



DOLENTIUM HOMINUM

N. 71 – anno XXIV – N. 2, 2009

RIVISTA DEL PONTIFICIO CONSIGLIO
PER GLI OPERATORI SANITARI
(PER LA PASTORALE DELLA SALUTE)

DIREZIONE

S.E. MONS. ZYGMUNT ZIMOWSKI, *Direttore*
S.E. MONS. JOSÉ L. REDRADO, O.H., *Redattore Capo*

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 GLI OPERATORI SANITARI (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

Poste Italiane s.p.a. Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. In L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 2, DCB Roma

Sommario

- 4 **Intervento della Delegazione della Santa Sede alla 62ª Assemblea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità**
S.E. Mons. Zygmunt Zimowski

XVII GIORNATA MONDIALE DEL MALATO
11 FEBBRAIO 2009

- 6 **Cronaca**
Mons. Dariusz Giers

- 8 **Angelus**
Benedetto XVI

- 9 **Discorso del Santo Padre**
Benedetto XVI

- 11 **La Giornata Mondiale del Malato nella Chiesa spagnola**
*Dipartimento di Pastorale della Salute
Conferenza Episcopale Spagnola*

- 12 **Giornata Mondiale del Malato in Bolivia**
Mons. Walter Pérez Villamonte

- 12 **Giornata Mondiale per i malati in Iraq, Baghdad**

- 13 **Taiwan, Giornata Mondiale del Malato**

- 16 **Australia**
S.E. Mons. Philip Wilson, DD JGI

ARGOMENTI

- 20 **La fede del sacerdote nelle situazioni limite**
P. Rudesindo Delgado

- 26 **Le risorse umane nelle strutture sanitarie cattoliche: quale sostenibilità per il futuro**
Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari

- 34 **Gli ospedali luoghi di approfondimento e di esercizio della speranza**
S.E. Mons. José Luis Redrado, O.H.

- 40 **The Mental Capacity Act 2005. Valutazioni bioetiche**
P. Bonifacio Honings, O.C.D.

- 43 **Decisioni anticipate nei confronti della vita. Una guida per i cattolici**
P. Bonifacio Honings, O.C.D.

- 46 **Accompagnamento della famiglia**
P. Arnaldo Pangrazzi, M.I.

TESTIMONIANZE

- 50 **Medico e apostolo. Uno sguardo alla vita e alle virtù del Servo di Dio**
Pedro Herrero Rubio
S.E. Mons. Rafael Palmero Ramos

- 55 **Spagna, PROSAC – Associazione degli Operatori Sanitari Cristiani**
P. Rudesindo Delgado

- 61 **La sofferenza, scuola di vita**
Il Servo di Dio
Manuel Lozano Garrido
S.E. Mons. José Luis Redrado, O.H.

Nomina del Sotto-Segretario del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari

Il Santo Padre ha nominato, il 31 luglio 2009, Sotto-Segretario del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, per un quinquennio, il Rev.do Mons. Jean-Marie Musivi Mpendawatu, in sostituzione del Rev.do P. Felice Ruffini, M.I., il quale termina il servizio per motivi di età.

Tante grazie P. Ruffini, per il servizio che hai reso durante questi 24 anni come Sotto-Segretario del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari.

Le illustrazioni di questo numero sono tratte dal libro:

*L'amore di Dio per noi. Il Vangelo
pubblicato da Editrice Velar, Gorle (BG)*



Intervento della Delegazione della Santa Sede alla 62^a Assemblea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

GINEVRA, SVIZZERA, 18-27 MAGGIO 2009

Signor Presidente,

Le presento le sincere congratulazioni della Santa Sede, unitamente al nostro augurio per la Sua designazione a questo importante ufficio.

Essendo stato recentemente nominato da Sua Santità Benedetto XVI come Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, ritengo un grande onore condividere con i delegati presenti a questa 62^a Assemblea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) alcune riflessioni e le preoccupazioni della Santa Sede. Per quanto riguarda l'impatto dell'assistenza e delle cure sulla salute umana in questo periodo di crisi economica globale, la Santa Sede condivide le preoccupazioni già espresse da altri delegati.

L'attuale crisi economica ha fatto affiorare lo spettro della cancellazione o di una drastica riduzione dei programmi di assistenza esterna, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo. Ciò metterà drammaticamente a repentaglio i loro sistemi sanitari, che sono già al collasso per la forte incidenza di malattie endemiche, epidemiche e virali. Nel suo messaggio al G-20, Papa Benedetto XVI osservava che: "l'uscita dall'attuale crisi globale si può realizzare solo insieme, evitando soluzioni improntate all'egoismo nazionalistico e al protezionismo", ed esorta a un "coraggioso e generoso potenziamento di una cooperazione internazionale capace di promuovere un reale sviluppo umano ed integrale"¹.



La mia delegazione desidera mettere in evidenza altresì la grande importanza e la particolare responsabilità di organizzazioni a matrice religiosa e di migliaia di istituzioni sanitarie gestite dalla Chiesa, nel fornire sostegno e cure a persone che vivono in povertà. Il far-dello economico che pesa sulle casse dei Governi in modo sempre crescente a causa della crisi finanziaria attuale, è avvertito in modo ancor più profondo dalle istituzioni sostenute dalla Chiesa che spesso vengono private dell'accesso ai fondi governativi o internazionali. Ciò nonostante esse continuano a lottare per servire quanti si trovano maggiormente nel bisogno. I valori che motivano tale servizio da parte delle organizzazioni a matrice religiosa, oltre al valore di primaria importanza della sacralità e della dignità della vita umana, includono alcuni principi articolati nella Risoluzione sulle cure sanitarie primarie, presi in esame da questa Assemblea. Mi riferisco a principi come "equità, solidarietà, giustizia sociale e accesso universale ai servizi"².

Signor Presidente,

nel 1998 il Pontificio Consiglio – incoraggiato in questo senso dall'OMS – ha condotto una ricerca presso le Chiese locali sulle sfide che la comunità internazionale deve affrontare per raggiungere l'obiettivo della salute per tutti. I risultati di questa ricerca hanno mostrato che una delle sfide maggiori è stata l'applicazione del principio di equità³. Un decennio dopo, devo purtroppo constatare che nella maggior parte dei Paesi tale sfida è ancora attuale. La mia delegazione guarda, pertanto, con particolare attenzione alla risoluzione relativa ai determinanti sociali della salute, proposta da questa Assemblea per la votazione, ed è particolarmente interessata all'appello urgente che essa contiene per i Governi "a sviluppare e raggiungere gli obiettivi e le strategie tendenti a migliorare la salute pubblica, con uno sguardo particolare alle ingiustizie nel campo della salute"⁴.

Esiste, inoltre, una preoccupazione condivisa per milioni di bambini in tutto il mondo che non raggiungono il loro pieno potenziale a causa delle grandi differenze e ingiustizie esistenti in campo sanitario. Il Santo Padre ha fatto partecipi di questa preoccupazione an-

che i partecipanti alla XXIII Conferenza Internazionale del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, chiedendo “una decisa azione tesa a prevenire per quanto possibile le malattie e, quando esse sono in atto, a curare i piccoli ammalati mediante i più moderni ritrovati della scienza medica, come pure a promuovere migliori condizioni igienico-sanitarie soprattutto nei Paesi meno fortunati”⁵.

Signor Presidente,

non possiamo permettere che questi bambini indifesi, i loro genitori e gli altri adulti delle comunità più povere del mondo diventino sempre più vulnerabili a causa della crisi economica globale, ampiamente alimentata dall’egoismo e dalla bramosia. Come ha sottolineato il Santo Padre, “occorre una forte solidarietà globale tra Paesi ricchi e Paesi poveri, nonché all’interno dei singoli Paesi, anche se ricchi. È necessario ‘un codice etico comune’, le cui norme non abbiano solo un carattere convenzionale, ma siano radicate nella legge naturale inscritta dal Creatore nella coscienza di ogni essere umano (cfr Rm 2,14-15)”⁶ per-

ché “la giustizia non si può creare nel mondo solo con modelli economici buoni, che sono necessari. La giustizia si realizza solo se ci sono i giusti”⁷.

Grazie, Signor Presidente.

S.E. Mons. ZYGMUNT ZIMOWSKI
*Presidente del Pontificio Consiglio
 per gli Operatori Sanitari
 Santa Sede*

Note

¹ BENEDETTO XVI, Messaggio al Primo Ministro britannico Gordon Brown in occasione del Summit del G20, 30 marzo 2009.

² http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_R8-en.pdf

³ Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, Ricerca su “*Project de document de consultation pour l’actualisation de la stratégie mondiale de la santé pour tous*”, Rome 1998, (testo non pubblicato).

⁴ http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_R8-en.pdf.

⁵ BENEDETTO XVI, Discorso ai partecipanti alla XXIII Conferenza Internazionale del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, Città del Vaticano, 15 novembre 2008.

⁶ BENEDETTO XVI, Messaggio per la Celebrazione della Giornata Mondiale della Pace, 1° gennaio 2009, n. 8.

⁷ BENEDETTO XVI, Discorso ai Parroci e al Clero della Diocesi di Roma, 26 febbraio 2009.



XVII Giornata Mondiale del Malato

11 febbraio 2009



Cronaca

Il Santo Padre Benedetto XVI ha espresso nel suo *Messaggio* il desiderio che “la Giornata Mondiale del Malato offra l’opportunità alle comunità parrocchiali e diocesane di prendere sempre più coscienza di essere ‘famiglia di Dio’, e le incoraggi a rendere percepibile nei villaggi, nei quartieri e nelle città l’amore del Signore, il quale chiede ‘che nella Chiesa stessa, in quanto famiglia, nessun membro soffra perché nel bisogno’”. Per mettere in pratica questo desiderio del Papa è opportuno che il suddetto *Messaggio* insieme all’*Indirizzo di Saluto* che ha offerto ai Malati, durante la Solenne Celebrazione nella Basilica di San Pietro l’11 febbraio scorso, diventino l’oggetto di una continua riflessione, particolarmente in ogni Parrocchia, nel cui territorio oggi esistono tante *corsie invisibili*, con l’auspicio che si moltiplichino la *Diaconia della Carità*, fonte inestimabile di vita spirituale e segno dell’A-

more Misericordioso di Dio. Lo stesso auspicio viene rivolto ai centri sanitari e ai gruppi di servizio pastorale degli ospedali sparsi nel mondo.

Sintesi del Messaggio

La vita umana è bella anche se avvolta dal mistero della sofferenza. Vanno potenziate le leggi in favore dei bambini malati e delle loro famiglie. “Occorre affermare con vigore l’assoluta e suprema dignità di ogni vita umana”, che “è bella e va vissuta in pienezza anche quando è debole ed avvolta dal mistero della sofferenza”. “Quest’anno la nostra attenzione si volge particolarmente ai bambini, le creature più deboli e indifese e, tra questi, ai bambini malati e sofferenti. Ci sono piccoli esseri umani che portano nel corpo le conseguenze di malattie invalidanti, e altri che lottano con mali oggi ancora inguaribili nonostan-

te il progresso della medicina e l’assistenza di validi ricercatori e professionisti della salute. Ci sono bambini feriti nel corpo e nell’anima a seguito di conflitti e guerre, ed altri vittime innocenti dell’odio di insensate persone adulte”.

La solenne Concelebrazione nella Basilica di San Pietro

L’11 febbraio, nella memoria liturgica della Vergine Immacolata di Lourdes, si è svolta nella Basilica Vaticana la Celebrazione eucaristica, presieduta dal Cardinale Javier Lozano Barragán. Insieme con il Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, hanno concelebrato i Cardinali Agostino Vallini, Ivan Dias, Antonio Cañizares Llovera, Bernard F. Law. Tra i Vescovi erano presenti il Segretario del Pontificio Consiglio, José Luis Redrado e Rino Fisichella, Presidente della

Pontificia Accademia per la Vita. Attorno all'altare della Confessione si è riunito un folto numero di Sacerdoti dello stesso Pontificio Consiglio, della Diocesi di Roma e di numerosi Assistenti Spirituali dell'UNITALSI e dell'Opera Romana Pellegrinaggi, le due organizzazioni che hanno preparato questo evento religioso.

Nell'introduzione alla Santa Messa, il Cardinale Javier Lozano Barragán, dopo le personalità presenti, ha salutato i numerosi malati, i disabili, i volontari e gli agenti di pastorale sanitaria giunti in Basilica da Roma e da diverse parti d'Italia. Il presule ha ricordato che il dolore e la sofferenza, specialmente dei più innocenti e piccoli, affetti da malattie, sfruttati, vittime del commercio sessuale e coinvolti nelle guerre, ci chiama tutti a pregare e implorare la misericordia di Dio sull'umanità.

Durante la celebrazione eucaristica è stato conferito il sa-

cramento dell'unzione degli infermi a dieci persone.

L'incontro di Benedetto XVI con gli ammalati nella Basilica Vaticana

Il Santo Padre Benedetto XVI, giunto in Basilica al termine dell'Eucaristia, ha offerto ai presenti una sua profonda riflessione sull'inestimabile valore della vita.

"La vita umana va sempre custodita e curata". "La fede ci aiuta a ritenere la vita umana bella e degna di essere vissuta in pienezza pur quando è fiaccata dal male". "Con la sua passione e morte Gesù ha assunto e trasformato fino in fondo la nostra debolezza". "Il mio venerato e amato predecessore Giovanni Paolo II ha voluto che la Giornata Mondiale del Malato coincidesse con la festa della Vergine Immacolata di Lourdes. In quel luogo sacro, la nostra Madre

celeste è venuta a ricordarci che su questa terra siamo solo di passaggio e che la vera e definitiva dimora dell'uomo è il Cielo. Verso tale meta dobbiamo tutti tendere".

Dopo il discorso del Papa si sono spente le luci e i fedeli, dopo aver acceso le candele, hanno cantato l'*Ave Maria* di Lourdes. È stato un momento molto bello e suggestivo che ha richiamato l'atmosfera tipica del Santuario mariano con le sue processioni *aux flambeaux*. Il Santo Padre, visibilmente commosso per l'atmosfera creatasi durante l'incontro con i malati, li ha benedetti e si è fermato a salutarne personalmente una ventina in sedia a rotelle, insieme a tanti altri infermi presenti con i loro accompagnatori che quella sera si sono stretti in preghiera con il successore di Pietro.

Mons. DARIUSZ GIERS
Ufficiale del Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari
Santa Sede



Angelus

PIAZZA SAN PIETRO, DOMENICA, 8 FEBBRAIO 2009

8

Cari fratelli e sorelle,
quest'oggi il Vangelo (cfr *Mc* 1,29-39) – in stretta continuità con la precedente domenica – ci presenta Gesù che, dopo aver predicato di sabato nella sinagoga di Cafarnao, guarisce molti malati, a iniziare dalla suocera di Simone. Entrato nella sua casa, la trova a letto con la febbre e, subito, prendendola per mano, la guarisce e la fa alzare. Dopo il tramonto, risana una moltitudine di persone afflitte da mali di ogni genere. L'esperienza della guarigione dei malati ha occupato buona parte della missione pubblica di Cristo e ci invita ancora una volta a riflettere sul senso e sul valore della malattia in ogni situazione in cui l'essere umano possa trovarsi. Questa opportunità ci viene offerta anche dalla Giornata Mondiale del Malato, che celebreremo mercoledì prossimo, 11 febbraio, memoria liturgica della Beata Vergine Maria di Lourdes.

Nonostante la malattia faccia parte dell'esperienza umana, a essa non riusciamo ad abituarci, non solo perché a volte diventa veramente pesante e grave, ma essenzialmente perché siamo fatti per la vita, per la vita completa. Giustamente il nostro "istinto interiore" ci fa pensare a Dio come pienezza di vita, anzi come Vita eterna e perfetta. Quando siamo provati dal male, e le nostre preghiere sembrano risultare vane, sorge allora in noi il dubbio, e angosciati ci domandiamo: qual è la volontà di Dio? È proprio a questo interroga-

tivo che troviamo risposta nel Vangelo. Ad esempio, nel brano odierno leggiamo che "Gesù guarì molti che erano affetti da varie malattie e scacciò molti demoni" (*Mc* 1,34); in un altro passo di san Matteo, si dice che "Gesù percorreva tutta la Galilea, insegnando nelle loro sinagoghe, annunciando il vangelo del Regno e guarendo ogni sorta di malattie e di infermità nel popolo" (*Mt* 4,23). Gesù non lascia dubbi: Dio – del quale Lui stesso ci ha rivelato il volto – è il Dio della vita, che ci libera da ogni male. I segni di questa sua potenza d'amore sono le guarigioni che compie: dimostra così che il Regno di Dio è vicino, restituendo uomini e donne alla loro piena integrità di spirito e di corpo. Dico che questa guarigioni sono segni: non si risolvono in se stesse, ma guidano verso il messaggio di Cristo, ci guidano verso Dio e ci fanno capire che la vera e più profonda malattia dell'uomo è l'assenza di Dio, della fonte della verità e dell'amore. E solo la riconciliazione con Dio può donarci la vera guarigione, la vera vita, perché una vita senza amore e senza verità non sarebbe vita. Il Regno di Dio è proprio la presenza della verità e dell'amore e così è guarigione nella profondità del nostro essere. Si comprende, pertanto, perché la sua predicazione e le guarigioni che opera siano sempre unite: formano infatti un unico messaggio di speranza e di salvezza.

Grazie all'azione dello Spirito Santo, l'opera di Gesù si prolunga nella missione della Chiesa. Mediante i Sacramenti è Cristo che comunica la sua vita a moltitudini di fratelli e sorelle, mentre risana e conforta innumerevoli malati attraverso le tante attività di assistenza sanitaria che le comunità cristiane promuovono con carità fraterna e mostrano così il vero volto di Dio, il suo amore. È vero: quanti cristiani – sacerdoti, religiosi e laici – hanno prestato e continuano a prestare in ogni parte del mondo le loro mani, i loro occhi e i loro cuori a Cristo, vero medico dei corpi e delle anime! Preghiamo per tutti i malati, specialmente per quelli più gravi, che non possono in alcun modo provvedere a se stessi, ma sono totalmente dipendenti dalle cure altrui: possa ciascuno di loro sperimentare, nella sollecitudine di chi gli è accanto, la potenza dell'amore di Dio e la ricchezza della sua grazia che salva. Maria, salute degli infermi, preghi per noi!



Discorso di Benedetto XVI agli ammalati, al termine della Celebrazione eucaristica presieduta dal Cardinale Javier Lozano Barragán, tenutasi nella Basilica Vaticana, in occasione della XVII Giornata Mondiale del Malato Memoria della Beata Maria Vergine di Lourdes

MERCOLEDÌ 11 FEBBRAIO 2009

Cari ammalati,
cari fratelli e sorelle!

Assume un singolare valore e significato questo nostro incontro: esso ha luogo in occasione della Giornata Mondiale del Malato, che ricorre oggi, memoria della Beata Vergine di Lourdes. Il mio pensiero va a quel Santuario dove, *in occasione del 150° anniversario delle apparizioni a santa Bernadetta, mi sono recato anch'io*; e di quel pellegrinaggio conservo un vivo ricordo, che si focalizza in particolare sul contatto che ho potuto avere con i malati raccolti presso la Grotta di Massabielle. Sono venuto molto volentieri a salutarvi a conclusione della Celebrazione eucaristica, che ha presieduto il Cardinale Javier Lozano Barragán, Presidente del *Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute*, al quale rivolgo un cordiale pensiero. Insieme a lui saluto i presuli presenti, i sacerdoti, i religiosi e le religiose, i volontari, i pellegrini, specialmente i cari malati e quanti se ne prendono quotidiana cura. È sempre emozionante rivivere in questa circostanza qui, nella Basilica di San Pietro, nel tipico clima di preghiera e di spiritualità mariana che caratterizza il Santuario di Lourdes. Grazie, dunque, per questa vostra manifestazione di fede e di amore a Maria; grazie a quanti l'hanno promossa e organizzata, in particolare all'UNITALSI e all'Opera Romana Pellegrinaggi.

Questa Giornata invita a far sentire con maggiore intensità ai malati la vicinanza spirituale della Chiesa, la quale, come ho scritto nell'Enciclica *Deus caritas est*, è la famiglia di Dio nel mondo, all'interno della quale nessuno dovrebbe soffrire per mancanza del necessario, soprattutto per la mancanza di amore (cfr n. 25 b). Al tempo stesso, quest'oggi ci è data l'opportunità di riflettere sull'esperienza della malattia, del dolore, e più in generale sul senso della vita da realizzare pienamente anche quando è sofferente. Nel *messaggio*

per l'odierna ricorrenza ho voluto porre in primo piano i bambini ammalati, che sono le creature più deboli e indifese. È vero! Se già si resta senza parole davanti a un adulto che soffre, che dire quando il male colpisce un piccolo innocente? Come percepire anche in situazioni così difficili l'amore misericordioso di Dio, che mai abbandona i suoi figli nella prova?

Sono frequenti e talora inquietanti tali interrogativi, che in verità sul piano semplicemente umano non trovano adeguate risposte, poiché il dolore, la malattia e la morte restano, nel loro significato, insondabili per la nostra mente. Ci viene però in aiuto la luce della fede. La Parola di Dio ci svela che anche questi mali sono misteriosamente "abbracciati" dal disegno divino di salvezza; la fede ci aiuta a ritenere la vita umana bella e degna di essere vissuta in pienezza pur quando è fiaccata dal male. Dio ha creato l'uomo per la felicità e per la vita, mentre la malattia e la morte sono entrate nel mondo come conse-



guenza del peccato. Ma il Signore non ci ha abbandonati a noi stessi; Lui, il Padre della vita, è il medico per eccellenza dell'uomo e non cessa di chinarsi amorevolmente sull'umanità sofferente. Il Vangelo mostra Gesù che "scaccia gli spiriti con la sua parola e guarisce coloro che sono ammalati" (Mt 8, 16), indicando la strada della conversione e della fede come condizioni per ottenere la guarigione del corpo e dello spirito, è la guarigione voluta dal Signore sempre. È la guarigione, d'amore integrale, di corpo e anima, perciò scaccia gli spiriti con la parola. La sua parola è parola d'amore, parola purificatrice: scaccia gli spiriti del timore, della solitudine, dell'opposizione a Dio, perché così purifica la nostra anima e dà pace interiore. Così ci dà lo spirito dell'amore e la guarigione che comincia dall'interno. Ma Gesù non ha solo parlato: è Parola incarnata. Ha sofferto con noi, è morto. Con la sua passione e morte Egli ha assunto e trasformato fino in fondo la nostra debolezza. Ecco perché – secondo quanto ha scritto il Servo di Dio *Giovanni Paolo II* nella Lettera apostolica *Salvifici doloris* – "soffrire significa diventare particolarmente suscettibili, particolarmente aperti all'opera delle forze salvifiche di Dio, offerte all'umanità in Cristo" (n. 23).

Cari fratelli e sorelle, ci rendiamo conto sempre più che la vita dell'uomo non è un bene disponibile, ma un prezioso scrigno da custodire e curare con ogni attenzione possibile, dal momento del suo inizio fino al suo ultimo e naturale compimento. La vita è mistero che di per se stesso chiede responsabilità, amore, pazienza, carità, da parte di tutti e di ciascuno. Ancor più è necessario circondare di premure

e rispetto chi è ammalato e sofferente. Questo non è sempre facile; sappiamo però dove poter attingere il coraggio e la pazienza per affrontare le vicissitudini dell'esistenza terrena, in particolare le malattie e ogni genere di sofferenza. Per noi cristiani è in Cristo che si trova la risposta all'enigma del dolore e della morte. La partecipazione alla Santa Messa, come voi avete appena fatto, ci immerge nel mistero della sua morte e della sua risurrezione. Ogni Celebrazione eucaristica è il memoriale perenne di Cristo crocifisso e risorto, che ha sconfitto il potere del male con l'onnipotenza del suo amore. È dunque alla "scuola" del Cristo eucaristico che ci è dato di imparare ad amare la vita sempre e ad accettare la nostra apparente impotenza davanti alla malattia e alla morte.

Il mio venerato e amato predecessore *Giovanni Paolo II* ha voluto che la Giornata Mondiale del Malato coincidesse con la festa della Vergine Immacolata di Lourdes. In quel luogo sacro, la nostra Madre celeste è venuta a ricordarci che su questa terra siamo solo di passaggio e che la vera e definitiva dimora dell'uomo è il Cielo. Verso tale meta dobbiamo tutti tendere. La luce che viene "dall'Alto" ci aiuti a comprendere e a dare senso e valore anche all'esperienza del soffrire e del morire. Domandiamo alla Madonna di volgere il suo sguardo materno su ogni ammalato e sulla sua famiglia, per aiutarli a portare con Cristo il peso della croce. Affidiamo a Lei, Madre dell'umanità, i poveri, i sofferenti, gli ammalati del mondo intero, con un pensiero speciale per i bambini sofferenti. Con questi sentimenti vi incoraggio a confidare sempre nel Signore e di cuore tutti vi benedico.



La Giornata Mondiale del Malato nella Chiesa spagnola

Il settore della Pastorale della Salute in Spagna ha accolto con gioia e soddisfazione l'istituzione della Giornata Mondiale del Malato. Per esperienza propria, si era convinti che la sua celebrazione sarebbe stata un grande bene per i malati, per quanti li assistono e li curano, per quanti operano nel settore della Pastorale della Salute e per tutta la Chiesa.

Dal 1985 si ricordava, la VI Domenica di Pasqua, la Giornata del Malato, una celebrazione accolta con calore e interesse sin dall'inizio e che, senza alcun dubbio, era una delle attività più significative e feconde della Pastorale della Salute. La celebrazione andava assumendo rilevanza e dava risultati: il riconoscimento dei malati come soggetti attivi; l'impulso che veniva dato alla pastorale della salute nelle parrocchie; le iniziative avviate in molte diocesi proprio basate su questa giornata; l'abbondanza di materiale liturgico e dottrinale elaborato per la catechesi; il lavoro di collaborazione e coordinamento delle Delegazioni e dei diversi operatori di pastorale; l'apprezzamento crescente per la pastorale della salute in tutta la chiesa spagnola, ecc.

Allorché Giovanni Paolo II istituì la Giornata Mondiale del Malato da celebrarsi come data ufficiale l'11 di febbraio, festa della Madonna di Lourdes, la Commissione Episcopale di Pastorale ha reputato necessario che il Dipartimento di Pastorale della Salute analizzasse assieme alle Delegazioni Diocesane in che modo integrare la celebrazione della Giornata del Malato in Spagna – senza perdere la sua enorme ricchezza – con la Giornata Mondiale.

Eravamo consapevoli che la Giornata voleva essere un momento intenso di preghiera, di comunione, di offerta del dolore per il bene della Chiesa e un appello rivolto a tutti a riconoscere nel volto del fratello ma-

lato il Volto di Cristo che, soffrendo, morendo e risuscitando, ha realizzato la salvezza dell'umanità. Inoltre, doveva essere celebrata in armonia con le esigenze e le circostanze locali, non potendo dimenticare l'importanza dei destinatari: il Popolo di Dio, le molteplici istituzioni sanitarie cattoliche e la società civile.

La Giornata del Malato veniva a essere allora il culmine di una campagna che iniziava con la Riunione Nazionale dei Delegati nel mese di settembre, e che comprendeva numerose iniziative, alcune in ambito nazionale, altre in ambito locale e altre ancora in quello diocesano.

Basandosi sull'esperienza accumulata negli anni e sui risultati prodotti, si è cercato di collocare la Giornata Mondiale del Malato all'inizio e al centro della Campagna del Malato. Le Giornate Nazionali dei Delegati, alla fine di settembre, sono l'inizio del corso e il momento per iniziare: una volta deciso il tema e l'orientamento che si vuole dare, inizia un primo lavoro di studio, di approfondimento, e preparazione della documentazione.

La Giornata Mondiale del Malato è il punto centrale del corso e della Campagna. C'è un primo lavoro di studio e di riflessione, di preparazione dei materiali e della documentazione, che va da settembre a febbraio, e che consente di collocare la Giornata Mondiale del Malato come inizio e inaugurazione solenne di tutta la Campagna. Il messaggio del Santo Padre costituisce il punto di riferimento che, assieme ai materiali elaborati dal Dipartimento di Pastorale della Salute e dalle Delegazioni Diocesane, è il terreno preparatorio di un lavoro pastorale che si realizza in ogni Diocesi e nell'ambito della comunità cristiana parrocchiale e ospedaliera.

L'11 febbraio è la data in cui la Chiesa Diocesana celebra la

Giornata Mondiale del Malato assieme alla Chiesa Universale. Ogni Diocesi ha la propria forma specifica e la propria programmazione: un ciclo di conferenze, una giornata diocesana o interdiocesana, la presenza nei mezzi di comunicazione sociale (stampa, radio e televisione). L'atto diocesano presieduto dal Vescovo conferisce unità e solennità alla celebrazione.



È il primo atto importante della Campagna che seguirà nei mesi a venire fino ad arrivare a Pasqua, per celebrare la Pasqua del Malato. Entrambe le celebrazioni, Giornata Mondiale del Malato e Pasqua del Malato, costituiscono l'inaugurazione solenne di una Campagna e la sua chiusura o conclusione. Molte e variate sono le attività che ogni Diocesi realizza lungo tutto il periodo e da una data all'altra. L'11 di febbraio, per molte Diocesi è una celebrazione diocesana. Il tempo di Pasqua, la Pasqua del Malato, resta una celebrazione più particolare, nell'ambito della parrocchia, nel centro ospedaliero e nella residenza socio-sanitaria.

*Dipartimento di Pastorale
della Salute
Conferenza Episcopale Spagnola*

Giornata Mondiale del Malato in Bolivia

L'11 febbraio si celebra la Giornata Mondiale del Malato, occasione propizia per riflettere sul dolore umano e sulla nostra solidarietà nei confronti di questi fratelli che si trovano in una situazione di bisogno.

La malattia rivela tutta la fragilità umana e introduce la persona che soffre in un mondo pieno di interrogativi; come Discepoli-Missionari di Gesù Cristo dobbiamo portare la speranza e prenderci cura dei deboli perché solo in questo modo manifestiamo sinceramente che amiamo Gesù. Il vangelo di Matteo ci interroga: "Signore, quando ti abbiamo visto malato o in carcere e siamo venuti a visitarti? Rispondendo, egli dirà loro: In verità vi dico: ogni volta che avete fatto queste cose a uno solo di questi miei fratelli più piccoli, l'avete fatto a me" (25, 39-40).

Vogliamo esprimere la nostra vicinanza ai fratelli malati e dire che preghiamo per loro. Sappiamo che la preghiera comunitaria è efficace perché il Signore ci ha assicurato che "dove sono due o tre riuniti nel mio nome, io sono in mezzo a loro" (Mt 18, 20).

Quando siamo malati ci troviamo immersi nelle preoccupazioni, nelle intenzioni e nei ricordi, ma riusciamo anche a trovare la forza che ci viene dagli altri e che si manifesta nella

scoperta dei fratelli che pregano e invocano aiuto per noi.

Ringraziamo sinceramente tutti gli operatori di Pastorale della Salute perché con la loro dedizione generosa imprinono un volto più umano ed evangelico alla cura e all'assistenza dei malati. La loro presenza gratuita, umile e contrassegnata dall'impegno rende presente Cristo Buon Pastore che dà la vita per coloro che patiscono, nel corpo e nello spirito, i segni della fragilità umana.



Rivolgiamo un appello affinché tutte le persone di buona volontà si impegnino per raggiungere la salute integrale delle persone, perché la Pastorale della Salute non appartiene soltanto ai volontari ma a tutta la popolazione della Bolivia. Non si tratta di assistenzia-

lismo nei confronti di chi è stato colpito nella salute, ma di riconoscere che ogni persona merita di essere curata e assistita nel modo più opportuno, dato che questo è uno dei diritti umani.

Riconosciamo l'impegno di tanti medici, infermieri e ausiliari che, attraverso la loro dedizione e la loro generosità, lavorano per umanizzare i centri sanitari, affinché tutti i malati siano trattati come persone e ancor più come Figli di Dio, che cercano la propria realizzazione malgrado la malattia e il dolore.

La lettera di Giacomo ci istruisce: "Chi tra voi è nel dolore, preghi; chi è nella gioia, salmeggi. Chi è malato, chiami a sé i presbiteri della Chiesa e preghino su di lui, dopo averlo unto con olio, nel nome del Signore. e la preghiera fatta con fede salverà il malato" (Gc 5,13-15).

Grazie a tutti per la solidarietà, la fraternità e la fede che condividete con i fratelli malati. Il Signore Gesù, che passò facendo il bene e guarendo ogni tipo di malattia, vi benedica con copiose grazie.

Mons. WALTER PÉREZ
VILLAMONTE

*Vescovo della Diocesi di Potosí
Presidente del Dipartimento
di Salute
Conferenza Episcopale Boliviana*

Giornata Mondiale per i Malati in Iraq, Baghdad

Uniti All'appello del Santo Padre il Papa Giovanni Paolo II nel suo discorso dell'11 febbraio 1992, in cui ha chiesto la dedica di una giornata per i malati, la chiesa in Iraq celebra annualmente la Giornata Mondiale per i Malati con tutte le associazioni e comunità che si prendono cura dei malati e dei disabili.

Con la benedizione della Nunziatura Apostolica in Iraq e di Sua Eccellenza Monsignor Matti Shaba Matoka, Arcivescovo dei Siri Cattolici e dei vari vescovi cattolici nella diocesi di Baghdad, e un grande numero di parenti, amici, e conoscenti, si è celebrata la Giornata Mondiale per i Malati di quest'anno il 14 febbraio 2009

nella Chiesa di Santa Maria dei Siri Cattolici.

La giornata ha avuto inizio con la processione del Santissimo, preceduto da tutti i partecipanti e dai bambini vestiti da angeli, nella Cattedrale dove aspettavano il Patriarca dei Caldei, altri vescovi, il rappresentante della Nunziatura apostolica Don Matteo de Mori,

altri Sacerdoti e Monaci e Suore di varie congregazioni.

Ha presieduto la Messa P. Thaer Saad Allah con tutti i concelebranti sacerdoti e rappresentanti delle diverse chiese di Baghdad. P. Philip Domenicano ha presentato le offerte portate all'altare (la Bibbia, il pane, il vino, piccole pietre) accompagnate con il Canto "Figli di Una Chiesa".

La liturgia della Parola conteneva una lettura dalla prima lettera di San Paolo ai Corinzi (1Cor 12, 12-31) e un brano dal Vangelo di Giovanni (Gv 5, 1-9). La predica era concentrata sul valore salvifico della fede e dell'amore che ci fa sopportare i nostri dolori ed essere consolidati con tutta l'umanità sofferente. Le intercessioni del

popolo di Dio hanno pregato per la pace e la prosperità del Paese e il cessamento della violenza in Iraq. Durante lo scambio della Pace di Cristo alcuni malati hanno cominciato scendere tra la gente e distribuire "cuori di colore rosso" fatti proprio per l'occasione, per celebrare la giornata dell'amore e per dire che il grande amore è il sacrificio di Cristo sulla croce.

Alla fine della celebrazione c'è stato da scegliere la regina dell'anno. Una bambina di 12 anni (disabile) di nome Farah (Gioia) è stata scelta per diventare regina dell'anno 2009.

È stata incoronata dalla regina dell'anno scorso ed era una grande gioia per tutti.

La giornata si è conclusa

con i canti e lo scambio degli auguri e dei saluti ringraziando il Signore nostro Dio che ci ha dato la grazia di essere cristiani e di essere sofferenti con Lui e redenti dalla sua croce.



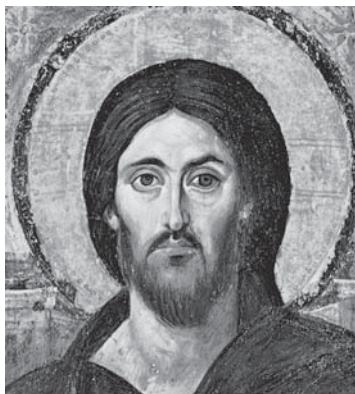
13

Giornata Mondiale del Malato a Taiwan

1. Una Messa che ha toccato profondamente i nostri cuori

Col fine di mettere in pratica l'invito del Santo Padre a non trascurare i poveri e i deboli di tutto il mondo, domenica 15 febbraio è stata celebrata nella parrocchia di Saint John, a Panchiao, una Santa Messa solenne in occasione della Giornata Mondiale del Malato, organizzata dall'Arcidiocesi di Taipei, assieme ai Camilliani, all'Associazione Amici dei Camilliani, e all'Associazione Nazionale Cattolica Amici dei Malati. Il concelebrante principale è stato P. Raimondo Yang, MI, direttore spirituale degli Amici dei Malati dell'Arcidiocesi, affiancato da P. Antonio Lin, Direttore spirituale; P. Giovanni Rizzi, MI, e P. Francis Hsu, SJ. I membri del coro della Chiesa di San Giovanni Bosco erano stati invitati a occuparsi, con le loro belle voci, dell'accompagnamento musicale della liturgia. I partecipanti erano circa 350, tra cui P. Lin Chih Nan, Direttore spirituale della sala di preghiera dell'Ospedale

Minsheng di Taoyuan, il Direttore Sr. Chen Bau Ju, i religiosi e le religiose Camilliani, le Missionarie Francescane di Nostra Signora Addolorata, le Suore Missionarie della Provvidenza, le Missionarie Serve dello Spirito Santo, le Suore della Provvidenza di Portieux, e le Suore Missionarie Oblate della Sacra Famiglia. Thaddeus Jao, Presidente del Consiglio Arcidiocesano dell'Apostolato laico di Taipei, e la sua équipe hanno elevato i loro cuori al Signore durante le circa due ore della Messa di ringraziamento e benedizione della Santa Eucaristia. I partecipanti erano completamente



immersi nella preghiera di lode al Signore per il Suo amore.

La "Giornata Mondiale del Malato" fu istituita dal compianto Papa Giovanni Paolo II nel 1993. L'11 Febbraio di ogni anno, memoria liturgica della Beata Maria Vergine di Lourdes, il Papa esorta i malati a pregare per la salute attraverso l'intercessione della Madonna, e invita i fedeli di tutto il mondo a essere uniti nella cura dei poveri e degli ammalati. Quest'anno il Santo Padre Benedetto XVI ha affermato l'assoluta e suprema dignità di ogni vita umana, sottolineando che la "famiglia di Dio nel mondo" non può restare indifferente di fronte a queste situazioni; la Chiesa stessa è una famiglia e, sull'esempio del buon Samaritano, deve farsi carico delle sofferenze di queste persone e testimoniare la carità.

Le letture della Messa hanno descritto l'amore redentore di Dio, incoraggiandoci a imitare Gesù e ad amarci gli uni gli altri, e ci hanno ricordato la necessità di condividere le sofferenze con i poveri e gli afflitti. Il Vangelo ha richiamato l'at-

tenzione sui due comandamenti più importanti, quello di amare Dio e quello di amare gli altri così come vorremmo essere amati. Nella sua omelia P. Yang ha sottolineato che “Dio vuole che amiamo, egli è il primo ad amarci, solo l’amore può guarire il corpo, l’anima e il cuore”. L’egoismo, il desiderio e il peccato creano divisioni tra gli uomini e Dio e tra gli uomini stessi; pertanto potremo guarire solo con l’amore e con il perdono del Signore. Ciò significa che, se vogliamo guarire, prima di tutto dobbiamo purificare la nostra “lebbra” spirituale. Non c’è altro modo, possiamo contare solo su Gesù.

Per quanto riguarda la domanda che viene posta spesso e cioè “perché c’è la malattia?”, P. Yang ha spiegato che Dio ci ha creati sani e in pace; la malattia non era la Sua volontà originaria ma, “poiché l’uomo ha accettato pensieri e mentalità sbagliati, la sua capacità di recupero è limitata; il peccato blocca l’energia di vita, e pertanto la malattia trova spazio per farsi strada”. Ma la misericordia di Dio ha inviato il Figlio amato per diventare uomo, e a redimerci con la morte di croce. Attraverso Gesù, la sofferenza degli uomini si trasforma in forza di speranza. Questa forza è l’amore di Dio, che manifesta la grazia di redenzione. Pertanto la risposta alla malattia e alla sofferenza si può trovare solo in Gesù Cristo”.

Subito dopo la Messa è stato esposto il Santissimo Sacramento. I quattro sacerdoti, inginocchiati di fronte all’altare, hanno condotto i fedeli nell’adorazione della presenza di Cristo. Allo stesso tempo, essi hanno offerto preghiere e inni per i malati che soffrono a livello fisico e spirituale, per i peccatori nelle famiglie, per gli operatori sanitari e per i volontari che si occupano dei malati, affinché essi possano guarire ed essere liberati dalla malattia, e hanno implorato Dio di manifestare la Sua gloria e concedere forza tanto a coloro che devono affrontare la sofferenza quanto a quelli che servono Cristo in coloro che soffrono. Ogni persona presente

nella Chiesa è apparsa confortata e illuminata da nostro Signore Gesù Cristo per mezzo della presenza del Santissimo. Si è trattato di una celebrazione solenne, calorosa e tranquilla; molti fedeli erano commossi fino alle lacrime.

Per far scendere sui presenti una benedizione speciale, P. Yang li ha benedetti con il Santissimo esposto nell’ostensorio. Gli altri tre sacerdoti pregavano per loro con le mani



elevate. Si è formata una lunga fila di malati per ricevere questa grazia speciale, accompagnata da inni armoniosi. Uno degli appartenenti alla Legione di Maria e agli Amici Camilliani ha detto che, nel momento in cui la sua fronte è stata toccata dall’ostensorio, ha ricevuto consolazione dalla luce di Dio. Nel ricevere l’abbraccio caloroso del Padre, la sua ferita era guarita, ed egli si è sentito molto piccolo, ma la grazia e l’amore di Dio erano immensamente grandi!

P. Yang ha incoraggiato i presenti con le parole di Gesù: “Venite benedetti dal Padre mio! Entrate nel Regno preparato per voi fin dall’inizio del mondo! Perché ero malato e mi avete visitato”. Egli ci ha ricordato che “il servizio ai malati non deve limitarsi unicamente alla Giornata Mondiale, ma deve continuare nella vita di tutti i giorni. Questa grazia del Sacramento riempirà la vita dei fedeli in maniera continua; noi condividiamo e testimoniamo servendo il Signore ardentemente con la gioia nel cuore”.

Il Sig. Pan Chung Ching, Direttore dell’Associazione Cattolica Amici dei Malati, si è rivolto ai presenti dopo la ceri-

monia. Ha ringraziato l’Arcidiocesi di Taipei per il grande sforzo messo in atto per far conoscere la Giornata, e per la ricca programmazione effettuata congiuntamente dai vari gruppi. Ha poi ringraziato i volontari per il lavoro svolto, per il generoso sostegno del P. Ngoc Diep Nguyen e dei parrochiani della parrocchia di Saint John, come pure tutti i sacerdoti, i seminaristi, le religiose e i fedeli. Nell’augurare

loro la pace con abbondanti benedizioni del Signore, li ha salutati dando loro l’arrivederci al prossimo anno.

2. Rito di benedizione nella Giornata Mondiale del Malato nella diocesi di Taichung

Nell’ambito della celebrazione della Giornata Mondiale del Malato, il 14 febbraio si è svolto un rito di benedizione nella Cattedrale della diocesi di Taichung, affinché attraverso la preghiera e la benedizione, gli ammalati e le loro famiglie possano acquistare salute spirituale e pace.

A partire dalle ore 13.00 dello stesso giorno, il personale sanitario delle cliniche delle zone del Mid-West, Jen Ai Hospital ecc., hanno messo a disposizione servizi e consultazioni mediche; quindi alle 14.30 il Vescovo Su ha presieduto il rito di benedizione. Come risultato della campagna e dell’assistenza fornita dalla Chung Sheng Broadcastin Station, dal Catholic Service Group in Veterans General Hospital (Taichung), dalla Stella Matutina Social Welfare Foundation, dalla St. Mary So-

cial Welfare Foundation, e dal Terz'ordine dei Domenicani, oltre quattrocento persone in cerca di pace fisica e spirituale sono giunti dal St. Coletta's Training Center for Exceptional Youth, dal Catholic Chih Ai Mercy Hospice e dal St. Mary Center. Tutti hanno ricevuto copiose benedizioni dal Signore.

All'inizio del rito di benedizione, S.E. Mons. Su ha sparso l'acqua santa sui convenuti, pregando per la guarigione del cuore. Il Vescovo ha poi incoraggiato i presenti con la lettura del tema del messaggio del Santo Padre per la Giornata Mondiale del Malato, sottolineando l'"assoluta suprema dignità della vita umana", la consapevolezza delle necessità degli altri, specialmente dei bambini. Se un adulto si sente impotente quando si trova di fronte alla sofferenza, che dire di quei bambini che hanno malattie incurabili, che sono colpiti fisicamente e spiritualmente dalla guerra, senza casa, senza il calore della famiglia, che vivono soli, affamati e senza cure mediche e costretti a lasciare il proprio Paese? Di fronte alle infelici situazioni di innumerevoli bambini, il Santo Padre ha ringraziato le organizzazioni ecclesiali dedite a ridurre le loro sofferenze, come pure le numerose persone che servono i malati. Essi sono testimonianze preziose dell'amore della Chiesa per la vita, specialmente della vita dei deboli.

Molti si recano a Lourdes regolarmente. Questo perché l'intercessione della Madonna, oltre a guarire dalle sofferenze fisiche, porta ancor più la riconciliazione con Dio e un cambiamento di vita. Vediamo che sono numerosi coloro che si dedicano a servizi di carità perché hanno sperimentato il vero valore della vita. Questo è un dono grandissimo che viene dal cielo. Pertanto non bisogna rifiutare l'invito della Madonna a unire le nostre sofferenze a quelle di Gesù! Attraverso la fede e la conversione avremo la forza di aiutarci a rinascere nuovamente e a vivere la bellezza della vita. Abbiamo anche offerto foglietti di preghie-

re d'intercessione a coloro che non sono potuti venire. Ci siamo impegnati nell'adorazione della Santa Eucaristia accompagnati dalla statua di Nostra Signora di Lourdes. Gesù è venuto in mezzo a noi sotto la forma del sacramento dell'Eucaristia ed è stato bello nutrirci del nostro cibo spirituale. Possiamo essere in pace solo quando apriamo i cuori per accogliere Gesù. Dopo aver guidato tutti i presenti in preghiera di fronte alla statua della Vergine, il Vescovo Su li ha benedetti alzando le mani. Ha augurato loro speranza e desiderio, preoccupazione per i "fratelli più piccoli" con generosità e senza egoismi, sull'esempio di Gesù. Egli ha auspicato che imparino a portare tutti insieme il peso della situazione penosa delle loro famiglie al fine di lasciar sperimentare loro la potenza dell'amore di Dio e abbondanza di grazie mediante questi strumenti di aiuto.

3. L'ospedale

St. Martin de Porres: preoccupazione e benedizione per la salute

Le attività di preghiera per la Giornata Mondiale del Malato 2009 della Diocesi di Chiayi sono state organizzate dall'ospedale St. Martin de Porres, con il sostegno del Consiglio Diocesano per l'Apostolato laico, assieme ai membri della comunità di fedeli e dei catecumeni. Le attività sono state iniziate dal Vescovo Thomas Chung e da altri sacerdoti che hanno impartito benedizioni con le mani levate. Sono seguite undici tappe di attività. La soddisfazione e la gioia trasparivano dai volti sorridenti degli organizzatori e dei partecipanti.

L'atmosfera era riscaldata da canzoni di giovani della diocesi, a cui sono seguiti gli inni cantati dai volontari e dallo staff del dipartimento di pastorale dell'ospedale. Il Vescovo e il direttore dell'ospedale si sono rivolti ai presenti con parole particolarmente calorose, che hanno permesso loro di riconoscere la propria missione in maniera più distinta, in par-

ticolar modo la necessità di preoccuparsi dei fratelli e delle sorelle che sono ammalati e deboli. È seguito un rito di preghiera per tutti i presenti e per gli ammalati. Il tutto è stato molto commovente, e ha costituito un bellissimo dono di Dio. Ci siamo resi conto di essere pervasi dallo Spirito. L'ultima attività ha riguardato le "stazioni della salute". Tutti i partecipanti alla prima stazione indossavano occhiali da vista, che avevano lo scopo di impedire loro una buona visione. Gli animatori quindi li aiutavano a camminare o cercavano di fare una catena con perline per far sperimentare loro le difficoltà dell'anziano, e invitandoli a considerare cosa noi, come persone normali, possiamo fare per loro. Si è trattato di un'attività molto efficace.

La seconda stazione, una casa per una comunità di malati di Alzheimer, era organizzata per questi pazienti, per mostrare loro come vivere in una comunità e lottare contro la malattia. Ciò ha permesso agli ospiti di imparare ad accompagnare i pazienti e creare una vita di comunità per loro. Nella terza stazione sono state date informazioni sulla "Our Lady of China Social Welfare Charitable Works Foundation" e sulla "Huang Ting Social Welfare Charitable Works". La quarta stazione è stata una sorta di appuntamento con la salute. Il Centro per il Controllo della Salute ha dato ai presenti informazioni su come mantenersi in buona salute, su come preoccuparsi della propria salute prima di quella degli altri. Ha parlato di educazione alla salute, ha descritto le attività del "Club 120" (per amici dei diabetici), ha parlato della salute dei reni, del "club degli amici del fegato", del "club di chi vuol bene" (amici con cancro all'intestino), del "club dell'aurora" (amici con cancro al seno), del "club affettuoso" (amici malati di cancro alla bocca) ecc. Con questi giochi, guidati dalle comunità di amici dei malati e dalla condivisione personale, i volontari hanno voluto rivolgere un appello a tutti affinché prestino particolare attenzione alla propria salute.

A Sua Eccellenza
Mons. Zygmunt Zimowski

Eccellenza Reverendissima,

In occasione della Sua nomina a Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale della Salute per mano di Sua Santità Benedetto XVI, colgo l'occasione per congratularmi con Vostra Eccellenza e presentarLe i saluti e gli auguri della Chiesa e dei cattolici di Adelaide, Australia del Sud. L'opportunità è propizia per fare un breve rapporto sulle iniziative e gli sviluppi realizzati a livello locale a partire dal febbraio 2006, data in cui Adelaide ha avuto il grande onore di accogliere la XIV Giornata Mondiale del Malato, il cui tema era: "La salute mentale e la dignità umana".

Conserviamo ricordi molto vivi della presenza del Suo predecessore, l'Em.mo Card. Javier Lozano Barragán, che visitò la nostra città come Legato Pontificio in occasione della celebrazione di detta Giornata. Ricordiamo con gratitudine la visita pastorale che egli, assieme agli altri membri del Pontificio Consiglio, fece ad alcune delle nostre istituzioni sanitarie, e in particolar modo all'"Hutt Street Centre for Homeless People", nel cuore della città. Ricordiamo altresì l'importante contributo del Cardinale Lozano Barragán e il messaggio da lui presentato nel corso dei dibattiti tenuti presso l'"Adelaide Convention Centre" e culminati nella commovente concelebrazione eucaristica della Cattedrale cittadina l'11 febbraio.

La celebrazione della XIV Giornata Mondiale del Malato a Adelaide, oltre alla presenza e allo scambio tra i membri del Pontificio Consiglio della Pastorale della Salute, gli utenti, gli operatori sanitari, i professionisti e gli esperti giunti dall'Australia e dal resto del mondo, non solo ha concentrato l'attenzione sulle questioni che riguardano la salute mentale e la dignità uma-

na, ma ha costituito anche un utile incoraggiamento all'azione da parte della Chiesa, del Governo e della società civile.

L'attenzione scaturita e l'azione seguita alla celebrazione di quella Giornata Mondiale a Adelaide possono essere riassunte in quattro punti:

1. cure mediche;
2. pastorale per singoli individui e famiglie;
3. istruzione e formazione;
4. mezzi di comunicazione e pubblica advocacy.

Molti dei temi e delle raccomandazioni formulate nel corso delle sessioni tenute presso l'"Adelaide Convention Centre" hanno avuto come eco approcci e iniziative a livello governativo da parte della "South Australian Government's Social Inclusion Unit", sotto la direzione di Monsignor David Cappo. La celebrazione della Giornata è stata così per singoli individui, famiglie ed esperti, un'occasione per far sentire la loro voce, e ha permesso che alcune preoccupazioni fondamentali diventassero il centro di un'azione governativa e comunitaria.

1. Cure mediche

Nel corso della Giornata Mondiale, il campo delle cure mediche ha focalizzato le preoccupazioni e la volontà di cambiamento. Pur esprimendo comprensione per coloro che si occupano dell'amministrazione del sistema sanitario, e riconoscendo la grande pressione esercitata sul sistema, sono stati raccomandati urgenti cambiamenti e miglioramenti per quanto riguarda le aree fondamentali del coordinamento e dell'integrazione dei servizi, la valutazione delle necessità per tutelare la privacy dei pazienti con un costruttivo impegno con le famiglie e gli operatori sanitari, e lo sviluppo di competenze per la professione medica.

Nel periodo successivo alla Giornata Mondiale del Malato, il "South Australian Social Inclusion Board" ha presentato un rapporto sulla salute mentale dal titolo *Stepping Up: A Social Inclusion Action Plan for Mental Health Reform*. Il rapporto, redatto in seguito a un'ampia consultazione pubblica, offre 41 raccomandazioni per un cambiamento in questo ambito, e propone una programmazione quinquennale di attività per il periodo 2007-2012.

Il Governo dell'Australia del Sud ha redatto una nuova normativa sulla salute mentale e nel giugno 2008, dopo una consultazione pubblica, ha presentato la *Mental Health Bill*. Le riforme più importanti comprendono: una chiara articolazione dei diritti di quanti ricorrono ai servizi sanitari mentali e di coloro che li prestano; una maggiore enfasi sulle cure comunitarie oltre l'ospedale e le cure istituzionali; il riconoscimento della particolare situazione dei bambini e della singolare prospettiva culturale degli Aborigeni e degli abitanti della Torres Strait Islander.

Nella redazione della legislazione sono stati inclusi importanti cambiamenti identificati durante le consultazioni per la XIV Giornata Mondiale del Malato del 2006:

- accesso della famiglia all'informazione, che cerchi di venire incontro ai diritti dell'individuo così come alle necessità di coloro che si prendono cura del proprio familiare;
- riconoscimento dei particolari bisogni del popolo aborigeno dell'Australia meridionale e delle persone con background culturali differenti;
- servizi che rispondano in maniera migliore ai bisogni di quanti vivono nelle comunità rurali;
- riconoscimento dell'importanza vitale dei membri della famiglia e degli operatori sanitari e dei loro bisogni in relazione con quelli degli individui.

2. Cura pastorale per singoli individui e famiglie

La questione più importante e più comunemente sollevata durante le celebrazioni della XIV Giornata Mondiale del Malato è stata quella dell'urgenza del sostegno necessario per le famiglie che devono occuparsi dei malati mentali.

Una parrocchia del villaggio di Norwood ha risposto pastoralmente alla Giornata Mondiale del Malato creando il *Norwood Parish Companions Program*, per rispondere alle necessità personali e pastorali di quanti vivono una malattia mentale e dei loro familiari. Scopo dell'iniziativa è la cura del benessere fisico, mentale, emotivo, sociale e spirituale di ogni individuo della parrocchia attraverso le cure e le

vede al sostegno personale di coloro che vivono con una malattia mentale, accompagnando attentamente una selezione di individui con dei volontari formati e supervisionati, che offrono compagnia e sostegno su base regolare con incontri e conversazioni. Attraverso la Società di San Vincenzo de Paoli, questo programma attinge volontari dalle parrocchie e dalla comunità locale. *Compeer* fornisce formazione, supervisione e sostegno continui per preparare i volontari e metterli in grado di essere efficaci in questo ruolo.

3. Educazione e formazione

Nelle discussioni realizzate durante la XIV Giornata Mondiale del Malato un'altra rac-

nale, nell'Australia del Sud sono stati messi in atto un certo numero di servizi finanziati dal governo australiano scaturiti dal *Council of Australian Governments' Natural Action Plan on Mental Health 2006-2011*. Alcuni di questi programmi includono servizi per badanti e mentori, sostegno per la vita di tutti i giorni e un migliore accesso a psichiatri, psicologi e medici generici grazie al *Government's Medicare Benefits Scheme*.

A livello di Chiesa locale, tanto *Compeer* quando i *Norwood Parish Programs* offrono una preparazione iniziale e una formazione continua per individui che forniscono sostegno personale e compagnia ai malati di mente.

4. Mezzi di comunicazione e pubblica advocacy

Nel corso delle sessioni della XIV Giornata Mondiale del Malato è stato ripetutamente sottolineato la necessità di educazione del pubblico, di una presa di coscienza e di una maggiore comprensione e destigmatizzazione della malattia mentale. Alla Chiesa è stato riconosciuto un ruolo chiave nel presentare un'immagine positiva di coloro che soffrono una malattia mentale. Molti hanno parlato della necessità che la Chiesa compia un'opera di advocacy a nome degli utenti, degli operatori sanitari e delle loro famiglie, e usi il proprio network per contribuire all'opera di formazione e presa di coscienza.

Negli ultimi due anni il nostro giornale diocesano, *The Southern Cross*, ha pubblicato una serie di articoli in cui si evidenzia la situazione e si sottolineano le sfide cui si trovano di fronte quanti soffrono una malattia mentale, e alcuni dei modi con cui la Chiesa e la comunità locale vi rispondono.

Monsignor David Cippo ha svolto un forte ruolo di leadership nello Stato dell'Australia del Sud su questioni relative alla salute mentale nei forum pubblici, anche nella sua capacità di Commissario dell'Australia del Sud per l'Inclusione Sociale. Il "Social Inclusion



informazioni. Tale iniziativa intende colmare il vuoto lasciato dai servizi sociali e completare l'eccellente lavoro già in atto da parte di alcuni gruppi parrocchiali. Si tratta di un'iniziativa di base, realizzata dai parrochiani per la comunità locale.

A livello arcidiocesano, nel novembre 2007 ho avuto il piacere di lanciare il programma *Compeer*, assieme al Consiglio Generale della Società di San Vincenzo de Paoli nell'Australia del Sud. Questo programma è gestito e coordinato da detta Società, con il sostegno dell'Arcidiocesi attraverso agenzie diocesane quali *Centacare Catholic Family Services* e l'*Adelaide Catholic Justice and Peace Commission*. *Compeer* prov-

comandazione comune emersa è stato il bisogno di educazione e formazione per gruppi specifici.

In linea con l'*Action Plan for Mental Health Reform 2007-2012* dello "State Social Inclusion Board", il Governo dello Stato ha annunciato un'iniziativa di formazione per il settore privato di salute mentale al fine di sostenere lo sviluppo della sua forza lavorativa e metterli in grado di fornire servizi sanitari di qualità. Il Governo ha anche elargito dei finanziamenti alle organizzazioni private per accrescere i loro accordi a livello direttivo come parte di un più vasto programma volto a migliorare i servizi a favore di quanti sono colpiti da malattie mentali.

A livello di Governo nazio-

Board” è stato artefice della proposta dello *State's Action Plan for Mental Health Reform 2007-2012*, ed è ora responsabile anche della supervisione dell'attuazione delle 41 raccomandazioni del Piano.

La Commissione cattolica per la Giustizia e la Pace di Adelaide e la Società di San Vincenzo de Paoli hanno collaborato a sviluppare una presa di coscienza su questioni relative alla salute mentale nella Chiesa e nella società. In occasione delle ultime elezioni governative del Sud dell'Australia nel 2006, la Commissione ha presentato una serie di interrogativi a tutti i candidati in materia di salute mentale e dignità umana, e ha chiesto loro

di impegnarsi a fornire livelli adeguati e appropriati di cura per coloro che hanno problemi di salute mentale, particolarmente in relazione a gruppi vulnerabili quali bambini, adolescenti, anziani, popolazioni indigene, quanti sono socialmente e geograficamente isolati, e nelle prigioni dello Stato.

Naturalmente molto resta ancora da fare in ciascuno di questi ambiti per quanto riguarda il rispetto della dignità di ogni persona indipendentemente dalla sua condizione di salute, ma io ho fiducia che i semi piantati dalla celebrazione della XIV Giornata Mondiale del Malato a Adelaide nel 2006 saranno un incoraggiamento a promuovere quelle

iniziative e quell'impegno che porteranno grande frutto nel tempo.

Ancora congratulazioni per la Sua nomina. Il Signore benedica il Pontificio Consiglio della Pastorale della Salute. La prego di trasmettere le mie preghiere e il mio deferente ossequio al Cardinal Lozano Barragán. Voglia altresì presentare i nostri migliori auguri ai Suoi collaboratori del Dicastero, assicurandoli delle nostre preghiere e del nostro incoraggiamento nella preparazione della XVIII Giornata Mondiale del Malato, del 2010.

S.E.Mons. PHILIP WILSON
DD JGI,
Arcivescovo di Adelaide,
Australia



Argomenti



*La fede del sacerdote
nelle situazioni limite*

*Le risorse umane
nelle strutture sanitarie
cattoliche:
quale sostenibilità
per il futuro*

*Gli ospedali
luoghi di approfondimento
e di esercizio della speranza*

*The Mental Capacity Act 2005
Valutazioni bioetiche*

*Decisioni anticipate
nei confronti della vita.
Una guida per i cattolici*

*Accompagnamento
della famiglia*

Mi è stato chiesto di scrivere sulla fede del sacerdote nelle situazioni limite della vita. Lo farò non con un discorso teorico, ma attraverso le testimonianze di alcuni confratelli, che essi stessi hanno scritto e che ci sono state trasmesse da persone a loro vicine che hanno ricevuto il regalo di accompagnarli e di ascoltarne le confidenze. Prima, però, descriverò brevemente le esperienze che comporta la malattia e la morte dell'essere umano.

Quasi sempre la malattia è una *sorpresa dolorosa* che provoca una *sosta obbligata e forzata* nello scorrere della vita. Ci tocca affrontare sulla nostra pelle qualcosa che non ci aspettavamo e che minaccia di cambiare la nostra vita.

La malattia provoca uno *sconvolgimento*. Il *corpo* non è più il compagno silenzioso ed obbediente, ma diventa molesto e ribelle, sconosciuto e minaccioso. Ci vediamo obbligati a prestargli un'attenzione carica di angoscia e di dolore fisico a volte intenso, o di un dolore che lo invade tutto.

La malattia suscita l'esperienza della *propria fragilità*.

Essa colpisce anche la *relazione* e la *comunicazione* con gli altri: la famiglia, gli amici, il lavoro... Questa sensazione di dipendenza modifica profondamente le nostre relazioni e, spesso, ci arreca grande pena e sofferenza.

La malattia crea un grande silenzio interiore in cui scaturiscono pensieri, sentimenti, *domande* che cercano una ragione a ciò che ci succede ma a cui non è facile dare risposta: *Perché è toccato a me? Perché proprio questa malattia? Perché proprio adesso?*

La malattia e la morte costituiscono un'esperienza *singolare* che colpisce ciò che c'è di più intimo e sacro della persona. Esse sono tra le *situazioni limite della vita* che ci fanno toccare il fondo, ci fanno incontrare con la verità di noi stessi, degli altri e di Dio.

L'esperienza della malattia e

della morte *sfida la nostra libertà e mette a dura prova la nostra fede*: può distruggerci o aiutarci a crescere e maturare, chiuderci in noi stessi o aprirci più profondamente agli altri, allontanarci da Dio o avvicinarci a Lui e purificare l'immagine che ne abbiamo. Nelle nostre mani c'è il dono e il compito di viverla bene o male, di trasformarla in vino generoso e non in aceto, di trarre dai suoi fiori amari – come dice Antonio Machado nel suo poema 86 di Soledades – una bianca cera come fanno le api, così che sia un tempo di grazia per noi e per gli altri.

Vivere umanamente la malattia e la morte non è facile. In esse non è facile nemmeno vivere la fede. È possibile però, e ce lo mostra la testimonianza di tanti sacerdoti che abbiamo conosciuto e che conosciamo e di coloro a cui farò solo un breve accenno. A tutti loro vada la mia gratitudine e sia lodato il Padre che opera tante meraviglie nei figli che si pongono con fiducia nelle sue mani.

“Come è difficile – scrive P. Congar – mettere in pratica fede e speranza (nella malattia) quando non c'è altro, quando il pane quotidiano è diventato duro per noi, senza né burro né marmellata! La cosa difficile è sperare e credere quando non si ha nulla. Un giorno le cose si riempiranno di luce. Allora vedremo quale era il loro senso quando le stavamo vivendo nella notte. E allora senza dubbio scopriremo che, in fin dei conti, la prova è stata breve e ci peserà aver dubitato anche solo un momento, aver anelato l'evidenza o la soluzione e, pertanto, aver voluto uscire dalla fede e dalla speranza. Al contrario, il ricordo di esserci sostenuti saldamente nella fede ci lascerà un gusto di un'incredibile dolcezza che terminerà in azione di grazie”.

“Perdere la salute – dice Edilio Mosteo di Saragozza – mi ha concesso di compiere una riscoperta vitale della fede.

È stato come una rinascita di qualcosa che era dentro di me, meglio ancora, di Qualcuno che dimorava in me; con Giacobbe, ancora una volta, mi sento spinto a confessare, con un fremito, sulla pietra della mia malattia: ‘Certo, il Signore è in questo luogo e io non lo sapevo’!... Il Signore ha profittato di questa mia malattia, concedendomi la preghiera del salmo: *Mi insegnerai il cammino della vita*. Dove sembrava che tutto stava finendo iniziava un sentiero, una vita nuova, pura opera sua, in cui io ho collaborato con molta difficoltà, a volte in maniera inopportuna e altre volte male... A partire dalla malattia, dalla sofferenza, si vede Dio anche in altro modo. Gli ammalati ci danno uno sguardo privilegiato, lungimirante, del mistero di Dio, della sua infinita bellezza, anche se a partire dalla sua assenza”.

“Molte volte – scriveva Miguel, sacerdote di Tenerife, malato di cancro – ho ringraziato Dio per la malattia. Perché Egli si è valso della presenza di Cristo nella mia vita per incoraggiare altri malati e perfino la fede di altre persone sane. Rimasi molto impressionato quando, una mattina, mi portarono dei giovani che non conoscevo e che mi dissero: ‘Il professore di religione ci ha parlato del fatto che la fede in Gesù Cristo è capace di mantenere serena una persona minacciata dal cancro e siamo venuti a rendercene conto’. Che momenti gradevoli passai con loro! Vedevo sul loro volto l'impatto che produceva una cosa che non è frequente. Ed essi dicevano: ‘È vero, è vero... Ciò che nelle lezioni ci dicevano della fede in Gesù Cristo è vero. Il fatto è che non ci eravamo avvicinati a Lui con interesse’”.

“Cerco di evangelizzare più che posso a partire da questa situazione, diceva Maximino Barrero pochi giorni prima della sua morte. Prima lo facevo con la mia vita, con la mia

salute, con la mia voce... ora lo faccio con il dolore, l'accoglienza, la sofferenza... con questi mille modi con cui si può evangelizzare dal letto di ospedale. Ho una grande pace. Ciò che desidero di più è *vivere e morire in pace*. Sto sulla Croce di Cristo e con Lui voglio risuscitare. Sto vivendo momenti veramente cruenti, ma sempre pieno di pace e nell'accettazione della volontà di Dio⁷⁴.

“Ho sperimentato – scrive D. Javier Osés – che, in questo momento, Dio è l'aiuto più profondo e decisivo e che la salute, per un cristiano, è qualcosa di più del non essere minacciato di morte e che nostro Dio, Creatore e Padre, è realmente il Dio della Vita. Sapere che, proprio in questi momenti, Dio vuol far sentire di più l'esperienza del suo amore, mi ha dato molta pace. Non avevo voglia di nulla, né di pregare, né di pensare, né di parlare. Si affacciano solo alcuni sentimenti spontanei riferiti a Dio, alla famiglia, al personale che si muoveva per il reparto. Mi bastava sapere che Dio mi amava e che bisognava lasciare che fosse, con me, Padre. La malattia e la lunga convalescenza mi sono servite per reimpostare più a fondo la mia vita, per sperimentare che malattia e salute sono doni di Dio, che la malattia fa diminuire l'umore e che nella vita ci sono cose che continuano a essere prime e altre seconde o terze. Dio, la sua bontà e il suo Regno, sono la prima⁷⁵. “Già si avvicinava la sua morte – racconta Margarita, sorella di Javier Osés – e con molto coraggio e serenità ci disse che stava morendo e si accomiatò da tutti dicendoci che era giunto il momento più importante della sua vita. Chiese il crocifisso, lo baciò e con voce chiara e ferma ringraziò Dio per la famiglia che aveva avuto, per il fatto di essere cristiano, perché Dio lo aveva chiamato al sacerdozio, per essere stato Vescovo della diocesi di Huesca. *‘Offro la mia vita per i sacerdoti e per i cittadini di Huesca. Ti ringrazio, Signore, di portarmi con te... Ho molta pace e gioia. Dio è Amore e Pace... Cercate sempre Dio e la sua*

volontà. Vivete per Lui. Preoccupatevi degli altri e lasciate che la vita vada avanti. La mia vita è stata in Dio. Ho vissuto per Lui e ora mi porta con Lui. Sono felice’”⁷⁶.

“Dio – scrive Jesús Burgaleta – sta assieme all'uomo così come è: debole, limitato, solo, abbandonato; se così non fosse ci distruggerebbe. Dio rispetta e ama la finitudine dell'uomo con limiti. Dio non libera l'uomo dall'essere uomo. Lo vuole uomo. Lo aiuta a essere ciò che è. Dio è diventato uomo e non può essere altro che il Dio felice con cui gioisce, il Dio dolente con cui soffre.



Dio, nella malattia, non può fare altro che amarci amandosi e, pertanto, rispettare ciò che siamo. Dio non solo patisce con me il mio dolore, ma il mio dolore è il suo.

Dio percorre tutto il mio cammino, il suo cammino umanizzato fino alla morte. La mia morte avviene anche in Lui.

Dio sta nella solitudine estrema del mio letto, non come un semplice “altro” che asciuga il mio sudore, bensì come la parte più radicale e intima di me.

Dio lo si intravede nella debolezza. Dio lo si abbraccia nella fragilità anche quando si aprono le braccia e si ha la sensazione di non abbracciare nulla.

Accettare la distruzione di tutte le rappresentazioni di Dio, anche la più legittima – Padre –, è il culmine della fede, dell'amore e della speranza.

Dio lo si riconosce come Dio quando non lo si può afferrare in nessun modo e, nonostante tutto ci si dona a Lui con tutto il nostro essere. La

sua parola è il silenzio, silenzio grande e profondo che non può riempire nessun suono.

Dio mi concede la possibilità di vivere e di crescere, anche nel dolore. A Dio chiedo la stessa cosa che Egli mi dà e vuole darmi: poter essere persona nella salute e nella malattia. Gli chiedo comunione con Lui, con me stesso e con gli altri. Sia fatta la tua volontà⁷⁷.

“Ora – scrive Iñaki Kámara – mi tocca vivere il sacerdozio in quest'altra situazione. Vi chiederete se ne sono felice. Non sono tanto illuso da dire che questa esperienza mi rende felice. È vero che è una situazione dura. Proprio in questi momenti e in situazione del genere si grida, con fede titubante, il perché e come risposta si ottiene un silenzio molto profondo... In mezzo a questo silenzio, poco a poco, con la mia fede balbuziente, vado scoprendo la risposta di Dio. Dio mi risponde attraverso la mia famiglia che, fin dal primo momento, mi è stata vicina al completo e con molta naturalezza, molto affetto e ottimismo negli alti e bassi che si hanno. Mi risponde attraverso i compagni e gli amici che mi rendono visita, e i tanti cirenei e veroniche che, giorno dopo giorno, mi curano, mi puliscono, mi pettinano, mi lavano, mi alzano e mi mettono a letto. Devo ringraziare – perché mi aiutano ad affrontare questa situazione – tanto le infermiere, quanto coloro che lavorano nei servizi di cucina e di mantenimento, attraverso Fernando e Félix, che mi offrono non solo la loro conoscenza medica ma anche la loro amicizia⁷⁸.

“Ho la sensazione – scrive D. Fernando Sebastián – di non essere stato ‘fuori servizio’ durante questo tempo ma che il Signore abbia voluto che imparassi a servire in altro modo, a partire dalla debolezza, con la preghiera e la sofferenza, riconoscendo effettivamente il valore della sua grazia e la superiorità degli altri.

Nei giorni della malattia si prega di più, 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 potenza di Dio si manifesta nella de-

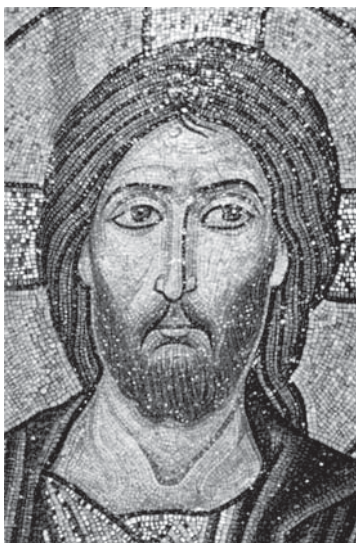
bolezza'. L'accettazione della propria debolezza aiuta a dare maggiore valore alle possibilità degli altri e soprattutto alla grande forza dell'amore di Dio che non viene mai meno. La malattia è un tempo di lungimiranza. Si comprende meglio il mistero del dolore, la forza dell'amore, la necessaria solidarietà, la saggezza definitiva della Croce di Cristo, amore innocente evidenziato 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 molto vicini, i Vescovi Conget e Osés. Essi sono arrivati fino al fondo dell'esperienza e sono entrati dalla porta stretta della morte per arrivare 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 attende con pazienza e misericordia. Noi siamo deboli, però vivremo e trionferemo grazie alla potenza di Dio dispiegata in Cristo. Egli è con noi fino alla fine dei tempi⁹.

“La sofferenza – dice *P. Haring* – mi ha liberato un poco dall'egocentrismo. Ho compiuto una meditazione approfondita del mistero pasquale, applicando a me stesso ciò che dice della vita, la morte e la resurrezione di Cristo. Inoltre, ho appreso ad aver fiducia nella provvidenza: Dio non mi lascia solo e non permette che dubiti della sua presenza, né di fronte al dolore, né di fronte alla malattia... né di fronte alla morte¹⁰”.

“Come cristiano, come religioso, come ospedaliero – scrive *Mons. José Luis Redrado*, dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio – posso confessare che, durante la mia malattia, ho visto Dio attraverso tante ‘mediazioni umane’, tante cose piccole e insignificanti che in altri momenti della vita passano inosservate. La malattia mi è servita per fidarmi maggiormente di Dio e per relativizzare molte cose che apparentemente crediamo importanti e che invece non lo sono. Non è facile la preghiera, soprattutto nei momenti più acuti della malattia. La mia preghiera erano semplici gia-

culatorie e frasi dei salmi. Ho sentito come mai prima la preghiera degli altri. Essi mi dicevano che pregavano per me e io ho veramente sentito questa ‘spinta’, questa forza, e penso: se gli uomini sono tanto vicini a te, come può non esserlo Dio?”.



“Per grazia – scriveva *José Luis Martín Descalzo* – ho vissuto sempre nella fede e in un amore verso Dio che era una cosa ‘normale’ nella mia vita. Dio era realmente mio Padre e Gesù mio amico e compagno. Nella malattia ho sentito più vicina questa paternità e questo cameratismo. Solo la grazia di Dio ha potuto mantenermi allegro in questi ultimi anni. E confesso di averla sperimentata quasi come una mano che mi accarezzasse. Dio non mi è mancato in nessun momento. So che non è affatto gradevole stare nell'Orto degli Ulivi, ma neanche a me sono mancati ‘angeli che mi consolassero’ come il Signore. Angeli che a volte si esprimevano semplicemente attraverso la pace interiore e che in altre occasioni – molte – si vestivano della gente che in questi anni mi ha amato e aiutato tanto. I miei fratelli, i miei amici e tanta gente sconosciuta sono andati sostenendomi e io chiamerei miracolo il fatto che in quasi tutte le ore più buie arrivava sempre una lettera, una telefonata, un incontro casuale per la strada che mi aiutava a recuperare la serenità. Devo confessare con gioia che mai mi sono sentito tanto amato come in

questi anni. E sottolineo questo perché so benissimo che molti altri ammalati non hanno avuto né hanno in questo la fortuna che ho io. La famiglia, una sorella al tuo fianco assieme a te, sono regali che mi ha dato la Provvidenza, che però non tutti gli ammalati trovano.

Non avrei saputo essere malato senza l'esempio di Gesù. La fortuna di conoscere il suo cammino è stato, senza dubbio, la cosa che più ha dato luce nella mia malattia. Grazie a Lui, la malattia ha illuminato la mia fede, mentre nel contempo la fede illuminava la mia malattia. Questa illuminava la mia fede perché la rendeva, forse per la prima volta, vera. Come è facile credere e predicare quando tutto va bene! Il dolore mi ha permesso di scoprire che non credevo a molte cose che credevo di credere.

Però devo aggiungere che era molto più la fede a illuminare la mia malattia... Scoprire che a partire dalla mia infermità partecipo in maniera molto più viva e vera alla passione di Gesù è stato per me fonte primordiale di speranza e gioia. Non ho mai chiesto a Dio di guarirmi, perché mi sembra un abuso di fiducia e, soprattutto, perché temo che, se Dio mi togliesse la mia malattia, mi priverebbe di una delle poche cose buone che possiedo: la possibilità di collaborare con Lui più intimamente, più realmente. Gli chiedo, questo sì, che mi aiuti a portare l'infermità con gioia, che io la faccia fruttare e non la rovini per il mio egoismo o il mio bisogno di affetto. Stare, vivere nell'Orto non è un piacere, ma è un regalo, un dono, a volte l'unico che, al termine della vita, *io posso porre nelle sue mani di Padre*¹¹.

“Pregare a partire da ciò che stavo vivendo – scrive *Antonio López Baeza* – trasformò la malattia in un tempo di grazia. Una grazia che il Signore mi concesse fu quella di comprendere che il favore che gli chiedevo e che Lui voleva concedermi consisteva, soprattutto, nell'accettare il risultato di quel processo, qualunque esso fosse, come la cosa più confacente per me. Dare alla vita lo

stesso senso o più di prima, nonostante la perdita delle facoltà; sapere che posso essere ancora utile e lavorare per gli altri; accettare i cambiamenti di senso a cui mi obbligano i risultati e accettarli senza farne un dramma che amareggia la mia esistenza e quella di coloro che mi circondano, questo era il miracolo più prezioso che il Signore voleva concedermi o, meglio, che già si era operato dentro di me”¹².

“Gli ultimi tre anni – scrive il *Cardinale Bernardin* – sono stati per me una sfida, come mai avevo sperimentato prima, per mantenere ferme le mie convinzioni e a confidare nel Signore. Però il mio obiettivo principale fu porre la mia fede in azione, vivere secondo i principi che orientano la mia vita. Al di sopra di tutto, voglio che la gente sappia che cammino con lei in qualità di fratello, di amico. La decisione di vivere il mio tumore in pubblico è stata quella di condividere un messaggio semplice: la fede è veramente importante. Grazie per avermi sostenuto nel Signore, grazie per avermi aperto alla sua volontà; sono stato capace di accettare la mia malattia, e ora la mia morte imminente... La sofferenza e il dolore hanno poco senso per me senza Dio, e il mio cuore va in cerca delle persone che si sentono abbandonate o sole nei momenti di maggiore necessità.

Sono stato sacerdote per quarantatré anni e vescovo per ventinove. Ho sempre detto agli altri di mettersi nelle mani del Signore. Ho dato consigli a molta gente che stava affrontando ciò che io affronto ora. È giunto per me il momento di mettere in pratica ciò che predico.

Durante questo tempo ho pregato Dio di concedermi la grazia per superare la mia operazione e il trattamento post-operatorio con fede, senza amarezza né angoscia indebita. Il regalo speciale che Dio mi ha fatto è un dono di pace. A sua volta, il mio regalo speciale agli altri è condividere la pace di Dio, aiutarli a superare la malattia, i momenti difficili. Nel parlare loro della mia pace interiore, spero che la gente

veda che nella preghiera e nella fede c'è molto più che semplici parole. Dio in realtà ci aiuta a vivere pienamente anche nei momenti peggiori. E la capacità per farlo dipende dalla profondità della nostra relazione con Lui attraverso la preghiera.

Durante la mia convalescenza, le notti risultavano particolarmente lunghe, erano un tempo in cui venivano in superficie vari timori. A volte mi sorprendevo a piangere, cosa che raramente mi accadeva prima... In quei momenti difficili, a parte la fede e la fiducia nel Signore, mi sosteneva costantemente la consapevolezza del fatto che migliaia di persone stavano pregando per me...

È chiaro che a primavera non sarò più vivo. Per presto sperimenterò una nuova vita in altro modo. Benché io non sappia cosa mi attende nell'altra vita, so che così come Dio mi ha chiamato perché lo servissi con tutta la mia capacità nel corso della mia vita sulla terra, ora mi chiama a casa”¹³.

“Il Signore mi visita con la croce – diceva il *Cardinale Pironio* – ho predicato molto sulla croce, ma come è diverso sperimentarla e viverla. Soffro molto, ma sono felice e tranquillo nelle mani di un Padre che mi ama e nel cuore di Maria mia Madre... Voglio vivere questo momento della vita che il Signore ha preparato amabilmente per me. Sono in una serena disponibilità verso tutto ciò che il Signore voglia tracciare lungo il mio cammino... Ora il Signore mi chiede il ministero della preghiera e del silenzio, il ministero dell'offerta. Più difficile, ma anche più fecondo. Il modo di pregare ora per me è soffrire in silenzio e offrire. Ho offerto tutto: per la Chiesa, i sacerdoti, la vita consacrata, i laici, il Papa, i giovani, la redenzione del mondo... Credo che mi restino pochi giorni di vita. Avevo sognato, nonostante la malattia, che giunta questa epoca mi sarebbe restato tempo per leggere, scrivere, ritirarmi a pregare, ascoltare la gente. Però il Signore ha disposto adorabilmente un'altra cosa. Non vedo, non posso andare, non posso far nulla. Sarà che terminato

il mio servizio diretto nella Chiesa non mi resta nulla da fare. La fine si avvicina. Soffro molto, ho grandi dolori, ma non voglio che gli altri se ne rendano conto affinché non soffrano. Ora aspetto solo la vita eterna, e sarà tra pochi giorni. Nonostante la sofferenza fisica, sono sereno e tranquillo. Vado alla casa del Padre”¹⁴.

“Prima di ricevere l'Unzione dei Malati – diceva *Don Vecchi*, Rettore Maggiore dei Salesiani ai membri del Consiglio Generale – desidero manifestare la mia fiducia nel Padre. Voglio abbandonarmi a Lui che mi ha amato di un amore eterno. Sono disponibile ad accogliere la sua volontà. Gli esprimo la mia gratitudine per ciò che ha predisposto per me in tutti gli anni della mia vita. In questo tempo di malattia ho avuto l'occasione per ripensare alla situazione di tanti fratelli che si trovano nella mia stessa condizione. Ho toccato con mano che servire è una cosa grande e che è doloroso trovarsi nella necessità di farsi servire. Ho riflettuto sulle attenzioni che, con estrema delicatezza, mi riservano tanti fratelli e tante sorelle. Non tutti i fratelli malati hanno le cure che ricevo io. Ringrazio il Signore per tutto questo. Mi sento confuso e contento allo stesso tempo per l'amore che Dio ha fatto crescere in tutti coloro che vivono attorno a me... Mi sento come uno che segue un cammino tra due ali di amici e mi nasce spontaneo proclamare con il salmo la gioia di camminare verso la casa del Signore per lodare il suo nome. Sento profondamente la mia appartenenza alla Chiesa e sperimento che ella mi accompagna veramente... Il mio grazie va a tutti per tutto quello che hanno fatto... Restiamo sempre uniti nella preghiera. Dio li premi e Maria Santissima li benedica”.

“Secondo quel che racconta Suor María Jesús che lo curò in ospedale, *Ricardo Alberdi* chiedeva di vivere alla sua maniera la morte, che aveva già accettato. Approfittava del giorno: recitando il Breviario, leggendo, scrivendo, aspettando le visite che lo sfinivano. Lo si vedeva

preoccupato, perché scorgeva in vasti settori della vita religiosa una privatizzazione, una dissociazione tra fede, comportamento e impegno. Chiedeva di vivere ancora un po', pur nella situazione in cui si trovava, per poter aiutare, anche da una sedia a rotelle... coloro che ne avevano bisogno. Aveva paura e angoscia di poter giungere a un limite che gli avrebbe impedito di essere coraggioso ed esclamava: 'Dio mio, dammi forza!' E il suo sguardo si fissava sul Crocifisso. La sua malattia non era facile da vivere. La sua morte fu creatrice di una realtà spirituale d'amore"¹⁵.

"Dopo questa notte d'angoscia – scrive *Joseph Breu*, sacerdote missionario che morì a Medellín nel 1987 – voglio pregare e mi esce solo questa preghiera: *'Nelle tue mani Signore affido il mio spirito. Padre, se vuoi, allontana da me questo calice! Tuttavia non sia fatta la mia, ma la tua volontà'*. La ribellione, la protesta, il rifiuto forte di ciò che viviamo sono sentimenti che affiorano e che dobbiamo esprimere senza paura. Solo la fede, la presenza del Signore, la sua forza, il suo amore e la solidarietà degli altri ci aiutano ad andare avanti. La mia attività è di abbandonarmi nelle mani del Padre buono che non mi lascia e mi aiuta in ogni momento. La malattia è un'esperienza di deserto profondo. Uno vive i problemi che nella vita ha vissuto più intensamente e dentro un mare profondo di impotenza, mischiato con grandi confusioni e oscurità. Resta l'abbandono a Dio dentro una fede impotente e oscura. La malattia ci spoglia, ci fa sentire poveri. La morte non può nulla contro la vita, non la vince. Benché stia morendo, sono vivo, sento la vita e oggi più che mai sperimento come la morte, la malattia, non vincano; questo cancro non mi uccide, mina la mia salute fisica però non la vita. Cristo ha vinto la morte, anche io sono chiamato a cingere la morte con la mia vita"¹⁶.

"Signore ti chiedo che, nel dolore, io sappia chiederti lo Spirito affinché la mia vita, in questo pellegrinaggio che un

giorno terminerà, e la mia morte, stiano nella tua Croce. Tendimi la mano affinché con Te, nonostante l'oscurità del cammino, io abbia la semplice certezza di aprire un giorno gli occhi e vederti alla destra del Padre con lo Spirito Santo.

Molte sere, quando il sonno mi sopraffaceva, aspettavo di incontrarti nella mattina che non ha mai fine. Però solo Tu, Signore della mia vita e malattia, sai quando è il giorno che mai avrà tramonto. Nel frattempo, fa che non ti lasci e che ti renda grazie perché ogni istante è un miracolo nell'attesa di un altro più grande: la vita eterna, vivere con te.

Mi abbandono, malato e debole, nelle tue mani che mi fecero, e in quelle dei fratelli che nel cammino del dolore mi comunicano il tuo calore. Le tue mani sono piene di misericordia. In esse mi rifugio e mi nascondo con tutti coloro che sentono l'annuncio che la vita terrena è l'inizio dell'altra in cui la malattia e la morte saranno vinte per sempre.

Grazie, Signore della mia vita e della mia malattia, perché mi hai insegnato che *la tua grazia vale più della vita*, che la freddezza della morte non lascerà che si spenga il fuoco del tuo Amore"¹⁷.

Termino con le poesie scritte da tre sacerdoti poco prima della loro morte.

Sto nelle tue mani. La mia carne disfatta
Continua a dire: "Amore, ciò che Tu vuoi".
Felice ti consacrai le mie primavere.
Felice ti do la pace del mio annientamento.

Questo affetto del mio sangue scaturisce
dal sapermi preso nelle tue braci.
Non è morire il morire, se Tu mi aspetti
alla fine di questo duro fallimento.
Sto nelle tue mani. Con te vivo.
Con te muoio. Non sono prigioniero
del fremito, alle porte della morte.

Dammi la forza, Signore, per questo salto
Dove il mio amore sale verso l'alto
e la terra nel cielo si trasforma.

*Rafael Matesanz,
sacerdote di Segovia*

Qualcosa che è vita di vita
sta cambiando dentro di me.
Muore questa mia vita
e una nuova sta nascendo.

Si sono trasformati in macerie
I castelli di una volta.
Ci sono grinze nell'albero
Perché l'albero si fa vecchio.

Più brevi sono le parole
e più lunghi i silenzi.
Faccio con calma il cammino
E con più calma le preghiere.

Già mi pesano molte cose
E vado scaricando parte del fardello.
Vivo nelle mie ore l'urgenza
Di ripetere ciò che tengo.

Mi fa male il solco vuoto
E le ferite che ho aperto,
il peccare di sufficienza
e il lodarmi sincero.

Sto pulendo il terreno
da foglie e fango.
Lo semino di pini,
di violette e rosmarino.

Per imparare l'umiltà
e l'amore per i più piccoli
seminerò alcuni cespugli
di violette nel centro.

Per essere "il buon odore delle genti", il rosmarino,
e i pini, quando cresceranno,
mi faranno guardare più il cielo.

Qualcosa che è vita di vita
sta cambiando dentro di me.
Sarà già primavera?
È passato veramente
l'inverno?

*Jesús Nieto,
sacerdote di Huelva*

Testamento dell'uccello solitario

IV Lo speranzoso

So che perderò la mia vita. Ma non importa, continuerò, continuo a giocare. E, anche se so che mi sto sgretolando, spererò, continuo a sperare, spero.

Dove è stato prima il mio cuore?
Dove l'amore che albeggia fischiando?
Dove l'allegro adolescente?
Quando
ho cambiato la mia anima in questo immondezzaio?

Però voglio continuare in questa macina della speranza, caparbio, testardo.
Preparate la mia requisitoria!

Forse un giorno il nodo si scioglierà.
E se non sarà così, si dirà: "Non ha potuto. Ma è morto alle porte della gloria".

Primo presentimento della morte: VII

Vissi giocando a diverse cose, di vivere, di sognare, di essere uomo.
A volte si nasce quando si muore, ma mi chiedo come nascono, sognando, le rose.
Dammi le tue mani misericordiose

affinché il cuore si liberi dei detriti.

Dimmi se è vero che, pensando al tuo nome, i bruchi diventano farfalle.

So che il cielo si aprirà e ancora più aperta troverò la vita.
Non saremo più prigionieri.

Vinceremo, perdendo, la partita.
E, dato che abbiamo vissuto essendo morti, morendo nella luce ci desteremo vivi.

Ultime notizie sulla morte dell'autore: V

E allora vide la luce. La luce che entrava da tutte le finestre della sua vita.
Vide che il dolor precipitò la fuga e capì che la morte non c'era.

Morire è solo morire. Morire si esaurisce.
Morire è un falò fuggitivo.
È attraversare una porta alla deriva e trovare ciò che tanto si cercava.

Finire di piangere e fare domande;
vedere l'Amore senza enigmi né specchi;
riposare vivendo nella tenerezza;
avere la pace, la luce, la casa assieme e trovarsi, lasciando i dolori lontano,

la Notte-luce dopo tanta notte oscura.

José Luis Martín Descalzo¹⁸

P. RUDESINDO DELGADO
Assistente ecclesiastico del PROSAC
(Associazione degli Operatori Sanitari Cristiani),
Spagna

Note

¹ Y. CONGAR, A mis hermanos, Sígueme, Salamanca 1969.

² Labor Hospitalaria n° Orar en la malattia.

³ VICO PEINADO J., Profetas en el dolor, Paulinas, Madrid 1981.

⁴ Dipartimento di Pastorale della Salute della CEE, "Vivir el morir" dossier fotocopiato. 1992.

⁵ Bollettino Prosac N° 14 (2000).

⁶ Instituto Superior de Pastoral, La misión sanante de la comunidad cristiana, Verbo Divino.

⁷ ALEMANY C. (Ed.), 14 aprendizajes vitales, DDB, Bilbao 1997.

⁸ SURGE, El dolor del sacerdote.

⁹ "Después de la malattia", lettera di D. Fernando Sebastián, 30.10.2001.

¹⁰ SALVOLDI V., Häring, San Pablo, Madrid 1998.

¹¹ MARTÍN DESCALZO JL., Reflexiones de un enfermo en torno al dolor y la malattia, Congreso de las Hospitalidades Españolas de N° S° de Lourdes, El Escorial, noviembre 1990.

¹² LÓPEZ BAEZA A., Experiencia con la soledad, Narcea, Madrid 1994.

¹³ Cardinal BERNARDIN, El don de la paz, Planeta/Testimonio, Barcelona 1998.

¹⁴ Testimonianza presentata da Teresa I., la religiosa infermiera che lo accompagnò durante la malattia, in La Escuela de Pastoral de la Salud N° S° de la Esperanza de Madrid.

¹⁵ Dipartimento di Pastorale della Salute della C.E.E. "Vivir el morir" dossier fotocopiato. 1992.

¹⁶ Dipartimento di Pastorale della Salute della C.E.E. "Vivir el morir" dossier fotocopiato.

¹⁷ Alfa y Omega, 29.3.07.

¹⁸ JOSÉ LUIS MARTÍN DESCALZO, Testamento del Pájaro Solitario, Verbo Divino 1991



Le risorse umane nelle strutture sanitarie cattoliche: quale sostenibilità per il futuro*

Il Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, attraverso la sua sezione di statistica e rilevazione dati, ha condotto un'indagine su "Le risorse umane nelle strutture sanitarie cattoliche: quale sostenibilità per il futuro", al fine di conoscere le problematiche legate alle limitate disponibilità delle risorse umane in tali strutture, nonché le attività e i programmi svolti.

L'indagine è stata avviata all'inizio del 2006 in 121 Paesi appartenenti alle 5 aree continentali (Africa, America, Asia, Europa, Oceania), in cui a quella data era presente almeno un Vescovo incaricato della Pastorale Sanitaria. È stato, dunque, inviato un questionario di rilevazione a 127¹ Vescovi incaricati della Pastorale Sanitaria in questi Paesi. I vescovi hanno provveduto, a loro volta, a inoltrare il questionario alle strutture sanitarie cattoliche operanti nei rispettivi Paesi. Oltre ai Vescovi, il Dicastero ha provveduto a inviare direttamente il questionario a tre grandi Ordini che operano specificamente in ambito sanitario: l'Ordine dei Fatebenefratelli, dei Camilliani e delle Suore Ospedaliere del S. Cuore di Gesù, con l'invito a farlo compilare dalle loro strutture sanitarie presenti nei cinque continenti.

La strategia di campionamento seguita è quella di tipo *snowball* ossia si è proceduto alla costruzione di un campione non probalistico. Si tratta di una tecnica di campionamento che consente, il più delle volte, di raggiungere dei risultati soddisfacenti (seppur non generalizzabili alla totalità delle realtà cattoliche operanti nel mondo), in una logica, ovviamente, di tipo esplorativo di diversi oggetti di ricerca. Questa tecnica ha consentito spesso di poter acquisire informazioni estremamente utili per la conoscenza dei contesti in cui le realtà sanitarie cattoliche si trovano a operare quotidianamente.

Si ringraziano per la preziosa collaborazione, i nunzi apostolici, che hanno permesso il collegamento con i vescovi degli uffici di pastorale sanitaria, i vescovi incaricati di pastorale sanitaria, che si sono resi disponibili nella fase preliminare dell'indagine individuando le strutture sanitarie cattoliche più rappresentative nel loro Paese, nonché gli Ordini religiosi e tutti i responsabili dei centri sanitari cattolici, che con competenza e sollecitudine hanno compilato il questionario, consentendoci di conoscere i tanti aspetti del loro servizio al malato sofferente.

Infine, si precisa che questo documento non ha la pretesa di rappresentare tutta l'opera della Chiesa nel campo della salute, ma permette di conoscere i contesti in cui le realtà sanitarie cattoliche si trovano a operare, le problematiche con cui debbono confrontarsi, nonché il loro impegno quotidiano rivolto, in modo integrale, alla persona.

Premessa

Le realtà del mondo cattolico operanti in Sanità sono molto numerose. I dati dell'Ufficio di Statistica della Città del Vaticano hanno censito al 31 dicembre del 2005, 5246 ospedali cattolici operanti nei cinque continenti; 17.224 ambulatori; e un flusso di pazienti assistiti o ricoverati pari rispettivamente a 184.810.687 e 84.098.396.

Numero di ospedali e di ambulatori cattolici; numero di pazienti assistiti o ricoverati per area continentale di appartenenza. 31 dicembre 2005.

Aree continentali	Numerosità Centri	
	<i>Ospedali</i>	<i>Ambulatori</i>
Africa	1.046	5.292
America	1.712	5.363
Asia	1.073	3.626
Europa	1.257	2.755
Oceania	158	494
<i>Totale</i>	<i>5.246</i>	<i>17.530</i>

Fonte: Annuario Statistico della Chiesa 2005, Libreria Editrice Vaticana.

Data l'evidenza della capillare presenza e azione della Chiesa nel mondo in campo sanitario, si è cercato di realizzare uno studio che mettesse a fuoco, almeno in alcune di queste realtà, la questione delle risorse umane disponibili.

Sono pervenuti al Dicastero 138 questionari debitamente compilati da strutture sanitarie cattoliche operanti nei seguenti Paesi:

Australia
Burundi
Ciad
Colombia
Corea
Ecuador
Etiopia
Francia
Ghana
Guatemala
Iraq
Irlanda
Isole Mauritius
Italia
Messico
Nigeria
Nuova Zelanda
Papua Nuova Guinea
Portogallo
Repubblica Ceca
Repubblica Dominicana
Spagna
Thailandia
Turchia
Uganda
Zimbabwe.

* Rapporto descrittivo sui risultati di un'indagine condotta dal Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari.

Analisi descrittiva dei dati

TABELLA 1

Allo stato attuale della ricerca le strutture di cui sono stati registrati i dati si distribuiscono equamente tra i Paesi dello sviluppo e quelli svantaggiati (PVS – 50%).

TABELLA 2

Le strutture che hanno compilato il questionario sono prevalentemente ospedali che fungono, però, anche da dispensari (28% e 27%); da centri residenziali (15%), da ambulatori e consultori (11,8%).

Le patologie più frequenti nel 2005

Mediamente oltre il 28% dei pazienti delle strutture sanitarie cattoliche intervistate presenta problemi legati a malattie infettive e parassitarie; il 25,5% presenta malattie mentali e disturbi del comportamento; il 13,4% soffre di malattie respiratorie; il 10,3% presenta problemi legati a esiti di malformazioni congenite e anomalie cromosomiche. Non mancano, naturalmente, significative differenze nella tipologia di problematiche con cui i centri debbono confrontarsi dati i diversi contesti in cui si

Tab. 1. Area continentale di appartenenza del Paese in cui si trova la struttura

Aree continentali	Valori assoluti	Valore %
America	32	35,6
Africa	18	20,0
Asia	27	30,0
Europa	10	11,1
Oceania	3	3,3
Totale	90	100,0

Tab. 2. Tipologia delle strutture contattate (risposte multiple)

Tipologia struttura	Risposte		
	Valori assoluti	% sulle risposte	% sui casi validi
Ospedale	45	28,0%	52,3%
Ambulatorio	19	11,8%	22,1%
Dispensario	43	26,7%	50,0%
Centro residenziale	24	14,9%	27,9%
Centro semi-residenziale	11	6,8%	12,8%
Consultorio	19	11,8%	22,1%
Totale	161	100,0%	187,2%

Casi validi: 86

trovano a operare. Tuttavia, è interessante osservare che le percentuali di alcune patologie, come ad esempio quelle infettive e parassitarie e quelle dell'apparato digerente, presentano delle similitudini alle varie latitudini del mondo. Si tratta, infatti, di malattie che interessano fasce di popolazione che vivono in condizioni di grave indigenza, cui si legano scarse condizioni igieniche e inadeguatezza del regime alimentare.

Sono le *malattie dei poveri*, segno evidente della condizione di grave indigenza della popolazione con cui le strutture sanitarie cattoliche entrano più facilmente in contatto.

TABELLA 3

Lo studio delle fonti di finanziamento su cui si basa la sostenibilità economica delle strutture sanitarie cattoliche intervistate

Tab. 3. Fonti di finanziamento nel 2005 (risposte multiple)

Tipologia di fonti di finanziamento per macroarea economica	Valore assoluto	% sulle risposte	% sui casi
Area dello sviluppo*			
<i>Fonti di finanziamento</i>			
Fondi pubblici	17	14,4%	38,6%
Fondi di enti pubblici locali	9	7,7%	20,5%
Donazioni da privati	16	13,7%	36,4%
Organismi internazionali	7	6,0%	15,9%
Ong cattoliche	12	10,3%	27,3%
Ong non cattoliche	5	4,3%	11,4%
Pazienti e loro famiglie	27	23,1%	61,4%
Altre fonti di finanziamento	24	20,5%	54,5%
Totale	117	100,0%	265,9%
Aree in via di sviluppo**			
<i>Fonti di finanziamento</i>			
Fondi pubblici	10	11,1%	24,4%
Fondi di enti pubblici locali	3	3,3%	7,3%
Donazioni da privati	13	14,4%	31,7%
Organismi internazionali	6	6,7%	14,6%
Ong cattoliche	9	10,0%	22,0%
Ong non cattoliche	2	2,2%	4,9%
Pazienti e loro famiglie	27	30,0%	65,9%
Altre fonti di finanziamento	20	22,2%	48,8%
Totale	90	100,0%	219,5%

* Casi validi 44 ** Casi validi 41

Tab. 4. Criteri utilizzati nell’allocazione delle risorse nell’ambito delle attività di pianificazione delle strutture intervistate, per macroarea economica (risposte multiple). Anno 2005

Criteri di allocazione risorse per macroarea economica	Valori assoluti	% sulle risposte	% sui casi
Area dello sviluppo* Criteri di allocazione risorse			
Costo/beneficio	20	29,4%	54,1%
Costo/aspettativa di vita	2	2,9%	5,4%
Costo/miglioramento qualità di vita	24	35,3%	64,9%
Solidarietà/sussidiarietà	21	30,9%	56,8%
Altri criteri	1	1,5%	2,7%
Totale	68	100,0%	183,8%
Aree in via di sviluppo** Criteri di allocazione risorse			
Costo/beneficio	22	35,5%	57,9%
Costo/aspettativa di vita	7	11,3%	18,4%
Costo/miglioramento qualità di vita	28	45,2%	73,7%
Solidarietà/sussidiarietà	4	6,5%	10,5%
Altri criteri	1	1,6%	2,6%
Totale	62	100,0%	163,2%

* Casi validi 37 ** Casi validi 38

te si fa interessante, se si considerano le differenze tra i centri che operano nei Paesi sviluppati (PS) e quelli dei Paesi in via di sviluppo (PVS). Le strutture operanti nei PVS presentano una maggiore difficoltà di accesso a fonti di finanziamento pubblico di quanto non accada nei PS (14% delle risposte dei PVS contro il 22,2% dei PS); è più facile, invece, anche se di poco, che ricevano donazioni da privati (il 14,4% delle risposte dei PVS contro il 13,7% dei PS); infine, non è secondario osservare che proprio nei Paesi più poveri le strutture cattoliche ricevono maggiore sostegno dai pazienti e dalle loro famiglie (30% delle risposte nei PVS contro il 23,1% nei PS). Questo dato è molto importante, perché evidenzia la prossimità di relazione che si instaura tra le strutture sanitarie cattoliche e la popolazione che si rivolge ad esse. Il loro sostegno economico costituisce un indicatore indiretto del grado di soddisfazione dell’utenza che passa per questi centri rispetto all’opera di cura e assistenza che ivi si realizza.

TABELLA 4

Ma quali sono i criteri che guidano gli amministratori delle strutture sanitarie cattoliche nell’allocazione delle risorse disponibili? Sia nei PS che nei PVS il criterio prevalente risulta essere quello che mette in relazione i costi al miglioramento della qualità della vita (35,3%

Tab. 5. Problemi più urgenti nella gestione e nell’organizzazione delle strutture intervistate, che necessiterebbero di interventi immediate

Problemi più urgenti	Risposte		% sui casi
	Val. assoluti	% sulle risposte	
Mancanza di reti di collegamento	27	17,5%	38,6%
Scarsità di personale sanitario di ispirazione cattolica	19	12,3%	27,1%
Insufficienza finanziaria per sostenere le strutture sanitarie	51	33,1%	72,9%
Difficoltà di formulare progetti di formazione	27	17,5%	38,6%
Impossibilità di svolgere i ruoli di competenza nella Pastorale sanitaria	7	4,5%	10,0%
Emergenza sanitaria locale	23	14,9%	32,9%
Totale	154	100,0%	220,0%

Casi validi 70

delle risposte nei PS e il 45,2% nei PVS). Criterio che sembrerebbe andare proprio nella direzione indicata anni fa dall’OMS quando, in una famosa campagna di sensibilizzazione, affermava la necessità di *aggiungere vita agli anni e non anni alla vita*, con evidente riferimento all’importanza di migliorare la qualità della vita della popolazione di tutto il mondo. Da questi dati, la qualità della vita sembrerebbe costituire il centro della programmazione delle strutture operanti sia in contesti più deprivati sia in quelli più ricchi. Tuttavia non mancano le differenze, che emergono nel momento in cui si vanno ad analizzare gli ulte-

riori criteri che, in seconda battuta, sono presi in considerazione. Mentre, infatti, nei PVS il criterio adottato in secondo luogo è quello che mette in relazione i costi ai benefici della cura (35,5% delle risposte), nei PS, si afferma il criterio della solidarietà/sussidiarietà (30,9% delle risposte).

TABELLA 5

A questo punto non potevamo non domandarci quali fossero i problemi più urgenti da dover affrontare nell’ambito della gestione e organizzazione delle strutture sanitarie cattoliche. La questione su cui si è concentrato il maggior numero di risposte è “l’insufficienza delle risorse fi-

nanziarie” (33,1% delle risposte date dal 73% delle strutture rispondenti). Ciò evidenzia una criticità economica che non può non ripercuotersi sul personale, generando un senso di incertezza che ne provoca insoddisfazione e demotivazione. Solo in seconda battuta e a diversi punti percentuali di distanza si affacciano i problemi della mancanza di adeguate reti di collegamento con altre realtà territoriali e della difficoltà a formulare progetti di formazione.

Il personale sanitario

TABELLA 6

Questa tabella evidenzia come nelle strutture sanitarie cattoliche siano presenti molteplici figure professionali specialistiche, non solo nelle discipline mediche, ma anche in altri ambiti disciplinari, concorrendo così a una più integrale cura della persona sofferente. Prevvalgono le figure infermieristiche e mediche, nonostante, però, a una valutazione dell’organico disponibile, i responsabili delle strutture intervistate abbiano evidenziato l’insufficienza di infermieri e di alcune figure professionali specialistiche di supporto come gli psicologi, i terapisti della riabilitazione, gli assistenti sociali, i sociologi, nonché i counsellor e i care-givers.

TABELLA 7

Con l’indagine del Dicastero abbiamo cercato, poi, di approfondire alcuni aspetti del *carico lavorativo* degli operatori di queste strutture. A tal fine è stato chiesto alle strutture intervistate quali fossero le figure professionali per le quali si registrava più spesso la continuazione del loro servizio oltre l’orario previsto dal contratto. 67 strutture su 90 hanno risposto a questo quesito, indicando negli infermieri le figure professionali che più spesso si trovano a prestare servizio oltre il loro normale orario di lavoro (21,8% delle risposte). A seguire, il personale amministrativo (21,4% delle risposte) e quello medico (19,2% delle risposte). Anche questi dati sembrano confermare il fatto che la scarsità di personale infermieristi-

Tab. 6. Risorse umane disponibili nelle strutture sanitarie cattoliche intervistate. Anno 2005 (risposte multiple)

Figure professionali disponibili	Risposte		% sui casi
	Valori assoluti	% sulle risposte	
Medici	74	9,9%	85,1%
Psicologi	50	6,7%	57,5%
Sociologi	25	3,3%	28,7%
Terapisti di riabilitazione	50	6,7%	57,5%
Educatori professionali	33	4,4%	37,9%
Assistenti sociali	42	5,6%	48,3%
Infermieri	78	10,4%	89,7%
Operatori tecnici ausiliari	55	7,3%	63,2%
Ausiliari	71	9,5%	81,6%
Amministrativi	70	9,3%	80,5%
Volontari	54	7,2%	62,1%
Cappellani	55	7,3%	63,2%
Religiosi/religiose	66	8,8%	75,9%
Care-giver, counsellor	28	3,7%	32,2%
Totale	751	100,0%	863,2%

Tab. 7. Personale che lavora oltre l’orario di lavoro. Anno 2005 (risposte multiple)

Personale che lavora oltre l’orario previsto	Risposte		% sui casi
	Valori assoluti	% sulle risposte	
Personale medico	45	19,2%	67,2%
Personale infermieristico	51	21,8%	76,1%
Personale ausiliario	44	18,8%	65,7%
Personale amministrativo	50	21,4%	74,6%
Personale del servizio pastorale	44	18,8%	65,7%
Totale	234	100,0%	349,3%

Casi validi 67

Tab. 8. Episodi di assenteismo. Anno 2005

Verificarsi di episodi di assenteismo	Valori assoluti	Valore %
Sì	46	52,3
NO	42	47,7
Totale	88	100,0
Casi mancanti non risponde	2	
Totale	90	

Tab. 9. Frequenza con cui si sono verificati casi di assenteismo nell’anno 2005.

Frequenza di episodi di assenteismo	Valori assoluti	Valore %	% cumulata
Raramente	17	36,2	36,2
Qualche volta	22	46,8	83,0
Spesso	6	12,8	95,7
Sempre	1	4,3	100,0
Totale	46	100,0	
Casi mancanti Non applicabile	44		
Totale	90		

co, non solo conduce a una maggiore rigidità delle condizioni di lavoro di questi operatori, ma li costringe a un sovraccarico di lavoro che non

può non avere delle conseguenze sul grado di soddisfazione e sulla motivazione al lavoro.

TABELLE 8 E 9

Il sovraccarico di lavoro così come la scarsa flessibilità dell'orario lavorativo possono costituire solo alcune delle ragioni per cui in oltre la metà delle strutture intervistate nel 2005 si sono registrati casi di assenteismo (52,3%). Tuttavia, il fenomeno sembrerebbe ancora caratterizzarsi per la sua occasionalità, non costituendo, almeno per il momento, una “patologia” del sistema. L'83% dei centri ha dichiarato di aver sperimentato solo in qualche occasione episodi di assenteismo. Solo nel 17% dei casi si è trattato di episodi ricorrenti molto frequentemente (cfr. Tab. 9).

TABELLA 10

Per cercare di comprendere se le difficoltà economico-finanziarie delle strutture cattoliche potessero influire su comportamenti assenteistici è stato chiesto agli intervistati se nel 2005 si fossero verificati momenti di disagio finanziario a causa dei quali il personale non aveva ricevuto regolarmente lo stipendio. Solo 13 strutture su 90 hanno dichiarato di aver avuto questo tipo di problemi e, comunque, è accaduto molto di rado.

Questo dato tenderebbe a confermare, e il condizionale è d'obbligo, che le eventuali ragioni dell'assenteismo vadano ricercate altrove.

TABELLA 11

Un dato interessante da rilevare, sul fronte delle azioni positive a sostegno e supporto delle risorse umane impiegate in ambito sanitario, è l'adozione di misure retributive incentivanti. Ben 57 strutture su 90 hanno dichiarato di averle adottate soprattutto a favore del personale medico e infermieristico (rispettivamente 22,5% e 22% delle risposte date da circa l'80% delle strutture). Seguono gli ausiliari e gli amministrativi. Tuttavia, il sistema degli incentivi retributivi sembrerebbero rappresentare una misura trasversale utilizzata in modo generalizzato per gli operatori sanitari (ogni struttura ha infatti risposto mediamente a 3,5 opzioni tra quelle indicate).

TABELLA 12

Ma quali sono le formule

Tab. 10. Momenti di disagio finanziario a causa del quale il personale non ha ricevuto regolarmente lo stipendio. Anno 2005

Irregolare versamento dello stipendio		Valori assoluti	Valore %
SÌ		13	14,1
NO		73	85,9
Totale		86	100,0
Casi mancanti	Non risponde	4	
Totale		90	

Tab. 11. Forme incentivanti di retribuzione del personale. Anno 2005 (risposte multiple)

Tipologia di incentivi	Risposte		% sui casi
	Valori assoluti	% sulle risposte	
Incentivi per i medici	45	22,5%	78,9%
Incentivi per gli infermieri	44	22,0%	77,2%
Incentivi per gli ausiliari	42	21,0%	73,7%
Incentivi per gli amministrativi	40	20,0%	70,2%
Incentivi per il servizio pastorale	29	14,5%	50,9%
Totale	200	100,0%	350,9%

Casi validi 57

Tab. 12. Tipologia di formule contrattuali del personale. Anno 2005 (risposte multiple)

Tipologia forme contrattuali	Risposte		% sui casi
	Valori assoluti	% sulle risposte	
Contratto a tempo indeterminato full time	70	42,4%	94,6%
Contratto a tempo indeterminato part-time	28	17,0%	37,8%
Contratto a tempo determinato full time	41	24,8%	55,4%
Contratto a tempo determinato part-time	24	14,5%	32,4%
Consulenza/progetto	2	1,2%	2,7%
Totale	165	100,0%	223,0%

Casi validi 74

contrattuali che regolano il rapporto di lavoro tra queste figure professionali e le strutture sanitarie cattoliche di appartenenza? 74 strutture su 90 hanno risposto a questo quesito, indicando nei contratti a tempo indeterminato full-time la formula contrattuale più diffusa (42,4% delle risposte date dal 94,6% dei rispondenti). Se, poi, si considerano anche i contratti a tempo indeterminato part-time, è possibile osservare che i due terzi del personale delle strutture sanitarie cattoliche è costituito da un organico stabile. Un dato molto importante, se si considera la crescente diffusione nel mercato del lavoro contemporaneo di contratti a tempo determinato e a progetto a carattere temporaneo. Un dato che è possibile leggere secondo

due diverse direttrici: come indicatore della scelta di mettere al centro il valore di investire in risorse umane; come elemento imprescindibile al quale vanno però affiancate soluzioni di flessibilità del lavoro, che consentano di fronteggiare le oggettive difficoltà di ordine economico. Per questo, ai contratti a tempo indeterminato seguono un 40% circa tra contratti a tempo determinato, a tempo pieno (24,8% delle risposte) o part-time e contratti a progetto.

TABELLA 13

Per verificare l'esistenza effettiva di condizioni di flessibilità nella gestione del monte ore lavorativo, è stato chiesto agli intervistati di indicare le figure professionali per le quali è previsto da contratto che possano

Tab. 13. Figure professionali per le quali è previsto che possano organizzare il proprio orario di lavoro in relazione alle proprie esigenze familiari,nell’ambito del monte ore contrattuale. Anno 2005 (risposte multiple)

Personale per il quale è previsto che possa organizzare il proprio orario di lavoro in relazione alle proprie esigenze familiari	Risposte		% sui casi
	Valori assoluti	% sulle risposte	
Personale medico	26	23,6%	72,2%
Personale infermieristico	20	18,2%	55,6%
Personale ausiliario	21	19,1%	58,3%
Personale amministrativo	20	18,2%	55,6%
Servizio pastorale	23	20,9%	63,9%
Totale	110	100,0%	305,6%

Casi validi 36

Tab. 14. Strutture verso le quali nel 2005 è stato trasferito il personale che ne ha fatto richiesta (risposte multiple)

Strutture verso cui il personale ha chiesto il trasferimento	Risposte		% sui casi
	Valori assoluti	% sulle risposte	
Verso una struttura pubblica	13	21,7%	56,5%
Verso una struttura privata	18	30,0%	78,3%
Verso una struttura della stessa città	8	13,3%	34,8%
Verso una struttura di un'altra città	13	21,7%	56,5%
Verso una struttura di un altro Paese	8	13,3%	34,8%
Totale	60	100,0%	260,9%

Casi validi 23

Tab. 15. Motivi principali espresso nelle domande di trasferimento in altre strutture sanitarie. Anno 2005 (risposte multiple)

Motivi delle richieste di trasferimento	Risposte		% sui casi
	Valori assoluti	% sulle risposte	
Per avvicinarsi all’abitazione	6	12,8%	19,4%
Per migliorare la propria posizione economica	14	29,8%	45,2%
Per ricongiungersi al nucleo famigliare	11	23,4%	35,5%
Per passare in una struttura più grande	10	21,3%	32,3%
Per motivi di stress/burn out	3	6,4%	9,7%
Per mobbing	3	6,4%	9,7%
Totale	47	100,0%	151,6%

Casi validi 31

Tab. 16. Motivi principali di dimissione del personale sanitario delle strutture intervistate

Motivi di dimissione	Risposte		% sui casi
	Valori assoluti	% sulle risposte	
Per passare in una struttura più grande	21	30,4%	52,5%
Per stress/burn out	9	13,0%	22,5%
Per mancanza di incentivi economici	13	18,8%	32,5%
Per motivi di salute	15	21,7%	37,5%
Per problemi familiari	11	15,9%	27,5%
Totale	69	100,0%	172,5%

Casi validi 40

organizzare il proprio orario di lavoro in relazione alle proprie esigenze familiari Solo 36 strutture sanitarie cattoliche su 90 (poco più di un terzo) hanno risposto a questo quesito, mettendo in evidenza una maggiore flessibilità dei contratti del personale medico (23,6% delle risposte date dal 72% dei rispondenti) seguito da quelli dei collaboratori del servizio pastorale (20,9% delle risposte). Il minor grado di flessibilità si riscontra in corrispondenza delle figure professionali infermieristiche ed amministrative. Dato che risulta in sintonia col fatto che gli organici dispongono di un numero insufficiente di personale infermieristico. Carenza che si ripercuote sulle condizioni di flessibilità del loro lavoro.

TABELLA 14

Circa 30 strutture sanitarie cattoliche su 90 hanno dichiarato di aver ricevuto nel corso del 2005 domande di trasferimento da parte del loro personale per andare in altre strutture private (30% delle risposte date da circa l’80% dei casi). Vale la pena, dunque, cercare di comprendere le ragioni di tali richieste. Dalla tabella 15 si evince come la principale motivazione sia proprio di carattere economico. Il 30% delle risposte delle strutture, infatti, indica nella “necessità di migliorare la posizione economica” la principale ragione addotta a motivo della richiesta di trasferimento. Accanto a questa ragione sta anche quella di inserirsi in una struttura più grande e, probabilmente, più stabile e sicura. Non mancano poi le ragioni legate alla necessità di ricongiungersi al nucleo familiare. Si tratta ancora di pochi casi, ma che evidenziano comunque la necessità di mobilità lavorativa in questo settore.

TABELLE 15 E 16

Se i trasferimenti sono stati dichiarati soltanto da una trentina di strutture sanitarie cattoliche, le dimissioni del personale sono state rilevate in ben 40 di esse. Anche in questo caso non ci si poteva non interrogare sulle principali ragioni di questa scelta. Ancora una volta è il dato economico a farla da padrone. Il personale sceglie di di-

mettersi per passare a strutture più grandi (e quindi più solide finanziariamente) (30,4% delle risposte) e per mancanza di sufficienti incentivi economici (18,8% delle risposte). È stato già osservato come le strutture sanitarie cattoliche prevedano degli incentivi retributivi per alcune figure professionali, ma forse questo non è ancora sufficiente per rispondere alle aspettative del personale. Non mancano, poi, i motivi di salute e quelli familiari.

La formazione

TABELLE 17, 18 E 19

La formazione costituisce senza alcun dubbio una dimensione cui l'amministrazione delle strutture sanitarie cattoliche sembrerebbe dare particolare importanza. In 78 strutture su 90 si effettuano con regolarità corsi di aggiornamento e formazione professionale. Tale attenzione conferma l'intenzione di queste strutture di investire sul proprio personale, sostenendone e migliorandone le competenze professionali, non senza positive ricadute in termini di performance delle prestazioni.

Si è già avuto modo di sottolineare come il sostegno economico da parte dei pazienti e delle famiglie dei pazienti costituisca un indicatore di successo della prestazione medica in senso ampio.

Quasi il 60% dei corsi ha avuto luogo con una frequenza almeno trimestrale, il restante 40% con una cadenza annuale (cfr. Tab. 18); nella forma di corsi residenziali (35,5% delle risposte) e di seminari (32,9% delle risposte) (cfr. Tab. 19).

TABELLA 20

La tematica maggiormente affrontata nei corsi in oggetto concerne l'informatica sanitaria (19,2% delle risposte date dal 60% dei casi). Si tratta di un aspetto di particolare importanza su cui soffermarsi con una breve riflessione. L'attenzione posta su questo argomento indica la presenza di una cultura che mette al centro della programmazione sanitaria l'informazione. Viviamo nella società dell'informazione e dell'inno-

Tab. 17. Strutture presso le quali nel 2005 sono stati organizzati corsi di formazione e aggiornamento professionale del personale medico-sanitario.

Organizzazione di corsi di aggiornamento e formazione professionale		Valori assoluti	Valore %
SI		78	87,6
NO		11	12,4
Totale		89	100,0
Casi mancanti	non risponde	1	
Totale		90	

Tab. 18. Frequenza con cui nel 2005 sono stati organizzati tali corsi

Frequenza con cui sono stati organizzati i corsi	Valori assoluti	Valore %	% cumulata
una volta l'anno	14	18,4	18,4
due volte l'anno	17	22,4	40,8
1 volta ogni tre mesi	17	22,4	63,2
almeno 1 volta al mese	28	36,8	100,0
Totale	76	100,0	
Casi mancanti			
non applicabile	12		
non risponde	2		
Totale	14		
Totale	90		

Tab. 19. Tipologia organizzativa dei corsi. Anno 2005 (risposte multiple)

Tipologia dei corsi	Risposte		% sui casi
	Valori assoluti	% sulle risposte	
Seminari	51	32,9%	67,1%
Convegni	49	31,6%	64,5%
Corsi residenziali	55	35,5%	72,4%
Totale	155	100,0%	203,9%

Casi validi 76

Tab. 20. Ambiti tematici affrontati nei corsi di formazione e aggiornamento professionale del personale. Anno 2005 (risposte multiple)

Ambiti tematici dei corsi	Risposte		% sui casi
	Valori assoluti	% sulle risposte	
Etica e bioetica	39	17,0%	52,7%
Pastorale	36	15,7%	48,6%
Informatica sanitaria	44	19,2%	59,5%
Educazione sanitaria	42	18,3%	56,8%
Gestione e amministrazione	40	17,5%	54,1%
Aggiornamenti farmacologici	28	12,2%	37,8%
Totale	229	100,0%	309,5%

Casi validi 74

vazione tecnologica. Il fatto che le strutture sanitarie cattoliche investano in questo ambito è sintomo del radicarsi di una cultura dell'informazione dalla quale non può prescindere una buona organizzazione e gestione delle risorse, specialmente se limitate. La sensibilità all'utilizzo dell'informatica è stata con-

fermata anche dal successo che l'utilizzo del questionario informatizzato ha avuto nella conduzione dell'indagine in oggetto, soprattutto nei paesi più poveri.

Seguono, poi, corsi di educazione sanitaria (18,3% delle risposte), sulla gestione e l'amministrazione ospedaliera (17,5% delle risposte), nonché

sui temi dell'etica medica e della bioetica (17% delle risposte) e sull'attività pastorale (15,7% delle risposte).

Considerazioni finali

1. Per stabilire un quadro di riferimento di tipo valoriale, occorre prendere sinteticamente in considerazione i grandi temi toccati dall'indagine che riguardano i problemi attuali più urgenti per capire le condizioni della missione della sanità cattolica, la situazione del personale per individuare la funzione del senso di appartenenza e infine le attività di formazione per mettere in luce le preferenze nelle scelte dei contenuti. Nella lettura delle presenti considerazioni si deve tener conto che l'indagine si è svolta su un campione e non sulla totalità delle strutture sanitarie cattoliche.

2. Come si può dedurre dalla Tab. 5, il problema da affrontare come un'emergenza epocale, consiste nell'insufficienza finanziaria per sostenere le strutture sanitarie. Dobbiamo prendere questo dato come il risultato congiunto dell'affievolirsi progressivo dei tradizionali flussi della carità verso i PVS e del contemporaneo indebolimento delle risorse finanziarie locali destinate alla sanità, in contesti socio-economici di degrado e sottosviluppo. Anche se la mancanza di reti di collegamento non viene sentita come emergenza, sarebbe opportuno mettere al centro dell'attenzione della Chiesa nella sanità il tema della sussidiarietà, per consentire una rifondazione della presenza cattolica nel mondo della salute. Senza dimenticare che, in una situazione di incertezza economica, gli stessi pro-

fessionisti sanitari sono colpiti da insoddisfazione e demotivazione.

3. Nelle Tabelle da 7 a 16, risulta evidente la difficoltà di fidelizzare i professionisti della salute impiegati nelle strutture cattoliche per il fatto che viene spesso a mancare la speranza di futuro. Alla Tab. 14 in particolare, si apprende che 30 strutture su 90 hanno ricevuto domande di trasferimento da parte del loro personale per andare in altre strutture e dalla Tab. 15 si evince che la principale motivazione possa essere di carattere economico. Tale situazione rende difficile la difesa dell'identità cattolica della struttura e delle stesse prestazioni offerte e impedisce la maturazione di un laicato capace di assumere compiti di testimonianza attiva nella Pastorale e nella Bioetica.

4. Proprio dalle domande sui progetti formativi si evince un certo squilibrio tra la formazione di tipo tecnico e quella di tipo etico-pastorale. La tematica maggiormente affrontata nei corsi risulta essere l'informatica sanitaria e se questo consola i promotori di una giusta modernizzazione, impone una riflessione sulle strategie formative complessive che non possono trascurare quella formazione necessaria a fare delle strutture sanitarie cattoliche un'opera ecclesiale di evangelizzazione. Questa esigenza apostolica deve riportare almeno sullo stesso piano la formazione tecnica e quella umanistica: le due culture intrecciate ed eticamente armonizzate devono essere oggetto di formazione iniziale per ogni nuovo operatore e di formazione permanente per tutti. In particolare è necessario incentivare i corsi di pastorale sanitaria che, nella maggior parte

delle strutture sanitarie cattoliche del campione, risultano essere poco presenti.

5. La scarsità di dati sulla pastorale sanitaria ci stimola a non trascurare questa realtà ma a indicarne le necessità e i programmi più adatti per una missione più incisiva. L'evangelizzazione e l'identità propria di una struttura sanitaria cattolica non possono prescindere da una forte riflessione sull'uomo, sul senso della sofferenza, dall'accompagnamento spirituale del paziente; tutti aspetti che la pastorale sanitaria organizzata deve sapere garantire. Comunque, dai pochi dati a nostra disposizione, si percepisce la difficoltà di organizzare la pastorale come servizio, dato che in molte strutture del campione, trova ostacoli a svolgere i propri ruoli di competenza. Le figure che operano nella pastorale sanitaria, cappellani, religiosi/e e laici, pur nella loro esiguità, garantiscono una risposta sufficiente alle esigenze della struttura: anche perché il più delle volte lavorano oltre l'orario di lavoro e senza percepire incentivi retributivi come avviene per lo straordinario delle altre professioni sanitarie, a testimonianza dell'amore e dello spirito di carità cristiana verso la persona sofferente, che ancora oggi, nonostante le tante difficoltà, contraddistingue questo servizio.

PONTIFICIO CONSIGLIO PER
GLI OPERATORI SANITARI

Santa Sede

Nota

¹ Il numero dei Vescovi incaricati della Pastorale Sanitaria è superiore a quello dei Paesi, in quanto in alcuni di essi ci sono due Vescovi con tale incarico.



Gli ospedali luoghi di approfondimento e di esercizio della speranza*

Il presente tema, “Gli ospedali quali luoghi di approfondimento e di esercizio della speranza”, è allo stesso tempo delicato, complesso e stimolante. In linea di principio, non c'è niente da obiettare a tale affermazione, se si considerano il genere di servizio, le condizioni di chi vi ricorre, ma soprattutto le attività che di solito vi si svolgono. In effetti, il tema corrisponde, in modo particolare, all'aspirazione fondamentale dell'uomo di oggi, come osserva Mons. Ignazio Sanna: “L'uomo è un essere storico, ancorato alla catena di un divenire universale, un essere in compimento, un essere aperto al futuro, che cerca un orizzonte fisso di significati, un approdo stabile di felicità, una garanzia sicura di vita, di amore, di comunione interpersonale... La società secolarizzata, che l'uomo intravede dalla finestra della sua esistenza, gli offre orizzonti mutevoli di senso, legati al lavoro, alla famiglia, alla salute, al benessere, all'impegno per nobili ideali umanitari. Gli suscita speranze storiche di auto-realizzazione e gli dilata il desiderio di nuovi consumi, sempre più esigenti e sempre più radicali. Gli offre anche traguardi compiuti di liberazione e promozione umana, che rendono superflua l'aspirazione a un'altra vita e a un'altra dimensione. Infine, gli fa dimenticare la morte e le domande che a essa sono inevitabilmente legate”¹.

Tuttavia, quando si affaccia la malattia e il suo corteo di dolori e di sofferenze, di roture e di domande di senso senza risposte, allora si anela a quella potenza necessaria, a detta del Varillon, che richiede qualsiasi speranza umana per poter adempiersi.² Si fa sentire quasi subito, però, l'esigenza di alcune precisazioni: di quali ospedali si tratta e di quale speranza?

1. Di quali ospedali?

Esistono svariate tipologie di ospedali a seconda delle classificazioni e delle latitudini. Ognuno di loro, a modo proprio, può essere luogo di approfondimento e di esercizio della speranza. Il problema sarà di verificare la pertinenza dell'orizzonte valoriale di ciascuna struttura ospedaliera nonché l'esistenza effettiva di mezzi umani e materiali per corrispondere alle esigenze delle persone che vi fanno ricorso. Come osservava Pier Luigi Marchesi qualche anno fa: “Si possono usare il Vangelo, la preghiera, la regola religiosa per allontanarci dagli uomini, per tenerli in soggezione; la scienza e la tecnica per tenere sotto minaccia il genere umano. Ma si possono utilizzare vita religiosa, azione, scienza e tecnica per favorire lo sviluppo dell'uomo, per proteggerlo nel momento della debolezza, per assicurargli libertà, responsabilità, desiderio di vivere da uomo”³.

Anche se le difficoltà, soprattutto quelle di ordine economico, non mancano, è ben noto che nel mondo industrializzato è compito dello Stato garantire ai cittadini una miglior salute e un adeguato sistema sanitario. In altre parti del mondo ciò succede relativamente meno o non accade affatto. Il che compromette la speranza di innumerevoli esseri umani nel resto del mondo.

Dal punto di vista ideologico e culturale, si suol distinguere l'ospedale cattolico da quello civile. L'ospedale cattolico, come il resto delle istituzioni sanitarie della Chiesa, è “una specifica modalità con cui la comunità ecclesiale mette in pratica il mandato di ‘curare gli infermi’”⁴. Ciò è ufficialmente ribadito dal Servo di Dio, Sua Santità Giovanni Paolo II, di venerata memoria, nel suo *Motu Proprio Dolorum Hominum* (11/02/1985) col quale egli istituì la Pontifi-

cia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari, diventata poi Pontificio Consiglio per gli Operatori sanitari⁵: “...la Chiesa nel corso dei secoli ha fortemente avvertito il servizio ai malati e sofferenti come parte integrante della sua missione e non solo ha favorito fra i cristiani il fiorire delle varie opere di misericordia, ma ha pure espresso dal suo seno molte istituzioni religiose con la specifica finalità di promuovere, organizzare, migliorare ed estendere l'assistenza agli infermi. I missionari, per parte loro, nel condurre l'opera dell'evangelizzazione, hanno costantemente associato la predicazione della Buona Novella con l'assistenza e la cura dei malati” (DH 1). Il servizio reso al malato in ogni struttura sanitaria cattolica dovrà, quindi, essere impostato coerentemente a tale missione.

Per corrispondere a tal impegno, oltre agli standard richiesti dalla legislazione specifica, si esigono dall'ospedale cattolico le seguenti caratteristiche: la centralità della persona malata, l'assistenza integrale dell'ammalato con attenzione a tutte le dimensioni della persona, la difesa e promozione della vita nascente, assieme all'impegno per la riabilitazione dei disabili e l'assistenza qualificata degli ammalati morenti, la formazione del personale a livello umano, cristiano e professionale, la presenza profetica nelle aree più difficili e nuove della medicina, la qualità e l'efficienza del ministero dell'accompagnamento spirituale e religioso del malato e dei suoi familiari, la salvaguardia dell'umanità delle cure e delle prestazioni e la promozione, nelle aree in cui operano, di una cultura sanitaria ispirata ad autentici valori umani e cristiani. Tutto questo deve essere realizzato senza tralasciare la trasparente e adeguata gestione amministrativa ed economica, anche se, come ricor-

* Relazione tenuta da S.E. Mons. J.L. Redrado, O.H. durante il ciclo di incontri sull'Enciclica “Spe Salvi”, Associazione Internazionale Carità Politica, 8 ottobre 2008

da opportunamente il Card. F. Angelini, l'ospedale cattolico ha "il dovere di adoperarsi perché il bilancio umano e spirituale" della sua "gestione sia prioritario rispetto al bilancio economico e amministrativo"⁶.

Quanto all'ospedale civile o civico, è di proprietà dello Stato e ha una valenza più giuridica per contraddistinguersi dell'ospedale religioso; come servizio statale, è aconfessionale ed eticamente pluralista. Nel corso degli anni, tuttavia, l'attenzione agli aspetti legali e strutturali hanno ridotto al minimo, almeno dal punto di vista giuridico, le differenze tra ospedale cattolico e quello civile⁷. Ambedue devono fronteggiare gli stessi problemi di ordine economico, culturale e tecnico-scientifico.

2. Luoghi di apprendimento ed esercizio della speranza

Il Santo Padre, Benedetto XVI, dedica l'ultima parte della sua seconda Lettera Enciclica "Spe Salvi" ai luoghi di apprendimento ed esercizio della speranza e ne sviluppa tre: la *preghiera* (nn. 32-34), l'*agire* e il *soffrire* (nn. 35-40) e il *giudizio* (nn. 41-48). In queste dense e stupende pagine, il Sommo Pontefice delinea la speranza in orizzonti concentrici e complementari (n. 35): cioè l'orizzonte umano personale, quello sociale e, soprattutto, l'orizzonte teologico che racchiude tutto il creato, conformemente a quanto affermava san Paolo nella sua lettera ai Romani: "La creazione stessa attende con impazienza la rivelazione dei figli di Dio [...] e nutre la speranza di essere lei pure liberata dalla schiavitù della corruzione per entrare nella libertà della gloria dei figli di Dio" (Cf Rm 8, 19-21).

Nel presente contesto, ci interessa in modo specifico la coppia *agire* e *soffrire* quale luogo di apprendimento e di esercizio della speranza. Lo è l'agire in quanto ogni progetto umano è da essa ispirato, sostenuto e ne riceve il senso. La speranza, quindi, è una porta aperta sul futuro mentre il suo orizzonte è l'Amore di Dio.

Anche la *sofferenza*, afferma il Santo Padre, è luogo di apprendimento della speranza. Lo è nella misura in cui essa costituisce un'esperienza della vita umana ineludibile, che non è possibile eliminare nonostante gli sforzi e gli investimenti in tale senso. La sofferenza entra nell'esistenza personale senza bussare e manda all'aria molti progetti umani. In questo modo, la sofferenza ci fa sperimentare i limiti del nostro essere come quelli del nostro agire. Perciò, la fede cristiana insegna che l'eliminazione della sofferenza, come quella della colpa e della finitudine che la sottendono, può essere solo opera di Dio. Sappiamo già che fin d'ora, grazie a Gesù, il Figlio di Dio incarnato, sofferto, morto e risorto, la sofferenza può acquisire un senso e ispirare lode a Dio, gioia e speranza nel cuore (nn. 36-37). Inoltre, per il singolo come per la società, il confronto con la sofferenza e col sofferente determina la misura d'umanità dal momento in cui la sofferenza viene accettata e condivisa. Affinché ciò accada per il singolo come per la società, occorre che i singoli trovino nella sofferenza propria e in quella altrui un senso, un cammino di purificazione, di maturazione e di speranza (n. 38). Il che significa principalmente due cose: la capacità di essere-con chi soffre nella sua solitudine, ossia l'attitudine a consolare, e l'accettazione/sopportazione della sofferenza per amore del bene, della verità e della giustizia⁸. Non dobbiamo mai scordarci, infatti, che della nostra sofferenza Dio è partecipe.

3. Può l'ospedale essere considerato luogo d'approfondimento e d'esercizio della speranza?

Occorre prima intendersi su quale speranza approfondire in ospedale. All'inizio del paragrafo n. 35 della Spe Salvi, il Santo Padre fa una distinzione tra speranze più piccole e quelle più grandi, a seconda dell'importanza del campo del loro oggetto nonché delle prospettive dei soggetti protagoni-

sti: un compito che riguarda anzi tutto il miglioramento della situazione del singolo e un contributo al possibile avvento d'un mondo migliore, più luminoso e più umano non hanno sicuramente lo stesso peso e significato. Ora l'attività ospedaliera può corrispondere ai due orizzonti personale e sociale, sia che si tratti del servizio al singolo malato sia dell'attività di ricerca medico-scientifica che si prefigge di risolvere una situazione coinvolgente milioni di esseri umani.



Per loro natura, le attività ospedaliere, di cui la ricerca medico-scientifica e la cura e assistenza agli ammalati, rientrano pienamente negli orizzonti dell'agire e della sofferenza. Difatti, la persona che si rivolge al servizio ospedaliero è un essere bisognoso, la cui vita è minacciata nelle sue fondamenta dalla malattia e dal malessere da essa causato⁹. Vuole guarire, cioè vedere ristabilito l'equilibrio delle proprie funzioni vitali. Nutre quindi la speranza di superare la crisi attuale e di riprendere la sua vita normale, le sue attività quotidiane, i suoi progetti ecc.

Ma che genere di speranza è questa e su che cosa si basa? Nel suo *Dizionario enciclopedico del pensiero di san Tommaso d'Aquino*, Battista Mondin dà la seguente definizione

della speranza: “[...] è il sentimento di fiduciosa attesa rispetto al futuro”¹⁰. In questo articolo, l'autore rileva un'importante distinzione nel concetto di speranza nonché le caratteristiche qualificanti del suo oggetto: “Si dà sia una speranza semplicemente umana sia una speranza cristiana: la prima fonda la sua attesa fiduciosa sui calcoli e sui poteri umani; la seconda fonda la sua attesa fiduciosa sulla Parola di Dio, sulle sue promesse, sulla sua grazia”¹¹.

Quanto alle caratteristiche dell'oggetto della speranza, ce ne sono quattro: deve essere un bene; un bene futuro; un bene arduo; e, infine, un bene possibile. Questa ultima la contraddistingue fondamentalmente dal vicino sentimento di desiderio che “riguarda qualsiasi bene” ed “è rivolto a qualsiasi bene, indipendentemente dal fatto che sia possibile o impossibile”¹².

Rispetto alle diverse attività ospedaliere di diagnostica, prognostica, cura e assistenza, le due forme di speranza, umana e cristiana, sono idealmente presenti, a volte contemporaneamente, a volte no, a seconda che sia credente o meno chi si rivolge al servizio ospedaliero o lo svolge. In effetti, la speranza è imperativamente richiesta dal bene perseguito sia dall'ammalato sia dal medico, e consiste nel ristabilimento dell'equilibrio e dell'armonia delle funzioni vitali compromesse dalla malattia. Gli ammalati, assieme agli altri soggetti della realizzazione di tale bene, ossia, a vario titolo, i medici, gli infermieri/e, i cappellani e i lontani, tutti quanti operano, si adoperano e, in qualche modo, sperano nel raggiungimento dei risultati sospirati senza ulteriori complicazioni. Spesse volte, purtroppo, tale speranza si scontra con una realtà complessa, contrastante e deludente.

4. Il cammino della speranza nelle strutture sanitarie e ospedaliere è irto di permanenti e sempre ostinate difficoltà

Che nessun sistema sanitario sia ideale fa parte della natura

delle cose umane: nessuna opera umana, infatti, è mai pienamente adeguata al suo modello concettuale. Ciò vale anche e soprattutto per le attività ospedaliere messe a confronto con le forti speranze che esse suscitano in esseri fragili e bisognosi di cure mediche. La cronaca giornalistica ci ha ormai abituati agli angosciosi fatti della cosiddetta “malasanità”, specchio inequivocabile delle difficoltà del sistema sanitario vigente, quale che sia, a corrispondere alla sua missione di garantire una miglior cura e assistenza a chi si rivolge ai suoi servizi¹³. Tutto ciò ci coglie di sorpresa e ci lascia stupefatti, dal momento in cui la stessa cronaca presenta i progressi della medicina in continua e quasi illimitata espansione, grazie alla conoscenza molto ampia in diversi ambiti della medicina e alla tecnica applicata al settore medico-sanitario.



I problemi del mondo della sanità non si limitano, evidentemente, alle sole questioni di ordinaria corruzione, di colpevole distrazione o, semplicemente, della conclamata incompetenza diagnostica o terapeutica. Anche le gravi e croniche difficoltà a reperire le risorse economiche e umane sufficienti costituiscono un serio ostacolo allo sviluppo e all'efficienza del sistema sanitario nazionale e internazionale e lo condizionano fortemente. Il ricorso al libero mercato e agli investimenti privati nella sanità, la trasformazione delle

strutture ospedaliere in aziende sanitarie nonché la riduzione del numero delle strutture operanti sul territorio costituiscono una tangibile e inconfutabile testimonianza di queste difficoltà di bilancio¹⁴.

Inoltre, non sono minimamente da sottovalutare le difficoltà d'ordine ideologico e culturale poiché, come afferma la Nota pastorale della Commissione episcopale della CEI per il servizio della carità e la salute: “L'assetto attuale del mondo della salute va compreso anche alla luce di alcune tendenze della cultura contemporanea e del progresso scientifico e tecnico che hanno inciso sul modo di concepire la salute, la malattia, la vita e la morte”¹⁵. Si pensi, ad esempio, alle ormai ricorrenti spinte abortiste o eutanasiche¹⁶ che animano ciclicamente le cronache, suscitando di tanto in tanto ampi dibattiti che talvolta sfociano in legislazioni alquanto permissive, non rispettose della complessità e delicatezza della vita umana¹⁷. Perciò l'orizzonte della speranza, culturalmente ondivago, risulta a volte nuvoloso e incerto. Ne sono concordi i vescovi italiani che nel 2001 si esprimevano così: “A tutti vogliamo recare una parola di speranza. Non è cosa facile, oggi, la speranza. Non ci aiuta il suo progressivo ridimensionamento: è offuscato se non addirittura scomparso nella nostra cultura l'orizzonte escatologico, l'idea che la storia abbia una direzione, che sia incamminata verso una pienezza che va al di là di essa”¹⁸.

Si pone quindi una questione non solo culturale, ma soprattutto antropologica. La cura dell'uomo sofferente, infatti, è assolutamente dipendente dall'idea che si ha dell'uomo in generale. Se il suo orizzonte è solo quello terreno, allora la cura dell'ammalato può limitarsi alla cura della sola parte sofferente, riducendo così la persona a una sua parte. Mentre se l'uomo è considerato nella sua integralità, cioè nelle sue dimensioni tanto corporale quanto psicologica e spirituale, di sicuro la cura non si fermerà alla sola parte malata, ma cercherà, tendenzialmente alme-

no, di occuparsi anche della salute di quelle restanti, poiché si ammala tutta la persona e non solo un suo organo. Si può affermare, quindi, che da un concetto d'uomo consegue un concetto di salute, di sanità e di struttura ospedaliera.

5. Strutture sanitarie cattoliche e speranza cristiana

L'ospedale cattolico, non bisogna mai perderlo di vista, non si contraddistingue dagli altri per una sua particolare struttura architettonica, per il nome dell'ente proprietaria o, ancora meno, per la forma organizzativa dei suoi vari reparti. Si caratterizza fondamentalmente, piuttosto, dallo spirito e dall'orientamento etico-morale che sottostanno al servizio reso ai malati che vi ricorrono. Ce lo precisa il Card. Fiorenzo Angelini in un suo intervento alla Conferenza Internazionale sulla identità delle istituzioni sanitarie cattoliche, organizzata dal Pontificio Consiglio per la Pastorale della salute e celebrata nel novembre 2002: "Come sempre ho sostenuto, un ospedale, in quanto cattolico, non ha il dovere di essere diverso dagli altri ospedali o strutture sanitarie analoghe; è semplicemente chiamato ad essere, o almeno a sforzarsi di essere migliore degli altri, perché seguire Cristo nell'assistenza a chi soffre è mettere al servizio dell'infermo il massimo della propria professionalità con generosa dedizione, fermo restando tuttavia – come ha scritto Giovanni Paolo II – che, per quanto importante e indispensabile, 'nessuna istituzione può da sola sostituire il cuore umano, la compassione umana, l'amore umano, l'iniziativa umana, quando si tratta di andare incontro alla sofferenza degli altri' (*Salvifici Doloris*, 29)"¹⁹.

Le strutture sanitarie sono, quindi, degli strumenti in mano agli operatori sanitari, come lo sono il sapere medico e infermieristico, i mezzi economici o tecnologici, le varie energie sociali che intervengono al capezzale del malato: tutto quanto deve essere messo al

servizio di questo ultimo, in ossequio al mandato del Signore di annunciare il Regno di Dio e di curare gli infermi (*Lc* 9,2). Infatti, come osserva fra P. L. Marchesi: "Per il malato l'ospedale non è il bar, il cinema o lo stadio: è il luogo nel quale si può non essere curato bene, si può essere trascurati, si può morire"²⁰. Di qui una forte domanda di umanizzazione dell'ospedale per farne un luogo di speranza poiché la persona che è ricoverata in ospedale è una persona in crisi, in stato di necessità fuori dall'ordinario. È una persona fragile, nella misura in cui la malattia le ha fatto perdere il controllo sul proprio corpo, il quale a volte non risponde più agli stimoli e gli sembra estraneo. Ma è anche una persona assalita da mille domande sul perché del suo ammalarsi, sul senso della salute e della malattia, del dolore e della sofferenza, sul senso della vita e della storia, anche sotto gli aspetti personali di realizzazioni, di attività quotidiane, di iniziative e di aspettative²¹.

La domanda di senso, però, trascende la sola ricerca di guarigione in senso stretto, poiché come rileva il Prof. M. Petrini: "La salute nel pensiero cristiano è [...] indissociabile dalla salvezza, e la novità e originalità del Cristianesimo sta nell'aver introdotto questo concetto di salute compatibile con lo stato di malattia fisica, in quanto la fede rende la persona capace di valorizzare la propria sofferenza"²².

Gli insegnamenti e la pratica pastorale della Chiesa lungo i secoli, come ricorda il Motu Proprio *Dolentium Hominum* di Giovanni Paolo II citato prima, testimoniano della costante sollecitudine dei suoi pastori, ai vari livelli, in tale senso. Ecco come si esprime al riguardo il Servo di Dio Giovanni Paolo II che, in un'altra circostanza, ne indica anche il fondamento teologico: "È il Creatore dell'universo che ha plasmato l'uomo e ha provveduto alla generazione di tutti" (*2Mac* 7, 23). L'uomo, perciò, in tutte le espressioni della sua vita appartiene a Dio, al quale deve rispondere [...] dell'uso da lui fatto del grande dono ri-

cevuto. Deriva di qui la nobiltà della medicina che, per definizione, è servizio alla vita umana. Come tale, essa comporta un essenziale ed irrinunciabile riferimento all'uomo nella sua integrità spirituale e materiale, nella sua dimensione individuale e sociale: la medicina è a servizio dell'uomo, di tutto l'uomo, di ogni uomo"²³.

Ecco lasciata la parola: l'uomo, in tutte le espressioni della sua vita appartiene a Dio. È proprio tale appartenenza a Dio a costituire il fondamento della speranza cristiana e squalifica definitivamente ogni forma di accanimento terapeutico e qualsiasi tipo di eutanasia. Perciò, c'è sempre speranza anche per coloro che dalla medicina terapeutica non si aspettano più nulla, per i quali l'unico farmaco rimasto è l'umanità come diceva fra P. L. Marchesi a proposito dell'ospedale-azienda e di modernità: "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 qualcosa di buono da dare paternalisticamente, ma una risorsa, una competenza, che ha valore terapeutico, è un 'farmaco', a volte il migliore a disposizione dell'ospedale"²⁴.

Ciò vale per quei malati che devono convivere con una malattia incurabile²⁵ come per coloro per i quali le terapie sono diventate inefficaci e che hanno bisogno di essere preparati a distaccarsi da questo mondo per approdare all'abbraccio paterno di quel Dio misericordioso e amorevole che ha tanto amato il mondo da dare il proprio figlio per il suo riscatto (cf. *Gv* 3, 17). Per umanizzare l'ospedale e proclamare la speranza in questa fase penultima della vita terrena, la Chiesa deve essere sicuramente presente, con il suo premuroso accompagnamento, con la preghiera e con il sacramento dell'unzione degli infermi. Ma anche i medici e il personale curante non devono ritirarsi quando, impotenti, vedono dissolversi le possibilità di guarigione del loro assistito, poiché "Anche quando 'non c'è più nulla da fare', c'è anco-

ra molto da fare. C'è anzitutto da alleviare il più possibile il dolore: ma c'è anche un'opera di assistenza, sostegno, conforto... Per dovere professionale il medico si impegna implicitamente a rendere il tempo finale del paziente il più confortevole possibile. Essere di aiuto al morente per rendergli possibile un trapasso umano è un compito che, oltre che il medico, investe chi opera nel campo dell'assistenza. In maniera particolare coinvolge la comunità cristiana. È la logica stessa del Vangelo che porta i discepoli di Gesù a mettere al centro coloro che nella società la logica del potere spinge ai margini. Coloro che stanno perdendo la vita sono i più poveri tra i poveri. Ad essi la Chiesa è debitrice di un servizio di speranza²⁶.

Concludiamo con questa citazione del filosofo Martin Buber che ci parla del nome di Dio quale speranza ultima invocata nei momenti terribili di soffocante angoscia: "Sì, Dio è la parola più sovraccarica di tutto il linguaggio umano. Nessun'altra è stata tanto insudiciata e lacerata. Proprio per questo non devo rinunciare a essa. Generazioni di uomini hanno scaricato il peso della loro vita angustata su questa parola e l'hanno schiacciata al suolo; ora giace nella polvere e porta tutti i loro fardelli. Generazioni di uomini hanno lacerato questo nome con la loro divisione in partiti religiosi; hanno ucciso e sono morti per questa idea, e il nome di Dio porta tutte le loro impronte digitali e il loro sangue. Dove potrei trovare una parola che gli assomigliasse per indicare l'Altissimo?... Certamente gli uomini disegnano caricature e scrivono sotto 'Dio'; si uccidono a vicenda e lo fanno 'in nome di Dio'. Ma quando scompare ogni illusione e ogni inganno, quando gli stanno di fronte nell'oscurità più profonda e non dicono più. 'Egli, Egli', ma sospirano 'Tu, Tu' e implorano 'Tu', intendono lo stesso essere; e quando vi agguingono 'Dio', non invocano forse il vero Dio, l'unico vivente, il Dio delle creature umane? Non è forse lui che li ode? Che li esaudisce? La pa-

rola 'Dio' non è forse proprio per questo la parola dell'invocazione, la parola divenuta Nome, consacrata per tutti i tempi in tutte le lingue umane? Dobbiamo stimare coloro che la interdicono, perché essi si oppongono al torto e al sopruso che così spesso fanno appello a 'Dio' per giustificarsi; ma non dobbiamo abbandonarla... Non possiamo lavare da tutte le macchie la parola 'Dio' e nemmeno lasciarla integra; possiamo però sollevarla da terra e, macchiata e lacerata com'è, innalzarla sopra un'ora di grande dolore".

S.E. Mons. JOSÉ L. REDRADO,
O.H.
Segretario del Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari
Santa Sede

Note

¹ SANNA I., *Chiamati per nome. Antropologia teologica*, San Paolo, Cinisello Balsamo (MI) 1994, pp. 382-383.

² È molto profondamente bella questa pagina del Varillon: "Sur terre, depuis qu'il y a des hommes, il y a de la religion, une 'foison de religions' comme dit Pascal. De la religion ou di sacré. Instinctivement, en effet, l'homme cherche une 'puissance' capable de réaliser son espérance. Au delà de ses besoins élémentaires, il éprouve le besoin de vivre plus intensément, plus librement, plus totalement. Il veut échapper à la précarité, à la fragilité de son existence, et du même coup à l'angoisse (la précarité engendre l'angoisse et l'angoisse engendre le désespoir). Ce que l'homme désire, consciemment ou non, c'est une intensité de vie sans limites, une plénitude d'existence sans failles. Ce que Nietzsche et Rimbaud appelleront 'l'éternité', c'est-à-dire, la Béatitude", VARILLON F., *Joie de croire, joie de vivre*, Le Centurion, Paris 1981, p. 216.

³ MARCHESI P.L., "Umanizziamo l'ospedale", in MARCHESI P.L., SPINSANTI S., SPINELLI A., *Per un ospedale più umano*, Ed. Paoline, Cinisello Balsamo (MI) 1985, pp. 17-18.

⁴ PETRINI M., "Ospedale cattolico", in CINÀ G., LOCCI E., ROCCHETTA C., SANDRIN L., (a cura di) *Dizionario di teologia pastorale sanitaria*, Edizioni Camilliane, Strada Santa Margherita (TO) 1997, p. 800.

⁵ Cf GIOVANNI PAOLO II, *Costituzione Apostolica Pastor Bonus sulla Curia Romana*, nn. 152-153, Tipografia Poliglotta Vaticana, 1988, p. 69; di questo insegnamento fa eco il Card. Fiorenzo Angelini, Presidente emerito del Pontificio Consiglio per la pastorale della salute: "[...] dietro il significato oggettivo (dell'ospedale cattolico), ci sono secoli, anche millenni di storia di pastorale sanitaria, espressione saliente della evangelizzazione", ANGELINI F., "Primo ap-

proccio agli ospedali cattolici oggi", in *Dolentium Hominum*, 52 (2003/1) 11.

⁶ ANGELINI F., "Primo approccio agli ospedali cattolici oggi", in *Dolentium Hominum*, 52 (2003/1) 11.

⁷ "Tale specifica identità ha perso gran parte del suo significato, dato che la maggior parte di istituzioni ospedaliere sono statali e molte di quelle religiose, grazie alla peculiarità giuridica dell'ospedale classificato sono in gran parte assimilabili alle strutture statali" S. LEONE, "Ospedale civile, in CINÀ G., LOCCI E., ROCCHETTA C., SANDRIN L., (a cura di) *Dizionario di teologia pastorale sanitaria*, op. cit. pp. 804-805.

⁸ Scrive il Santo Padre: "[...] anche la capacità di accettare la sofferenza per l'amore del bene, della verità e della giustizia è costitutiva per la misura dell'umanità, perché se, in definitiva, il mio benessere, la mia incolumità è più importante della verità e della giustizia, allora vige il dominio del più forte; allora regnano la violenza e la menzogna. La verità e la giustizia devono stare al di sopra della mia comodità ed incolumità fisica, altrimenti la mia stessa vita (n. 38).

⁹ Scrive S. LEONE: "Cosa significa essenzialmente doversi ricoverare in ospedale? Innanzitutto fare esperienza di uno stato di necessità che esula dagli ordinari bisogni della vita quotidiana... È il segno d'una patologia e quindi d'una fragilità non altrimenti risolvibili e quindi connotante una esperienze di finitudine, tanto più avvertiti quanto più lontano era dall'orizzonte esistenziale del malato", LEONE S., "Ospedale civile", in Loc. cit., p. 808; MINO J.-C., FRATTINI M.O., FOURNIER E., "Pour une médecine de l'incurable", in *Études*, 4086 (2008) pp. 753-764.

¹⁰ "La speranza è una forza spirituale che interessa l'uomo in quanto uomo. Essa connota e distingue dagli altri esseri altrettanto bene quanto la ragione, la libertà, il linguaggio, la cultura, la religione ecc. La speranza è propria dell'essere-uomo perché questi è un essere incompiuto, in costante tensione verso il futuro", MONDIN B., *Dizionario enciclopedico del pensiero di san Tommaso d'Aquino*, ESD, Bologna 1991, p. 576.

¹¹ IBID.

¹² IBID., p. 577. L'autore precisa: "Se si tratta della speranza quale virtù teologale, il suo oggetto deve essere il bene supremo, ossia la felicità o Dio e il suo raggiungimento reso possibile da Dio e non da qualche creatura".

¹³ Non di rado, i mass media riportano storie agghiaccianti di garze, forbici, chiodi e altri pezzi dimenticati nelle parti del corpo sottoposte all'intervento chirurgico; di disattenzione gravi di chi opera l'organo sano invece di quello malato; di sottovalutazione della situazione clinica dell'ammalato, lasciato a se stesso, cui consegue il decesso; di morti per interventi considerati di routine come l'appendicite o l'angina; senza parlare di episodi di corruzione o di situazioni conflittuali che vedono contrapposti medici e familiari dell'ammalato, (per citarne esempi recenti: casi come quello di Terry Schiavo o di Eluana Englaro), ecc. Per lo studio di alcuni casi, cf PUCA A., *Etica della vita e della salute*, Camillianum, Roma 2004², pp. 129-177.

¹⁴ Sono ormai parte del panorama sociale nazionale le proteste contro le decisioni di alcune amministrazioni regionali, di cui quella della Regione Lazio, costrette a chiudere un certo numero di strutture sanitarie al fine di pareggiare i bilanci finanziari dopo lo sfioramento dei budget programmati.

¹⁵ COMMISSIONE EPISCOPALE PER IL SERVIZIO DELLA CARITÀ E LA SALUTE, *Predicate il Vangelo. La comunità cristiana e la pastorale della salute*, EDB, Bologna, n. 8, p. 11.

¹⁶ Riferendosi all'atteggiamento *prometeico* dell'uomo moderno, gli autori della sopracitata Nota osservano: "Due sintomi molto evidenti di questa concezione sono, pur nella diversità delle motivazioni e degli esiti, da un lato l'**accanimento terapeutico** e dall'altro l'**eutanasia**. A ben vedere, tra accanimento terapeutico ed eutanasia vi è una certa continuità logica, perché in essi è sempre l'uomo a non accettare di misurarsi in maniera umana con la morte: con l'accanimento terapeutico l'uomo usa tutti i mezzi per posticipare la morte, mentre con l'eutanasia l'uomo si arroga il diritto di anticipare e determinare la morte. In ambedue i casi, egli intende esercitare un dominio assoluto sulla vita e la morte", n. 9, p. 12.

¹⁷ Scrive il Servo di Dio GIOVANNI PAOLO II nella sua Lettera Enciclica *Evangelium Vitae*: "Il fatto che le legislazioni di molti Paesi, magari allontanandosi dagli stessi principi basilari delle loro Costituzioni, abbiano acconsentito a non punire o addirittura a riconoscere la piena legittimità di tali pratiche contro la vita è insieme sintomo preoccupante e causa non marginale di un grave crollo morale: scelte un tempo unanimemente considerate come delittuose e rifiutate dal comune senso morale, diventano a poco a poco socialmente rispettabili. La stessa medicina, che per sua vocazione è ordinata alla difesa e alla cura della vita umana, in alcuni suoi settori si presta sempre più largamente a realizzare questi atti contro la persona e in tal modo deforma il suo volto, contraddice se stessa e avvilisce la dignità di quanti la esercitano", GIOVANNI PAOLO II, *Lettera Enciclica Evangelium Vitae*, n. 4 (25 marzo 1995).

¹⁸ CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA (CEI), *Comunicare il Vangelo in un mondo che cambia*, Roma, 2001, n.2).

¹⁹ ANGELINI F., "Primo approccio agli ospedali cattolici oggi", in *Dolentium Hominum*, 52 (2003/1) 11.

²⁰ MARCHESI P., "Umanizziamo l'ospedale", in MARCHESI P.L., SPINSANTI S., SPINELLI A., *Per un ospedale più umano*, Ed. Paoline, Cinisello Balsamo (MI) 1985, p. 20.

²¹ "Durante i primi momenti, non me ne sono 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 mio corpo senza forza, senza voglia di nulla, non era più mio, era più stanco, aveva bisogno di tutto, era degli altri, dei medici, delle infermiere [...]", REDRADO, J. L., "Testimoni dell'amore nel dolore", in *Dolentium Hominum*, 63 (2006/3) 51.

²² PETRINI M., "Tradizione cristiana. Prospettiva cattolica", in PANGRAZI A. (dir.), *Salute, Malattia e morte nelle grandi religioni*, Ed. Camilliane, Torino 2002, p. 38. Annota il noto biblista R. Fabris: "La tradizione evangelica dalla quale dipende Luca [...] ha selezionato alcuni miracoli di guarigione o liberazione dal male fisico e li ha riletti sotto un profilo religioso. Così, al di là della guarigione fisica, l'interpretazione evangelica ha intravisto la salvezza tout court, introducendovi un elemento tipicamente religioso: la fede (Cf 7,1-10; 8,50)". FABRIS R., "La salvezza secondo Luca", in BARBAGLIO G., FABRIS R., MAGGIONI B., *I Vangeli*, Cittadella Editrice, Assisi 2004^o, p. 1221.

²³ GIOVANNI PAOLO II, "La medicina è a servizio dell'uomo, di tutto l'uomo, di ogni uomo", in *Dolentium Hominum*, 7

(1988/1) 6, Cf. ID., *Dolentium Hominum* (Motu Proprio), n. 2.

²⁴ MARCHESI P., "Umanizziamo l'ospedale", in loc. cit. pp. 27-28.

²⁵ MINO J.-C., FRATTINI M.-O., FOURNIER E., "Pour une médecine de l'incurable", in *Etudes*, 4086 (2008) 754-757.

²⁶ SPINSANTI S., *Umanizzare la malattia e la morte. Documenti pastorali dei vescovi francesi e tedeschi*, Ed. Paoline, Roma 1982, p. 26.

²⁷ BUBER M., *L'eclissi di Dio*, Mondadori, Milano 1990, pp. 22.23, citato in CHENU B., *Dio e l'uomo sofferente*, Edizioni Qiqajon-Comunità di Bose, Magnano 2005, pp. 19-20.



Bibliografia scelta

Dizionari

CARRIER Hervé, *Dizionario della cultura. Per una analisi culturale e l'inculturazione*, LEV, Città del Vaticano, 1997.

CINÀ Giuseppe, LOCCI Efisio, ROCHETTA Carlo, SANDRINI Luciano (a cura di), *Dizionario di teologia pastorale sanitaria*, Ed. Camilliane, Torino 1997.

DUFOUR Xavier-Léon, (a cura di), *Dizionario di teologia biblica*, Marietti, Genova 1976^a.

ROSSANO Pietro, RAVASI Gianfranco, GIRLANDA Antonio (a cura di), *Nuovo Dizionario di teologia biblica*, San Paolo, Cinisello Balsamo (MI) 1988.

MODIN B., *Dizionario Enciclopedico del pensiero di San Tommaso d'Aquino*, ESD, Bologna 1991.

Documenti del Magistero

CONCILIO VATICANO II, "Costituzione Pastorale sulla Chiesa nel mondo Contemporaneo, in *Enchiridion Vaticanum 1962-1965*, EDB, Bologna 1993, pp. 1264-1466.

GIOVANNI PAOLO II, *Lettera Enciclica Redemptor Hominis* (4 marzo 1979), in ASS, 71 (1979), pp. 257-324.

GIOVANNI PAOLO II, *Lettera Enciclica Evangelium Vitae* (25 marzo 1995).

GIOVANNI PAOLO II, *Lettera Apostolica Salvifici Doloris* (11 febbraio 1984).

GIOVANNI PAOLO II, *Lettera Apostolica Nuovo Millennio ineunte* (6 gennaio 2001).

GIOVANNI PAOLO II, *Motu Proprio Dolentium Hominum* (11 febbraio 1985).

BENEDETTO XVI, *Lettera Enciclica Deus caritas est* (25 dicembre 2005).

BENEDETTO XVI, *Lettera Enciclica Spe Salvi* (30 novembre 2007).

PONTIFICIO CONSIGLIO PER LA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI, *Carta*

degli operatori sanitari, Città del Vaticano 1995.

COMMISSIONE TEOLOGICA INTERNAZIONALE, "Fede e inculturazione", in *Enchiridion Vaticanum*, vol. 11, EDB, Bologna 1990, pp.846-895.

CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *Testimoni di Gesù risorto, speranza del mondo. Atti del 4° Convegno Ecclesiale nazionale Verona, 16-20 ottobre 2006*, EDB, Bologna 2008.

COMMISSIONE EPISCOPALE PER IL SERVIZIO DELLA CARITÀ E LA SALUTE (CEI), "Predicate il Vangelo e curate i malati". *La comunità cristiana e la pastorale della salute*, EDB, Bologna 2006.

COMITATO PREPARATORIO DEL IV CONVEGNO ECCLESIALE, *Testimoni di Gesù risorto speranza del mondo. Traccia di riflessione in preparazione al Convegno ecclesiale di Verona 16-20 ottobre 2006*, EDB, Bologna 2005

Opere

ANGELINI Fiorenzo, *Quel soffio sulla creta*, Città del Vaticano, 1990.

ANGELINI Fiorenzo, *L'uomo delle beatitudini*, Città del Vaticano, 1986.

ASURMENDI Jesús, *Job*, Ed. De l'Ate-lier/Ed. Ouvrières, Paris 1999.

BIANCHI Enzo, *AIDS vivere e morire in comunione*, Qiqajon, Magnano 1997.

BOVON François, *L'Évangile selon Saint Luc 9,51-14,35*, Labor et Fides, Genève 1996.

FAGGIONI Maurizio Pietro, *La vita nelle nostre mani. Manuale di bioetica teologica*, Ed. Camilliane, Torino 2004.

CHENU Bruno, *Dio e l'uomo sofferente*, Qiqajon, Magnano 2005.

FILIPPI Nella, *Le voci del popolo di Dio*, Edacalf, Roma 2004.

FUKUYAMA Francio, *L'uomo oltre l'uomo. Le conseguenze della rivoluzione biotecnologica*, Mondadori, Milano, 2002.

GRELOT Pierre, *Espérance, liberté, engagement chrétien*, Médiaspaul/Ed. Paulines, Paris-Montréal 1982.

JONAS Hans, *Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*, Einaudi, Torino 2002.

MARCHESI Pier Luigi, SPINSANTI Sandro, SPINELLI Ariberto, *Per un ospedale più umano*, Ed. Paoline, Cinisello Balsamo (MI) 1985.

MARCHESI Pier Luigi, SPINSANTI Sandro, SPINELLI Ariberto, *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, Einaudi, Torino 1997.

PEDERZINI Novello, *Per soffrire meno, per soffrire meglio*, Editrice Pigrizia, Bologna 1967^a.

RAVASI Gianfranco, *Fino a quando Signore? Un itinerario nel mistero del dolore e della sofferenza*, San Paolo, Cinisello Balsamo (MI) 2002.

SANNA Ignazio, *Immagine di Dio e libertà umana. Per un'antropologia a misura d'uomo*, Città Nuova, Roma 1990.

SANNA Ignazio, *Chiamati per nome. Antropologia teologica*, San Paolo, Cinisello Balsamo (MI) 1994.

SANNA Ignazio, *L'identità aperta. Il cristiano e la questione antropologica*, Queriniana, Brescia 2006.

SPINSANTI Sandro, *Umanizzare la malattia e la morte. Documenti pastorali dei vescovi francesi e tedeschi*, Ed. Paoline, Roma 1982.

TANGORA Giovanni, POMPILI Domenico (a cura di), *Il male e i suoi volti*, Ed. San Lorenzo, Reggio Emilia, s.d.

VARILLON François, *La Pâques de Jésus. Une semaine de méditation d'Évangile*, Bayard Éditions, Paris 1999.

VARILLON François, *Joie de croire, joie de vivre*, Le Centurion, Paris, 1981.

ZAVOLI Sergio, *Se Dio c'è. Dialogo con Piero Coda*, Rai-Mondadori, Roma-Milano 2000.

The Mental Capacity Act 2005.

Valutazioni bioetiche

Nell'aprile del 2005 il parlamento britannico ha emanato una legge "The Mental Capacity Act 2005" (MCA). Dal punto di vista bioetico interessa esaminare alcuni punti chiave e soprattutto discutere la questione della somministrazione artificiale di cibo e acqua. Secondo alcune reazioni, questa legge permetterebbe, anzi imporrebbe ai medici l'obbligo di astenersi (withhold) dal fornire l'idratazione e la nutrizione o di interromperne (withdraw) la somministrazione, per i malati non più capaci di intendere e volere, che ne abbiano deciso anticipatamente il rifiuto. Inizio con un po' di storia, poi mi fermo su alcuni punti chiave e insisto, in fine, sulla discussione in materia di alimentazione e idratazione artificiale.

Un po' di storia

Quando anni fa uscì una prima bozza del documento parlamentare, vi furono molte giuste ansietà sia da parte dei giuristi sia da parte dei medici. I giuristi temevano che si sarebbe potuto procurare la morte a qualcuno rifiutando un trattamento di sostegno della vita. I medici temevano di essere costretti a far morire qualcuno per negligenza. Gruppi rappresentativi di gente vulnerabile temevano che la nuova legge avrebbe potuto legalizzare l'eutanasia. Per il bene comune molta gente e anche i vescovi cattolici di Inghilterra e Galles presero parte attiva nel dibattito. Almeno una cosa fu chiarita: la legge non avrebbe cambiato la proibizione per quanto concerne l'eutanasia e il suicidio assistito; inoltre, nessuno avrebbe potuto prendere una decisione né per sé né per un altro, che mirasse a soddisfare il desiderio della sua morte. Tuttavia, quanto alla garanzia "pro life", erano rimasti ancora alcuni problemi da risolvere. Interessa perciò vedere cosa viene lega-

lizzato in materia di bioetica e in particolare per quanto riguarda il sostegno della vita del paziente mediante la somministrazione artificiale di cibo e di acqua.

Punti-chiave del MCA

The Mental Capacity Act vuole chiarire cosa una persona può fare in anticipo, per quando non sarà più capace d'intendere e volere. Si presume che ogni adulto abbia il diritto e quindi la capacità di prendere decisioni fino a prova contraria. Egli può anche indicare uno o più procuratori che, allora, prenderanno la decisione sul da farsi per il miglior bene del paziente. La legge vuole così garantire il diritto della persona di decidere sulle cose che i professionisti sanitari e sociali possono e non possono fare nei suoi riguardi. Da rilevare come cosa importante riguardo alla decisione anticipata del rifiuto di un trattamento necessario per sostenere la vita, è il fatto che questa decisione deve essere messa per iscritto con testimoni per essere valida e applicabile. Si specifica ancora che quando si tratta di ciò che è per il miglior interesse del paziente, questo non può mai essere motivato dal desiderio di portare alla sua morte.

Interessa notare che, per quanto riguarda il rifiuto di un trattamento medico, certuni sono più preoccupati del pericolo di un "under-treatment", della negligenza o anche della mancanza d'idratazione (starvation) per malati anziani. Altri sono più preoccupati del pericolo di "over-treatment" e del potere della medicina moderna di rendere il processo del morire inutilmente oneroso. Il MCA denota che è importante tener conto sia dell'una sia dell'altra preoccupazione. In questo contesto il MCA tratta della decisione riguardante la fine della vita. Anzitutto si occupa dell'ansietà circa il rifiuto del

trattamento di sostegno della vita. Il punto chiave precisa che ogni vita umana non è rimpiazzabile (irreplaceable); è, quindi, importante accarezzare ogni vita, la propria, anche quando la vita è dura e vicina alla fine. La vita del malato o moribondo o disabile va rispettata non meno di quella dell'uomo sano. Ora, una ragione dell'ansia della gente circa il rifiuto di un trattamento a sostegno della vita è, appunto, la paura che il malato venga trascurato e non riceva un trattamento di cui avrebbe bisogno. Insomma, si ha paura del cosiddetto sotto-trattamento. Vi è una seconda e più importante ragione, poiché anche se la "negligenza" è a richiesta della persona malata, ciò può essere perché da parte della persona c'è una mancanza di attribuzione di valore alla propria vita. Il MCA pone anche un'altra domanda: perché la persona malata è ansiosa circa la somministrazione di un trattamento a sostegno della vita? Esseri mortali come siamo, sappiamo di dover morire. Per vivere bene dobbiamo accarezzare questo dono prezioso e accettare l'inevitabilità della morte. È importante riconoscere che la vita finirà, e prepararsi alla morte nel miglior modo possibile. Al momento che la morte si avvicina, dobbiamo essere capaci di accettare questa realtà e non cercare trattamenti futili. Molta gente è ansiosa perché non li si lascia morire in modo naturale, ma sono soggetti a trattamenti non desiderati e non necessari. Insomma è ansiosa perché c'è il ricorso all'accanimento terapeutico. Ma cosa è peggior, il trattamento per difetto o il trattamento per eccesso? Si rileva giustamente che bisogna tenere presenti i due aspetti: quello di aver cura della vita (cherishing life) e quello di accettare la morte (accepting death). Il primo aspetto significa che l'intento di un agire o non agire non deve essere la morte. Il secondo

aspetto significa che non bisogna fuggire dall'inevitabile, cercando ogni possibile trattamento che prolunghi la vita quando questo è ormai inutile. Il MCA dichiara esplicitamente che nulla è cambiato quanto alla proibizione legale dell'eutanasia o del suicidio assistito, anche se ciò è stato richiesto dall'interessato con un motivo compassionevole. L'uno e l'altro sono e rimangono gravi criminali offese nella legge inglese, a importante tutela per persone vulnerabili e depresse. La legge non ha cambiato niente a riguardo, per cui rimanga chiaro sia per i professionisti sanitari e sociali sia per chi è in una posizione di potere, che non è mai legale dare o omettere un trattamento destinato a far morire qualcuno. Tuttavia il MCA permette di redigere una decisione anticipata di rifiutare un trattamento riguardante la vita, atto conosciuto comunemente come *Living wills*. Siccome incontriamo qui dei problemi bioetici, ne tratterò in modo specifico.

Problemi bioetici in materia di living wills

Il Codice di Prassi riconosce trattamenti chiamati cure di base o essenziali, necessarie per tenere un paziente in modo confortevole, che si dovrebbero raramente o mai rifiutare. Se un malato può inghiottire e digerire, si deve sempre offrirgli nutrimento e acqua per bocca. I professionisti sanitari dovrebbero continuare a provvedere una tale cura nell'interesse migliore del paziente privo di capacità di intendere e volere. La legge esige che questi pazienti non vadano trascurati e che non soffrano inutilmente a causa di fame e disidratazione. Nel caso di *Leslie Burke*, Lord Phillips disse, "quando un paziente competente indica il desiderio di essere tenuto in vita tramite nutrizione artificiale e idratazione, qualsiasi medico che deliberatamente porta la vita del paziente alla fine, non continuando questa cura non manca semplicemente al suo dovere, ma è reo di omicidio" ([2006] QB 273 pag. 302). Quando si passa alla decisione anticipata

del paziente, il MCA dichiara che la decisione non può mai essere motivata dal volere la morte¹. Del resto, se qualcuno richiede chiaramente il suicidio, sorge la domanda circa la sua capacità di poter prendere o meno una decisione². Ma, ed è qui che cambia il discorso, supposto che la decisione anticipata di rifiutare il trattamento sia valida e applicabile alla situazione, allora il MCA giudica che è illegale dare il trattamento. In queste circostanze il medico non può imporre il trattamento, anche se il trattamento salverebbe la vita della persona. Poiché, se la decisione del rifiuto è legale, perché valida e applicabile, la somministrazione artificiale di cibo e acqua è illegale, *anche se porta alla morte del paziente*. Tuttavia qualora l'idratazione sia necessaria per alleviare un disagio, allora il Codice di Prassi permette la somministrazione di un fluido, da considerare, però, come una parte dell'obbligo generale di mantenere la persona in modo confortevole, non per il sostentamento della vita individuale. Ciò è certamente duro per un medico coscienzioso che s'impegna per l'interesse migliore dei suoi pazienti. In ogni modo, poiché la decisione che porta alla morte non è presa dal medico, si potrebbe dire che l'operatore sanitario non è colpevole di negligenza e delle conseguenze. Vi sono limiti per quanto riguarda gli aiuti delle persone e, soprattutto, quando qualcuno rifiuta ogni aiuto, allora non resta più niente da fare. Non sono d'accordo, appunto perché si tratta di un problema di cooperazione al male.

Una cooperazione al male per omissione

Il mio disaccordo si basa anzitutto sulla stessa legge, perché proibendo una decisione che comporta la morte, la giudica illegale. Inoltre, esigendo dal medico d'interessarsi di tutto ciò che è meglio per il paziente, questi non può passivamente assistere alla morte del paziente. Pertanto come può il legislatore asserire che il medico che somministra il cibo e

l'acqua commetterebbe un'offesa criminale al paziente, perché farebbe un'azione illegale? Ma qualcuno potrebbe ancora insistere, siccome per il MCA l'atto di "artificiale nutrizione e idratazione" (ANH) è un trattamento medico e, quindi, può essere **withhold** (ci si può astenere) oppure **withdraw** (si può interrompere). L'operatore sanitario deve tener conto dei desideri e sentimenti del paziente. A ogni modo, *ammesso ma non concesso* che si tratti di un'*illegalità medica*, il comportamento del medico è certamente *immorale*, perché la legislazione è ingiusta. Giovanni Paolo II dichiara: "L'introduzione di legislazioni ingiuste pone spesso gli uomini moralmente retti di fronte a difficili problemi di coscienza in materia di collaborazione in ragione della doverosa affermazione del proprio diritto a non essere costretti a partecipare ad azioni moralmente cattive"³.



Per illuminare questi difficili problemi, la morale cattolica ricorre ai principi generali sulla cooperazione ad azioni cattive. Per un grave dovere di coscienza i cristiani come tutti gli uomini di buona volontà, sono chiamati a non prestare la loro collaborazione formale a quelle pratiche che, pur ammesse dalla legislazione civile, sono in contrasto con la Legge di Dio⁴. Pertanto per non agire in modo *illegale*, non è mai lecito agire in modo *immorale*. Ora la non somministrazione artificiale di cibo e acqua, per non trasgredire la legge civile, soprattutto se ciò comporta la morte del pa-

ziente, vuol dire collaborare *per omissione* alla morte del paziente. È quanto insegna Giovanni Paolo II nella *Evangelium vitae*: “Per un corretto giudizio morale sull’eutanasia, occorre anzitutto chiaramente definirla. Per *eutanasia in senso vero e proprio* si deve intendere un’azione o un’omissione che di natura sua e nelle intenzioni procura la morte. “L’eutanasia si situa, dunque, al livello delle intenzioni e dei metodi usati”⁷⁵. Rispondendo a certe questioni della Conferenza episcopale degli Stati Uniti circa la nutrizione e idratazione artificiali, la CDF dichiara, anzitutto, che la somministrazione artificiale di cibo e acqua è moralmente obbligatoria, anche per pazienti in coma permanente (PVS). In tal modo si previene la sofferenza e la morte per mancanza di cibo e acqua (starvation). La CDF dichiara ancora, e ciò è molto importante, che, anche se competenti medici giudicano con certezza morale che il paziente non riprenderà mai conoscenza, la somministrazione di acqua e cibo deve continuare, perché il paziente è sempre una persona con una fondamentale dignità e perciò deve ricevere una cura ordinaria e proporzionata, che comprende, appunto, in principio, la somministrazione di acqua e cibo anche in maniera artificiale⁶.

Le risposte della CDF confermano autorevolmente la prospettiva cattolica riguardante la somministrazione artificiale di cibo e acqua: non è un trattamento medico, ma una cura di base che, in linea di principio, deve essere attuata. A scanso di equivoco riporto una dichiarazione del CCC; “L’interruzione di procedure mediche onerose, pericolose, straordinarie o sproporzionate rispetto ai risultati attesi può essere legittima. In tal caso si ha la rinuncia all’‘accanimento terapeutico’. Non si vuole così procurare la morte; si accetta di non poterla impedire. Le decisioni devono essere prese dal paziente, se ne ha la competenza e la capacità, o altrimenti, da coloro che ne hanno legalmente il diritto, rispettando sempre la ragionevole volontà e gli interessi legittimi del paziente”⁷. La differenza nei riguardi della

somministrazione è del tutto evidente e rileva la confusione presente nel MCA. Quanto è legale e anche morale qualora si parla di procedure mediche, non è né legale e certamente mai morale qualora si parla di cure di base o essenziali!

Diritto divino all’obiezione di coscienza

In tema d’obiezione di coscienza non è specificato niente, almeno esplicitamente, nel MCA. Il Codice di Prassi aggiunge qualcosa, dichiarando che i professionisti sanitari e sociali non sono obbligati a fare qualcosa che è contrario al loro credo. Essi non devono, però, semplicemente abbandonare i pazienti o causare loro delle sofferenze⁸.



Tuttavia va affermato con chiarezza che “rifiutare di partecipare a commettere un’ingiustizia è non solo un dovere morale, ma è anche un diritto umano basilare. Se così non fosse, la persona umana sarebbe costretta a compiere un’azione intrinsecamente incompatibile con la sua dignità e in tal modo la sua stessa libertà, il cui senso e fine autentici risiedono nell’orientamento al vero e al bene, ne sarebbe radicalmente compromessa. Si tratta, dunque, di un diritto essenziale che, proprio perché tale, dovrebbe essere previsto e protetto dalla stessa legge civile”⁹. Papa Wojtyla ne tira la logica conseguenza dichiarando: “in tal senso, la possibilità di rifiutarsi di partecipare alla fase consultiva, preparatoria ed esecutiva di simili atti contro la vita dovrebbe essere assicurata ai

medici, agli operatori sanitari e ai responsabili delle istituzioni ospedaliere, delle cliniche e delle case di cura. Chi ricorre all’obiezione di coscienza deve essere salvaguardato non solo da sanzioni penali, ma anche da qualsiasi danno sul piano legale, disciplinare, economico e professionale”¹⁰. La coscienza del bene inviolabile della vita e della legge di Dio che gelosamente tutela quel bene, antecede ogni legge positiva umana. Quando questa la contraddice, la coscienza afferma il suo diritto primario e il primato della legge di Dio: “Bisogna ubbidire a Dio piuttosto che agli uomini” (At 5, 29)¹¹. Un’autorevole conferma viene da Papa Benedetto XVI quando dichiara che l’obiezione di coscienza è un diritto anche dei farmacisti. L’ha detto nel suo discorso rivolto alla Federazione Internazionale dei Farmacisti cattolici. L’obiezione di coscienza è un diritto che deve essere riconosciuto alla vostra professione permettendo di non collaborare direttamente o indirettamente alla fornitura di prodotti che hanno per scopo le scelte chiaramente immorali, come per esempio l’aborto e l’eutanasia. I farmacisti sono chiamati a svolgere un ruolo educativo con il paziente per un uso giusto della cura medica e soprattutto per far conoscere le implicazioni etiche sull’utilizzo di un determinato farmaco¹². Certo seguire la propria coscienza nell’obbedienza alla legge di Dio non è sempre una via facile. Ciò può comportare sacrifici e aggravii, di cui non è lecito disconoscere il peso; talvolta ci vuole eroismo per restare fedeli a tali esigenze. Tuttavia, è necessario proclamare chiaramente che la vita dell’autentico sviluppo della persona umana passa per questa costante fedeltà alla coscienza mantenuta nella rettitudine e nella verità¹³.

Conclusione

Il contrasto tra MCA e la prospettiva cattolica, in materia di somministrazione artificiale di nutrimento e acqua è “*luce clarius*”. Per uno è un trattamento medio, che può essere rifiutato, in anticipo, e può es-

sere interrotto; per l'altro è una cura di base che rimane obbligatoria fin a quando la natura stessa la rifiuta. Da qui risulta evidente che quanto è legale non è, per questo, anche morale, anzi! Infatti, proprio in campo bioetico la differenza è essenziale, perché rende l'obbligo legislativo di non somministrare, imposto al medico, semplicemente immorale. Pertanto la coscienza vera, certa e retta, non obbliga a opporsi alla legge, ma dovrebbe anche impegnare gli operatori sanitari a

contestare un tale obbligo legislativo. "Bisogna ubbidire a Dio piuttosto che agli uomini" (At 5, 29).

P. BONIFACIO HONINGS,
O.C.D.
Professore Emerito
di Teologia Morale delle
Pontificie Università Lateranense
ed Urbaniana, Roma.
Consulatore della Congregazione
per la Dottrina della Fede,
Consulatore del Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari
Membro ordinario ad vitam della
Pontificia Accademia per la Vita,
Santa Sede

Note

¹ Cf. MCA 1,5 e 4, 5.

² Cf. Codice di Prassi 9.9.

³ GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium vitae*, 74.

⁴ Cf. ibidem.

⁵ EV, 65.

⁶ (vedi 1° agosto 2007).

⁷ CCC, 2278.

⁸ Cf. Codice di Prassi, 9.61- 63.

⁹ EV, 74.

¹⁰ Ibidem.

¹¹ Cf. Carta degli Operatori sanitari. Pontificio consiglio della pastorale per gli operatori sanitari, Città del Vaticano, 1995, 143.

¹² Cf. BENEDETTO XVI, Discorso del lunedì 29 ottobre 2007.

¹³ Cf. CDF, Dichiarazione sull'aborto procurato, 18 giugno 1974, in AAS 66(1974) 744, n. 24.

Decisioni anticipate nei confronti della vita. Una guida per i cattolici

43

Il Ministero della Giustizia d'Inghilterra pubblicò nel 2005¹ una legge: "The Mental Capacity Act" accompagnata da un Codice di Prassi, per spiegare i dettagli della esecuzione e quali sono le responsabilità legali. La Conferenza episcopale d'Inghilterra e di Wales ha pubblicato nel 2008 "The Mental Capacity Act and Living Wills – Una guida pratica per i cattolici"². Nel prologo, l'arcivescovo di Cardiff, S.E. Peter Smith denota chiaramente che quest'edizione era necessaria dopo le perplessità rilevate da più parti (vedi pp. 5-8). La guida presenta le possibilità che la Mental Capacity Act offre agli interessati per quanto riguarda la salute futura e il trattamento (vedi pp. 13-20). Interessa soprattutto rilevare la possibilità di decidere o, in caso d'incapacità mentale, di delegare questa decisione a un terzo, per quanto riguarda il rifiuto o l'interruzione dell'alimentazione artificiale: idratazione e/o nutrimento, ANH (vedi pp. 9-12). Seguiamo con la massima attenzione le linee-guida sulle scelte anticipate dal punto di vista della coscienza.

Le scelte circa la mia salute futura e il trattamento

Quanto alle possibilità di

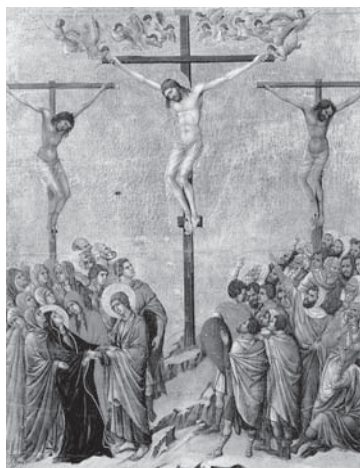
una scelta anticipata, sia personale sia delegata, per quanto riguarda un trattamento medico non esistono, in sé e per sé, difficoltà. Si tratta di un diritto da usare con prudenza e i pazienti possono chiedere un trattamento interamente appropriato al loro miglior benessere. Da notare, però, che *non ogni cosa permessa dall'Act è giusta dal punto di vista morale*. E si precisa proprio che la decisione del rifiuto di cibo e liquido è moralmente inaccettabile (vedi p. 21 ultime righe). *Se questo trattamento venisse rifiutato con l'intento di far morire il paziente, si tratterebbe di un serio crimine*. Un medico che, rifiutando l'idratazione e il cibo artificiali, causa la morte del paziente, non solo viene meno al suo dovere deontologico, ma è anche colpevole d'omicidio. Si porta l'esempio di *Leslie Burke*, proprio per quanto riguarda l'ANH (vedi p. 22 alla fine). Si afferma ancora che l'esecuzione della decisione anticipata può essere cambiata.

L'obbligo morale di accettare il trattamento

Esiste l'obbligo sia personale sia familiare di curare la salute³. Non esiste, però, l'obbligh

go di cure inutili, vale a dire, cure che prolungano soltanto la vita. Tuttavia, due cose devono essere tenute presenti: l'amore per la vita e l'accettazione della morte. Si può, perciò, ammettere, sotto certe circostanze, che la malattia abbia il suo percorso naturale, anche se ciò significa che si vuole morire. Come conferma si cita il Catechismo della Chiesa Cattolica⁴ (vedi p. 24 alla fine e p. 25 all'inizio). A questo punto viene rilevata la differenza tra la prospettiva cattolica e quella del Mental Capacity Act: per la legge, ANH è un trattamento medico; per la morale cattolica è un mezzo naturale per preservare la vita, è un trattamento di cura. Il criterio è e rimane sempre quello del miglior benessere del paziente. Pertanto un rifiuto o l'interruzione dell'ANH quando la morte del paziente non è imminente, sarebbe chiaramente contro quel criterio, in quanto causerebbe la sua morte. Il caso è diverso, quando il corpo stesso rifiuta, in altre parole, non assimila più oppure non espelle più. Allora non si tratta più di accelerare la morte, ma di togliere il disturbo del tubo. Inoltre, ogni decisione d'interrompere il trattamento di cura deve essere fatta con intenzione retta; ciò significa,

in senso negativo, non deve essere mai fatta con l'intento di accelerare la morte del paziente (vedi pp. 25-26). Come conferma si cita quanto ha detto Giovanni Paolo II al riguardo del paziente in stato vegetativo: esiste l'obbligo di provvedere la cura normale di somministrazione di nutrimento o idratazione. La Congregazione per la Dottrina della Fede (CDF) conferma questo obbligo nella risposta, del 1° agosto 2007, alla questione in merito da parte della Conferenza episcopale USA (vedi p. 27).



Questioni per i professionisti di salute e di cura sociale

La prima implicazione professionale è quella del rispetto per la persona in cura e di non procurargli alcun danno. I professionisti devono identificare il miglior benessere del paziente, prendersi cura di lui, proteggere e promuovere la sua salute, dimostrare rispetto per la vita umana. Pertanto la decisione di rifiutare un trattamento con l'intento di far morire il paziente, anche se la morte è stata voluta come mezzo, non è mai moralmente lecita. Gli operatori sanitari non devono mai giudicare la vita del paziente come non più degna di vivere (vedi pp. 29-30)⁵. Pertanto come deve un operatore sanitario comportarsi con il paziente, quando è incaricato di un trattamento medico o un trattamento di cura? Il primo passo per una buona prassi è stabilire, dialogando, i fatti in maniera più completa possibile. Un altro passo per una buona prassi è un'etica

corretta che eviti il pericolo di accanimento terapeutico (overtreatment) o di sotto-trattamento (undertreatment). A ogni modo è importante incoraggiare il più possibile una buona prassi. Ma cosa fare nel caso in cui una decisione anticipata non è più, al presente, per il miglior benessere del paziente? Questa decisione, per quanto imprudente, resta legalmente valida. Supponiamo che una persona prenda quella decisione tanti anni prima, quando non c'era nessuna sofferenza o malattia; in tal caso vi può essere un dubbio ragionevole se quella decisione è ancora *hic et nunc* applicabile nella specifica situazione. D'altro canto dove è una decisione anticipata di rifiuto di un trattamento, pur essendo questo diventato ora valido e applicabile, il trattamento è illegale. La legge proibisce al medico d'imporre il trattamento, anche se questo salverebbe la vita. Per un medico coscienzioso e curante del miglior benessere del suo paziente, ciò è duro. Ovviamente egli non è colpevole delle conseguenze che derivano dalla sua non provvisione del trattamento, appunto, perché la legge rimuove la sua responsabilità professionale al riguardo (vedi pp. 30-32).

Cosa fare se la decisione anticipata è di tipo suicida?

The Mental Capacity Act stabilisce due cose: la prima, che ogni atto compiuto e ogni decisione fatta mirano al miglior benessere del paziente; la seconda, che il giudizio al riguardo non può essere motivato dal desiderio di condurre alla morte. Di conseguenza è esplicitamente stabilito che non esiste un cambiamento legale per quanto concerne il *no* al suicidio assistito e all'eutanasia. Dato, però, che il motivo di tipo suicida non è sempre, per altri, evidente, un operatore sanitario deve dare al paziente il beneficio del dubbio e non presumere che il rifiuto riflette un'intenzione suicida. Da notare ancora che, se il motivo è chiaramente di tipo suicida, può sorgere la domanda circa la capacità mentale della perso-

na in questione. Ad ogni modo, nei rari casi di un rifiuto suicida dobbiamo considerare due livelli; il rifiuto come tale e la cooperazione con questo rifiuto. Per quanto riguarda il rifiuto di tipo suicida in se stesso, anche se legalizzato, si tratta sempre di una auto-distruzione e una non-accettazione della vita come dono di Dio; quindi è sempre una cosa da non fare⁶. Per quanto riguarda la cooperazione, la Chiesa insegna che "volontaria cooperazione in suicidio è contraria alla legge morale"⁷ (vedi pp. 32-33).

La questione del rispetto per quanto riguarda il rifiuto dell'ANH?

La decisione va rispettata, anche se il rifiuto causa la morte. Non di meno il *Code of Practice* dice che non si possono rifiutare, in anticipo, azioni necessarie per tenere una persona in uno stato confortevole. Liquidi dovrebbero essere dati se sono necessari per alleviare lo stato penoso di una persona (a person's distress). D'altra parte il *Code of Practice* considera il nutrimento e l'idratazione esplicitamente un trattamento medico, che può essere rifiutato. I vescovi precisano giustamente, ed è, ripeto, la differenza essenziale, nutrizione e idratazione artificiali non devono essere messe nella stessa categoria di trattamento medico. L'ANH appartiene alla cura-base e, quindi, in linea di principio, va sempre provvisto⁸. Anche se l'intenzione del rifiuto non è il suicidio, la non applicazione dell'ANH ha questo effetto. In questa situazione, gli operatori sanitari devono fare tutto il possibile per il miglior benessere del paziente e vedere se il rifiuto anticipato è specifico, valido e applicabile o no. In caso di dubbio devono provvedere al paziente l'ANH fino a quando sono responsabili del suo miglior benessere. In caso di discussione devono appellarsi alla Corte di Protezione (*Court of Protection*). Nel caso l'interruzione dell'ANH sia contraria al miglior benessere del paziente, devono ritirarsi dall'incarico di curarlo (p. 34-35).

Questioni riguardanti le decisioni dei "terzi".

La guida passa a precisare alcune cose che riguardano chi deve decidere al posto della persona incapace d'intendere e volere. È preferibile che si tratti di una persona indicata, con nome e cognome, per iscritto. Per questo non vale, secondo la legge, indicare il ruolo della persona, ad esempio, il superiore o la superiora di una Congregazione religiosa. Quanto alla motivazione si precisa che la decisione non può mai essere il desiderio di far morire la persona. Tuttavia, le decisioni devono essere prese con serietà. Supponiamo, però, che il medico non sia d'accordo con la decisione per quanto riguarda le intenzioni, allora il primo passo è una discussione per mettersi d'accordo. Se non si riesce, il medico può appellarsi all'*Office of the Public Guardian* perché intervenga. Nel caso le intenzioni siano legali, ma il medico ritenga che il percorso delle azioni non corrisponde a quanto è meglio per il paziente, allora l'operatore sanitario può appellarsi alla *Court of Protection*. Nel frattempo il medico può, legalmente, applicare il trattamento che giudica migliore per il suo paziente (pp.36, 5.8; vedi anche pp. 43-46).

L'obiezione di coscienza

The Mental Capacity Act del 2005 non contiene una sezione esplicita per quanto riguarda l'obiezione di coscienza. Non di meno il *Code of Practice* stabilisce due punti: il primo, i professionisti sani-

tari e sociali non sono obbligati a fare qualcosa contro il proprio credo; il secondo, i professionisti sanitari e sociali non devono semplicemente abbandonare il paziente. Un medico che giudica un piano d'azione, ad esempio, per quanto riguarda il rifiuto dell'ANH immorale (*unethical*), deve ascoltare e parlare con i suoi colleghi e i parenti del paziente. Se si è certi che questo piano non serve al miglior benessere del paziente, il medico non deve formalmente cooperare, vale a dire, deve smettere la cura di quel paziente. Nel caso si tratti di una sua cooperazione materiale, il medico deve, alla luce del suo obbligo morale, prudentemente ponderare, le alternative (pp. 37-38). Consapevoli della complessità della cooperazione materiale in una situazione particolare, i vescovi non danno regole generali, ma rimandano alla dottrina della Chiesa al riguardo. Ci vogliono tanta pratica e sapienza che sappiano tener conto dei vari fattori implicati per giungere a un giudizio di coscienza: vi sono alternative? Quanto urge l'azione? Quali beni o mali si rischiano? Quali sono le possibilità di inganno e di scandalo? Quali sono le precise circostanze della situazione? Questa azione è conforme al ruolo particolare, le responsabilità e la vocazione dell'individuo? (vedi appendice pp. 47-49). Per ulteriori informazione per quanto riguarda l'insegnamento della Chiesa sono indicate alcuni fonti autorevoli come il CCC, la CDF sull'ANH (1° agosto 2007), la Carta del Pontificio Consiglio per la salute, *Evangelium vitae* (1995) di Giovanni Paolo II (vedi pp. 40-

41). Un glossarium dei termini usati rende la guida ancora più preziosa (pp. 51-55).

P. BONIFACIO HONINGS,
O.C.D.

Professore Emerito
di Teologia Morale delle
Pontificie Università Lateranense
ed Urbaniana, Roma.
Consultore della Congregazione
per la Dottrina della Fede,
Consultore del Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari
Membro ordinario ad vitam della
Pontificia Accademia per la Vita,
Santa Sede

Note

¹ Vedi <http://www.justice.gov.uk/guidance/mca-code-of-practice.htm>

² The Catholics Bishops' Conference of England & Wales. Department for Christian Responsibility & Citizenship. The Mental Capacity Act and 'Living Wills'; a practical guide for Catholics. Published 2008 by the Incorporated Catholic Truth Society, 40-46 Harleyford Road, Vauxhall, London SE11 5 AY.

³ Il CCC insegna: "La vita e la salute fisica sono beni preziosi donati da Dio. Dobbiamo averne ragionevolmente cura, tenendo conto delle necessità altrui e del bene comune" (2288)

⁴ "L'interruzione di procedure mediche onerose, pericolose, straordinarie e sproporzionate rispetto ai risultati attesi può essere legittima. In tal caso si ha la rinuncia all'"accanimento terapeutico". Non si vuole così procurare la morte: si accetta di non poterla impedire. Le decisioni devono essere prese dal paziente, se ne ha la competenza e la capacità, o, altrimenti, da coloro che ne hanno legalmente il diritto, rispettando sempre la ragionevole volontà e gli interessi legittimi del paziente" (2278).

⁵ "Best interests relate to the benefits and burdens of treatment should never reflect a judgement that the patients life is not worth living" (p. 30 alla fine di 5.2).

⁶ Il CCC insegna: "Ciascuno è responsabile della propria vita davanti a Dio che gliel'ha donata. È lui che ne rimane il sovrano Padrone. Noi siamo tenuti a riceverla con riconoscenza e a preservarla per il suo onore e per la salvezza delle nostre anime. Siamo gli amministratori, non i proprietari della vita che Dio ci ha affidato. Non ne disponiamo" (2280).

⁷ Vedi CCC, 2282.

⁸ Il CCC insegna: "Anche se la morte è considerata immanente, le cure che d'ordinario sono dovute ad una persona ammalata non possono essere legittimamente interrotte" (2279).



La biografia di ogni malato è anche la biografia della sua famiglia: i suoi atteggiamenti, pensieri, ricordi, vissuti e progetti sono inevitabilmente legati al rapporto con i suoi cari, vicini o lontani.

La famiglia di origine incide in modo determinante nell'articolazione della propria identità, nello sviluppo di abitudini e tendenze, che possono plasmare positivamente o negativamente la sua vita.

La mappa genetica non è solo l'eredità di tratti somatici e psicologici, ma anche del patrimonio di apprendimenti o di limiti nei riguardi della comunicazione, nel modo di gestire le ferite o i segreti familiari, nel vivere i conflitti o le differenze, nell'approccio alle difficoltà o ai fallimenti, nel modo di dimostrare affetto o disapprovazione.

La famiglia può educare ad amare, dialogare, aprirsi, sopportare, donarsi, perdonare, ma anche ad avere pregiudizi, criticare, gridare, bestemmia, odiare.

Ogni famiglia ha la sua storia e le sue dinamiche. C'è chi nasce all'interno di nuclei familiari in cui si sente accolto, affermato e stimolato e chi in situazioni caratterizzate dalla violenza verbale e fisica, da rotture relazionali, dalla mancanza di etica e di disciplina.

È importante, però, tener presente che si è figli, non schiavi del proprio passato. Anche chi ne è stato condizionato negativamente, è in grado di superarlo attraverso scelte costruttive e un processo di maturazione interiore. Un passato difficile non rende infelici per sempre.

L'impatto della malattia grave sulla famiglia

Una diagnosi infausta, che può minacciare la vita di un proprio caro, produce forti cambiamenti strutturali e relazionali nella famiglia. Dinanzi a una crisi che toglie la tranquillità, minaccia gli equilibri

interni e costringe ad assumere nuovi ruoli e compiti, i vari componenti possono reagire con atteggiamenti ansiogeni, aggressivi, equilibrati, colpevolizzanti, costruttivi o depressivi e così via.

Ogni famiglia adotta strategie diverse nel rispondere all'infermità; tra gli atteggiamenti o meccanismi più frequenti:

- *la negazione*: il rifiuto, la non accettazione della malattia, il proposito di comportarsi come se niente fosse veramente accaduto;

- *l'iperprotezione*: da una parte si nascondono i propri sentimenti al paziente, dall'altra si pratica la congiura del silenzio, si evita di comunicare apertamente sulla verità delle cose;

- *l'idealizzazione*: si nota una fiducia eccessiva nell'"onnipotenza" dei medici o nel potere miracoloso della medicina o delle terapie;

- *la sublimazione*: si cerca rifugio o conforto nelle sicurezze spirituali: "Prega, se vuoi guarire"; "Chi crede, non piange";

- *la drammatizzazione*: si hanno reazioni sproporzionate e isteriche;

- *l'accettazione*: prevale un atteggiamento di sano realismo ed equilibrio e una positiva collaborazione con gli operatori sanitari;

- *la regressione*: chiusura e isolamento sociale dinanzi a un dramma che, si pensa, gli altri non possano capire.

In generale, la risposta della famiglia all'evento della malattia prevede un primo impatto di *disorganizzazione* e di smarrimento. Segue un momento di *ricerca*: i componenti si interrogano su come far fronte alla situazione attivando le risorse del gruppo. Una terza tappa consiste in un *graduale adattamento* del nucleo familiare ai cambiamenti imposti dall'infermità.

L'elaborazione positiva o negativa della crisi dipende dal tipo del sistema familiare: se sia

fondamentalmente sano o problematico.

Famiglie sane o problematiche

Virginia Satir, nota studiosa delle problematiche familiari, ha definito alcuni criteri che permettono di leggere se un tessuto familiare è fondamentalmente sano e in grado di fronteggiare i momenti critici, o se risulta problematico e contribuisce a complicare l'impatto con la sofferenza e la morte.

Le famiglie sane sono caratterizzate da:

- l'equilibrio emotivo dei suoi componenti;

- il rispetto e la valorizzazione dell'individualità e diversità di ogni suo membro;

- il rapporto positivo nei confronti della società;

- un buon livello di coesione e di comunicazione tra i suoi componenti;

- una stabilità generale della struttura familiare, basata su norme e regole chiare;

- la flessibilità e non rigidità dei ruoli al proprio interno.

Le famiglie problematiche sono caratterizzate da:

- atteggiamenti di controllo e autoritarismo da parte di uno dei membri nei confronti degli altri;

- la tendenza alla critica distruttiva;

- l'assenza di persone e modelli significativi (ad esempio un genitore, a causa di morte o divorzio);

- la carenza di affetto, le relazioni sono basate sulla distanza emotiva;

- la disorganizzazione interna evidente nei ruoli e nello stile di vita;

- la presenza di problematiche specifiche, quali: la malattia mentale, l'alcolismo, l'abuso sessuale, la tossicodipendenza.

È chiaro che l'appartenenza a famiglie sostanzialmente "sane" o "malate" incide profondamente nel modo di porsi o di vivere l'evento della malattia.

In altre parole, negli atteggiamenti assunti non si parte da zero, ma dal bagaglio del proprio passato, dal clima creato dai genitori e dal modo di relazionarsi tra loro e con i figli.

Compiti fondamentali

Due sono i compiti fondamentali che si assumono coloro che creano una famiglia.

1. Educare all'amore e all'intimità

I genitori sono, innanzitutto, chiamati a educare i propri figli a sviluppare legami, a sentirsi amati e ad amare. Questa esperienza li aiuta a sentirsi accettati e valorizzati e ad avere un buon avvio nella vita. D'altro canto, dove non c'è affetto e calore il bambino sperimenta insicurezza, solitudine e, talvolta, un senso di abbandono.

In generale, questo primo compito è interpretato dalla madre che accoglie, nutre e sostiene la vita dei figli.

C'è il rischio che un amore eccessivo si trasformi in possessività o gelosia e interferisca con un sano sviluppo e indipendenza dei figli.

2. Educare alla separazione e al rispetto delle differenze

Il figlio non è una copia dei genitori, ma è chiamato a realizzare la propria individualità e differenza. Un processo sano di crescita lo aiuta a stabilire limiti, a definire i confini tra il sé e il prossimo per non fondersi e rimanere assorbito dagli altri. La pedagogia della separazione invita a portare alla luce la propria unicità.

Un modo di educare alla separazione è attraverso lo sviluppo di regole, espresse o tacite, che i genitori trasmettono ai figli. Tali regole possono riguardare vari ambiti della vita: dal come gestire le emozioni al modo di esprimere intimità, dalle regole sul lavoro a quelle comportamentali, dalle regole sulla sicurezza a quelle riguardanti il rapporto con gli altri, dalle regole sul sesso a quelle sul modo di affrontare il dolore, la malattia e la morte. Alcune di queste regole risultano

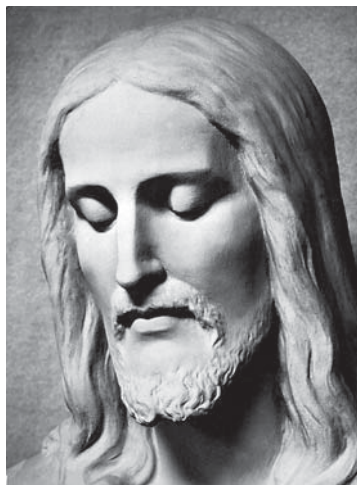
molto utili e sono interiorizzate dai figli per il resto della vita, altre possono procurare grosse difficoltà e bloccare la crescita.

Il compito di educare alla separazione è, frequentemente, interpretato dal padre.

Questi due compiti, così essenziali per affrontare la vita con apertura, realismo e dinamismo, risultano di estrema importanza anche nelle tappe conclusive del proprio pellegrinaggio terreno.

L'esperienza del morire permette al malato e ai suoi familiari di vivere, innanzitutto, momenti preziosi di intimità, dando espressione ai sentimenti di reciproca gratitudine e comunicandoli attraverso la gestualità e il linguaggio non verbale.

Allo stesso tempo, l'approssimarsi della morte richiede il coraggio di prepararsi a dire addio, di anticipare il distacco assicurando la continuità del legame attraverso il ricordo, l'orizzonte del trascendente, la vicinanza spirituale.



Gli operatori sanitari e la famiglia

La crisi della malattia schiude le porte dell'ospedale non solo al malato, ma anche alla sua famiglia. Essa non è spettatrice, ma diretta protagonista in un dramma che la riguarda. Nell'accompagnamento del malato, essa resta in prima linea in un percorso, lungo e difficile, che va dalla fase iniziale della diagnosi a quella acuta della terapia, dalla tappa della remissione e della speranza a quella della ricaduta, quando

tutto si complica, fino all'esito finale, quando le terapie sono solo palliative e ci si prepara al distacco.

La famiglia, spesso, si fa carico della parte più impegnativa dell'assistenza, particolarmente nel contesto domiciliare.

Ciò nonostante, specie nelle istituzioni sanitarie, la famiglia viene sistematicamente trascurata dagli operatori sanitari, che dedicano la loro esclusiva attenzione alla persona malata.

Alcune considerazioni sono, perciò, doverose:

- la constatazione che la famiglia è frequentemente tenuta ai margini o è ignorata dal personale assistenziale;

- si nota, spesso, attrito o competizione tra gli operatori sanitari e la famiglia relativamente agli incarichi della cura del malato;

- la famiglia è vista, talvolta con ragione, come un intralcio o un ostacolo nel processo di cura;

- le informazioni trasmesse circa la condizione del loro caro o lo scopo delle terapie, sono formulate in modo frettoloso e con un linguaggio tecnico poco comprensibile;

- si avverte, talvolta, la tendenza a escludere la famiglia da decisioni che, in qualche modo, la riguardano.

Gli oneri di una malattia grave o terminale invocano dialogo e concreta collaborazione tra operatori sanitari e famiglia.

In modo particolare, è necessario salvaguardare l'unità familiare quale essenziale obiettivo di cura e assistenza.

Sfide per un miglior accompagnamento della famiglia

All'interno delle istituzioni molte famiglie si fidano e si affidano agli specialisti e alla tecnologia, per ottenere i migliori risultati di cura per il loro caro. Talvolta, possono sentirsi turbate per la mancanza di attenzione e di comunicazione, per i limiti imposti dai regolamenti, per i rapporti funzionali che risultano inevitabilmente spersonalizzanti.

Ma è soprattutto all'interno delle mura domestiche che la

famiglia si trova a gestire il lungo travaglio della malattia. Molti si sentono oppressi dalle eccessive responsabilità, abbandonati dal supporto medico o infermieristico, angosciati dai crescenti problemi che la cura di un malato grave comporta.

I compiti di assistenza, sempre più onerosi, consumano fisicamente e psicologicamente i familiari e rischiano di produrre depressione e disperazione.

La società, attraverso le risorse sanitarie, il volontariato e le istituzioni religiose, è chiamata a farsi prossima a queste famiglie, per rendere meno dolorosa la loro via crucis e farle sentire meno sole.

Alcune *linee orientative* di sostegno includono:

- attivare équipe palliative composte da medici, infermieri, volontari e altri professionisti per meglio rispondere ai di-

versi bisogni di malati e familiari;

- creare un clima di collaborazione tra operatori sanitari e famiglie e una comunicazione aperta, che favorisca le informazioni e dia spazio all'ascolto e alle domande, per meglio aiutare il malato;

- curare un approccio unitario che contempli non solo i bisogni del malato, ma anche quelli del nucleo familiare;

- prestare attenzione non solo alle esigenze fisiche, ma anche a quelle psicologiche e spirituali per assicurare un servizio globale;

- monitorare i cambiamenti che stanno avvenendo nella famiglia a livello di relazioni, cambio di ruoli, ristrutturazione di abitudini, livelli di stanchezza, utilizzo di risorse, segni di ansietà o depressione;

- insegnare ai familiari le

tecniche del caring e dell'assistenza fisica e psicologica, per promuovere una miglior cura del loro caro;

- accompagnare i familiari non solo nelle tappe del cordoglio anticipatorio, ma anche in quelle successive del lutto e dell'adattamento a una vita modificata.

Nella misura in cui la famiglia riceve supporto psicologico e informazioni pratiche sul come assistere e confortare un proprio caro l'evento del morire – pur doloroso – non produce amarezza e sconcerto, ma è vissuto all'insegna della vicinanza umana e della solidarietà.

P. ARNALDO PANGRAZZI,
M.I.

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



Testimonianze



*Medico e apostolo.
Uno sguardo alla vita
e alle virtù del Servo di Dio
Pedro Herrero Rubio*

*Spagna
Prosac – Associazione degli
Operatori Sanitari Cristiani*

*La sofferenza, scuola di vita
Il Servo di Dio
Manuel Lozano Garrido*

Medico e apostolo.

Uno sguardo alla vita e alle virtù del Servo di Dio

Pedro Herrero Rubio

Pedro Herrero Rubio nacque ad Alicante (Spagna) il 29 aprile 1904 da una famiglia benestante, figlio unico di Pedro ed Emilia. Il padre percepiva uno stipendio mensile dalla Giunta Provinciale di Alicante, poi fu Sindaco del Municipio di Orihuela. A Pedro non mancarono mezzi di formazione umana, da quella iniziale e infantile, fino a quella universitaria specializzata, presso centri prestigiosi in Spagna, Francia e Belgio. Contrasse matrimonio il 29 aprile 1931 nel Santuario di Nostra Signora di Monserrate di Orihuela, con la signorina Patrocinio Javaloy Lizón, appartenente a una famiglia benestante. Entrambi godevano di un'accurata formazione cristiana.

Sviluppo della sua vita

Testimonianze

Dott. Carlos Mazón, medico di corsia: "Pedro Herrero fu padre della pediatria ad Alicante; godeva nel parlare della sua città, rammentando spontaneamente nelle sue conversazioni personaggi tipici conosciuti nell'infanzia, ritagli di storia, tradizioni e i suoi numerosissimi amici [...]"

Come persona, posso dire che non sembrava di questo mondo. Visse sempre distante, distratto [...]. Cristiano militante, con una fede radicata, la cui testimonianza era un esempio vivo e costante che tutti vorremmo emulare. Come professionista medico lo si può definire così: **SI DONÒ COMPLETAMENTE**. Per lui non c'erano orari e dedicava ai suoi pazienti il meglio del suo sapere e il più ampio dei suoi sorrisi [...]. Avrebbe potuto morire milionario, ma morì all'ombra del patrimonio della moglie, grazie al quale realizzò innumerevoli opere di carità".

Medico di professione

Fu definito dal Dottor Rivera, ex-presidente del Collegio di Medici della Provincia, come: "un medico eccezionale, prototipo della vocazione altruista, compagno esemplare e amico profondo, ma soprattutto uomo eminentemente buono".

"Pedro – continua il Dottor Rivera – si sentiva felice nell'aiutare gli altri a cercare la felicità e non trovò strada migliore che dedicarsi completamente a fare il bene... Se scelse la professione di medico è perché intuì che tra i modi migliori per fare il bene nel mondo in cui viveva, c'era quello di essere medico. Inoltre scelse la pediatria (di cui fu pioniere e maestro nella nostra provincia) perché sapeva che chi aveva più bisogno di protezione era il bambino, soprattutto se era malato, tanto più nella società dell'epoca, così popolata di invalidi... La medicina non era per lui un fine, bensì un mezzo, il mezzo per fare il bene".

Medico di prestigio

Sorvoliamo sull'annotazione di varie onorificenze nazionali, provinciali come la Medaglia d'oro, locali come quella di Figlio Illustre di Alicante, però non possiamo non ricordare quanto rispose alla Dottoressa Matilde Jover quando, in piena Rambla de Méndez Núñez, gli fece le congratulazioni per aver ricevuto la Croce di beneficenza di prima classe con Distintivo Bianco (agosto 1978): "Matilde, la mia gloria è la Croce di Nostro Signore Gesù Cristo". Questa risposta rimase incisa per sempre nel cuore della prestigiosa pediatra.

Asín Lamaigneire: "Era al corrente delle ultime conoscenza della medicina perché studiava per continuare ad aggiornare i suoi criteri medici".

Trovandosi di fronte a malattie strane a queste latitudini, come il Kala Azar infantile (proprio del deserto) in due bambine figlie di una famiglia povera, il cui padre era in prigione per motivi di guerra e la madre in totale miseria, sfiancato dagli sforzi (senza esito) compiuti per trovare come guarire la malattia, si recò a Parigi e Bruxelles per studiare il caso, fece ricerche e tornò con la medicina. Pagò tutto con il proprio denaro: viaggi, soggiorni e farmaci. Fece ricoverare presso l'Ospedale della Beneficenza le bambine e la loro sorella maggiore, di 9 anni; la sottopose a un controllo rigoroso perché potesse curarsi mangiando unicamente pomodori e mele. Era protetta giorno e notte da una specie di sfera di cristallo. Da quanto racconta la bambina, ora adulta, per nove giorni Don Pedro entrò in quell'abitacolo e, *messo in ginocchio, recitava alcune preghiere*. Doveva essere la novena di Nostra Signora del Rimedio, Patrona di Alicante.

Con questo suo modo di essere il Servo de Dio Pedro Herrero Rubio si presentò di fronte a Dio, al termine della sua esistenza in questo mondo. Chi lo ha conosciuto non potrebbe trovare migliore epitaffio per la sua tomba di questo: **Pedro Herrero Medico e Apostolo.**

Apostolo e medico

Quando da piccolino giocava a celebrare la Messa con gli amici della strada, e a pronunciare prediche infantili, il desiderio di rendere migliori gli altri sembrava scaturire dalla sua coscienza limpida, che stava compiendo i primi passi.

Per questo alcuni testimoni al suo processo hanno affermato che, quando il Dottor Herrero entrava nella casa di un malato, non si sapeva se colui che

entrava era un medico o un sacerdote.

Nessuno si allontanava dalla sua presenza senza che il Dottor Herrero gli avesse parlato di Dio, lo avesse invitato a contrarre matrimonio in Chiesa, o insistito perché la creatura venisse battezzata e lo avesse spinto a pregare. Anzi egli stesso richiedeva il certificato di battesimo, matrimonio o morte, allo scopo di facilitare le trafilie richieste in ciascun caso. Dopo la sua morte, sono stati trovati nel suo ufficio molti di questi documenti e lettere ricevuti da vescovi, parroci e sindaci, appartenenti a casi in cui egli stesso faceva da tramite per aiutare i suoi pazienti, sempre i più poveri.

A causa della persecuzione religiosa del 1936, disse a un interlocutore: “Per me tutti sono uguali, tutti sono figli di Dio e se bisogna esagerare con le nostre attenzioni è proprio con coloro che dicono di essere lontani da Dio”.

Fu membro molto attivo dell’Azione Cattolica. Quando si celebrò il secondo anniversario del Pontificato di Pio XII, fu lui a tenere il discorso principale di fronte ai quattro Rami dell’Azione Cattolica.

José M^a Simón, avvocato: “Dedicò tutte le sue energie all’Azione Cattolica, soprattutto come Presidente del Consiglio Diocesano del Ramo Maschile [...]. Si dedicava totalmente in tutte le sue opere, tanto che lasciò al suo passaggio un’impronta incancellabile”.

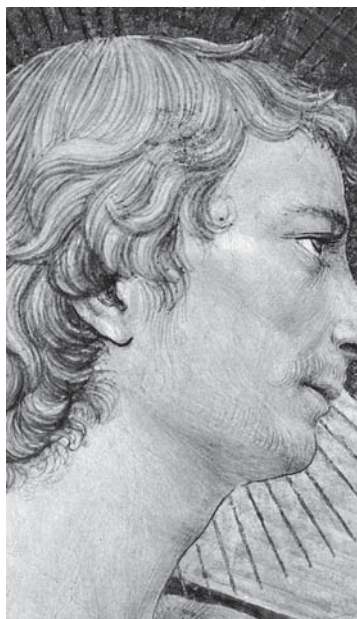
Medico di prestigio che univa scienza e fede

Siccome nel tempo della guerra civile e nell’immediato dopoguerra la necessità spirituale era a volte estrema, Don Pedro approfittava del suo ministero presso i bambini per battezzare i piccoli pazienti o invitare a legalizzare le situazioni matrimoniali.

Monsignor Barrachina Estevan: “Il suo stesso zelo per il bene delle anime si dimostrava, ad esempio, col chiedere documenti alle parrocchie dei suoi bambini, a volte per sposarne i genitori, o altre per battezzare un familiare...”

“Un giorno ottenne che una coppia di zingari si sposasse in Chiesa, essi però alla fine si tirarono indietro perché ritenevano di non avere abiti adeguati per l’occasione; allora Don Pedro li mandò a casa sua perché sua moglie desse un suo abito allo sposo e vestisse la sposa, e così il matrimonio si poté celebrare” (Hermana Guadalupe).

Disse la moglie, Donna Patrocínio: “Si preoccupava soprattutto della salvezza spirituale di tutti, pregava per i suoi pazienti; alcune volte la gente diceva che compiva miracoli”.



Ha detto il Dottor Rivera: “Esercitò la specializzazione della pediatria per vocazione, in quanto credeva che l’essere bisognoso di protezione è il bambino, ancor più se malato... **Tutta la sua vita fu un apostolato**, perché fu per tutti coloro che entravano in contatto con lui, amici e familiari di ammalati, un esempio di virtù cristiana, in quanto contagiava con la sua esemplarità”.

Uomo profondamente religioso

Il Servo di Dio visse la sua vita cristiana in una costante crescita spirituale lungo tutto il corso della sua vita. La sua fede aveva come fondamento una relazione personale, stretta e continua con Gesù Cristo Risorto. Era molto devoto della

Passione di Cristo, del Sacro Cuore di Gesù e del Santissimo Volto.

Aveva una devozione eucaristica e mariana tipica di un uomo ben formato, una devozione forte, ogni giorno più fervorosa. Come adoratore notturno, era un modello.

H^a Guadalupe: “Quando gli si diceva di riposare nelle notte di adorazione notturna, rispondeva: ‘C’è molto da riparare. C’è molto da chiedere a Dio, per i peccatori’”.

Sempre disponibile per tutti

In piena guerra e persecuzione religiosa spagnola, nel mezzo della notte bussarono alla sua porta tre miliziani armati che gli dissero: “Venga con noi”. Don Pedro prese i suoi vestiti (*senza dubbio si accomiatò dalla moglie fino all’eternità*) e uscì con loro. Mentre camminavano gli dissero che la bambina di uno di loro era molto grave, e che lo stavano portando da lei affinché la curasse; la bambina guarì dalla sua malattia. Il padre volle pagarlo, offrendosi di uccidere chiunque lo molestasse, nel suo percorso fino alla presidenza dell’Illustre Collegio di Medici. Don Pedro, che non si faceva mai pagare, tanto meno accettò il pagamento che gli offriva quel miliziano.

La moglie: “I suoi colleghi e infermiere dicevano meraviglie di lui, e non protestavano né avevano paura, però sapevano che *esigeva un buon trattamento* per i bambini malati e ancor più con i poveri”.

Il Vescovo titolare dell’epoca afferma: “Quando visitava i bambini più poveri, mostrava un grande rispetto, esigeva la massima attenzione nei loro confronti perché li amò sempre profondamente... Vita virtuosa e dedita agli altri, soprattutto ai più poveri e invalidi che, per lui, erano i bambini e tra questi gli orfani della Beneficenza Provinciale”.

A. Mancebo: “Durante la guerra civile spagnola (1936-39), il Servo di Dio fu imprigionato con un gruppo di Alicante sulla barca-prigione “Rita Sister”, ancorata nel porto di Valenza: di lì fu liberato grazie

all'intervento degli operai e dei miliziani del porto di Alicante, che avevano indicato in lui il medico che curava gratuitamente i loro figli; mentre nessuno degli adulti delle case confinanti con la sua tornò dal fronte, Don Pedro tornò sano e salvo, non fu mai più molestato, e fu protetto dagli operai e dai miliziani.



Don Amalio, suo ATS (Assistente Tecnico Sanitario): “Ricordo che perfino curò, come sempre con delicatezza e amore, i figli di uno che non poteva vedere perché era un comunista molto focoso”.

Don Francisco Llaneras: Fu portato al fronte di Teruel (dicembre 1938 – gennaio 1939) per servire l'Esercito Rosso, come soldato nel villaggio di Alobras, e in quella località “ogni giorno curava disinteressatamente i malati del villaggio che richiedevano la sua assistenza”.

Durante gli anni 1939-66, il nostro medico maturò professionalmente. **Auxilio Social** era l'organismo che cercava di porre rimedio alle dure condizioni di vita che colpivano nel dopoguerra le classi meno fa-

vorite della società spagnola. Fu un'occasione perché Don Pedro mettesse a prova il suo grande cuore, occupandosi dei bambini nelle fondazioni di GOTA DE LECHE nel famoso “Paseito de Ramiro”, nel dispensario medico del porto marittimo “MADRE E HIJO”, e soprattutto nell’“HOSPITALILLO” della Beneficenza Provinciale.

Pur se devotissimo dell'Eucaristia, per occuparsi del prossimo lasciava tutto per andare al suo servizio. Dichiarano i testimoni che, almeno due volte, da quanto sapevano, pur essendo già vestito con il frac e con in mano l'asta del palio per la processione del Corpus Domini, sollecitato da una madre o un padre angosciati che chiedevano il suo aiuto per i figli, *lasciò il palio* e andò a visitare quei malati.

Ora et labora

Il Servo di Dio aveva una fiducia assoluta nel Signore, ma faceva tutto il possibile per conoscere la scienza e utilizzarla per ciascuno dei suoi malati.

Dall'omelia del suo funerale: “Pieno di Dio, come chi aveva vissuto la Messa e ricevuto la Comunione, si lanciava nelle nostre strade, piazze e villaggi vicini e lontani, e impartiva la sua scienza medica con la vocazione di un sacerdote e la dedizione di un apostolo”.

Uomo di preghiera e adorazione

Mons. Barrachina, Vescovo emerito: “Don Pedro era riguardoso verso tutto ciò che si riferiva a Dio, la Santissima Trinità e la Santissima Vergine, e la presenza eucaristica di Cristo. Mi raccontava il sagrestano di San Nicola che, durante certe nozze, lo sposo fu colto da uno svenimento. Don Pedro corse ad assisterlo però, mentre si occupava di lui, sentì la campanella che annunciava la consacrazione e subito lasciò il malato e si mise in adorazione del Santissimo”.

Dott. Javaloy, nipote del Servo di Dio: “Al termine del-

la sua prolungata e a volte faticosa mattina di lavoro, benché fossimo stanchi e affamati e fossero già le tre e mezza o le quattro del pomeriggio, e non avessimo assaggiato un boccone di cibo dalle nove della mattina, prima di andare a casa mi portava sempre a fare una sosta di preghiera davanti al Santissimo, in un convento vicino a casa” (Cappuccine).

Il Servo di Dio studiava ogni caso dettagliatamente, *faceva ricerche e pregava* per i suoi malati.

Donna Pila Artiaga: “Sono testimone del rigore con cui studiava i casi dei suoi pazienti, perché in tutta la mia vita vidi la luce della sua abitazione accendersi alle cinque e mezza della mattina, e mi consta che lo faceva per studiare, e questo tutti i giorni fino all'ora della messa”.

La stessa cosa dichiara la moglie Donna Patrocinio, e aggiunge che studiava ogni caso in particolare.

Avvocato Don Salvador de Lacy: “Per lui l'ora del pranzo era imprecisa e moltissime volte la bontà degli alimenti si impoveriva, perché arrivava tardi a pranzo. Schiacciava un sonnellino leggero e breve, da seduto, per accorrere poi al suo ambulatorio personale, nella propria casa, che si apriva invariabilmente alle cinque del pomeriggio. Durava tutto il tempo richiesto dai pazienti [...] Non mancava di profittare di ogni occasione per consigliare e indottrinare genitori e familiari”.

Il motore che muoveva il suo grande cuore a dedicarsi alla realizzazione di tanto bene, era la sua profonda fede manifestata nell'amore per la Santissima Eucaristia: ogni giorno iniziava la giornata, che durava dalle 5.30 della mattina fino alle 23 o 24, e a volte fino all'una del giorno seguente, con la Santa Messa a cui assisteva sempre accompagnato dalla moglie.

Il primo venerdì di ogni mese metteva a disposizione della parrocchia la sua macchina per portare la comunione ai malati e lo faceva con la devozione narrata dal sacerdote Don Federico Sala: “Sono testimone di questo, e non una sola volta.

Quando i primi venerdì portava il Santissimo con la sua macchina per la consolazione di alcuni malati e quando la macchina iniziava ad arrivare a piazza San Nicola, lui o sua moglie cominciavano il Rosario fino al rione di Requena, ove si trovava un'ammalata. Se a causa del traffico il viaggio durava più del previsto, al rosario si aggiungeva varie volte la Stazione al Santissimo. Durante il viaggio non si pronunciava nessuna parola oziosa [...]. Se il malato era povero, senza farsene accorgere lasciava sotto il cuscino una buona somma di denaro”.

“Le sue notti di adorazione notturna erano d'esempio per i suoi compagni; lavorò con entusiasmo per il mantenimento e la diffusione del culto eucaristico. Per dieci anni fu Vicepresidente emerito, come scritto nel libro dei Verbali: ‘Titolo che si concede all'Ill.mo. Sig. Don Pedro Herrero Rubio, in riconoscimento dei suoi straordinari meriti come adoratore Veterano Costante e uomo di bene’”.

Generoso con i poveri

Dottor Don José Riquelme: “Abbiamo vissuto con Pedro nelle aule universitarie. In quell'epoca già offriva chiara testimonianza della sua profonda e costante preoccupazione religiosa e di carità. Una volta, allorché era studente a Madrid, vide passare un uomo per la piazza di Lavapiés; il suo aspetto era quello di un anziano sofferente, che vestiva abiti estivi nel mese di gennaio; tremava per il freddo e aveva un aspetto pallido e afflitto... lo invitò ad avvicinarsi alla casa dei suoi zii, vicino alla piazza in cui risiedeva, gli fece indossare uno dei suoi abiti più confortevoli e lo accomiò affabilmente”.

La Signora Asunción Rubio afferma che, poiché ella apparteneva alle Conferenze di San Vincenzo de Paoli e al gruppo della Caritas della sua parrocchia, Don Pedro le chiedeva di indicargli dove fossero i poveri molto bisognosi per dare loro donazioni e altre attenzioni:

“A volte gli dicevo: ‘Non

voglio dirti di più, perché so come sei. Non ti dico di darmi’; e lui rispondeva: ‘Indicarmi casi di poveri è cosa gradita, perché per me dare ai poveri vuol dire porre in un salvadanaio che ho in cielo e che il Signore mi conserva. Ciò che diamo è molto poco, è una vergogna. Se non conosciamo i casi, non dormiamo. Mi fai un favore se mi riferisci di casi di poveri da aiutare. Dare ai poveri equivale a ringraziare’”.

Dopo la sua morte, molte famiglie hanno comunicato che Don Pedro, terminata la visita al malato, lasciava donazioni sotto il cuscino, senza che nessuno, nemmeno il sacerdote, se ne accorgesse.

La moglie: “Curava i malati dedicandosi a loro fino all'estremo. Era meraviglioso. Nella notte e a qualunque ora andava rapidamente a cercare i suoi malati”.

La sig.ra Martínez Sala ricorda le parole di Donna Patro: “Tu non sai cosa era quell'uomo: tutte le mattine quando uscivamo da casa per andare a messa, la prima cosa che mi chiedeva era: ‘Patro, ti sei ricordata?’ e si riferiva al denaro delle elemosine per assicurarsi che lo portassi nella borsetta. Tutti i poveri aspettavano alle porte della Collegiata di San Nicola per ricevere l'aiuto di Don Pedro”.

Donna Adela Mancebo, cugina di secondo grado del Servo di Dio, afferma: “La sua carità verso il prossimo era del tutto esagerata, ad esempio: Almansa è una città che dista da Alicante 92 chilometri, e ogni qualvolta lo chiamavano per curare un malato, benché fosse l'alba, si muoveva in taxi fino qui (Almansa) e lo pagava di tasca sua. Ci chiedeva se la famiglia potesse pagare il conto, e se gli dicevamo di no, che erano poveri, non solo non li faceva pagare, ma anzi lasciava loro del denaro sotto il cuscino, e questo oltre ad essersi pagato la corsa in taxi”.

Ginés Ortuño, autista di Santidad: “Quando visitava i bambini ammalati dei quartieri poveri, dopo averli esaminati lasciava sotto il cuscino un biglietto da cento pesetas per aiutarli a pagare le ricette. A

quel tempo cento pesetas erano il guadagno di due giorni”.

Nelle grotte e nei tuguri

Dopo la persecuzione religiosa tra gli anni '40 e '50, il Servo di Dio assistette anche i malati delle grotte del quartiere di San Blas, del Castello di San Fernando, delle misere case de “Las Provincias” (nelle vicinanze del castello di Santa Bárbara) e del quartiere di Cortés (tutto abitato da famiglie gitane che vivevano come potevano in tuguri o grotte).

Il Dott. Amalio Pérez (ATS) ci racconta: “Non provava ripugnanza a sedersi con tutta amabilità e affetto assieme ai malati di tubercolosi, tifo, meningite e di ogni altro tipo di malattia che si annidava in quelle creature mancanti di igiene e di ogni comodità; si sedeva assieme a loro sui letti o su un giaciglio in terra, pieno di miseria, pidocchi e di tutta la loro parentela; io ero incapace di farlo, avevo ripugnanza di quello stato di cose, ma lui no. Con che affetto li curava! Io ero incapace di pormi alla sua altezza”.

Tutti i malati di quelle grotte conoscevano il caritatevole “medico dei bambini”, la cui umile macchina, immancabilmente, li trasportava agli ambulatori se il caso lo richiedeva. “Molte volte visite, trasporti e donazioni erano tutt'uno”, ricorda P. Federico Sala.

Don Amalio (ATS) con le lacrime dichiara: “Don Pedro percorreva tutta la città, tanto nei quartieri maggiormente popolati quanto nella periferia povera e svantaggiata. Io conoscevo tutti gli ambienti e lui, che aveva fiducia in me, mi chiamava per tutti i servizi dei suoi malati poveri o ricchi”.

“Alcune volte quando portavo uno dei miei figli a casa sua, si occupava di noi quando aveva finito con tutti gli altri e lo vedevo molto stanco; io gli dicevo: ‘è molto stanco, si riposi per favore’ e lui rispondeva: ‘No, sto bene, in più devo andare a fare delle visite’ e ci elencava una lista di malati che doveva vedere in determinati luoghi, a volte lontani. Quel cercare poveri e ammalati in

quelle catapecchie dei campi brulli, che circondavano la città di Alicante; quell'andare per strade di sassi ad ogni momento, imbattendosi nella notte a volte con la pioggia e basse temperature. Faceva tutto per Dio. Voleva che Dio gli sorridesse”.

Continua a raccontare Don Amalio: “Don Pedro, vedendo che una madre gitana non sapeva togliere le croste dalle purulenze del vaiolo, passò una notte nella sua grotta, curando caritatevolmente un bambino affinché non gli restassero segni sul viso. Non era strano vederlo lavare un bambino in una grotta la cui madre era malata”.

Suor Guadalupe de las Heras, Figlia della Carità: “Benché io sia una Figlia della Carità, fu Don Pedro ad insegnarmi cosa è la carità. IO HO IMPARATO COSA È LA CARITÀ AL SUO FIANCO. Se professionalmente era una istituzione, i suoi valori umani erano straordinari. Tutta Ali-

cante lo sa. Io lo chiamavo sempre San Pietro perché non poteva esistere persona più buona di lui [...]. Se un bambino si ammalava alle tre della notte e io non lo chiamavo a casa, il giorno seguente mi rimproverava, anche se avevo medici che potevano farlo perfettamente. Lui era così”.

Rev. P. Fernando Mata, O. P. sacerdote e medico: “Era molto interessato a fondare un Cottolengo ad Alicante e ci riuscì; su suo invito, diedi varie conferenze ad Alicante e diressi una serie di Esercizi Spirituali per operatori sanitari, organizzata dalla Confraternita dei Santi Cosma e Damiano di cui il Servo di Dio fu presidente fino alla sua morte”.

“Ho visto Gesù Cristo”

In determinate occasioni, un canonico di San Nicola visitò un signore ammalato, prostrato nel suo letto; dopo le prime parole il malato disse al sacerdo-

te: “Ho visto Gesù Cristo”; il sacerdote rispose: “Sì, quando la febbre è molto alta si possono avere delle visioni”. “Quando dico di aver visto Gesù Cristo – replicò il malato, piuttosto seriamente – mi riferisco a un uomo buono che, senza conoscermi, mi ha visitato, soccorso, curato e perfino portato all'ospedale, quell'uomo è Don Pedro Herrero”.

Questi brevi elementi descrittivi mostrano il percorso di un cristiano che sa che un battezzato deve essere santo e apostolo.

La morte di Pedro Herrero produsse grande commozione nel cuore di quanti lo conoscevano; ne fu prova la gran folla presente al suo funerale, e l'insperata decisione del Vescovo presente, che annunciava la prossima apertura del processo della sua beatificazione.

LAUS DEO

S.E. Mons. RAFAEL
PALMERO RAMOS
*Vescovo di Orihuela-Alicante
Spagna*



Spagna, PROSAC – Associazione degli Operatori Sanitari Cristiani

L'Associazione degli Operatori Sanitari Cristiani è un'associazione di fedeli con personalità giuridica pubblica, eretta dalla Conferenza Episcopale Spagnola.

Le finalità che si propongono gli aderenti sono: promuovere il laicato cristiano; creare canali e ambiti di incontro; aiutare gli operatori sanitari in campo umano, spirituale e bioetico; collaborare nella promozione della salute; contribuire alla difesa dei diritti delle persone nella salute o nella malattia.

Nell'ambito di queste finalità, vengono promossi incontri annuali come quello che si è tenuto dal 15 al 17 maggio 2009 ad Avila, e che ha visto la presenza di circa un centinaio di operatori sanitari. Essi hanno riflettuto sulla coscienza, la responsabilità e la solidarietà nel mondo socio-sanitario, "convinti – come ha detto il Dr. José María Rubio, Presidente dell'Associazione – che la solidarietà, l'etica e la spiritualità sono le sfide e le principali mete della nostra professione, e che insieme potremo superarle".

Mons. Jesús García Burillo, Vescovo di Avila, ha presieduto l'atto inaugurale nel quale, dopo aver dato il benvenuto nella città natale di Santa Teresa, modello di inferma e di paziente, ha augurato ai partecipanti di avere gli stessi sentimenti che ella visse e con i quali superò la malattia: sapienza, pazienza e unione con Dio. Rudesindo Delgado, Assistente Ecclesiastico dell'Associazione, ha letto il messaggio di saluto e di incoraggiamento inviato da S.E. Mons. José Luis Redrado, Segretario del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute.

Tre eccezionali relatori, Emilia Sánchez Chamorro, Francisco Alarcos e Juan Martín Velasco, ci hanno aiutati a conoscere l'attuale realtà socio-sanitaria, le chiavi giuste con le quali affrontarla e le ri-

sorse per vivere cristianamente in essa.

Particolarmente toccanti per la loro qualità sono state le esperienze presentate sulla morte dei bambini, l'impegno nel campo della formazione e della bioetica, il lavoro nel mondo della prostituzione, l'attenzione alla salute nelle carceri e la visione e l'impegno di un'operatrice nel mondo socio-sanitario.

Attiva e arricchente è stata la partecipazione ai tre seminari di lavoro che si sono svolti contemporaneamente, e che erano dedicati all'obiezione di coscienza all'inizio e alla fine della vita e nell'assistenza ordinaria.

Abbiamo potuto contare sulla presenza di S.E. Mons. Rafael Palmero, Responsabile della Pastorale della Salute, il quale ha presieduto un'eccellente Eucaristia nel Monastero dell'Incarnazione delle Suore Carmelitane, ha partecipato ai seminari sull'obiezione di coscienza e ha pronunciato alcune parole molto illuminanti sulle sfide più urgenti dell'Associazione: il suo rinnovamento e la dinamicizzazione interiore ed esteriore, la necessità di una costante riflessione etica e morale sulla sua attività professionale e l'impegno di una testimonianza cristiana nel mondo della salute e nella vita, con un'attenzione speciale nei confronti dei più deboli e bisognosi.

Nell'incontro di Preghiera, gli scritti di Santa Teresa e di San Giovanni della Croce ci hanno permesso di addentrarci alla radice della fede, alla gioia celeste e ai cammini di Dio. È stata letta la Lettera di San Paolo, e altri testi tratti dalle sue lettere.

Non sono mancati humor e allegria nella festa, chiamata tra di noi "tibilorio".

Ci ha accompagnato in queste giornate il Dr. Alexander Sherchenko, inviato dal Metropolita di Voronezh e Borisogolensk, Presidente del Diparti-

mento Sinodale della Chiesa della Carità e Servizi Sociali della Chiesa Ortodossa Russa e Presidente dei Medici della Comunità ortodossa di Russia.

Di seguito presentiamo i saluti del Vescovo di Avila, S.E. Mons. Jesús García Burillo, e di S.E. Mons. Rafael Palmero, Vescovo responsabile per la Pastorale sanitaria della Conferenza Episcopale.

P. RUDESINDO DELGADO
*Assistente ecclesiastico del PROSAC
(Associazione degli Operatori
Sanitari Cristiani),
Spagna*

Saluto dell'Ecc.mo Mons. Jesús García Burillo

"Il Dio del Signore nostro Gesù Cristo vi dia uno spirito di sapienza e di rivelazione" (Ef 1,17).

Ho il piacere di dare il benvenuto a tutti i partecipanti a queste XVI Giornate Nazionali degli Operatori Sanitari Cristiani. Cari Sig. Rudesindo, Sig. Presidente e membri dell'Associazione PROSAC, Don Abilio, Direttore del Dipartimento di Pastorale della Salute della Conferenza Episcopale Spagnola. Vorrei che vi sentiste come a casa vostra. La città di Avila apre le sue porte a ciascuno di voi, e a tutta l'Associazione. Siamo ben felici di ospitare un'esperienza della Chiesa come questa alla quale vi accingete a partecipare. Nel Libro della Sapienza, troviamo il discorso di Salomone sulla natura della sapienza, che conclude con una preghiera. La faccio mia all'inizio di questo saluto, chiedendo a Dio questo grande dono per tutti voi:

"Dio dei padri e Signore di misericordia, che tutto hai creato con la tua parola, che con la tua sapienza hai formato l'uomo, perché domini sulle creature che tu hai fatto, e governi il mondo con santità e giustizia e pronunzi giudizi con animo retto, dammi la sa-

pienza, che siede in trono accanto a te [...]. Anche il più perfetto tra gli uomini, privo della tua sapienza, sarebbe stimato un nulla [...]. Mandala dai cieli santi, dal tuo trono glorioso, perché mi assista e mi affianchi nella mia fatica e io sappia che cosa ti è gradito” (Sap 9, 1-10).

Quando fui inviato come Vescovo di questa città a far parte dell’anello che nella successione apostolica ci porta sino al fondatore della Chiesa d’Avila, San Secondo, uno dei sette “uomini apostolici”, ripresi le parole con le quali Giovanni Paolo II iniziava la sua visita in Spagna, nel 1982: “Vengo ad Avila ad adorare la Sapienza di Dio”. Questa Sapienza illumini i vostri lavori delle XVI Giornate Nazionali degli Operatori Sanitari Cattolici, in una terra, quella d’Avila, che ha dato alla Chiesa grandi Santi, nei quali la Sapienza divina ha lasciato la propria orma, soprattutto in quelli che sono fari luminosi nella Chiesa Spagnola e nella Chiesa universale, Santa Teresa di Gesù e San Giovanni della Croce. Vi invito ad aprire i vostri cuori per accogliere, così come fecero loro, la Sapienza di Dio.

Ci troviamo nella città che ha dato i natali a Santa Teresa. Sono molte le persone che, ogni giorno, giungono qui dai cinque continenti per conoscere la città e in particolare per visitare i luoghi in cui la Santa nacque, visse, pregò, contemplò, fondò un nuovo Carmelo e fu un modello straordinario di donna, di umiltà e di vita di preghiera.

Anche Teresa fu un modello di malato. Sono sicuro che tutti voi avreste voluto averla come paziente. Santa Teresa nella sua vita soffrì a causa di diverse malattie. Nel monastero di Grazia, qui ad Avila, dove fece il suo ingresso ancora adolescente, ricorda: “ebbi una grave malattia che mi fece tornare a casa dai miei genitori” (V 3,3). Della sua gioventù ricorda che “con la febbre, mi era venuta una grande debolezza. Ho sempre avuto poca salute” (V 3, 7). Durante il suo noviziato nel convento dell’Incarnazione, a 20 anni, superò

“le terribili malattie che ebbi, con grande pazienza che il Signore mi aveva dato” (V 4, 9). La causa era il fatto che “il cambiamento di vita e di cibo provocarono danno alla mia salute, e anche se il contenuto era molto non bastò. Iniziavano ad aumentare in me gli svenimenti e mi venne un male al cuore tanto grande che metteva paura a chi lo vedeva, assieme agli altri” (V 4, 5).

Dato che i medici di Avila non riuscivano a curarla, suo padre la portò a Becedas, da una famosa guaritrice, ma lì il trattamento “medico” risultò più nocivo della sua stessa malattia: “dopo due mesi,



malgrado le medicine, la vita mi aveva quasi abbandonata, e la gravità del male del cuore dal quale volevo guarire era molto più forte, che alcune volte mi sembrava che denti aguzzi mi separavano da lui. Avevo una febbre continua, ed ero tanto consumata, perché per quasi un mese mi avevano dato una purga ogni giorno, ero tanto consunta che i nervi iniziarono a contrarsi, con dolori così insopportabili da non poter avere riposo né giorno né notte, e avevo profonda tristezza” (V 5, 7).

Non vedendo alcun miglioramento, il padre la riportò ad Avila. I medici la diedero per spacciata, dicendo che aveva la tisi. Aveva 24 anni, e la notte del 15 agosto del 1539 “mi venne una crisi che durò più o meno quattro giorni” (V 5, 9).

Tutto questo Santa Teresa lo

ricorda 25 anni dopo, scrivendo il libro della sua vita. I medici oggi discutono sulle sue malattie ed esiste abbondante letteratura sul tema. Ma già allora Teresa aveva superato quegli anni di malattie vivendo una vita piena, intensa, colma di rapporti umani e di attività, di intensa vita interiore ed esterna, intraprendendo il compito di riformare e fondare 18 conventi del Carmelo, superando ogni tipo di difficoltà, che oggi ci sembrano incredibili per una donna del XVI secolo. Solo una donna dalle grandi capacità fisiche, psichiche e soprattutto spirituali sarebbe stata in grado di realiz-

zare compiti come questi. Teresa certamente apprezzava la salute, la stimava, la cercava, la raccomandava e ne faceva oggetto di supplica al Signore: “desidero la salute del corpo” (cit. 299,5); “prega il Signore che continui la salute” (cit. 457, 8); “sto meglio in salute del solito. La conceda Dio a vostra mercede nel corpo e nell’anima come io lo desidero” (cit. 2, 14).

Con grande sapienza, Teresa imparò a superare la malattia non volendo dipendere più dai suoi dolori: “vidi chiaramente che in molte cose, sebbene di fatto sia malata...quando non sono così tanto curata a trattata bene, ho molta più salute” (V 13, 7); riconosceva la necessità di curarsi soprattutto consigliando gli altri: “è più importante donarsi agli altri che stare male (cit. 234). “io

non mi privo di tutto ciò che considero necessario, che non è poco, e anche qualcosa di più che usano da queste parti” (cit. 10).

La malattia, come tutto nella sua vita, la affrontava in modo diretto: “Fino al momento in cui mi sono imposta di non preoccuparmi più del corpo né alla salute, sempre sono stata vincolata senza servire a niente” (V 13, 7). E la incarnava con pazienza e con fede. Sono le virtù che la portano a distanziarsi da essa: “quando il signore vede che è necessario per il nostro bene, la salute; quando no, la malattia. Sia per tutto benedetto” (cit. 2, 4). E soprattutto con amore: “la stessa malattia talvolta è la vera preghiera, quando è l’anima che ama, nell’offerta del dolore. Qui agisce l’amore” (V 7, 12). Teresa ha appreso a vivere la malattia con pace e con gioia, fino a essere gioia immensa, il che è solo frutto della sua unione con Dio: “nulla di quanto succede sulla terra l’affliggerà... né malattia, né povertà, né morte” (M 5, 3,3).

Auguro a tutti voi gli stessi sentimenti con i quali Teresa superò la malattia: sapienza, pazienza e, soprattutto, unione con Dio. Solo Dio basta; è questa la convinzione che diede senso e colmò appieno la vita di Teresa. Il resto è importante in quanto ci aiuta a vivere la nostra unione con Dio e il nostro servizio agli altri.

Come voi ben sapete, stiamo attraversando una profonda trasformazione della cultura negli aspetti attinenti la salute, la salute riproduttiva, la ricerca scientifica sugli embrioni, l’eutanasia, in definitiva sul concetto radicale della natura della vita e sull’essere umano. Sono temi che riguardano la “coscienza, la responsabilità e la solidarietà nel mondo socio-sanitario”, come recita lo slogan che avete scelto per queste Giornate.

Senza andar troppo lontano, ieri il Consiglio dei Ministri, negando l’evidenza scientifica sull’origine della vita e ignorando le grandi manifestazioni che si sono tenute in favore della vita, come il “Manifesto di Madrid”, ha approvato, se-

condo le previsioni, il disegno di legge su “Interruzione volontaria della gravidanza e Salute Sessuale e Riproduttiva”, che converte in diritto della donna l’aborto dalla 14ª settimana e fino alla 22ª in caso di rischio per la vita o la salute della madre, o in caso di gravi anomalie del feto; l’aborto è garantito nell’ambito dei servizi offerti dal Servizio Sanitario Nazionale come prestazione pubblica e gratuita, il che supporrà un cambiamento giuridico nella legge sulla libertà di coscienza alla quale si appellano numerosi medici e operatori sanitari per non praticare l’aborto. Qualche giorno prima, il Ministro della Salute annunciava che la cosiddetta “pillola del giorno dopo” sarà venduta nelle farmacie senza ricetta medica e senza limite d’età. Sono due notizie di piena attualità che incidono direttamente sulla coscienza, sulla responsabilità e sulla solidarietà degli operatori sanitari cattolici.

Anch’io sono convinto, come tutti voi, che “insieme possiamo”. È il tema della seconda relazione di queste Giornate. Insieme possiamo, anzitutto con la nostra unione con Cristo, così come fece Teresa di Gesù; insieme possiamo in comunione con la Chiesa, che confessa un solo Signore, una sola fede, una sola speranza unificata in un solo corpo, un solo Spirito, un solo Dio e Padre. Il Magistero della Chiesa offre ai cattolici e alla società un’abbondantissima dottrina in favore della vita e dell’essere umano, che voi conoscete bene.

Un grande “sì” alla vita umana deve occupare il posto centrale nella nostra riflessione etica sulla dignità della persona. Rispettare la vita umana, la dignità della persona, la cura della salute dell’individuo e della comunità sono i doveri e le gioie primordiali del medico.

Auguro a tutti voi di trascorrere queste Giornate nella pace, con gioia e sapienza, divina e umana, nelle festività pasquali che stiamo celebrando. Spero che sia una riflessione che trasformi la vita in preghiera e la preghiera in vita, secondo il modello di Santa

Teresa, una donna che ha occupato lo stesso spazio “geografico” un cui vi trovate in questi giorni.

Saluto di Rafael Palmero

1. Riguardo le vostre sfide

Nella lettera che mi avete inviato a suo tempo, invitandomi a partecipare a queste Giornate Nazionali, mi facevate conoscere quali sono le sfide più urgenti che dovete affrontare: il rinnovamento e la dinamicizzazione interiore ed esterna dell’Associazione, la necessità di una costante riflessione etica e morale sulla nostra attività professionale e l’impegno di una testimonianza cristiana nel mondo della salute e nella vita, con un’attenzione speciale per i più deboli e bisognosi. Sono sfide importanti, che richiedono una risposta adeguata. In questi momenti non servono di certo risposte precipitose, congiunturali né utilitaristiche. Questo tipo di risposte, che apparentemente possono essere efficaci, in fondo sono fughe in avanti perché accomodano la realtà senza risolvere i problemi.

Dobbiamo mantenere il silenzio e ascoltare il Signore, che è in mezzo a noi e che ci chiama a essere fedeli a ciò che siamo. Le sfide, lette con attenzione e nell’ascolto della Parola di Dio, ci rimandano, in ultima istanza, all’identità della vostra Associazione. Detto in altri termini, sono un invito a essere consapevoli di quello che siamo.

L’introduzione degli Statuti dell’Associazione afferma che siete operatori sanitari cristiani, che volete esercitare nel mondo della salute e della malattia la missione che Gesù, nella sua Chiesa, ci ha affidato¹. La propria identità non si può dare per scontata. Quando l’operatore sanitario cristiano, sollecitato da altre cose, perde di vista ciò che è, non trova in se stesso il senso di ciò che fa. In queste circostanze, il precipitare degli eventi, la routine o l’abbandono appaiono sempre all’orizzonte come una tentazione. È opportuno, perciò, ri-

tornare sull'identità e tenerla sempre presente per affrontare con coerenza e fedeltà le sfide che ci si trova di fronte. È nella nostra identità che dovremo cercare risposte durature.

2. La parabola del Buon Samaritano (Lc 10, 25-37)

Riflettendo sul titolo di queste Giornate, "Coscienza, responsabilità e solidarietà nel mondo socio-sanitario", mi sono venute in mente le parole di Giovanni Paolo II alle soglie del Giubileo dell'anno 2000: "A quanti sono impegnati, professionalmente o per scelta volontaria, nel mondo della salute, rivolgo un caldo invito a fissare lo sguardo sul divino Samaritano, perché il loro servizio possa diventare prefigurazione della salvezza definitiva e annuncio dei nuovi cieli e della nuova terra 'nei quali avrà stabile dimora la giustizia' (2Pt 3, 13)"²².

Seguendo questa proposta, vi invito a meditare con calma e in pace sulla parabola del Buon Samaritano, affinché con la consapevolezza della vostra identità, possiate rispondere alle sfide e crescere nella solidarietà verso i malati. La Chiesa, dice l'Esortazione Apostolica *Christifideles laici*, "ha ritrascritto, di secolo in secolo nell'immensa moltitudine delle persone malate e sofferenti, la parabola evangelica del buon Samaritano, rivelando e comunicando l'amore di guarigione e di consolazione di Gesù Cristo. Ciò è avvenuto mediante la testimonianza della vita religiosa consacrata al servizio degli ammalati e mediante l'infaticabile impegno di tutti gli operatori sanitari"²³.

Vi propongo questa parabola per due motivi. In primo luogo, perché "l'esempio di Cristo, buon Samaritano, deve ispirare l'atteggiamento del credente inducendolo a farsi 'prossimo' ai fratelli e alle sorelle che soffrono mediante il rispetto, la comprensione, l'accettazione, la tenerezza, la compassione, la gratuità"²⁴. In secondo luogo, perché "la parabola del buon Samaritano rimane come criterio di misura, impone l'universalità dell'amore che si volge verso il biso-

gnoso incontrato per caso"²⁵. Il malato è fonte d'identità per l'operatore sanitario cristiano. Nell'incontro con lui, la vostra identità si manifesta nella misericordia, nella responsabilità e nella solidarietà.

3. La misericordia manifesta l'identità cristiana

La misericordia è, secondo Luca, una delle caratteristiche di Dio (cfr. Lc 1,54; 6,36) e la spiegazione del comportamento che Gesù adotta verso i poveri, i malati e i peccatori (cfr. Lc 17,13; 18,38). Davanti a un malato, non bisogna passare oltre o cambiare strada. L'operatore sanitario cristiano, che nel malato trova la sua ragion d'essere e il senso della vita, deve *andargli accanto e vederlo* (cfr. Lc 10, 33). Il Samaritano non aveva programmato che quel giorno avrebbe incontrato un ferito, i suoi progetti erano altri. Di fronte all'imprevisto, però, non cambia strada ma anzi resta. L'operatore sanitario cristiano sa rimanere, è capace di cambiare il suo programma personale perché vuole arrivare fino al malato che ha incontrato nell'ospedale, nella clinica o durante una visita.

Dobbiamo restare per guardare. Guardare significa uscire da sé, è distogliere gli occhi da noi stessi per poter vedere l'altro. Lo sguardo risveglia la dinamica della volontà. Non guardiamo come spettatori passivi, ma come attori impegnati nel mistero del fratello malato. Se si guarda con gli occhi della fede, il malato non è più una persona anonima ma diventa un nostro fratello. Quando guardiamo in questo modo, amiamo.

Lo sguardo rende possibile la misericordia, suscita la compassione (cfr. Lc 10, 33). Il Samaritano provò compassione, ebbe misericordia, fu misericordioso. La compassione scaturisce quando l'altro entra nella vita del Samaritano. La compassione è relazionale ed esige la presenza dell'altro che non è indifferente. La mera prossimità non genera amore, ma è l'amore che genera prossimità, è l'amore che ci rende prossimi. Così diceva Giovan-

ni Paolo II: "Tale amore si fa particolarmente notare nel contatto con la sofferenza, l'ingiustizia, la povertà, a contatto con tutta la 'condizione umana' storica, che in vari modi manifesta la limitatezza e la fragilità dell'uomo, sia fisica che morale. Appunto il modo e l'ambito in cui si manifesta l'amore viene denominato nel linguaggio biblico 'misericordia'"²⁶.

Di conseguenza, la vicinanza, lo sguardo e la compassione fanno trasparire la vostra identità cristiana: siate consapevoli della vostra identità quando vi avvicinate al malato, quando lo guardate e quando provate compassione per lui.

4. La responsabilità rimanda a un dialogo d'amore con Dio

Se la misericordia ci rende prossimi, l'operatore sanitario cristiano scopre nel malato la mediazione necessaria per rispondere con fedeltà alla vocazione cristiana: Cristo, rendendosi presente nel malato, ci chiama. La vocazione è un dialogo d'amore tra Dio che chiama e l'uomo che risponde. La responsabilità di un operatore sanitario cristiano rimanda a un dialogo d'amore con Dio che avviene nell'incontro con il malato.

Il buon Samaritano gli si fece vicino, gli fasciò le ferite, versandovi olio e vino (Lc 10, 34). Per curare e bendare le ferite, il Samaritano non esita a scendere dal suo cavallo. L'amore, se è tale, si abbassa; è condiscendente. Ce lo ricorda Paolo nell'inno cristologico della Lettera ai Filippesi: "il quale, pur essendo di natura divina, non considerò un tesoro geloso la sua uguaglianza con Dio; ma spogliò se stesso, assumendo la condizione di servo e divenendo simile agli uomini" (Fil 2, 6-7). Questo abbassarsi rende possibili i compiti di curare e fasciare le ferite. L'amore, che è scaturito dall'incontro, esige che ci si metta al livello del malato. A imitazione di Cristo dovete abbassarvi affinché il malato possa recuperare la propria salute. Rispondete pertanto alla

vostra vocazione, siate cioè responsabili nella dedizione, nella donazione e nella gratuità. Queste sono le risposte a un'esperienza d'amore che è scaturita dall'incontro con il fratello malato. Solo l'amore per il malato, nel quale scopriamo Cristo, ci rende responsabili.

La responsabilità sostiene e giustifica la necessità di una formazione permanente. È estremamente urgente l'aggiornamento del personale che lavora in un settore tanto delicato della società, e per di più quando il malato ci affida il bene della sua vita. In questo senso, sono eloquenti le parole di Benedetto XVI: "Per quanto riguarda il servizio che le persone svolgono per i sofferenti, occorre anzitutto la competenza professionale: i soccorritori

sì che per loro l'amore del prossimo non sia più un comandamento imposto per così dire dall'esterno, ma una conseguenza derivante dalla loro fede che diventa operante nell'amore (cfr *Gal 5, 6*)".

5. *La solidarietà scaturisce dall'amore*

La compassione del Samaritano si esprime attraverso le sue azioni. L'amore vero è creativo, non abbandona ma cura. L'amore si svela nell'impegno, nella fedeltà e necessità di continuità. L'amore vero non abbandona mai il malato al proprio destino, termina l'opera iniziata, è solidale con lui.

"Poi – continua la parabola – caricatolo sopra il suo giumento, lo portò a una locanda e si prese cura di lui. Il giorno

samaritani, a sanare, a curare e a difendere la vita del malato. L'uomo si inganna quando crede "di potersi impadronire della vita e della morte perché decide di esse, mentre in realtà viene sconfitto e schiacciato da una morte irrimediabilmente chiusa ad ogni prospettiva di senso e ad ogni speranza"⁸. E Benedetto XVI ribadisce che: "Occorre affermare con vigore l'assoluta e suprema dignità di ogni vita umana"⁹. Di fronte alla minaccia che viene posta alla vita dell'uomo nel suo inizio e nel momento finale, la solidarietà si manifesta nell'annuncio del Vangelo della Vita: siate, con il vostro lavoro, i "custodi e servitori della vita umana"¹⁰.

La solidarietà esige da voi anche un secondo compito: la promozione di una salute degna per l'uomo. Esiste il pericolo di trasformare la salute in un idolo al quale si subordinano gli altri valori. Questa visione riduttiva della salute non tiene conto della dimensione spirituale e sociale della persona. La salute non si limita alla perfezione biologica, "anche la vita vissuta nella sofferenza offre spazi di crescita e di autorealizzazione e apre la strada verso la scoperta di nuovi valori"¹¹. La solidarietà deve incoraggiarci a lavorare per una salute fondata su un'antropologia rispettosa della persona nella sua integrità. Da questa prospettiva, la salute "lungi dall'identificarsi con la semplice assenza di malattie, si pone come tensione verso una più piena armonia ed un sano equilibrio a livello fisico, psichico, spirituale e sociale"¹².

6. *"Insieme possiamo"*

Lo slogan che avete scelto per queste Giornate, "Insieme possiamo", ci richiama alla comunione. Una comunione che per noi è sacramentale quando facciamo memoria di nostro Signore Gesù Cristo, quando celebriamo l'Eucaristia.

Anche noi abbiamo bisogno di essere curati, di qualcuno che fasci le nostre ferite. Cristo, il buon Samaritano, lava i nostri piedi stanchi, cura le nostre ferite, si fa carico delle nostre sofferenze, ci redime mo-



devono essere formati in modo da saper fare la cosa giusta nel modo giusto, assumendo poi l'impegno del proseguimento della cura. La competenza professionale è una prima fondamentale necessità, ma da sola non basta. Si tratta, infatti, di esseri umani, e gli esseri umani necessitano sempre di qualcosa in più di una cura solo tecnicamente corretta. Hanno bisogno di umanità. Hanno bisogno dell'attenzione del cuore [...]. Perciò, oltre alla preparazione professionale, a tali operatori è necessaria anche, e soprattutto, la 'formazione del cuore': occorre condurli a quell'incontro con Dio in Cristo che susciti in loro l'amore e apra il loro animo all'altro, co-

seguito, estrasse due denari e li diede all'albergatore" (*Lc 10,34-35*). La solidarietà con il malato non cerca la gratificazione né l'applauso, non è momentanea né epidermica. La solidarietà affonda le proprie radici in un legame obiettivo con il malato che scaturisce dall'amore: l'amore esige la solidarietà. Da questo punto di vista, la solidarietà con il malato non deve costituire un'opzione per l'operatore sanitario cristiano.

Da questa solidarietà con il malato, nell'attuale contesto socio-culturale derivano due compiti urgenti: la difesa della vita e la promozione di una salute degna dell'uomo. La solidarietà ci impegna, come altri

rendo sulla croce. L'Eucaristia è una scuola d'amore, alla quale apprendiamo a essere samaritani. "È dall'Eucaristia che il servizio reso all'uomo sofferente nell'anima e nel corpo assume il suo senso, trovando in essa non solo la sua fonte, ma anche la norma. Non a caso Gesù ha collegato strettamente l'Eucarestia al servizio (Gv 13, 2-16), chiedendo ai discepoli di perpetuare in sua memoria non solo la 'fractio panis', ma anche il servizio della 'lavanda dei piedi'"¹³.

Quando ci sediamo alla Mensa Eucaristica ci lasciamo lavare i piedi da Gesù ed entriamo in comunione con Cristo e con i fratelli attraverso il Pane condiviso e il Sangue versato per noi. Nell'Eucaristia

il servizio è espressione della comunione eucaristica. Ne deriva che nel servizio al fratello malato dobbiamo essere tutti uniti: è questa la forza che si realizza nella fragilità del vostro servizio e della vostra dedizione. "Appare pertanto chiaro – conclude Benedetto XVI – che proprio dall'Eucaristia la pastorale della salute deve attingere la forza spirituale necessaria a soccorrere efficacemente l'uomo e ad aiutarlo a comprendere il valore salvifico della propria sofferenza"¹⁴.

Vi invito a partecipare all'Eucaristia dando la mano a Maria, nostra Madre. In questo modo sperimenterete che l'impossibile diventa possibile e come ciò che è separato si può unire.

Note

¹ Cfr. Estatutos de la Asociación de Profesionales Cristianos, Preámbulo.

² GIOVANNI PAOLO II, *Messaggio in preparazione alla VIII Giornata Mondiale del Malato*, 6 agosto 1999.

³ GIOVANNI PAOLO II, *Esortazione Apostolica Christifideles laici*, 53.

⁴ GIOVANNI PAOLO II, *Messaggio in preparazione alla VIII Giornata Mondiale del Malato*, 6 agosto 1999.

⁵ BENEDETTO XVI, *Deus Caritas est*, 25.

⁶ GIOVANNI PAOLO II, *Lettera Enciclica Dives in misericordia*, 3.

⁷ BENEDETTO XVI, *Lettera Enciclica Deus Caritas est*, 31.

⁸ GIOVANNI PAOLO II, *Lettera Enciclica Evangelium vitae*, 15.

⁹ BENEDETTO XVI, *Messaggio per la XVII Giornata Mondiale del Malato*, 2 febbraio 2009.

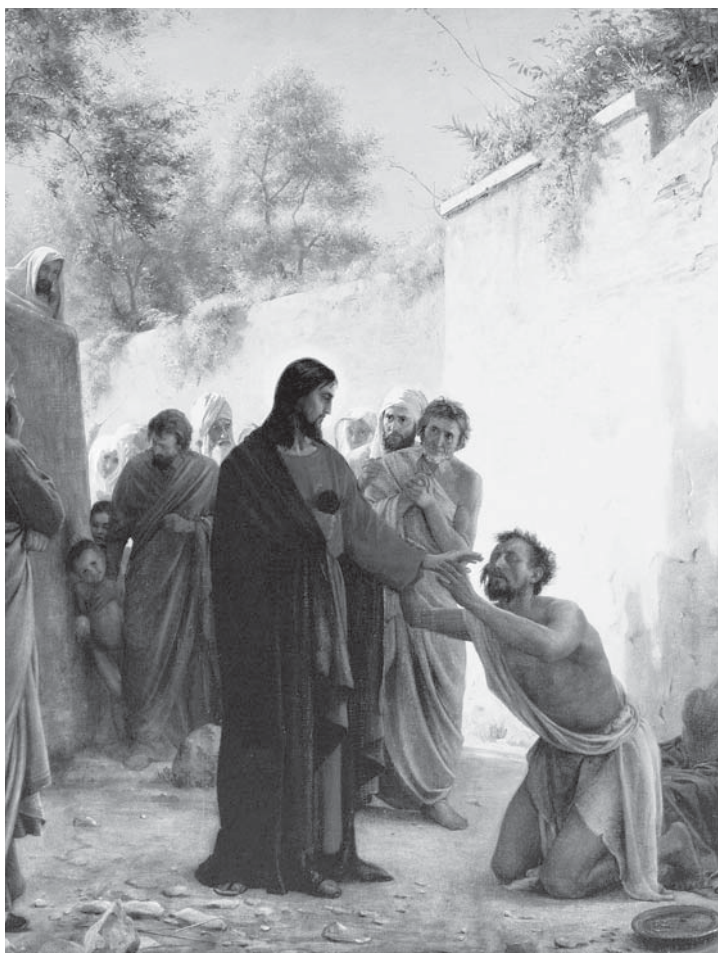
¹⁰ GIOVANNI PAOLO II, *Messaggio in preparazione alla VII Giornata Mondiale del Malato*, 8 dicembre 1998, 6.

¹¹ GIOVANNI PAOLO II, *Messaggio in preparazione alla VIII Giornata Mondiale del Malato*, 6 agosto 1999, 13.

¹² *Ibid.*, 13.

¹³ *Ibid.*, 8.

¹⁴ BENEDETTO XVI, *Messaggio per la XVI Giornata Mondiale del Malato*, 11 gennaio 2008, 4.



La sofferenza, scuola di vita.

Il Servo di Dio Manuel Lozano Garrido

Dopo un breve cenno biografico, suddividerò il mio intervento in due parti: la sofferenza, scuola di vita e Lolo-Manuel Lozano Garrido, testimone del valore della sofferenza.

Manuel Lozano Garrido nasce a Linares (Jaén), nel 1920. Entra nell'Azione Cattolica nel 1931. La malattia fa la sua comparsa nel 1942 e dal 1943 lo costringe sulla sedia a rotelle. Nel 1956 fonda la Rivista Sinai per gli ammalati. Perde completamente la vista nel 1962. Publica numerosi libri e nel 1969 riceve il premio di giornalismo "Bravo". Muore a Linares il 3 novembre 1971. Nel 1994 inizia a Jaén il processo di canonizzazione.

1. La sofferenza, scuola di vita

a. La vita è un dono

La vita è vita, è un dono, un regalo di Dio che dobbiamo amare, curare e salvaguardare. Dobbiamo dire SÌ alla vita; NO alla sua manipolazione. La vita non è di destra o di sinistra, non appartiene a partiti politici e non è un prodotto di laboratorio; la vita è di Dio, noi ne siamo solo gli amministratori.

Nati per vivere. L'impegno dell'uomo è la vita, per questo dobbiamo imparare a vivere: dobbiamo amare la vita, innamorarcene, ringraziare per il suo dono, goderla e condividerla; lasciarci sorprendere, saper vivere momenti nuovi, diversi, insoliti. Come è bello scoprire la vita e viverla con speranza, con fiducia, con la voglia di lottare, di vivere e non lasciare spazio alla tristezza, alla noia, alla paura. Amare la vita, lasciare entrare il nuovo, guardare all'infinito, aprire porte e finestre alla vita affinché entri luce, gioia, donazione, amore.

Sì alla vita, ricca, abbondante, piena, quella che Gesù di Nazaret ci ha promesso: "Io sono venuto perché abbiano la vita" (Gv 10, 10).

La magnifica Enciclica di Papa Giovanni Paolo II *Evangelium vitae* è un testo per una profonda meditazione. Come ministri della vita siamo chiamati ad annunciare il valore della vita, a servirla, celebrarla ed evangelizzarla.

b. Pellegrinaggio attraverso la sofferenza

Sì alla vita; ma questa è costantemente sottoposta a minacce. Eccone alcune: la droga, l'alcolismo, gli incidenti stradali, il consumismo, la depressione, il sesso, il vuoto della vita, l'aborto, l'eutanasia, la fame, la guerra, la morte contro la vita e un'infinità di malattie.

Faccio, qui di seguito, un rapido elenco:

- quasi mille milioni di persone soffrono a causa di povertà, malnutrizione e malattie;
- ogni anno muoiono 46 milioni di persone;
- quasi 850 milioni di persone vivono in zone malariche;
- in molti paesi la vita media non arriva ai 50 anni, e il tasso di mortalità infantile va dal 100 al 200 per mille.

Nel mondo esistono:

- 10 milioni di epilettici,
- 15 milioni di lebbrosi,
- 32 milioni di sordomuti,
- 50 milioni di paralitici.

Il 12% della popolazione soffre di un'anomalia mentale; aggiungiamo inoltre l'AIDS, la tossicodipendenza, l'alcolismo, la vecchiaia, la disoccupazione, le migrazioni ecc. Sono le cifre della vergogna presenti nella nostra società. Ma è anche un lungo viaggio, un grande pellegrinaggio di tutta l'umanità attraverso la mappa della sofferenza che ci parla

della sua universalità e che ci unisce a tutti i popoli: poveri e ricchi, ignoranti e sapienti, credenti e non credenti.

c. La malattia ha un senso?

L'11 febbraio 1984 Papa Giovanni Paolo II pubblicò la Lettera Apostolica "Salvifici doloris" sul senso cristiano della sofferenza umana. Il Pontefice vi afferma che la sofferenza è un tema universale che accompagna l'uomo (SD 2), che deve essere accettata come un mistero (SD 8 e 11) e che, per intuire la vera risposta al senso della sofferen-



za, dobbiamo volgere il nostro sguardo verso la rivelazione dell'amore divino, fonte ultima del senso di tutto ciò che esiste. L'amore è anche la fonte più ricca del senso della sofferenza. È la risposta data da Cristo sulla croce (SD 13). È la strada percorsa da Cristo, che accettò il dolore, lo visse dandogli un senso di liberazione e salvezza. Egli si diede totalmente fino alla morte in croce, però la sua risurrezione ha vinto la morte. Da quel momento, la sofferenza umana ha acquistato un senso, si è trasformata, insieme a quella di Cristo, in salvezza: "Se il chicco di grano caduto in terra non muore, rimane solo; se invece

muore, produce molto frutto” (Gv 12, 24).

*d. La sofferenza è
un momento chiave e
opportuno, un kairós*

– Per il malato che si sofferma sulla propria vita e comincia a riflettere più seriamente sul suo senso, nel momento della malattia.

– Un tempo di Dio che passa e forse ci trova meno distratti.

Il dolore e la malattia, sono un luogo di osservazione, una scuola, un’università che ci insegna tante cose e un’occasione per abbracciare la vita e, a volte, per una conversione e un apostolato autentici.

Molti santi e persone semplici hanno realizzato un grande cammino positivo attraverso la sofferenza: Ignazio di Loyola, Giovanni di Dio, Camillo de Lellis, Giovanni Paolo II, Lolo, e un *eccetera* quasi infinito. È l’esperienza confermata tutti i giorni negli ospedali e nella vita familiare.

2. Lolo, il Servo di Dio Manuel Lozano Garrido, testimone del valore della sofferenza

Tenendo presente come quadro di riferimento la riflessione precedente, segnaliamo alcuni aspetti umani di Lolo e altri legati alla sua malattia, nel senso in cui l’ha vissuta. Lo faremo in forma telegrafica.

a. Aspetti umani in Lolo

– Spirito positivo: la vita ha un senso, indipendentemente dalle circostanze oggettive.

– Grande generosità d’animo: azione cattolica e servizio alla sua comunità parrocchiale (ministro dell’Eucaristia *ante litteram*).

– Straordinaria forza di volontà.

– Spirito pratico: concretezza negli impegni e nelle scelte professionali: insegnamento prima e giornalismo poi.

– Spirito perdutoamente passionale: nulla lo ferma, nemmeno l’immobilità forzata.

– Mente aperta e consigliera: sete di condividere tutto

con tutti, cioè di comunicare (consigliere dei giovani, giornalista, scrittore).

– Uomo di eccezionale fede.

b. Alcuni aspetti legati al suo stato di malattia e sofferenza

– Accettazione fiduciosa della sua condizione senza lasciarsi abbattere dalla disperazione: i tre atteggiamenti umani di fronte al dolore: disperato rifiuto e scoraggiamento (Dio mi ha abbandonato); rassegnazione (Dio lo manda, Dio lo chiede); comprensione e attribuzione di un ruolo alla sofferenza nell’opera redentrice realizzata da Cristo.



– Dare senso al nuovo corso della vita, dal punto di vista della fede (unione a Cristo crocifisso), e dal punto di vista umano (cambiamento di indirizzo professionale).

– Coraggio per sopportare il dolore e la sofferenza per Dio e per la Chiesa: disponibilità fino al martirio.

– Riscoperta del valore comunitario del dolore e della sofferenza (offrire a Dio la propria sofferenza per la comunità, offrire le sofferenze assieme agli altri per contribuire alla redenzione del mondo).

– Dimensione ed esigenza della testimonianza di colui che soffre: sofferenza come fonte di ringraziamento orante a Dio. “...cado in ginocchio e do libero sfogo alla gratitudine... Non voglio il lamento; donami invece il sorriso...”.

– Comunicare una certa normalità di vita nel dolore per testimoniare la vicinanza di Dio: gioia, sorriso, buonumore, giovialità...

– La santità nelle cose semplici e quotidiane.

– Consapevolezza della vicinanza, e allo stesso tempo, della trascendenza o alterità di Dio: “Tu sei qui, seduto accanto alla mia sedia, e affettuosamente pongo il mio braccio attorno alla tua spalla...” “Devo sognare di vederti, morirò se non ti vedrò, sempre nascosto e irraggiungibile...”.

Da questi pochi tratti, si nota, ripeto, come il servo di Dio Manuel Lozano Garrido fu trasformato e maturato dall’esperienza intensa del dolore e della sofferenza, passando dalla vita attiva e impegnata alla dimensione attiva contemplativa. La sua fede si rafforzò sempre con l’accettazione consapevole del dolore a cui presto riuscì a dare un senso: partecipare all’opera di redenzione di Gesù Cristo. Ciò gli permise di trasformare la sua malattia in strumento di evangelizzazione.

Conclusione

Lolo è testimone autentico dei valori del Regno, vissuti nella sofferenza, in un ambiente che, a prima vista, ci potrebbe sembrare negativo, mentre invece non lo è. Sì, il dolore, la sofferenza e la malattia hanno senso, lo proclama il Signore con la sua parola e con la sua vita donata totalmente, passando dal calvario, per la morte di croce.

La Chiesa lo proclama nella sua predicazione e nelle sue celebrazioni. Nella Lettera Apostolica “*Salvifici doloris*”, n. 30, Giovanni Paolo II usa queste forti espressioni: “La sofferenza è presente nel mondo per sprigionare amore, per far nascere opere di amore verso il prossimo, per trasformare tutta la civiltà umana nella civiltà dell’amore”.

E ancora: il Pontefice (al n. 26) afferma che la sofferenza dell’uomo “è soprattutto una chiamata. È una vocazione”. Una chiamata misteriosa ad

amare di più e a partecipare all'amore infinito di Dio per l'umanità.

Dice Paul Claudel: "Dio non è venuto ad eliminare la sofferenza né a spiegarla. È venuto a riempirla, a darle senso con la sua presenza".

Di fronte al dolore l'uomo che non crede colpevolizza Dio per tutto quanto succede, e grida: dove sta Dio? L'uomo di fede, invece, cerca di scoprire il senso della sua vita e di darle un significato anche quando è vissuta nella difficoltà e nella malattia. La fede non annulla il cancro, la cecità o una qualsiasi altra malattia, ma propone di scegliere tra un dolore che non ha senso o un dolore con significato. Servire la vita è proprio questo: dare un senso alla sofferenza e alla morte.

E ciò lo vediamo ampiamente e significativamente riflesso in Lolo, come esempio, come modello. Egli comprese l'insegnamento di Gesù e della Chiesa che hanno sempre stimolato a lottare per la salute, sapendo che, nonostante tutti i

suoi progressi, l'uomo non riuscirà a eliminare la malattia né la morte.

La Chiesa insegna anche che il malato non è una persona passiva, inutile, ma che ha una grande missione: quella di essere testimone. La Chiesa invita, altresì, a curare il malato con tutta la tecnica possibile, ma con grande umanità e rispetto per la persona. L'esempio di sempre sarà Gesù buon Samaritano, icona perfetta di avvicinamento all'uomo sofferente (Lc 10).

Effettivamente Lolo e molti altri uomini e donne sono cresciuti e maturati umanamente e spiritualmente alla scuola della sofferenza. Essi hanno saputo godere di tutta la ricchezza in essa contenuta, hanno sentito la presenza di Dio nelle loro vite che, grazie a Lui, sono diventate ricche, piene.

Termino con una frase di Papa Benedetto XVI e con un racconto ebraico.

Comincerò con la frase del Papa che così recita: "Venga il tuo regno: Se l'amato, l'amore,

il più grande dono della mia vita, mi è vicino, se posso essere convinto che colui che mi ama è vicino a me, anche in situazioni di tribolazione, rimane nel fondo del cuore la gioia che è più grande di tutte le sofferenze" (4 ottobre 2005).

E, per terminare, un racconto ebraico:

"Si narra che un discepolo chiese al suo maestro:

'Perché i buoni soffrono più dei cattivi?'

Il maestro rispose:

'Ascolta, un uomo aveva due mucche, una forte e l'altra debole: a quale delle due pose il giogo?'

'Ovviamente a quella più forte, rispose il discepolo'.

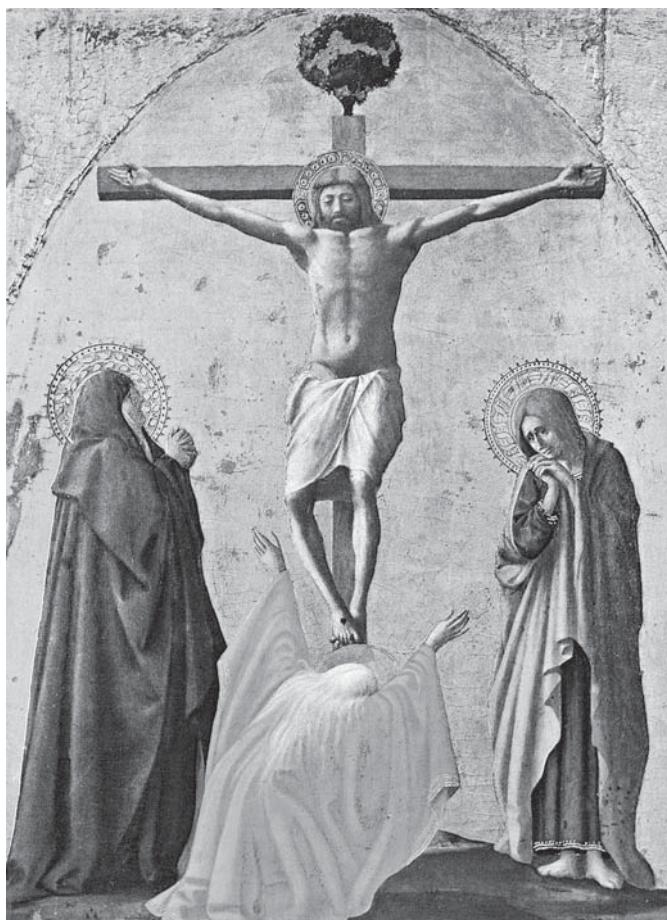
Il maestro allora concluse:

'Lo stesso fa il misericordioso; affinché il mondo vada avanti pone il giogo ai buoni'".

È quanto Dio ha fatto con Lolo.

S.E. Mons. JOSÉ L. REDRADO,
O.H.

*Segretario del Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari
Santa Sede*





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

The Fifty-Sixth World Leprosy Day - Sunday 25 .

September 10, 2009

HEADLINES

Ephphatha!: The Deaf Person in the Life of the Church

XXIV International Conference
(19-21 November 2009)



The general theme chosen for this year's International Conference wishes to respond to the numerous requests that we have received, asking for the possibility of organizing a Symposium for deaf people in the Vatican. [\[View more\]](#)

HIGHLIGHTED

Resignation of the President of the Pontifical Council for Health Pastoral Care and appointment of the successor

The Holy Father Benedict XVI has accepted the resignation of His Eminence Javier Cardinal Lozano Barragán, from the office of President of the Pontifical Council for Health Care Workers (for Health Pastoral Care) due to age limit, and appointed Bishop Zygmunt Zimowski of Radom, Poland, to succeed him, elevating him at the same time to the dignity of Archbishop. [\[View more\]](#)



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

© 2009 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

Search

www.healthpastoral.org - e-mail: opersanit@hlthwork.va