psichiatria, di familiari e talvolta di ex-pazienti, hanno formulato una serie di dichiarazioni di diritti:

1. *il diritto del malato di mente di godere degli stessi diritti fondamentali di tutti gli altri cittadini, incluso quello di condurre una vita più normale possibile;*

2. *il diritto a cure adeguate al tipo di patologia presentata e con finalità esclusivamente terapeutiche;*

3. *il diritto alla protezione del malato, sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio, da possibili abusi terapeutici e da un ingiustificato protrarsi del trattamento coercitivo;*

4. *il diritto a essere informato in merito al tipo di terapia cui viene sottoposto, e il conseguente diritto a consentire a dissentire, seppure nei limiti imposti dalla patologia mentale del soggetto;*

5. la salvaguardia dei medesimi diritti per i malati mentali ricoverati nei manicomi giudiziari³.

Le Carte Costituzionali sulle quali si fondano le leggi delle moderne democrazie sono ispirate a questi principi, considerando un fine istituzionale dello Stato proprio la salvaguardia del bene comune. In particolare, il diritto a cure adeguate, nel caso del malato di mente, deve includere *il diritto di non essere allontanato dal proprio luogo di residenza abituale e dai propri congiunti salvo casi particolari ed eccezionali*.



Nell'ambito di questi diritti va incluso e si deve prendere in considerazione il diritto alla partecipazione attiva alla vita civile e quindi alla *riabilitazione lavorativa*.

Il richiamo fatto precedentemente al trattamento medico, finalizzato esclusivamente a scopi terapeutici, mette in luce il rischio di prescrizioni che possiamo definire punitive o di comodo. Come tale si configura talvolta l'eccessivo ricorso a psicofarmaci usati in sostituzione dei vecchi metodi di contenzione, che non sempre hanno lo scopo di ridurre il disagio del malato.

Il diritto alle cure mediche appropriate investe due ordini di tematiche differenti. Il primo riguarda le sperimentazioni che, nel malato mentale, devono avere prevalentemente un fine terapeutico e non di ricerca scientifica pura e semplice, a salvaguardia di una sua potenziale riabilitazione. Il

secondo riguarda l'idoneità della cura al tipo di disordine mentale presente nel soggetto e non ad altra tipologia o a una generica malattia mentale.

Emerge con chiarezza il fatto che i diritti mirano alla tutela della persona nella sua più intima costituzione e non soltanto alla difesa della società dagli eventuali disordini prodotti dalla presenza dei malati di mente nel tessuto sociale.

In materia di capacità al consenso, è necessario ribadire che solo in un numero limitato di casi possiamo incontrare la totale incapacità del malato e dare un consenso al trattamento migliore proposto.

È lecito affermare in proposito che, nella maggior parte dei casi, è dovere dei medici, in collaborazione con gli psicologi, educatori, infermieri e assistenti sociali, informare la persona con disagio mentale con termini semplici e accessibili sulle cure da attuare e sul suo diritto ad accettarle o rifiutarle.

Infine, il rispetto della dignità del malato mentale si esprime nella tutela del segreto professionale: è un preciso diritto del malato e della sua famiglia che venga garantita la sua *privacy*, anche al fine di evitare il perpetuarsi dello stigma sociale sulla sua persona e sul suo gruppo di appartenenza.

A questi diritti originari che equiparano giustamente il malato di mente a ogni altro cittadino fanno seguito dei diritti specifici.

Primo fra tutti *il diritto a non venire considerato un soggetto pericoloso* per sé e per gli altri, come si è pensato per molto tempo, anche se l'intervento del potere pubblico può trovare giustificazione e fondamento sul trattamento sanitario obbligatorio. Proprio dalla giusta interpretazione di questa forma di trattamento si evince l'intenzione dei legislatori, che mira a tutelare prima di tutto la salute della persona con disagio mentale e per questo riduce temporaneamente la sua libertà relativamente al periodo di cure da prestare in emergenza.

Della stessa natura sono il diritto *alla tutela civile e alla*

tutela penale del malato di mente. La tutela civile si estrinseca con una serie di disposizioni che mirano a proteggere sia il malato sia altre persone dalle conseguenze giuridiche di atti civili compiuti dal malato stesso. A questo capitolo della legislazione appartengono le figure giuridiche dell'interdizione e dell'inabilitazione, che sono state introdotte per proteggere i geni e gli averi del malato stesso.

La tutela penale, invece, consiste fondamentalmente in una serie di norme che prendono in considerazione la persona sia come autore sia come vittima di un delitto.

Il primo aspetto concerne fondamentalmente l'imputabilità e il trattamento dei soggetti che siano stati prosciolti per infermità di mente e per i quali può rendersi necessario il ricovero in un ospedale giudiziario.

Il secondo aspetto riguarda sostanzialmente l'incapacità del soggetto, che sia malato di mente, di fornire un consenso giuridicamente valido. Pertanto, si configura il diritto sancito da norme adeguate a essere tutelato in caso di violenza carnale, nel rapporto medico-paziente e in argomenti correlati, come il consenso ai fini di trapianto, l'aborto o qualunque atto che sopprima la coscienza della persona con disagio mentale.

Nominiamo in ultimo il *diritto alla tutela assicurativa* del malato di mente, che si sostanzia nel diritto al risarcimento pensionistico in caso di malattia acquisita, o aggravata, per cause di lavoro, oltre al diritto a fruire dell'assistenza sociale prevista per la riabilitazione e il reinserimento sociale della persona portatrice di handicap che non deve essere discriminata.

Dalla questione dei diritti, si passa quindi alla più ampia problematica dell'etica. Per tale ragione pubblichiamo qui di seguito alcuni articoli di Documenti Internazionali in favore dei diritti del malato mentale, dai quali traspare nettamente l'inscindibile legame tra diritti ed etica, tra deontologia e morale.

3. Dichiarazione di Hawaii

Con l'intento di precisare le applicazioni deontologiche della professione e di servire da guida per ogni psichiatra sono indispensabili alcune regole scritte. In occasione dell'Assemblea Generale dell'Associazione Mondiale di psichiatria vengono stabilite per gli psichiatri del mondo intero, le norme etiche di seguito descritte.

1. L'obiettivo della psichiatria consiste nel contribuire alla salute, all'autonomia personale e allo sviluppo degli individui.

2. A ogni malato deve essere offerta la miglior terapia possibile, dovendo essere trattato con la sollecitudine e il rispetto dovuti alla dignità a cui hanno diritto tutti gli esseri umani, oltre che al rispetto verso la sua capacità di decidere della propria vita e della propria salute.

3. La relazione terapeutica tra il malato e lo psichiatra si fonda su un reciproco accordo. Esige la fiducia e il rispetto del segreto, l'apertura, la collaborazione e una mutua responsabilità.

4. Lo psichiatra deve informare il malato sulla natura della sua situazione, della diagnosi conseguente e delle terapie previste, della prognosi.

5. Nessun trattamento deve essere applicato contro la volontà del paziente o indipendentemente da essa, a meno che il soggetto sia incapace di esprimere la sua propria volontà. Soltanto in questi casi e per motivi gravi, si può far ricorso al trattamento sanitario obbligatorio.

6. Venute meno queste circostanze, il trattamento deve essere sospeso per consentire al malato di esprimere il proprio consenso al trattamento stesso.

7. Lo psichiatra non deve mai utilizzare i poteri della professione per maltrattare gli individui e i gruppi, e deve avere coscienza del fatto che i suoi desideri, sentimenti e pregiudizi personali non devono interferire con il trattamento.

8. Lo psichiatra è sempre tenuto al segreto professionale a meno che il paziente stesso, o

interessi di natura superiore, non lo liberino da tale dovere.

9. Lo sviluppo e la divulgazione del sapere psichiatrico richiede la partecipazione attiva degli stessi malati. Di conseguenza occorre ottenere il consenso informato dell'interessato per presentare il suo caso o per pubblicare i risultati di una sperimentazione. In ogni caso si deve garantire l'anonimato e salvaguardare la reputazione personale della persona.

10. Ogni malato ha il diritto di desistere da una sperimentazione in qualunque momento e per qualunque ragione, ponendo fine anche a un trattamento volontario, a una ricerca o a un programma didattico in corso. Tale decisione non preclude il suo diritto alle cure (Honolulu, 26 agosto 1977⁴).



4. Dichiarazione di Madrid Conclusione

Il paziente deve essere accettato nel processo terapeutico con diritto di uguaglianza.

La relazione terapeutica-paziente deve fondarsi sulla confidenzialità e il reciproco rispetto, in base a cui il paziente può prendere decisioni libere e informate. Il dovere dello psichiatra consiste nel fornire al paziente l'informazione rilevante e significativa, che gli consenta di prendere decisioni ragionevoli in accordo alle proprie norme, valori o preferenze.

Solo in questo modo si può combattere lo stigma e la discriminazione nei confronti

dei malati di mente. Da questo punto di vista vanno riconsiderate le infinite situazioni particolari riguardo all'internamento obbligatorio, alla ricerca e al trattamento.

Se la psichiatria e le neuroscienze in generale, sono capaci di superare le barriere contro la malattia mentale, di attivare la comunicazione con i più alienati tra gli alienati, di cercare la verità con quanti sono dominati da una verità autistica, allora sarà possibile la ricerca.

In caso contrario, la psichiatria scomparirà come disciplina e come pratica e le neuroscienze andranno alla deriva, avendo perduto il senso della loro missione (Società Mondiale di Psichiatria, 1996⁵).

P. PIERLUIGI MARCHESI, O.H.

Padre Pierluigi Marchesi, O.H. ci ha lasciato ed è tornato alla casa del Padre nel 2001, egli è stato Priore Generale dell'ordine ospedaliero di San Giovanni di Dio (Fatebenefratelli) per dodici anni, membro del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute dalla fondazione e presidente dell' AISAC (Associazione Internazionale degli Istituti Sanitari Cattolici).

Si è occupato di formazione per i professionisti della salute e i suoi scritti sono stati editi nel 2006 con il titolo: Umanizzazione storia e utopia Editrice Velar – Elledici

Note

¹ J.M. BERTOLETE, *Malattie mentali nel mondo: dati epidemiologici*, Dolegium Hominum, n. 34:40-43, 1997.

² H. NAKAJIMA, *Programmi ed attività di salute mentale dell'OMS*, Dolegium Hominum, n. 34:11-12, 1997; a tale proposito risulta di grande interesse la Tavola Rotonda: Legislazioni sulle malattie mentali, Germania, Repubblica Cinese, Argentina, Gabon in Dolegium Hominum, n. 34:218-232, 1997.

³ AA.VV., "The protection of persons suffering from mental disorders", A.I.D.P., Siracusa, 1981.

⁴ WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Hawaii Declaration* (1977, 1983) Selare n. 82: 42-45, marzo 2000.

⁵ WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Madrid Declaration* (1996), citato in Dolegium Hominum, n. 34: 58, 1997.

La Chiesa Cattolica e la sessualità coniugale

IL CORPO UMANO CULMINE DELLA MATERIA CREATA

Scossa da ammirazione per le sue scoperte e la sua potenza, l'umanità agita spesso ansiose questioni sull'attuale evoluzione del mondo, sul posto e sul compito dell'uomo nell'universo, sul senso dei propri sforzi individuali e collettivi, ed ancora sul fine ultimo delle cose e degli uomini¹. Da una parte, il pluralismo delle concezioni della vita e del mondo, lo storicismo con il conseguente relativismo della verità, la sfiducia nella capacità dell'uomo di raggiungere la verità assoluta, e dall'altra, la fiducia nella scienza e nel progresso tecnico-scientifico, ritenuto capace di risolvere tutti i problemi dell'uomo, hanno cambiato la certezza della cultura religiosa e il volto della civiltà cristiana del continente europeo². In modo specifico e sempre più preoccupante, denotiamo una perdita del senso e del significato della sessualità in generale, coniugale e familiare in particolare. Basti pensare alle convivenze libere e "di fatto" equiparate ai matrimoni "de iure", all'aumento dei divorzi, alla legalizzazione civile dei matrimoni gay con il diritto di adozione; e ancora più attuale, alla discussione, tante volte poco corrispondente alla verità scientifica e ancora meno ai criteri etici, sulla procreazione assistita, sulla clonazione e sull'uso terapeutico degli embrioni congelati e così via. Di fronte a questa situazione e alla luce del Documento finale del X Congresso della FEAMC a Bratislava³, mi è sembrato utile presentare alcuni punti-chiave dell'insegnamento della Chiesa Cattolica per quanto riguarda la sessualità coniugale. In un primo punto rileverò come il corpo umano è il culmine della materia creata; poi preciserò qualche caratteristica della sessualità coniugale; da qui passerò al terzo punto: un no assoluto al divorzio e un sì relativo all'annullamento; e come quarto punto preciserò i due significati inscindibili dell'atto coniu-

gale, espressione propria, specifica ed esclusiva dell'amore coniugale.

Il corpo umano a immagine di Dio

"Allora Dio plasmò l'uomo con polvere del suolo e soffiò nelle sue narici un alito di vita e l'uomo divenne un essere vivente" (Gn 2, 7). Ecco le parole della Genesi con le quali Dio stesso rivela che il corpo dell'uomo partecipa alla dignità di "immagine di Dio" in quanto è animato da un'anima spirituale. Per la sessualità, in genere, e quella coniugale, in specie, va ancora rilevato che questo valore, vale sia per il corpo dell'uomo sia per il corpo della donna. "Dio, infatti, creò l'uomo a sua immagine, maschio e femmina" (Gn 1, 27). Il Catechismo della Chiesa Cattolica (CCC) precisa al riguardo: "Essere uomo", "essere donna" è una realtà buona e voluta da Dio: l'uomo e la donna hanno una insopprimibile dignità che viene loro direttamente da Dio, loro Creatore. L'uomo e la donna sono, con una identica dignità, "a immagine di Dio". Nel loro "essere-uomo" ed "essere-donna" riflettono la sapienza e la bontà del Creatore⁴. A scanso di equivoci preciso, si noti bene, che Dio non è a immagine dell'uomo. Dio non è né uomo né donna. Dio è puro spirito e, quindi, in lui non c'è alcuna differenza di sesso. Pertanto quando affermiamo che l'uomo e la donna sono a immagine di Dio, intendiamo dire che "le perfezioni" dell'uomo e della donna riflettono qualche cosa dell'infinita perfezione di Dio: quelle di una madre e di una sposa, e quelle di un padre e di uno sposo⁵. "Chiamando Dio con il nome di «Padre», il linguaggio della fede mette in luce soprattutto due aspetti: che Dio è origine primaria di tutto e autorità trascendente, e che, allo stesso tempo, è bontà e sollecitudine

d'amore per tutti i suoi figli. Questa tenerezza paterna di Dio può anche essere espressa con l'immagine della maternità, che indica ancora meglio l'immanenza di Dio, l'intimità tra Dio e la sua creatura. Il linguaggio della fede si rifà così all'esperienza umana dei genitori che, in certo qual modo, sono per l'uomo i primi rappresentanti di Dio⁶. Tale esperienza, però, mostra anche che i genitori, come esseri umani, possono sbagliare e "sfigurare il volto" della paternità e della maternità. Conviene perciò ricordare che Dio trascende la distinzione umana dei sessi. Egli è Dio. Trascende pertanto la paternità e la maternità umane, pur essendo l'origine e il modello: nessuno è padre quanto Dio⁷. Il corpo umano, ed è quanto interessa rilevare, esprime dunque un linguaggio "divino", che è proprio e specifico della sessualità coniugale di un uomo, sposo e padre, e di una donna, sposa e madre. "Creati *insieme*, l'uomo e la donna sono voluti da Dio l'uno per l'altro. La Parola di Dio ce lo lascia capire attraverso diversi passi del testo sacro. «Non è bene che l'uomo sia solo; gli voglio fare un aiuto che gli sia simile» (Gn 2, 18). Nessuno degli animali può essere questo «vis-à-vis» dell'uomo. La donna che Dio «plasma» con la costola tolta all'uomo e che conduce all'uomo, strappa all'uomo un grido d'ammirazione, una esclamazione d'amore e di comunione: «Questa volta essa è carne dalla mia carne e osso dalle mie ossa» (Gn 2, 23). L'uomo scopre la donna come un altro «io» della stessa umanità⁸. Nel disegno divino, tutto questo è anzitutto e soprattutto vero e verificabile nella relazione sessuale tra due coniugi.

La sessualità coniugale

È molto significativo che la Sacra Scrittura non solo apra

con il racconto della creazione dell'uomo e della donna a immagine di Dio, ma anche che si chiuda con la visione delle «nozze dell'Agnello» (Ap 19, 7-9). Da un capo all'altro la Parola di Dio ci parla, in effetti, del matrimonio e del suo «mistero», della sua istituzione e del senso che Dio gli ha dato. Nella Sacra Scrittura troviamo la sua origine e il suo fine, le sue diverse realizzazioni «storico-salvifiche» nonché le sue difficoltà, appunto, derivate dal peccato originale e dai peccati personali, ma anche il suo rinnovamento sacramentale nella Nuova Alleanza di Cristo e della Chiesa⁹. Insomma, Dio Creatore è l'autore dell'intima comunione di vita e di amore coniugale, da Lui stesso fondata e strutturata con leggi che sono proprie di un patto coniugale. La vocazione al matrimonio è, perciò, iscritta nella natura stessa dell'uomo e della donna, come sono usciti dalla mano del Creatore. Malgrado i numerosi mutamenti nel corso dei secoli, nelle varie culture, nelle strutture sociali e nelle attitudini spirituali, esiste, tuttavia, in tutte le culture un certo senso della grandezza dell'unione coniugale. Mi preme rilevare come i padri del Concilio Vaticano II sottolineano questi tratti comuni e permanenti: «La salvezza della persona e della società umana e cristiana è strettamente connessa con una felice situazione della comunità coniugale e familiare»¹⁰. Si noti che la vocazione al matrimonio è iscritta, dal Creatore, nella natura stessa della donna e dell'uomo. Infatti, Dio, che ha creato l'uomo per amore, lo ha anche chiamato all'amore, vocazione fondamentale e innata di ogni essere umano. Dio, che è Amore (cfr. 1Gv 4, 8-16), avendo creato l'uomo, maschio e femmina, a sua immagine voleva, per mezzo del loro reciproco amore, rivelare il suo amore assoluto e indefettibile con cui ama ogni essere umano. L'autore della *Humanae Vitae* ha scritto: «Il matrimonio non è quindi effetto del caso o prodotto dell'evoluzione di inconscie forze naturali: è stato sapientemente e provvidenzialmente istituito da Dio Creatore

per realizzare nell'umanità il suo disegno di amore. Per mezzo della reciproca donazione personale, loro propria ed esclusiva, gli sposi tendono alla comunione delle loro persone, con la quale si perfezionano a vicenda, per collaborare con Dio alla generazione e all'educazione di nuove vite»¹¹. Con questa concezione «personalistica» della sessualità coniugale, Papa Montini smaschera la falsità di ogni critica «biologisitica» al magistero autentico della Chiesa Cattolica e della sua morale ufficiale. La concezione della Chiesa rileva, anzitutto, la donazione interpersonale della donna, moglie, e dell'uomo, marito, e soltanto dopo si passa, accentuando che si tratta di una collaborazione con Dio, alla generazione ed educazione dei figli. In altri termini, la reciproca donazione personale dei coniugi è, prima di tutto, finalizzata al perfezionamento vicendevole. Ciò dimostra come tutti coloro che accusano la Chiesa di «procreazionismo» falsificano l'insegnamento della Chiesa. La morale «della sessualità coniugale» è perfettamente e completamente in sintonia con il racconto genesiaco: «Per questo l'uomo abbandonerà suo padre e sua madre e si unirà a sua moglie e i due saranno una sola carne» (Gn 2, 24). Ora, non è difficile capire che il matrimonio possiede l'intrinseca proprietà di essere un'unità indefettibile di due esistenze umane, uguali come persone, ma differenti sessualmente. Del resto, il Signore stesso mostra quale sia stato, «all'origine», il disegno del Creatore: «Così che non sono più due, ma una carne sola» (Mt 19, 6) «Nella sua predicazione Gesù ha insegnato, senza equivoci, il senso originale dell'unione dell'uomo e della donna, quale il Creatore l'ha voluta all'origine: il permesso, dato da Mosè, di ripudiare la propria moglie, era una concessione motivata dalla durezza del cuore (cfr. Mt 19, 8); l'unione matrimoniale dell'uomo e della donna è indissolubile: Dio stesso l'ha conclusa: «Quello dunque che Dio ha congiunto, l'uomo non lo separi» (Mt 19, 6)»¹².

No al divorzio e sì all'annullamento

In conseguenza a quanto affermato finora, la legalizzazione del divorzio con l'esplicito diritto a nuove nozze, contraddice chiaramente l'esplicita volontà di Dio. Ecco perché la Chiesa Cattolica, anche se cerca di capire sempre più e meglio la drammaticità di certe situazioni coniugali in crisi, non può mai arrivare a compromessi con la presente cultura divorzista. L'unica cosa che può fare, e che sta facendo da tempo, è vedere se Dio abbia davvero congiunto certi vincoli coniugali. La possibilità di dichiarare un'unione coniugale «nulla», cioè che non sia mai esistita, è la via maestra per risolvere certe convivenze coniugali ormai irreversibilmente compromesse. In effetti, consapevole che la sessualità esercita un'influenza sulla persona umana, nell'unità del suo corpo e della sua anima, il Magistero della Chiesa valuta particolarmente l'affettività, la capacità di amare e di procreare, e, in un modo più generale, l'attitudine a intrecciare rapporti di comunione con altri¹³. È importante notare che questa valutazione corrisponde, in pieno, alla dignità di ogni essere umano come persona. «Essendo ad immagine di Dio, l'individuo umano ha la dignità di persona; non è soltanto qualche cosa, ma qualcuno. È capace di conoscersi, di possedersi, di donarsi liberamente e di entrare in comunione con altre persone; è chiamato, per grazia, ad una alleanza con il suo Creatore, a dargli una risposta di fede e di amore che nessun altro può dare in sua sostituzione»¹⁴. Questa dignità di persona è, poi, il dono divino in egual modo all'uomo e alla donna, perché ambedue, infatti, sono stati creati a immagine del Dio personale¹⁵.

A questo punto, e mi rendo conto di andare controcorrente, risulta evidente l'importanza della vocazione alla castità, vale a dire, alla positiva integrazione della sessualità nella persona. «La sessualità, nella quale si manifesta l'appartenenza dell'uomo al mondo materiale e biologico, diventa personale

e veramente umana allorché è integrata nella relazione da persona a persona, nel dono reciproco, totale e illimitato nel tempo, dell'uomo e della donna. La virtù della castità, quindi, comporta l'integrità della persona e l'integrità del dono"¹⁶ e, di conseguenza, l'unità interiore dell'uomo, maschio e femmina, nel suo essere corporeo e spirituale. Precisiamo, quanto all'integrità della persona, che la castità conserva l'integrità delle forze di vita e di amore che sono nell'uomo e

di, indissolubile e annullabile. Aveva ragione Paolo VI, quando scrisse nel 1968: "Noi vogliamo in questa occasione richiamare l'attenzione degli educatori e di quanti assolvono compiti di responsabilità in ordine al bene comune dell'umana convivenza, sulla necessità di creare un clima favorevole all'educazione della castità, cioè al trionfo della sana libertà sulla licenza, mediante il rispetto dell'ordine morale"¹⁹. Ecco perché ho cercato di presentare una retta concezione



nella donna, assicurando non solo l'unità della persona, ma opponendosi anche a ogni comportamento che la ferirebbe. Non tollera né doppiezza di vita, né doppiezza di linguaggio¹⁷. La dignità personale dell'uomo e della donna richiede, infatti, che essi agiscano secondo scelte consapevoli e libere, mossi e indotti cioè da convinzioni personali, e non per un cieco impulso o per una mera coazione esterna¹⁸. Insomma, la castità esige l'acquisizione del dominio di sé, che è pedagogico per la vera libertà umana. Questa padronanza di sé, ed è quanto interessa, è ordinata all'integralità del dono di sé. La castità rende l'uomo e la donna che la praticano un testimone della fedeltà e della tenerezza di Dio. Questi sono i criteri per la valutazione di una comunione di vita e di amore coniugali, unita da Dio e, quin-

della sessualità in genere e della sessualità coniugale, in particolare. Resta ancora qualche solida convinzione circa i veri valori della vita e della famiglia, soprattutto, per quanto riguarda il problema della procreazione responsabile.

I due significati inscindibili di ogni atto dell'amore coniugale

"Il problema della natalità, come ogni altro problema riguardante la vita umana, va considerato, al di là delle prospettive parziali – siano di ordine biologico o psicologico, demografico o sociologico – nella luce di una visione integrale dell'uomo e della sua vocazione, non solo naturale e terrena, ma anche soprannaturale ed eterna"²⁰. Quanto detto ha evidenziato che la creazione

del maschio e della femmina è, in modo proprio e specifico, ordinata all'amore coniugale dell'uomo e della donna. L'intimità corporale degli sposi diventa, nel loro vincolo coniugale, un segno e un pegno di una comunione spirituale tra due persone, allo stesso tempo, uguali e differenti. I loro atti riguardano l'intimo nucleo del loro essere persona umana. Perciò, la sessualità coniugale si realizza in modo veramente umano solo se è parte integrante dell'amore con cui l'uomo e la donna si impegnano totalmente l'uno verso l'altro fino alla morte²¹. È allora che i loro atti non solo favoriscono i significati della mutua donazione, ma producono anche il reciproco arricchimento personale in gioiosa vicendevole gratitudine. "Il Creatore stesso ha stabilito che nella reciproca donazione fisica totale gli sposi trovino un piacere e una soddisfazione sia del corpo sia dello spirito. Quindi, gli sposi non commettono nessun male cercando tale piacere e godendone. Accettano ciò che il Creatore ha voluto per loro"²². Il Creatore ha voluto così che, mediante la loro unione, gli sposi realizzino il duplice fine dell'amore coniugale: il loro bene e la trasmissione della vita. "Non si possono disgiungere questi due significati o valori del matrimonio, senza alterare la vita spirituale della coppia e compromettere i beni del matrimonio e l'avvenire della famiglia. L'amore coniugale dell'uomo e della donna è così posto sotto la duplice esigenza della fedeltà e della fecondità"²³.

Quanto alla fecondità, l'amore coniugale tende per sua natura a essere fecondo. "Il figlio non viene ad aggiungersi dall'esterno al reciproco amore degli sposi; sboccia al cuore stesso del loro mutuo dono, di cui è frutto e compimento"²⁴. Da questa connaturale fecondità paterna e materna dell'amore unitivo di uno sposo e di una sposa, la Chiesa, che "sta dalla parte della vita"²⁵, "insegna che qualsiasi atto matrimoniale deve rimanere *destinato* alla trasmissione della vita"²⁶.

Chiamati a trasmettere la vita, gli sposi partecipano della

potenza creatrice e della paternità di Dio; perciò i coniugi sono responsabili cooperatori e interpreti dell'amore di Dio Creatore. Questa dottrina, più volte esposta dal magistero della Chiesa, è fondata sulla connessione inscindibile che Dio ha voluto e che l'uomo non può rompere di sua iniziativa, tra i due significati dell'atto di amore coniugale: il significato unitivo e il significato procreativo²⁷. Salvaguardando ambedue questi aspetti essenziali, unitivo e procreativo, l'atto coniugale conserva integralmente il senso di mutuo e vero amore e il suo ordinamento all'altissima vocazione dell'uomo e della donna alla responsabile trasmissione della vita. È appunto questa responsabile maternità e paternità che Dio gli ha affidato, creando l'uomo, maschio e femmina. Il figlio non è qualcosa di dovuto, non esiste un "diritto al figlio", ma soltanto all'atto coniugale destinato alla procreazione di un figlio. È il figlio ad avere il diritto naturale ossia da Dio, non solo di essere il frutto dell'atto specifico, proprio ed esclusivo dell'amore coniugale dei suoi genitori, ma anche ad essere rispettato come persona dal momento del suo concepimento²⁸. Con tutto ciò non intendendo sottovalutare la sofferenza delle coppie che si scoprono sterili; anzi, non solo vorrei incoraggiare le ricerche finalizzate a ridurre la sterilità, ma spero anche in risultati inauditi.

Mi sia permesso di onorare Papa Wojtyła, di veneratissima memoria, concludendo con le sue parole, scritte nella Sua Esortazione Apostolica *Familiaris consortio*, 28: «Con la creazione dell'uomo e della donna a sua immagine e somiglianza, Dio corona e porta a perfezione l'opera delle sue mani: Egli li chiama ad una speciale partecipazione del suo amore ed insieme del suo potere di Creatore e di padre, mediante la loro libera e responsabile cooperazione a trasmettere il dono della vita umana: «Dio li benedisse e disse loro: 'Siate fecondi e moltiplicatevi, riempite la terra; soggiogatela'» (Gn 1, 28). Così il compito fondamentale della famiglia è il servizio alla vita, il realizzare lungo la storia la benedizione

originaria del Creatore, trasmettendo nella generazione l'immagine divina da uomo a uomo. Ecco chiaramente segnato il criterio etico valutativo della procreazione responsabile, cioè l'originalità del generare umano, derivante dalla originalità stessa della persona umana. Giovanni XXIII non ebbe dubbi: «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»²⁹. Tale atto personale è l'intima unione d'amore degli sposi, i quali donandosi totalmente a vicenda, donano la vita. È un unico e indivisibile atto *insieme* unitivo e procreativo, coniugale e parentale³⁰. Pertanto, l'applicazione all'uomo di biotecnologie, desunte dalla fecondazione di animali, con l'intento di rendere possibili diversi interventi sulla procreazione umana, solleva gravi questioni di liceità morale. In effetti, le varie tecniche di riproduzione artificiale, che sembrerebbero porsi a servizio della vita e che sono praticate non poche volte con questa intenzione, in realtà aprono la porta a nuove attentati contro la vita, perché non degne del procreare umano, in quanto il corpo umano, essendo a immagine di Dio, rappresenta il culmine della materia creata³¹.

P. BONIFACIO HONINGS,
O.C.D.,

Professore Emerito delle
Università Pontificie PUL e URB
Roma, Italia
Consulatore del Pontificio Consiglio
per la pastorale della Salute,
Santa Sede

Note

¹ Cfr. *Gaudium et spes*, 3.

² Cfr. Episcopato Italiano, *L'Evangelizzazione del mondo contemporaneo*. Elle Di Ci, Torino 1974, n.4.

³ Cfr. Orizzonte Medico, Luglio-Agosto, 2004, p. 23.

⁴ Cfr. CCC, 369.

⁵ Cfr. CCC, 370.

⁶ La prova di questa rappresentanza viene offerta e confermata dal quarto comandamento del Decalogo. Infatti, «Il quarto comandamento apre la seconda tavola della Legge. Indica l'ordine della carità. Dio ha voluto che, dopo lui, onoriamo i nostri genitori ai quali dobbiamo

la vita e che ci hanno trasmesso la conoscenza di Dio. Siamo tenuti ad onorare e rispettare tutti coloro che Dio, per il nostro bene ha rivestito della sua autorità» (Cfr. CCC, 2197).

⁷ Cfr. CCC, 239.

⁸ Cfr. CCC, 371.

⁹ Cfr. CCC, 1602.

¹⁰ Conc. Ecum. Vat. II, *Gaudium et spes*, 47. Cfr. anche CCC, 1603.

¹¹ PAOLO VI, *Humanae Vitae*, 8,

¹² Cfr. CCC, 1614.

¹³ Cfr. CCC, 2332.

¹⁴ Cfr. CCC, 357.

¹⁵ GIOVANNI PAOLO II, Lett. ap. *Mulieris dignitatem*, 6.

¹⁶ Cfr. CCC, 2337.

¹⁷ Cfr. CCC, 2338.

¹⁸ Cfr. CCC, 2339.



¹⁹ PAOLO VI, *Humanae Vitae*, 22. Riporto la reazione, che l'autore della *Humanae Vitae* ha voluto suscitare: «Tutto ciò che nei moderni mezzi di comunicazione sociale porta alle eccitazioni dei sensi, alla sfrenatezza dei costumi, come pure ogni forma di pornografia o di spettacoli licenziosi, deve suscitare la franca ed unanime reazione di tutte le persone sollecite del progresso della civiltà e della difesa dei beni supremi dello spirito umano. Invano si cercherebbe di giustificare queste depravazioni con pretese esigenze artistiche o scientifiche o di trarre argomento dalla libertà lasciata in questo settore da parte delle pubbliche Autorità» (*ibidem*)

²⁰ PAOLO VI, *Humanae Vitae*, 7.

²¹ Cfr. GIOVANNI PAOLO II, Esort. Ap. *Familiaris consortio*, 11.

²² PIO XII, Discorso del 29 ottobre 1951, citato nel CCC, 2362.

²³ Cfr. CCC, 2363.

²⁴ Cfr. CCC, 2366.

²⁵ GIOVANNI PAOLO II, Esort. Ap. *Familiaris consortio*, 30.

²⁶ Osservo che, di proposito, ho usato l'espressione «deve rimanere destinato alla trasmissione della vita», per due ragioni: la prima, perché Papa Montini l'usa espressamente: «ut quilibet matrimonii usus ad vitam humanam procreandum per se destinatus permaneat» (HV 11); la seconda ragione è di ordine morale, perché evita ogni biologismo, del resto il ricorso ai periodi infecundi comporta, appunto, la non apertura.

²⁷ Cfr. CCC, 2366-2367.

²⁸ Cfr. Congregazione per la dottrina della Fede, Istr. *Donum vitae*, II, 8; vedi anche CCC, 2378.

²⁹ GIOVANNI XXIII, Enciclica *Mater et Magistra*, III, in AAS 53, 1961, 447.

³⁰ Cfr. GIOVANNI PAOLO II, *Udienza generale*, 16 gennaio 1980, in *Insegnamenti* III/1, 1980, 148 ss.

³¹ Cfr. GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium vitae*, 14.

1. La propria esperienza come punto di partenza

Pochissimi aspetti della realtà umana sono stati, sono e saranno tanto vissuti, contemplati, descritti, studiati, meditati ed espressi nelle loro varie manifestazioni, come la sofferenza. Le scienze, la letteratura, le arti plastiche e sceniche, la filosofia, la teologia, l'espressione religiosa, liturgica o popolare e, dalla loro istituzione di massa, i mezzi di comunicazione, rappresentano degli scenari in cui la sofferenza appare, l'una e l'altra volta, come un ingrediente della condizione umana, tanto ovvio e tanto da essa inseparabile, quanto resistente a una comprensione razionale soddisfacente.

Ciò nonostante, senza trascurare questa abbondantissima fonte di informazione, desidero che sia ben chiara, fin dal principio, la mia convinzione che non è possibile arrivare a conoscere *veramente* cosa è la sofferenza se non guardandola nella sua profondità, che può essere abissale, ed entrandovi per la via dell'esperienza² *al vivo*, sia sperimentandola su se stessi, sia mediante la presenza assidua accanto a coloro che soffrono.

Per questo, penso che compiere una riflessione su un argomento tanto universale, complesso ed enigmatico richieda, per cominciare, di *situare* questa esperienza nel contesto personale di chi la offre, cioè di chiarire il terreno in cui si muove chi si decide ad affrontare un compito simile, e la prospettiva o le prospettive a partire dalle quali lo fa. Nel mio caso concreto, il terreno in cui mi muovo è quello dell'esperienza del cristianesimo dalla prospettiva della mia condizione sacerdotale, con quasi 35 anni di presenza in questo ministero, la totalità dei quali, praticamente, trascorsi nel campo dell'assistenza pastorale ai

malati e a coloro che li curano, nell'ambito della sanità pubblica e al ritmo della sua evoluzione significativa e costante durante tutto questo periodo di tempo.

Pastorale cattolica e sanità sono, quindi, i due contesti fondamentali che hanno alimentato ed alimentano la mia esperienza della sofferenza. Quel che dirò al riguardo è ciò che io stesso ho sperimentato negli anni assieme agli ammalati e agli operatori sanitari – familiari, professionisti sanitari, operatori pastorali o volontari – quando questi permettono ai primi di trasferire su di loro una parte delle loro sofferenze. Certamente questa esperienza crescente mi ha condotto ad una riflessione che si è nutrita e continua a nutrirsi non solo di quanto vissuto nella relazione personale con i sofferenti, ma anche delle testimonianze del passato e del presente che apportano gli scenari a cui ho fatto allusione. In ultimo, ciò che offro a chi legge il presente scritto sono i frutti, più o meno maturi, di questa riflessione.

2. La sofferenza filtrata o percepita a distanza

Ho voluto cominciare sottolineando la mia esperienza personale e immediata come la via per una genuina percezione della sofferenza, perché siamo sempre più invasi da una *visione commercializzata*³ della stessa, alla portata di tutti, e che ci offrono quotidianamente stampa, radio, televisione e cinema, attraverso notizie, reportage o film in cui appaiono, in primo piano, persone che soffrono intensamente a seguito di incidenti, catastrofi naturali, processi di malattia atipici o semplicemente spettacolari, conflitti nelle relazioni umane o forme estreme di violenza.

Una caratteristica di questa

visione commercializzata che voglio qui sottolineare riguarda il fatto che, nonostante l'enorme drammaticità sprigionata da molte di queste immagini o racconti, quasi sempre esse sono trasmesse e contemplate come *semplici avvenimenti*, cioè come esperienze *filtrate* – e non poche volte perfino manipolate dai media che le trasformano in notizia⁴ e le trasmettono – e percepite dai lettori o dagli spettatori, *a distanza* da coloro che le soffrono sulla propria pelle. Di conseguenza, ciò che avviene è che detta visione, malgrado gli orrori che presenta non poche volte in primissimo piano, ci permette di continuare la nostra vita normale senza grandi problemi, almeno in apparenza, perché ci induce a pensare che la sofferenza *riguarda sempre gli altri*. Errore grossolano, che non poche volte si paga molto caro.

Si vive la sofferenza sulla propria pelle, o quando tocca assistere malati molto sofferenti e i loro congiunti? Indubbiamente no benché, nel caso degli operatori sanitari, pastorali o volontari, la gente sia solita credere che essi *siano già abituati a veder soffrire*.

3. La confusione semantica tra dolore e sofferenza

Per la parola *sofferenza* succede qualcosa di simile a quanto detto circa l'*esperienza* (cfr. nota 2): neanch'essa è esente da confusione per quanto riguarda l'assegnazione del suo significato, soprattutto a causa del fatto che il linguaggio abituale suole scambiare con il termine *dolore*, fino al punto che l'uno e l'altro appaiono come sinonimi. Tale interscambio semantico pare perfino consacrato dal Dizionario della Lingua Spagnola, che definisce il vocabolo *sofferenza* in termini di *patimento, dolore e pena*. Nel campo della medicina si parla con tutta naturalezza di

sofferenza fetale, in ostetricia, e di *dolore spirituale*, in medicina palliativa. Lo stesso accade con il linguaggio usato dal Magistero della Chiesa Cattolica, tanto scrupoloso nella precisione espressiva: senza andare più lontano, il titolo della *Lettera Apostolica* di Papa Giovanni Paolo II sul tema che ci riguarda è: *Salvifici doloris, sul senso cristiano della sofferenza umana*⁵.

Nemmeno le scienze e i saperi che cercano di chiarire con la maggiore precisione possibile l'indole delle realtà significate da queste due parole sembrano gettare maggiore chiarezza al riguardo. L'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) lo definisce come *una sgradevole esperienza sensoriale ed emotiva, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale, o comunque descritta come tale*⁶; secondo la teologia cattolica più recente la *sofferenza consiste in un senso di perdita, danno o carenza, sia fisico sia spirituale*⁷.

4. Patimento, dolore e sofferenza

Non vorrei peccare di sfacciataggine al limite della petulanza, però credo che possiamo tentare una maggiore chiarezza e precisione nell'uso del significato di queste espressioni perché ciò ci permetterebbe di eliminare o mitigare qualsiasi malinteso ed equivoco prodotti – e che ancora si producono – nella valutazione umana ed umanizzante del dolore e della sofferenza. Almeno, cercherò di farlo in quanto il tema merita questo affanno di precisione. A proposito della chiarezza, Ortega e Gasset hanno detto che essa deve essere *la cortesia del filosofo*.

In onore della precisione a cui facevo allusione, e partendo dalla considerazione integratrice dell'essere umano secondo la quale *tutto in lui* si ripercuote *in tutto lui*, chiamerò *patimento* la percezione generica – *grossolana* se mi si passa l'espressione – di un *danno* dal quale si sente affetta una persona in tutti gli

aspetti del proprio essere. A partire da questa affermazione, ci sono coloro che chiamano *sofferenza* il patimento umano con origine o ripercussione eminentemente *spirituale*, e riservano il termine di *dolore* per alludere al patimento di tipo prevalentemente somatico. Io stesso ho adottato questa terminologia per un periodo di tempo abbastanza lungo, in quanto tale distinzione aiuta a valutare, ad esempio, l'indole diversa dei patimenti umano e animale, rispettivamente. Però ciò che più mi interessa ora è aiutare a distinguere con maggiore precisione il valore umano e umanizzante, benefico o malefico, del dolore e della sofferenza. Penso che in onore di questa pretesa occorra ancora procedere con cautela.

Come l'ho visto e percepito dalla mia esperienza pastorale

Nell'esprimere il dolore, ho visto che gli infermi si consideravano più come *oggetti di affettazione* passiva che come *soggetti attivi*, dotati di spontaneità e iniziativa. Le loro esclamazioni di solito sono, ad esempio: *mi fa male la testa, la ferita, l'indifferenza degli altri, la disattenzione della mia famiglia, l'abbandono di Dio...* Così ho sentito e sento esprimersi gli ammalati colpiti da dolori organici o dell'anima: ponendo come soggetto del dolore il proprio organismo o persone, cose e circostanze diverse da sé, sentendolo fin dalla sua comparsa come una realtà estranea, imprevista e rifiutabile. E, guardandoli da questa prospettiva, sono arrivato alla convinzione del fatto che una persona è responsabile solo del dolore che si infligge coscientemente o che provoca in altre persone, quando agisce



e sanitaria nel corso degli anni, il dolore è soprattutto il patimento prodotto dall'*impatto* e dall'*invasione* di una realtà che sopraggiunge, ferisce e danneggia la persona che colpisce; una realtà nociva che, all'inizio, non è generata da colui che la patisce – salvo nei casi di psicopatologie conclamate – benché provenga a volte da dentro di sé. È un danno che, contro la volontà di chi vi si sente afferrato, lo trasforma in dolente e in paziente.

su di loro come agente nocivo. Per riassumere, e usando, in questo contesto, la terminologia applicata alla malattia dal maestro Pedro Laín Entralgo⁸, vedo nel dolore un *disordine patito e sentito come danno e afflizione*.

Con la sofferenza avviene, a mio modo di vedere, il contrario. La mia esperienza mi porta a vederla come la *reazione dolente* che la maggior parte di quanti sono colpiti dal dolore generano in e a partire da se stessi per com-

batterlo fino ad annullarlo, o per cercare, quando non ci riescono completamente, di portarlo a limiti tollerabili e accettarne poi la convivenza poiché, alla fine, intuiti sono o provano che, da lì in poi, sarà la loro inevitabile, pur se non desiderabile, compagna.

Le espressioni che ho ascoltato nel corso degli anni dalle persone sofferenti hanno in stragrande maggioranza una struttura grammaticale significativamente distinta da quelle menzionate prima riguardo al dolore. In esse la persona che soffre è il soggetto attivo, mentre il dolore e la sua causa restano relegati alla condizione di complemento indiretto o circostanziale: *soffro per il dolore di testa, a causa della ferita, per l'indifferenza della gente, per l'abbandono di Dio...* Il cambio semantico non può essere, a mio modo di vedere, più significativo. Parafrasando Thomas Sydenham⁹, che descriveva la malattia in termini di *conamen naturae, sforzo della natura*, per annullare il danno prodotto dall'agente morboso che la provoca, dobbiamo dire che la sofferenza è il *conamen personale, lo sforzo di tutta la persona* per far fronte all'aggressione e all'invasione del dolore.

Da ciò deduco che l'essenza, nell'ambito del dolore, è l'aggressione nociva e il conseguente patimento; nell'ambito della sofferenza il protagonista è la persona che, patendo il dolore, non si rassegna a restare semplice paziente ma reagisce per combatterlo come soggetto attivo. Il dolore è, in principio, incerto e impreveduto; la sofferenza è, invece, reattiva, originale, autodeterminata. Il dolore di solito ha sempre l'iniziativa; nella sofferenza l'iniziativa l'ha, per cominciare, il nostro organismo e spesso, dopo di lui, le nostre risorse psichiche, sociali e spirituali, cioè la persona intera. Il dolore, dalla sua origine, si impone su di noi mentre sulla sofferenza possiamo arrivare a comandare. E, in una riflessione a questo riguardo in chiave di *umanizzazione della salute*, il dolore mi appare *preumano*, incerto, involontario e irrespon-

sabile, mentre vedo la sofferenza nascere *dalle viscere dell'uomo*, soggetto ad essere amato o rifiutato, modulato e orientato mediante l'esercizio dell'intelligenza, la volontà e una libertà limitata ma con un margine sufficiente di manovra e, pertanto, di responsabilità.

Un sonetto di José Luis Martín Descalzo esprime meglio di me quanto ho appena detto, poiché lo fa con la precisione e la profondità proprie del linguaggio poetico, molto più rivelatore di quello scientifico o filosofico quando si tratta di affrontare la descrizione dell'interiorità dell'uomo. Per questo non resisto a trascriverlo, poiché è l'espressione sofferente di un ammalato dolente.

*Mai potrai, dolore,
impaurirmi.*

*Potrai sollevare i miei
occhi fino al pianto,*

*Seccarmi la lingua,
imbavagliarmi il canto,*

*Spezzarmi il cuore e
smantellarmi.*

*Potrai racchiudermi dietro
le sbarre,*

*Distruggere i castelli che
costruisco,*

*Ungere tutte le mie ore con
il tuo orrore.*

*Però mai potrai
intimorirmi.*

*Posso amare sulla sedia di
tortura.*

*Posso ridere anche
penetrato dalle tue lance.*

*Posso vedere nella notte
oscura.*

*Giungo, dolore, là dove tu
non arrivi.*

*Io decido il mio sangue e il
suo spessore.*

*Io sono il padrone delle
mie speranze.*

Lascio al lettore il compito, penso semplice e gratificante, di trovare la corrispondenza tra quanto ho manifestato sulla diversa indole del dolore e della sofferenza, e il contenuto del poema¹⁰. Credo che le puntualizzazioni da me fatte previamente al riguardo, benché scarse e sommarie, servano da base per impostare, a partire dalla prospettiva del mondo della salute, la grande questione che, assieme all'i-

neluttabilità della morte, ha preoccupato e preoccupa ogni persona nel suo cammino per la vita in questo mondo: se dolersi e soffrire a causa delle malattie ci rende più umani o, invece, ci disumanizza.

5. Dolore e sofferenza come fattori di umanizzazione

Schematizzando forse troppo il preambolo della risposta che cerco di offrire, devo rilevare per prima cosa due osservazioni che – sempre a partire dalla mia esperienza – costituiscono altrettanti dati perfettamente constatabili: anzitutto, la consapevolezza che ciascuno ha nell'uso normale delle proprie capacità percettive e intellettive, del fatto che tanto il dolore quanto la sofferenza sono due ingredienti inseparabili della condizione umana: nasciamo, viviamo e moriamo aggrediti dal dolore e, di conseguenza, generiamo sofferenza, senza che nessuno di noi possa evitare un qualsiasi grado di convivenza con detti ingredienti¹¹. *Essere umano* implica, tra l'altro, dolersi e causare dolore, soffrire e far soffrire gli altri.

Da questo punto di vista, il dolore e la sofferenza sono due realtà genuinamente e ostinatamente *umane*, per quanto risultino indesiderabili in molti casi. La costante e irrinunciabile aspirazione umana alla salute, alla felicità o, almeno, alla felicità passeggera non è in contraddizione con ciò che Garcilaso de la Vega, Azorín e Pedro Laín Entralgo denominano il *sentire doloroso* che colpisce ogni persona, per il fatto di esserlo e di vivere come tale.

La seconda osservazione ha a che vedere con il fatto, anche per me, evidente che, nel cercare significato e senso al dolore e alla sofferenza, occorre dividere gli esseri umani in due grandi categorie: coloro che non vedono in nessuno dei due né significato né senso benefico, e coloro che, pur riconoscendo che il dolore deve essere sempre e in principio combattuto con tutte le risorse a disposizione di chi

lo patisce, esso può generare, e di fatto spesso genera, una sofferenza cosiddetta *salutare*. Non c'è quindi unanimità ma una divisione molto profonda e diversificata di opinioni riguardo al carattere umanizzante o disumanizzante, benefico o malefico, del dolore e della sofferenza.

6. *Me ne entrai dove non seppi, vi rimasi non sapendo, ogni scienza trascendendo*¹²

(San Giovanni della Croce)

Mi è venuta alla mente questa strofa del mistico d'Avila mentre pensavo a come preparare il lettore per comprendere adeguatamente ciò che cercherò di mostrare qui di seguito. Se l'ho ricordata e trascritta è perché essa descrive esattamente come mi sento spesso di fronte ai dolenti e ai sofferenti che svelano dinanzi a me la loro intimità, mostrandomi un panorama di *dolore senza luce*¹³, di *notte oscura del senso e dello spirito*¹⁴ o di ciò che l'inno dell'Ufficio divino denomina, usando una bella metafora, *dolore credente*¹⁵. Affacciarsi al mondo del dolore e della sofferenza umani provocato dalle malattie, dalla finestra di coloro che lo provano su di sé, sui loro cari o su coloro che assistono, rappresenta un'esperienza che può trasformarsi in dato scientifico e, pertanto, misurabile per quanto riguarda il suo piano organico e – fino a un certo punto – psichico. Tuttavia, detta esperienza si muove alternativamente tra ciò che è evidente e nebuloso, ciò che è esprimibile e ineffabile, tra il sapere e il *non sapere*.

Gesti, modi, contegno ed espressioni di dolenti e sofferenti aiutano chi li osserva e condivide con attenzione, a misurare l'indole e l'intensità dei loro patimenti, e a portare i rimedi che la persona che attualmente ha cura di questi malati, ha accumulato in precedenti esperienze o, nel caso dei professionisti della salute, quelli che con sempre maggiore efficacia suggeriscono le ricerche farmacologiche,

cliniche, chirurgiche, psicologiche o psichiatriche. Di ciò mi occuperò brevemente più avanti.

Però queste stesse manifestazioni di dolenti e sofferenti avvertono coloro a cui sono dirette del loro carattere simbolico e cioè che, al di là dei dati misurabili, esprimono con molta meno chiarezza idee e sentimenti non riducibili al puro ragionamento. Il simbolo, diceva opportunamente Cassirer¹⁶, è il *linguaggio dello spirito* e chi lo vede o lo ascolta percepisce che, attraverso di esso, viene invitato a penetrare *dove non sa orientarsi in modo diafano*, utilizzando solo i mezzi introspettivi umani a disposizione. Per questo, intuisce che *rimane non sapendo* una parte considerevole, almeno, di ciò che gli viene presentato proprio perché non *restino in sospeso gli occhi supplicanti*¹⁷. Così ho incontrato e continuo ad incontrare dolenti e sofferenti di grande spessore, quando di fronte a me fanno affacciare il loro patimento interiore: sommerso in una ambivalenza conoscitiva e pratica, frutto della perplessità in cui mi colloca ciò che ho ostentatamente di fronte e, a partire da ciò, ciò che devo intuire *a tastoni*.

Per questo, l'offerta della mia esperienza che faccio ai lettori, richiede che io condivida con loro questo problema che continua a presentarsi e le vie di soluzione che sono andato adottando nei miei anni di operatore pastorale, cioè umano, spirituale e religioso. Il problema, così come mi si prospetta, ha il seguente enunciato: colui che si occupa di dolenti e sofferenti è preparato e disposto a prestare loro aiuto da *un sapere non sapendo, trascendendo ogni scienza*? Lo considero un problema *chiave* di *umanizzazione nella salute* del dolore e della sofferenza. Riducendolo ai termini del linguaggio sanitario attuale e predominante, si tratta di un problema di sproporzione tra la magnitudine delle necessità e il limite dei mezzi umani destinati a soddisfarle; in termini di Pastorale della Salute, il problema è

quello della capacità concreta di accomodamento – tanto da parte dei dolenti e dei sofferenti, quanto di chi ha cura di loro – tra l'umiltà che reclamano la debolezza, la limitazione e l'abbandono umani, e l'audacia anch'essa umana, frutto del nostro irrinunciabile impulso all'autotrascendenza, ad *andare al di là* di tutti gli ordini del nostro essere ed esistere.

7. Il disaccordo radicale rispetto alla capacità di umanizzazione del dolore e della sofferenza

Mi ha sempre causato grande sconcerto la constatazione che nasce nel rivedere la quantità di testimonianze vive, scritte o per immagini che si possono abbracciare – quantità molto esigua nell'immensità di manifestazioni che offrono tanto il tempo presente quanto la storia passata – circa il significato e il senso, o nonsenso, del dolore e della sofferenza. Si tratta della constatazione non tanto delle numerosissime differenze tra molte di queste testimonianze rispetto all'argomento che ci interessa, bensì degli atteggiamenti diametralmente opposti e irconciliabili che appaiono in essi. Data l'estensione limitata dello scritto che mi è stato richiesto, mi vedo obbligato a menzionare solo qualche esempio illustrativo.

Pongo di fronte ai lettori, in primo luogo, Giobbe, il prototipo del malato dolente nella letteratura universale e nelle Sacre Scritture giudeo-cristiane. Contraddicendo la convinzione che Satana espone di fronte a Yahveh, circa l'immenso attaccamento degli esseri umani per la vita, e cioè: *Tutto quanto ha, l'uomo è pronto a darlo per la sua vita* (Gb 2, 4), il dolente Giobbe, oppresso dalla dismisura dei suoi patimenti, maledice il giorno in cui nacque, rimpiangendo di non essere stato abortito¹⁸ e, nel colmo della sua disperazione esclama: "Preferirei essere soffocato, la morte piuttosto che questi miei dolori!" (7,15). Senza arrivare ad espressioni tanto tremende,

come quelle del personaggio biblico, sono stato testimone dell'amaro lamento di molti malati, espresso in termini molto simili a quelli che Gualupe Amor usa in questo breve poema:

*Notti con gli occhi aperti,
Notti di voli terribili,
angoscia e ansia indicibili
sonni desti nell'ombra.
Superati i miei battiti,
Le mie passioni superate.
Le mie ansie non colmate,
quasi morti i miei sensi.
Tutto gira nella notte,
Si filtra attraverso la mia
anima.
E io reclamo per avere
calma:
Mio Dio, mio Dio, fino a
quando!*¹⁹



Per tutti quegli infermi che la cui situazione coincide in un modo o nell'altro con quella patologica e animica di Giobbe, il dolore è un male abominevole e atroce che bisogna combattere a qualsiasi prezzo. Anche la sofferenza che ne deriva risulta un prezzo ingiusto, disumano, radicalmente insopportabile, in definitiva, disumanizzante.

Tuttavia, di fronte a questo tipo di testimonianze posso descriverne altre che, senza occultare affatto l'estensione, la profondità e la drammaticità dei patimenti vissuti dai protagonisti, lasciano un piccolo spiraglio o fanno intravedere un orizzonte di speranza, perché irradiano un alone di patimento sereno e umanizzante. Come esempio significativo propongo, assieme al poema già citato di José Luis Martín Descalzo, quest'altro di Amado Nervo, in cui egli esprime i propri sentimenti di

cordoglio per la perdita della persona amata:

*Dio mio, ti offro il mio
dolore;
È tutto ciò che posso
offrirti!
Tu mi donasti un amore,
un solo amore,
un grande amor! Me lo
rubò la morte...
non mi resta altro che il
mio dolore.
Accettalo, Signore:
È tutto ciò che posso
offrirti!*

Una volta constatata, pur se in maniera breve e schematica, la disparità radicale nella valutazione umana e umanizzante del dolore e della sofferenza, credo sia giunto il momento di rispondere alla domanda che mi è stata posta. A partire dalla mia formazione in materia di assistenza sanitaria, affronterò questa risposta presentando, anzitutto, un *quadro clinico* dei dolenti e dei sofferenti che accorrono a me in cerca di aiuto.

8. Quadro clinico-pastorale dei pazienti

Inizio col fare tre precisazioni. In primo luogo, sono convinto che, a rigor di termini, non ci siano malattie bensì ammalati, né dolore bensì persone dolenti, né sofferenza bensì esseri umani che soffrono; la seconda precisazione è che vedo ogni essere umano unico e irripetibile nel suo modo di dolersi e di reagire, soffrendo, ai propri dolori; la terza è invitare il lettore a considerare le osservazioni che seguono soltanto un abbozzo generale, o un *identikit*, che li aiuti inizialmente a percepire come i malati vivono i loro patimenti.

Quando la malattia irrompe e si insedia in una persona, essa costituisce, in primo luogo, una *dolorosa sorpresa* e, in secondo, un *arresto obbligato* nel corso della vita. La prima constatazione dolorosa con cui si deve confrontare chi si è ammalato è il fatto che è sopraggiunto *qualcosa di inatteso*; qualcosa che, inoltre, minaccia di cambiare lo stile di

vita con cui aveva familiarità fino a quel momento, qualcosa già contemplata in altri, che ora però deve affrontare in sé, con l'aggravante che *oggi la malattia si vive più penosamente che in altre epoche, in quanto siamo meno preparati ad assumerla*²⁰.

Il malato, poco a poco, va *esteriorizzando* e dando forma allo sconvolgimento che provoca dentro di lui la malattia che lo ha prostrato e, assieme alla conoscenza della diagnosi emessa dal medico – non sempre in modo chiaro e accessibile per il grado di cultura o lo stato d'animo del malato – questi percepisce sensazioni nuove provenienti dal proprio corpo. Il corpo non è più il compagno silenzioso e obbediente su cui il malato si era abituato a contare quando era sano, bensì una specie di intruso molesto e ribelle che mostra aspetti minacciosi e sconosciuti prima, e che esige che gli si presti molta più attenzione di quando la persona godeva di salute: un'attenzione carica spesso di dolori fisici più o meno intensi e di angosce o inquietudini animiche. A partire da qui, il malato comincia a rimpiangere la salute perduta, che implicava per lui ciò che Lafin Entralgo chiama *la non sensazione del corpo e il silenzio degli organi*²¹.

Non è solo il corpo però a mostrare al malato la sua debolezza; *tutto lui* si sente privo di forza, fragile e vulnerabile. Inoltre, l'indole propria di una malattia duratura, e la lentezza nel fornire le prove diagnostiche e dei trattamenti terapeutici, tanto frequente nel nostro sistema sanitario, fanno sì che il malato passi dall'aver una vita tanto occupata, da sano, che gli permetteva appena di relazionarsi con se stesso, a disporre di molto tempo per osservarsi, percepirsi e sentirsi molto più accuratamente. Inevitabilmente arriva a mettere in questione l'*immagine* di sé che si era fabbricata prima di ammalarsi. Inizia così un doloroso itinerario che può portarlo a ferirsi, o a crescere e a maturare.

Non siamo niente, dicono spesso molto ammalati; *povero me, chi mi libererà da que-*

sto corpo votato alla morte, si chiedono come San Paolo (Rom 7, 24) di fronte alla constatazione dell'aspetto perituro della sua condizione. Posti di fronte a se stessi, vedono scaturire le domande più profonde che prima non avevano potuto, o saputo, o non avevano voluto farsi: Che senso ha la mia vita? perché mi sono ammalato? che cosa ho fatto per finire così? che senso ha soffrire come sto soffrendo? che cosa mi succederà? come può Dio permettere questo? perché Signore?

La ricerca di aiuto di fronte alla sua situazione, e la ricerca di interlocutori che lo aiutino a rispondere a tali domande e a scaricare l'angoscia che esse generano, obbliga il malato ad uscire da se stesso e ad osservare gli altri molto attentamente, in quanto si sente molto più *dipendente* da loro rispetto a prima. Il sentimento di dipendenza può essere doloroso per la propria indole, ma può esserlo molto di più quando coloro che lo circondano (familiari, amici, professionisti sanitari, operatori pastorali o volontari) non compiono in maniera adeguata ciò che si aspetta da loro. Ci sono situazioni in cui il malato chiede più di ciò che gli altri sono disposti a dare, soprattutto nei momenti in cui è pervaso da un grande sentimento egocentrico, e crede di essere l'unico a soffrire. Altre volte però succede che coloro che sono incaricati di prendersi cura di lui non sono all'altezza delle sue necessità, e ciò provoca in lui logiche reazioni di amarezza, risentimento, sfiducia e frustrazione.

Oggi, inoltre, l'ammalato soffre non solo per l'eventuale incomprensione dei suoi interlocutori, bensì per il tipo di assistenza offertagli da un sistema sanitario organizzato da un insieme di strutture che, purtroppo, possono non solo assicurare efficacia e qualità assistenziali, ma anche opprimere o *maltrattare* proprio coloro ai quali devono procurare il massimo ristabilimento o sollievo possibili. Oggi la *relazione assistenziale* tra il malato e coloro che si prendo-

no cura di lui corre il rischio di essere sempre più *distante* e *strumentale*, meno umana, vicina e interpersonale. I progressi della medicina hanno comportato grandi vantaggi per ciò che riguarda il trattamento delle sindromi e dei sintomi dolorosi, ma hanno anche condotto a un debilitamento psicologico, sociale e spirituale nei confronti del dolore e della sofferenza.

9. Quadro clinico-pastorale dei familiari dei pazienti

Nella maggior parte delle famiglie la malattia prolungata di uno dei propri membri produce una ferita penosa in tutto il corpo familiare, un insieme di dolori e sofferenze d'indole diversa. Alcune delle sue forme sono un puro riflesso e prolungamento dei dolori e delle sofferenze del malato, però ce ne sono altre che nascono spontaneamente dalla propria famiglia e che, in sintesi, sono di seguito descritte.

In primo luogo, il patimento che affiora in numerose famiglie ben disposte ad aiutare, fin dove possono, i loro familiari malati, ma le cui cause possono essere la mancanza di risorse materiali, l'inadeguatezza delle case, l'orario lavorativo più o meno incompatibile con detto aiuto ecc.²²; altre volte però queste cause sono d'indole strettamente personale. Il malato non cambia solo di fronte a se stesso ma anche di fronte ai suoi cari, ai quali spesso risulta difficile comprendere le reazioni e le alterazioni d'animo che prima, quando era sano, non vedevano in lui. Non è raro sentire un familiare dire con dispiacere, alludendo al malato: *Non lo riconosco, non è più quello di prima.*

Senza arrivare a tali estremi, una malattia duratura presuppone per la famiglia un accumulo costante di patimenti che provengono sia da quelli contemplati nel malato, e che spesso non sanno come alleviare, sia da quelli apertamente trasferiti da lui a coloro che considera i più idonei, in principio, per poterli condividere.

In questo senso la famiglia necessita di un aiuto anche maggiore del malato, che, quando prestato, si trasforma in beneficio per lui.

Occorre menzionare infine la necessità della famiglia di trovare un senso trascendente tanto ai patimenti del malato quanto ai propri. V. Frankl ha ben evidenziato l'aspetto distruttivo del patire senza senso²³.

10. Quadro clinico-pastorale degli operatori sanitari, in quanto pazienti

È opinione comune che gli operatori sanitari siano, come regola generale, *al di sopra* dei dolori e delle sofferenze dei malati da loro assistiti, così come dei loro familiari. Di fatto, ho menzionato prima che non è raro sentire gli uni e gli altri affermare, rivolgendosi convinti agli operatori sanitari: *Voi avete fatto l'abitudine a veder soffrire.*

Le cause di tale opinione sembrano essere tre. In primo luogo, l'immagine che la società ha del personale sanitario, che considera puri tecnici della salute e della guarigione, e la cui efficacia deve comportare, come sistema, una fredda obiettività, insensibile al dolore e alla sofferenza altrui. D'altro canto la stessa formazione degli operatori predilige le discipline scientifiche, invece che quelle riguardanti l'assistenza personale. Per ultimo, l'attività di non pochi di loro tende a trasformare il *camice* e l'*atteggiamento* in una barriera immunizzante di fronte all'enormità di patimenti a cui tutti i giorni assistono e che trattano.

Tuttavia, la maggior parte del personale sanitario non sa incanalare in maniera soddisfacente il trasferimento di patimenti che ricevono dai malati e dai loro familiari, né *distaccarsi* adeguatamente da loro, incapaci questa per cui possono giungere a pagare un prezzo psichico e animico molto alto. Inoltre, il personale sanitario è tra quelli che, nella nostra società, riceve il maggior numero di lamentele,

tanto attraverso i mezzi di comunicazione e di fronte alle istanze giuridiche (Difensore del popolo, tribunali di giustizia, lettere su quotidiani e riviste), quanto direttamente dal pubblico. Alcune di queste lamentele obbediscono a vera negligenza o a cattiva pratica del personale sanitario, però la maggior parte sono dovute a difetti strutturali e funzionali del sistema sanitario, che anche loro patiscono in prima linea e in ogni momento. Per questo si sentono incompresi e perfino maltrattati, e così sono soliti manifestarlo, a ragione.

11. Quadro clinico-pastorale del volontariato assistenziale e pastorale

L'attuale interesse per il volontariato assistenziale e la sua crescente richiesta, non sono di solito accompagnati da una preoccupazione sufficiente – spesso nemmeno esistente – per la cura, il sostegno e l'accompagnamento di cui necessitano queste persone per risanare le *ferite* che ri-

ta consapevolezza. Faccio semplicemente cenno a questo commento, forzatamente breve per non ampliare l'estensione di questo scritto.

12. Le possibilità di umanizzare il dolore e la sofferenza

Nonostante quanto detto prima²⁴ circa la confusione semantica tra dolore e sofferenza nel campo delle scienze mediche, e della limitata capacità di queste per comprenderli e trattarli²⁵, è in questo campo che si sta ottenendo una maggiore precisione sulla conoscenza della natura del dolore nei suoi aspetti organico e psichico, e dei rimedi terapeutici atti a combatterlo con efficacia sempre più irrefutabile.

12.1 La medicina di fronte al dolore²⁶

La medicina ha compiuto enormi progressi nello studio e nel trattamento del dolore corporale. Riassumendo le scoperte e i risultati di detto

Si chiama *acuto* il dolore che inizia in maniera brusca, causato da lesione traumatica o da malattia. Il dolore acuto esercita un'importante funzione biologica: avvisa l'individuo e lo mette in guardia che *qualcosa va male* e che, pertanto, deve cercare un aiuto medico. Per il medico, il dolore acuto ha una grande utilità diagnostica. La maggior parte dei problemi che ad esso sono associati possono essere controllati adeguatamente con farmaci, anestetici, inalatori, blocchi nervosi o con altro tipo di trattamenti. Con tali rimedi – o spontaneamente – il dolore acuto tende a scomparire con il tempo per il processo di cicatrizzazione – se è stato provocato da una ferita – o per la scomparsa dello stimolo nocivo irritante, negli altri casi.

Al contrario, il dolore *cronico* non ha nessun valore biologico, bensì agisce come un *processo corrosivo* che impone un severo stress fisico, emotivo, spirituale e perfino economico all'individuo che lo patisce, così come alla sua famiglia e alla società. Qualsiasi situazione dolorosa che non risponda alle misure convenzionali di trattamento e che duri sei mesi od oltre, è considerata dolore cronico.

Il dolore cronico può, a sua volta, essere diviso in due tipi: *benigno* e *maligno*. Nel dolore cronico *benigno* i sintomi sono relazionati ad un problema organico che non è progressivo e non rappresenta una minaccia per la vita dell'individuo. Il dolore cronico *maligno* è associato a malattie potenzialmente terminali o fatali, ne è esempio tipico il dolore che accompagna diversi tipo di cancro. In questi casi, il dolore è un segnale del deterioramento progressivo della salute del paziente. Psicologicamente e animicamente, questo dolore arriva ad essere causa e simbolo di profonda sofferenza e perfino di disperazione.

Ultimamente è comparsa un'altra classificazione del dolore *clinico*, che lo divide in *somatico* e *viscerale*²⁷, insistendo su quest'ultimo, che sarebbe *prodotto da lesioni e*



cevono nell'assistere, e per *distaccarsi* dai patimenti trasferiti su di loro da quelli che essi assistono. È questo un problema del quale le istituzioni sanitarie secolari, la Chiesa e le comunità cristiane non hanno ancora preso debi-

studio possiamo dire che *il dolore clinico* deve essere diviso in due categorie: *acuto* e *cronico*. Le differenze tra i due sono tanto peculiari, che devono essere considerate come due entità totalmente differenti.

malattie che colpiscono gli organi interni. Si tratta di un sintomo abituale nella maggior parte delle sindromi dolorose acute e croniche d'interesse clinico. La sua neurofisiologia è ancora poco conosciuta, però la distinzione tra questo tipo di dolore e quello *somatico* è stata proposta perché si considera rilevante e necessaria, giacché distingue l'origine della lesione ed evidenzia che i meccanismi neurofisiologici del dolore viscerale sono distinti da quelli corrispondenti al dolore somatico. L'approccio terapeutico del dolore viscerale deve essere diretto ad intenderlo come un'entità dolorosa in cui possono confluire tipi distinti di dolore, da quello puramente viscerale a quello neuropatico e osteomuscolare. Oggi ci si augura che la genomica individuerà il trattamento del dolore viscerale, benché questo sia un fronte della ricerca ancora da scoprire.

12.2 Il sollievo, antidoto al dolore

Tutte le risposte mediche al patimento umano hanno – o devono avere – come finalità il *sollievo* del paziente, intendendo con questa *l'azione o l'effetto di attenuare, mitigare, alleggerire o rendere meno pesante* – mai di eliminare completamente – il carico di patimenti di indole diversa associati all'esperienza della malattia. Di qui il celebre detto, quando è esattamente compreso, che la medicina sta tornando, per fortuna, a trasformare in parola d'ordine: *curare spesso, guarire qualche volta, consolare sempre*. Il sollievo così inteso è, da parte di chi lo offre e di chi lo sperimenta, una realtà effettiva ma umile nelle sue pretese, con effetto positivo ma sempre limitato, mai completo nell'eliminare la sofferenza umana²⁸. Sembra che così lo intenda la mentalità della medicina clinica, superando con questo la chimerica dell'eliminazione totale del dolore e della sofferenza mediante mezzi tecnici, che ha meritato critiche molto severe

negli anni Settanta del secolo scorso²⁹.

Oggi le *Unità del Dolore* e la *Medicina Palliativa* riescono ad eliminare il dolore cronico maligno, o a ridurlo a limiti perfettamente tollerabili, nell'assoluta maggioranza dei casi trattati, secondo queste due modalità medico-assistenziali. In questa crescente efficacia vedo la vera realizzazione delle aspirazioni che al riguardo già albergava la medicina antica, per bocca di alcuni dei suoi più illustri rappresentanti³⁰.

12.3 La consolazione, stimolo e veicolo della sofferenza

Prima di tutto torno a rimettere al lettore il mio modo di intendere la sofferenza come *reazione* di fronte al dolore; solo così si comprende perché descrivo la consolazione come suo *stimolo e veicolo*. Detto questo, devo aggiungere che non conosco definizione migliore di consolazione di quella che appare all'inizio del capitolo 40 del libro del profeta Isaia: "*Consolate, consolate il mio popolo, parlate al cuore di Gerusalemme*" (Is 40, 1). Consolare vuol dire, secondo questo testo e i suoi numerosi paralleli, *saper parlare al cuore*, cioè al mondo interiore³¹ di un essere umano afflitto dal dolore. La consolazione, contrariamente all'opinione superficiale che se ne ha solitamente, non consiste nel pronunciare parole amabili e poco compromettenti agli infermi, bensì nel possedere l'arte³² necessaria per *non lasciare in sospenso gli occhi supplicanti*. Essa richiede – prima che abilità verbale persuasiva – disponibilità, magnanimità e dedizione personale, in definitiva, amore straripante. La consolazione deve essere diretta a *prestare aiuto, ad alleviare* (cfr. Lam 1, 16s) lo sconcolato, mediante l'invito che il consolatore gli fa di cercare un rafforzamento spirituale, e l'offerta delle sue energie personali, soprattutto interiori. È, perciò, il mezzo che continua a mantenere validità anche quando gli altri antidoti al dolore non

hanno successo. Per riassumere, la consolazione è lo stimolo con cui soavemente, fermamente e lentamente si incoraggia l'uomo dolente a dar vita ad una reazione di sofferenza liberatrice di fronte al dolore, o il veicolo mediante il quale lo si aiuta a incanalare detta reazione, una volta suscitata nella sua persona.

Nell'esercizio della consolazione possono entrare in gioco i mezzi lenitivi forniti, con sempre maggiore efficacia, dalle ricerche mediche e dalle strategie psicologiche. Essi però restano, al massimo, *aiuti di base* senza arrivare a costituirne il nucleo autentico in quanto questo è frutto – e torno a parlare a partire dalla mia esperienza personale – di una saggezza acquisita mediante il coltivare e il mettere in pratica i valori spirituali che hanno a che vedere con la suprema considerazione del prossimo nel bisogno. In poche parole, la consolazione è la cristallizzazione effettiva dell'*amore di effusione*, che il Nuovo Testamento chiama *agape* o *carità*, e delle sue conseguenze: la pace interiore e la maturazione personale. Dal punto di vista dell'assistenza cristiana e pastorale, la consolazione è la grande risposta umanizzante di fronte al dolore, il frutto più insigne e maturo della sofferenza.

12.4 La comprensione poetica e sapienziale del dolore, della sofferenza e della consolazione

Con ciò che ho appena detto, introduco il lettore in un mondo di realtà e di significati, la cui percezione e comprensione supera completamente l'ambito del sapere scientifico-tecnico e, in alcuni aspetti, anche del sapere filosofico. Questo però è il mondo in cui più propriamente si muove la mia esperienza circa il dolore e la sofferenza. Per questo, prima di andare avanti, ritengo giusto chiarire a quale tipo di saperi mi attengo, soprattutto per acquisire e comunicare questa esperienza. Lo faccio, ancora una volta, per mano del maestro Laín³³.

Per esprimere adeguata-

mente l'impressione di realtà in un suo determinato aspetto – il fatto di vivere, l'amore, un paesaggio, il dolore, la sofferenza, la morte... – si offrono alla mente tre strade: la descrizione oggettiva di ciò che si percepisce, la creazione di concetti e l'invenzione di metafore e simboli. Tra metafore e simboli esiste una stretta parentela. La metafora è il male essenziale e quasi costante degli elementi formali del linguaggio poetico. Ortega ha detto che *la poesia è metafora*, aggiungendo che *la metafora è un procedimento intellettuale per la cui mediazione riusciamo ad apprendere ciò che si trova al di là della nostra forza concettuale*. Ciò che essenzialmente offre la vera poesia – assieme e a partire dalla sua carica estetica – è *un modo peculiare di accedere alla realtà e di penetrarvi mentalmente*. Il poeta, di fronte al fondo insondabile della realtà, prende dal linguaggio comune parole a cui



egli e il suo settore non sono soliti concedere, di solito, maggiore significato di quello topico. Però, nel fare poesia, queste parole sono utilizzate per nominare realtà molto diverse da quelle designate dal linguaggio comune assicurando, questo sì, che la relazione tra il significato volgare di tali parole e quello che acquisiscono trasferendole al poema non sia arbitraria e assurda, bensì suscettibile di comprensione certa da parte del lettore.

Per questo, ricorro abitualmente ai poemi per comprendere e far comprendere le mie

esperienze in relazione a realtà umane come il dolore e la sofferenza. Senza sottovalutare il linguaggio scientifico-tecnico che sento usare, ad esempio, dai professionisti sanitari con i quali collaboro spesso nell'attenzione agli ammalati, e con i quali condivido anche parte della loro terminologia, il modo d'espressione più proprio della mia vocazione e della mia attività assistenziale è quello del linguaggio *poetico*³⁴, anzi, come segnalerò in seguito, quello chiamato, anche da Laín, *linguaggio sapienziale*.

Max Scheler chiamò *sapere di salvezza* quello che, qualunque siano i presupposti religiosi ed etici di chi lo cerca o lo possiede, ha come fine primario il retto orientamento verso il compimento del senso ultimo della vita. Io, dice Laín Entralgo, ardisco chiamarlo *sapere sapienziale*. Tutta la letteratura religiosa, nel suo senso più ampio – ascetica, parenetica, filosofica o teologica, quest'ultima intesa come *itinerarium mentis in Deum*³⁵, – cerca di suscitare il sapere sapienziale nell'anima del lettore. Tutti gli altri saperi – scientifico, filosofico o poetico – hanno per definizione un senso *penultimo*. Solo quando si mette a fuoco la ricerca o la scoperta del senso ultimo della realtà o delle realtà a cui si applicano³⁶, i suddetti saperi acquistano la condizione di sapere sapienziale, di via di accesso alla salvezza personale e perfino alla salvezza generale dell'umanità e del cosmo.

È proprio quest'ultimo sapere che ho ricevuto, accettato e coltivato, come quello che più si adatta al modo con cui concepisco la realizzazione della mia vita, e che mi è stato affidato da trasmettere ad altri e ad aiutarli a svilupparlo con tanta decisione da parte mia, ma anche con discrezione e rispetto. Ciò mi porta a iniziare l'ultima parte di questo scritto, in cui offro al lettore quanto c'è di più genuino e appropriato della mia esperienza sul dolore e sulla sofferenza; quello che, attingendo anno dopo anno alle fonti della mia fede cristiana³⁷, verificandolo

con coloro con i quali formo una comunità di credenti nello spazio e nel tempo, e con quanti, pur non professando la mia stessa fede, condividono con me il compito di assistere i malati in un ambiente, grazie a Dio, sempre più interdisciplinare, e il compito di riflettere su diversi aspetti di detta assistenza: è tutto ciò che, con più o meno fortuna espressiva, cercherò di redigere. Nel farlo, spero di non risultare incomprensibile né di essere *traduttore traditore* del significato cristiano del dolore e della sofferenza.

12.5 La comprensione pastorale del dolore e della sofferenza

a) *Nella Bibbia*. La prima fonte della mia fede è la rivelazione di Dio che, incarnata nel linguaggio umano, viene ad illuminare, a partire dagli scritti biblici, gli angoli più oscuri dell'umanità. La mia lettura assidua della Bibbia mi fa vedere fino a che punto *il Libro* prende sul serio la realtà del dolore umano. Esso non cerca di nascondere, camuffarlo, o minimizzarlo ma, al contrario, lo indica, subito, come *un male che non dovrebbe esistere*, e compatisce chi ne è colpito. Dalla Scrittura si eleva un immenso fragore di grida e lamenti, tanto frequente da aver dato origine a un genere letterario proprio: il *lamento*. I salmi sono pieni di queste grida di afflizione, e la litania provocata dal dolore si prolunga fino *al grande clamore e alle lacrime di Cristo* di fronte alla morte (Eb 5, 7). Tale ribellione della sensibilità parte dalla constatazione che il dolore è un male universale³⁸, di fronte al quale nessuno si rassegna in principio.

Con questo panorama di fondo, la Bibbia, tanto profondamente sensibile e sincera di fronte al dolore, non cerca di scusare Dio ma, al contrario, sostiene che nulla sfugge al suo controllo³⁹. La tradizione israelita non abbandonerà mai l'audace principio formulato da Amos: "Risuona forse la tromba nella città... che non sia causata dal Signore?" (Am 3, 6; cfr. Es 8, 18-22). Affer-

mazioni come questa scatenavano reazioni estreme⁴⁰ di fronte allo spettacolo del dolore come esponente paradigmatico del male nel mondo. Gli israeliti sapevano distinguere tra le cause del dolore derivato da malattie, quelle che sono naturali, come determinate ferite o gli acciacchi della vecchiaia; però attribuivano il dolore anche all'esistenza di poteri maligni presenti nell'universo e ostili all'essere umano, soprattutto al peccato, ritenuto origine di ogni disgrazia, come reiteratamente manifestato dagli amici di Giobbe nelle loro interpretazioni al riguardo. Tuttavia nessuna di queste cause: né la natura, né il caso, l'influenza universale del peccato, o la maledizione, e nemmeno Satana, si sottraggono, nella coscienza del Vecchio Testamento, al potere di Dio. La realtà lacerante del dolore metteva in dubbio Dio: Egli era soprattutto colui che restava implicato in tale scandalo. Per questo, i profeti non potevano comprendere la felicità degli empi e la disgrazia dei giusti⁴¹, e Giobbe intavolò un processo contro Dio e gli chiese spiegazioni⁴², scandalizzato dal sentirsi destinatario di un dolore non meritato.

Profeti e saggi del Vecchio Testamento, oppressi dal dolore ma sostenuti dalla loro fede, entrarono progressivamente nel suo enigma e mistero⁴³. Scopirono il *valore purificatore e educativo*⁴⁴ della sofferenza generata dal dolore, e finirono per vedere in tale sofferenza anche un effetto della benevolenza divina⁴⁵. Così spiega il Vecchio Testamento il senso della morte prematura del saggio (*Sap* 4, 17-20) e la beatitudine della donna sterile e dell'eunuco (*Sap* 3, 13s). Grazie a questa comprensione progressiva, Geremia passò dalla ribellione a una nuova conversione⁴⁶.

Infine, per ciò che riguarda il Vecchio Testamento, nella sofferenza fu apprezzato un valore di *intercessione* e di *redenzione*, come appare nella preghiera dolente di Mosè (cfr. *Es* 17, 11ss; *Nu* 11, 1s) e, soprattutto, nella figura del *Servo di Yahveh*. Il Servo co-

nobbe il dolore e generò la sofferenza sotto le forme più tremende e scandalose, fino a non provocare nemmeno compassione, bensì orrore e disprezzo. La causa di questa sofferenza erano i peccati, ma non quelli del Servo, bensì degli altri, il che portava lo scandalo al colmo. È qui che si radica il nucleo del *mysterium doloris*: il disegno di Dio si realizza mediante la *volontà* con cui il Servo accetta di *assumere su di sé* i dolori e la sofferenza che toccavano agli altri e, in questo modo, offre loro pace e guarigione. Così lo scandalo supremo si trasformava, agli occhi dell'autore biblico dei poemi del Servo, nella meraviglia inaudita di Dio, nella rivelazione della sua bontà⁴⁷ inarrestabile, benché misteriosa per le sue vie.



Passando al Nuovo Testamento, la prima cosa che i Vangeli mostrano con chiarezza è il fatto che Gesù non poteva essere testimone dei patimenti umani senza restarne profondamente commosso⁴⁸. Le guarigioni e le resurrezioni che realizzò erano segni tanto del suo carattere compassionevole quanto della sua missione messianica (*Mt* 11, 4; cf *Lc* 4, 18s), e preludi della vittoria definitiva che predicava sul dolore e sul superamento della sofferenza. Egli compì la profezia del

Servo⁴⁹, e ai suoi discepoli diede il potere di curare in suo nome (*Mc* 15, 17). Gesù, tuttavia, non eliminò dal mondo né il dolore né, di conseguenza, la necessità della sofferenza. Non li sopresse ma si dedicò a consolare i dolenti e i sofferenti che incontrava lungo il suo cammino, e ad affermare la forza della consolazione⁵⁰. Mostrò che non esiste necessariamente un nesso tra peccato e malattia⁵¹ e le loro sequele di dolore e sofferenza, giungendo perfino ad affermare che la sofferenza può essere manifestazione dell'opera terapeutica e consolatrice di Dio⁵².

Gesù, però, non fu un mero spettatore di dolenti e sofferenti. Molto prima della sua passione, dolore e sofferenza gli erano già familiari. Soffrì infatti a causa della gente⁵³ e

per sentirsi respinto dai suoi⁵⁴, pianse di fronte a Gerusalemme⁵⁵ e, nonostante lo stupore che tale dichiarazione provocava in loro, avvertì varie volte i suoi discepoli che avrebbero dovuto soffrire molto⁵⁶. Quando giunse l'ora della sua passione, la sofferenza di Gesù si trasformò in un'afflizione mortale⁵⁷, in una vera agonia⁵⁸ provocata dalla paura e dall'angoscia nel presentire la concentrazione di dolori per i quali avrebbe dovuto passare e che, a parte le torture fisiche, andavano dal tradimento del

discepolo fino al sentimento dell'abbandono di Dio⁵⁹. La passione però rivelò che Gesù era ed è capace di soccorrere coloro che sono provati dal dolore, e di identificarsi con chi soffre⁶⁰.

Con l'arrivo della Pasqua e la fede nel Risorto, un'illusione minacciava i discepoli: che il dolore e la sofferenza stavano arrivando alla fine. Tale illusione portava con sé il pericolo che la fede dei discepoli naufragasse nel continuare a sperimentare, inesorabilmente, le realtà penose che comporta l'esistenza in questo mondo, tra cui, in maniera dominante, le malattie. Gli scrittori del Nuovo Testamento però indicano chiaramente che la resurrezione di Gesù non venne a derogare il messaggio del Vangelo sul dolore e la sofferenza, bensì a confermarlo. L'allusione delle beatitudini *agli afflitti* (Mt 5, 5)⁶¹ e l'esigenza di portare ogni giorno la croce che può toccare a ciascuno (Mt 16, 24ss), conservano tutta la loro validità alla luce del destino del Signore in questo mondo: se il Maestro passò per grandi tribolazioni, i suoi discepoli dovranno seguire la stessa strada (cfr. Lc 24, 25s; Mt 10, 24s).

I cristiani, secondo San Paolo, dovranno condividere questa strada con Gesù nel dolore e nella gioia⁶², nella sofferenza e nella consolazione. Perché se un cristiano può arrivare a dire, con San Paolo: "È Cristo che vive in me" (Gal 2, 20), deve sapere che su di lui "abbondano le sofferenze di Cristo" (2 Cor 1, 5), giacché cristiano è chi ha donato liberamente la propria appartenenza a Cristo e chi, per questo, "conosce lui, la potenza della sua risurrezione, la partecipazione alle sue sofferenze" (Fil 3, 10). Per questo, la Lettera agli Ebrei afferma che, come "Cristo, nei giorni della sua vita terrena offrì preghiere e suppliche con forti gridi e lacrime a colui che poteva liberarlo da morte, e... imparò tuttavia l'obbedienza dalle cose che patì" (Eb 5, 7ss), così occorre che noi "corriamo con perseveranza nella corsa che ci sta davanti, tenendo fisso lo

sguardo su Gesù, autore e perfezionatore della fede. Egli, in cambio della gioia che gli era posta innanzi, si sottopose alla croce, disprezzando l'ignominia" (Eb 12, 1-2). Cristo, che solidarizzò con i dolenti e i sofferenti, lasciò ai suoi lo stesso incarico. Condividere la vita di Cristo, secondo Paolo, comporta di "rallegrarsi con quelli che sono nella gioia, piangere con quelli che sono nel pianto" (Rom 12, 15; cfr. 1 Cor 12, 26).

Paolo poteva dire, per esperienza propria e in nome di tutti i cristiani, che "se veramente partecipiamo alle sue sofferenze è segno che partecipiamo anche alla sua gloria" (Rom 8, 17); per questo, siamo "perseguitati ma non abbandonati, colpiti ma non uccisi... portando sempre e dovunque nel nostro corpo la morte di Gesù, perché anche la vita di Gesù si manifesti nel nostro corpo" (2 Cor 4, 9-10). Poteva dire altresì che "a voi è stata concessa la grazia non solo di credere in Cristo, ma anche di soffrire per lui" (Fil 1, 29), cioè sforzandosi con Lui per condividere il dolore che affligge gli umani.

b) *Nelle testimonianze della Tradizione cristiana.* In questo punto mi limiterò, per motivi di spazio e di documentazione, a menzionare solo alcune delle innumerevoli testimonianze che, nella tradizione cristiana, ne sono andate riaffermando il messaggio originale sul dolore e sulla sofferenza, e approfondendo le sue affermazioni fondamentali. Le testimonianze che citerò qui di seguito mi sono state di grande aiuto, assieme ad altre, tanto per quanto riguarda la mia maturazione personale, quanto nel momento di assistere spiritualmente chi, in un modo o nell'altro, me lo ha chiesto⁶³.

Inizio con alcune parole di San Gregorio Nazianzeno, che ho sempre pensato illustrino la distinzione tra il dolore e la sofferenza che ho proposto nel paragrafo 4: "Soffro dolore nella mia malattia e sono contento, non per il dolore, ma perché insegno ad altri a sopportare paziente-

mente e rassegnatamente il proprio" (Epist. 36). Quantunque l'intenzione espressa dal santo cappadocio malato non coincida con la mia, e senza pretendere di fare un'esegesi forzata delle sue parole, credo che esse mostrino con sufficiente chiarezza il carattere della mia distinzione tra l'una e l'altra forma di patimento: il carattere *paziente* di chi si *duole*, e il carattere *reagente* di chi soffre, manifestato qui con la pazienza, la rassegnazione e perfino la gioia.

Dopo un grande salto di oltre quindici secoli, ma senza uscire dalla comunità umana, che è unita attraverso il tempo nell'esperienza del patire, vedo molto bene espressa l'universalità del dolore e la sua forza distruttiva ed estenuante in questo poema di Blas de Otero, malato dolente e credente, alla fine:

*Lottando corpo a corpo
con la morte,
al bordo dell'abisso, grido
a Dio. E il suo silenzio,
rimbombando,
affoga la mia voce nel
vuoto inerte.
Oh Dio, se devo morire,
voglio tenerti
desto. E, notte dopo notte,
non so quando
sentirai la mia voce. Oh
Dio, sto parlando
solo. Graffio ombre per
vederti.
Alzo la mano e tu me la
tagli.
Apro gli occhi: me li strappi
vivi.
Ho sete, e sale diventano le
tue sabbie.
Questo è essere uomo:
orrore a piene mani.
Essere – e non essere –
eterni, fuggitivi,
Angeli con grandi ali di
catene.*

Universalità che possiede anche la sofferenza, la *reazione dolente* con cui rispondiamo al patimento inflitto dalle malattie, come attestano le seguenti parole di Giovanni Paolo II: "La sofferenza è un tema universale che accompagna l'uomo ad ogni grado della longitudine e della latitudine geografica... ciò che espri-

miamo con la parola «sofferenza» sembra essere particolarmente essenziale alla natura dell'uomo. Ciò è tanto profondo quanto l'uomo, appunto perché manifesta a suo modo quella profondità che è propria dell'uomo, ed a suo modo la supera. La sofferenza sembra appartenere alla trascendenza dell'uomo: essa è uno di quei punti, nei quali l'uomo viene in un certo senso «destinato» a superare se stesso, e viene a ciò chiamato in modo misterioso... nell'una o nell'altra forma, la sofferenza sembra essere, ed è, quasi inseparabile dall'esistenza terrena dell'uomo⁶⁴.

Compiendo un passo in avanti, e alludendo alla mia osservazione precedente circa la spaccatura che divide gli esseri umani nel valutare dolore e sofferenza⁶⁵, mi pare esemplare il seguente sonetto di Juan José Domenchina, poeta spagnolo del XX secolo, poiché esprime la radicalità di detta opposizione, e per come affonda le sue radici, anzitutto, in chi deve far fronte al patimento di una grave infermità:

*Sono qui nella mia gabbia,
con la mia muta
famelica. Lo scarso
nutrimento
della mia carne non serve
da sostentamento
alla voracità in agonia
di questo folla divoratrice
che smania
Il mio quotidiano
spezzettamento
E che morde, in cerca di
alimento,
le mie ossa triturate notte
e dì.
Però non mi lamento, non
potrei
dolermi io, Signore, del
mio tormento
vicino alla tua croce,
sarebbe blasfemia.
Molteplice fu il tuo
compatimento
– per tutto il tuo soffrire –
...e nella mia agonia
non c'è dolore più di quello
che sento.*

Un punto molto importante nella tradizione della Chiesa Cattolica è stata l'attenzione costante nel ponderare il valo-

re dato ai diversi mezzi e strategie che portano a combattere il dolore, e a sviluppare, in chi lo patisce, un sollievo e una sofferenza costruttivi. Il cattolicesimo autentico non ha mai suscitato un'opposizione valutativa, bensì di mutua complementarità, tra scienza e fede, medicina e religione, assistenza tecnica e assistenza pastorale, sollievo corporale e consolazione spirituale. Così affermano diversi paragrafi di un documento emblematico della Pastorale della Salute, che ho riletto poco tempo fa: "Tutta l'attenzione che cordialmente si presta ai malati, chiunque sia che così si comporta, deve essere considerata come una preparazione evangelica e, in qualche modo, partecipano al mistero confortatore di Cristo...". Tutto l'immenso sforzo degli uomini di ogni cultura per superare la malattia, i progressi della medicina e quelli insospettati della chirurgia, sono riconosciuti dalla Chiesa come il compimento di un disegno di piena salvezza tracciato da Dio, pur se li trascende, allo stesso tempo, nell'illuminare alla luce della fede il vero e ultimo destino dell'uomo⁶⁶. Per ciò che si riferisce direttamente al nostro tema, entrambi i documenti citati nella nota alludono alla cura del corpo e dello spirito, al trattamento simultaneo e integrato dell'uno e dell'altro, all'aiuto mediante mezzi fisici e consolazioni spirituali che devono essere prestati ai malati.

Tuttavia, questo non è un ostacolo perché la tradizione cristiana mostri costantemente e lasci ben chiaro il carattere misterioso dell'essere umano e, quindi, del suo dolore e della sua sofferenza. Le sue espressioni risultano essere, quindi, per chi le ascolta solo in chiave tecnico-scientifico, qualcosa che lascia balbettanti⁶⁷ i dolenti e i sofferenti. Per questo, il linguaggio usato dalla Tradizione cristiana per parlare di tali realtà è quello proprio del sapere poetico e del sapere sapienziale, come li chiama Laín⁶⁸. I due saperi coincidono inoltre, espressivamente, nei salmi e nelle la-

mentazioni del Vecchio Testamento, come pure negli inni⁶⁹ dell'Ufficio divino della Liturgia delle Ore. Da tutti questi scritti scaturiscono esclamazioni umane che gridano o si lamentano per il dolore, chiedono aiuto perché soffrono, o rendono grazie per il sollievo o la consolazione ottenuti.

Caratteristica propria e distintiva di questa Tradizione è altresì la relazione di Dio con il dolore e la sofferenza e il suo modo di presentarsi di fronte all'umanità dolente e sofferente. Di fronte a un'immagine della divinità insensibile, apatica e inaccessibile in altre tradizioni religiose o filosofiche, il cristianesimo proclama che l'immagine che il Dio vero ha rivelato di se stesso lo mostra sofferente, corporeo e amico, soprattutto a partire dal momento in cui questa immagine è rivelatrice per, con e nell'umanità di Gesù di Nazaret. Serva da mostra, bellamente poetica e densamente teologica allo stesso tempo, quest'altro inno dell'Ufficio divino:

*Così ho bisogno di te in
carne e ossa...
Un fuoco vivo necessita
l'anima
e un pretesto!
Uomo volli diventare, non
nuda
Immaterialità di pensiero.
Sono un'incarnazione
diminutiva...
Incarnazione è tutto
l'universo!
E colui che mise questa
legge nel nostro niente
Fece carne il suo Verbo!
così: tangibile, umano,
fraterno.
Ungere i tuoi piedi che
cercano la mia strada,
sentire le tue mani nei miei
occhi ciechi
Affondare, come Giovanni,
nel tuo grembo
e – Giuda senza tradimento
– darti il mio bacio
Carne sono e di carne ti
voglio
Carità che venisti alla mia
indigenza,
Che ben sai parlare nel
mio dialetto!
Così, sofferente, corporale,
amico*

*Come ti capisco!
Dolce pazzia di
misericordia:
i due in carne e ossa!*⁷⁰

Per la Tradizione Cristiana le chiavi di valutazione rispetto al dolore e alla sofferenza non sono solo un enigma da svelare mediante procedimenti di analisi e percezione somministrati dalle scienze umane e da trattare con le sue scoperte scientifiche o filosofiche. Queste chiavi appartengono anche, e più propriamente, all'ambito misterioso dello spirito umano in quanto questo è il divino nell'uomo⁷¹, ciò che lo costituisce in tutto il suo essere come immagine, interlocutore e potenziale amico di Dio. Per questo, in Gesù Cristo, sintesi superatrice della dialettica tra il divino e l'umano per l'integrazione nella sua persona di questi due mondi, si trovano per la Tradizione Cristiana le chiavi per considerare l'umanizzazione del dolore e della sofferenza. Gesù Cristo è Dio infermo, dolente, sofferente ed esultante nell'umanità di Gesù, nella quale abita corporalmente la pienezza della divinità⁷²; per questo, Egli è la chiave velata e svelata, evidente e al tempo stesso misteriosa, che bisogna conoscere per rispondere teoricamente e praticamente al problema posto dall'umanizzazione del dolore e della sofferenza.

Ritournerò su questo concetto nelle conclusioni. Prima, però, devo fare ancora una breve rassegna della rivelazione della consolazione nella Bibbia e nella Tradizione della Chiesa.

12.6 La comprensione pastorale della consolazione nella Bibbia e nella Tradizione Cristiana

a) La consolazione, espressione del modo di essere di Dio. Per il credente del Vecchio Testamento, la consolazione era molto più di un atteggiamento umano; era l'espressione commovente e confortatrice dello Spirito, cioè del modo stesso di essere di Dio⁷³. In altre parole, era

l'espressione della sua misericordia⁷⁴, che si traduceva in un atteggiamento divino di grazia soprattutto nel contemplare le tribolazioni del suo popolo⁷⁵. Dio è il primo e principale consolatore⁷⁶; così lo intendeva l'israelita sommerso nel dolore e nella sofferenza⁷⁷. Espressione di questo sentimento generalizzato e profondamente radicato nel popolo era allo stesso tempo la convinzione che l'era messianica sarebbe stata il tempo definitivo della felicità, grazie alla consolazione previa ricevuta da Dio e portata dal Messia⁷⁸, al quale si dava il titolo – tra gli altri – di *menahem*, consolatore.



b) La consolazione, missione di Cristo. È soprattutto nella persona divino-umana di Cristo che Dio continua ad andare incontro ai tribolati. L'anziano Simeone riconobbe in lui il Messia che veniva a compiere la speranza di coloro che attendevano la consolazione di Israele (Lc 2, 25) e lo stesso Gesù, a cui accorrevano in cerca di aiuto e consolazione gli afflitti da numerose malattie, annunciò espressamente che il tempo della consolazione che egli inaugurava: "Venite a me, voi tutti, che siete affaticati e oppressi, e vi ristorerò" (Mt 11, 28). Gesù ripeté che lo Spirito – l'essere arcano e misterioso di Dio che abitava in lui – è Consolatore (Paraclito), e promise ai suoi discepoli che sarebbe stato inviato loro (Gv 14, 16.26) affinché potessero essere testimoni (cfr. At 1, 8) e portatori della consolazione divina. Li incaricò di andare a realizzare

le beatitudini: "Beati gli afflitti, perché saranno consolati" (Mt 5, 5).

c) La consolazione, compito confortatore affidato alla Chiesa. Di tale consolazione era impregnato il clima in cui vivevano le prime comunità cristiane secondo la testimonianza del libro degli Atti⁷⁹, fino al punto che tale esperienza diede occasione a San Paolo per abbozzare una teologia della consolazione all'inizio della sua seconda Lettera ai Corinzi⁸⁰. Egli vi traccia, brevemente ma con tutta chiarezza, l'itinerario salvifico della consolazione, che fluisce da Dio Padre a Gesù Cristo, da questi ai suoi discepoli e da loro alle comunità cristiane ove, grazie alla presenza dello Spirito, deve essere una realtà suscitata, comunicata e condivisa.

d) La consolazione, assistenza dello Spirito di fronte al dolore e alla sofferenza. Ho iniziato parlando dello Spirito, come del modo di essere di Dio consolatore, e ora concludo di nuovo con Lui: "Vieni, Spirito divino, fonte della più grande consolazione". Così recita l'inno sequenziale della liturgia eucaristica corrispondente alla domenica di Pentecoste, ed aggiunge che esso è dolce ospite dell'anima, riposo del nostro sforzo... gioia che asciuga le lacrime e conforto nei lutti, e contiene più avanti questa supplica: "Sana il cuore malato". E, se la liturgia è espressione simbolica per antonomasia dei contenuti propri dell'assistenza pastorale, c'è qui il tema fondamentale che deve ispirare, fin dalle sue radici, la concezione e l'ulteriore sviluppo della relazione di aiuto pastorale ai dolenti e ai sofferenti.

13. L'umanizzazione del dolore e della sofferenza nel mondo della salute da un'esperienza pastorale: conclusioni teoriche e operative

È arrivato il momento di concludere, e lo faccio offrendo queste conclusioni al giudi-

zio e al discernimento dei lettori sottoponendogli una serie di tesi, secondo me sufficientemente comprovate a partire dai criteri del mio essere cristiano e della mia opera di assistenza pastorale nel campo sanitario, cioè dall'esperienza citata all'inizio come forma esatta di conoscenza del dolore e della sofferenza.

13.1. Il dolore⁸¹ e la sofferenza, la loro reazione inseparabile, sono ineludibili. Costituiscono due esperienze uma-

parabile al sussulto che suscita nel suo corpo la notizia della diagnosi di cancro che gli dà il medico.

Non ci sono rimedi terapeutici capaci di annullare completamente questo dolore dalle molteplici sfaccettature. Né il controllo palliativo del dolore cronico maligno riesce ad acquietare completamente l'animo del malato, né la consolazione spirituale dissolve del tutto la sua inquietudine corporale. L'utopia dell'annichilamento del dolore⁸³ mediante



ne universali con le quali ogni persona deve forzatamente fare i conti al momento del transito della propria vita, in cui deve passare dalla sofferenza fetale – in una certa misura – e dal pianto del nascere fino al dolore spirituale nei pressi della morte. Vivere in maniera sana esige, fin dalle radici, che si accetti questa costrizione e che ci si sappia convivere; non farlo è sintomatico di un vivere deformato. Da questa prospettiva iniziale il dolore e la sofferenza sono già occasioni di umanizzazione⁸².

13.2. Il dolore e la sofferenza colpiscono per intero gli esseri umani. Qualunque siano le cause nei singoli casi, essi si ripercuotono con maggiore o minore intensità in tutti i punti del loro essere. Il dolore prodotto da un osteosarcoma induce nell'animo del malato un malessere com-

mezzi antalgici, tecniche di controllo psichico o tattiche esoteriche falsamente spirituali, è solo una chimera ingannevole e, pertanto, disumanizzante.

13.3. Il dolore è sempre, in principio, un male da evitare, o da combattere fino ad eliminarlo o a controllarlo, perché aggredisce e reca danno alle persone colpite. Nelle sue affettazioni più intense arriva a rendere insopportabile la vita. La lotta contro il dolore evitabile costituisce, quindi, una forma di umanizzazione liberatrice e redentrice⁸⁴.

13.4. Il dolore che non si può evitare o combattere completamente, può essere alleviato con l'aiuto e la combinazione di risorse di medici e psicologi, nonché sociali o spirituali. Il sollievo dal dolore permette all'infermo di rea-

gire in maniera umana, cioè generando un sofferenza costruttiva, e non senza controllo. Tale sofferenza è, per chi la genera e la costruisce dentro di sé, uno dei fattori più alti di umanizzazione, intesa in chiave di maturazione personale e di salute spirituale.

13.5. La capacità umana di sofferenza costruttiva è limitata. L'intensità e la durata nel tempo di certi dolori, come ad esempio quello cronico maligno e quello prodotto da un processo di lutto, esauriscono a volte la capacità di soffrire – che le persone albergano dentro di sé – e rendono del tutto necessaria la compassione attiva degli altri. La compassione è la fonte da cui scaturiscono sollievo e consolazione. Suscitarla è ciò che trasforma gli infermi in stimoli di umanizzazione per coloro che portano loro sollievo e consolazione.

13.6. L'infermo dolente è un pedagogo, il più delle volte involontario e incosciente, per colui che non passa al largo, ma gli sta a fianco e si interessa alla sua situazione. Con il corpo, l'atteggiamento, i modi e il linguaggio, il primo dice all'altro, quasi sempre in modo tacito: impara da me, dal mio stato, dai miei dolori, dalla mia sofferenza... Ogni malato ci dà, nel bene e nel male, lezioni di umanizzazione, se le sappiamo percepire e le vogliamo imparare. Saper soffrire è una delle lezioni pendenti per la maggior parte degli esseri umani ancora illusi da dolori patologici gravi.

13.7. La compassione attiva trasforma sempre i consolatori in terapeuti feriti, cioè in dolenti e sofferenti a modo loro. Alleviare e consolare, quando fatti con coscienza, richiedono in maggiore o minore misura che ci si assuma parte del dolore dei dolenti e si dia di sé una sofferenza creativa, di fronte a quella patita da loro. È la lezione del Servo di Yahveh⁸⁵ che Gesù di Nazaret trasformò nel suo modo umano-divino di redimere il dolore mediante la propria sofferenza⁸⁶, ed è il

prezzo umano che devono pagare i terapeuti per umanizzare, alleviando e consolando.

13.8. Dolore e sofferenza sono esperienze che hanno sempre qualcosa di insondabile, indescrivibile e ineffabile. Karl Jaspers⁸⁷ le chiamava, assieme ad altre, situazioni limite perché spingono fino alla trascendenza. Per questo è necessario fare ricorso ai saperi poetico e sapienziale, gli unici capaci di esprimere mediante simboli il mondo umano dello spirito, per comprendere tali situazioni in tutto il loro spessore e trattarle mediante la saggia combinazione del sollievo corporale e psichico, e la consolazione spirituale.

13.9. L'incontro con il dolore e l'esperienza della sofferenza colpiscono l'immagine di Dio, o di coloro che sostituiscono Dio per chi non è credente. Il dolore smisurato e sentito come immeritato o altamente sproporzionato, è stato ed è un fattore scatenante di ferventi conversioni religiose o di flagranti apostasie. Non ci sono argomenti razionali che spieghino in maniera esaustiva la causa o la crudeltà inerente a determinati dolori. Perfino il sapere filosofico incanalato verso la cosiddetta teologia naturale ha qui un ostacolo insuperabile per coloro che non si decidono a riconoscere l'esistenza del mistero. La grande domanda che pone il dolore da Giobbe a Ramón Sampedro – Dio è il grande Disumano e Disumanizzato o, al contrario, è il sommo Bene e Consolazione? – non ha avuto né ha risposta razionale che possa soddisfare interamente. La ragione pura messa a confronto con il dolore va sempre cercando Dio nella nebbia, come dice Antonio Machado.

13.10. Abbiamo un Pontefice capace di provare compassione per le nostre debolezze... essendo stato lui stesso provato in ogni cosa (Eb 4, 15; 5, 10). La risposta del cristianesimo al problema-mistero del dolore e della sofferenza non è un puro discorso

epistemologico o ermeneutico, bensì un modello umano vivo: Gesù Cristo. Egli offre nella sua persona l'immagine integrata della passione degli uomini, che prolunga la sua passione nel tempo e mostra nella sua azione qual è la sofferenza costruttiva che Dio suscita, in Lui e per mezzo di Lui, sofferente, corporeo e amico. Mediante la vita – e infine la Passione – di Gesù, Dio mostra come deve essere la sofferenza che umanizza il dolore umano.

13.11. La Chiesa, Corpo dolente e sofferente, malato e assistenziale, di Cristo. Così la Chiesa di Gesù Cristo concepisce chi, in suo nome, si dedica alla Pastorale della Salute: come un paradigma dell'umanità dolente a causa di mali fisici, psichici, sociali e spirituali di cui siamo a volte vittime e, a volte, agenti nocivi; ma anche il paradigma della forza a partire dalla debolezza che si manifesta in tutti coloro che non passano al largo dai dolenti ma che, mossi da compassione⁸⁸, forniscono loro sollievo e consolazione.

P. JESÚS CONDE HERRANZ
*Delegato della pastorale della salute
della diocesi di Madrid
Spagna*

Bibliografia citata o recensita

JESÚS ÁLVAREZ GÓMEZ, "...Y Él los curó" (Mt 15, 30). *Historia e identidad evangélica de la acción sanitaria de la Iglesia*, Pub. Claretianas, Madrid 1996.

EMMANUEL BUCH CAMÍ, *Sufrimiento*, in *Diccionario de Pensamiento Contemporáneo*, Mariano Moreno Vila (Dir.), Ed. San Pablo, Madrid 1997, pp. 1126-1130.

ERIC J. CASSELL, *The nature of suffering and the goals of medicine*, Oxford University Press 1991.

COMISIÓN EPISCOPAL ESPAÑOLA DE LITURGIA, *Oficio Divino*. Liturgia de las Horas según el rito romano, 4 vol. 1981.

JESÚS CONDE HERRANZ, *Aspectos espirituales del sufrimiento*, in *La Bioética en la encrucijada, doc. del I Congreso de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica*, Madrid 1997, pp. 77-89.

JESÚS CONDE HERRANZ, *El sufrimiento*

y el sentido de la vida, in *Dolentium Hominum, Iglesia y Sanidad en el Mundo*, n° 31, 1996, pp. 127-132.

DEREK DOYLE ET AL. (ed.), *Oxford textbook of palliative medicine*, Oxford Medical Publications 1993.

VIKTOR E. FRANKL, *El hombre doliente, Fundamentos antropológicos de la psicoterapia*, Ed. Herder, Barcellona 1990.

BURKHART GÄRTNER, *Sufrimiento*, in *Diccionario Teológico del Nuevo Testamento* (L. Coenen y otros, ed.), vol. 4, Ed. Sígueme, Salamanca 1984, p. 236-245.

GIOVANNI PAOLO II, *Motu proprio Dolentium Hominum*, 1985.

GIOVANNI PAOLO II, Carta Apostólica *Salvifici Doloris*. Sentido cristiano del Sufrimiento humano, 1984.

DIEGO GRACIA GUILLÉN, *El dolor en la cultura occidental*, in *Fe Cristiana y Sociedad Moderna*, vol. 10, Ed. SM, Madrid 1990.

HNAS. HOSPITALARIAS DEL SGDO. CORAZÓN, *Pastoral en el mundo del sufrimiento psíquico*, 2000.

IVAN ILLICH, *The killing of pain*, in *Limits to Medicine: Medical Nemesis. The Expropriation of Health*, Penguin Books 1976.

RAZOH KITAMORI, *Teología del dolor de Dios*, Ed. Sígueme, 1975.

PEDRO LAÍN ENTRALGO, *Antropología médica para clínicos*, Ed. Salvat, Barcellona 1984.

PEDRO LAÍN ENTRALGO, *Historia de la Medicina*, Ed. Salvat 1978.

J.M. McDERMOTT, *Sufrimiento*, in *Diccionario de Teología Fundamental*, Ed. Paulinas, Madrid 1992, pp. 1395-1400.

PONTIFICIO CONSIGLIO PER LA PASTORALE DELLA SALUTE, *Carta degli operatori sanitari*, Città del Vaticano 1995.

EDWARD SCHILLEBEECKX, *La historia del dolor humano en busca de sentido y liberación*, in *Jesús. La Historia de un Viviente*, Ed. Cristiandad, Madrid 1981, pp. 577-588.

EDWARD SCHILLEBEECKX, *Recuerdo crítico de la humanidad doliente*, in *Cristo y los cristianos*, Ed. Cristiandad 1982, p. 653-705.

DOROTHEE SÖLLE, *Sufrimiento*, Ed. Sígueme, 1978.

FRANCESC TORRALBA Y ROSSELLÓ, *Antropología del cuidar*, Ed. Fundación Mapfre-Medicina e Inst. Borja de Bioética, Barcellona 1998.

JOSÉ VICO PEINADO, *Profetas en el dolor, La enfermedad vista desde los enfermos*, Ed. Paulinas, 1981.

AA.VV., *Aspectos científicos y asistenciales del dolor y del enfermo terminal*, in *Sobre el dolor y el derecho a una muerte digna*, n° 222, monografico di *Labor Hospitalaria*, Ottobre-dicembre 1991.

AA.VV., *Sofferenza*, in *Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria*, Ed. Camilliane, 1997, pp. 1164-1230.

AA.VV., *Vivir sanamente el sufrimiento*, *Reflexiones a la luz de experiencias de enfermos*, Edice, Madrid 1994.

Note

¹ Il testo di questo articolo è stato pubblicato con il titolo di *Sofferenza nel libro 10 parole chiave per umanizzare la salute*, Ed. Verbo Divino, nel 2002. È stato ora sottoposto a revisione per essere pubblicato nella rivista *Dolentium hominum*, del Pontificio Consiglio della Pastorale della Salute.

² Parola di significato apparentemente chiaro ma in realtà diffuso per il fatto

di essere, come ora si dice, *polisemica*, cioè usata in diversi sensi come il capire una realtà da parte di un soggetto, un modo di essere e di fare, una maniera di vivere, l'insegnamento acquisito dalla pratica... Il Dizionario della Lingua Spagnola raggruppa e riassume questi significati ed afferma che l'esperienza è l'insegnamento che si acquisisce con l'uso, la pratica o il vivere. Mi attengo a questa definizione.

³ *Visione commercializzata* perché, assieme alla pura informazione, ciò che pretendono le agenzie di stampa e i mezzi di comunicazione sociale in genere, è il più alto utile economico possibile nel *News Business*. Per questo, è perfettamente legittimo affermare che si *commercia* con la sofferenza fin sul piano della semplice notizia.

⁴ Di fronte all'opinione comune, una notizia non è un fatto bensì un fatto scelto, tra molti altri, dai professionisti dell'informazione e da loro presentato attraverso i mezzi di comunicazione, in conformità ai loro criteri.

⁵ Ciò nonostante, nel caso del Magistero della Chiesa Cattolica esiste un fattore determinante che lo esclude dalla menzionata confusione semantica. La lingua ufficiale dei documenti magisteriali è il latino, e in essa non c'è un equivalente terminologico al vocabolo spagnolo *sufimiento*, che deriva dal verbo latino *suffero* il quale non ha forma sostantivata, né significa lo stesso che soffrire in lingua spagnola. Il latino usava come sinonimi sostantivi di *sofferenza* i vocaboli *dolor*, *passio*, *aegrotatio*... Di qui l'uso nel titolo della Lettera Apostolica del termine latino *dolor* e di quello spagnolo *sufimiento*.

⁶ Cfr. Definizione citata da KATHELEEN M. FOLEY, *Pain Assessment and cancer pain syndromes*, in Oxford Textbook of Palliative Medicine, p. 149.

⁷ Cfr. J.M. McDERMOTT, *Sofferenza*, in Dizionario de Teologia Fundamentale, p. 1395.

⁸ Cfr. P. LAÍN ENTRALGO, *Antropología médica para clínicos*, p. 204.

⁹ Su Thomas Sydenham, cfr. P. LAÍN ENTRALGO, *Antropología médica para clínicos*, p. 216; e *Historia de la Medicina*, p. 315.

¹⁰ Tratto da *Testamento del passero solitario*, Ed. Verbo Divino, 1991, p. 68.

¹¹ Di qui una delle derivazioni fondamentali di ciò che la dottrina cattolica chiama *le conseguenze del peccato originale* e che i teologi scolastici definivano in termini di *vulneratio in naturalibus, ferita nella natura umana*, espressione che già usava il venerabile Beda.

¹² Cfr. CRISOGONO DI GESÙ, *Vida e Obras de San Juan de la Cruz*, BAC 1955, p. 1311.

¹³ Espressione tratta da un noto poema di Manuel Altolaguirre che inizia così: *Da occhi che nulla ormai vedono / scaturiscono lacrime tanto nere / che si dimenticano del loro compito / di essere stelle nella notte*.

¹⁴ San Giovanni della Croce scrisse l'opera *Salita al Monte Carmelo* per descrivere l'itinerario verso l'unione mistica con Dio, che inizia in una notte oscura la cui prima parte comprende, a sua volta, una notte attiva del senso e una notte attiva dello spirito-intendimento. Entrambe si caratterizzano per ciò che San Giovanni della Croce chiama *somma nudità* sensoriale e interiore (Cfr. CRISOGONO DI GESÙ, o.c. p. 506-512, 550).

¹⁵ Per chi conosce la Liturgia delle Ore della Chiesa cattolica, si trova nell'inno di lodi del venerdì della seconda settimana del tempo ordinario.

¹⁶ Filosofo tedesco neokantiano che visse negli ultimi anni del XIX secolo e la prima metà del XX. Uno dei suoi contributi più importanti fu quello di stabilire ponti di mutua comprensione tra le scienze positive e la filosofia, su cui scrisse la sua opera principale, la *Filosofia delle forme simboliche*.

¹⁷ Libro dell'Ecclesiaste, o di Jesús Ben Sira, 4, 1.



¹⁸ Non resisto a trascrivere alcune espressioni contenute nel capitolo 3: "Perisca il giorno in cui nacqui e la notte in cui si disse: «È stato concepito un uomo!» [...] poiché non mi ha chiuso il varco del grembo materno, e non ha nascosto l'affanno agli occhi miei! E perché non sono morto fin dal seno di mia madre e non spirai appena uscito dal grembo? Sì, ora giacerei tranquillo, dormirei e avrei pace [...] Oppure, come aborto nascosto, più non sarei, o come i bimbi che non hanno visto la luce [...] Perché dare la luce a un infelice e la vita a chi ha l'amarezza nel cuore, quelli che aspettano la morte e non viene, che la cercano più di un tesoro [...] Così, al posto del cibo entra il mio gemito, e i miei ruggiti sgorgano come acqua" (v. 3.10s.13.16. 20s.24). Parole tremende e attuali, se guardiamo ai dibattiti che hanno luogo oggi sull'aborto o sulla morte cosiddetta, con espressione infelice, per compassione.

¹⁹ Tratto da *Hombre e Dio* (vol. 2), *Cien años de poesía hispanoamericana*, ed. por P. Maicas García-Asenjo, M. E. Soriano Pérez-Villamil e A. Lorente Medina, BAC, 1996, p. 75.

²⁰ COMMISSIONE EPISCOPALE DI PAZTORALE, *La asistencia religiosa en el hospital. Orientaciones pastorales*, Madrid 1987, n° 2.

²¹ LAÍN, *Qué es la salute: el criterio subjetivo*, in *Antropología médica para clínicos*, p. 193.

²² Di tutte queste cause si tiene ora sempre più conto nell'assistenza socio-sanitaria, che diventa così un mezzo palliativo di dolori aggiunti alle malattie.

²³ Cfr. VIKTOR E. FRANKL, *El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia*, Ed. Herder 1990.

²⁴ Negli ultimi due paragrafi del punto 3.

²⁵ Cfr. 7. par. 2 e 3.

²⁶ Traggo le annotazioni sul dolore acuto e cronico, benigno e maligno dall'articolo di J. L. MADRID ARIAS, *Clínicas del dolor intolerable*, in *Labor Hospitalaria*, n°. citato nella bibliografia, p. 287-291. Si possono trovare numerosi dati e riferimenti anche nell'*Oxford Textbook of Palliative Medicine*.

²⁷ Cfr. *Diario Medico.com*, 3 Aprile 2001 (www.diariomedico.com).

²⁸ Il Dizionario della Lingua Spagnola

la è esplicativo quando dice: "alleviare vuol dire diminuire o mitigare le malattie, le fatiche del corpo o le affezioni dell'anima".

²⁹ È diventato classico a questo riguardo il riferimento a IVAN ILLICH, *The killing of pain*, in *Limits to Medicine. Medical Nemesis: The expropriation of Health*, Penguin Books 1977, pp. 140-160.

³⁰ Lo scritto ipocratico *De arte* (L. IV, 14), si esprime nei seguenti termini: "La medicina ha come scopo quello di liberare i malati dai loro dolori, alleviare gli attacchi gravi delle malattie, e astenersi dal curare quelli che sono già dominati dalla malattia, dato che in tal caso si sa che l'arte non è in grado di fare nulla". Per i medici antichi la lotta contro il dolore aveva una rilevanza clinica e religiosa. Così dichiara un apotegma latino: *Divinum opus sedare doloreem, es obra divina calmar el dolor*; e nello stesso senso si manifesta un testo del libro del Siracide, parlando del medico e del farmacista: "Pregano il Signore perché li guidi felicemente ad alleviare la malattia e a risanarla" (38, 14). Molti secoli dopo, Sir Francis Bacon si faceva eco di queste aspirazioni: "L'ufficio del medico non consiste unicamente nel ristabilire la salute, ma anche nel mitigare i dolori e i tormenti delle malattie; e non solo quando questo sollievo conduce al recupero, ma anche quando, dissipata ogni speranza di recupero, serve a che il passaggio ad altra vita risulti facile e giusto".

³¹ Secondo il significato antropologico del termine biblico *leb*. Nell'antropologia biblica il cuore è l'interno dell'uomo in quanto distinto da ciò che si vede. È sede delle facoltà e della personalità, dove nascono pensieri e sentimenti, parole, decisioni e azioni.

³² Per questo motivo deve essere ben appreso e costantemente coltivato, per non cadere nel rimprovero di Giobbe a coloro che lo accompagnavano: "Perché dunque mi consolate invano, mentre delle vostre risposte non resta che inganno?" (21, 34); rimprovero tante volte giustificato in altre pretese relazioni di aiuto, che scoraggiano più che aiutare i malati per mancanza di volontà sincera, di preparazione adeguata o di sforzo sufficiente.

³³ Le osservazioni sul *sapere poetico e il sapere sapienziale* sono tratte quasi letteralmente dal suo libro *Creer, esperar, amar*, Ed. Círculo de Lectores - Galaxia Gutenberg, 1993, p. 74-80, giacché le ho fatte mie quasi per intero.

³⁴ In quanto simbolico e, pertanto, proprio dello spirito (cfr. quanto detto in 6. par. 3).

³⁵ *Cammino della mente verso Dio*. Espressione che servì da titolo a una celebre opera teologica del francescano medioevale San Bonaventura.

³⁶ Ad esempio, il senso ultimo della salute o della guarigione, del dolore e della sofferenza, del deterioramento, del morire, la morte, o l'assistenza sanitaria.

³⁷ Sono consapevole del fatto che l'avvicinamento al dolore e alla sofferenza varia molto da una cultura all'altra e che, proprio oggi, a causa dei movimenti in massa della migrazione e della globalizzazione delle informazioni e degli scambi culturali, dobbiamo convivere con altre *patovisioni* differenti da quella cristiana, ad esempio, quella islamica, buddista o induista. Resto comunque convinto del fatto che, proprio in un mondo sempre più pluralistico, sia necessario, conveniente e costruttivo presentare con la massima fedeltà e semplicità i fondamenti della propria tradizione religiosa al riguardo,

in quanto in questo *dare di sé* poggia il contributo più prezioso al patrimonio spirituale comune dell'umanità presente e futura.

³⁸ Cfr. ad esempio, *Gb* 14, 1s.5: "L'uomo, nato di donna, breve di giorni e sazio di inquietudine, come un fiore spunta e avvizzisce, fugge come l'ombra e mai si ferma". *Sap* 7, 1-6: "Anch'io sono un uomo mortale come tutti [...] levando nel pianto uguale a tutti il mio primo grido [...] Si entra nella vita e se ne esce alla stessa maniera".

³⁹ *Is* 45, 5-7: "Io sono il Signore e non v'è alcun altro [...] io formo la luce e creo le tenebre, faccio il bene e provo la sciagura".

⁴⁰ *Sal* 10, 4: "Perché, Signore nel tempo dell'angoscia ti nascondi? Lo stolto ha detto in cuor suo: non c'è Dio!" *Gb* 2, 9: "Maledici Dio" (Giobbe lo dice alla moglie) e molti altri testi.

⁴¹ *Ger* 12, 1-4: "Tu sei troppo giusto, Signore, perché io possa discutere con te; ma vorrei solo rivolgerti una parola sulla giustizia. Perché le cose degli empi prosperano? Perché tutti i traditori sono tranquilli? Tu li hai piantati ed essi hanno messo radici, crescono e producono frutto [...] Fino a quando sarà in lutto la terra e seccherà tutta l'erba dei campi? Per la malvagità dei suoi abitanti le fiere e gli uccelli periscono, poiché essi dicono: «Dio non vede i nostri passi». *Ab* 1, 13: "Perché, vedendo i malvagi, taci mentre l'empio ingoia il giusto?"

⁴² *Gb* 13, 18-23: "Ecco, tutto ho preparato per il giudizio, son convinto che sarò dichiarato innocente [...] Solo, assicurami due cose e allora non mi sottrarrò alla tua presenza; allontana da me la tua mano e il tuo terrore più non mi spaventi; poi interrogami pure e io risponderò oppure parlerò io e tu mi risponderai. Quante sono le mie colpe e i miei peccati? Fammì conoscere il mio misfatto e il mio peccato".

⁴³ *Gb* 42, 1-6: "Allora Giobbe rispose al Signore e disse: Comprendo che puoi tutto e che nessuna cosa è impossibile per te. Chi è colui che, senza aver scienza, può oscurare il tuo consiglio? Ho esposto dunque senza discernimento cose troppo superiori a me, che io non comprendo [...] Io ti conoscevo per sentito dire, ma ora i miei occhi ti vedono. Perciò mi ricredo e ne provo pentimento sopra polvere e cenere".

⁴⁴ *Dt* 8, 2s.5: "Ricordati di tutto il cammino che il Signore tuo Dio ti ha fatto percorrere in questi quarant'anni nel deserto, per umiliarti e metterti alla prova, per sapere quello che avevi nel cuore e se tu avresti osservato o no i suoi comandi. Egli dunque ti ha umiliato, ti ha fatto provare la fame, poi ti ha nutrito di manna [...] per farti capire che l'uomo non vive soltanto di pane, ma che l'uomo vive di quanto esce dalla bocca del Signore [...] Riconosci dunque in cuor tuo che, come un uomo corregge il figlio, così il Signore tuo Dio corregge te". *Prov* 3, 11s: "Figlio mio, non disprezzare l'istruzione del Signore e non aver a noia la sua esortazione, perché il Signore corregge chi ama, come un padre il figlio prediletto". *2 Cor* 32, 31: "Dio lo abbandonò – Ezechiele – per metterlo alla prova e scoprire quanto aveva nel cuore".

⁴⁵ *2 Mac* 6, 12.16: "I castighi non vengono per la distruzione ma per la correzione del nostro popolo [...] perciò egli non ci toglie mai la sua misericordia, ma, correggendoci con le sventure, non abbandona il suo popolo".

⁴⁶ *Ger* 15, 18s: "Perché il mio dolore è senza fine e la mia piaga incurabile non vuol guarire? [...] Ha risposto allora il Signore: "Se tu ritornerai a me, io

ti riprenderò e starai alla mia presenza; se saprai distinguere ciò che è prezioso da ciò che è vile, sarai come la mia bocca".

⁴⁷ Vale la pena leggere per intero il quarto canto del Servo: *Is* 52, 13 – 53, 12.

⁴⁸ *Mt* 9, 36s: "Vedendo le folle ne sentii compassione, perché erano stanche e sfinite, come pecore senza pastore". *Mt* 14, 14: "vide una grande folla e sentii compassione per loro e guarì i loro malati" (cfr. 15, 32). *Lc* 7, 13: "Vedendola, il Signore ne ebbe compassione e le disse: «Non piangere!»". *Gv* 1, 33.35s: "Gesù allora quando la vide piangere e piangere anche i Giudei che erano venuti con lei, si commosse profondamente [...] e scoppiò in pianto".

⁴⁹ *Mt* 8, 16s: "Venuta la sera, gli portarono molti indemoniati ed egli scacciò gli spiriti con la sua parola e guarì tutti i malati; perché si adempisse ciò che era stato detto per mezzo del profeta Isaia: Egli ha preso le nostre infermità e si è addossato le nostre malattie (cf *Is* 53, 5).

⁵⁰ *Mt* 5, 4: "Beati gli afflitti, perché saranno consolati". *Ap* 21, 4: "Dio tergerà ogni lacrima dai loro occhi; non ci sarà più la morte, né lutto, né lamento, né affanno" (cfr. 7, 17; *Is* 25, 8).

⁵¹ *Gv* 9, 1-4: "Passando vide un uomo cieco dalla nascita e i suoi discepoli lo interrogarono: «Rabbi, chi ha peccato, lui o i suoi genitori, perché egli nascesse cieco?». Rispose Gesù: "Né lui ha peccato né i suoi genitori, ma è così perché si manifestassero in lui le opere di Dio. Dobbiamo compiere le opere di colui che mi ha mandato finché è giorno; poi viene la notte, quando nessuno può più operare".

⁵² *Gv* 5, 16s: "Per questo i Giudei cominciarono a perseguitare Gesù, perché faceva tali cose di sabato. Ma Gesù rispose loro: "Il Padre mio opera sempre e anch'io opero".

⁵³ *Mt* 17, 17: "O generazione incredula e perversa! Fino a quando starò con voi? Fino a quando dovrò sopportarvi?".

⁵⁴ *Mc* 3, 21: "Allora i suoi, sentito questo, uscirono per andare a prenderlo; poiché dicevano: «È fuori di sé»". *Gv* 1, 11: "Venne fra la sua gente, ma i suoi non l'hanno accolto".

⁵⁵ *Lc* 19, 41s: "Quando fu vicino, alla vista della città, pianse su di essa, dicendo: «Se avessi compreso anche tu, in questo giorno, la via della pace. Ma ormai è stata nascosta ai tuoi occhi" (cfr. *Mt* 23, 37ss).

⁵⁶ *Mt* 16, 21ss: "Da allora Gesù cominciò a dire apertamente ai suoi discepoli che doveva andare a Gerusalemme e soffrire molto ... venire ucciso ... Ma Pietro lo trasse in disparte e cominciò a protestare dicendo: «Dio te ne scampi, Signore; questo non ti accadrà mai». Ma egli, voltandosi, disse a Pietro: «Lungi da me, satana! Tu mi sei di scandalo, perché non pensi secondo Dio, ma secondo gli uomini!»". (cfr. 17, 22s; 20, 17ss).

⁵⁷ *Mc* 14, 33-38: "Prese con sé Pietro, Giacomo e Giovanni, e cominciò a sentire paura e angoscia. Gesù disse loro: La mia anima è triste fino alla morte. Restate qui e vegliate. Poi, andato un po' innanzi, rigettò a terra e pregava che, se fosse possibile, passasse da lui quell'ora. E diceva: Abbà, Padre! Tutto è possibile a te, allontana da me questo calice! Però non ciò che io voglio, ma ciò che vuoi tu! Tornato indietro, li trovò addormentati e disse a Pietro: Simone, dormi? Non sei riuscito a vegliare un'ora sola? Vegliate e pregare per non entrare in tentazione; lo spirito è pronto, ma la carne è debole".

⁵⁸ *Lc* 22, 44: "In preda all'angoscia,

pregava più intensamente; e il suo sudore diventò come gocce di sangue che cadevano a terra".

⁵⁹ *Mt* 27, 46: "Verso le tre, Gesù gridò a gran voce: «Eli, Eli, lemà sabactani?», che significa: «Dio mio, Dio mio, perché mi hai abbandonato?».

⁶⁰ *Eb* 2, 10-18: "Ed era ben giusto che colui, per il quale e del quale sono tutte le cose, volendo portare molti figli alla gloria, rendesse perfetto mediante la sofferenza il capo che li ha guidati alla salvezza. Infatti, colui che santifica e coloro che sono santificati provengono tutti da una stessa origine; per questo non si vergogna di chiamarli fratelli [...] poiché dunque i figli hanno in comune il sangue e la carne, anch'egli ne è divenuto partecipe, per ridurre all'impotenza mediante la morte colui che della morte ha il potere [...] e liberare così quelli che per timore della morte erano soggetti a schiavitù per tutta la vita. Egli infatti non si prende cura degli angeli, ma della stirpe di Abramo si prende cura. Perciò doveva rendersi in tutto simile ai fratelli, per diventare un sommo sacerdote misericordioso e fedele nelle cose che riguardano Dio, allo scopo di espiare i peccati del popolo. Infatti proprio per essere stato messo alla prova ed avere sofferto personalmente, è in grado di venire in aiuto a quelli che subiscono la prova.

⁶¹ Allusione che in Luca va rivolta direttamente alle persone dolenti e sofferenti: "Beati voi che ora piangete perché poi riderete" (6, 21).

⁶² Cfr. *Rom* 12, 15: "Rallegratevi con quelli che sono nella gioia, piangete con quelli che sono nel pianto".

⁶³ Deliberatamente non presento queste testimonianze con criteri d'ordine storico o di sistematica teologica, bensì solo con il criterio di espressività pastorale. Credo di aver già sufficientemente spiegato che sono – e pertanto non scrivo come – un teologo sistematico, in questo caso una specie di *patologo della teologia*, bensì un *clinico pastorale*, cioè colui che prende come riferimento la teologia e altre espressioni della tradizione cristiana per realizzare, con la maggior cura possibile, un'assistenza *consolatrice* a partire dalla pastorale cattolica.

⁶⁴ Cfr. *Salvifici doloris*, 2 e 3. Il Papa aveva già provato la sofferenza nella propria carne quando scrisse questa Lettera Apostolica, che è posteriore all'attentato di Piazza San Pietro e alla sua convalescenza nel Policlinico Gemelli. Si tratta, quindi, anche in questo caso, della testimonianza di un malato dolente e sofferente.

⁶⁵ Cfr. 5, par. 3.

⁶⁶ Cfr. *Praenotanda del Ritual de la Unción e de la Pastoral dei Enfermos, e Orientaciones Doctrinales y Pastorales del Epsicopado Espanol*, in esso contenute, Ed. Litúrgicos 1986, n° 32 e 43.

⁶⁷ Cfr. SAN GIOVANNI DELLA CROCE, *Cántico espiritual*, in CRISÓGONO DE JESÚS, o.c. p. 904.

⁶⁸ Cfr. 12.4 par. 1-4.

⁶⁹ Molti dei quali sono tratti da poeti cristiani classici e attuali.

⁷⁰ Inno delle lodi del venerdì I del tempo ordinario.

⁷¹ Facendo la forse non necessaria eccezione che la dimensione spirituale riguarda tutto l'uomo, *esteriore e interiore*. Egli è *corpo e spirito* in tutto il suo essere; è *carne spirituale* o *spirito incarnato*.

⁷² SAN PAOLO nella *Lettera ai Colossesi* 2, 9.

⁷³ *Is* 57, 18: "voglio offrirti consolazioni. E ai suoi afflitti". *Is* 51, 3.12: "Davvero il Signore ha pietà di Sion [...] Giubilo e gioia saranno in essa, rin-

graziamenti e inni di lode!” *Is* 52, 9 “Prorompete insieme in canti di gioia, perché il Signore ha consolato il suo popolo, ha riscattato Gerusalemme”.

⁷⁴ Ricordiamo, tra gli altri, il salmo 118 che ripete una e volta è l'altra la formula: “Date grazia al Signore perché è buono, perché eterna è la sua misericordia”.

⁷⁵ Cfr. ad es. *Es* 3, 7: “Ho osservato la miseria del mio popolo in Egitto e ho udito il suo grido a causa dei suoi sorveglianti; conosco infatti le sue sofferenze. Sono sceso per liberarlo [...]”. *Gdc* 2, 18: “Il Signore si lasciava commuovere dai loro gemiti sotto il giogo dei loro oppressori”. *Gdc* 10, 16: “Il Signore non tollererò più a lungo la tribolazione di Israele”.

⁷⁶ *Is* 66,13: “Come una madre consola un figlio così io vi consolerò”. *Os* 11, 8: “Come potrei abbandonarti, Efraim? [...] Il mio cuore si commuove dentro di me, il mio intimo fremito di compassione”. *Is* 49, 13: “Il Signore consola il suo popolo e ha pietà dei suoi miseri”. *Is* 51, 12: “Io sono il tuo consolatore”.

⁷⁷ *Sal* 94, 19: “Quand’ero oppresso dall’angoscia, il tuo conforto mi ha con-

solato”. *Sal* 119, 50: “Questo mi consola nella miseria: la tua parola mi fa vivere”.

⁷⁸ Così, ad es., nei passaggi messianici di *Is* 61, 1-3: “Lo Spirito del Signore è su di me, perché mi ha consacrato con l’unzione. Mi ha mandato a fasciare le piaghe dei cuori spezzati [...] per allietare gli afflitti, per dare loro una corona invece della cenere, olio di letizia invece dell’abito da lutto, canto di lode invece di un cuore mesto”.

⁷⁹ *At* 9, 31: “Le Chiese... erano piene della consolazione dello Spirito Santo.

⁸⁰ *2 Cor* 1, 3-6: “Sia benedetto Dio, Padre del Signore nostro Gesù Cristo, Padre misericordioso e Dio di ogni consolazione, il quale ci consola in ogni nostra tribolazione perché possiamo anche noi consolare quelli che si trovano in qualsiasi genere di afflizione con la consolazione con cui siamo consolati noi stessi da Dio. Infatti, come abbondano le sofferenze di Cristo in noi, così, per mezzo di Cristo, abbonda anche la nostra consolazione. Quando siamo tribolati, è per la vostra consolazione e salvezza; quando siamo confortati, è per la vostra consolazione, la quale si dimostra nel sopportare con forza le

medesime sofferenze che anche noi sopportiamo”.

⁸¹ Ad ogni modo non mi riferisco alla semplice molestia, che il Dizionario della Lingua Spagnola definisce, tra l’altro, come *fastidio originato da lieve danno fisico o mancanza di salute*.

⁸² È opportuno ricordare al riguardo il poema di Amado Nervo citato in 7, al termine del par. 4.

⁸³ Il *killing of pain* menzionato nella nota 29.

⁸⁴ Il *Catechismo della Chiesa Cattolica* afferma che le *Cure Palliative costituiscono una forma privilegiata della carità. A questo titolo devono essere incoraggiate* (n° 2279).

⁸⁵ Cfr. 12.5. par. 4.

⁸⁶ È l’interpretazione data dall’evangelista Matteo dell’attività di guarigione di Gesù (cfr. Citazione nota 49).

⁸⁷ Medico psichiatra, filosofo esistenziale e, nell’ultima tappa della sua vita, malato di cancro.

⁸⁸ Cfr. *Lc* 10, 33. Cfr. Anche GIOVANNI PAOLO II, *Salvifici doloris*, dove la figura del Buon Samaritano esemplifica quello che il Papa chiama il *vangelo della sofferenza*.



1. Che il *diritto alla salute* vada annoverato tra i diritti umani fondamentali è non solo un dato di fatto (riscontrabile empiricamente, a partire dalle innumerevoli *Carte dei diritti* che lo menzionano), ma molto più un *principio* interpretativo del tempo in cui viviamo, una *cifra* (per usare l'espressione di Jaspers) che ci consente di focalizzare meglio non solo la comprensione delle dinamiche giuridico-sociali che si danno nell'epoca moderna, ma anche, più in generale, la nostra stessa autocomprensione. Si tratta, come è noto, di un'acquisizione sociologico-culturale (o, forse, addirittura, spirituale) relativamente recente, ma ormai assolutamente radicata nella coscienza della modernità.

2. Qual è il fondamento del *diritto alla salute*? Non si ritenga ingenua una domanda del genere, né eludibile con un mero appello al senso comune, che pone lo "star bene" al vertice di qualsiasi possibile e immaginabile gerarchia di "valori". Si tratta di una domanda essenziale, se non altro perché prioritaria a qualsivoglia compiuta analisi di questo diritto sia di carattere giuridico (se, ad esempio, tale diritto sia individuale o collettivo, se promozionale o repressivo, se sia "giustiziabile" ecc.) sia sociologico (cioè quanto la difesa e/o la promozione di questo diritto possieda un reale carattere effettuale nell'attuale momento storico e in quali ambiti geopolitici). Peraltro, va riscontrato come la stessa elaborazione scientifica da parte dei giuristi della categoria "diritto alla salute" è spesso carente di una piena consapevolezza di quello che è il suo specifico ambito epistemologico: un ambito *costitutivamente relazionale* (espressione, questa, in cui l'accento deve cadere sul *costitutivamente*). Ambito che potrebbe, sulle prime, apparire assolutamente banale ed autoevidente e proprio per questo cagiona-

re, di conseguenza, possibili e non auspicabili fraintendimenti.

È infatti evidente che ad una considerazione immediata (e superficiale), il manifestarsi della malattia – almeno a certi livelli di rilevanza – apre *ovvie* dinamiche relazionali (tra chi ha bisogno di cura e chi assume la responsabilità della cura, tra chi cagiona un danno alla salute e chi subisce questo danno ecc.), che hanno altrettanto *ovvie* ricadute giuridiche. Ma non sono dinamiche relazionali *costitutive*: appaiono anzi in qualche modo derivate e secondarie. Esse infatti sembrano insistere, nonostante le apparenze, su di uno sfuggente *a priori* autoreferenziale: lo *star bene* così come lo *star male* appaiono infatti, ad un'a-



nalisi rigorosa, come stati assolutamente personali e soggettivi, la cui stessa comunicabilità interpersonale appare molto ardua, se pensata nella prospettiva dell'oggettività. Non esiste, in altre parole, un metro comune per qualificare il benessere prodotto dalla "salute" o il malessere prodotto dalla "malattia". Ciò che si arriva a qualificare non è il "benessere" o il "malessere" in sé, ma il benessere o il malessere *indotti* da dinamiche relazionali che appaiono, per qualsiasi motivo, *sanzionabili*. Quando è chiamato a stabilire il risarcimento a favore di un soggetto per il danno causato alla salute di questo, da un atto – ritenuto ingiusto – di un terzo,

il giudice, come è ben noto, è costretto a ricorrere a criteri assolutamente *estrinseci* (la durata del ricovero ospedaliero, la percentuale di perdita di funzioni organiche ecc.), ed è evidente che non potrebbe fare altrimenti. Quando (ma è ipotesi più rara) è chiamato a stabilire, in caso di controversia, il giusto onorario che un medico è legittimato a richiedere al paziente che ha in cura, il giudice adotta criteri fondamentalmente sociologico-economici, che non hanno in pratica alcuna attinenza con la specificità della diagnosi operata dal medico e con la rilevanza *esistenziale* della terapia indicata al paziente e da lui praticata (così ad esempio una corretta diagnosi di polmonite e l'applicazione di una coerente terapia – che si risolvano ad esempio in un limitato numero di visite domiciliari – da una parte possono sul piano dello svolgersi "storico" degli accadimenti salvare obiettivamente la vita del paziente, ma dall'altra non sembrano, sul piano strettamente giuridico-sociale, legittimare il medico a pretendere onorari principeschi). È come se, insomma, lo *star bene* e lo *star male* riguardassero in sé e per sé un'esperienza assolutamente *privata* della persona; a livello sociale verrebbe ad acquistare rilevanza non l'in sé di questi fenomeni, ma il loro riflettersi in dinamiche relazionali. O, per essere ancora più precisi: è come se *star bene* o *star male* fossero dinamiche strettamente *naturalistiche* e quindi *pre-giuridiche* e *pre-sociali*; e acquistassero rilievo giuridico e sociale solo quando assurgessero a contenuti effettivi di esperienze interpersonali *ex contracto* o *ex delicto*. Questo è il paradigma che sta alla base di uno dei più diffusi modelli bioetici del nostro tempo, quello elaborato da H.T. Engelhardt Jr¹.

3. Questo paradigma non è oggi più sostenibile. Il carattere relazionale del diritto alla salute possiede un connotato

più profondo e nello stesso tempo più radicale. Ed è questo il connotato che ne spiega l'ingresso nel novero dei diritti umani fondamentali e la sua universale diffusione. Parafrasando Rawls², potremmo dire che il fatto che alcuni godano buona salute e altri invece cattiva (quali che ne siano i motivi) non è qualificabile né come giusto né come ingiusto: sono dinamiche che vanno riferite alla sorte, o, per usare l'espressione di Rawls, alla "lotteria naturale". Ciò invece che può essere qualificato come giusto o come ingiusto è il modo in cui nel sistema globale delle relazioni sociali vengono trattati questi fatti. Indipendentemente, cioè, da chi o



da cosa *eventualmente* siano a capo del *malessere* di una persona, è il fatto stesso dell'esistenza di questo malessere che acquista nella coscienza del nostro tempo un nuovo assoluto rilievo, come *problema di giustizia*. La caratterizzazione *relazionale* dell'essere dell'uomo – che sempre più sembra assurgere a tratto costitutivo dell'antropologia contemporanea – comporta che la malattia, così come la salute, non possano più essere visti, a seconda dei casi, come disgrazie o come benefici "privati", di cui gli individui sarebbero investiti ad opera di una "natura" cieca e ottusamente attiva. Salute e malattie qualificano il nostro essere nel mondo come persone in relazione e sono indici non della nostra possibilità di rapportarci al mondo (elevata nel caso della salute, bassa o al limite assente nel

caso della malattia), ma della stessa costituzione generale del mondo. In altri termini, malattia e salute non si danno nel rifrangersi nella sfera personale dei soggetti, ma si danno nel rispecchiare la possibilità che in generale *ci siano soggetti*, come soggetti che solo a partire dalla relazionalità (e dal grado effettuale di questa), riescono a costruire un mondo di significati. Questo comporta che salute e malattia non precedono la relazione, ma la costituiscono; o, se si preferisce, che è possibile nominare salute e malattia, solo perché esistono soggetti in relazione³.

Il diritto alla salute viene così ad acquistare un nuovo spessore, che oramai è probabilmente definitivamente entrato nella coscienza collettiva, anche se non sempre viene esplicitato: quello per il quale entra in gioco la stessa identità della persona. Rivendicando la salute come *diritto*, il soggetto rivendica, in ultima analisi, il diritto a essere riconosciuto nella propria identità, come diritto che si fonda non sulla natura, ma sulla relazionalità; riconoscendo la salute come *diritto umano fondamentale*, l'ordinamento giuridico (a partire dall'ordinamento giuridico internazionale) riconosce e *prende sul serio* la comune e pari soggettività di tutti gli esseri umani.

Il nuovo paradigma della soggettività che, attraverso il riferimento al diritto alla salute, viene qui preso in considerazione non ha una primaria valenza etica, né meno che mai una valenza politico-pragmatica. Ha una valenza epistemologica. La posta immediatamente messa in gioco non è quella di "umanizzare" la medicina, sottraendole o riducendone la *fredda* immagine di astratto sapere scientifico, per ricondurla pareneticamente all'ambito, ben più *caldo*, di una *cultura dell'accoglienza*⁴: questo, e simili obiettivi, ovviamente auspicabili, devono essere perseguiti, ma saranno tanto più perseguibili, quanto più verranno fondati su un'immagine dell'uomo epistemologicamente adeguata. Il paradigma del diritto alla salute,

come *diritto umano fondamentale*, ci aiuta a costruire correttamente questa immagine. Non allo spirito di compassione, né più genericamente alla solidarietà fraterna, va ricondotto il fondamento del diritto alla salute: alla compassione e alla solidarietà son dati in appannaggio spazi vastissimi di operatività, che non coincidono però *tout court* con l'ambito antropologico del giuridico e del sociale. Questo ambito – l'unico nel quale il discorso sui *diritti* possiede un senso e appaia praticabile – è l'ambito della nostra identità come identità relazionale: quella che ciascuno acquista in riferimento all'altro, tramite l'altro e con l'altro, e nella quale acquista tutta la sua valenza antropologica la nostra storia fisico-biologica personale.

Prof. FRANCESCO
D'AGOSTINO

Professore Ordinario
di Filosofia del Diritto
nella Facoltà di Giurisprudenza
dell'Università di Roma
"Tor Vergata"

Membro della Pontificia Accademia
per la Vita,
Italia

Note

¹ Cfr. il suo ben noto *Manuale di Bioetica*, tr. it., Milano 1991.

² J. RAWLS, *Una teoria della giustizia*, tr. it., Milano 1982, p. 99.

³ Ciò comporta che le stesse categorie di "salute" e di "malattia" sono categorie antropologiche, che solo per analogia possono essere estese ai viventi non umani. Non implica alcuna svalutazione della vita e della dignità animale l'affermare che gli animali, propriamente, non si ammalano, così come, propriamente non muoiono, perché manca loro non solo la possibilità di elaborare come esperienza anticipata quella del non-esser-più, ma più in generale la coscienza del carattere patologico (nel senso di innaturale) del loro eventuale "star male". Dato che per gli animali non è congruo parlare di relazionalità in senso proprio, non è nemmeno corretto attribuir loro alcuna esperienza o alcun connotato che appunto richiedano la relazione come loro necessario apriori.

⁴ Su questo punto, importanti le considerazioni di F. BOTTURI *La medicina come prassi della cultura dell'accoglienza*, in AA.VV., *Modelli di medicina. Crisi e attualità della professione*, a cura di P. CATTORINI e R. MORDACCI, Milano 1993, pp. 105-112.

Azioni pastorali per difendere e promuovere il diritto alla salute

Il Concilio Vaticano II ha richiamato all'attenzione dell'umanità intera la norma suprema della "legge divina, eterna, oggettiva e universale, per mezzo della quale Dio con un disegno di sapienza e amore ordina, dirige e governa il mondo intero e le vie della comunità umana"¹.

Su questo dato fondamentale la Chiesa avverte l'obbligo di proclamare il diritto alla salute ispirandosi al Vangelo di Cristo e di poter dire una parola di sua competenza non solo sulla prevenzione della salute integrale della persona umana, ma anche sulle molteplici forme più e meno velate, concernenti la diagnosi, la terapia e la riabilitazione, che non la favoriscono e che, colpendo l'equilibrio psicofisico e spirituale dell'uomo, lo danneggiano².

Se, dunque, la ricerca della verità deve rispondere "alla dignità della persona umana e alla sua natura sociale"³, ne consegue che anche in ordine ad ogni azione sanitaria non si può prescindere dalla missione della Chiesa, il cui compito specifico richiede di rendere attuale la redenzione di Cristo e favorirne la piena realizzazione, così da orientare l'umanità verso la salvezza in Cristo.

In questa ricerca la Chiesa con il suo aiuto, con l'insegnamento e con il dialogo rende un prezioso ed insostituibile servizio all'uomo, sano o malato, oltre a garantire il proprio ed irrinunciabile obbligo di rispondere al ministero di salvezza. Posto che il concetto di salute richiama concretamente tutto ciò che concerne gli ambiti operativi della sanità – quali le strutture, la programmazione, la legislazione, le politiche, gli investimenti – la Chiesa non può rinunciare, anzi reclama ed esige che venga garantita da tutti gli stati la sua presenza nei luoghi pubblici di cura⁴ e di potere far sentire all'umanità la sua parola che infonde speranza.

Intensificando la sua azione

pastorale la Chiesa avverte che i suoi principi dottrinali non possono essere solo annunciati, ma costantemente richiamati, corretti e verificati, per favorire la comunione della Chiesa con i sofferenti e giungere, di conseguenza, ad incidere sulla mentalità e sul costume dell'uomo moderno. Questo perché – avverte il Pontefice Giovanni Paolo II – "Purtroppo la benefica azione di protezione e di difesa della salute trova ostacoli non solo nei molteplici fattori patogeni, antichi e recenti, che insidiano la vita sulla terra, ma qualche volta anche nella mentalità e nel comportamento degli uomini"⁵.

Azione pastorale a favore della salute

Di fronte alle numerose sfide e ai molteplici problemi emergenti in ambito sanitario⁶, quali sono, in positivo, le specifiche azioni della Chiesa che salvaguardano, proteggono e promuovono in ogni uomo o donna il diritto alla salute?

1. *L'azione pastorale crea sane relazioni con Dio e fra gli uomini*

La Chiesa considera, innanzitutto, parte del suo programma continuare l'opera di Cristo, venuto nel mondo per dare la vita in abbondanza⁷ e dissipare con questa vita, che è luce, il "*mysterium iniquitatis*" che moltiplica le inquietudini e le sofferenze dell'umanità. Tale azione ecclesiale è volta, dunque, a far circolare la vita di Dio, nella sua vera natura di *agape*, esprimendola in concrete espressioni di servizio all'uomo, sia in rapporto alle sue necessità primarie – quali il nutrimento, le cure, l'abitazione –, come pure in espressioni culturali che lo nobilitano, o spirituali che lo conformano sempre più pienamente al suo "essere figlio di Dio".

Lungi dal porsi come ostacolo al vero progresso, l'azione della Chiesa si pone con rinnovato impegno a servizio e pronta al dialogo con l'umanità in cammino, nella speranza di poter giungere ad un'adequata risposta ai problemi teorici e pratici della medicina, al fine di gettare luce sugli aspetti morali della malattia ed elaborare così un'adequata assistenza spirituale, sia in ordine all'educazione e al mantenimento della salute, sia al suo pieno recupero.

È convinzione profonda della Chiesa che la vita di ogni creatura umana, che porta in sé dolori, malattie, sofferenze e morti, culminerà nella risurrezione, cioè nella partecipazione piena alla vita di Cristo; una vita, comunque, che dal credente viene percepita e partecipata fin d'ora nella fede che lo trascende e nella realtà del Corpo mistico in cui è inserito. In questa prospettiva cristiana l'azione pastorale non è solo solidarietà, e meno che meno semplice assistenzialismo, ma "personalismo di comunione" che armonizza in sé tutte le dimensioni umane e guarda all'uomo come Dio l'ha voluto: a sua immagine e somiglianza⁸, cioè lo considera un essere-in-relazione sia con Dio sia con gli uomini.

2. *L'azione pastorale della Chiesa umanizza la salute*

La Chiesa, che con la sua presenza ed azione in difesa e promozione della salute vuole essere liberatrice, sanante e salvatrice sul modello di Gesù, alimentata dalla potenza dello Spirito Santo e, ponendosi a disposizione dell'uomo per aiutarlo nelle sue situazioni di bisogno, si propone di offrire lo specifico contributo di profonda e calda umanità. Come il divino samaritano è il vero promotore della vita sana, "così pure la Chiesa circonda di affettuosa cura quanti

sono afflitti dall'umana sofferenza, anzi [...] in loro intende servire Cristo⁹. Il fatto di saper riconoscere l'immagine di Cristo sofferente, povero e crocifisso e di volerlo con ogni mezzo servire nell'uomo che si trova in simili situazioni, è per la Chiesa un compito che si rifà al mandato del suo fondatore, che non può essere ridotto a semplice atto benefico, ma che contiene in sé un "potere che viene dall'alto", una forza divina che estirpa le radici del male, insite nelle molteplici e svariate sofferenze di cui l'umanità è vittima.

Perciò, il soggetto dell'azione pastorale della salute è la Chiesa, che in partenza ha come punto ben fermo "la priorità delle realtà trascendenti e spirituali, premesse della salvezza escatologica"¹⁰. La Chiesa, per sua natura, ha un fondamento spirituale, nasce dallo Spirito e dallo Spirito riceve alimento e vita. La sua azione dentro e fuori di essa, avviene a immagine della Trinità. Quindi, la Chiesa, il Corpo mistico, nelle cui vene scorre la vita di Cristo, si mantiene in salute nel momento in cui fa circolare fra i suoi membri tale vita, la quale si manifesta al mondo come amore che sprigiona un dinamismo pasquale di salvezza. L'azione della Chiesa è liberante, sanante e salvatrice se nel suo intimo è sana, in quanto liberata e divenuta già, anche se non pienamente, popolo conquistato da Dio, che proclama le sue meravigliose opere, perché ha ottenuto misericordia¹¹. Da questo stato esistenziale di carattere divino le attività ecclesiali di difesa e promozione della salute¹² partono dalle motivazioni di fede ed abbracciano l'uomo in tutte le sue dimensioni umane e spirituali, innescando o perfezionando ovunque il processo di umanizzazione.

3. La pastorale della salute incide sulle trasformazioni sociali e culturali

La Chiesa, dal Concilio Vaticano II in poi, ha voluto incentivare il dialogo con il mondo moderno, che in questo periodo storico manifesta delle profonde e rapide tra-

sformazioni sociali e culturali¹³. Nel tentativo di voler far proprie le sue angosce e speranze e come risposta alle profonde aspirazioni che l'uomo moderno porta in sé, essa vuole promuovere la cultura della vita ed indicare ad ogni uomo la strada di Cristo, chiave di soluzione degli interrogativi attuali, e punto di riferimento affinché in lui possa risplendere quell'altissima vocazione propria dell'uomo come è stato voluto e pensato da Dio.



L'azione pastorale della Chiesa non può esimersi dall'affrontare un onesto confronto culturale con le ideologie che sottendono ai comportamenti lesivi della dignità della persona umana e, inoltre, è chiamata a creare una "cultura di popolo" incisiva nei comportamenti sociali che appagano i desideri del cuore umano. La vita di Cristo è sempre la via per l'uomo che ricerca la verità, perciò per illuminare con la fede il mistero dell'uomo e promuovere la sua piena salute, non sono sufficienti le idee, ma bensì le idee che si concretizzano in testimonianza di vita. In un'epoca dove emerge con sempre maggior evidenza l'utilità di procedere in sinergia con il mondo moderno in ogni attività lavorativa, la testimonianza di un'azione pastorale della Chiesa, a favore del bene inestimabile della salute, fa intravedere l'alba di una nuova cultura espressiva di un'azione corale della comunità unita dall'amore di Cristo. Non è

pensabile, quindi, un agire ecclesiale isolato, ma unitario, in rapporto alla riflessione, al confronto, alla verifica, alla programmazione e alla progettazione, e condotto non con inutili parallelismi, ma in collaborazione con il mondo moderno.

Acquisizioni scientifiche, tecniche d'intervento, moduli operativi, legislazioni in atto o *in fieri* riscontrabili in vari paesi nell'attuale sanità, se illuminati dalla fede, che trova il suo fondamento nella rivelazione e la sua esplicitazione nel Magistero, acquistano un valore inestimabile, rispettoso della sacralità della vita e promotore di una società più accogliente e umana specialmente nei confronti di coloro che secondo una mentalità efficientista vengono considerati gli "ultimi", mentre da Gesù sono stati privilegiati.

4. Un'azione pastorale promuove il valore dell'"essere" rispetto al "fare"

Una pastorale che si propone i suddetti obiettivi si trova costantemente a contatto con i professionisti della salute e i loro rispettivi progetti socio-sanitari, con gli infermi e le loro rispettive famiglie. Di qui la necessità che, in un ambito così delicato come quello della salute, venga favorita ed incentivata un'adeguata formazione ed un costante aggiornamento degli operatori pastorali. Per poter essere autentica espressione dell'amore di Cristo e per condurre una trasparente mediazione della sua opera salvifica, tale formazione necessita di requisiti teorico/pratici.

L'azione pastorale ha successo se ci sono persone idonee, che abbiano sperimentato in se stessi almeno in parte gli effetti benefici della guarigione salvifica di Cristo. Ogni uomo bisognoso di redenzione si scopre, per un dono della grazia, redento, nella misura in cui in piena libertà, accetta la signoria di Dio nella sua vita. Accompagnare altri in questo processo, specialmente durante la malattia o in qualsiasi altro genere di sofferenze, ri-

chiede il pieno coinvolgimento personale, permeato dagli stessi sentimenti di compassione, di turbamento, di lotta e di risposta propri di Gesù. Questi requisiti di idoneità possono essere identificati nell'operatore pastorale quando congiuntamente si costata una maturità umana, delle capacità relazionali sociali e psicologiche, un livello di crescita spirituale capace di integrare i valori trascendenti. In tal senso si può affermare che, attraverso le persone che si consacrano al servizio dei malati, veramente Cristo svela l'uomo all'uomo, e lo aiuta a capire che nulla lo può separare da Lui.

Per questa priorità dell'essere sul fare va tenuta presente e vissuta più integralmente la spiritualità mariana. È stato scritto che "senza la mariologia il cristianesimo rischia impercettibilmente di diventare inumano"¹⁴. L'integrazione del maschile e del femminile richiede operativamente di saper andare al di là degli schieramenti di parte propri di certe ideologie, affinché tutta l'umanità diventi "oblazione accettata a Dio"¹⁵. Le visioni parziali e limitate, se ammagliano i cristiani, rischiano di ridurre la Chiesa ad una prassi senz'anima, ad un efficientismo capace solo di critica amara, polemica e sterile dalla quale le persone fuggono via, mentre la fede convinta e la testimonianza hanno maggiore efficacia pastorale.

Alla formazione degli operatori pastorali va aggiunta anche la formazione degli operatori sanitari. È rivolta a loro quell'azione capillare che crea una coscienza nuova, una formazione professionale sempre più degna dell'uomo. La visione antropologica cristiana, nella sua accezione più attendibile, non può essere paragonata ad una delle tante ideologie passeggiare, ma nasce e si perfeziona in Cristo, il Vivente. È qui che il professionista della salute migliora le sue competenze e pone la sua professionalità a servizio e in comunione con tutte le altre competenze sanitarie, sia in ordine alla prevenzione sia alla cura.

5. Azione pastorale, preghiera e sacramenti di guarigione

Un potere dell'azione pastorale, non certo trascurabile, è contenuto nella preghiera. Tutti i segni operati da Gesù che manifestano le meravigliose opere di Dio – miracoli, guarigioni, risurrezioni – partono da una preghiera di domanda, si svolgono in piena unità con il Padre e si concludono con una preghiera di ringraziamento. Su questo schema l'azione pastorale a favore della salute è chiamata a verificarsi. È spontaneo per l'uomo poco attento sorvolare qualcuno di questi passaggi, o aspettarsi forme di messianismo non consone. Gesù nella parabola dei dieci lebbrosi¹⁶, mette in guardia da questi atteggiamenti superficiali. L'azione pastorale che sa mantenere l'unione con Dio sia nella preghiera sia nell'apostolato, si esprime sempre come contemplazione, riconoscendo Dio nell'intimità della propria anima e nel cuore di ogni uomo, specialmente quando questi è afflitto da varie prove, e con lui gioisce quando i segni della grazia si fanno presenti.

Un'azione pastorale evangelizzatrice, è la premessa indispensabile affinché i sacramenti, specialmente l'Eucaristia, la Riconciliazione e l'Unzione degli infermi, producano gli effetti benefici che essi contengono.

Il sacramento della Penitenza e della Riconciliazione, quello dell'Unzione degli infermi e l'Eucaristia come viatico sono considerati dalla Chiesa "sacramenti di guarigione", espressione del costante atteggiamento di Gesù, medico delle anime e dei corpi, atteggiamento che la Chiesa deve saper continuare nella sua attività¹⁷.

La vita che Gesù Cristo, attraverso l'incarnazione e il mistero pasquale, è venuto a riversare in abbondanza sull'umanità, si realizza pienamente nelle sue membra quando queste, toccate dall'opera di guarigione e salvezza, vengono ricondotte al Padre. Il cammino terreno, dunque, viene vissuto in una costante tensione fra la

carne e lo spirito¹⁸, un cammino attraversato da gesti espressivi di una costante conversione¹⁹, affinché in tutti coloro che fanno esperienza delle realtà celesti avvenga una trasformazione personale completa, che tocchi il cuore dell'essere umano e conduca verso la risurrezione futura. E questo dinamismo, pur smuovendo fin dalle radici il mistero dell'uomo per purificarlo e collocarlo nel mistero divino, non può essere che opera di Dio che ha amato per primo e che al termine della vita attende i suoi figli per dare loro, se hanno saputo prendere la croce ogni giorno, la corona di gloria.

P. MARIANO STEFFAN

Note

¹ *Dignitatis Humanae*, 3.

² Cfr. *Carta degli Operatori Sanitari*, 9.

³ *Dignitatis Humanae*, 3.

⁴ Cfr. GIOVANNI PAOLO II, *Messaggio ai Capi di Stato firmatari dell'atto finale di Helsinki* (1 agosto 1975), in AAS 72 (1980) 1256.

⁵ GIOVANNI PAOLO II, *Le ideologie totalitarie che hanno degradato l'uomo ad oggetto trovano preoccupanti riscontri in certe manipolazioni sulla vita*, in *L'Osservatore Romano*, 138 (1998/57).

⁶ Il Pontefice parla di "attentati alla vita" dovuti a cause umane come "la prepotenza, la violenza, la guerra, la droga, i sequestri di persona, l'emarginazione degli immigrati, l'aborto e l'eutanasia [...]". (ivi).

⁷ *Gv*, 10,10.

⁸ *Gen* 1, 27.

⁹ *Lumen Gentium*, 8.

¹⁰ *Redemptoris missio*, 20.

¹¹ Cfr. *1Pt* 2, 9-10.

¹² La *Redemptoris missio* ne elenca alcune quali: "il dialogo, la promozione umana, l'impegno per la giustizia e la pace, l'educazione e la cura degli infermi, l'assistenza ai poveri e ai piccoli [...]". n. 20.

¹³ Cfr. *Gaudium et spes*, 4-10.

¹⁴ H.U. VON BALTHASSAR, *Punti fermi*, Milano 1972, p. 130.

¹⁵ *Gaudium et spes*, 38.

¹⁶ Cfr. *Lc* 17,11 -19.

¹⁷ *Catechismo nella Chiesa Cattolica*, 1421.

¹⁸ Cfr. *Rm* 8,5 -11

¹⁹ I gesti di riconciliazione nominati dal *Catechismo della Chiesa Cattolica* sono: "La sollecitudine per i poveri, l'esercizio e la difesa della giustizia e del diritto, la confessione delle colpe ai fratelli, la correzione fraterna, la revisione di vita, l'esame di coscienza, la direzione spirituale, l'accettazione delle sofferenze, la perseveranza nella persecuzione a causa della giustizia". (n. 1435) Questi atteggiamenti sono altrettanto espressivi e pastoralmente proficui per la propria crescita spirituale, così pure per sostenere gli altri nella prova, che per la salute stessa del Corpo mistico di Cristo.

La figura dell'assistente ecclesiastico

40

“Siano scelti con diligenza sacerdoti dotati delle qualità necessarie e convenientemente formati per aiutare i fedeli laici in speciali forme di apostolato. Coloro che si dedicano a questo ministero, una volta ricevuta la missione dalla gerarchia, la rappresentano nella loro azione pastorale; favoriscono le opportune relazioni dei laici con la gerarchia stessa, sempre aderendo fedelmente allo spirito e alla dottrina della chiesa; consacrino se stessi ad alimentare la vita spirituale e il senso apostolico delle associazioni cattoliche ad essi affidate; le assistano con il loro sapiente consiglio nella loro operosità apostolica e ne favoriscano le iniziative. Instaurando un continuo dialogo con i laici studino attentamente quali siano gli accorgimenti per rendere più fruttuosa la loro azione apostolica; promuovano lo spirito d'unità nell'interno dell'associazione medesima, come pure fra essa e le altre” (*Apostolicam Actuositatem*, 25).

“Nelle organizzazioni e associazioni cui rendete servizio – non lasciatevi trarre in inganno! – la chiesa vi vuole sacerdoti e i laici che vi incontrate vi vogliono sacerdoti e nient'altro che sacerdoti. La confusione dei carismi impoverisce la chiesa; non l'arricchisce affatto. [...] Siate... in seno a queste associazioni artefici di comunione, educatori nella fede, testimoni dell'assoluto Dio, veri apostoli di Gesù Cristo, ministri della vita sacramentale, specialmente dell'eucaristia, animatori spirituali” (Giovanni Paolo II, *Discorso agli assistenti ecclesiastici delle organizzazioni internazionali cattoliche*, 13 dicembre 1979).

Alla luce di questi testi, il documento del Pontificio Consiglio per i laici, *I sacerdoti nelle associazioni di fedeli*, Roma 4-8-1981, traccia alcune linee di grande rilievo.

L'identità e la missione del servizio sacerdotale, in seno alle associazioni di fedeli:

a) Identificazione e identità dell'assistente ecclesiastico

Scopo del servizio sacerdotale è sempre di rendere possibile l'incontro tra il Signore ed ogni cristiano o la comunità, un incontro che opera la salvezza.

b) Il suo compito in quanto sacerdote

Ogni associazione presenta ruoli definiti: ci sono i “fondatori”; i “direttori”, “l'assistente ecclesiastico” che deve dare un orientamento teologico, spirituale o pastorale. Altri potranno occuparsi di questioni riguardanti l'organizzazione e la struttura dell'associazione stessa. Il lavoro del sacerdote avrà caratteristiche differenti a seconda della situazione... Soprattutto e dappertutto il lavoro del sacerdote assistente dovrà consistere nell'annunciare il vangelo e nell'amministrare i sacramenti. È proprio con questo servizio che egli mantiene viva la consapevolezza del popolo di Dio di essere “una stirpe eletta, un regale sacerdozio, una gente sana, un popolo d'acquisto” (1Pt 2, 9).

La designazione dell'assistente ecclesiastico

L'esistenza e il lavoro dell'assistente ecclesiastico non sono legittimati dall'associazione presso la quale egli compie il suo servizio. Se lo fossero, ciò significherebbe che è l'associazione che “chiama” o “delega” l'assistente. Ora, invece, il ministero è un dono che Cristo ha conferito alla sua Chiesa per la comunità. L'assistente ecclesiastico è dunque nominato dai ministri ufficiali e responsabili della Chiesa. L'assistente ecclesiastico partecipa alla missione del vescovo nei riguardi delle associazioni dei laici alle quali sono conferite un'autonomia e una responsabilità proprie nella realizzazione dei loro fini apostolici. L'essere nominato esplicitamente dall'autorità ecclesiastica competente non si oppone – tra l'al-

tro – al fatto che l'assistente partecipi pienamente alla vita dell'associazione al cui servizio è stato inviato. Perché la sua missione dia frutti, egli deve essere capace di inserirsi, in quanto sacerdote, nell'associazione, collaborando, con rispetto e fedeltà, con i responsabili laici. Comprendere gli obiettivi, i programmi e la pedagogia dell'associazione, situandoli nel contesto della missione della chiesa. Prestare la debita attenzione pastorale alla società in cui opera l'associazione. È quindi opportuno che sia questa a proporre, per la scelta e la designazione dell'assistente ecclesiastico, una lista di candidati esperti e competenti.

Aspetti fondamentali del suo servizio sono:

a) *Artefice di unità*: l'assistente ecclesiastico ha la missione di aiutare l'associazione ad approfondire la propria consapevolezza di essere membro della Chiesa, di far prendere coscienza degli orientamenti pastorali della Chiesa, come pure dei compiti e delle principali preoccupazioni dei pastori. È sua cura che l'associazione si inserisca nella pastorale organica secondo caratteristiche e fini propri. L'assistente ecclesiastico è artefice di unità, anche quando aiuta altri responsabili della pastorale della chiesa a conoscere meglio la natura, gli obiettivi e le attività delle altre associazioni e ad analizzare in comune le diverse esperienze.

L'assistente ecclesiastico è dunque colui che, in modo visibile, fa da tramite fra la Chiesa universale e l'associazione. Portando nel seno stesso di quest'ultima, la preoccupazione pastorale dei sacerdoti uniti al vescovo, la preserva dal settarismo aprendola alla cattolicità.

b) *Educatore nella fede*: l'assistente ecclesiastico deve incoraggiare continuamente i membri dell'associazione, sul piano personale e comunitario,

ad orientarsi verso Gesù Cristo, con l'annuncio della Parola ed il servizio sacramentale (specialmente l'Eucaristia).

c) *Vero apostolo di Gesù Cristo*: la grazia di Dio è non solo un dono, ma anche un compito. Perciò, l'assistente ecclesiastico è un vero apostolo di Gesù Cristo, cioè un "saggio cooperatore del Vescovo". In quanto tale è chiamato al servizio dell'apostolato, fortificando la fede dei membri dell'associazione, affinché Dio sia sempre il criterio assoluto nel superare ogni incertezza. La sua fede diverrà più vigorosa, nella misura in cui andrà incontro ai problemi e alle speranze di ogni uomo.



d) *Animatore spirituale*: l'assistente ecclesiastico deve introdurre tutti i membri dell'associazione alla realtà misteriosa e affascinante della presenza di Dio. Con loro, egli deve cercare di leggere i "segni dei tempi". Per la crescita spirituale delle persone e della comunità, deve far sì che il carisma dell'associazione e dei suoi membri, acquisti la sua impronta specifica.

e) *Testimone dell'assoluto di Dio*: essendo "testimone dell'assoluto di Dio", l'assistente ecclesiastico garantisce la dimensione religiosa delle motivazioni e dei fini dell'associazione.

Applicazioni pratiche riguardanti il suo inserimento nella struttura ecclesiale:

– Ogni associazione comprende normalmente un solo assistente ecclesiastico in ciascuno dei suoi livelli (diocesa-

no, nazionale, internazionale). Essa può aver bisogno di altri sacerdoti, che possono essere membri dell'Associazione o possono essere stati da essa sollecitati a renderle diversi servizi dipendenti dal loro ministero, come ad esempio: assicurare la riflessione teologica o l'animazione spirituale. In tal caso l'associazione sceglierà i sacerdoti di cui necessita, in accordo con l'assistente ecclesiastico e con l'autorità competente.

– Un sacerdote può essere assistente ecclesiastico di più associazioni, ad esempio operanti nello stesso campo o nello stesso ambiente sociale, armonizzando la reciproca collaborazione.

– È auspicabile che l'assistente ecclesiastico sia seguito e sostenuto dal Vescovo o dai rispettivi superiori.

– È preferibile che gli assistenti ecclesiastici non siano nominati a tempo indeterminato o "a vita", ma con un mandato dalla scadenza definita.

Quale stile?

La figura di Saul: lo stile sbagliato. Il re Saul è l'immagine di un uomo ricco di doni, di qualità, di coraggio, perfino ricco di eroismo.

Saul ha anzitutto delle grandi potenzialità. È un uomo potente, forte, investito dallo spirito di Dio, come leggiamo nella Bibbia: "Samuele prese allora l'ampolla dell'olio e gliela versò sulla testa, poi lo baciò dicendo: Ecco, il Signore ti ha unto capo sopra Israele suo popolo. Tu avrai potere sul popolo del Signore e tu lo libererai dalle mani dei nemici che gli stanno intorno" (1Sam 10, 1).

Quindi Saul è consacrato, ha tutti i doni necessari per il suo ministero. Addirittura, al v. 6, gli è dato, oltre ai doni di presidenza, il dono profetico: "Lo spirito del Signore investirà anche te e ti metterai a fare il profeta insieme con loro e sarai trasformato in un altro uomo". Al v. 23 inoltre viene sottolineata la sua prestantza fisica: "Corsero a prenderlo di là e fu presentato al popolo: egli sopravanzava dalla spalla in su tutto il popolo".

Saul è un uomo che ha tutte le caratteristiche per imporsi come leader. Ma nonostante ciò, presenta dei difetti di stile che lo fanno sbagliare, lo rovinano. In primo luogo Saul mostra di essere, all'apparire di una grande potenza, una persona paurosa e anche sospettosa. Già al capitolo 10, 21 stupisce leggere le modalità della sua elezione. Quando si arrivò, gettando la sorte, alla tribù di Beniamino ed alla sua famiglia, fino a individuare Saul figlio di Kis, «Si misero a cercarlo, ma non si riuscì a trovarlo. Allora consultarono di nuovo il Signore: «È venuto qui l'uomo o no?» Rispose il Signore: «Eccolo nascosto in mezzo ai bagagli»».

Si ha l'impressione che Saul sia conscio del suo potere, ma anche diffidente. Tale diffidenza dilagherà nel sospetto, una delle caratteristiche dominanti del suo temperamento. Al capitolo 18, parlando di Davide si narra: "Le donne danzavano e cantavano alternandosi: *Saul ha ucciso i suoi mille, David i suoi diecimila*. Saul fu molto irritato e gli parvero cattive quelle parole. Diceva: "Hanno dato a David diecimila, a me ne hanno date mille. Non gli manca altro che il regno" (vv. 7-8). Aveva preso troppo sul serio un canto così retorico, proprio per quell'attitudine al sospetto che lo rinchiudeva in se stesso e lo irrigidiva.

Una seconda caratteristica è che Saul, pur avendo potere, carisma, capacità di leader, si illude sulle sue possibilità e diventa precipitoso. Non si rende conto delle condizioni, che esigono pazienza, cui è sottoposto il suo regno su Israele. Nell'episodio raccontato nel capitolo 13, mentre tutto il popolo era impaurito dai filistei, Saul aveva fretta di celebrare un sacrificio che incoraggiasse la gente. Siccome Samuele tardava ad arrivare, diede lui stesso l'ordine: ««Preparatemi l'olocausto e i sacrifici di comunione»». Quindi offrì l'olocausto. Ed ecco, appena ebbe finito di offrire l'olocausto, giunse Samuele e Saul gli uscì incontro per salutarlo. Samuele domandò subito cosa avesse fatto. Saul rispose: «Vedendo

che il popolo si disperdeva lontano da me e tu non venivi al termine dei giorni fissati, mentre i filistei si addensavano in Micmas, ho detto: Ora scenderanno i filistei contro di me in Gàlgala mentre io non ho ancora placato il Signore. Perciò mi sono fatto ardito e ho offerto l'olocausto». Rispose Samuele a Saul: «Hai agito da stolto, non osservando il comando che il Signore Dio tuo ti aveva imposto, perché in questa occasione il Signore avrebbe reso stabile il tuo regno su Israele per sempre» (vv. 9-13).

Saul si illude di poter compiere ciò che non gli compete, si propone dei sogni superiori alle sue prerogative e alla fine viene squalificato da coloro che pure gli avevano conferito l'unzione.

Un'altra caratteristica tipica del suo temperamento è la melanconia, la tristezza. A tale proposito sono descritti molti episodi. In *1 Sam* 16, 14-15: «Lo spirito del Signore si era ritirato da Saul ed egli era atterrito da uno spirito cattivo da parte del Signore. Allora i servi di Saul gli dissero: «Vedi, un cattivo spirito sovrumano ti turba». Cercarono quindi un uomo capace di suonare la cetra per confortarlo e gli portarono David che, appunto suonando la cetra, riusciva a calmarlo. Di nuovo, in *1 Sam* 18, 10 un cattivo spirito si impossessò di Saul che «si mise a delirare in casa. David suonava la cetra come i giorni precedenti e Saul teneva in mano la lancia. Saul impugnò la lancia pensando: «Inchioderò David al muro!» Ma David gli sfuggì davanti per due volte». Ha qui inizio il conflitto drammatico con Davide, che si concluderà soltanto con la morte di Saul. In Saul tutte le doti, le capacità, le possibilità, vengono meno per uno stile sbagliato.

La figura di Barnaba: lo stile giusto. At 4, 36-37 introduce il modo di essere di Barnaba: «Giuseppe, soprannominato dagli apostoli Barnaba, che significa figlio dell'esortazione, un levita originario di Cipro, che era padrone di un campo, lo vendette e ne consegnò l'importo, deponendolo ai pie-

di degli apostoli». Barnaba è descritto come un uomo generoso, che prende sul serio la parola di Dio e quindi, per essa e su di essa, misura la propria vita fino a vendere il campo, che lo rendeva ricco, senza timore e preoccupazione. Oltre alla generosità, ha la caratteristica della consolazione che gli merita il soprannome di «figlio dell'esortazione». È infatti capace di confortare, di aprire prospettive e orizzonti. Non è semplicemente colui che rigidamente paga di persona vendendo il campo, ma è colui che apre il cuore e la mente, come dimostrerà l'intera sua opera.



Leggiamo, per esempio, At 9, 26-28: Paolo, dopo la conversione «cercava di unirsi coi discepoli, ma tutti avevano paura di lui, non credendo ancora che fosse un discepolo. Allora Barnaba lo prese con sé, lo presentò agli apostoli e raccontò loro come durante il viaggio aveva visto il Signore che gli aveva parlato e come in Damasco aveva predicato con coraggio nel nome di Gesù». Barnaba è l'uomo che semina fiducia nei rapporti tra la sospettosa comunità di Gerusalemme e Paolo. È l'uomo che apre le vie in una città difficile, in cui i cristiani erano ancora pochissimi, in cui c'è appena stata la persecuzione e si vive di paura.

Di nuovo, in At 11, 21ss., Barnaba riesce nell'operazione di recuperare Paolo al ministero: «Quando questi giunse e vide la grazia del Signore, si rallegrò e da uomo virtuoso qual era e pieno di Spirito Santo e di fede, esortava tutti a

perseverare con cuore risoluto nel Signore». Barnaba sa cogliere il bene anche se non è compiuto da lui e sa incoraggiare: «Barnaba poi partì alla volta di Tarso, per cercare Saul, e trovatolo lo condusse ad Antiochia. Rimasero insieme un anno intero in quella comunità e istruirono molta gente. Ad Antiochia per la prima volta i discepoli furono chiamati cristiani». L'atto più grande di Barnaba resta certamente quello di aver scoperto un nuovo evangelizzatore: Paolo di Tarso.

Un ultimo brano è davvero singolare: At 13, 7ss. Barnaba, avendo compreso che Paolo ha dei doni più grandi dei suoi, si mette in secondo piano. Barnaba ha intuito che proprio il primato della Parola, cui teneva di più, richiedeva che fosse Paolo ad assumere la responsabilità della missione e lo segue.

Sappiamo che le doti di Barnaba non gli impediranno di commettere degli errori, sia nel litigio con Paolo per la seconda missione, sia nella sua opposizione a Paolo per il problema della comunità di mensa con i convertiti del paganesimo. Tuttavia egli resta una delle figure più incoraggianti e più aperte delle prime comunità cristiane.

In sintesi, riprendiamo i quattro punti:

- lo stile di Barnaba è incoraggiante. Oggi la gente, l'apostolato ci chiede speranza, comprensione, conforto, consolazione;

- Barnaba sa vedere il bene ed ogni cosa dal lato delle sue possibilità, delle forze positive. Ha una grande visione di fede nella vittoria di Cristo;

- Barnaba sa valorizzare gli altri, tutte le persone, tutte le forze operanti nella comunità;

- Barnaba sa tirarsi indietro di fronte a Paolo. È l'atteggiamento di chi vive riconoscendo il primato della Parola e della grazia di Dio e perciò cerca di sanare tutti quei puntigli tra le persone chiamate al servizio.

P. ARMANDO AUFIERO
FELICE DI GIANDOMENICO
*Centro Volontari della Sofferenza
Roma, Italia*

Testimonianze



*Testimoni dell'amore
nel dolore*

Sanità e Utopia

*Ginecologi e ostetrici
chiamati a servizio della vita*

L'ancora della vita

*Il cammino dell'Ufficio
per la Pastorale della salute
dell'arcidiocesi di Bari-Bitonto
all'insegna della creatività*

*La Pastorale della salute
in Polonia*

Testimoni dell'amore nel dolore

INTERVENTO DI S.E. MONS. JOSÉ L. REDRADO, OH AL VII CONGRESSO DELL'AFAR (ASSOCIAZIONE FATEBENEFRAELLI PER LA RICERCA) BRESCIA, 14 SETTEMBRE 2006

“La sofferenza è... un grande simbolo umano che racchiude in sé i contrari: il silenzio e la parola di Dio, la miseria e lo splendore dell'uomo, l'assurdo più buio e il significato più luminoso, la bestemmia e la lode. È, perciò, il grande rischio in cui tutti ci troviamo, prima o poi, coinvolti e travolti”¹.

“Un giorno la sofferenza, ospite inevitabile dell'umanità, giunge senza avvisare, entra nella nostra vita senza chiedere permesso, si accomoda in casa, diventa compagna forzata del nostro viaggio... La sua presenza molesta spezza la quotidianità dell'esistenza (...). La sofferenza relativizza le nostre sicurezze apparenti. Infrange la nostra integrità, sgretola le basi su cui basiamo lo sviluppo della nostra vita, rende vani i nostri progetti (...). La sofferenza – bisogna dirlo – ride delle nostre maschere, dei nostri orgogli, delle nostre esperienze esteriori, dei nostri titoli o incarichi pubblici (...). È come una stella nera nel firmamento della nostra vita. Più che un problema, è un mistero. Il problema è una difficoltà che si può risolvere e della quale è possibile liberarci. Il mistero fa parte della realtà umana e maturiamo nel prenderne coscienza (...). La sofferenza è un fiume di domande, di grida. Molti sono i momenti di solitudine, le notti in bianco, quelle senza senso accumulate, i sentimenti di impotenza, le domande alla ricerca di un senso che ritornano silenziose al cuore ferito (...). Dare spazio al cuore ferito (...), dare spazio al dolore, vuol dire dare spazio all'amore”².

1. Il dolore, luogo di evangelizzazione

Vangelo: Buona Novella, Dio mi ama, Dio mi salva. Ma

come può il Vangelo essere Buona Novella per l'uomo che soffre, per l'uomo che non ha casa, né lavoro, per l'uomo a cui, per un incidente, è stata amputata una gamba? Come può essere Buona Novella per il bambino che inizia la vita con una malattia, o la cui madre ha un cancro al seno? O per coloro che sono costantemente in ambulatorio, sottoposti a un'infinità di prove, che si pongono grandi interrogativi sulla loro salute senza sapere cosa gli sta succedendo? Come può essere, infine, Buona Novella per l'uomo che passa la maggior parte della sua vita in un letto di ospedale o della propria casa? È Buona Novella il Vangelo in una casa dove c'è un ammalato di AIDS, un invalido o un tossicodipendente? Non è facile dare una risposta a tanti interrogativi.

Una società che cerca sfrenatamente il benessere, il possesso, l'essere giovani e belli, una società che abusa di droga e di cosmetici, per apparire, solo per l'immagine fisica..., una società della fretta, degli obblighi “imprescindibili”, dello stress, del credersi importante, del dover fare molte cose, non è preparata alla difficoltà, alla malattia, alla sofferenza e alla morte. La malattia è una disgrazia che ti può accadere, ma è meglio non pensarci... e così, all'improvviso, quando sopraggiunge, tutto precipita.

Senza dubbio, dobbiamo annunciare che la Buona Novella di Gesù passa per la croce, il dolore e la sofferenza. La croce non è un “pezzo di legno”, ma è imitazione di Cristo, l'essere testimone, paziente e perseverante, è andare contro corrente secondo i comandamenti di Dio: sono dolore e croce le incomprensioni e l'emarginazione; è croce il male fisico: catastrofi, malattie, morte, conseguenza della

nostra finitudine, e anche il male morale provocato dalla nostra condotta – guerre, oppressione –, conseguenza del cattivo uso che facciamo della libertà.

Dio non vuole questa croce e questi dolori per noi. Egli non è un sadico che infierisce contro l'uomo. Dio non vuole che soffriamo, Dio è Padre, pieno di amore, misericordia e perdono e non può mandarci le malattie. Pur tuttavia, l'uomo soffre, e tanto!

Ho visto molti volti dolorosi, volti di sofferenza. Volti della fame, della povertà e della disoccupazione, volti dei popoli in guerra, volti terrorizzati, volti senza identità, anonimi, volti di madri desolate, di donne emarginate, volti di bambini sfruttati, volti di malati di cancro, di AIDS..., volti di moribondi.

Sofferenza, enigma, mistero e, di fronte al mistero, il silenzio, l'ammirazione; ci mancano dati per formarci un'opinione; “ora” vediamo in maniera confusa, “poi” vedremo faccia a faccia (1 Cor 13, 12).

Possiamo liberarci della sofferenza? Per quanta conoscenza e per quanto amore possiamo avere per coloro che soffrono, siamo in grado soltanto di alleviarla e, al massimo, eliminarla parzialmente.

L'uomo pertanto deve dare senso alla sofferenza, deve sapere perché soffre e come deve soffrire, affinché questa realtà che è la vita abbia un senso. Una chiave per riuscirci è quella dell'amore e della resurrezione. La croce – sofferenza – senza amore non ha senso. Il Venerdì santo senza domenica di Pasqua non ha senso, così come non lo ha la domenica senza il venerdì.

Nell'espressione croce – dolore, sofferenza – sono impliciti molti concetti, non possiamo restare nella materialità della parola. Non credo che i Padri della Chiesa quando

parlano della croce, della liturgia o dei messaggi ecclesiali, non abbiano presente che questa croce non è solo dolore e Venerdì santo, ma anche e soprattutto luogo d'amore e cammino verso la resurrezione.

Il mistero pasquale è croce e resurrezione, è venerdì e domenica. In molti momenti della vita però l'uomo sperimenta una più di un'altra, a volte il venerdì più della domenica. Ma l'una non esiste senza l'altra. In Cristo furono presenti entrambe e così, quando fu alzato sulla croce, non furono le sofferenze, i chiodi, le frustate, la croce materialmente parlando, a salvarci, ma il suo amore; un Dio che ci ama infinitamente e che, misteriosamente, sceglie un cammino che a prima vista ci sorprende, che non comprendiamo, che ci appare come un mistero. Ed unito a questo mistero pasquale di Cristo, il cristiano soffre con, muore con e risuscita con, dando così senso alla propria croce e sofferenza, perché soffre, muore e risuscita con Cristo.

Questo ideale non è sempre facile, però nel cammino della sofferenza incontriamo persone con grande disponibilità, che sanno integrare la malattia, la morte e la sofferenza, mostrano di possedere una grande interiorità e stanno bene con se stesse e con gli altri.

La letteratura e le testimonianze riportate come esempio e modello nel corso di questo intervento sono numerose e significative. Quando però la sofferenza è vissuta in maniera negativa, in continua ribellione o passivamente, come qualcosa che "deve" accadere, allora la vita perde senso e valore.

La ricerca, la speranza, l'amore e la capacità di dare senso alle nostre sofferenze sono la strategia che abbiamo a disposizione e che ci fa partecipare ad un processo di trasformazione e di crescita interiore. Lo troviamo in molte esperienze: come crescono l'amore, la solidarietà, la fiducia e l'apertura ai grandi valori! Ma in molti momenti di sofferenza ci sono anche rabbia, depressione e stanchezza. Per

questo è necessario trasformare questa esperienza di fragilità in uno spazio che dia prospettiva, orizzonte e senso pieno alla vita.

Tale spazio è l'amore che illumina, vivifica e dà senso alla sofferenza umana. Accettata così, con fede e amore, la sofferenza si trasfigura, si trasforma, tanto che, in essa, possiamo arrivare alla gioia e all'azione di grazia. Si può anche lodare Dio con le lacrime negli occhi e la sofferenza nel corpo o nello spirito. "Chi semina nelle lacrime mieterà con giubilo" (*Sal* 125).

"Noi abbiamo questo tesoro in vasi di creta, perché appaia che questa potenza straordinaria viene da Dio e non da noi" (*2 Cor* 4, 7-15). Anche Paolo ricorse al Signore perché lo liberasse, allontanando da lui la sofferenza. Ma il Signore gli disse: "Ti basta la mia grazia; la mia potenza infatti si manifesta pienamente nella debolezza" (*2 Cor* 12, 9).

La tua forza è la mano del Signore: "Voi avete lottato in terra: io sarò la vostra ricompensa" (Antifona dell'Ufficio delle Letture, comune di uno o più martiri).

Alla luce di queste espressioni "esplicative" sul senso della sofferenza, comprenderemo meglio i testi della Scrittura, i Messaggi della Chiesa e le testimonianze che riportiamo di seguito.

2. Annuncio e realtà in Cristo

La croce ci parla di amore e di perdono. Nella "pazzia" della croce c'è la vittoria dell'amore che Gesù, morendo, ci ha mostrato.

Nella vita di Cristo, croce e sofferenza sono realtà sempre presenti. Il suo insegnamento è contrassegnato da un invito a vivere un atteggiamento chiaro rispetto al dolore: "Se qualcuno vuol venire dietro a me, rinneghi se stesso, prenda la sua croce ogni giorno e mi segua" (*Lc* 9, 23).

– Cristo non solo invita i suoi discepoli a "prendere la croce" bensì annuncia loro che Egli stesso dovrà soffrire e morire per noi, per il nostro

bene supremo (cfr. *Lc* 9, 44); "deve soffrire molto ed essere riprovato" (*Lc* 9, 22). Questo suo soffrire ci ha aperto le porte del Regno dei Cieli. Buona Novella: porte che si aprono, anche in questa vita, con l'unica chiave della nostra accettazione personale della croce, cioè del dolore. Gesù lo annunciò con l'esempio del chicco di grano che deve cadere in terra e morire per produrre frutto (cfr. *Gv* 12, 24).

– Cristo si manifesta con molta chiarezza a questo riguardo con i suoi apostoli. Fino al punto che quando Pietro mostra il proprio disaccordo quando sente che il Maestro deve morire e risuscitare, Egli gli risponde: "Lungi da me, satana! Tu mi sei di scandalo, perché non pensi secondo Dio, ma secondo gli uomini!" (*Mt* 16, 23).



In questo annuncio di Cristo vediamo, quindi, la necessità di tener conto dello stesso nesso esistente, alla luce del Vangelo, tra sofferenza e allegria, tra morte e vita; e mentre molto spesso l'uomo non può fare nulla per evitare il dolore, la malattia e la morte, Cristo annuncia che possiamo vivere in esse un'esperienza di pace e di vita profonda, in virtù della sua croce.

Egli non solo ha annunciato il valore redentore della sofferenza, bensì lo ha vissuto fino all'estremo della sua passione, crocifissione e morte, accompagnate dall'angustia morale del Getsemani: "La mia anima è triste fino alla morte" (*Mt* 14, 34). È in questa sofferenza

redentrice che è radicata la vera e autentica evangelizzazione: “Camminate nella carità, nel modo che anche Cristo vi ha amato e ha dato se stesso per noi, offrendosi a Dio in sacrificio di soave odore” (Ef 5, 2). È questa la Buona Novella per il genere umano!

Naturalmente, il sacrificio di Cristo non si comprende se non è unito all’amore del Padre per noi: “Dio infatti ha tanto amato il mondo da dare il suo Figlio unigenito, perché chiunque crede in lui non muoia, ma abbia la vita eterna” (Gv 3, 16). “Egli che non ha risparmiato il proprio Figlio, ma lo ha dato per tutti noi, come non ci donerà ogni cosa insieme con lui?” (Rm 8, 32). “Aveva ancora uno, il figlio prediletto: lo inviò loro per ultimo, dicendo: Avranno rispetto per mio figlio!” (Mc 12, 6).

Egli ci insegna il modo perfetto di vivere il dolore:

Con generosità: “Nessuno ha un amore più grande di questo: dare la vita per i propri amici” (Gv 15, 13). In fondo è questa la ragione: l’amore estremo conduce al dono totale; il suo amore divino portò Cristo alla crocifissione e alla morte, per tutti gli uomini.

Con umiltà: “Umiliò se stesso facendosi obbediente fino alla morte e alla morte di croce” (Fil 2, 8).

3. Dolore, sofferenza ed evangelizzazione degli apostoli

In effetti, sotto la guida dello Spirito Santo, la missione fuori del territorio ebraico inizia con la persecuzione degli ebrei a Gerusalemme (At 8), nonostante Gesù risorto abbia ordinato loro: “Avrete forza dallo Spirito Santo che scenderà su di voi e mi sarete testimoni a Gerusalemme, in tutta la Giudea e la Samaria e fino agli estremi confini della terra” (At 1, 8). Da questo momento Luca narra la conversione di Saulo (Paolo) e da questo momento inizia pienamente la missione ai pagani.

Come Gesù, anche gli apo-

stoli si servono delle occasioni di guarigione per proclamare il Vangelo.

La storia degli Apostoli e in particolare quella di Paolo è intrisa di dolore e di sofferenza, come mostrano gli *Atti degli Apostoli* e le sue lettere. La sintesi della vita di Paolo può essere riassunta nel modo seguente:

“Però noi abbiamo questo tesoro in vasi di creta, perché appaia che questa potenza straordinaria viene da Dio e non da noi. Siamo infatti tribolati da ogni parte, ma non schiacciati; siamo sconvolti, ma non disperati; perseguitati, ma non abbandonati; colpiti, ma non uccisi, portando sempre e dovunque nel nostro corpo la morte di Gesù, perché anche la vita di Gesù si manifesti nel nostro corpo. Sempre infatti, noi che siamo vivi, veniamo esposti alla morte a causa di Gesù, perché anche la vita di Gesù sia manifesta nella nostra carne

per voi e completo nella mia carne quello che manca ai patimenti di Cristo, a favore del suo corpo che è la Chiesa” (Col 1, 24). “Portiamo sempre e dovunque nel nostro corpo la morte di Gesù, perché anche la vita di Gesù si manifesti nel nostro corpo” (2 Cor 4, 10).

Questo spirito si diffonde tra i discepoli come fuoco che attraverserà i secoli di eroica sopravvivenza e di espansione della Chiesa nel mondo greco-romano.

4. Nei martiri

“Il sangue dei martiri è seme di cristiani” (Tertulliano, Apologeticus, 50: PL 1, 534).

Durante i primi secoli del cristianesimo, i binomi dolore-gioia, morte-gloria, sono presenti con una immensa forza vitale tra i credenti che, sotto le persecuzioni, vivevano ogni giorno nel pericolo di es-



mortale. Di modo che in noi opera la morte, ma in voi la vita” (2 Cor 4, 7-12).

La scia di generosità totale nel dolore, aperta dal sangue di Cristo, dopo che gli apostoli lo compresero grazie alla Pentecoste, diventa cammino di luce per la Chiesa nascente. Per questo l’apostolo Paolo esclama: *“Perciò sono lieto delle sofferenze che sopporto*

sere condotti in tribunale o martirizzati a causa della loro fede; ma essa li conforta e il Vangelo, attraverso il loro sangue e il loro dolore, penetra a poco a poco non solo nei cammini e nella cultura dell’Impero, ma anche nei cuori degli uomini, testimoni di un grande dolore vissuto con amore, in una stessa fede: “E se siamo figli, siamo anche

eredi: eredi di Dio, coeredi di Cristo, se veramente partecipiamo alle sue sofferenze per partecipare anche alla sua gloria” (Rom 8, 17).

I cristiani dei primi secoli conservavano la freschezza delle parole del Maestro che li spingeva ad abbracciare con spirito nuovo ogni esperienza dolorosa.

5. Ravvivare oggi la chiamata originale

Come la prima evangelizzazione, anche la nuova passa necessariamente per la sofferenza giacché questa è esperienza comune a tutti gli uomini ed è stata il modo con cui Dio ha scelto la redenzione per noi.

Papa Giovanni Paolo II ha ricordato chiaramente che “l’evangelizzazione non sarebbe autentica se non seguisse le orme di Cristo che fu inviato a evangelizzare i poveri”³.

Per questo la Chiesa confida nel valore della sofferenza di ogni cristiano per la salvezza del mondo: “(...) *Il Vangelo della sofferenza (...) parla con le parole di questo strano paradosso: le sorgenti della forza divina sgorgano proprio in mezzo all’umana debolezza. Coloro che partecipano alle sofferenze di Cristo conservano nelle proprie sofferenze una specialissima particella dell’infinito tesoro della redenzione del mondo, e possono condividere questo tesoro con gli altri*”⁴.

La nuova evangelizzazione ci deve annunciare che “i poveri sono sempre con noi”, che la malattia non è un male, che la croce è un segno di salvezza. Non deve solo dirlo, ma anche testimoniare. Non deve solo parlare della sofferenza, ma anche *sperimentarla, patirla* in sé, cioè soffrire.

6. Testimonianze⁵

Il dolore, la malattia, la sofferenza, sono un posto di osservazione, una scuola, un’università, un’occasione per un nuovo approccio alla vita, e, a volte, anche per un’autentica conversione e per l’apostola-

to. Per dimostrare questa affermazione, presento due gruppi di testimonianze: il primo composto da Santi che hanno cambiato la loro vita entrando a contatto col dolore, l’altro formato da persone di ogni condizione.

a) Santi

Alcuni di loro hanno vissuto l’esperienza della malattia sulla propria carne; altri, la maggioranza, l’esperienza che è servita loro per reindirizzare la loro vita, la loro vocazione, e l’hanno vissuta stando a contatto con le persone che soffrono.

Tra i primi incontriamo Sant’Ignazio di Loyola che, convalescente per una ferita, trovò Dio e Gli offrì la sua vita. Tra i secondi, è giusto citare i due grandi campioni della carità: Giovanni di Dio e Camillo de Lellis. Ambedue vissero un’esperienza negativa in ospedale, per il modo con cui venivano trattati gli ammalati; questa esperienza li portò a fondare i rispettivi istituti religiosi affinché fossero espressione di un trattamento più umano e caritatevole verso gli ammalati.

b) La mia esperienza vissuta come cappellano di un ospedale pediatrico

La cosa più sorprendente, la cosa più ricca nell’esperienza dell’evangelizzazione è la vita, la sorpresa di vivere quotidianamente interrogandosi sulla vita di quei bimbi che, appena nati, si vedono minacciati dalla sofferenza e dalla malattia. La sorpresa è vedere molte mamme – molte famiglie – ai piedi della croce dei loro figli nel dolore.

Quanta tenacia, quanta forza, quanto dolore, quante domande, quanto mistero. Il nostro servizio religioso non è un’organizzazione e nemmeno una presenza fredda e cronometrata; è piuttosto una vita, un segno. Lo vediamo in molte manifestazioni dei familiari.

Permettetemi di indicarne soltanto alcune come ricordo:

– “Mille grazie Elvira, mi hai aiutato molto”: questa era

la frase di una madre alla visitatrice dopo il funerale della sua bambina.

– Ricordo l’angoscia di una giovane coppia per la malattia del loro bambino che morì a tre mesi: quanto tempo passavano nella cappella tra speranza e scoramento!

– E la mamma di Jordi, con quanto amore e speranza curava il suo bambino!

– Quante famiglie aspettano la nostra visita, e spesso ci dicono: vi stavamo aspettando!

– E quel padre, Paco, deluso, disperato per suo figlio con la spina bifida e che non credeva in niente, che diceva di aver perso la fede... Lo abbiamo incoraggiato ad uscire dall’oscurità, dalla tristezza e dopo alcuni giorni abbiamo visto più luce e tranquillità in quella stanza e in quella coppia assieme al loro bambino.

– E cosa dire di Alice, di 12 anni, di Giovanni, di 8, di Gemma di 9 anni ammalata di leucemia, di José Manuel di 6, e di Maria di 3 anni?

– Miguel Angel è un bambino di 7 anni con un tumore maligno. È un caso disperato. Il bambino sta male, lo sente, e con una coscienza da persona grande ripete con una certa frequenza, tra i singhiozzi: “Mamma, mamma, ammazzami, fammi morire!”. Parliamo con i genitori, cerchiamo di essere loro molto vicini, di incoraggiarli, ma non abbiamo tempo per una conversazione senza interruzioni. Tutto è spezzato. È così difficile, c’è tanta angoscia!

– Questa è la riflessione di un padre: “Io, nel lavoro, mi sento distante e non ho fiducia nei miei colleghi. Ho sempre creduto che tra la gente ci fosse molta cattiveria, ma dopo tanti giorni di ospedale ho scoperto che c’è gente molto buona che si dedica a chi soffre, ho scoperto questo valore umano negli operatori sanitari, nei volontari, nel servizio religioso. Sono contento nonostante mio figlio continui ad essere ammalato. L’ospedale è una sorpresa!”.

– E un altro padre: “A noi, genitori demoralizzati e spaventati dalla malattia incurabile di nostra figlia, ci conso-

larono soltanto le parole del sacerdote che celebrò il battesimo e i funerali della nostra bambina”.

– Permettetemi di raccontarvi la testimonianza di una bambina di otto anni che subì un incidente assieme alla cugina e che abbiamo visitato con una certa assiduità. Dopo essere stata dimessa, un giorno ci venne a trovare in ospedale e tra le varie cose che portò c'era anche questa lettera:

“Caro San Giovanni di Dio, mia nonna ti offre questo mazzo di fiori per aver guarito me e mia cugina. Guarisci tutti i bimbi di questo ospedale. Aiuta Jolanda e Gustavo, Raffa, ecc., affinché guariscano come tu hai fatto con noi. Mia nonna ti manda questo mazzo di fiori affinché tu guarisca altri bambini. Voglio che tu dia una lezione a quei cuochi che fanno un cibo molto cattivo che ai bambini ricoverati non piace per niente. Ti lascio le mie stampelle perché non mi servono più poiché tu mi hai guarito. Te le lascio affinché se qualche altro bambino ne avesse bisogno le possa utilizzare, ma ti chiedo che nessuno al mondo debba usarle. Perché io credo che non sia necessario che la gente muoia e soffra, perché se non ci fossero queste cose orribili tutto il mondo vivrebbe felice. Te lo dice con tutto l'affetto Isabel Maria”.

c) *Un fiume di testimoni*
(*Fellini, Carreras,*
Paul Claudel, Mounier e
tante storie di sofferenti)

Qui di seguito citiamo due testimonianze significative che fanno riferimento a persone dei nostri giorni, noti rappresentanti del mondo delle arti contemporanee, che si sono trovate di fronte a un'esperienza di dolore. Ci riferiamo al famoso regista cinematografico Federico Fellini e al tenore José Carreras.

• Trascriviamo in primo luogo le dichiarazioni rese da Federico Fellini al giornale di Barcellona “La Vanguardia” il 29 agosto 1993 quando era ricoverato in una casa di cura a Rimini:

“Ho scoperto che un ospedale è un modo stupendo per meditare sui propri progetti e sulla propria vita”. L'intervista continuava così:

– Adesso, per lei, cos'è la paura?

– In primo luogo, le dirò che ho avuto paura.

– Ha pregato in quei giorni?

– Sì, ho pregato.

– Cos'è la preghiera?

– Un modo estremamente razionale ed intelligente di posare per terra i fardelli più pesanti della vita ed affidare a qualcuno il peso delle angosce e dei dubbi.

– Ha pensato a Dio?

– E come sarebbe possibile vivere senza pensare a Lui?

• Quello stesso giornale, in un'altra occasione, raccolse le dichiarazioni del tenore José Carreras:

“In conseguenza della mia malattia ho imparato a valutare l'aspetto religioso, una certa mistica, un certo genere di riflessione e questa è stata una delle esperienze positive che mi sono rimaste da quella situazione... Sono maturato di più come uomo a causa di questo episodio della mia vita e vedo le cose in modo più profondo”.

Paul Claudel ed Emmanuel Mounier ci hanno lasciato delle bellissime testimonianze sulla sofferenza⁶:

“Dio non è venuto per eliminare la sofferenza, e neanche per darne spiegazione. Egli è venuto per riempirla della sua presenza”, dice Paul Claudel. E prosegue: “Il dolore è una presenza, perciò esige la nostra presenza: una mano si è unita alla nostra e ci tiene aggrappati”.

E Mounier, in occasione della malattia di sua figlia Françoise, scriveva a sua moglie: “Non dobbiamo pensare a questa malattia, come se fosse qualcosa che doniamo, al fine di non perdere il merito – la grazia – di questo ‘piccolo Cristo che c'è in mezzo a noi’... Non voglio che perdiamo questi giorni dimenticando che sono giorni pieni di grazia sconosciuta”.

• Sono molti gli esempi e testimonianze vissute e scritte;

sono manifestazioni di vita, fatta cammino ed esperienza.

Tra tanti esempi sottolineiamo il libro *Testimonios de enfermos* che fu presentato al Papa Giovanni Paolo II a Siviglia in occasione del Congresso Eucaristico Internazionale (7-3 giugno 1993).

Si tratta di un lavoro fatto dal Dipartimento Nazionale di Pastorale Sanitaria in Spagna. Un libro con tante domande, esperienze, vite trasformate. Un libro pieno di vita nella sofferenza.

• *Ecco ancora una forte testimonianza di sofferenza e di amore*; Inizia così: “Noi, genitori di Alice, abbiamo toccato con mano un'esperienza molto forte di sofferenza e amore, abbiamo conosciuto bambini che ce l'hanno fatta e altri che non sono riusciti a sconfiggere il grande drago.

Dedichiamo questa lettera a tutti quelli che non si fermano solo a versare una lacrima ma vogliono andare oltre e speriamo che questa nostra esperienza possa servire ad altri genitori che come noi hanno vissuto o stanno vivendo questo doloroso cammino.

Alice, tu per prima hai saputo accettare con coraggio ogni difficoltà di questo nostro percorso, infatti spesso ci hai rassicurato dicendo: ‘Mamma, se si deve fare, lo faremo!’ e con queste parole ci trasmettevi subito tanta energia per continuare a lottare.

Solo poche volte quando lo sconforto ti assaliva, ti è capitato di dire: ‘Sono stanca di fare la brava’, ma poi accettavi ogni situazione con la tua solita tenacia. Il tuo ottimismo e l'entusiasmo verso la vita sono stati molto preziosi per noi e ci hanno donato la forza per andare avanti. Le tue grandi passioni erano la scuola, i tuoi amici e la danza, quello che più desideravi era di ritornare a vivere e a sognare con loro che tanto ti hanno amata, di un amore puro, semplice e incondizionato.

A loro un grazie speciale.

Nel periodo in cui eri più provata dalla malattia, abbiamo riscoperto una poesia che recitavamo insieme, perché a te piaceva tanto: ‘Un giorno

chiccolino giocando a nascondino nessuno lo cercò e lui si addormentò’.

Ci piace ora credere, che come disse Gesù ‘se il chicco di grano caduto in terra non muore rimane solo, se invece muore produce molto frutto’. (Gv 12, 24).

E tu piccola figlia nostra, anche solo a 11 anni di frutto ne hai già portato tanto perché hai sempre avuto nel cuore Gesù. Sei stata un grande esempio di vita per tutti noi, hai fatto scoprire a tante persone la gioia della preghiera, ci hai fatto capire che le cose vere vengono da dentro e hai acceso in tanti cuori la fiamma della solidarietà.

Per questo vogliamo ringraziare tutte le persone che ci sono state vicine con la preghiera, con semplici ma grandi gesti di vita quotidiana, con sorrisi e parole di conforto che hanno alleviato il nostro dolore. Grazie per tutti quelli che come noi credono che la speranza abbia bisogno del contributo di ogni singola persona, perché la sofferenza crea nel cuore una nuova luce.

Grazie Alice per la tua voglia di sorridere, di vivere e di amare”.

(Mamma e Papà)

• *Testimoni della croce e della gioia*⁷ è il titolo di un libro in italiano.

Si tratta di un cammino spirituale percorso da un gruppo di malati di cancro, uomini e donne che, con la loro vita carica di sofferenza a causa della malattia, ma piena di grande amore, ci trasmettono un messaggio autentico e prezioso.

• La malattia è anche luogo di incontro per Manuel Lozano Garrido, per Jaime, per Juana, per P. Ildebrando Gregori e per molti altri, storie innumerevoli piene di vita:

– Manuel Lozano Garrido, “Lolo”, giornalista e invalido, quando la Chiesa lo proclamò santo, sarà un santo dei nostri tempi, vittima di una malattia contratta in gioventù che lo rese infermo per tutta la vita. Come giornalista “intravedeva le tracce di Dio nelle telescriventi”, mentre andava

lasciando odore di santità. Benché cieco, non interruppe il suo lavoro di giornalista e letterato, neppure nei momenti peggiori della sua malattia o nei giorni di maggiore dolore. Creò e diresse una rivista per gli ammalati che offrivano la loro malattia per i giornalisti, per i giornali, per l’informazione. Un giorno vedremo sugli altari un giornalista, un malato, un modello di apostolato”⁸.



– Jaime, invalido, offre la sua testimonianza: “Anch’io credo che Dio mi ami. Mi ama anche nella mia sofferenza e nella mia invalidità. Ho vissuto una forte esperienza di Dio che ha trasformato la mia vita e me l’ha fatta vivere per Lui, non solo nella mia invalidità fisica, dove Dio è venuto ad incontrarmi, ma anche nella mia dedizione agli altri e voglio che sia un riflesso dell’amore di Dio che ho sperimentato”⁹.

– Juana, anche lei invalida, narra la sua esperienza: “Ho lavorato in ospedale fino all’età di 22 anni, quando un tumore al midollo spinale mi ha immobilizzato su una sedia a rotelle. Fino ad allora avevo considerato il dolore come un castigo, invece, a poco a poco, nel corso di questa malattia credo di aver incontrato Dio e da allora, da quando ho fede, il dolore ha rappresentato per me un’autentica liberazione”¹⁰.

– Il Rev. Ildebrando Gregori, fondatore delle Suore Ripa-

tratrici del Santo Volto di N.S.G.C., aveva un’immensa preoccupazione che ripeteva spesso, quella di “asciugare lacrime e ne asciugò moltissime”¹¹. Per lui, servire Cristo nell’uomo significava servirlo nella sua sofferenza estrema, sintesi e compendio di tutte le sofferenze, fisiche, morali e spirituali.

d) Esperienza della mia duplice malattia

La prima sopraggiunse nel mese di giugno del 1995. La seconda dieci anni dopo, nel marzo 2005.

• Prima esperienza: giugno 1995¹²

Mai nella vita – 59 anni – avevo avuto un’esperienza di malattia, solo piccole cose; ma all’improvviso sento che il corpo *mi dice* che qualcosa non va; è vero, dopo le ricerche, la diagnosi è chiara: “ulcerotomia, più vagotomia selettiva”; e tutto avviene di “urgenza”: ricovero, intervento. Comincia la mia *via crucis*, non per il dolore del corpo che non ho sentito, ma per il “fastidio” di tanti controlli medici che non finivano mai. Mi sono posto tanti interrogativi di fronte a due realtà: malattia-lavoro; abituato a una forma di vita molto attiva, avevo la sensazione di una gran perdita di tempo; ho sentito il sostegno della tecnica, ero in “buone mani”; ho sentito la vicinanza di molte persone, tanto che la mia esperienza ha questo titolo: “Non mi sono mai sentito tanto accompagnato”. La mia malattia è stata occasione per un nuovo rapporto con Dio; come religioso e come sacerdote posso dire che ho visto Dio più da vicino tramite tante piccole cose.

La malattia mi è servita per dare maggiore valore alla salute, la mia e quella degli altri; credo di aver guadagnato in sensibilità, a fidarmi di più di Dio e a relativizzare molte cose che apparentemente sembrano importanti e che invece non lo sono. Ho visto che, specialmente nei momenti più acuti della malattia, la

preghiera non è facile, specialmente la preghiera rituale, quella di tutti i giorni; quella del breviario mi risultava difficile, non la sentivo mia, nel momento che stavo attraversando.

La mia preghiera nel letto, prima, e nella piccola cappella della comunità, dopo, era composta per lo più da giaculatorie: Signore, si faccia la tua volontà, ma dammi la forza per seguirla. Di frequente invocavo il Signore con questo grido.

Ricordo che un giorno, dopo la seconda ricaduta, ho pregato il Signore con il Salmo 136: "Come cantare i canti del Signore in terra straniera?". E mi sono detto: è vero, è difficile e l'ho applicato a me, perché la terra straniera in quel momento era la mia malattia, erano i miei dubbi; la terra straniera era non poter seguire la vita normale; la terra straniera erano tanti esami medici, tante analisi, tante iniezioni.

Mi sono identificato allo stesso modo con il grido del salmista: "Signore mio Dio, a te ho gridato e mi hai guarito" (Salmo 29).

Un altro momento forte della preghiera è stata la festa dei SS. Pietro e Paolo; ho sentito vicini la gioia, il coraggio e la forza apostolica: "So di chi mi sono fidato, ho combattuto bene la mia battaglia, ho corso fino alla meta, ho mantenuto la fede... la grazia di Dio è sempre con me" (Antifona alle Lodi).

"Mia forza e mia potenza è il Signore, egli è stato la mia salvezza" (Antifona 2ª Lodi, I settimana).

"Umiliatevi dunque sotto la potente mano di Dio... gettando in lui ogni vostra preoccupazione, perché egli ha cura di voi" (1 Pt 5, 6-7).

Alla fine di tutto, questo è quel che ti lascia, questa è la sostanza della vita. In quei giorni è capitato fra le mie mani il foglietto dell'Ufficio della lettura dei 71 Beati dell'Ordine, martiri dell'ospitalità durante la guerra spagnola, e ho sentito come un brivido leggendo alcuni testi; ho visto in quei martiri la generosità, l'amore per gli ammalati, la fede in Dio, l'ardi-

mento nei momenti difficili, e mi son detto: forza! E ho visto che era vero, che la vita umana e cristiana maturano con la sofferenza. Vorrei terminare manifestando un'altra esperienza vissuta durante la malattia. Ho sentito vicina come mai la preghiera degli altri; tanti mi dicevano che pregavano per me e veramente ho sentito questa "spinta", questa forza e ho pensato: se gli uomini sono accanto a te, come può non esserlo Dio?

• *Seconda esperienza: marzo 2005*

L'ho pubblicata nel n. 60 della Rivista "Dolentium Hominum" con il seguente titolo:

***Ho riacquisito
il mio corpo "perduto"
a causa della malattia***

Era questo il mio grido, esattamente il 22 marzo, Martedì Santo 2005. Dopo un processo di malattia – avevo con-

minciato a sentirmi male, il corpo non stava bene, sentiva che stava accadendo qualcosa: "Ulcera duodenale" fu la diagnosi. Dopo un'operazione d'urgenza, fui sottoposto a cure intensive, passai dei giorni in ospedale, sottoposto a numerosi controlli, finché giunse una parola: "Sei guarito". Sebbene ti diano molti consigli, tu torni alla vita normale, come se non fosse successo nulla, e vai avanti perché il tuo corpo è stato "messo a posto". E così, poiché non avverti nulla, credi che tutto vada bene, finché nuovamente – dopo dieci anni – esso torna a non funzionare, e ti succede qualcosa.

Cosa mi accade?

Nonostante avessi fatto mille viaggi in Africa, senza alcuna prevenzione, nulla era accaduto. Questa volta, però, terminata la celebrazione della Giornata Mondiale del Ma-



tratto la malaria – riscoprii il mio corpo, lo risentii mio dopo un mese durante il quale mi sembrava di averlo perduto. Curato, l'ho ritrovato. In queste pagine vi racconto la mia esperienza.

Dieci anni fa

Era l'anno 1995. Dopo un viaggio in India, avevo co-

lato – 11 febbraio – sono tornato dal Camerun con la malaria. I primi passi non furono quelli giusti da compiere, pensando all'influenza che "girava" in quei giorni, finché, alla fine, decisi di recarmi al pronto soccorso dove iniziarono a farmi prove su prove, fino a quando mi dissero che dovevo entrare in ospedale perché avevo contratto la *malaria da*

Plasmodium Falciparum, da ciò che ho potuto leggere tra le numerose carte.

Iniziai allora una cura forte, passando prima per l'Unità di Cure Intensive (UCI), dove sono rimasto un'intera settimana, e poi nel reparto di Medicina, per altri giorni.

L'iter della mia malattia

Per tutta la Quaresima e la Settimana Santa sono stato sottoposto a controlli medici e ad assistenza infermieristica.

Come diceva il Papa in quei giorni, ero "malato tra i malati", controllato, "vigilato", affinché nulla sfuggisse.

La prima tappa – Rianimazione. Durante i primi momenti, non me ne sono quasi reso conto, tanto che chiedevo a me stesso: sono tanto grave che mi "proibiscono" di ricevere visite, telefonate, ecc.? Mi hanno detto che ho sudato moltissimo; sarà vero perché, una volta dimesso, ho trovato una grande quantità di pigiami; tanti cambi, tante prove e tanti controlli medici, ora questo, ora quest'altro, e poi il dover "obbedire" perché la situazione era grave. Me lo traduceva il corpo senza forze, senza voglia di nulla, non era più mio, era più stanco, aveva bisogno di tutto, era degli altri, dei medici, delle infermiere...

Pur non avvertendo dolore fisico, non potevo fare nulla da solo, le forze mi mancavano ed ero totalmente dipendente dagli altri, perfino per portare il cibo alla bocca; ieri tanto forte ed autonomo, oggi, ammalato, tanto dipendente. Non ero più la stessa persona.

Poi, il corpo reagì, i risultati della tecnica, la medicazione, i controlli..., diedero presto risultati positivi che avvertivo nel corpo e questo, benché bisognoso di sostegno, cominciava a reagire, a recuperare le forze.

Seconda tappa. Mi hanno dimesso dal reparto di Rianimazione e sono stato trasferito in quello di Medicina, seguito però dal servizio infermieristico d'Ortopedia, al 4° piano; ospedalizzato qui, al "Fatebenefratelli", forse per stare vi-

cino all'abitazione della comunità e alla mia.

Qui mi hanno seguito meticolosamente e puntualmente, tutto veniva registrato e annotato; col tempo, ho iniziato a notare un forte miglioramento; hanno cominciato col togliermi i tubi, le sonde...; sono arrivato ad alzarmi, anche se ancora aiutato e, poi, quasi come un miracolo, mi sono sentito forte e non ho più avuto bisogno di aiuto per alzarmi e gestire il mio corpo... una liberazione. Ho recuperato il mio corpo, dicevo al medico e alle infermiere. Cominciavo ad essere autonomo. Il fisico me lo diceva, gli altri lo valutavano: il colorito, la voce, una minore stanchezza. Il corpo ricominciava ad essere mio. Le parole del medico, però, erano: "Non correre", e questo mi dicevano anche altre voci amiche. Occorreva andare adagio e recuperare le forze perdute.

Giunti a questo momento, una volta dimesso, sono passato alla *terza tappa*, che mi ha visto in comunità, nella mia abitazione, ma sempre sottoposto rigorosamente alle indicazioni del medico, continuando ad essere, per così dire, "controllato". Ho tardato un po' prima di riprendere la vita ordinaria. Ma la battaglia contro la malattia era stata vinta e di questo ringrazio Dio, i medici e le infermiere.

L'esperienza

Nel paragrafo precedente ho già manifestato parte della mia esperienza, i primi passi compiuti, ciò che avvertivo nel mio corpo, come se questo fosse un altro, differente, ammalato.

Incontro tra tecnica e umanità. Passando, da ammalato, per il nostro ospedale dell'Isola Tiberina, a Roma, mi sono reso conto fortemente del peso e della conoscenza tecnica; quanta tecnica, quanta scienza vengono poste a disposizione dei malati, un bombardamento; questa è stata una delle realtà che ho potuto "toccare con mano"; e se essa è una realtà che dà sicurezza, altrettanto debbo dire delle persone

che ho incontrato nei diversi servizi e che sono stati, per me, la medicina migliore; assieme alla preparazione tecnica ho potuto apprezzarne la responsabilità professionale, l'accoglienza e la cordialità, il rispetto per la persona, l'umanizzazione dell'assistenza e la disponibilità.

La mia Pasqua 2005. Anch'io, "malato tra i malati", secondo l'espressione del Papa, ho fatto la mia esperienza pasquale, senza essere "protagonista", celebrante o conceleberrante; per la prima volta, ho vissuto tanto la Quaresima, quanto la Settimana Santa e i primi giorni di Pasqua a partire dalla malattia, con solo qualche presenza, meno faticosa, nelle celebrazioni. Li ho vissuti, però, con serenità e pace, chiedendo al Signore di venirmi in aiuto, perché il mio cuore palpitava più del solito e mi mancavano le forze (*Salmo* 21 e 37). Ho gridato al Signore ed Egli mi ha curato (*Salmo* 29). Il mio Venerdì Santo si è trasformato in domenica di Pasqua. Non ho assistito alla Veglia Pasquale, ma ho celebrato l'Eucaristia con i malati la sera della domenica di Pasqua. Volevo annunciare che Cristo era risorto, ed era vero, io stesso lo notavo nel mio corpo migliorato. La Chiesa, gioiosa per il trionfo di Cristo, cantava piena di gioia: "Sfolgora il Sole di Pasqua, esulta di gioia la terra..., il Signore è risorto". Resuscitate con il Risorto, correte, fatene l'esperienza. Egli è vivo. È risorto. Questa realtà pasquale è coincisa con la mia rapida guarigione, con l'annuncio, tante volte ripetuto dai medici, che i risultati erano positivi; erano annunci di vita, di risurrezione, lo notavo sul mio corpo, che diventava sempre più mio.

Nella malattia si scoprono altri valori. In una lettera di ringraziamento, inviata alla Direzione dell'ospedale, dicevo che la malattia era stata per me "benefica", in quanto mi ha aiutato a riflettere, ed è stata occasione per dare un freno alla mia vita agitata, "stressata", e anche perché è stata oc-

casione d'amicizia e per rendersi conto del fatto che, attorno a noi, esistono molte persone buone. Si scoprono persone nuove nell'ospedale, nella propria comunità, nella vita lavorativa. Durante la malattia, sono stato accompagnato dai Superiori dell'Ordine Ospedaliero al quale appartengo; mi sono state molto vicine le tre comunità dell'Isola Tiberina, il Servizio Pastorale, i Superiori e i compagni di lavoro del Pontificio Consiglio, in Vaticano, molte comunità religiose e i laici che hanno pregato per me; ho sentito vicino un fiume di orazioni, molta solidarietà, molti amici – tutti medicina del corpo e dello spirito – che mi hanno aiutato a superare la malattia con pace e serenità.

Il dolore e la malattia suscitano preghiere, sono un tempo per elevare suppliche al Signore. Come dicevo, ho sentito che molta gente ha pregato per la mia guarigione. Anch'io ho pregato, come si prega quando il corpo è "spezzato", malato. Tutti i giorni, durante la preghiera, passavano per la mia mente un'infinità di volti e istituzioni. L'ho fatto nuovamente, in modo particolare, il primo giorno che ho iniziato a reinserirmi nel lavoro, il 4 aprile, offrendo l'Eucaristia in azione di grazia per la mia guarigione e per tutti coloro che vi avevano contribuito: medici, infermiere, comunità, famiglia, persone amiche che mi sono state vicine con la scienza, la solidarietà e l'amicizia. Ho pregato per tutti.

Terapia mediante la lettura e la musica. Amo leggere. In un anno leggo una cinquantina di libri, piccoli e grandi. La lettura è necessaria tanto quanto il cibo. San Bernardo diceva che "un buon libro ti insegna ciò che devi fare, ti istruisce su ciò che devi evitare e ti mostra il fine al quale devi aspirare".

Una volta passata la prima "tormenta" della malattia e recuperate le forze, ho cominciato, poco a poco, con letture dolci, riviste d'informazione, i due ultimi documenti del Papa ai sacerdoti e ai responsa-

bili delle Comunicazioni Sociali, le riflessioni di Mons. Ravasi sulla Settimana Santa, con testi di Bernanos, Claudel, Unamuno, Turolde...; la lettera al Papa di Paolo Mosca; "Memoria e identità". Poiché "non avevo nulla da fare", ma dovevo solo prendermi cura della mia salute, questa è stata un'occasione "privilegiata" per leggere e per ascoltare della buona musica. Ho riascoltato i grandi maestri della musica: Mozart, Beethoven, Bach, Vivaldi..., cori ed organi, canti popolari russi, musica di meditazione e rilassamento. Canto gregoriano, brani classici della Settimana Santa e di Pasqua (*Mandatum novum, Ubi caritas, Exultet*, il Messia, l'Alleluia di Händel...). Quanto mi ha aiutato la musica a "distrarmi", a rasserenarmi, ad elevare lo spirito, a curarmi! Quanto cura la buona musica! Essa è una buona medicina.

"Mia forza e mio potere è il Signore, egli è stato la mia salvezza!". Durante il periodo più critico e difficile della malattia, si sperimenta una grande impotenza, non solo nel corpo, bensì in tutta la persona. Non si ha voglia di nulla, neanche di pregare "ufficialmente"; se il libro cade dalle mani, il corpo non reagisce, né la mente né lo spirito per la grande quantità di salmi, letture e orazioni. E si eleva una prece debole, semplice, aiutata da brevi pensieri delle Scritture, a volte da frasi di santi.

Ricordo che, già nella camera d'ospedale, quando avevo ripreso a leggere un poco, finché mi si annebbiavano gli occhi, andai a prendere il libro delle *Confessioni* di Sant'Agostino; mi sembrava "vibrante" e appropriato quel "tardi ti ho amato...", o "ci hai fatti per te e il nostro cuore non ha pace finché non riposa in te". E ancora Sant'Agostino: "Perché ti preoccupi? Colui che ti ha fatto, ha cura di te".

Più tardi, nelle *Opere complete* di Santa Teresa d'Avila ho cercato con avidità quel "Nulla ti turbi", la poesia n. 30 in cui la Santa invita ad elevare il pensiero, ad aspirare al cielo.

Stavo trascorrendo un tempo buono, positivo, riflessivo, di preghiera, e lentamente ho ripassato, varie volte, la seguente poesia della grande Teresa:

*Nulla ti turbi,
Nulla ti spaventi
Tutto passa,
Dio non cambia,
La pazienza
Ottiene tutto;
Chi ha Dio
Non manca di nulla:
Dio solo basta.*

Fu per me in questi momenti come una medicina spirituale.

Se è vero che ho confidato molto nella medicina e nelle persone di scienza, e che mi sono "aggrappato", per così dire, per uscire il prima possibile dalla malattia, è altrettanto vero che ho sperimentato la presenza di Dio in me attraverso tante "mediazioni", tante persone che ho incrociato in quei giorni della mia vita, che mi hanno incoraggiato e dato consigli. Tali "mediazioni", tali brevi testi della Scrittura e di altri Autori, sono stati una medicina, perché mi hanno dato forza, speranza, voglia di camminare.

Non posso non citare qui un pensiero di Teilhard de Chardin che ho "rimuginato" molte volte e che dice:

*"Non inquietarti per le difficoltà della vita,
per i suoi alti e bassi, per le sue delusioni,
per il suo avvenire più o meno oscuro.*

DESIDERA CIÒ CHE DIO VUOLE.

*Vivi felice. Te ne supplico.
Vivi in pace.*

*Nulla ti alteri.
Fa che nasca, e conserva
sempre sul tuo volto,
un dolce sorriso, riflesso di
quello che il Signore
continuamente ti rivolge.
Quando ti senti afflitto e triste,
ADORA E CONFIDA".*

Potrei continuare per pagine e pagine a raccontare la mia esperienza. Credo, però, di aver trattato ciò che maggiormente mi ha sorpreso e che, con più intensità, ho vissuto.

Esperienza e ricordi condivisi. Molte cose umane, ma anche molte cose di Dio; Egli scrive, come diceva Papa Luciani, “non sul bronzo o sul marmo, bensì nella polvere della terra, affinché resti chiaro che tutto è opera, tutto è merito solo del Signore”.

e) Un testimone eccezionale: Giovanni Paolo II

Desidero ora centrare l'attenzione su un testimone eccezionale nel campo della sofferenza in questi ultimi anni. Sto parlando di Giovanni Paolo II, un Papa che ha “viaggiato” nel mondo della sofferenza, che l'ha sperimentata sulla propria carne, durante i vari ricoveri al Policlinico Gemelli.



Questo Papa passerà alla storia per i numerosissimi viaggi, per l'apertura all'Est, per la tenacia nella ricerca dell'unità e della pace, oserei dire che sarà ricordato in modo particolare per la sua relazione con la sofferenza e con gli ammalati.

Il nostro Dicastero ha raccolto questa testimonianza in un bel libro¹³ con temi e titoli pieni di realismo:

Giovanni Paolo II, un Papa che viene dalla sofferenza, araldo del Vangelo della sofferenza, un Papa che spiega la sofferenza, che è al servizio di chi soffre, un Papa che ama gli ammalati, un Papa che soffre.

Un Papa che ha indirizzato alla Chiesa una Lettera Apostolica, *Salvifici doloris*, sul senso cristiano del dolore umano (11 febbraio 1984). Un Papa, inoltre, che ha istituito il

Dicastero per la Pastorale della Salute (con Motu Proprio *Dolentium Hominum*, dell'11 febbraio 1985) e la Giornata Mondiale del Malato (13 maggio 1992).

Egli è anche un simbolo, anzi, un esempio, una testimonianza viva. Il suo Pontificato nasce, si sviluppa e termina “piegato” al dolore. Il bel libro sul Pontificato si apre con una pagina che è tutta una vita. Il giorno seguente alla sua elezione, Giovanni Paolo II rende visita ad un suo amico gravemente ammalato; il quotidiano “L'Osservatore Romano” (19 ottobre 1978), pubblica la notizia con il seguente titolo: “Giovanni Paolo II tra i malati del Policlinico Agostino Gemelli”. E al titolo seguono le parole del Papa raccolte sempre dal quotidiano della Santa Sede:

“Voglio ringraziare tutti quelli che mi hanno guidato qui ed anche salvato perché, per il grande entusiasmo manifestato, poteva anche accadere che il Papa dovesse restare subito in questo ospedale per essere curato. Ma soprattutto – ha proseguito dopo la breve interruzione quasi impostagli dall'applauso dei presenti – penso che tutto ciò sia un fatto dovuto alla Divina provvidenza. Sono venuto per visitare un mio amico, un mio collega vescovo: Mons. Andrea Deskur, Presidente della Pontificia Commissione per le Comunicazioni Sociali. A lui devo tante buone cose, tanta amicizia. Da molti giorni, quasi alla vigilia del Conclave, lui si trova in questo ospedale ed è veramente in gravi condizioni. Ho voluto visitarlo, e non soltanto lui, ma anche tutti gli altri ammalati”.

Il Santo Padre ha quindi proseguito ricordando quanto nella mattinata aveva detto ai Padri Cardinali, della sua volontà di “appoggiare il mio ministero papale soprattutto su tutti quelli che soffrono e che alla sofferenza, alla passione, ai dolori, uniscono la preghiera”. “Carissimi fratelli e sorelle – ha detto inoltre il Papa – vorrei affidarmi alle vostre preghiere”.

Giovanni Paolo II ha ricordato ai malati che, nonostante

essi fossero, per ciò che riguarda la loro condizione fisica, deboli e ammalati, sono anche “molto potenti, così come è potente Gesù Cristo crocifisso”. “Ecco, la vostra potenza sta nella vostra rassomiglianza a Lui stesso. Cercate di utilizzare quella potenza per il bene della Chiesa, dei vostri vicini, delle vostre famiglie, della vostra patria e di tutta l'umanità. E anche per il bene del Ministero del Papa che è, secondo altri significati, anche molto debole”.

Nel ringraziare Dio per questa significativa occasione – ha detto il Santo Padre concludendo – e per questo incontro così prezioso a me, e penso a tutti, voglio anche ringraziare tutti quelli che servono gli ammalati nell'ospedale dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, i professori, i medici, le suore, gli inservienti, le inservienti e tutti. Ecco, Cristo si trova tra voi, nei cuori degli ammalati e nei cuori dei “Samaritani” che servono gli ammalati. Sia lodato Gesù Cristo.

“Ai più deboli, ai poveri, ai malati, agli afflitti, è a questi specialmente che, nel primo istante del pastorale ministero vogliamo aprire il nostro cuore. Non siete infatti voi, fratelli e sorelle, che con le vostre sofferenze condividete la passione dello stesso Redentore ed in qualche modo la completate? L'indegno Successore di Pietro, che si propone di scrutare le insondabili ricchezze di Cristo, ha il più grande bisogno del vostro aiuto, della vostra preghiera, del vostro sacrificio, e per questo umilissimamente vi prega”. Così si è pronunciato Giovanni Paolo II nel suo discorso programmatico rivolto ieri dalla Cappella Sistina agli uomini di tutto il mondo”.

Un grande programma rivolto ai poveri, agli ammalati, alla debolezza, ma con la “forza della sofferenza”. Sarà un iter costante nella pastorale di Giovanni Paolo II. Il libro della sua vita si chiude con la stessa testimonianza della forza presente nella sofferenza. Convalescente, dal Policlinico Gemelli, dava al mondo la seguente testimonianza:

“In questi giorni di malattia ho modo di comprendere ancor meglio il valore del servizio che il Signore mi ha chiamato a rendere alla Chiesa come sacerdote, come vescovo, come successore di Pietro: esso passa anche attraverso il dono della sofferenza, mediante la quale è possibile completare nella propria carne ‘quello che manca ai patimenti di Cristo a favore del suo corpo che è la Chiesa’ (Col 1, 24)” (13 ottobre 1996).

Giovanni Paolo II è un Papa che ha parlato molto della sofferenza, che ha visitato molti malati, ma la sua forza e la testimonianza stanno nel fatto di aver sofferto molto. Egli è un Papa con una grande esperienza di sofferenza. “Il dolore del Papa, simbolo del nostro tempo”, ha scritto Rocco Buttiglione in un bell’articolo (“Il Tempo”, 19 settembre 1996).

*f) Sofferenza e amore:
un incontro fecondo.*

Grande realtà l’affermazione che troviamo nell’Esortazione apostolica *Evangelii nuntiandi* di Paolo VI: “L’uomo contemporaneo ascolta più volentieri i testimoni che i maestri, o se ascolta i maestri lo fa perché sono dei testimoni” (n. 41).

Ciò aveva grande validità per i primi cristiani per la loro fede viva e operante ma è e deve essere valido nella Chiesa di oggi, soprattutto per la sofferenza, come campo privilegiato per generare testimonianza, per evangelizzare.

Il Cardinale Fiorenzo Angelini ha ben delineato l’importanza della sofferenza come generatrice di vita, quando è condivisa: “È dolore che può generare vita ciò che proviene dalla compartecipazione della sofferenza dell’altro, mediante la capacità di porre al servizio degli altri la grande lezione ricevuta dal nostro soffrire personale”¹⁴. La convinzione del valore della sofferenza unita all’amore opera un incontro di straordinaria fecondità spirituale¹⁵.

Il Vangelo, che è scuola d’amore, come Dio è amore, è anche scuola di forza nella sofferenza. L’uomo soffre e anche

la Chiesa soffre; ogni persona deve affrontare la propria croce e ogni cristiano è invitato da Cristo a percorrere un cammino a doppia corsia: quella di assumere e condividere con Lui il suo dolore, quella della generosità aiutando gli altri a portare la loro croce¹⁶. Per questo il mondo della salute e della malattia rappresentano un terreno privilegiato di testimonianza della nuova evangelizzazione, perché la sofferenza umana – lo ripeto con le stesse parole del Papa – non ha altro obiettivo se non quello di “sprigionare amore, per far nascere opere di amore verso il prossimo, per trasformare tutta la civiltà umana nella civiltà dell’amore”¹⁷.



“Carissimi ammalati, sappiate trovare nell’amore ‘il senso salvifico del vostro dolore e risposte valide a tutti i vostri interrogativi’ (Lett. Ap. *Salvifici doloris*, n. 31). La vostra è una missione di altissimo valore sia per la Chiesa che per la società. ‘Voi che portate il peso della sofferenza siete ai primi posti tra coloro che Dio ama. Come a tutti coloro che Egli ha incontrato lungo le vie della Palestina, Gesù vi ha rivolto uno sguardo pieno di tenerezza; il suo amore non verrà mai meno’ (Discorso agli ammalati e ai sofferenti, Tours, 21 settembre 1996, 2, in “L’Osservatore

Romano” 23/24 settembre 1996, p. 4). Di questo amore privilegiato sappiate essere testimoni generosi attraverso il dono del vostro patire, che tanto può per la salvezza del genere umano”¹⁸.

Sì, veramente, le testimonianze in materia di sofferenza sono innumerevoli; basta avvicinarci agli ospedali o entrare in molte case, ove numerose famiglie da anni assistono una persona cara ammalata per renderci conto della forza della sofferenza nel cambiare e trasformare le persone, nel rendere testimonianza e dire agli altri che il Signore è buono e che la forza dell’essere umano non sempre coincide con una buona salute, ma che

anche nella debolezza, nella malattia egli può manifestare una grande forza.

Se la vita pratica abbonda di questi esempi, a volte nascosti, non meno copiosa è la letteratura che narra per iscritto queste vite¹⁹.

Alcune espressioni tratte da testimonianze di malati ci rivelano la dinamica della sofferenza, non solo per quanti la vivono, ma anche come forza evangelizzatrice:

– Mai, dolore, potrai chiudermi. Posso amare sul cavalletto di tortura (Martin Descalzo).

– Morì a 20 anni, provata dal dolore. “Mai la videro

stancarsi di soffrire” (Maria Teresa).

– Rendo grazie a Dio, perché mi ha dato la forza per vedere la mia realtà (Maria Dolores).

– “Io ti conoscevo per sentito dire, ma ora i miei occhi ti vedono” (Gb 42, 5).

– Nella mia malattia ho visto più vicina la paternità di Dio e Gesù come amico e compagno (Martin Descalzo).

– Sono contento nonostante mio figlio continui ad essere ammalato. L’ospedale è una sorpresa (un padre).

Riflessione finale

Per terminare, vorrei riportare quattro voci amiche, ciascuna delle quali ha vissuto esperienze personali di sofferenze o vicine a chi soffre; le loro parole e il loro modo di vita sono anche luogo di incontro e di evangelizzazione.

*** Prima voce:** P. Pierluigi Marchesi (†2002)

Grande difensore dei malati, uomo di frontiera e con una grande visione profetica; durante il Sinodo sulla Riconciliazione del 1983, di fronte al Papa e ai Padri Sinodali, si esprime nei seguenti termini:

“È sempre edificante condurre i malati ai Santuari, almeno quelli che possono farlo, benché non sempre siano coloro che ne hanno maggiore necessità: oggi occorre, soprattutto, che la Chiesa intraprenda un pellegrinaggio negli ospedali dove, in molti Paesi, si recano più persone che alle nostre parrocchie e dove è viva la presenza di Cristo che vuole la riconciliazione”.

Egli concludeva così il suo intervento:

“... Non dimentichiamo che un giorno tutti apparterremo al popolo dei malati e dei moribondi, anche noi; sarà un modo inevitabile di incontrare Cristo che ci riconcilia e ci invita alla sua Pasqua”.

*** Seconda voce:** vita e morte di Anania (†2003)

Il suo corpo morì, la sua vita no. Sapeva di lacrime e di

sofferenza, ma li portò sempre con forza d’animo e coraggio. Fu luce che illumina senza offendere, riscalda senza bruciare. Morì con stile di campione. Gli demmo solo un addio temporaneo. Una croce di pietra, e ci fu silenzio di parole sapienti, e vita depurata dalla morte, e amore più forte della morte, e Dio da abbracciare dopo 95 anni, e amare per sempre. Così visse e così se ne andò il nostro fratello Anania, padre di un mio amico, Rude. La sua morte fu piena di vita. La sua testimonianza ci riempie di gioia e di speranza.

*** Terza voce:** un vescovo racconta la sua esperienza (D. Fernando Sebastián, vescovo di Pamplona. Cfr. “La verdad del Evangelio” Ed. Sígueme, pagg. 793-794)

“...il vostro vescovo si è ammalato; nulla di grave, ma è una cosa lunga e complicata... Il primo insegnamento che ti dà la malattia è il cadere nella provvisorietà e nella fragilità della nostra vita. La malattia è sempre una cosa imprevista che non rientra nella nostra agenda. Quando siamo sani, diamo per scontato che continueremo ad essere sani e forti. Ma giunge il giorno in cui il corpo non risponde e ci rendiamo conto che la nostra forza apparente si sostiene su un cumulo, su una piramide di meraviglie, che noi non controlliamo e che conosciamo molto poco.

Questa fragilità è anch’essa parte della verità della nostra vita, per questo la malattia ci aiuta a conoscerci con maggiore realismo e ci aiuta a vedere meglio la verità della nostra società.

[...] Siamo molto, valiamo molto, però ciò che siamo e valiamo si basa su qualcosa che non dipende da noi, che è anteriore a noi e che ci sfugge. La salute, la vita, tutto ciò che siamo è un dono.

[...] La malattia ci fa apprezzare anche ciò che riceviamo dagli altri. Qualcuno deve stare al tuo fianco per aiutarti a vivere.

[...] Nei giorni della malattia si prega maggiormente, si sente più vicina la presenza di

Dio che ci consola e ci rafforza, risultano più chiare le parole di Paolo: ‘Ti basta la mia grazia’. ‘La forza di Dio si manifesta nella nostra debolezza’. L’accettazione della propria debolezza aiuta a dare maggiore valore alle possibilità degli altri e soprattutto la grande forza dell’amore di Dio che non manca mai. La malattia è un tempo di lungimiranza. Si comprendono meglio il mistero del dolore, la forza dell’amore, la necessaria solidarietà, saggezza definitiva di croce di Cristo, amore innocente realizzato nel dolore come cammino di libertà e salvezza.

La mia esperienza si è vista rafforzata dalla malattia e dalla morte di due amici e fratelli molti vicini, i vescovi Conget e Osés. Essi ci hanno portato fino al fondo dell’esperienza e sono entrati dalla porta stretta della morte fino all’incontro glorioso con il Dio dell’amore e della vita. Noi abbiamo appreso da loro a morire e a vivere vicino a questo Dio che ci aspetta con pazienza e misericordia”.

*** Quarta voce:** Jesús Burgetta riflette in questo modo:

In Cristo la sofferenza “è stata unita all’amore” (SD, 18).

Giacché la sofferenza è un fatto, è possibile viverla umanamente e positivamente.

L’evangelizzazione del malato deve aiutare a vivere in modo costruttivo l’esperienza del dolore.

Come?

– *assumendo consapevolezza della nostra limitazione e della nostra finitudine;*

– *preparando all’incontro con Dio come un compagno silenzioso;*

– *insegnando ad assumere la morte, cioè a terminare la vita come un atto di donazione, di dedizione, di fiducia totale, di fusione con gli altri e con Dio.*

Solo l’amore vissuto nella malattia può darle un senso e solo l’amore, la donazione, può dare un senso totale alla morte, che può essere trasformata nell’ “atto vitale per ec-

cellenza”: “Mi ha amato e ha dato se stesso per me” (*Gal* 2, 20). L’amore è anche la fonte più ricca sul senso della sofferenza, che è sempre un mistero. Dio ha dato questa risposta all’uomo nella croce di Gesù Cristo (*SD*, 13).

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

Bibliografia

- GIOVANNI PAOLO II, Lettera apostolica *Salvifici doloris*, 11.2.1984.
GIOVANNI PAOLO II, Motu Proprio *Dolentium Hominum*, 11.2.1985.
ANGELINI F., *L'uomo delle beatitudini*, Tip. Pol. Vaticana, Roma, 1986.
ANGELINI F., *Quel soffio sulla creta*, Tipografia Vaticana, 1986.
ANGELINI F., *El Evangelio del sufrimiento y la primera evangelización en Chile*. Conferencia en la Pontificia Universidad de Chile, 25 settembre 1992.
ANGELINI F., *L'amore per i sofferenti, chiave dell'evangelizzazione*. “L'Osservatore Romano”, 9 ottobre 1992, p. 5.
ANGELINI F., *All'occasione del centenario del primo annuncio del Vangelo nel Nuovo Mondo*, Città del Vaticano, 23 settembre 1993.
ANGELINI F., *Ero infermo...* Ed. Velar, Bergamo, 1996.
AA.VV., *Il significato della sofferenza umana*. Atti del I Congresso Stauròs, Ed. Stauròs. Pescara, 1983.
AA.VV., *Vivir sanamente el sufrimiento. Reflexiones a la luz de experiencias de enfermos*. Conferencia Episcopal Española. Madrid, 1994.
AA.VV., *La spiritualità nel tempo della malattia*. Quaderni di Camilliana, n. 1. Roma, 1990.
BAUTISTA M., *Para mi amigo enfermo*. Ed. San Pablo. Buenos Aires, 1994.
CANONICI C., *Dolore che salva. La sofferenza umana e le missioni*. Ed. Porziuncola, Assisi, 1992.
CINÀ G., *Sofferenza e salvezza*. Susidi. Camillianum. Roma, 1995.
CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA, *Los 10 días del enfermo en la Iglesia española*. Conf. Ep. Esp. Past. Salud, Madrid, 1994.
CONGAR Y., RAHNER K., *Sulla malattia*. Brescia 1976 (Meditaciones, 28).
DE LA CALLE F., *Respuesta bíblica al dolor de los hombres*. Ed. Fax. Madrid, 1974.
EVELY L., *El sufrimiento*. Ed. Estela. Barcelona, 1966.
ELIZONDO V., (con collab.), *La via della croce. La Passione di Cristo nelle Americhe*. Queriniana, 1992.
FRANKL V.E., *Homo patiens. Interpretazione umanistica della sofferenza*. Traduzione e prefazione di E. FIZZOTTI Varese, 1972.

GONZALEZ FAUS J.L., *Vicarios de Cristo*. Ed. Rotta. Madrid, 1991.

GRANDI V., *Al servicio de los enfermos con amor*. Ed. Selare. Bogotá, 1997.

HARING B., *La Fe, fuente de salud. Canto a los profesiones sanitarias*. Ed. Paulinas, 1990.

ILARI A., *Il dolore non è mai vano, mai inutile. La croce della sofferenza è fonte di grazia e di salvezza*. “Anime e corpi”, 90 (1980), 307-313.

JAN RYN Z., *El dolor tiene mil rostros – Juan Pablo II y los enfermos*. Ed. Universitaria. Santiago de Chile, 1993.

LUKAS E., *Dare un senso alla sofferenza*. Cittadella editrice. Assisi, 1983.

MAGRASSI M., *Gesù e il malato*. Ed. La Scala. Noci, 1996.

MARTINI C.M., *Farsi prossimo*. Piani pastorali. Milano, 1987-86.



MARTINI C.M., *Parlo al tuo cuore*. Centro Ambrosiano. Milano, 1996.

MATTAI G., *Teologia della croce e pastorale della sofferenza*. “Anime e corpi”, 63 (1976), pp. 81-91.

MONGILLO D., *La croce di Gesù Cristo, fondazione di vita morale in La Sapienza della croce oggi*. Atti del Congresso Internazionale: Roma, 13-18 ottobre 1975, I, Leumann (Torino) 1976, pp. 276-283.

MOLANN, *El Dios crucificado*. Ed. Sígueme. Salamanca, 1975.

MOTICELLI I., *La sofferenza nella riflessione teologica italiana dopo il Vaticano II*. Ed. Salcom, 1984.

NAVONE J., *Teologia del fallimento*. Ed. Pont. Univer. Gregoriana. Roma, 1988.

RAVASI G., *Fino a quando Signore? La sofferenza secondo la Bibbia*. Ed. Fatebenefratelli. “Spiritualità” n. 40. Cernusco sul Naviglio (MI), 1995.

REDRADO J.L., *Presencia cristiana en las clínicas y hospitales*. Ed. PPC, Madrid, 1969.

REDRADO J.L., *Dolore e morte in conflitto con noi: alla ricerca di un senso*. Congresso Internazionale di Psicologia e Scienze Umane “La Bussola”, Veroli (Fr), 16-18 maggio 1996.

RIVISTA “CONCILIUM” n. 119 – *Sufrimiento y fe cristiana*.

RIVISTA “LABOR HOSPITALARIA”:

n. 190: *Presencia de los enfermos en el Sínodo de obispos*, 1983.

n. 195: *Un año de la carta Salvifici doloris*.

n. 235: Enero-Febrero-Marzo 1995.

N. Monografico. *El sufrimiento y la enfermedad*.

RIVISTA “MISSIONE E SALUTE” n. 5/96 – *La sofferenza è parte della vita*.

RIVISTA “DOLENTIUM HOMINUM”. Varie riflessioni sul significato della sofferenza n. 27/1994.

ROJAS E., *Una teoría della felicità*. Ed. Paoline. Roma, 1988.

SALVADORI M., *Fede e malattia*. Ed. Carroccio. PD, 1986.

TETTAMANZI D., *L'annuncio del Vangelo al mondo della sofferenza*. “Anime e corpi” 61 (1975), 523-538.

VICO PEINADO, *Profetas en el dolor*. Ed. Paulinas. Madrid, 1981.

VIRGULIN S., *La croce come potenza di Dio in I Cor, 18-24 in La Sapienza della croce oggi*. Atti del Congresso Internazionale: Roma, 13-18 ottobre 1975, I, Leumann (Torino) 1976, pp. 144-150.

Note

¹ RAVASI GIANFRANCO, “Fino a quando, Signore? Un itinerario nel mistero della sofferenza e del dolore”, p. 21.

² BAUTISTA MATEO, *Para mi amigo enfermo*, Ed. San Pablo, Buenos Aires 1994, pp. 7-9.

³ GIOVANNI PAOLO II, *Omelia durante la celebrazione della Parola*, Viedma (Argentina), 7.4.1987.

⁴ *Salvifici doloris*, 26.

⁵ REDRADO JOSÉ L., *Evangelizzazione e mondo sanitario: una sfida ai religiosi della sanità in Curate infirmos e la vita consacrata*, Pontificio Consiglio della Pastorale per la Salute, Città del Vaticano 1994.

⁶ Ch. Rivista “Labor Hospitalaria”, n. 235/1995. Cartas sobre el dolor, pagg. 52-56.

⁷ LAZZARI RICCARDA, *Testimoni della croce e della gioia*, Ed. Camilliane, Torino 1997.

⁸ Cfr. *Un ejemplo concreto*, Riv. Ecclesia, Madrid 7 settembre 1996.

⁹ REDRADO JOSÉ L., *Curate infirmos*, p. 121.

¹⁰ O.c., p. 119.

¹¹ ANGELINI FIORENZO, *L'eremo e la folla*, p. 111.

¹² Rivista “Dolentium Hominum”, n. 35.

¹³ Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, *Giovanni Paolo II e la sofferenza*, Ed. Velar. Bergamo 1995.

¹⁴ ANGELINI FIORENZO, *Quel soffio sulla creta*, p. 148.

¹⁵ O.c., p. 160.

¹⁶ *Cristo allo stesso tempo ha insegnato all'uomo a far del bene con la sofferenza ed a far del bene a chi soffre. In questo duplice aspetto egli ha svelato fino in fondo il senso della sofferenza SD*, 30.

¹⁷ O.c., 30.

¹⁸ GIOVANNI PAOLO II, *Messaggio per la V Giornata Mondiale del Malato*, 1997, n. 4.

¹⁹ Cfr. VICO PEINADO JOSÉ, *Profetas en el dolor*, Ed. Paulinas, Madrid 1981.

REDRADO JOSÉ L., *Evangelización y mundo sanitario: un reto a los religiosos de la sanidad*, in “Curate infirmos” (Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute), pp. 113-115. AA.VV.: *Vivir sanamente el sufrimiento – Reflexiones a la luz de experiencias de enfermos*, Conferencia Episcopal Española, Departamento de Pastoral de la Salud, Col. Iglesia y Mundo de la salud, n. 3. LAZZARI RICCARDA, *Testimoni della croce e della gioia*. Ed. Camilliane, Torino 1997. AITINI ENRICO, BARNI SANDRO, “Caro maledetto dottore” (una lettera sul cancro), EDB Bologna 2001.

Sanità e utopia

L'umanizzazione della sanità è un'utopia?

1. Cura dell'uomo e carenza di umanità

Il filosofo francese Emmanuel Hirsch, attuale direttore dello "spazio etico" degli ospedali pubblici di Parigi, ha dichiarato che "per l'ospedale si ha il dovere dell'utopia". I sistemi sanitari che hanno ancora nell'ospedale il loro punto di forza, devono prendere in considerazione i problemi di umanizzazione del dolore, della dipendenza, dell'aumento dei malati con demenze, e della invasione delle più sofisticate tecnologie. Se non permettiamo l'incontro tra l'umanità dei medici, degli infermieri, dei tecnici e dei malati, gli ospedali si trasformano in imprese anonime che rischiano di tradire la loro vocazione umanistica.

Senza ricorrere ai periodici richiami, spesso allarmanti, dei vari osservatori pubblici o privati sul sistema socio-sanitario, si deve prendere coscienza della situazione in cui versano gli ospedali. Lo fa con una lucida accorata analisi una Nota pastorale ufficiale della CEI, *Predicate il Vangelo e curate i malati*, Roma 2006, che in questa sezione della nostra riflessione, costituisce il testo di riferimento: per la sua fedeltà al reale e per la sua evidente obiettività e neutralità. Vorrei partire dal vasto orizzonte delle affermazioni contenute nell'enciclica *Deus caritas est*, sulle qualità degli operatori sanitari, come vengono riprese dalla CEI:

"Per quanto riguarda il servizio che le persone svolgono per i sofferenti, occorrono innanzitutto la competenza professionale...

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" (Benedetto XVI, *Deus caritas est*, 31, Roma 2005).

L'affermazione illuminante sulla imprescindibile alleanza tra scienza e umanizzazione, permette di valutarne i contesti di disumanizzazione che sono ancora presenti nei servizi sanitari. La CEI non ha tentennamenti nel riconoscere una situazione ormai inaccettabile non soltanto per i credenti, ma neppure per le persone che vivono nella società aspettando un servizio equo e rispettoso delle dignità umane.

Vediamo ora, in quanti modi viene presentata la disumanizzazione in una gradazione che va dalla "carenza di umanità" al "degrado di umanità". Parole come pietre che devono farci riflettere:

"Il discorso sulla carenza di umanità nel servizio reso al malato è lungi dall'essere esaurito. Si avverte un profondo bisogno di personalizzare l'approccio, di passare dal curare al prendersi cura, di considerare la persona nella totalità del suo essere" (Nota pastorale CEI, cit. n. 14).

Il contesto di riferimento è la crisi attuale dell'assistenza alle persone in condizioni di fragilità psichica, la cui presa in carico non deve ridursi alla semplice somministrazione di farmaci. La vera cura deve essere affidata all'ascolto e all'accoglienza di tutta la persona da parte di operatori motivati e solidali e orientati con specifica formazione.

"È nella prospettiva dell'ospitalità che acquistano significato le iniziative finalizzate a rendere più umano il servizio al malato.

Un contesto in cui vi sono tensioni, conflittualità, difficoltà di dialogo e di comunicazione tra le persone nuove alla cura del malato" (*ibid.* n. 25).

In questo caso il contesto di riferimento è l'ospedale attuale nel quale insieme alla discrimi-

nazione delle relazioni interprofessionali e, forse in conseguenza di questa, cresce la disumanizzazione del servizio. Di fatto oggi, l'unica questione agitata nel dibattito sulla sanità è quella della sostenibilità economico-finanziaria.

Questa dimensione di grande importanza per la sopravvivenza dei sistemi sanitari e sociali, ha generato una cascata di rivendicazioni sempre più miopi e povere di umanità, rendendo di fatto secondaria la centralità della persona malata e dei suoi bisogni che meriterebbero una diversa attenzione.

"La Chiesa ritiene che l'umanizzazione del mondo sanitario sia un compito urgente e perciò la include nell'ambito dell'azione pastorale convinta della valenza evangelizzatrice di ogni iniziativa volta a imprimere un volto più umano all'assistenza e cura dei malati" (*ibid.* n. 26).

Si avverte qui il richiamo forte di carattere etico a riconoscere e promuovere, attraverso i gesti della cura e dell'assistenza, la dignità inerente al malato che, anche nel degrado del corpo, mantiene il suo valore di figlio di Dio. Tutti i gesti che vengono compiuti con questa motivazione possiedono una carica interiore che li supera e permette il sorgere delle domande di senso e l'aprirsi di spazi di comprensione che facilitano l'accesso al Vangelo della vita.

"Nel leggere il fenomeno inquietante del degrado di umanità presente nei servizi al malato – quali il prevalere di interessi politici ed economici, l'eccessiva burocratizzazione, l'inefficienza amministrativa, il deterioramento della scala dei valori, la scarsa considerazione del malato come persona – la Chiesa invita a vedere la radice della disumanizzazione nel peccato" (*ibid.* n. 27).

L'invito deciso dalla CEI, eco del più forte richiamo alle strutture di peccato dell'En-

clica *Evangelium vitae*, rivolto a tutti i responsabili è quello di conciliare gli apparenti opposti dell'etica e dell'efficienza. Il richiamo alla conversione del cuore per pensare in maniera "diversa" le riforme sociali e sanitarie, impone l'adesione ai valori e l'intenzione di aderire ad un progetto in cui la regola di vita sia la carità perché si realizzi una possibile civiltà dell'amore.

2. Le sfide della modernità all'umanizzazione¹

È risaputo come la cultura della modernità si fondi sulla scoperta dell'individuo – il soggetto dei filosofi – e sulla preminenza del metodo scientifico con l'affermarsi dell'impresa tecnico-scientifica.

Si è così determinata una civiltà-cultura materialista che identifica lo sviluppo con lo sviluppo scientifico e tecnico e tralascia la "crescita" dell'umanità in quanto non è una merce di scambio.

La cultura sanitaria ha rischiato di disumanizzarsi perché mistifica o tecnicizza i problemi vitali dell'uomo, restringendo il rapporto medico-malato ad un incontro di ruoli, curante-paziente. Da qui l'invasione tecnologica che sembra sostituire persino le decisioni umane con quelle, automatizzate, della robotica.

Infatti, nessuno può negare oggi che l'impresa tecnico-scientifica ha imposto una trasformazione sia nell'organizzazione sanitaria che nell'esercizio delle prestazioni mediche dentro e fuori l'ospedale.

Questo sviluppo ha però condotto ad un predominio della tecnica che si pone in una certa tensione con la concezione umanistica della medicina classica. Tale opposizione dialettica tra l'esaltazione della tecnica e l'etica medica, sembra oggi essere la vera e propria sfida lanciata all'umanizzazione dalla tecnologia. Sembra difficile, nella disgiunzione di fatto operante tra bisogni dell'uomo e tecnica, che venga difesa e salvaguardata la dignità dell'uomo per il fascino che esercitano le performance della tecnica. Il paziente ha

paura delle molteplici macchine sia diagnostiche che interventistiche per cui sembra egli stesso ridotto ad una protesi artificiale inquadrato, diagnosticato, e trattato seguendo le sole leggi della fisica e della chimica.

Si dimentica, come viene purtroppo evidenziato da certe teorie economiche e da certi modelli sanitari, che l'uomo non è una macchina che può funzionare più o meno bene, non è un prodotto casuale dell'evoluzione, ma dono di Dio che va rispettato e tutelato nella sua dignità spirituale e corporale.



La tecnica biomedica non è inizialmente neutrale – cioè buona o cattiva – ma deve essere considerata come strumento e potenzialità di azione che di per sé, può anche non essere orientata al bene. Certe tecniche moderne, per esempio la fecondazione in vitro, la clonazione di embrioni, la produzione di embrioni finalizzata solo all'uso delle cellule staminali e le stesse tecniche anti-procreative, prevedono fin dall'inizio delle azioni in sé inaccettabili dal punto di vista della bioetica e della morale cattolica.

I medici, che sono sempre più affascinati da queste tecniche per la loro riuscita e per l'impressione di onnipotenza che procurano, non mettono al centro l'uomo, ma la prestazione. Il trionfo della tecnica, allora, produce una certa cadu-

ta del senso umanistico della medicina che si sopravvaluta fino al punto di sostituirsi alla natura: l'artificiale tende a sostituire il naturale, costruendo un mondo totalmente manipolabile.

Ma una scienza medica tecnologicizzata che pone una tale fiducia nel proprio potere sulla natura fino a promettere la guarigione della salute per tutti e quasi la vittoria sulla morte, si vede richiedere i "miracoli" più portentosi in nome di un diritto a fruire di tutto quello che è tecnicamente fattibile. La questione del senso e della vocazione dell'uomo è completa-

mente espulsa, fino all'affermarsi il ricorso all'eutanasia quando non vi siano più rimedi tecnicamente attuabili.

Insieme alla "caduta" dell'alto significato della medicina, si produce così anche una "caduta" del valore etico della professione medica, riducibile semplicemente all'utilizzazione categorica delle tecniche disponibili: senza vedere il vero bene del malato e la relatività o parzialità degli stessi mezzi tecnici impiegati.

Il danno maggiore è proprio quello della trasformazione dell'uomo persona in puro oggetto del potere tecnocratico e, forse, mezzo inconsapevole di una trasformazione finalizzata alla manipolazione dell'identità umana stessa.

Qui risiede, a mio parere, la sfida maggiore della modernità verso la medicina e consiste da

un lato nel considerare l'uomo solo come un composto materiale e dall'altro nel produrre la disumanizzazione delle relazioni.

La tentazione e il rischio che gli uomini regrediscano verso uno stadio di disumanità, è presente nella storia umana e nella vita sociale di tutti i giorni. Risuonano ancora nello spirito dei contemporanei le parole dell'Enciclica *Evangelium Vitae* (1995) con cui Giovanni Paolo II metteva in guardia contro la cultura di morte che pervade certe sfere della nostra civiltà, producendo una falsa cultura dei diritti umani e un'ansia di eliminare le persone non produttive della società: i neonati prematuri, le persone diversamente abili o gli anziani, introducendo aborto ed eutanasia come diritto.

Proprio contro la deriva della separazione tra razze, la discriminazione in categorie sociali opposte e il prevalere degli interessi economici sopra la ricerca del bene comune, il movimento culturale dell'umanizzazione appare come la proposta per una nuova visione dell'uomo-in-società che vuole permeare i saperi e le tecniche operative in grado di cambiare la cultura utilitarista imperante nei modelli attuali di vita sociale.

Infatti i servizi sanitari, inseriti necessariamente nelle dinamiche socio-economiche regolate dalle leggi e amministrate dalla politica, non possono essere considerati opera altamente umanizzante, se non si mette il rispetto di ogni uomo e di tutto l'uomo al centro di ogni istituzione sociale.

In questa linea ci spingeva profeticamente Giovanni Paolo II quando, già nel 1996, introducendo i lavori della X Conferenza Internazionale del Pontificio Consiglio per la Pastorale della salute, dichiarava: "Il campo della sanità e della salute..., offre innumerevoli conferme della concreta possibilità di un fecondo sodalizio tra ragione e fede per costruire, nelle libertà e nel pieno rispetto della persona umana, la civiltà della vita la quale, per essere veramente tale, deve essere anche civiltà dell'amore" (*"Dolentium Hominum"*, *ibid.* p. 8).

3. I punti forti di un messaggio profetico da attuare

Un'opportunità per approfondire il nostro tema ci viene offerta dalla recente pubblicazione di un volume dal titolo *Umanità. Storia e utopia* che raccoglie gli scritti di Fra Pierluigi Marchesi definito dai suoi contemporanei "profeta dell'umanizzazione".

Sotto l'apparente facilità dei suoi scritti si nascondono, come sotto la punta di un iceberg, una vastità e una profondità di pensiero e di passione da sconvolgere chiunque tenti di immergersi per portarli alla superficie.

Pensiero e passione che vengono da molto lontano, hanno coinvolto vita ed azione dell'Autore, hanno obbligato i confratelli religiosi e il mondo laico sanitario a mutare il proprio assetto mentale ed affettivo prima di quello operativo per sospingersi poi verso una rinnovata intesa e salutare relazione con il malato.

Gli scritti coprono anni difficili per la sanità e testimoniano il tormento di un Religioso ospedaliero che vede il divario, e a volte l'incoerenza, tra la profezia e la realtà, con tutte le difficoltà di impiantare i valori dell'umanizzazione nel vissuto quotidiano della realtà sanitaria.

Il suo messaggio ci provoca ad uscire dalla limitata e spesso meschina cerchia delle opere, delle famiglie religiose e istituzioni di appartenenza e impone uno sguardo a 360 gradi sui bisogni nuovi e diversi dei fratelli malati.

Secondo P.L. Marchesi l'umanizzazione deve diventare ideale della politica, superando i limiti del calcolo finanziario e della semplice gestione di budget, per riproporsi all'interno di un'etica politica in un mondo come il nostro che forse ha perso di mira l'obiettivo fondamentale della promozione umana, egli usa il martello della sua parola per portare il ragionamento etico in ogni suo intervento.

Dall'antologia che raccoglie quei testi in successione cronologica citiamo alcuni passaggi come punti di riferimento per

l'attuazione di un progetto di umanizzazione².

a. Umanizzazione: alleanza con l'uomo (1981)

La proposta di "umanizzazione" non è una ideologia, non è una filosofia, ma rappresenta un processo di *ripristino della nostra alleanza con l'uomo che soffre*; alleanza che rischia di andare perduta, perché forse abbiamo perduto quella con Dio.

Noi che crediamo nel mistero, che crediamo in Dio per fede e non per adesione conformistica e ritualistica, dobbiamo ammettere che il nostro "servizio per amore del prossimo" proviene dal nostro essere cristiani in senso pieno. Ora, sulle tracce del nostro Fondatore, *il nostro prossimo* sono direttamente e prioritariamente *gli uomini che soffrono*. La nostra vita ha quindi un suo preciso orientamento, dal momento che abbiamo scelto di entrare nella vita religiosa dei Fatebenefratelli.

Dobbiamo ammettere che tale orientamento è faticoso da mantenere e se l'abbiamo, anche in parte, perduto, è faticoso da riconquistare. Ma non ci resta altro da fare. È questa riconquista, è questo vincolo "di sangue" tra noi e il malato che io chiamo "umanizzazione".

La Chiesa, nella misura in cui siamo membra viventi di essa, ci incoraggia affinché le nostre opere ed attività "continuino a dimostrarsi luoghi privilegiati di evangelizzazione, di testimonianza della carità autentica e di promozione umana" (dal discorso del Papa alle religiose brasiliane) (Umanizzazione. Storia e utopia, pag. 44).

b. L'umanità: un farmaco da utilizzare

L'ospedale-azienda lo si riconosce subito: vi si parla di profitto, di quantità di degenze, di livelli di retribuzione, di camere attrezzate, di moquette negli uffici, di preoccupazioni economiche: *non si parla mai del malato*, se non come di un oggetto che deve garantire soddisfazione economica ai bilanci dell'opera.

Non bisogna essere contrari alla modernizzazione dell'Ospedale.

Anzi, è un bene che molti abbiano dato la dovuta importanza alla modernità, alla efficienza, alla rispondenza tecnica e spaziale delle nostre Opere. L'efficienza è certamente un valore, un grande valore. Ma non l'unico.

Che cosa distingue un'azienda da un ospedale? Il fatto che l'Ospedale produce salute, non solo risultati economici. Vuol produrre benessere per un uomo che è in stato di malessere. La disumanizzazione dell'Ospedale-azienda è molto difficile da vedere di primo acchito. In genere l'Ospedale è bello, moderno, costruito da poco, ricco di malati. Ma l'umanità c'è? Dov'è l'umanità se si dedicano ore per fare bilanci e pochi minuti per discutere dei malati, dei loro problemi anche assistenziali?

L'Ospedale-azienda non è il nostro modello, è parziale, insufficiente e pertanto da non accettare. La più alta efficienza possibile non deve mai e poi mai divenire pretesto per Sottrarre al malato la nostra personale attenzione e quella dei nostri collaboratori.

"Di modernità si può morire" dice uno slogan attuale. Invece, di umanità si vive, si spera e si guarisce. E quando non si può guarire, si muore in pace. Perché l'umanità non è solo qualcosa di buono da dare paternalisticamente, ma è una risorsa, è una competenza che ha valore terapeutico, è un "farmaco", a volte il migliore a disposizione dell'ospedale (Op. cit. p. 61).

*c. Umanizzazione:
atto di giustizia e di carità
(1981)*

Parlando di Umanizzazione non ci si può limitare a dire semplicisticamente che accanto alla nostra Ospitalità dobbiamo inserire l'amore, l'*Humanitas*: dobbiamo ricordare che la nostra ospitalità è volta ad accogliere chi è afflitto da tribolazioni, oltre che da mancanza di cibo e di farmaci; che l'Umanizzazione ha la sua collocazione più autentica nel carisma dell'ospitalità, e quindi

rientra in quel di più, o meglio di quel *qualcosa d'altro* per cui il nostro Ospedale deve essere non solo una clinica, un albergo, un ufficio, ma un luogo caldo di "affetto" e dove il malato vede soddisfatte le sue esigenze morali, spirituali, soprannaturali, oltre che psicologiche e sociali.

Nelle nostre opere – spesso finanziate da leggi civili, per cui l'assistenza corporale e tecnica è assicurata – commettiamo un gravissimo peccato se ci limitiamo solo a custodire il malato (funzione carceraria) o a garantirgli una buona efficienza (funzione aziendale). È il peccato verso la giustizia e verso la carità.

Il nostro compito è garantire giustizia al malato con un trattamento ricco di competenze. Ma è anche nostro compito, al di fuori delle leggi umane, rispettare il sacro diritto che ha l'uomo che soffre di ottenere rispetto, dedizione, amore, comprensione, trasparenza, solidarietà. *È per l'uomo che dobbiamo infiammarci* e non per mantenere potere o conquistare diplomi: a volte ci scaldiamo per le cose e ci raffreddiamo per l'uomo.

Non dobbiamo dare solo il pane, ma anche la nostra persona.

Al quesito se l'Umanizzazione sia un atto di giustizia o di carità, risponderei subito: oggi è l'uno e l'altro. È di giustizia, perché rispettiamo così il diritto dell'uomo sancito dalle leggi umane; è di carità, perché rispettiamo un bisogno, quello di attenzione, che nessuna legge può regolare ed imporre. La carità, l'amore caritatevole, deve sopperire ancor più laddove il diritto umano non è ancora arrivato a proteggere l'uomo nei suoi bisogni e segnare la strada, indicare e favorire l'avvento della giustizia. Così la carità diventa strumento di giustizia molto più efficace di qualsiasi riforma o rivoluzione sociale (Op. cit. p. 100).

*d. Umanizzarsi per
umanizzare (1981)*

Umanizzare l'Ospedale comporta la modificazione delle strutture, certo. Soprattutto comporta la modificazione del

nostro rapporto con gli operatori, con i parenti, e col malato.

Noi dobbiamo imparare ad *assumere la nostra umanità per offrirla al malato* e ad *identificare la nostra disumanità per contenerla*, per diminuirla, con l'aiuto di una vita di preghiera, di studio, di formazione permanente che, ripeto, contempli non solo il nostro sapere ma anche il nostro essere.

Il nostro punto focale è quello di tentare con determinazione di rapportarci in modo nuovo al malato, in modo da *metterlo al centro* dell'Ospedale e dell'attenzione di tutti gli operatori.

Può sembrare poca cosa affermare e sostenere nella pratica la centralità del malato, ma sono sicuro che in molti nostri Ospedali questa centralità è offuscata. Ebbene, se questa diagnosi fosse confermata, noi non potremmo dormire tranquilli fino a che il malato *non tornasse al suo posto*, a quel posto che S. Giovanni di Dio ha ben identificato. E noi, suoi seguaci, coraggiosamente, *pronti anche a trasgredire vecchie abitudini, comportamenti non più orientati*, possiamo, dobbiamo ogni giorno *rinnovare la nostra antica alleanza con l'uomo* che si rivolge a noi, ben sapendo che da noi può ricevere quella collocazione centrale che altrove difficilmente troverebbe.

L'Umanizzazione dell'Ospedale non è possibile al di fuori della nostra Umanizzazione. Non esiste ancora in commercio il farmaco che possa umanizzare l'Ospedale! Se è vero che l'Ospedale umanizzato è un Ospedale diverso, radicalmente diverso in quanto a comunicazioni, potere, stile di decisione, vita affettiva, ecc... è altrettanto vero che per divenire diverso, ha bisogno di uomini a loro volta cambiati. Ha bisogno in particolare di religiosi maturi, o che si impegnino a diventarlo, e di una comunità ricca, sempre pronta alla crescita umana, spirituale (Op. cit. p. 110).

*e. Ospitalità incarnata
nella storia (1986)*

Il nostro Carisma ci invita dunque ad entrare nel *tempio*

dell'Uomo concreto di oggi. Ci avverte anche che dobbiamo mutare a seconda del Tempo e dell'Uomo, senza garantirci che tale mutamento sia indolore. Forse è più facile affrontare i rischi della savana o del deserto che annunciare il nostro Carisma a gente istruita, con facoltà critiche notevoli, ma con bisogni nuovi da soddisfare.

“Nell’ambiente tecnicizzato e consumista della società moderna nella quale si scoprono ogni giorno nuove forme di emarginazione e di sofferenza, il nostro apostolato ospedaliero è pienamente attuale”. Lo leggiamo nelle nostre Costituzioni.

Siamo noi, cari confratelli, che rischiamo di non essere attuali se non fissiamo lo sguardo sulle emarginazioni e sulle sofferenze dell'Uomo contemporaneo.



Alleiamoci dunque con quanti – anche collaboratori laici – vogliono crescere accanto a noi e spesso camminano davanti a noi. Insieme risponderemo meglio alla nostra chiamata, alla nuova *cultura dell'Uomo, del Tempo e della Vita*, uno sforzo di ricerca e di sperimentazione che mai forse il nostro Ordine ha dovuto così urgentemente affrontare (Op. cit. p. 127).

f. I Religiosi nella sanità: guida e coscienza critica (1986)

Ho già accennato nelle parti iniziali del documento che *oltre ad essere testimoni e guide morali, noi dobbiamo anche intervenire criticamente nel mondo della Sanità*. Non basta infatti

lavorare duramente nei nostri Ospedali, occorre dedicare tempo allo studio dei fenomeni legati al progresso sanitario, per orientarli verso il massimo benessere della persona. Nel precedente documento sull'Umanizzazione ho cercato di esprimere alcuni concetti al riguardo. Qui vorrei insistere piuttosto sul fatto che oggi si tende ad avere una eccessiva fiducia nelle risorse tecniche che (e non sempre per motivi umanitari) vengono messe a disposizione del mondo sanitario. Ciò spiega anche la facilità con la quale da parte di alcuni governi e parlamenti, sono state varate leggi in materia di aborto, di eutanasia, di interventi manipolatori sulle strutture genetiche. Tali tendenze vanno contrastate. Ma per farlo in maniera efficace occorre essere al passo, conoscere a fondo i vari problemi, evitando sterili accuse o posizioni astrattamente rigide di difesa.

E soprattutto, quando vediamo minacciata la sacralità dell'uomo, da qualsiasi parte venga la minaccia, dobbiamo avere il coraggio umano e religioso di intervenire.

Non possiamo tacere di fronte a ingiustizie, tradimenti, pigrizie, a soluzioni difformi da ciò che umanità e fede ci suggeriscono.

Ne va di mezzo la nostra vocazione, il nostro impegno di alleati dell'umanità che soffre. Tacere in simili casi equivale ad acconsentire. Ma ancora una volta per parlare, per indicare strade nuove e giuste, dobbiamo possedere una preparazione adeguata, essere all'altezza del Compito. Purtroppo, non è sempre così. E torniamo all'indispensabile collaborazione dei laici. Per raccogliere vittoriosamente le sfide del tempo, ci serve un collegamento, uno scambio assiduo con esperti delle varie materie: professionisti delle scienze mediche, biologiche, umane, in grado di garantirci quella preparazione di cui oggi non si può fare a meno (Op. cit. p. 170).

g. Umanizzazione della morte (1986)

Ma soffermiamoci su un terzo aspetto, già accennato. Di

fronte al malato grave, spesso perdiamo anche noi le speranze, ci sentiamo inutili e lo abbandoniamo in attesa dell'inesorabile momento.

Quale angusta visione della vita e della morte, quale assuefazione ad un ruolo di operatori tecnici dimentichi che il termine salute significa anche “salvezza”, cioè vita dell'anima!

Per questo oggi l'ospedale è diventato il luogo della morte solitaria. Un cuore che si ferma non fa rumore; eppure in noi dovrebbe suscitare una vasta eco. La morte, come la vita, non è un atto esclusivamente individuale. Anche quella degli altri ci tocca in qualche modo da vicino.

Spetta a noi, entro i nostri limiti umani che non possono certo cambiare i destini, eliminare quel senso di “selvaggio” nell'immagine della morte solitaria coi tubi di plastica, che clamorosamente fa rivivere l'antico orrore del cadavere putrefatto abbandonato nella campagna.

Quale civiltà sarebbe altrimenti quella in cui cambiassero le forme dell'orrore, ma non la sostanza? (Op. cit. p. 211).

h. Umanizzazione dell'ospedale (1988)

Il malato che viene ricoverato in un ospedale attende di guarire sperando che la medicina moderna pensi al “recupero” della sua salute. Attende informazioni accessibili alla sua comprensione e non velate da una terminologia indecifrabile. Non vuole vedersi trattato come un numero anonimo, come il caso patologico xy, ma come un individuo che soffre per una determinata malattia, come persona irripetibile che si rispetta nella malattia. Il malato vuole sentirsi accolto in una atmosfera intrisa di calore umano¹⁶⁷.

A questo punto ci si conceda di chiedere: in quale misura i medici, gli operatori sanitari, i pazienti stessi sono soggetti al fascino della medicina meccanica, in quale misura sono schiavi della convinzione che postula la salute come fattibilità, in quale misura si abusa del corpo riducendolo a macchina e considerando gli orga-

ni umani come elementi di questa macchina? (Dal discorso rivolto dal Santo Padre ai partecipanti al II Convegno Internazionale dei Collaboratori Laici – Roma marzo 1988)¹⁷.

Come viene “definita” la salute? E chi la definisce? La salute, una cosa fattibile, questa l’idea (non) pronunciata del medico che da una parte sembra *mosso* sempre di più dai fili invisibili della tecnologia nella medicina e che dall’altra parte si rende sempre meno conto, quanto si atteggi a Dio.

Il medico “moderno” assorbito completamente dall’applicazione della sua medicina meccanica all’oggetto organo, corpo o uomo corre il rischio di riconsegnarsi alla “pressione di conformarsi a Dio”, il concetto è stato preso in prestito dal filosofo Markquard. La dignità della persona umana è inviolabile.

Ma questa medicina, ridotta a puro e semplice intervento di riparazione, ignora l’anima, la psiche, anche se parla spesso di unità tra corpo e anima, e anche se ricorre facilmente all’uso del termine “psicosomatico”.

Parlare dell’unità di corpo e anima serve come copertura per la manipolazione ormai senza limiti del corpo umano. In corrispondenza di questa scissione tra il dire e il fare la medicina meccanica nega l’esistenza di confini preposti alla scienza e alla coscienza. I confini preposti a difesa della dignità della persona umana e della inviolabilità del mistero del suo corpo e della sua anima vengono violati in maniera brutale.

Imprigionato inesorabilmente nella “maschera” dello scienziato il medico non potrà mai ammettere apertamente la propria impotenza intesa in senso positivo (Op. cit. p. 260).

i. Umanizzazione e psichiatria (1988)

La persona colpita da una malattia psichica ha bisogno di essere riconosciuta come persona malata, come paziente, come essere umano tormentato, come persona che patisce il dolore.

Il malato psichico “speri-

menta” spesso gli incubi, le angosce e i tormenti di un mondo immaginario e crudele. Come paziente ha dunque un forte desiderio di amore, attenzione e comprensione.

Al suo desiderio “matto” di comprensione si potrà rispondere soltanto se si è disponibili ad accogliere il suo tormento in quella dimensione e in quella complessità che egli ci comunica astenendoci da ogni tentativo di valutare razionalmente il suo vissuto dal proprio punto di vista.

Compatire allora significa affacciarsi nel mondo del vissuto personale del malato. Avventurarsi nella sua follia, lottare assieme al malato contro la sua follia, partendo dal suo mondo allucinato, e contrapporre un senso autentico a questo mondo. Soltanto in questa maniera è anche possibile rispondere al suo bisogno di concepire la propria malattia psichica come guaribile, come malattia con cui (e non

zioni (ossessionato, posseduto da uno spirito, indemoniato) e senza stigmatizzazioni (“L’ha voluto, non mi fa pena per niente, non vuole essere aiutato...”). Una volta guarito, riabilitato, in possesso della propria salute, la malattia non deve diventare un marchio per l’interessato e per la sua famiglia (Op. cit. p. 270).

l. Umanizzazione dei professionisti (1996)

Negli ultimi trent’anni ci siamo sforzati, crediamo con grandi successi, di definirci per rapporto a tutte le figure di lavoratori che popolano la città e hanno conquistato faticosamente il diritto ad essere rappresentati ufficialmente nei luoghi in cui si prendono le decisioni sulle sorti politiche di una società civile.

Se vogliamo guardare il futuro dobbiamo rinunciare all’orgoglio delle definizioni. Dobbiamo assumere atteggiamenti



contro cui) si può vivere. Come per le malattie fisiche esistono anche nell’ambito delle malattie psichiche forme guaribili e forme non guaribili, anche se considerando il concetto di “individuo” (che significa essere invisibile) non esiste né la “pura” malattia fisica, né quella esclusivamente psichica. Il paziente ha bisogno che il suo ambiente accetti la sua malattia senza “se” e senza “ma”, senza mistifica-

e comportamenti che determinino un nuovo sapere sulla malattia, sulla salute e sulle condizioni di vita dell’uomo.

Dobbiamo imporci un rinnovato cammino di umanizzazione dove diventiamo noi stessi oggetto delle nostre proprie cure.

Umanizzandoci prima di tutto e non umanizzando solo le nostre pratiche professionali.

Il problema che si pone nella post-modernità, cioè nell’epoca

in cui la mancanza di regole precise per le istituzioni e gli organismi sociali rendono fluido il tessuto sociale, è per noi quello di riconoscerci prima di tutto come umani e congeneri (Op. cit. p. 342).

m. La donna consacrata nel servizio di umanizzazione (1990)

Rompendo con le tradizioni giudaiche, Cristo ha conferito alle donne un posto capitale nella percezione del messaggio (Lc 1, 42) come nella trasmissione profetica (Gv 4, 42).

Alla donna dunque spetta in priorità un carisma di compassione che dovrebbe essere riconosciuto ed esercitato nella Chiesa come un vero ministero. Nella Chiesa primitiva le diaconesse (Rm 16, 1; 1 Tm 3, 11) assumevano anzitutto un servizio di preghiera e di compassione verso poveri e malati, come pure un ruolo liturgico per il battesimo delle donne. Maria di Nazareth resta la donna, segno umile ed eterno di quella maternità nello spirito il cui profumo ha riempito tutta la casa del Re, come le pianticelle di rose (Sir 24, 14; Ct 1, 12).

Ministero e carisma si rifanno, secondo S. Paolo (1 Cor 12, 4), rispettivamente a Cristo e allo Spirito.

Il rapporto che intercorre fra essi come risposta differenziata ad una identica vocazione, fu così ripreso da Giovanni Paolo II durante la veglia tenuta a Parigi, nel 1980: "L'esperienza di due millenni ci insegna che in questa opera fondamentale, la missione di tutto il popolo di Dio, non esiste alcuna differenza essenziale tra l'uomo e la donna. Ognuno nel suo genere secondo le caratteristiche specifiche della femminilità e mascolinità, diventa uomo nuovo, cioè uomo per gli altri, e come uomo diventa la gloria di Dio. Se questo è vero, come è vero che la Chiesa nella sua gerarchia è diretta dai successori degli Apostoli e dunque da uomini, è ancora più vero che nel senso carismatico, le donne la guidano come gli uomini e forse ancora di più. Vi invito a pensare spesso a Maria, madre di Cristo" (Op. cit. p. 366).

n. La vocazione al servizio degli infermi (1990)

Restituire senso di profezia alle attività promozionali per le vocazioni a servizio degli infermi deve imporre un rovesciamento radicale degli orientamenti dati finora a troppe forme di reclutamento. Dobbiamo avere il coraggio di non porre più al centro delle attività l'"economia", la gestione dei singoli Istituti religiosi o la "sopravvivenza" delle singole famiglie religiose, ma finalmente i bisogni nuovi e diversi dei nostri fratelli malati (Op. cit. p. 384).

o. Umanizzazione e sfide per il futuro (1991)

Mi pare che sia giusto prendere coscienza del fatto che non si possa ridurre il futuro a rottura con il presente. Questo presente va vissuto come futuro possibile.

Pertanto le sfide del futuro sono quelle del presente.

Per quanto riguarda il servizio ai malati e bisognosi è necessario considerare i sistemi sanitari integrati nel più ampio sistema socio-economico-politico. Infatti le soluzioni ai problemi di salute di una popolazione non potranno essere neppure lontanamente affrontati se non c'è una solidarietà umana nei progetti politici ed una coerente utilizzazione dei piani economici e finanziari (cfr. Giovanni Paolo II, *Centesimus Annus*, 1991).

La lotta all'Aids costituisce oggi un terreno significativo di questa ineliminabile interrelazione. E non ci saranno soluzioni efficaci se non si costruisce una rete capace di migliorare le condizioni di vita delle persone con comportamenti devianti.

Affrontare la complessità dei sistemi è impossibile con la mentalità dogmatica e con la semplice buona intenzione; occorrono nuove mentalità e nuove culture che diano spazio alle capacità personali ed aprano vie di comunicazione nuove.

E in particolare una forte comunicazione tra etica e sapere scientifico, tra umanizzazione e pratica medica, tra coscienza

privata e professioni, tra fede e militanza nelle istituzioni.

A questo processo rivoluzionario di sintesi tra teoria e prassi si deve collegare la ricerca della pace e l'integrazione di tutti gli uomini in un movimento ecumenico che costruisca l'unità dell'umanità.

Abbiamo bisogno di cristiani adulti capaci di progettare il futuro (Op. cit. p. 411).

p. Pietas, religione e umanizzazione (1992)

Il termine *pietas* è per noi diverso dai significati assunti comunemente dall'italiano *pietà* assimilato spesso a compassione, o a commiserazione. La sua radice più antica ci riporta alla stessa radice di religione, perché è pio l'uomo che riconosce alla divinità – al suo Dio – una priorità ed una trascendenza da venerare e da invocare, da propiziare e da contattare, appunto attraverso la religione. Pio, al contrario dell'empio è chi attesta la sua umanità come "significativa eificante" per il rapporto con Dio da benedire e lodare, da riconoscere e amare.

In questo riferimento alla pietà religiosa, l'*humanitas* acquista i caratteri non di una astrazione teorica, ma di un insieme esistente, individuabile e sperimentabile di persone umane autonome ma legate e sostenute dalla trascendenza.

Se dico uomo e umanizzazione intendo dire trascendenza, intelligenza e spiritualità, cioè collegamento strutturale con il mondo del divino. Non posso riconoscere un Dio se non riconosco la dignità dell'uomo, soprattutto del bisognoso.

Mi avete provocato in quanto frate a ricordare che Giovanni di Dio, fondatore dei frati ospedalieri, ha individuato in questo legame costitutivo tra *humanitas* e *pietas*, la base per una diversa attenzione religiosa verso i malati e la motivazione per la costruzione di un suo ospedale.

La rivoluzione evangelica, da lui condotta fino alle estreme conseguenze, consiste proprio nell'identificare i destini dell'uomo, i suoi bisogni, i suoi errori e turbamenti, i suoi desideri, i suoi programmi, il suo

corpo sano o malato, come obiettivi di un progetto in cui è implicato Dio stesso. L'amore di Dio a cui corrisponde la *pietas* che ci lega a Dio e agli uomini.

Umanizzazione per me significa dunque *pietas*, ma anche misericordia, promozione dell'umanità dell'uomo in tutte le strutture del sociale e nella vita civile organizzata, trasformazione continua delle strutture al servizio della dignità dell'uomo soprattutto ammalato e perciò intrinsecamente bisognoso.

E questo come "servizio" a Dio (Op. cit. p. 433).

q. *Umanizzazione e valore delle tecniche (1992)*

Nessuno può negare oggi che l'impresa tecnico-scientifica è venuta a trasformare radicalmente non solo l'organizzazione sanitaria nel suo insieme, ma soprattutto l'esercizio delle singole prestazioni mediche ospedaliere e non.

La tecnica, la quale attraverso la tecnologia si coniuga con la scienza, è venuta a costituirsi come un insieme di sistemi autonomi che si affermano in maniera autonoma da altri sistemi come quelli sociali, etici, economici.

L'essenza del metodo tecnico-tecnologico è quello di realizzare l'effetto voluto con il massimo di efficacia.

In quanto tale, noi dobbiamo riconoscere che l'uomo mette in giuoco i valori delle conoscenze e della creatività nelle invenzioni e applicazioni della tecnica.

Riferendosi alla presenza umana nel campo della distribuzione dei beni, il Papa ha scritto nella *Centesimus Annus*: "Ma un'altra forma di proprietà esiste in particolare nel nostro tempo: è la proprietà della conoscenza, della tecnica e del sapere.

Organizzare un tale sforzo produttivo, pianificare la sua durata nel tempo, procurare che esso corrisponda in modo positivo ai bisogni che deve soddisfare, assumendo i rischi necessari...

Così diventa sempre più evidente e determinante il ruolo del lavoro umano disciplinato e

creativo e – quale parte essenziale di tale lavoro – delle capacità di iniziativa e di imprenditorialità" (C.A. IV, 32).

Basterebbe commentare questo testo per vedere il valore delle tecniche.

Ma credo che si possa rovesciare anche qui la prospettiva e chiederei se ci debba essere un rapporto tra etica e tecnica e quindi parlare di valori nella tecnica.

Infatti se è vero che la tecnica è un modello creativo di trasformazione della natura, deve essere vero che il mondo della tecnica è imputabile a noi operatori tecnici, a tutti i livelli.

Dinanzi alle capacità della tecnica che sono sempre più efficaci e "invasive" come si dice in medicina, dobbiamo renderci conto che la previsione dei rischi e la memoria del futuro devono essere inscindibilmente riconosciuti come principi da rispettare nell'agire medico-tecnologico.

Si individua a questo punto il ruolo della politica in sanità con la sua capacità di mettere a confronto i bisogni reali della gente con le realizzazioni della tecnica per tentare di stabilire le responsabilità esistenti tra sistemi tecnico-sanitari e sistemi atropo-sociali (Op. cit. p. 438).

r. *Essere formatori per l'umanizzazione (1992)*

Ebbene, continuiamo a predicare l'importanza dell'umanizzazione ma cominciamo a pensare almeno *nuovi modelli di formazione* per noi religiosi per gli operatori sanitari perché vengano individuate strategie e metodi validi a cambiare l'esistenza del malato in ospedale e nella società.

Una formazione che metta in luce i principi necessari non solo ad aiutare il malato, ma a dare un ruolo positivo nella protezione della salute, fare cioè formazione per la medicina del giorno prima non del giorno dopo.

Dobbiamo disegnare nuovi profili professionali perché dentro e fuori dall'Ospedale si attuino concretamente iniziative, azioni e programmi di educazione, di prevenzione e di riabilitazione.

Convinti che la salute è uno stato di equilibrio tra esigenze del corpo e dell'anima, dobbiamo *formare formatori* capaci di andare oltre la tecnica e le singole scienze, per individuare obiettivi formativi più completi (Op. cit. p. 455).

s. *Idee per definire l'umanizzazione (1992)*

Per cercare a questo punto di definire l'"Umanizzazione": cosa oltremodo complessa a parole e più semplice invece nell'azione, si può tentare a questo punto una prima, fra le tante, formulazioni. Essa consiste in un *atteggiamento mentale, affettivo e morale* che obbliga l'operatore a *ripensare continuamente ai propri schemi mentali e a rimodellare abitudini di intervento*, e sistemi terapeutici ed assistenziali perché si orientino al *bene del malato* che è, e rimane, una persona in difficoltà e perciò vulnerabile, anche perché non sempre in grado di formulare in modo corretto e diretto il proprio autentico bisogno.

Molto più articolata e stimolante appare la definizione di Papa Giovanni Paolo II in un celebre convegno "Umanizzazione della Medicina" tenutosi a Roma nel 1987:

a) "Nell'ambito del rapporto individuale, ove umanizzazione significa apertura a tutto ciò che può predisporre a comprendere l'uomo, la sua interiorità, il suo mondo la sua cultura. Umanizzare questo rapporto comporta insieme un dare e un ricevere, il creare cioè quella comunione che è totale 'partecipazione'".

b) "Sul piano sociale l'istanza dell'Umanizzazione si traduce nell'impegno diretto di tutti gli operatori sanitari a promuovere, ciascuno nel proprio ambito e secondo la sua competenza, condizioni idonee per la salute, a migliorare strutture inadeguate, a favorire la giusta distribuzione delle risorse sanitarie, a far sì che la politica sanitaria nel mondo abbia per fine soltanto il bene della persona umana".

In questo modo l'intelligenza e la razionalità del popolo di Dio sono chiamati ad attuare l'Umanizzazione come modo

di relazionarsi con il malato. Il modo migliore per umanizzare la medicina consiste sinteticamente nel trattare i pazienti come persone, rispettare la loro dignità, renderli partecipi delle decisioni che riguardano la loro vita e la loro salute (Op. cit. p. 462).

t. *Ospedali cattolici e stile di servizio* (1999)

Professionisti sanitari e lontani ospedalieri cattolici devono assumere il compito di ridisegnare un nuovo patto di solidarietà tra istituzioni e cittadini, se non si vuole rischiare di distruggere l'unità della società umana.

Concludendo non posso tacere su quello che deve essere, in questo futuro prossimo, il ruolo degli ospedali cattolici: "cattolici" cioè *universali* per loro vocazione.

I nostri ospedali devono trovare il modo per esprimere l'unicità e originalità della loro vocazione. Un ospedale cattolico, ispirato dalla carità di Dio per l'uomo, deve poi riconoscere quello stile di comunione che curando i corpi si preoccupa della salvezza delle persone, per costruire la comunità dei salvati.

Da qui dobbiamo essere incoraggiati a trovare delle linee comuni di azione che, riprendendo alcune riflessioni sull'identità cattolica sviluppate in altri settori, vorrei sintetizzare come segue: la cattolicità di una struttura fa perno, in maniera critica, sull'impegno del suo personale a concepire l'assistenza sanitaria come ministero. *In questa prospettiva sono vitali tre fattori: la cura della qualità, la ricerca della giustizia sociale e l'attenzione ai poveri* (Op. cit. p. 511).

u. *Giovanni di Dio, modello di umanizzazione* (1995)

Giovanni di Dio, fondatore dei religiosi ospedalieri, ha individuato in questo *legame costitutivo* tra *humanitas* e *pietas* la base per una diversa attenzione *religiosa* verso i malati e la motivazione per la costruzione di un suo ospedale, segno tangibile dell'anima del carisma di ospitalità.

La rivoluzione evangelica, da lui condotta, consiste proprio nell'identificare i destini dell'uomo, i suoi bisogni, i suoi errori e turbamenti, i suoi desideri, i suoi programmi, il suo corpo sano e/o malato, come obiettivo di un progetto in cui è implicato Dio stesso: l'amore di Dio a cui corrisponde la *pietas* che ci lega a Dio e agli uomini.



Nella nostra tradizione, dunque, umanizzazione significa *pietas*, misericordia, promozione dell'umanità dell'uomo, orientamento delle istituzioni alla promozione della dignità umana: e tutto come "servizio" a Dio.

La mia riflessione vuole essere metodo, logicamente orientata come meditazione di tipo religioso.

S. Giovanni di Dio è ispirato da una maniera precisa di servire Dio nei malati, egli propone un modello coerente di ospitalità capace di ispirare altri modelli di umanizzazione, ma inspiegabile senza il riferimento al Dio "Padre di Nostro Signore Gesù Cristo" (Op. cit. p. 516).

v. *Umanizzazione e fede in Dio* (1997)

Riprendendo il modello terapeutico, che fu detto dagli storici *metodo di dolcezza*, abbiamo reinterpretato la riabilitazione come strumento di vera umanizzazione e non soltanto tecnica esecuzione di protocolli... Presi dalle convinzioni teoriche dei modelli riabilitativi dobbiamo evitare di omologare tutti i pazienti in storie parallele o sovrapponibili seguendo

maggiormente le devianze individuali più che le nostre proprie ricette tecnico-scientifiche.

L'uomo, anche il folle, è fatto ad immagine di Dio e va rispettato proprio per la sua debolezza estrema che ne costituisce la vulnerabile originalità.

L'uomo è sempre fatto ad immagine di Dio soprattutto quando vengono in lui smarrite le tracce fisiche e spirituali di quell'intelligenza sublime che ci ha creati proprio *ad imaginem et similitudinem suam*.

Oserei dire che se manca questa fede nel Dio debole e ferito, capace di soffrire nelle sue creature, viene a mancare il presupposto stesso dell'uguaglianza e della solidarietà tra uomini.

Se mi è consentito rivolgere un appello finale agli uomini di scienza e ai politici interessati al tema, vorrei dire che il malato mentale oggi ha soprattutto bisogno di questo riconoscimento di Dio ferito che cammina in mezzo a noi.

Formiamo persone umane capaci di cogliere il suo grido e comprendere il suo gesto. Dio è in mezzo a noi nei folli, nei poveri diseredati, nella sofferenza così come nelle conquiste della scienza e nella gioia di vivere (Op. cit. p. 554).

L'umanizzazione della Sanità è un'utopia?

Sì, veramente; ma solamente la convertono in realtà uomini di coraggio, di profezia e amore come fu questo religioso dei Fatebenefratelli, Pierluigi Marchesi.

Prof. PIETRO QUATTROCCHI
Responsabile del servizio di Bioetica
dell'Ospedale Fatebenefratelli
Isola Tiberina

Note

¹ Per una migliore comprensione di queste tematiche cfr. *Da Ippocrate al buon samaritano*, "Dolentium hominum", n. 31, 1996, 1.

² Fra Pierluigi Marchesi, al secolo Valentino, (1929-2002). Religioso dei Fatebenefratelli dal 1947, diventerà Priore Generale dell'Ordine dal 1976 al 1988. Il volume da cui vengono tratti i brani seguenti si intitola: *Umanizzazione. Storia e utopia*, Elledici-Velar, 2006.

Ginecologi e ostetrici chiamati al servizio della vita

*ALL'APERTURA DEI LAVORI DEL IV CONVEGNO INTERNAZIONALE
DEI GINECOLOGI E OSTETRICI CATTOLICI DI MATERCARE INTERNATIONAL,
SVOLTOSI A ROMA DALL'11 AL 14 OTTOBRE 2006,
MONS. JEAN-MARIE MPENDAWATU, UFFICIALE DEL PONTIFICIO CONSIGLIO
PER LA PASTORALE DELLA SALUTE, HA RIVOLTO, A NOME
DEL DICASTERO PONTIFICIO, IL DISCORSO CHE PUBBLICHIAMO*

1. Il ginecologo è il medico a servizio della vita della mamma e del bambino

La Carta degli Operatori Sanitari del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, definisce il medico come un operatore a servizio della vita; si tratta naturalmente della vita, quale grande dono di Dio, donata all'uomo e di cui egli è solo un custode responsabile, e la quale vita abbraccia tutto l'arco dell'esistenza umana, dal concepimento al naturale tramonto; il ginecologo e l'ostetrico hanno per professione la missione di occuparsi della vita dal suo inizio, nell'arco della sua naturale crescita, fino al suo sboccio al momento del parto.

Cari amici medici, avete ricevuto questo grande dono di Dio di aiutare le famiglie e in particolare le mamme, con la vostra competenza professionale e il vostro saper fare medico, a portare avanti questo grande e meraviglioso dono della provvidenza che è la vita umana, un mistero affascinante che appartiene all'umanità di ieri, di oggi e di domani. Da operatori sanitari, cercate di servirla con intelligenza e dedizione, in particolare quando essa è a rischio a causa di patologie e minacce varie che possono compromettere sia la mamma che il nascituro. Che onore, ma anche che responsabilità per voi amici ginecologi e ostetrici chiamati a collaborare ad un così grande e misterioso evento umano e divino!

Il contesto culturale in cui svolgete la vostra professione non è purtroppo favorevole al rispetto della vita; anzi, si va sempre affermandosi una cultura aggressiva contro la vita nei suoi diversi momenti ed espressioni; manipolando la

vita, alcuni scienziati la banalizzano e la svalutano, contribuendo a creare le condizioni psicologiche, sociali e culturali non solo per la depenalizzazione dei crimini come l'aborto o l'eutanasia ma anche per promuovere leggi chiaramente favorevoli all'aborto e all'eutanasia, spesso presentate, nelle moderne società, come dispositivi di civiltà.

Oggi si va affermando, in alcuni ambienti favorevoli all'aborto, uno pseudo-diritto che riconoscerebbe alla madre il potere di vita o di morte sul nascituro, per la semplice ragione che egli dipende da lei che lo porta in grembo o con il pretesto della differenza di sviluppo corporeo di quest'ultimo; in questo modo, si cerca di stabilire una disuguaglianza di diritti talmente radicale, da attribuire alla madre un potere discrezionale sul proprio figlio. Credo che sia pertinente riaffermare che la libertà della madre è limitata dai diritti propri del soggetto che essa porta in grembo e che le autorità pubbliche dovrebbero fare rispettare.

Non si può tacere sulla situazione di molti ginecologi "moralmente costretti" a praticare l'aborto per non correre il rischio di perdere il loro impiego, o quella dei tirocinanti che devono fare, purtroppo in tante cliniche, la stessa cosa per evitare il rischio di esser esclusi dal diploma alla fine degli studi; credo che voi ginecologi e ostetrici cattolici, dovete reagire e trovare delle modalità di dissenso appropriate per fare valere il diritto all'obiezione di coscienza e lavorare perché nelle nostre università, si dia, per primi, l'esempio.

Vi invito perciò, cari medici ginecologi ed ostetrici:

– a non sottomettervi ad alcun tipo di ricatto;

– a non esercitare la vostra professione secondo interessi dei più forti o il tornaconto sociale;

– a non diventare dei mercenari corrotti e privi di senso di responsabilità;

– a non rinunciare al carattere ippocratico della vostra professione che vi impegna sempre e comunque, non a contribuire a dare la morte agli innocenti, ma a rispettarli incondizionatamente dal concepimento all'epilogo naturale della loro esistenza.

2. Il contributo del ginecologo e dell'ostetrico a favore della vita nascente nell'ambito del programma di prevenzione della trasmissione verticale HIV/AIDS

L'HIV/AIDS è una emergenza planetaria. In 20 anni, è diventato la prima causa di mortalità in Africa. Nel 2005, secondo le fonti dell'UNAIDS, su 40,3 milioni di sieropositivi nel mondo, 25,8 milioni sono africani; su 2,1 milioni di bambini malati di AIDS nel mondo, circa 1,2 milioni sono africani. Potrei continuare a descrivere il quadro drammatico della situazione dell'HIV/AIDS nel mondo e in particolare nel continente africano, ma mi fermo qua. Vorrei fornire tuttavia, una cifra significativa: in Botswana, il 35% degli adulti è sieropositivo. Ad Abidjan, in Costa d'Avorio, l'AIDS è diventato la prima causa di mortalità e il Sudafrica conta il numero più elevato di sieropositivi al mondo, ossia 5 milioni di persone.

Tutti siamo invitati a dare un

nostro contributo per arginare la terribile pandemia; il campo in cui potete fare molto, in quanto ginecologi e ostetrici, è quello della prevenzione della trasmissione verticale o materno-fetale e nel quale si può ridurre significativamente il numero dei bambini che nascono con il virus dell'HIV, grazie ad interventi semplici e poco costosi sul piano medico e farmacologico; nelle giovani chiese di missione, ci sono dei grandi ed impellenti bisogni ed istanze dei vescovi locali, per essere aiutati a fare fronte ad una così importante emergenza che, in definitiva permette di evitare il rischio di ulteriori aborti in seguito alla paura delle mamme sieropositive di dare alla luce bambini malati. Si tratta come vedete di essere anche qui a servizio della vita, facendo in modo che essa, fin dal suo concepimento, sia e nasca sana. Penso che potete fare tanto con poco, se includerete nella vostra programmazione, questa nobile iniziativa, che interessa direttamente molte mamme, soprattutto nei paesi in via di sviluppo.

3. Il ginecologo e l'ostetrico cattolico di fronte all'ideologia della salute riproduttiva

Esiste oggi in ambito internazionale una seria questione

ideologica che trova soprattutto nelle conferenze mondiali del Cairo e di Beijing il suo maggior momento di affermazione. Si tratta della questione della cosiddetta "salute riproduttiva". La famosa Dichiarazione del Millennio dà molto spazio a questa strisciante ideologia; sono contento che anche essa sarà oggetto del vostro studio. Sugli 8 Obiettivi del Millennio per lo sviluppo, 3 riguardano la salute: ridurre la mortalità infantile (obiettivo 4), migliorare la salute della mamma (obiettivo 5), e combattere l'HIV/AIDS, la malaria e altre malattie (obiettivo 6). Sempre di più, presso i governi e le cliniche soprattutto universitarie vengono offerti dei servizi della salute della mamma e del bambino che comprendono, oltre ai classici ed ordinari servizi di ginecologia e di ostetricia, anche quelli relativi ai mezzi ed attrezzi contraccettivi ed abortivi, in chiave ideologica di una limitazione demografica.

In questo contesto, si parla sempre di più del diritto alla salute riproduttiva, per indicare il concetto di salute riproduttiva vero e proprio accanto ad una serie di diritti connessi. Il tutto viene configurato come un aspetto nuovo nel panorama dei diritti umani fondamentali e in particolare quanto alla dimensione delle

salute umana e dei diritti correlati. Nel contesto internazionale, la salute riproduttiva viene legata alla procreazione, nonché ad altri ambiti fortemente dibattuti come, ad esempio quello della discriminazione positiva per sesso (*gender perspective*) o dell'orientamento sessuale (*sexual orientation*). In altre parole, la salute riproduttiva viene connessa con il profilo dell'egualianza e della demarginalizzazione delle donne, come pure collegata agli aspetti educativi dei giovani e degli adolescenti, accrescendo di elementi conflittuali le relazioni inter-generazionali (diritto/dovere dei genitori verso i diritti degli adolescenti).

Vi invito, cari medici, ad approfondire questo problema e a dare l'informazione alla categoria, affinché evitiate di servire inconsapevolmente i mercanti della morte che non mancano certamente nel vostro campo. I ginecologi e gli ostetrici cattolici non possono rimanere passivi di fronte a questa ideologia che sta contagiando molte delle nostre strutture, come anche molti operatori sanitari nel mondo.

Auguri e buon lavoro.

Mons. JEAN-MARIE
MPENDAWATU
Ufficiale del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute
Santa Sede



L'ancora della vita

UNA SPERANZA DA AFFERRARE, PER VINCERE LA SOFFERENZA (CFR. EB 6,19)

CVS: una missione che nasce ai piedi della croce

Il CVS (Centro Volontari della Sofferenza) è una confederazione internazionale di associazioni diocesane, fondata da mons. Luigi Novarese nel 1947. Alle singole associazioni aderiscono laici e chierici che attuano l'apostolato per la valorizzazione integrale della persona sofferente. Nell'azione pastorale e sociale svolta dall'associazione sono poste in primo piano la presenza e l'operatività personale e diretta delle persone disabili.

L'apostolato del CVS nasce come risposta al dramma della sofferenza e alle richieste di preghiera e penitenza presenti nella spiritualità mariana dei santuari di Lourdes e di Fatima. Una risposta nata ai piedi della croce di Gesù, dove l'evangelista Giovanni descrive la presenza della Madre e del discepolo amato (Gv 19, 25-27). La morte e risurrezione di Gesù, dono di sé per la salvezza del mondo, offrono il medesimo senso di vita e di salvezza all'esistenza della madre e del discepolo, nel loro reciproco affidamento.

Solo nella comunione con Cristo, il dolore, la fatica, la sofferenza, possono acquistare senso e speranza. Ai piedi della croce, l'apostolato del CVS riconosce la propria identità, guardando al mondo della sofferenza come alla "terra" della propria missione e proponendo ad ogni uomo una scelta di vita aperta alla salvezza.

Dall'unione a Cristo crocifisso e risorto, non derivano solamente il senso, la speranza, la consolazione per la vita di chi soffre, ma anche il suo impegno missionario. È il compito, proprio di ogni battezzato, di annunciare il Vangelo al mondo. Una tale consapevolezza del proprio impegno battesimale diventa nel CVS una scelta "volontaria":

nell'offerta della propria vita, nell'azione apostolica, nella testimonianza dell'amore che salva.

Ogni persona, consapevole dei propri impegni battesimali, è soggetto attivo e responsabile dell'attività svolta dal CVS.

Afferrare la speranza

"...Dio, volendo mostrare più chiaramente agli eredi della promessa l'irrevocabilità della sua decisione, intervenne con un giuramento perché grazie a



La dignità dell'uomo in tutti i momenti della sua vita, il dovere che il cristiano ha di assimilarsi e conformarsi a Cristo redentore, portando con lui accanto a Maria Santissima, nostra madre spirituale, la propria croce, a beneficio dell'intera società, sono i principi base da cui parte e si sviluppa tutto il nostro lavoro apostolico.

mons. Luigi Novarese

due atti irrevocabili, nei quali è impossibile che Dio menta, noi che abbiamo cercato rifugio in lui avessimo un grande incoraggiamento nell'afferrarci saldamente alla speranza che ci è posta davanti. In essa infatti noi abbiamo come un'ancora della nostra vita, sicura e salda..." (Eb 6, 17-19).

La lettera agli Ebrei definisce la speranza come l'ancora della nostra vita, un segno che richiama sicurezza e stabilità. L'immagine biblica evoca la scena di un naufragio o di una nave sballottata dalle onde nella tempesta. La speranza cristiana è presentata come un'ancora sicura di salvezza cui aggrapparsi nei momenti di crisi, di lotta.

La speranza cristiana, che realizza e supera il significato espresso da questa immagine, è Gesù risorto.

La sofferenza segna inevitabilmente l'inizio di un tempo di crisi, di una tempesta che colpisce la fragilità della persona e la scuote profondamente. Il cristiano, però, anche quando si sente perduto, come un naufrago, nel grande mare della propria esistenza, non si lascia sballottare dalla furia delle tempeste. Il riferimento all'ancora, sottolinea la forza del cristiano nel tempo della prova. Questa sua forza consiste nell'afferrare Gesù Cristo, nel radicare profondamente la propria comunione di vita con lui. È questo, per un cristiano, il modo con cui reagire alla sofferenza.

L'apostolato del CVS promuove la vocazione battesimale di ogni cristiano. In particolare il CVS si rivolge a tutte le persone che si riconoscono segnate dalla sofferenza, invitandole ad afferrare la speranza come risposta al proprio dolore. Ogni aderente all'associazione è chiamato, in virtù del proprio battesimo, ad essere testimone ed annunciatore di Gesù risorto, speranza del mondo.

Come Gesù accanto ai discepoli di Emmaus (*Lc* 24,13-35), coloro che aderiscono al CVS sanno essere presenti accanto a chi soffre, accompagnandoli e sostenendoli nel cammino della vita. Nello stesso modo la Vergine Immacolata, come madre e sorella, si è fatta presente con le sue apparizioni a Lourdes e a Fatima, nella storia degli uomini. La Madre di Dio è colei che mostra nel suo Figlio la via da percorrere, è guida e sostegno per il cammino delle singole persone.

Vincere la sofferenza

Le personali esperienze di malattia, d'isolamento, di emarginazione, hanno bisogno di trovare senso e novità nell'incontro con il Cristo. Per rendere visibile questo traguardo, coloro che hanno vissuto personalmente le difficoltà di questo cammino sono particolarmente qualificati e credibili. L'azione apostolica del CVS si esprime attraverso un prezioso e paziente "farsi compagni di viaggio" nel cammino della vita. È un atteggiamento che si fonda nell'incontro "a tu per tu", nell'amicizia, nel rapporto diretto e fraterno.

L'azione apostolica del CVS coinvolge ammalati e sani nella condivisione del medesimo ideale. Il CVS riconosce la piena responsabilità della persona disabile nella testimonianza del Vangelo e nella concreta azione, sociale e pastorale, che ne consegue.

Tutti gli aderenti al CVS sono radicati in una chiara attitudine spirituale ed in una specifica azione apostolica incentrata sulle attività di gruppo. Da qui nasce l'impegno ad attivare tutte le risorse sociali ed ecclesiali utili a promuovere la dignità di ogni persona.

Il sostegno fondamentale per questa azione articolata è costituito dal piccolo gruppo presente nella parrocchia. Il gruppo è il luogo della formazione e del coordinamento di tutte le attività utili alla promozione integrale della persona sofferente, che è inserimento attivo nella Chiesa, nella fa-

Il fondatore dell'opera, Mons. Luigi Novarese, nato a Casale Monferrato il 29/7/1914, in seguito alla personale esperienza di malattia, avvertì la necessità di superarne il non senso e la conseguente deresponsabilizzazione. Avendo maturato fin dall'infanzia una tenera e filiale devozione alla Madre di Dio, caratterizzò il suo intero cammino di crescita cristiana con un costante riferimento alla presenza ed all'azione della Vergine Santa. Tale dimensione mariana si esprime poi con evidenza nella fondazione del CVS (1947), operata insieme con sorella Myriam Psorulla. Guarito in seguito ad una Novena all'Ausiliatrice e a San Giovanni Bosco (1931), Luigi Novarese poté continuare i propri studi, desiderando esercitare la professione medica a servizio e sollievo degli ammalati. La morte della madre (1935) lo condusse ad una scelta definitiva. Scopri nella vocazione sacerdotale la via per offrire un sostegno più radicale e decisivo agli ammalati, divenne sacerdote (1938) e prestò il suo servizio nella Segreteria di Stato dal 1942 al 1970. Dal 1964 al 1977 diresse l'ufficio per l'assistenza spirituale ospedaliera presso la CEI. Morì a Rocca Priora (Roma) il 20 luglio 1984.

I "Silenziosi Operai della Croce" sono un'Associazione internazionale privata di fedeli, riconosciuta dal Pontificio Consiglio per i Laici, cui possono aderire laici d'ambo i sessi e sacerdoti. Nell'imitazione di Cristo "chiamato e mandato" dal Padre (cf. Eb 10,5-8) a compiere la sua volontà di vita e di salvezza per il mondo, i Silenziosi Operai della Croce vivono il totale dono di sé come risposta alla consacrazione battesimale nella pratica dei consigli evangelici.

Nell'ampio ed articolato mondo della sofferenza, i Silenziosi Operai della Croce attuano in se stessi e condividono con ogni persona, un cammino di crescita e di maturazione nella fede, affinché nella luce della Pasqua tutti si scoprano chiamati ad incontrare ed annunciare il senso della propria sofferenza e la gioia della salvezza.

I Silenziosi Operai della Croce agiscono personalmente e direttamente con gesti concreti di servizio alla persona e perseguono le proprie finalità mediante tutti i mezzi di apostolato richiesti dalle differenti situazioni socio-culturali ed ambientali. Svolgono attività pastorali (animazione, editoria, studio), socio-riabilitative ed assistenziali. In particolare coordinano la Confederazione internazionale CVS, che raccoglie tutte le associazioni diocesane del Centro Volontari della Sofferenza, nell'intento di operare per la promozione integrale della persona sofferente.

miglia e nella società. L'attività del gruppo accoglie e promuove tutto ciò che accompagna il cammino di fede di ogni iscritto, verso la pienezza della vita e della gioia in Gesù Signore.

Per qualificare ed accrescere la formazione degli aderenti, l'associazione opera in settori di età: bambini, adole-

scenti, giovani, adulti ed anziani.

Ogni associazione diocesana svolge corsi di esercizi spirituali e ritiri, incontri formativi e culturali, senza trascurare gli altri aspetti che riguardano il sofferente: dal mondo del lavoro ai momenti ricreativi.

CVS

Il cammino dell'Ufficio per la Pastorale della Salute dell'Arcidiocesi di Bari-Bitonto all'insegna della creatività

1986/2006: VENT'ANNI A SERVIZIO DELLA CHIESA LOCALE

INTRODUZIONE: due frasi illuminanti di due pastori della Chiesa locale

È ancora molto vivo nella memoria il ricordo dell'incontro con mons. Mariano Magrassi, arcivescovo della nostra chiesa locale di Bari-Bitonto, avvenuto nella tarda mattinata di un giorno feriale della seconda metà di settembre del 1985. Senza fronzoli e con estrema immediatezza il pastore mi diceva: "Ho pensato di affidarti la responsabilità della pastorale sanitaria diocesana, poiché da molti anni sei impegnato in questo campo". Dinanzi alla mia perplessità di inadeguatezza al compito, congedandomi aggiungeva paternamente: "Fai quello che puoi e scegli i collaboratori validi". La nomina scritta a questo incarico mi sarebbe arrivata alla fine di maggio dell'anno successivo, poiché in curia si erano "dimenticati" di aggiungere questa ratifica giuridica¹. A distanza di 20 anni posso affermare in coscienza che in questo incarico "ho fatto quello che ho potuto" ed ho avuto la grazia di trovare molti e "validi collaboratori" che hanno permesso alla nostra diocesi di compiere un lungo cammino diaconale nel campo della pastorale della salute, sostenuti dall'aiuto e dalla luce dello Spirito.

È ancora più nitido l'incontro con mons. Francesco Cacciucci, attuale pastore della nostra arcidiocesi, presso l'Oasi "S. Maria" di Cassano Murge (BA), in occasione di un raduno dei direttori degli Uffici diocesani nella metà di settembre dell'anno scorso 2005. Durante il pranzo, alla mia comunicazione del traguardo dei venti anni di vita dell'organismo pastorale da me diretto, il

vescovo mi diceva: "Allora quest'anno termina la fase pionieristica dell'Ufficio: ora la pastorale della salute deve diventare una dimensione della pastorale ordinaria di ogni comunità". Mi sembra che questa indicazione possa diventare la migliore strada su cui proseguire il nostro cammino di servizio alla chiesa diocesana.

IL CONTESTO: la nascita dell'Ufficio con una vera intuizione profetica

Ho voluto ricordare queste indicazioni dei due nostri pastori, che hanno contribuito in modo determinante alla vita dell'Ufficio, perché servono a collocare nel contesto più vero la sua nascita e il suo sviluppo.

Quando veniva istituito l'Ufficio nella nostra arcidiocesi, era già stata pubblicata la lettera apostolica *Salvifici doloris* sul senso cristiano della sofferenza umana di Giovanni Paolo II (11 febbraio 1984) e con il motu proprio *Dolentium Hominum* era appena nato l'organismo che oggi viene chiamato "Pontificio Consiglio per la pastorale della salute" (11 febbraio 1985).

A livello italiano era attiva dagli anni 60 la Consulta nazionale per la pastorale della Sanità con riunioni periodiche e con l'organizzazione di convegni nazionali propri: essa molti anni dopo avrà un punto di riferimento istituzionale stabile nell'Ufficio nazionale CEI, istituito nel settembre 1996, con un direttore ed una sede a Roma².

Negli stessi anni (1984-85) erano iniziati i primi approcci di collaborazione tra i quattro Ordini religiosi impegnati nell'ambito sanitario-ospedaliero (Camilliani, Frati Minori Cap-

puccini, Fatebenefratelli, Frati Minori), che nel novembre 1986 sarebbero confluiti nella nascita di un'associazione che oggi si chiama "Associazione Italiana di Pastorale Sanitaria" (A.I.Pa.S.)³. Nel 1987 iniziava la sua attività didattica l'Istituto Internazionale di Teologia Pastorale Sanitaria "Camillianum" di Roma, affiliato al "Teresianum", che rilasciava i titoli accademici della licenza e del dottorato in quella disciplina.

Negli anni 80 poche erano le Consulte diocesane e regionali per la pastorale della salute, già costituite ed operanti. Il nome di Ufficio non circolava nemmeno; ne era segno evidente il fatto che nella Nota CEI "La pastorale della salute nella chiesa italiana" (1989), tra gli organismi di comunione e di animazione, non erano previsti a vari livelli gli Uffici, ma solo le Consulte⁴. L'attenzione e l'attività verso i malati erano assorbite e svolte dalla Caritas. Infatti la nostra diocesi, prima dell'istituzione dell'Ufficio, dagli anni 70 alla prima metà degli anni 80 era stata molto attiva nel suo servizio agli infermi e ai disabili attraverso le iniziative benemerite, prima, di mons. Giuseppe Natale e, dopo, soprattutto di don Vito Diana.

A tal riguardo è doveroso ricordare non solo i frequenti viaggi organizzati dall'UNITALSI per Lourdes, ma anche la Giornata diocesana annuale del malato collocata all'interno dei festeggiamenti di San Nicola nel mese di maggio, la promozione del volontariato sociosanitario in collaborazione con l'OARI, i primi tentativi falliti di costituzione di una Consulta, le iniziative di formazione degli operatori pastorali, lo sforzo di riservare una premura particolare ai malati

in occasione della visita del Papa a Bari nel febbraio 1984, sia con un posto speciale durante le celebrazioni liturgiche che con la sosta dell'illustre pastore presso il Policlinico Consorziale della città⁵.

Quindi la proposta di don Vito Diana, infaticabile direttore della Caritas diocesana per molti anni, fatta a mons. Mariano Magrassi, di creare un nuovo Ufficio per la pastorale della sofferenza o dei malati, come si chiamava ordinariamente in quegli anni, va considerata realmente un'intuizione profetica e va ascritta a merito dell'uno e dell'altro.



SENZA UN MODELLO: all'insegna della ricerca e della creatività

I primi passi del nuovo Ufficio sono stati sempre sostenuti dalla buona volontà, dal senso pratico delle persone, dalle intuizioni che sono sorte di volta in volta al direttore e ai primi collaboratori: non poteva essere altrimenti. Non avendo un modello di riferimento e mancando ancora gli orientamenti pratici del magistero ecclesiale, tutto si è realizzato all'insegna della ricerca e della creatività, che comprendono anche la preghiera, la disponibilità al soffio dello Spirito Santo, il confronto con gli altri Uffici ben consolidati dalla prassi, le prime iniziative comuni prese con loro.

Però è bene ricordare alcuni elementi iniziali e permanenti che hanno caratterizzato il lavoro di tutto il percorso compiuto in questi venti anni:

L'entusiasmo personale e la curiosità giovanile nel gettare ponti di conoscenza e di amicizia con persone qualificate nel settore, ha caratterizzato l'azione pastorale e organizzativa: a questo proposito non va sottaciuto l'evento provvidenziale dell'incontro con alcuni padri camilliani, qualificati nel settore della pastorale sanitaria, che hanno offerto sin dall'inizio un forte contributo alla realizzazione della formazione degli operatori pastorali in diocesi (per ricordarne i principali: Angelo Brusco, Arnaldo Pangrazzi, Rosario Messina, Giuseppe Cinà, Domenico Casera, Luciano Sandrin).

Un altro elemento importante è stato l'impegno di presenza attiva nella vita della Chiesa locale, specialmente nei momenti importanti e fondamentali della comunità diocesana, delle parrocchie e delle associazioni di e per i malati: tale presenza è servita a far conoscere l'esistenza di un organismo giovane e le persone incaricate a farlo crescere.

È stata scelta la politica dei piccoli passi nella programmazione e nella progettualità: la saggezza e la preoccupazione permettevano di proporre e realizzare quelle iniziative concrete proporzionate alle forze umane e ai mezzi disponibili.

L'orizzonte operativo dell'Ufficio sin dall'inizio è stato quello di respirare a pieni polmoni: con l'attenzione ed il coinvolgimento alle iniziative della Consulta regionale e a quelle di respiro nazionale è stato possibile camminare insieme alle altre Chiese diocesane e alla Chiesa italiana.

Infine non è mai mancata la riflessione personale e comunitaria sulle esperienze pastorali realizzate e la conseguente verifica: questo atteggiamento ha permesso di esaminare gli eventuali sbagli commessi e di guardare con speranza al futuro immediato.

Nell'orizzonte di queste linee costanti del cammino dell'Ufficio, abbiamo scoperto e percorso con coraggio e costanza i seguenti sentieri principali della sua crescita, o potremmo addirittura definirli

con più appropriatezza "violetti": la ferma convinzione della necessità della formazione degli operatori pastorali, l'importanza degli organismi di comunione e di partecipazione, la preziosità del volontariato sociosanitario e pastorale, l'utilità di conservare la memoria di quanto si andava realizzando.

PRIMO SENTIERO: formazione iniziale e permanente degli operatori pastorali

Il nostro Ufficio ha creduto subito all'importanza e alla necessità della qualificazione professionale iniziale e permanente degli operatori pastorali. Non a caso appena nominato direttore, l'interessato ha sentito il bisogno di frequentare a Verona, presso il Centro Camilliano di Pastorale, un mese intensivo di Educazione Pastorale Clinica (*Clinical Pastoral Education: CPE*) nel settembre 1986: questa opportunità formativa è risultata provvidenziale e fondamentale e le sue reali ricadute si sono rese visibili nell'impostazione della organizzazione generale del lavoro dell'Ufficio, nella metodologia da usare nella programmazione annuale, nelle tappe concrete della realizzazione dei progetti individuati.

L'azione formativa alla comunità diocesana si è concretizzata nello studio della *Salvifici doloris* con un corso triennale (1988-1990), le cui lezioni furono affidate a docenti del luogo e con un sorprendente numero di partecipanti. Contemporaneamente o negli anni successivi furono organizzati un corso di bioetica (novembre – dicembre 1988) destinato principalmente agli studenti delle Scuole degli allievi infermieri professionali (1989), un corso di "Relazione di aiuto" di primo, secondo e terzo livello (1988-91) sotto la guida del prof. A. Brusco, un corso sull'Animazione di gruppo, altri numerosi incontri con i consigli vicariali per illustrare le iniziative culturali dell'Ufficio.

Quindi l'Ufficio nei primi anni 90 ha preparato corsi spe-

cifici su “I sacramenti del tempo della malattia” (1991), “Evangelizzare e testimoniare la carità nel tempo della malattia” (1992). Contemporaneamente prendevano l’avvio gli incontri annuali destinati ai Ministri straordinari della Santa Comunione, come formazione permanente ed in preparazione alla Giornata mondiale del malato: è risultata una iniziativa molto partecipata dai destinatari, che tuttora conserva l’obiettivo di approfondire il tema della stessa Giornata, di suggerire un ventaglio di iniziative di animazione dell’avvenimento, di distribuire il materiale per la propria comunità di appartenenza. I risultati sono stati ottimi, perché si sono viste concretamente le ricadute nella celebrazione della Giornata attraverso le relazioni scritte che pervengono allo stesso Ufficio. Alla formazione iniziale dei nuovi Ministri straordinari l’Ufficio ha sempre offerto il proprio contributo nei corsi organizzati dalle parrocchie o dalle vicarie, con interventi su specifici argomenti di settore.

Da alcuni anni vengono organizzati i convegni annuali di pastorale sanitaria: nel 2006 siamo già al terzo. In essi è coinvolto anche il nostro arcivescovo, che offre il proprio contributo di riflessione sul tema affrontato di volta in volta. Di questa attività formativa si sono redatti i relativi Atti, messi a disposizione delle persone interessate e conservati nell’archivio dell’Ufficio diocesano⁶.

Nel 1996, dopo un anno di incontri e di riflessione con la Consulta, è maturato il progetto della Scuola di Pastorale Sanitaria, che proprio quest’anno ha raggiunto il traguardo dei dieci anni di vita e di attività a favore della comunità diocesana. In collaborazione con il *Camillianum* di Roma, che ha assicurato sin dall’inizio il sostegno e l’aiuto dei propri docenti più qualificati. Questa Scuola, che ha assunto nel corso degli anni il nome di “Biennio di etica e umanizzazione”, ha offerto anche al personale sanitario (medici ed infermieri) l’opportunità di una formazione

negli ambiti dell’etica e dell’umanizzazione, così necessarie per migliorare il servizio sanitario ed i luoghi di cura.

Quello che la Nota CEI afferma dell’assistente religioso ospedaliero circa la formazione, può applicarsi nei confronti della preparazione di ogni operatore pastorale: “Per uno svolgimento adeguato della sua missione accanto ai malati, oltre a una profonda spiritualità il cappellano deve possedere una competenza e preparazione professionali che gli permettano sia di conoscere adeguatamente la psicologia

SECONDO SENTIERO: organismi di comunione e di partecipazione

Seguendo il consiglio dell’amato pastore, mons. Mariano Magrassi, il secondo sentiero percorso dall’Ufficio è stato quello di cercare collaboratori e di creare le strutture della pastorale della salute, indicate dalla Nota CEI del 1989, che “sono a servizio degli operatori pastorali, delle associazioni e delle istituzioni, quale strumento di comunione e di animazione per il perseguimento delle comuni



del malato e di stabilire con lui una relazione significativa, sia di praticare una valida collaborazione interdisciplinare. È sulla base di una calda umanità che trova il suo primo appoggio l’accompagnamento pastorale del malato. Rispettando i bisogni e i tempi del paziente, il cappellano saprà anche essere propositivo di un conforto e di una speranza che vengono dalla parola di Dio, la preghiera e i sacramenti”⁷. Questa scelta continua ancora oggi, perché la formazione permanente, insieme all’aiuto dello Spirito, è il primo presupposto per un servizio efficace e fecondo della comunità ecclesiale all’uomo e alla comunità di oggi.

finalità pastorali nel mondo della salute”⁸.

Per questo la costituzione della Consulta è stata prioritaria nelle preoccupazioni iniziali del direttore: cercando i responsabili delle associazioni di e per i malati, invitando i cappellani delle istituzioni sanitarie, stimolando le suore ospedaliere, chiedendo ai vicari zonali i propri rappresentanti, lentamente si è formato un gruppo di collaboratori e di animatori che hanno condiviso i primi passi del cammino dell’Ufficio che man mano si è andato sempre più sviluppando.

Per creare un senso di appartenenza dei componenti e per approfondire insieme la

conoscenza dell'ambito pastorale di propria competenza è risultata utile e vincente la strategia di convocare una volta al mese la Consulta, i cui incontri, preceduti da una lettera d'invito alla partecipazione e da un ordine specifico del giorno, sono stati sempre caratterizzati dalla serietà e dalla concretezza del lavoro comunitario. Tutte le riflessioni e le conseguenti decisioni comunitarie prese nelle riunioni mensili sono state raccolte da una segretaria che ha redatto un verbale letto e distribuito ai partecipanti. Negli anni successivi gli incontri della Consulta hanno avuto una cadenza bimestrale, come lo hanno tutt'oggi, essendo venuta meno la finalità originaria.

L'attività annuale poi è stata fissata in un programma, comprendente sia gli obiettivi che le iniziative principali per perseguirli: stampato, esso è stato sempre distribuito ai componenti della Consulta e, negli ultimi anni, anche ai parroci. Mensilmente l'Ufficio ha sempre avuto il suo spazio fisso nel "Notiziario diocesano", ove vengono fatti conoscere gli appuntamenti e le iniziative. Alla conclusione di ogni anno pastorale si fa una verifica del cammino compiuto, dei ritardi sperimentati e delle relative cause, degli obiettivi raggiunti e dell'impegno a guardare sempre in avanti, per l'anno successivo. La relazione annuale scritta delle attività svolte è servita a far conoscere quanto realizzato all'intera comunità diocesana, attraverso la sua pubblicazione nel Bollettino diocesano. Va anche riconosciuto con onestà che la diocesi, attraverso l'economista, all'occorrenza non ha fatto mai mancare le risorse finanziarie per realizzare le attività culturali e formative dell'Ufficio.

Nel corso degli anni l'organico dell'Ufficio ha trovato una propria sistemazione attraverso l'elaborazione e l'approvazione di un Regolamento interno della propria Consulta: esso serve a delineare meglio l'identità dell'organismo partecipativo, le finalità da raggiungere, i criteri di appartenenza, la struttura inter-

na, la distribuzione dei compiti. Negli ultimi anni è stata istituita la Giunta composta da un ristretto numero di componenti, che sono convocati dal direttore ogni qualvolta si rende necessario o l'impone l'urgenza degli eventi. E dall'inizio del nuovo millennio, dietro richiesta dello stesso direttore, l'arcivescovo ha provveduto a nominare un vicedirettore dello stesso Ufficio. Da un anno all'Ufficio è stata assegnata anche una sede, situata presso il Seminario diocesano che accoglie anche gli altri Uffici: viene assicurata una presenza giornaliera di un volontario della Consulta, che è a disposizione di chiunque possa avere bisogno dei servizi specifici.

Seguendo la sua evoluzione, si può affermare che l'Ufficio si presenta oggi con un proprio organigramma, che mette in luce la realtà che esso non si identifica con una sola persona, ma coinvolge a vari livelli e con diverse responsabilità una molteplicità di soggetti pastorali. Mantiene collegamenti e partecipa con assiduità alle riunioni della Consulta regionale e a quella nazionale, ed offre il concreto contributo nelle diverse sedi in cui è coinvolto. Non manca mai di partecipare con un congruo numero di operatori pastorali ai convegni di pastorale sanitaria sia in Puglia che a quelli organizzati dall'Ufficio nazionale a Chianciano (SI) o dall'Associazione Italiana di Pastorale Sanitaria (A.I.Pa.S.), all'interno della quale sono coinvolti con diverse responsabilità alcuni membri della nostra chiesa locale.

Concludendo, possiamo affermare che gli organismi di comunione e di partecipazione dell'Ufficio sono un valido strumento per realizzare i compiti che gli sono stati affidati: animare le diverse realtà ecclesiali e le strutture sanitarie alle problematiche della salute e ai bisogni dei malati e delle loro famiglie; coordinare e favorire un'azione comune e condivisa fra le varie associazioni, gruppi e organismi operanti in diocesi; assumere iniziative di formazione e di aggiornamento nel settore⁹.

TERZO SENTIERO: attenzione e promozione del volontariato¹⁰

La Chiesa ha sempre manifestato la sua attenzione al volontariato sia con gli interventi magisteriali che con la promozione di specifiche associazioni che assicurano il servizio concreto nel tempo della sofferenza fisica, psicologica e spirituale.

"Grazie ai vari tipi di volontariato – ha affermato Giovanni Paolo II – i fondamentali valori morali, quali il valore dell'umana solidarietà, il valore dell'amore cristiano del prossimo, formano il quadro della vita sociale e dei rapporti umani, combattendo su questo fronte le diverse forme dell'odio, della violenza, della crudeltà, del disprezzo per l'uomo, oppure della semplice 'insensibilità', cioè dell'indifferenza verso il prossimo e le sue sofferenze"¹¹.

Da parte loro i vescovi italiani hanno affermato negli Orientamenti pastorali dello scorso decennio che "l'esperienza sempre più diffusa del volontariato è un'ulteriore, forte testimonianza del servizio delle nostre chiese in risposta alle diverse povertà e un segno della vitalità etica e sociale del vangelo della carità"¹². Guardando al mondo ospedaliero la Consulta nazionale CEI per la pastorale della sanità ha sottolineato che "oltre ad inserire più direttamente i cristiani nel contesto sociale, il volontariato svolge implicitamente opera di pre-evangelizzazione e di evangelizzazione"¹³.

Su questi fondamenti teologici ed ecclesiologici, l'Ufficio diocesano si è impegnato in modo diretto nel mondo del volontariato per rispondere concretamente all'invito esplicito fatto dall'arcivescovo, mons. Mariano Magrassi, nel messaggio pasquale "Diamo vita alla vita – La realtà sanitaria in terra di Bari" (1991), che sollecitava la comunità ecclesiale a "promuovere e formare un volontariato che intervenga sulla linea della gratuità come segno della Chiesa che serve in mezzo ai fratelli". Nel dicembre dello stesso anno na-

sceva l'associazione "Volontari di Bethesda", che s'ispirava ai principi cristiani e si proponeva di operare all'interno delle strutture ospedaliere pubbliche, offrendo il proprio contributo specifico per l'umanizzazione del mondo della sanità, mettendo sempre al centro di ogni programma la persona inferma con i suoi bisogni fisici, psicologici e spirituali e lavorando in sintonia col personale ospedaliero ma conservando la specificità dei propri interventi.

Essa è stata guidata per un decennio dallo stesso direttore dell'Ufficio come presidente, che in questo ruolo ha potuto inserire lo sviluppo dell'associazione all'interno del cammino della chiesa locale e si è sforzato di incarnare i valori della fede e della carità sia attraverso la formazione di base e permanente degli stessi volontari sia attraverso la presenza operativa nelle corsie accanto ai malati, ai loro familiari e agli operatori pastorali.

Attualmente i "Volontari di Bethesda" raggiungono il numero di oltre 170 e sono presenti e operanti nelle tre grandi istituzioni sanitarie del capoluogo pugliese (Policlinico-Consortiale, Giovanni XXIII e Di Venere), mantengono buoni rapporti con gli operatori pastorali del servizio religioso e alcuni di essi sono cristiani praticanti o ministri straordinari della Santa Comunione.

Nella Consulta dell'Ufficio naturalmente confluiscono anche le esperienze di altre associazioni di volontariato cattolico, che hanno modo di confrontarsi e di arricchirsi periodicamente tra loro, di coinvolgersi nel cammino pastorale della chiesa diocesana, di diventare ponti di comunione con i vari ambienti parrocchiali, familiari e sociali.

Verso la fine degli anni 90 l'Ufficio diocesano ha accettato la sfida dell'esperienza della Cappellania Ospedaliera Mista (C.O.M.), un nuovo organismo pastorale del mondo ospedaliero che, pur riconosciuto ufficialmente dalla Chiesa italiana sin dal 1989, fa ancora fatica ad affermarsi nelle singole diocesi. Essa si

colloca all'interno del discorso del volontariato pastorale.

Nel Policlinico Consortiale di Bari nel dicembre 1997 è iniziata l'esperienza della Cappellania ospedaliera, col coordinamento del direttore dell'Ufficio diocesano che opera come cappellano all'interno della stessa struttura¹⁴. Dopo di essa ne sono sorte altre nelle aziende sanitarie o presidi ospedalieri, pur conservando ciascuna una propria e differente fisionomia. Nel novembre 2005 abbiamo avuto il primo incontro degli operatori pastorali delle Cappellanie ospedaliere della nostra diocesi.

Per comprendere meglio la portata dell'esperienza della C.O.M. è bene ricordare che essa ha la sua fonte ispirativa e il suo fondamento nella ecclesiologia di comunione maturata nel Concilio Vaticano II, che ha definito la Chiesa primariamente come mistero e come popolo di Dio.

La Cappellania ospedaliera, alla luce del percorso sinora compiuto, può definirsi realmente un laboratorio di comunità ecclesiale dove si sperimenta un modo originale di servizio pastorale con il coinvolgimento e l'impegno reale di tutti i componenti del popolo di Dio, ciascuno secondo il proprio carisma.

QUARTO SENTIERO: conservazione della memoria (archivio)

Conservare la memoria della vita di un organismo e quindi di una comunità significa non far disperdere la ricchezza multiforme di una esperienza vissuta e lasciare un patrimonio culturale a coloro che vengono dopo, perché possa essere continuato il cammino percorso nella fedeltà alla tradizione e nell'attenzione ai segni dei nuovi tempi.

Sin dall'inizio della sua attività l'Ufficio ha avuto un archivio, curato da un responsabile. Certo la catalogazione dei documenti è stata fatta a livello amatoriale, ma al momento opportuno e con persone qualificate potrà esserne fatta una cernita: in tal modo potrà essere conservato il ma-

teriale che si riterrà più valido ed opportuno.

Nell'archivio dell'Ufficio si trovano oltre una ventina di faldoni, due per ogni anno pastorale, suddivisi in fascicoli dei diversi settori dell'attività: incontri della Consulta, programmazione annuale, appuntamenti mensili, posta in arrivo e in partenza, Scuola di pastorale sanitaria, interventi del direttore, materiale della Giornata mondiale del malato, convegni di Collovalenza...

Sono preparati e conservati copie degli Atti dei corsi e dei convegni realizzati in diocesi, mentre il direttore ha curato una sezione della Biblioteca provinciale dei Frati Minori Cappuccini di S. Fara in Bari, riservata alla pastorale della salute, che comprende circa un migliaio di volumi pubblicati in questi venti anni, suddivisi in sottosezioni.

È stato attivato un sito Internet a nome della Cappellania ospedaliera del Policlinico Consortiale (www.cappellania-policlinicobari.it), all'interno del quale ha trovato posto il lavoro pastorale dell'Ufficio. Siamo in attesa di aprire una sezione dello stesso Ufficio nel sito della nostra arcidiocesi (www.odegitria.bari.it), dove verranno inseriti i link di ogni cappellania ospedaliera.

GUARDANDO AVANTI: verso il futuro

Al termine di questa carrellata che ha permesso di ricordare e far conoscere la storia del nostro Ufficio, è necessario guardare al futuro ed accennare ai nuovi percorsi della pastorale della salute che si presentano davanti alla chiesa di Bari-Bitonto:

Sviluppo della missionarietà della Pastorale della Salute – La cura dei malati e la promozione della salute integrale non possono rimanere chiuse all'interno delle istituzioni sanitarie, ma devono passare all'impegno delle comunità ecclesiali parrocchiali con l'animazione del territorio. In tal modo la Pastorale della Salute, come le altre, deve trasformarsi in dimensione quotidiana della pastorale or-

dinaria. Questa strada è stata già indicata dai vescovi italiani nella Nota pastorale “Il volto missionario delle parrocchie in un mondo che cambia”¹⁵. In questo documento sono presenti diverse suggestioni in questo senso: per esempio l'accoglienza di tutti (n. 4), la risposta alle domande di fondo del cuore umano (n. 6), l'attenzione ai fratelli più deboli (n. 7), la presenza nei momenti di difficoltà delle famiglie (n. 9), la sollecitudine verso gli ultimi (n. 10).

Nuove ministerialità nella Pastorale della Salute – Lo stesso documento della CEI sopra ricordato ha una frase il-



luminante in proposito: “I sacerdoti dovranno vedersi sempre più all'interno di un presbiterio e dentro una sinfonia di ministeri e di iniziative: nella parrocchia, nella diocesi e nelle sue articolazioni. Il parroco sarà meno l'uomo del fare e dell'intervento diretto e più *l'uomo della comunione*; e perciò avrà cura di promuovere vocazioni, ministeri e carismi. La sua passione sarà far passare i carismi dalla collaborazione alla corresponsabilità, da figure che danno una mano a presenze che pensano insieme e camminano dentro un comune progetto pastorale. Il suo specifico ministero di guida della comunità parrocchiale va esercitato tessendo la trama delle missioni e dei servizi: non è possibile essere parrocchia da soli”¹⁶. Possiamo ricordare, a titolo di esempio, alcuni ministeri che dovrebbero essere istituiti dopo un tempo adeguato di sperimentazione: ministero della consolazione,

pastorale agli anziani, accompagnamento dei morenti, pastorale del lutto.

Maggiore professionalità degli operatori pastorali sanitari – Essa si ottiene con la formazione di base e permanente sia dei sacerdoti che di tutti gli altri operatori pastorali. Oggi la realtà sanitaria e ospedaliera è molto complessa e diversificata; i problemi si moltiplicano a dismisura, le richieste dei malati si sono fatte più esigenti e più profonde. Per queste ragioni i sacerdoti e gli operatori pastorali devono sentire il bisogno di qualificare professionalmente i loro interventi per acquistare “rilevanza” e “significatività” nella comunità sanitaria. Quanto più saranno formati nel loro settore tanto più il loro servizio pastorale sarà più efficace e fecondo. Dall'altra parte gli operatori pastorali non possono giustificare la loro presenza semplicemente con la distribuzione della Santa Comunione, ma sono chiamati a vivere quella pastorale della salute che Papa Giovanni Paolo II ha qualificato come “un'azione capace di sostenere e di promuovere attenzione, vicinanza, presenza, ascolto, dialogo, condivisione e aiuto concreto verso l'uomo nei momenti nei quali, a causa della malattia e della sofferenza, sono messi a dura prova non solo la fiducia nella vita ma anche la sua stessa fede in Dio e nel suo amore di Padre”¹⁷. Se siamo in Europa a livello politico ed economico, si dovrebbe cominciare a pensare europeo anche nel campo della pastorale della salute, che già prevede in alcuni paesi gli standard formativi degli operatori pastorali.

Promozione degli organismi pastorali di comunione – Sono noti quelli delle istituzioni sanitarie: la Cappellania ospedaliera e i Consigli pastorali ospedalieri. Perciò è indispensabile convertirsi concretamente alla Chiesa come “comunione”, che mette in primo piano la dignità di ogni battezzato e la missione ricevuta dalla grazia sacramentale di contribuire al mandato evangelico di evangelizzazione e di promozione umana. In parole povere, vivere la Chiesa comu-

nione significa vedere l'unicità e la ricchezza di ogni persona che vi fa parte, riconoscere il contributo specifico che vi apporta ogni suo componente, crescere nella consapevolezza di lavorare insieme per un comune obiettivo; significa anche essere convinti che la prima testimonianza efficace che la comunità cristiana può offrire alla società di oggi è proprio l'essere uno nella Trinità ed essere “un cuor solo ed un'anima sola”. È necessario poi che dalla comunione scaturisca gradualmente la collaborazione e la corresponsabilità dell'équipe pastorale: gli operatori pastorali non sono semplici esecutori di comandi, ma cristiani maturi e responsabili che contribuiscono, ciascuno secondo la propria specifica vocazione, alla comune missione della comunità ecclesiale.

CONCLUSIONE

Concludendo, possiamo affermare che, in modo descrittivo, l'Ufficio per la pastorale della salute può essere definito come “l'organismo che esprime la sollecitudine amorosa e la presenza operativa della Chiesa verso i malati, il mondo della sanità, il problema della salute e della malattia, per portarvi la luce e la grazia del Signore col vangelo della vita, della sofferenza e della Carità.

Per questo s'impegna per una pastorale ordinaria della comunità sanante nelle strutture sanitarie e nel territorio, fondata *sui malati ed i sofferenti*, quali soggetti attivi e responsabili dell'opera di evangelizzazione e di salvezza; *sull'illuminazione cristiana* dei problemi del mondo sanitario (formazione, umanizzazione, ricerca scientifica...) e sull'animazione del territorio ai problemi della sanità (dignità della persona umana, rispetto e difesa della vita, promozione della salute); *sulla sensibilizzazione della comunità cristiana* e, in particolare, delle parrocchie, dei gruppi e delle associazioni, degli organismi pastorali, all'assistenza olistica del malato e dei loro familiari”¹⁸.

In una parola, impegno primario e fondamentale dell'Ufficio è quello di promuovere il valore della vita e la dignità della persona sia nello stato di salute che di sofferenza, dal momento del concepimento alla sua naturale conclusione, nella visione cristiana proposta dalla Chiesa con la sua storia ed il suo magistero.

La chiesa locale di Bari-Bitonto ha la grazia di usufruire del servizio di tale Ufficio da venti anni: sia lodato e ringraziato Dio!

P. LEONARDO NUNZIO
DI TARANTO

Note

¹ Cfr. Lettera dell'arcivescovo, mons. Mariano Magrassi, a P. Leonardo Nunzio Di Taranto per la nomina a Responsabile della pastorale sanitaria per l'arcidiocesi di Bari (prot. n. 20/86 del 26

maggio 1986). Tra l'altro, l'arcivescovo scriveva: "Il lavoro è grande, perché la sofferenza rende gli uomini più vicini a Dio, più simili a Gesù e più distaccati dal mondo. La morale sanitaria ti farà incontrare tutte le classi sociali, e in diverse circostanze. Con profonda bontà disponi tutti al sorriso della grazia umana e divina, e continua in Diocesi quel lavoro che hai già fatto con i Cappellani del tuo Ordine" (in "Archivio dell'Ufficio diocesano per la pastorale della salute", I faldone 1986/87).

² Cfr. GHILARDI G., *La Consulta Nazionale per la Pastorale Sanitaria*, pp. 55-62, in "Insieme per servire", rivista dell'Associazione Italiana di Pastorale Sanitaria, anno XX, n. 1, gennaio-marzo 1996, Atti del Convegno nazionale AI-PaS "Tre volti della speranza: riflessione, collaborazione, progettualità", Colleva (PG), 9-13 ottobre 1995; DI TARANTO L. N., *La chiesa nel mondo della sanità che cambia*, Camilliane, Torino 2002, pp.11-19.

³ Cfr. DI TARANTO L.N., *A.N.C.R.O. Un'associazione nuova per un servizio antico*, in "Insieme per servire", o.c., anno I, n. 1, pp. 3-12.

⁴ Cfr. CONSULTA NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *La pastorale della salute nella chiesa italiana*: PSCI, 65-78.

⁵ Cfr. I Bollettini diocesani di quegli anni riportano le iniziative pastorali principali realizzate in quel periodo: purtroppo al direttore del nuovo Ufficio è stato consegnata una scarsissima documentazione scritta.

⁶ La sede dell'Ufficio diocesano per la pastorale della salute è ubicata presso

il Seminario diocesano in corso A. De Gasperi, 274/A in Bari.

⁷ PSCI, 40.

⁸ *Idem*, 65.

⁹ Cfr. PSCI, 78.

¹⁰ Per questa parte dell'intervento attingo da DI TARANTO L.N., *L'Ufficio per la Pastorale della Salute per la Promozione della Vita nell'Arcidiocesi di Bari-Bitonto*, in "Camillianum", rivista dell'Istituto Internazionale di Teologia Pastorale Sanitaria – CAMILLIANUM, anno V – Primo quadrimestre 2005 – numero 13 nuova serie, pp. 163-173.

¹¹ GIOVANNI PAOLO II, *Salvifici doloris*, o.c., 29.

¹² CEI, *Evangelizzazione e testimonianza della carità – Orientamenti pastorali dell'Episcopato italiano per gli anni 90*, 8 dicembre 1990, 48.

¹³ PSCI, 59.

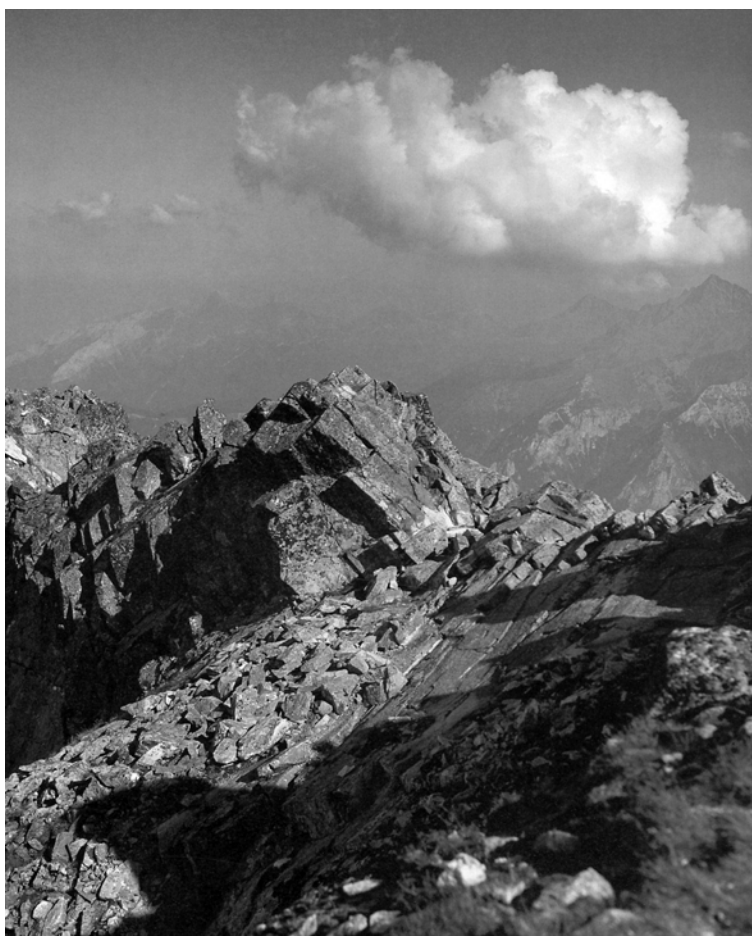
¹⁴ DI TARANTO L.N., *La Cappellania ospedaliera mista – Una novità ecclesiale nelle istituzioni sanitarie*, Camilliane, Torino 1999.

¹⁵ CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *Il volto missionario delle parrocchie in un mondo che cambia*, 30 maggio 2004.

¹⁶ *Idem*, 12.

¹⁷ GIOVANNI PAOLO II, *Christifideles laici – Esortazione apostolica postsinodale su "Vocazione e missione dei fedeli laici nella Chiesa e nel mondo"* (30 dicembre 1988), 54.

¹⁸ Cfr. DI TARANTO L.N., *La Chiesa nel mondo della Sanità che cambia*, Camilliane, Torino 2002, pp. 40-41. Tutto il secondo capitolo del libro è dedicato all'Ufficio diocesano per la pastorale della salute (pp. 21-56).



Pastorale della Salute in Polonia

Desidero esprimere la mia gratitudine ai Superiori del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, ai suoi più stretti collaboratori per quanto si adoperano per manifestare la sollecitudine pastorale della Chiesa per i malati, aiutando tutti coloro che svolgono il servizio verso i malati e sofferenti, affinché l'apostolato della misericordia potesse rispondere sempre meglio alle nuove sfide del Terzo Millennio. Partecipando, come Membro del Dicastero, a due Assemblee Plenarie del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, ho potuto constatare personalmente quanto importante è la Pastorale della salute in un mondo odierno che vuole promuovere la civiltà della morte opponendosi sempre di più alla cultura della vita tanto auspicata dall'indimenticabile ed amato Papa Servo di Dio Giovanni Paolo II. Oltre ai grandi documenti del Magistero della Chiesa, nel promuovere la Pastorale della Salute nelle nostre Chiese locali, di grande aiuto ci è stata l'esperienza di detti Incontri, nonché lo stesso "Piano di Lavoro 2002-2007" del Pontificio Consiglio.

La Pastorale della Salute in Polonia è organizzata nel seguente modo:

A livello nazionale:

La Commissione della Conferenza Episcopale per la Pastorale sanitaria che promuove, coordina ed orienta tutti i settori della Pastorale della salute in Polonia;

Il Vescovo Incaricato per la Pastorale della salute, coadiuvato da un gruppo di stretti collaboratori tra cui:

- a) Responsabile nazionale per la Pastorale degli Operatori Sanitari
- b) Responsabile nazionale per l'Apostolato dei Malati
- c) Responsabile nazionale per gli *Hospices*

A livello diocesano:

Ufficio diocesano per la Pastorale Sanitaria, con un sacer-

dote moderatore di esso, esiste ormai in ciascuna diocesi della Polonia.

Fatta questa premessa, passo a presentare alcuni punti più rilevanti della vasta attività svolta dalla nostra Commissione della Pastorale della Salute.

1. Formazione permanente

La formazione occupa un posto privilegiato nella nostra attività, perché siamo consapevoli che malattia e sofferenza sono fenomeni che, se scrutati a fondo, pongono sempre interrogativi che vanno al di là della stessa medicina per toccare l'essenza della condizione umana in questo mondo (cfr. "Dolentium Hominum", 2). A tale scopo, ogni anno, la prima Domenica dopo Pasqua, a Niepokalanow (vicino a Varsavia) viene promosso un corso di formazione per numerosi sacerdoti (60) responsabili



della pastorale sanitaria nelle loro diocesi, al quale partecipa sempre il Vescovo Incaricato. Tale incontro – cui vengono invitati i migliori relatori, specialisti in diverse materie, dalla teologia alla bioetica – aiuta a capire che non è possibile una pastorale della salute senza un approfondimento teologico, una pastorale staccata da Cristo Salute e Salvezza. I Sa-

cerdoti possono in quei giorni di formazione rilevare che un amore compassionevole e filantropico non è sufficiente. Non è questa la missione della Chiesa. Si deve rispondere alle questioni più profonde che toccano l'essenza della vita umana, della fede cristiana e questo non è possibile senza una solida e profonda riflessione teologica.

Oltre detto incontro, ce ne sono stati altri e conferenze di aggiornamento e di approfondimento dei documenti elaborati dal Pontificio Consiglio oppure su altri temi specifici che interpellano oggi le coscienze dei cristiani, ad esempio: aborto, eutanasia, AIDS o droga. Tali Conferenze hanno visto la partecipazione di tutti coloro che operano nel campo della salute e della sofferenza.

Inoltre, mi preme sottolineare che nella formazione permanente promossa dalla nostra Commissione episcopale, di notevole importanza sono anche gli esercizi spirituali e il pellegrinaggio nazionale degli operatori sanitari. Tale iniziativa è ormai una lunga tradizione, da più di 60 anni, anche durante il regime comunista. Ai piedi della Madonna Nera, nell'ultima settimana del mese di maggio di ogni anno, si recano tutti gli Operatori sanitari (medici, farmacisti, infermiere/i, religiosi e religiose impegnati nel campo della salute). A questo pellegrinaggio partecipano circa 5000 persone e al ritiro spirituale prendono parte più di 1000 operatori sanitari.

2. La Giornata Mondiale del Malato

La Giornata del Malato in Polonia è celebrata molto solennemente. Essa costituisce un momento di particolare significato ed importanza per la nostra pastorale. Viene celebrata solennemente nelle parrocchie, negli ospedali e nei diversi luoghi di cura cattolici e non cattolici. I cappellani e i

pastori delle anime organizzano bene sul loro territorio i momenti della preghiera, di riflessione e di studio, a cui partecipano gli operatori sanitari, i malati e i loro familiari.

A livello nazionale, uno dei compiti della Commissione episcopale è la preparazione della Giornata, trasmettere il Messaggio del Papa e del diverso materiale, ecc. Da qualche anno i mezzi di comunicazione: la TV e diverse reti radiofoniche cattoliche e non cattoliche danno molto spazio alla celebrazione della Giornata Mondiale del Malato. È la nostra cura anche affinché alle celebrazioni ufficiali, promosse dal Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute sia presente una delegazione della Polonia. La Celebrazione della Giornata non finisce l'11 febbraio, ma si cerca di mettere in pratica quanto si è detto e fatto durante tutto l'anno.

3. L'apostolato del malato

All'interno della nostra Commissione episcopale esiste un Settore l'Apostolato dei Malati, con un Responsabile a livello nazionale, che fu fondato il 12 maggio 1930 dall'Arcivescovo-Metropolita di Lviv, S.E. Mons. Bolesław Twardowski. Il Segretariato nazionale promuove la preghiera dei malati e per i malati, tanto la preghiera liturgica come quella non liturgica; cura la pubblicazione della rivista mensile dal titolo: "l'Apostolato dei Malati". Inoltre vengono promossi i pellegrinaggi ai Santuari mariani, gli esercizi spirituali, ecc.. Soprattutto di notevole importanza è il pellegrinaggio al Santuario di Częstochowa il 6 luglio, in occasione della Festa Patronale della Madonna Salute degli Infermi. Inoltre, si vede la loro viva partecipazione spirituale e fisica in occasione della Giornata del Malato o in altri momenti difficili delle singole nazioni. I membri di detto Apostolato offrono volentieri le loro preghiere e il dono delle loro sofferenze per il ministero petrino del Santo Padre e per la Chiesa universale.

4. Medici cattolici

Il frutto immediato della Celebrazione della II Giornata Mondiale del Malato nel Santuario della Madonna Nera di Częstochowa, l'11 febbraio 1993, è stata istituzione della Associazione dei Medici Cattolici Polacchi. Il Presidente dell'Associazione, a cui appartengono più di 3000 medici, è la Dott.ssa Anna Gręziak di Varsavia. L'Associazione è presente con le sedi filiali in quasi tutte le diocesi. Ha promosso negli ultimi anni una serie di azioni pro life. Ci sono stati simposi sull'Enciclica *Evangelium Vitae* e sulla Carta degli Operatori Sanitari, pubblicata dal Pontificio Consiglio. Devo dire che l'Associazione segue attentamente, con la partecipazione di alcuni rappresentanti, le annuali Conferenze internazionali o altri Incontri specifici, promossi dal Dicastero. Un rappresentante dell'Associazione ha preso parte anche al X Congresso della FEAMC, svoltosi a Bratislava in Slovacchia, dal 1 al 4 luglio durante il quale Vostra Eminenza ha tenuto una lezione magistrale sul tema "*Nuove sfide per la medicina e gli operatori sanitari nell'Europa*".

Naturalmente la loro attività viene svolta in stretta collaborazione con la Commissione episcopale per la pastorale sanitaria. È un nostro augurio perché si potessero aggregare all'Associazione dei Medici Cattolici ancora tanti medici polacchi che in fondo rimangono ottimi professionisti e cristiani.

5. Infermiere/i e ostetriche cattoliche

Associazione che si è costituita il 27 maggio del 1995 ha tra gli obiettivi quello della formazione cristiana ed etica dei membri, nonché dell'incontro e comunicazioni tra di loro. La sede centrale è a Varsavia. Il Presidente dell'Associazione che raggruppa più di 700 infermiere e ostetriche è la Dott.ssa Iwona Stanis. Ci sono già 19 sezioni che restano in stretto contatto con il delegato diocesano per la pasto-

rale sanitaria. L'associazione è molto viva nel campo professionale, religioso e umano.

6. Cappellani cattolici ospedalieri

Dalla caduta del regime comunista nel 1989 nacque la nuova positiva situazione per organizzare l'assistenza spirituale agli ammalati e agli operatori sanitari negli ospedali e negli altri luoghi di cura. Attualmente lo *status* del cappellano è riconosciuto dallo Stato e pertanto i sacerdoti cappellani vengono assunti presso le strutture sanitarie cattoliche e non cattoliche e vi lavorano a tempo pieno o part-time a seconda degli accordi presi. Per quanto riguarda l'assistenza spirituale agli ammalati presso le parrocchie viene assicurata dai loro pastori. In ogni parrocchia, il primo Venerdì o Sabato del mese, i sacerdoti visitano gli ammalati e gli anziani nelle loro case portando la comunione o amministrando il sacramento dell'Unzione degli Infermi. Si può quindi dire che in pochi anni siamo riusciti ad avere un buon coordinamento dei cappellani cattolici ospedalieri. Tra le diverse iniziative, vengono promossi per loro i corsi di formazione e di aggiornamento. Ad un tale Incontro formativo ha Danzica nel 1999 ha preso parte il Cardinale Javier Lozano Barragán con una Prolusione magistrale su *Fides et Ratio*. Ci si augura che in futuro si possa creare Unione dei Cappellani cattolici ospedalieri a livello nazionale (negli ospedali e negli altri luoghi di cura oltre 1500 sacerdoti offrono la loro assistenza spirituale) che potrebbe far parte dell'Unione dei Cappellani ospedalieri al livello internazionale tanto auspicata dal Pontificio Consiglio.

7. Ospedali cattolici, hospices, case di cura e di assistenza sociale

Come nel caso dei Cappellani Ospedalieri, dopo 1989, la Chiesa in Polonia si sta organizzando in questo campo. Attualmente ci sono 5 ospedali

cattolici, di proprietà degli Ordini Religiosi: Fatebenefratelli, Camilliani, Suore di Santa Elisabetta e di San Carlo Borromeo. Tali strutture, il loro personale medico e paramedico testimoniano sul campo il Vangelo della sofferenza. Nell'ambito della nostra competenza si sta anche promuovendo la loro unione a livello nazionale al fine di poter giungere alla collaborazione effettiva nell'AISAC.

Oltre alle strutture ospedaliere cattoliche, la Chiesa possiede attualmente 38 *Hospices*, ben organizzati e soprattutto vi è garantita assistenza spirituale, umana e professionale dei malati moribondi come anche dei loro familiari. Insieme in Polonia ci sono più di 100 *Hospices*. La Chiesa gestisce anche 34 case di assistenza sociale specialmente per gli anziani, per le ragazze madri e per i *homeless*, 97 luoghi di cura e di assistenza e di riabilitazione; nonché circa 70 centri sanitari non pubblici.

8. Volontariato sanitario cattolico

Il Volontariato cattolico in sanità comincia ad essere presente soprattutto nelle strutture cattoliche e nella *Caritas della Chiesa Cattolica*. Di

grande aiuto nel promuovere il Volontariato è stato il Simposio Mondiale sul *Volontariato Cattolico in Sanità*, svoltosi in Vaticano nei giorni 30 novembre e 1 dicembre 2001. Si è provveduto a distribuire gli Atti del Simposio e altro materiale che ci è stato trasmesso dal Pontificio Consiglio. Tuttavia, è una realtà nuova e bisogna ancora imparare molto. Quello che ci preme è che le associazioni attuino veramente nel loro servizio i valori cristiani e che siano *non profit*.

9. Pubblicazioni e distribuzione del materiale specialistico

I temi e i problemi presi in considerazione dalla rivista del Dicastero "Dolentium Hominum. Chiesa e salute nel mondo", che è molto preziosa per la nostra pastorale, vengono comunicati ai Responsabili interessati e poi diffusi a livello nazionale. È stato già tradotto in polacco il Manuale del Pontificio Consiglio, devo dire di grande attualità, dal titolo: "*Chiesa, Droga e Tossicomania*" e sarà pubblicato prossimamente dal *Pallotinum*. In Polonia, attualmente abbiamo cinque riviste che aiutano a promuovere la Pastorale della

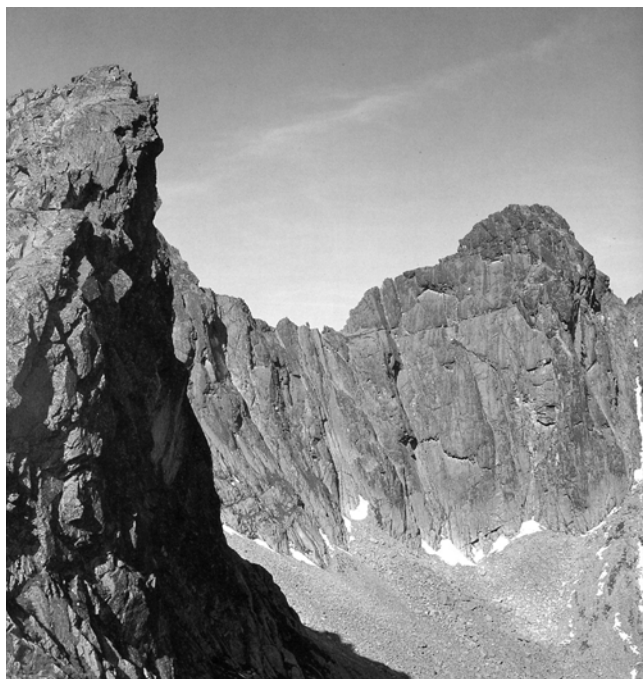
Salute e della malattia a livello nazionale: "l'Apostolato dei Malati", "il Paziente", "l'Anziano", "Lettera ai malati" e "Alzati".

Conclusione

I dati da me appena presentati circa la Pastorale della Salute in Polonia ci riempiono di soddisfazione e di gioia, perché dal 1989 si è fatto veramente tanto per promuovere, coordinare ed orientare la pastorale sanitaria. Tuttavia i Presuli Polacchi sono consapevoli che non ci si può addormentare perché ci sono tante sfide e tanti pericoli, soprattutto contro la vita, che è sacra e come tale va difesa sempre dal concepimento fino al naturale tramonto.

Pertanto, in futuro vogliamo continuare ancora con più fervore la strada intrapresa, che finora sta dando dei buoni risultati, per testimoniare sempre più fortemente il Vangelo della Sofferenza di cui il nostro amatissimo Papa il Servo di Dio, Giovanni Paolo II, divenne l'icona.

S.E. Mons. WŁADYSŁAW
ZIOŁEK
Arcivescovo-Metropolita di Łódź
Vescovo Incaricato
per la Pastorale della Salute,
Polonia





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

XXI International Conference

January 15, 2007

HEADLINES

XV World Day of the Sick



Seoul, Korea - 11 February 2007. Theme: "The Spiritual and Pastoral Care of the Patients with Incurable Illnesses". Theological, Pastoral and Liturgical issues. [View more]

HIGHLIGHTED

Christmas Appeal

The virtual lighting of 22 candles on the Christmas Tree, which has roots in the Holy Mystery of Christmas, assures a whole year of Antiretroviral treatment to one AIDS patient, being assisted in the "Health Centers" of the Church in the poorest countries of the world. [View more]



NEWS UPDATE

Alarmante nexo entre pobreza y patologías visuales, advierte el dicasterio para la Salud

«La santé est une tension vers l'harmonie et vers Dieu»

La souffrance doit être combattue, déclare le card. Barragan

© 2007 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