



DOLENTIUM HOMINUM

N. 75 – anno XXV – N. 3, 2010

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*

CORRISPONDENTI

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

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

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

e-mail: **opersanit@hlthwork.va**

http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/hlthwork/index_it.htm

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 **“Dalle sue piaghe siete stati guariti”
(1Pt 2,24)**
*Messaggio del Santo Padre Benedetto XVI
in occasione della XIX Giornata
Mondiale del Malato – 11 febbraio 2011*

ARGOMENTI

- 8 **Scienza e fede: scelta di vita**
S.E. Mons. Zygmunt Zimowski
- 14 **Il dolore: corpo-anima**
*Prof. Pierluigi Zucchi, S.O.
Prof. Bonifacio Honings, O.C.D*
- 31 **Fra Pierluigi Marchesi (1929-2002)
Padre e maestro di politica sanitaria**
*S.E. Mons. José L. Redrado, O.H.
Prof. P. Pietro Quattrocchi*
- 40 **Lutto: sanare il cuore ferito**
P. Arnaldo Pangrazzi, M.I.
- 43 **La cappellania ospedaliera:
cantiere di chiesa comunionale**
P. Leonardo Nunzio Di Taranto
- 55 **Sacerdoti, operatori pastorali
e personale sanitario:
per una reciproca integrazione**
Prof. Fernando Poyatos

- 60 **Assistenza pastorale “Chicago Study”**
*Dott. Patrick Guinan
Dott. Thomas Zabiega
Dott. Christine Zainer*

- 63 **Il Tempio votivo dei medici d’Italia**
Prof. Massimo Aliverti

ANNIVERSARIO DI CONSULTAZIONE
VENTI ANNI DI CAPPELLANIA EUROPEA
DIECI ANNI DI FONDAZIONE DELL’ENHCC
(EUROPEAN NETWORK OF HEALTH CARE
CHAPLAINCY)

- 66 **Cronaca**
Mons. Dariusz Giers
- 67 **Saluto di S.E.
Mons. Zygmunt Zimowski**
- 68 **La cappellania nel futuro:
dare e ricevere**
P. Stavros Kofinas



*MESSAGGIO DEL SANTO PADRE IN OCCASIONE DELLA
XIX GIORNATA MONDIALE DEL MALATO
(11 FEBBRAIO 2011)*

**“Dalle sue piaghe siete stati guariti”
(1Pt 2,24)**

Cari fratelli e sorelle!

Ogni anno, nella ricorrenza della memoria della Beata Vergine di Lourdes, che si celebra l'11 febbraio, la Chiesa propone la Giornata Mondiale del Malato. Tale circostanza, come ha voluto il venerabile Giovanni Paolo II, diventa occasione propizia per riflettere sul mistero della sofferenza e, soprattutto, per rendere più sensibili le nostre comunità e la società civile verso i fratelli e le sorelle malati. Se ogni uomo è nostro fratello, tanto più il debole, il sofferente e il bisognoso di cura devono essere al centro della nostra attenzione, perché nessuno di loro si senta dimenticato o emarginato; infatti “la misura dell’umanità si determina essenzialmente nel rapporto con la sofferenza e col sofferente. Questo vale per il singolo come per la società. Una società che non riesce ad accettare i sofferenti e non è capace di contribuire mediante la *compassione* a far sì che la sofferenza venga condivisa e portata anche interiormente è una società crudele e disumana” (Lett. enc. *Spe salvi*, 38). Le iniziative che saranno promosse nelle singole Diocesi in occasione di questa Giornata, siano di stimolo a rendere sempre più efficace la cura verso i sofferenti, nella prospettiva anche della celebrazione in modo solenne, che avrà luogo, nel 2013, al Santuario mariano di Altötting, in Germania.

1. Ho ancora nel cuore il momento in cui, nel corso della visita pastorale a Torino, ho potuto sostare in riflessione e preghiera davanti alla Sacra Sindone, davanti a quel volto sofferente, che ci invita a meditare su Colui che ha portato su di sé la passione dell’uomo di ogni tempo e di ogni luogo, anche le nostre sofferenze, le nostre difficoltà, i nostri peccati. Quanti fedeli, nel corso della storia, sono passati davanti a quel telo sepolcrale, che ha avvolto il corpo di un uomo crocifisso, che in tutto corrisponde a ciò che i Vangeli ci trasmettono sulla passione e morte di Gesù! Contemplerlo è un invito a riflettere su quanto scrive san Pietro: “Dalle sue piaghe siete stati guariti” (1Pt 2,24). Il Figlio di Dio ha sofferto, è morto, ma è risorto, e proprio per questo quelle piaghe diventano il segno della nostra redenzione, del perdono e della riconciliazione con il Padre; diventano, però, anche un banco di prova per la fede dei discepoli e per la nostra fede: ogni volta che il Signore parla della sua passione e morte, essi non comprendono, rifiutano, si oppongono. Per loro, come per noi, la sofferenza rimane sempre carica di mistero, difficile da accettare e da portare. I due discepoli di Emmaus camminano tristi per gli avvenimenti accaduti in quei giorni a Gerusalemme, e solo quando il Risorto percorre la strada con loro, si aprono a una visione nuova (cfr. Lc 24,13-31). Anche l’apostolo Tommaso mostra la fatica di credere alla via della passione redentrice: “Se non vedo nelle sue mani il segno dei chiodi e non metto il mio dito nel segno dei chiodi e non metto la mia mano nel suo fian-

co, io non credo” (Gv 20,25). Ma di fronte a Cristo che mostra le sue piaghe, la sua risposta si trasforma in una commovente professione di fede: “Mio Signore e mio Dio!” (Gv 20,28). Ciò che prima era un ostacolo insormontabile, perché segno dell’apparente fallimento di Gesù, diventa, nell’incontro con il Risorto, la prova di un amore vittorioso: “Solo un Dio che ci ama fino a prendere su di sé le nostre ferite e il nostro dolore, soprattutto quello innocente, è degno di fede” (*Messaggio Urbi et Orbi*, Pasqua 2007).

2. Cari ammalati e sofferenti, è proprio attraverso le piaghe del Cristo che noi possiamo vedere, con occhi di speranza, tutti i mali che affliggono l’umanità. Risorgendo, il Signore non ha tolto la sofferenza e il male dal mondo, ma li ha vinti alla radice. Alla prepotenza del Male ha opposto l’onnipotenza del suo Amore. Ci ha indicato, allora, che la via della pace e della gioia è l’Amore: “Come io ho amato voi, così amatevi anche voi gli uni gli altri” (Gv 13,34). Cristo, vincitore della morte, è vivo in mezzo a noi. E mentre con san Tommaso diciamo anche noi: “Mio Signore e mio Dio!”, seguiamo il nostro Maestro nella disponibilità a spendere la vita per i nostri fratelli (cfr. *IGv* 3,16), diventando messaggeri di una gioia che non teme il dolore, la gioia della Risurrezione.

San Bernardo afferma: “Dio non può patire, ma può compatire”. Dio, la Verità e l’Amore in persona, ha voluto soffrire per noi e con noi; si è fatto uomo per poter *com-patire* con l’uomo, in modo reale, in carne e sangue. In ogni sofferenza umana, allora, è entrato Uno che condivide la sofferenza e la sopportazione; in ogni sofferenza si diffonde la *con-solatio*, la consolazione dell’amore partecipe di Dio per far sorgere la stella della speranza (cfr. Lett. enc. *Spe salvi*, 39).

A voi, cari fratelli e sorelle, ripeto questo messaggio, perché ne siate testimoni attraverso la vostra sofferenza, la vostra vita e la vostra fede.

3. Guardando all’appuntamento di Madrid, nel prossimo agosto 2011, per la Giornata Mondiale della Gioventù, vorrei rivolgere anche un particolare pensiero ai giovani, specialmente a coloro che vivono l’esperienza della malattia. Spesso la Passione, la Croce di Gesù fanno paura, perché sembrano essere la negazione della vita. In realtà, è esattamente il contrario! La Croce è il “sì” di Dio all’uomo, l’espressione più alta e più intensa del suo amore e la sorgente da cui sgorga la vita eterna. Dal cuore trafitto di Gesù è sgorgata questa vita divina. Solo Lui è capace di liberare il mondo dal male e di far crescere il suo Regno di giustizia, di pace e di amore al quale tutti aspiriamo (cfr. *Messaggio per la Giornata Mondiale della Gioventù 2011*, 3). Cari giovani, imparate a “vedere” e a “incontrare” Gesù nell’Eucaristia, dove è presente in modo reale per noi, fino a farsi cibo per il cammino, ma sappiatelo riconoscere e servire anche nei poveri, nei malati, nei fratelli sofferenti e in difficoltà, che hanno bisogno del vostro aiuto (cfr. *Ibid.*, 4). A tutti voi giovani, malati e sani, ripeto l’invito a creare ponti di amore e solidarietà, perché nessuno si senta solo, ma vicino a Dio e parte della grande famiglia dei suoi figli (cfr. *Udienza generale*, 15 novembre 2006).

4. Contemplando le piaghe di Gesù il nostro sguardo si rivolge al suo Cuore sacratissimo, in cui si manifesta in sommo grado l’amore di Dio. Il Sacro Cuore è Cristo crocifisso, con il costato aperto dalla lancia dal quale scaturiscono sangue e acqua (cfr. *Gv* 19,34), “simbolo dei sacramenti della Chiesa, perché tutti gli uomini, attirati al Cuore del Salvatore, attingano con gioia alla fonte perenne della salvezza” (*Messale Romano*, Prefazio).

della *Solemnità del Sacratissimo Cuore di Gesù*). Specialmente voi, cari malati, sentite la vicinanza di questo Cuore carico di amore e attingete con fede e con gioia a tale fonte, pregando: “Acqua del costato di Cristo, lavami. Passione di Cristo, fortificami. Oh buon Gesù, esaudiscimi. Nelle tue piaghe, nascondimi” (*Preghiera di Sant’Ignazio di Loyola*).

5. Al termine di questo mio Messaggio per la prossima Giornata Mondiale del Malato, desidero esprimere il mio affetto a tutti e a ciascuno, sentendomi partecipe delle sofferenze e delle speranze che vivete quotidianamente in unione a Cristo crocifisso e risorto, perché vi doni la pace e la guarigione del cuore. Insieme a Lui vegli accanto a voi la Vergine Maria, che invociamo con fiducia *Salute degli infermi e Consolatrice dei sofferenti*. Ai piedi della Croce si realizza per lei la profezia di Simeone: il suo cuore di Madre è trafitto (cfr *Lc* 2,35). Dall’abisso del suo dolore, partecipazione a quello del Figlio, Maria è resa capace di accogliere la nuova missione: diventare la Madre di Cristo nelle sue membra. Nell’ora della Croce, Gesù le presenta ciascuno dei suoi discepoli dicendole: “Ecco tuo figlio” (cfr *Gv* 19,26-27). La compassione materna verso il Figlio, diventa compassione materna verso ciascuno di noi nelle nostre quotidiane sofferenze (cfr *Omelia a Lourdes*, 15 settembre 2008).

Cari fratelli e sorelle, in questa Giornata Mondiale del Malato, invito anche le Autorità affinché investano sempre più energie in strutture sanitarie che siano di aiuto e di sostegno ai sofferenti, soprattutto i più poveri e bisognosi, e, rivolgendo il mio pensiero a tutte le Diocesi, invio un affettuoso saluto ai vescovi, ai sacerdoti, alle persone consacrate, ai seminaristi, agli operatori sanitari, ai volontari e a tutti coloro che si dedicano con amore a curare e alleviare le piaghe di ogni fratello o sorella ammalati, negli ospedali o Case di Cura, nelle famiglie: nei volti dei malati sappiate vedere sempre il Volto dei volti: quello di Cristo.

A tutti assicuro il mio ricordo nella preghiera, mentre imparto a ciascuno una speciale Benedizione Apostolica.

Dal Vaticano, 21 Novembre 2010, Festa di Cristo Re dell’Universo.

BENEDICTUS PP XVI

Argomenti



Scienza e fede: scelta di vita

Il dolore: corpo-anima

*Fra Pierluigi Marchesi
(1929-2002)*

*Padre e maestro
di politica sanitaria*

Lutto: sanare il cuore ferito

*La cappellania ospedaliera:
cantiere di chiesa comunionale*

*Sacerdoti, operatori pastorali
e personale sanitario:
per una reciproca integrazione*

*Assistenza pastorale
“Chicago Study”*

*Il tempio votivo
dei medici d’Italia*

Introduzione

Qualche tempo fa, il Professor Nicola Cabibbo, recentemente scomparso, che è stato per molti anni Presidente della Pontificia Accademia delle Scienze, ha affermato che “i progressi della tecnologia guidati dalla scienza – che stanno rapidamente cambiando il nostro modo di vivere e di lavorare e la nostra relazione con il pianeta terra – richiedono agli scienziati un’attenzione rinnovata alla «dimensione sapienziale» del significato ultimo della vita umana... Al tempo stesso, le grandi scoperte delle scienze moderne, che aprono nuovi orizzonti sulla struttura della materia vivente e inanimata – così come sulla struttura e sulla storia dell’universo – sono di importanza cruciale per il mondo della religione”¹. Queste parole del grande fisico italiano esprimono in modo chiaro e sintetico il modo di pensare il rapporto tra scienza e fede, che è tipico della Chiesa Cattolica. In queste parole si coglie la fiducia nella relazione feconda e rispettosa tra questi campi distinti dell’esercizio del vivere dell’uomo nella storia. Inoltre, da esse emerge immediatamente la speranza che gli uomini di scienza e i credenti si pongano unanimi sulla via del reciproco ascolto, contro ogni inopportuna e sterile contrapposizione. Certamente, non ignoriamo la storia complessa, e talvolta non senza ombre, dei rapporti tra le due esperienze; ma non è su questo che voglio fermare la mia attenzione. È preferibile mettere in risalto le luci, più che i lati oscuri, perché a noi interessa illuminare il presente e avviarci con serenità verso il futuro, in nome del bene dell’uomo e della ricerca della verità.

A questo scopo, la mia riflessione si svolgerà in tre momenti: anzitutto indicherò con quale significato utilizzerò i termini *scienza* e *fede* in questo mio intervento. Successivamente porrò in luce i motivi per i quali *scienza* e *fede*, pur

nella loro originalità e differenza, possono essere considerate *esperienze sorelle e amiche*, ossia non estranee, né contrapposte. Nel terzo e ultimo momento della mia riflessione considererò la *scienza* e la *fede* quali *esperienze alleate*, che reciprocamente si sostengono in vista del bene dell’uomo.

1. Cosa intendiamo con i termini “scienza” e “fede”?

Poiché l’argomento sul quale si sofferma la mia riflessione è spesso legato a una serie di fraintendimenti o di luoghi comuni, mi sembra opportuno anzitutto chiarire il modo in cui io intendo i termini del binomio scienza-fede; di conseguenza, evidenzierò anche quali sono i significati non accettabili di questi stessi termini. Questa chiarificazione è necessaria sia perché noi qui presenti proveniamo da esperienze formative e da ambiti di competenza differenti, sia per evitare disarmonie concettuali che pregiudicherebbero lo sforzo comune che viviamo durante questi giorni di lavoro e di riflessione.

Il termine *scienza*, ordinariamente, indica quella forma di conoscenza riguardante realtà, o oggetti, o situazioni, o fenomeni comprensibili in modo sufficientemente preciso e completo, grazie all’uso della ragione e degli strumenti di indagine messi a punto dall’uomo nel corso del tempo. La scienza indica, nel sentire comune, il regno della precisione, della verificabilità, della comprensibilità.

Si deve osservare, però, che, in senso rigoroso, *scienza* è un termine *analogico*, per cui esso può essere riferito a più soggetti con un significato che non è del tutto uguale, ma nemmeno del tutto differente. In questa prospettiva, il concetto di *scienza* può riferirsi a svariati ambiti di conoscenza, di ricerca, di pensiero, di studio, indi-

cando *sempre* un’attività dell’intelligenza, che con rigore studia un particolare “oggetto” (materiale e non) individuato con precisione, in vista dell’elaborazione di un *discorso* o di una *sintesi* che possano essere comunicati in modo comprensibile. Si badi che la *comunicazione* del dato “scientifico” è un impegno imprescindibile della scienza stessa, perché offre l’occasione di una verifica o logica, o strumentale, o fattuale da parte delle persone che hanno una conoscenza elevata dello stesso “oggetto”.

Detto ciò, è opportuno osservare che nel discorso comune, il termine *scienza* viene riferito per lo più a quelle discipline che si servono in modo quasi esclusivo dell’osservazione e del calcolo. Tale riferimento non è errato, come si può facilmente comprendere, ma è certamente riduttivo; ed è soprattutto questo modo di intendere il termine *scienza* che viene frequentemente inteso come del tutto inconciliabile con un’esperienza di *fede*. A *fortiori* viene pensata come del tutto opposta alla fede, una *scienza* intesa come disciplina oggettiva, che tratta solamente di ciò che è verificabile e concreto, a differenza dell’esperienza di fede che avrebbe, invece, un carattere soggettivo e riguarderebbe realtà o dati non fenomenici, incatturabili, non controllabili.

Dal punto di vista teologico corretto e secondo il pensiero della Chiesa Cattolica, la *fede* indica un atto *umano*², che non sarebbe possibile senza l’aiuto di Dio³; essa consente, da una parte, lo stabilirsi di una relazione di familiarità con Dio, che liberamente va incontro all’uomo; dall’altra, apre l’uomo a un mondo di conoscenza e di verità che ha Dio stesso quale sorgente. Questa esperienza coinvolge l’uomo integralmente; la fede non è solo atto della volontà o di amore, ma anche *autentico e serio esercizio dell’intelligenza*, che si sforza senza sosta di comprendere sia Colui che si è rivelato

* Lettura Magistrale di S.E. Mons. Zygmunt Zimowski in occasione del X Congresso Nazionale AFAR
Brescia, 27 Settembre 2010

(Dio stesso), sia ciò che Egli comunica all'uomo. È in questo quadro che si inserisce l'impegno della comunità dei credenti a comprendere sempre meglio la propria esperienza di fede: è l'attività teologica, che rappresenta un'esigenza irrinunciabile di chi crede o lo spinge a un esercizio rigoroso dell'intelligenza e costituisce una vera e propria attività *scientifica*, pur riguardando la realtà di Dio, del suo rivelarsi, del suo rapporto con l'uomo e con la storia.



Fatte queste precisazioni, nelle riflessioni che seguono mi soffermerò in modo particolare su quello che ho definito il concetto prevalente di scienza, ossia quello che si riferisce alle conoscenze che hanno a che fare con le dimensioni del visibile, del controllabile, come accade nell'ambito della medicina e delle discipline connesse; e, almeno inizialmente, con il termine *fede* mi riferirò all'esperienza religiosa intensa in un senso generico, anche se nella maggior parte delle mie considerazioni intenderò la fede come vita cristiana o quel modo di essere o di vivere al cui inizio "non c'è una decisione etica o una grande idea, bensì l'incontro con un avvenimento, con una Persona, che dà alla vita un nuovo orizzonte e con ciò la direzione decisiva"⁴.

2. Esperienze sorelle e amiche

Pur tenendo presente che, nel corso del tempo, la relazione tra scienza e fede non sem-

pre è stata armonica, è consigliabile non lasciarsi condizionare eccessivamente da questo fatto, affinché si possano mettere in luce le opportunità che si offrono, oggi, a coloro che vivono in prima persona l'esperienza della scienza e/o quella della fede.

2.1 Esperienze sorelle

Per capire in che senso scienza e fede possono essere definite "sorelle", si debbono rilevare alcune *linee di tenden-*

za, sviluppatesi nel corso della storia, riguardanti proprio il rapporto tra le due esperienze⁵.

Una *prima linea* di tendenza è quella secondo cui la scienza è "figlia" della fede, nel senso che viene elaborata a partire dall'esperienza religiosa. È la prospettiva tipica o più diffusa in quelle forme di civiltà o di cultura in cui viene di fatto privilegiata la realtà del sacro, rispetto alla conoscenza del mondo, mentre quest'ultima viene elaborata in stretta dipendenza dalla prima. In altre parole, ci sono stati e ci sono ancora contesti in cui si attinge al mondo dell'arcano, del divino, per elaborare una visione del mondo, dell'uomo e della realtà. È da notare che in tale situazione accade frequentemente che si eviti di elaborare teorie o visioni che in qualche maniera possano contrastare con quanto si ritiene frutto di rivelazione o comunque strettamente legato all'esperienza del trascendente o del divino.

Due osservazioni, su questa linea di tendenza. La prima è che non è difficile vedere co-

me questa prospettiva, tipica delle culture e delle religiosità arcaiche, sia presente anche nella stessa esperienza di Israele e del cristianesimo, almeno in alcuni momenti della loro storia. La seconda osservazione: questo modo di intendere il rapporto *scienza-fede* di fatto offusca o azzerava la differenza esistente tra le due esperienze e può facilmente condurre alla mortificazione delle iniziative dell'intelligenza, volte a comprendere sempre più e sempre meglio il mondo e la sua struttura. Questa prospettiva o linea di tendenza potremmo anche definirla tipica del mondo "antico", quello cioè che precede il cosiddetto mondo "moderno", che è quello in cui viene affermata la centralità dell'uomo e della sua razionalità e in cui si sviluppa la scienza quale conoscenza elaborata con l'ausilio degli strumenti di osservazione.

La *seconda linea di tendenza* è quella che si sviluppa proprio a partire dall'*epoca moderna*, quando con l'affermazione dell'autonomia della ragione, viene rivendicato il diritto a elaborare una conoscenza del mondo che non sia condizionata da pregiudizi religiosi o da concezioni presenti nei libri sacri, ma solamente frutto di un'osservazione oggettiva. In questa prospettiva viene affermata una tale distanza tra la scienza e la fede, da creare un'estraneità di fatto tra le due esperienze. Questa estraneità addirittura diventa contrapposizione, quando i difensori dell'una e dell'altra pretendono di essere gli unici detentori della verità. In altre parole, accade che gli uomini di scienza e quelli credenti si arroghino il diritto di essere maestri gli uni degli altri, nei campi di conoscenza che non sono di loro competenza, entrando in un conflitto difficilmente sanabile.

La *terza linea di tendenza* è quella che riconosce l'originalità e le differenze delle due esperienze, nel rispetto delle diverse competenze e in un atteggiamento di relazione pacifica, di collaborazione e di integrazione. Da un punto di vista storico e culturale, questa terza maniera di intendere il

rapporto *scienza-fede* è presente da molti secoli nell'esperienza e nel pensiero della Chiesa, come lo testimoniano bene Alberto Magno e Tommaso d'Aquino, i quali "pur mantenendo un legame organico tra la teologia e la filosofia, furono i primi a riconoscere la necessaria autonomia di cui la filosofia e le scienze avevano bisogno, per applicarsi efficacemente ai rispettivi campi di ricerca"⁶. Questa linea di tendenza è, poi, in perfetta sintonia con la sensibilità degli uomini del XXI secolo; oggi sentiamo – ordinariamente – che la diversità costituisce una ricchezza e non una ragione di lotta, e inoltre siamo consapevoli del fatto che l'ampiezza delle competenze e la pluralità delle epistemologie impedisce qualunque pretesa di predominio o di esclusività o di assolutezza, da parte di qualunque tipo di ricerca. Ne discende la necessità di un assoluto rispetto dell'indipendenza dei diversi campi del sapere in cui viene esercitata l'intelligenza, senza atteggiamenti di sospetto o di disprezzo, ma con un'attitudine all'ascolto e alla familiarità.



Dal punto di vista teologico, questo modo di intendere il rapporto tra scienza e fede è la naturale conseguenza dal credere nell'unico Dio, "creatore del cielo e della terra, di tutte le cose visibili e invisibili"⁷. Poiché tutto proviene da Lui, è necessario che esista una "parentela" non solo fra tutte le cose, ma anche fra queste ultime e Colui che ne è la sorgente, l'origine, il "padre". La concezione ebraico-cristiana

dell'unico Dio creatore è fondamento di una visione grandiosa non solamente dell'uomo, definito dalla Sacra Scrittura "immagine e somiglianza di Dio" (*Gen* 1,27), ma anche dei rapporti dell'uomo con il mondo. In virtù della sua speciale identità, conferitagli da Dio, la creatura umana è in condizione di entrare in un dialogo effettivo e fecondo con il suo Creatore. Dio le ha concesso un'intelligenza e una volontà che la proiettano al di là di se stessa, rendendola capace di giungere alla soglia del mistero del Trascendente. L'uomo porta in sé una naturale inclinazione alla Verità trascendente e alle verità mondane che ne sono un piccolo riflesso. In questo senso, l'esperienza della fede, ossia della relazione con il Dio che va incontro all'uomo, si innesta in modo sereno e con continuità nel cuore e nella mente della creatura umana; non richiede una sospensione della ragione o una forzatura della volontà, ma semplicemente un fiducioso e ragionevole dono di sé a Colui che dà vita all'uomo e lo seduce con la propria bellezza.

È proprio a questa *continuità nella differenza*, che Tommaso d'Aquino si riferisce, quando scrive che la fede suppone la ragione⁸, o quando il Concilio Vaticano I afferma che la fede è un *obsequium* ("obbedienza", da *ob-audire*, ossia un ascolto e un'adesione volontari) *rationi consentaneum*⁹. Con queste affermazioni, la Chiesa cattolica esprime tre dati: il primo è la fiducia verso la capacità dell'uomo di

trovare le "tracce" di Dio, sia nella propria interiorità, sia nel mondo che lo circonda. Il secondo dato è la convinzione che l'esperienza della fede, intesa come apertura a Dio che si rivela e come accoglienza di ciò che Egli rivela, non è un atto *inumano*; esso non comporta nessuna riduzione o sospensione della nostra intelligenza. Il terzo dato, infine, è costituito dal pensare che l'esperienza del credere non sia un "salto nel buio" (S. Kierkegaard), né un gettarsi nell'assurdo, ma un libero e amorevole affidarsi a quel Dio che, pur trascendendoci, lascia una traccia di Sé nel mondo e nella storia.

C'è un ulteriore dato, che contribuisce ad arricchire la visione cattolica del rapporto tra scienza e fede, ed è il seguente. L'uomo, in quanto immagine di Dio, è stato posto dal Signore nel "giardino" (*Gen* 2,15), che è il mondo, affinché lo comprenda, lo utilizzi rispettosamente, lo trasformi per le proprie esigenze, senza mai dimenticare di essere puramente *affidatario*, non *proprietario*, delle creature che lo circondano, per cui è tenuto a conservare con esse un rapporto costruttivo e pacifico. Peraltro, secondo la Bibbia, il mondo non è semplicemente lo scenario dell'esistenza e della storia dell'uomo, ma la *casa* (*oikos*) in cui gli esseri umani coabitano con "frate Sole... sora Luna... frate Vento... sora Acqua"¹⁰. Ne discende che lo sforzo di comprensione del mondo, le ricerche finalizzate a un utilizzo rispettoso della natura, lo studio che aiuta a capire la struttura e il funzionamento della realtà, per utilizzarne le potenzialità secondo il progetto del Creatore devono essere viste con soddisfazione e gioia, senza timore e senza limiti, tranne quelli imposti dal rispetto per l'uomo e per il mondo stesso.

In questa prospettiva, si deve riconoscere che scienza e fede possono essere considerate esperienze "sorelle", perché hanno origine, in ultima analisi, dall'unico Padre celeste, pur essendo dotate ognuna della propria originalità, della propria missione, del proprio metodo.

Non ignoro che la prospettiva precedentemente tratteggiata possa apparire utopica o ingenua. È noto, infatti, come tra scienza e fede non sempre siano esistite o tuttora esistano rapporti di pacifica convivenza. Anzi, come ho già ricordato, a partire dall'epoca moderna sembra essersi creato un solco invalicabile tra i due contesti di vita e di pensiero, che sono la scienza e la fede. A partire dal Rinascimento, infatti, con lo sviluppo delle scienze sperimentali, si verificò, da una parte, un graduale abbandono della visione del mondo che si ispirava alla Bibbia, fatto che alimentò non pochi dissidi fra uomini di scienza e teologi. D'altra parte, il progressivo affermarsi del metodo sperimentale diede origine a un duplice fenomeno: anzitutto favorì la convinzione, legittima, dell'*autonomia della ricerca* riguardante il mondo fisico e le sue leggi; e poi pose le premesse per quella esaltazione della ragione che a sua volta avrà due conseguenze rilevanti: da un lato, la visione kantiana, che metterà in evidenza i limiti della pura ragione, escludendo dall'ambito di esercizio di quest'ultima Dio e le realtà trascendenti; d'altro lato, l'esaltazione della ragione condurrà a una sorta "titanismo speculativo", che avrà in Hegel il suo esponente più significativo, e che tenderà a ridurre l'esperienza del cristianesimo a una semplice espressione ingenua della storia dello Spirito.

Queste due prospettive filosofiche, quella kantiana e quella hegeliana, saranno gravide di conseguenze negative per il rapporto tra scienza e fede. La prima, infatti, tenderà a far apparire la *scienza* e il *mondo fenomenico* quali ambiti legittimi ed esclusivi di esercizio della razionalità e la *fede* quale esperienza di carattere puramente *morale* o della volontà, ossia senza nessuna valenza o credibilità razionale. La visione hegeliana, invece, farà da matrice a una reinterpretazione minimalistica o "liberale" dei contenuti dottrinali della fede cristiana, secondo cui i dogmi

e le verità di fede proposte nel corso del tempo dal cristianesimo vanno spogliati di qualunque valore oggettivo e vanno intesi quali semplici esemplificazioni o modelli del rapporto dell'uomo con Dio. Di conseguenza, tutta l'esperienza cristiana viene a perdere qualunque pretesa di universalità e viene ridotta a pura espressione contingente e limitata dell'incontro del singolo uomo con Dio.

Come è risaputo, ai nostri giorni non sono pochi quelli che continuano a pensare, in modo implicito o esplicito, che l'esperienza di fede non sia minimamente configurabile quale occasione di esercizio dell'intelligenza. Si continua a ritenere, da parte di non pochi intellettuali, che si dia una sostanziale e insuperabile estraneità tra questi due livelli: quello della scienza e quello della fede. Molti uomini contemporanei negano di fatto il diritto della fede ad abitare la "casa" della scienza, perché ritengono che inevitabilmente l'esperienza religiosa inquisirà con i propri pregiudizi o con la propria pre-comprensione l'oggettività della ricerca scientifica.

È possibile superare queste barriere che si sono venute a creare nel corso del tempo? La Chiesa Cattolica pensa di sì, perché riconosce apertamente il diritto di esercizio autonomo della ragione, quando esso riguarda la realtà fenomenica, visibile, verificabile. La Chiesa non si scandalizza, di fronte a una sorta di *a-teismo metodologico*, che viene messo in atto in quei campi di ricerca in cui non è necessario ricorrere a Dio quale "ipotesi di lavoro" o criterio di comprensione. La comunità cristiana riconosce, anzi coltiva, il diritto della scienza a procedere nel suo cammino in modo rigoroso e autonomo. Anzi, ritiene che la certezza di fede, che porta a proclamare l'esistenza di un Dio che benevolmente e con eleganza dà origine a tutte le cose, infonda nel ricercatore della verità scientifica un entusiasmo, un ottimismo, una fiducia, una carica che possono giocare un grande ruolo positivo nei confronti dell'impegno

a comprendere la realtà. In altri termini, la fede nella Trinità creatrice, se rettamente intesa e vissuta, non stempera la sete di conoscenza del mondo, ma la accende e porta a guardare con occhi perennemente assetati di luce le meraviglie che le varie scienze si impegnano a scoprire e comprendere nel corso del tempo con le loro differenti competenze.

3. Esperienze alleate

L'affermarsi della *modernità* ha insegnato ai credenti la necessità di non presumere di trovare la verità, a qualunque livello, semplicemente partendo dal dato di fede. Occorre sempre distinguere i piani e gli ambiti di conoscenza, utilizzando l'epistemologia adeguata, tenendo ferma la convinzione che esista nella realtà un'armonia ontologica e logica.

Invece, l'epoca contemporanea, o del *postmoderno*, epoca di *crisi della ragione*, conseguita alla grandi sconfitte sperimentate durante il cosiddetto "secolo breve" (Eric J. Hobsbawm) ha insegnato, da una parte, a rinunciare a qualunque "titanismo" dell'intelletto; dall'altra, ha acceso una nostalgia di unità e di pace, che aiutino a superare sia il rischio della globalizzazione massificante, sia quello della contrapposizione violenta delle identità.

Scienza e fede, a loro modo, vivono oggi nella tensione verso quella che Paolo VI ha chiamato la *civiltà dell'amore*, in cui si trovino spazio e tempo per il bene, per la verità, per la pacifica convivenza. E sono chiamate a offrire il loro fattivo contributo, al servizio dell'umanità, nella concordia, nel dialogo, nel reciproco sostegno. Scienza e fede *possono* e *devono* diventare alleate, dopo che troppe volte hanno vissuto in un atteggiamento di distanza, di sfiducia, o addirittura di contrapposizione.

Questo atteggiamento di *alleanza* deve realizzare quattro tipi di *servizio*: all'uomo, alla verità, alla vita e dell'una (scienza) all'altra (fede). Scienza e fede anzitutto devono *servire l'uomo*. Esse non sono esperienze autoreferen-

ziali, ma *aperte*. Ad esempio, una scienza che non si proponesse di arricchire l'umanità e, soprattutto, di servire i più deboli, sarebbe un'attività mostruosa, temibile, esposta al rischio di diventare serva del potere. Allo stesso modo, una fede cristiana che dimenticasse che Dio si è rivelato, si è fatto carne, è morto ed è risorto *per noi uomini e per la nostra salvezza*, sarebbe un'esperienza offensiva nei confronti di Dio, prima che degli uomini. Scienza e fede *servono* insieme l'uomo anche quando contestano quella mentalità diffusa che si esprime nell'affermazione "consumo, dunque sono"¹¹; esse devono far intendere che l'uomo "riuscito" non è quello prigioniero del proprio egoismo, ma quello che coltiva il senso della propria dignità e della propria trascendenza, andando al di là della propria storia "frammentata".

Scienza e fede, poi, devono *servire la verità*, anzi devono essere mosse da una vera e propria *passione per la verità*. Una scienza che non fosse finalizzata a servire la verità, sarebbe un'attività cieca, facilmente influenzabile dalle ideologie. Allo stesso modo, una fede che non promuovesse la sete di verità anche nel credente, sarebbe un'esperienza intollerabile. Una fede che spegnesse l'intelligenza, acquietandola con formule e mortificando le sue domande, sarebbe un'attività indegna di Dio, oltre che offensiva per l'essere umano.

Come ho ricordato all'inizio, scienza e fede, a loro modo, sono attività che comportano l'uso della ragione; ma "a che cosa perviene – si chiede sant'Agostino – chi sa ben usare la ragione, se non alla verità? Non è la verità che perviene a se stessa con il ragionamento, ma è essa che cercano quanti usano la ragione"¹². Come ha affermato Benedetto XVI, "da qualsiasi parte avvenga la ricerca della verità, questa permane come dato che viene offerto e che può essere riconosciuto già presente nella natura. L'intelligibilità della creazione, infatti, non è frutto dello sforzo dello scienziato, ma condizione a lui offerta per

consentirgli di scoprire la verità in essa presente"¹³. D'altro canto, continua il Sommo Pontefice, Benedetto XVI, "la ragione [...] sente e scopre che, oltre a ciò che ha già raggiunto e conquistato, esiste una verità che non potrà mai scoprire partendo da se stessa, ma solo ricevere come dono gratuito"¹⁴. Questa verità, ossia quella della Rivelazione, a cui ci si apre nella fede, "non si sovrappone a quella raggiunta dalla ragione; purifica piuttosto la ragione e la innalza, permettendole cioè di dilatare i propri spazi per inserirsi in un campo di ricerca insondabile come il mistero stesso"¹⁵.

Scienza e fede devono anche essere alleate nel *servizio alla vita*. A loro modo, esse sono chiamate ad annunciare e coltivare il *vangelo della vita* e tutelare "la *grandezza* e la *preziosità* della vita umana anche nella sua fase temporale"¹⁶, respingendo ogni minaccia e violenza nei confronti della vita umana, professando apertamente il valore inviolabile di ogni persona, in qualunque fase o condizione della sua esistenza, denunciando ogni "cultura di morte [...] promossa da forti correnti culturali, economiche e politiche, portatrici di una concezione efficientistica della società"¹⁷. Gli uomini di scienza, in particolare quelli che operano nel campo della sanità, sono i "servitori della vita umana"¹⁸; l'esperienza della fede conferma e rafforza questo impegno: chi è innamorato del Dio vivente, non può che amare la vita, sempre, soprattutto quando essa è debole e minacciata.

Scienza e fede sono, infine, alleate perché sono *provocazione e aiuto* l'una per l'altra. A questo proposito, sia consentito, ancora una volta, un riferimento a Tommaso d'Aquino; in un contesto culturale diverso da quello odierno e con un linguaggio differente dal nostro, il Dottore Angelico propone considerazioni di grande interesse per il nostro tema, che vorrei riferire con le sue stesse parole. Egli scrive così, nella *Summa contra Gentiles*: "la considerazione delle creature fa parte dell'istruzione della fede cristiana [...]. La

considerazione delle opere di Dio è necessaria per l'istruzione della fede umana sulle cose di Dio. Primo, perché dallo studio di ciò che essa ha compiuto, possiamo facilmente volgerci ad ammirare e considerare la sapienza divina. Le cose infatti che sono prodotte dall'arte rappresentano l'arte medesima, perché eseguite secondo i suoi criteri [...]. Secondo, questa considerazione porta ad ammirare l'altissima virtù di Dio, e quindi produce nel cuore degli uomini la riverenza verso Dio. Infatti la virtù dell'artefice viene concepita necessariamente superiore a quella delle cose prodotte [...]. Terzo, questa considerazione accende gli animi degli uomini all'amore verso la bontà divina [...]. Quarto, questa considerazione dà all'uomo una certa somiglianza con la perfezione divina. Infatti abbiamo spiegato che Dio, conoscendo se stesso, conosce in sé tutte le cose. Perciò, siccome la fede cristiana istruisce principalmente l'uomo su Dio e con la luce della rivelazione divina gli fa conoscere anche le creature, nell'uomo si produce una certa somiglianza della sapienza divina"¹⁹.

Alle considerazioni dell'Aquinate, possiamo aggiungere che la scienza provoca il credente a *coltivare l'intelligenza*, sempre e soprattutto quando egli (il credente) riflette sulla più inafferrabile e indescrivibile delle realtà: quella di Dio. A sua volta, la fede è per l'uomo di scienza invito permanente alla ulteriorità, a guardare l'uomo, la realtà e la storia con la consapevolezza che esiste, oltre a quello del mondo fenomenico, "un livello più alto che necessariamente trascende le previsioni scientifiche, ossia il mondo umano della libertà e della storia"²⁰. Come afferma la *Fides et ratio*, la fede aiuta a "compiere il passaggio, tanto necessario quanto urgente, dal fenomeno al fondamento. Non è possibile fermarsi alla sola esperienza; anche quando questa esprime e rende manifesta l'interiorità dell'uomo e la sua spiritualità, è necessario che la riflessione speculativa raggiunga la sostanza spirituale e il fondamento che la sorregge"²¹.

La scienza, poi, aiuta il credente a percepire l'ordine e la bellezza di ogni dimensione dell'universo e dell'umano; lo conserva nell'umiltà, di fronte alla simultanea complessità e semplicità dell'universo. In questo senso, la scienza è maestra di stupore, per l'uomo credente. Come ha affermato Benedetto XVI, "la fede da parte sua non teme il progresso della scienza e gli sviluppi a cui conducono le sue conquiste quando queste sono finalizzate all'uomo, al suo benessere e al progresso di tutta l'umanità"²². La fede, ecco un altro aspetto, aiuta la scienza a non smettere di "sognare a occhi aperti", perché prospetta una speranza che non tramonta²³, quella promessa e promossa da Dio stesso. La fede, poi, aiuta la scienza a non scoraggiarsi di fronte ai fallimenti, a combattere la rassegnazione, a nutrire fiducia in un senso positivo della sto-

tutto quando si opera nel campo della sanità. Di fronte alla malattia, anzi, di fronte al *malato*, meglio che in altre circostanze, si può mettere in atto una verifica delle intenzioni che animano la ricerca scientifica, e più schiettamente che in altre occasioni viene messa alla prova la fede quale esperienza capace di far "crescere in umanità".

Ragione e fede, ha insegnato Giovanni Paolo II, sono "le due ali con le quali lo spirito umano s'innalza verso la contemplazione della verità"²⁴; e Benedetto XVI ha ribadito che esse "solo assieme salveranno l'uomo. *Attratta dal puro fare tecnico, la ragione senza la fede è destinata a perdersi nell'illusione della propria onnipotenza. La fede senza la ragione, rischia l'estraniamento dalla vita concreta delle persone*"²⁵. Possiamo senz'altro affermare la stessa cosa, a pro-



ria e dell'universo nel suo complesso, a ricordare che al di sopra di ogni obiettivo puramente tecnico, vero fine della ricerca e del pensiero scientifico sono gli esseri umani; in questo senso la fede aiuta la scienza a rimanere sempre "a misura d'uomo".

Conclusione

Che la scienza e la fede abbiano quale loro referente principale l'uomo, la sua dignità, il suo benessere, la sua realizzazione viene percepito con maggiore in evidenza soprat-

posito del rapporto tra scienza e fede, soprattutto nel campo medico: scienza e fede sono come due binari, certamente distinti e inconfondibili l'uno con l'altro, camminando sui quali si procede verso un futuro di luce, di bene, di solidarietà per l'umanità e grazie ai quali l'uomo, creatura nobilissima tra le altre del mondo, mette in atto le proprie altissime potenzialità, esprime e salvaguarda la propria dignità.

S.E. Mons. ZYGMUNT
ZIMOWSKI

Presidente del Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari
Santa Sede

Note

¹ N. CABIBBO, *Introduzione*, in AA.VV., *L'uomo alla ricerca della verità. Filosofia, scienza, teologia: prospettive per il terzo millennio* (Conferenza internazionale su scienza e fede. Città del Vaticano, 23-25 maggio 2000), Vita e Pensiero, Milano 2005, pag. 107.

Per una panoramica sul tema trattato e per avere indicazioni circa gli odierni orientamenti della teologia cattolica, è utile la lettura delle seguenti opere: G. GISMONDI, *Fede e cultura scientifica*, EDB, Bologna 1993; P. POUPARD (a cura di), *La nuova immagine del mondo. Il dialogo tra scienza e fede dopo Galileo*, Piemme, Casale Monferrato 1996; G. TANZELLA-NITTI – A. STRUMIA (a cura di), *Dizionario Interdisciplinare di Scienza e Fede*, Urbaniana University Press – Città Nuova, Roma 2002, 2 voll.; T. TORRANCE, *Senso del divino e scienza moderna*, LEV, Città del Vaticano 1992. Importante anche la consultazione del sito web <http://www.disf.org>.

² Cfr *Catechismo della Chiesa cattolica* (CCC), 154-155.

³ Cfr CCC, 153.

⁴ BENEDETTO XVI, *Deus caritas est* (Enciclica, 25 dicembre 2005), n° 1.

⁵ Su questo complesso argomento, cfr, ad esempio: R. J. RUSSEL, "Dialogo scienze-teologia, metodo e modelli", in G. TANZELLA-NITTI – A. STRUMIA (a cura di), *Dizionario Interdisciplinare di Scienza e Fede*, cit., vol. 1, 382-395.

⁶ GIOVANNI PAOLO II, *Fides et ratio*, 45.

⁷ Simbolo Costantinopolitano (anno 381): DH 150.

⁸ Cfr. *Summa theologiae*, I, q. 2, a. 2, ad 1um.

⁹ Costituzione dogmatica *Dei Filius*, cap. 3 (DH 3009).

¹⁰ FRANCESCO D'ASSISI, *Cantico delle creature*.

¹¹ Z. BAUMAN, *Consumo, quindi sono*, Laterza, Bari-Roma 2009.

¹² *De vera religione*, 39,72.

¹³ Udienza ai partecipanti al Congresso internazionale promosso dalla Pontificia Università Lateranense nel X anniversario della *Fides et ratio*, 16 ottobre 2008.

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium vitae* (Enciclica, 25 marzo 1995), 2.

¹⁷ *Ibid.*, 12.

¹⁸ *Ibid.*, 89; Cfr. *Carta degli Operatori sanitari*, 1,1 (Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori sanitari, Città del Vaticano – 1995).

¹⁹ II, c. 2. Sull'interessante tema dell'uso delle scienze da parte dei teologi, cfr G. TANZELLA-NITTI, "Scienze naturali, utilizzo in teologia", in G. TANZELLA-NITTI – A. STRUMIA (a cura di), *Dizionario Interdisciplinare di Scienza e Fede*, cit., vol. 1273-1289.

²⁰ BENEDETTO XVI, *Discorso ai partecipanti alla plenaria della Pontificia Accademia delle Scienze* (6 novembre 2006).

²¹ N° 83.

²² Udienza ai partecipanti al Congresso internazionale promosso dalla Pontificia Università Lateranense nel X anniversario della *Fides et ratio*, 16 ottobre 2008.

²³ Cfr. Enciclica *Spe salvi*.

²⁴ Enciclica *Fides et ratio* (14 settembre 1998), n°1.

²⁵ Enciclica *Caritas in veritate* (29 giugno 2009), n° 74.

Il dolore: corpo-anima

ALGOS E PATHOS: DAL LIVELLO DELLA NATURA (CREAZIONE)

A LIVELLO DELLA GRAZIA (REDENZIONE).

MALATTIE ALGOLOGICHE, ALGO-PATOLOGICHE E PATOLOGICHE.
NUOVI ASPETTI TERAPEUTICI.

Presentazione

Sono ben lieto di accogliere nella Rivista *Dolentium Hominum*, come nuovo Presidente del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, il lavoro medico-teologico *Il Dolore: Corpo-Anima* del Professor Pierluigi Zucchi, clinico-algo-ologo, e del Professor Bonifacio Honings, teologo moralista. I due rigorosi Ricercatori, già noti nella letteratura internazionale per i loro studi-ponte tra Medicina e Teologia, hanno voluto in questo lavoro sviluppare il delicato e difficile tema sul rapporto anima-corpo nel contesto antropologico del dolore. In questo ambito hanno identificato tre nuove entità nosologiche: le malattie algo-ologiche, le malattie algo-patologiche e le malattie patologiche, per le quali hanno suggerito anche un iter terapeutico originale, arricchendo, in tal modo, sia la sfera medica sia quella teologica. La ricerca della verità, sempre presente nella Chiesa, sottolinea che tra Scienza e Fede non esiste contrapposizione, ma integrazione, perché come si rileva nella Lettera Enciclica *Fides et Ratio* di S.S. Giovanni Paolo II “*La fede e la ragione sono come le due ali con le quali lo spirito umano s’innalza verso la contemplazione della verità. È Dio ad aver posto nel cuore dell’uomo il desiderio di conoscere la verità e, in definitiva, di conoscere Lui perché, conoscendolo e amandolo, possa giungere anche alla piena verità su se stesso*”.

Questo concetto viene sottolineato anche da S.S. Benedetto XVI, che, nella Lettera Enciclica *Caritas in Veritate*, afferma che “*la verità, infatti, è logos che ama il dia-logos e quindi comunicazione e comunione*”.

Addentrando in questo avvincente lavoro emerge la descrizione degli aspetti fisiopa-

tologici delle malattie algo-ologiche, delle algo-patologiche e delle patologiche (Cfr. Fig. 2), facendo acquisire all’anima algo-logica (corporale) la fisionomia di anima pato-logica (spirituale).

Sotto questo profilo il lavoro sembra evidenziare, ancora, alcuni punti della Lettera Enciclica *Caritas in Veritate* di S.S. Benedetto XVI, che afferma (n. 76) che “*il problema dello sviluppo [inteso in senso lato] è strettamente collegato anche alla nostra concezione dell’anima dell’uomo [...] lo sviluppo deve comprendere una crescita spirituale oltre che materiale, perché la persona umana è un’unità di anima e corpo [...] il vuoto in cui l’anima si sente abbandonata, pur in presenza di tante terapie per il corpo e per la psiche, produce sofferenza. Non ci sono sviluppo plenario e bene comune universale senza il bene spirituale e morale delle persone, considerate nella loro interezza di anima e corpo*”.

Come ho già accennato, un altro aspetto inedito che compare nello studio originale dei due Illustri Ricercatori è l’aver ideato una scala clinico-terapeutica a tre gradini, farmacologica, etica, spirituale (Cfr. Tab. VIII), nella quale l’operatore sanitario possa muoversi in maniera appropriata a seconda delle situazioni nelle quali si viene a trovare.

Per la ricchezza dei dati scientifico-teologici nuovi, che emergono da questo articolato lavoro, auguro, tramite questa Rivista che dirigo e che è diffusa in più ambiti culturali, il giusto apprezzamento e riconoscimento che questo rigoroso studio medico-teologico merita da parte del lettore.

S.E. Mons. ZYGMUNT
ZIMOWSKI

Presidente del Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari

Introduzione

L’intento del presente lavoro è studiare il dolore del corpo nella sua unità con l’anima, perché sia acquisito, a livello della natura (*ordo creationis*), come percezione immanente, corporea, umana, personale e, a livello della grazia (*ordo redemptionis*), come valore trascendente e redentore. Per dare allo studio un’impostazione scientifica, bio-etica e teologica, partiamo non da una visione dualistica dell’uomo, ma da una visione duale-unitaria. Il corpo e l’anima non sono due elementi separati (visione dualistica), ma distinti, che formano, insieme, l’unità dell’essere umano (visione duale-unitaria).

1. I costitutivi dell’uomo nell’ordine della creazione

“Unità di anima e di corpo, l’uomo sintetizza in sé, per la sua condizione corporale, gli elementi del mondo materiale, così che questi attraverso di lui toccano il loro vertice e prendono voce per lodare in libertà il Creatore”¹. La Chiesa canta, per le solennità e feste, alle Lodi mattutine: “Benedite, opere tutte del Signore, il Signore, lodatelo ed esaltatelo nei secoli... Benedite, acque tutte, che siete sopra i cieli, il Signore... Benedite, sole e luna il Signore, benedite, stelle del cielo, il Signore”². Già per questo compito di lode non è lecito all’uomo disprezzare la vita corporale, soprattutto, perché egli è tenuto a considerare buono e degno di onore il proprio corpo appunto perché creato da Dio e destinato alla risurrezione nell’ultimo giorno³. Il racconto biblico esprime gli elementi della persona umana con un linguaggio simbolico, quando dice che “Dio plasmò l’uomo con polvere del suolo e soffiò nelle sue narici un alito di vita,

e l'uomo divenne un essere vivente" (Gn 2,7). L'uomo tutto intero è quindi *voluta* da Dio⁴. Per il nostro lavoro va rilevato che l'uomo, in quanto essere corporale e spirituale insieme, esprime e percepisce le realtà spirituali attraverso segni e simboli materiali⁵. In campo medico, per esempio, i segni clinico-semeiologici, caratteristici di una determinata patologia (per esempio dolore nelle cefalee muscolo-tensive) evidenziano non solo un dolore fisico, estremamente intenso (*algos*), ma anche la sua interiorizzazione in una sofferenza morale-spirituale (*pathos*).

1.1 Il corpo umano

È noto che la filosofia moderna considera il corpo umano non tanto come qualcosa di opposto all'anima, ma come l'espressione esterna della persona umana a contatto con il mondo materiale e gli altri esseri (Mancuso, 2007). Questa capacità espressiva rende il corpo capace di un vero rapporto esistenziale e di realizzarsi pienamente. Il corpo umano manifesta così non solo l'interiorità dell'anima, ma è in un certo senso la porta anche dell'esterno verso l'anima. L'uomo, creato da Dio, maschio e femmina, non ha un corpo, ma è un corpo. Questo indirizzo esistenziale e personalistico del corpo è in piena armonia con la divina rivelazione sul corpo umano del Verbo Incarnato⁶. «Nella espressione giovannea, «Il Verbo si fece carne» (Gv 1,14), la Chiesa chiama «Incarnazione» il fatto che il Figlio di Dio abbia assunto una natura umana per realizzare in essa la nostra salvezza»⁷. Così, il Figlio di Dio manifesta la sua divinità, proprio nella natura umana, perché ha assunto non solo la piena realtà dell'anima umana, con le sue operazioni di intelligenza e di volontà, ma anche la piena realtà del corpo umano. Tutto ciò che Egli è e ciò che Egli fa, nella sua natura umana, quindi anche nel corpo, deriva da «Uno della Trinità». Il Figlio di Dio comunica, così alla sua umanità il suo modo personale di esistere nella Trinità. Per questo, tanto nella sua anima

quanto nel suo corpo, Cristo esprime umanamente il comportamento divino della Trinità (cfr. Gv 14,9-10)⁸. L'uomo in ogni sua attività anche spirituale, è determinato e condizionato dal proprio corpo, componente essenziale della sua unità personale e punto d'incontro con Dio⁹. Giovanni Paolo II afferma: «Il Creatore ha assegnato come compito all'uomo il corpo; egli non ha un corpo, ma lo è, e quindi sua vocazione è divenirlo»¹⁰.

1.2 L'anima spirituale unita al corpo

La dualità dell'essere umano implica che l'unità dell'anima e del corpo è così profonda da dover concepire l'anima non

41). Designa anche tutto ciò che nell'uomo vi è di più intimo¹⁴ e di maggiore valore¹⁵, per cui, ed è molto importante, l'uomo è più particolarmente immagine di Dio. Inoltre, ed è altrettanto importante, «Anima» significa il *principio spirituale* dell'uomo¹⁶. Ora, proprio, in base alla concezione di «anima» come elemento più intimo, per cui l'uomo è, in modo particolare, «immagine di Dio» e di «anima» come principio spirituale dell'uomo, la Chiesa insegna che ogni anima spirituale è creata direttamente da Dio – non è «prodotta» dai genitori – ed è immortale. Quindi, l'anima dell'uomo non perisce al momento della morte, della sua separazione dal corpo; anzi, al momento della risurrezione fi-



solo come la «forma» del corpo, ma anche che, proprio grazie all'anima spirituale il corpo composto di materia è un corpo umano e vivente. Lo spirito e la materia, nell'uomo, non sono due nature congiunte, ma la loro unione formano un'unica natura¹¹. Per questa sua unità con l'anima, «il corpo dell'uomo partecipa alla dignità di «immagine di Dio»: è corpo umano proprio perché è animato dall'anima spirituale, ed è la persona umana tutta intera ad essere destinata a diventare, nel Corpo di Cristo, il tempio dello Spirito»¹².

La dottrina della Chiesa circa l'anima, dal greco *anemos* (vento, passione), trova fondamento nella Sacra Scrittura, dove il termine *anima* spesso indica la *vita* umana¹³, oppure tutta la *persona* umana (cfr. At 2,

nale, l'anima si riunirà, di nuovo, al corpo. Dunque, anche dopo la morte, rimane, in un certo senso, una relazione tra i due costitutivi, anima e corpo, della persona umana. Tutto questo risulta molto evidente nella Risurrezione di Cristo; infatti, la Persona divina di Cristo è rimasta unita alla sua anima e al suo corpo, anche dopo la loro separazione nel momento della sua morte in croce. «Per l'unità della natura divina che permane presente in ciascuna delle due parti dell'uomo (anima e corpo), queste si riuniscono di nuovo. Così la morte si è prodotta per la separazione del composto umano e la Risurrezione per l'unione delle due parti separate»¹⁷. Una significativa conferma dell'importanza antropologica di questa dualità unitaria, corpo e anima, è offer-

ta dall'enciclica *Deus caritas est*. "L'uomo diventa veramente se stesso, quando corpo e anima si ritrovano in intima unità; se l'uomo ambisce di essere solamente spirito e vuol rifiutare la carne come una eredità soltanto animalesca, allora spirito e corpo perdono la loro dignità, e se, d'altra parte, egli rinnega la spiritualità e, quindi, considera la materia, il corpo, come realtà esclusiva, perde ugualmente la sua grandezza. L'epicureo Gassendi, scherzando, si rivolgeva a Cartesio col saluto: «O Anima!». E Cartesio replica dicendo: «O Carne!»¹⁸. Ora, per spiegare il rapporto tra *eros* e *agape*, Papa Ratzinger precisa che non sono né lo spirito né il corpo da soli ad amare; è l'uomo, la persona, che ama come creatura unitaria, di cui fanno parte corpo e anima. Solo quando ambedue si fondono veramente in unità, l'uomo diventa pienamente se stesso. Solo in questo modo l'amore – l'*eros* – può maturare fino alla sua vera grandezza¹⁹. Quanto detto vale, analogicamente, anche per il dolore, appunto, perché non è solo il corpo che soffre ma è anche l'anima che soffre; in altre parole, l'uomo, la persona, che soffre, essendo una creatura unitaria, non soffre soltanto fisicamente (*algos*) ma anche spiritualmente (*pathos*). Per questo, il dolore implica non solo il cervello ma anche la mente. Per completare il discorso sull'uomo e il dolore, ci fermiamo ancora sulla dimensione della natura umana, sull'essere maschio e femmina.

1.3 Una unità a due: l'uno per l'altra

Creati *insieme*, l'uomo e la donna sono voluti da Dio l'uno per l'altra. "Non è bene che l'uomo sia solo; gli voglio fare un aiuto che gli sia simile" (*Gen* 2,18). Nessuno degli animali può essere questo "vis-à-vis" dell'uomo (cfr. *Gn* 2,9-20). La donna che Dio "plasma" con la costola tolta all'uomo e che conduce all'uomo, strappa all'uomo un grido d'ammirazione, un'esclamazione d'amore e di comunione: "Questa volta essa è carne dalla mia carne e osso dalle mie

ossa" (*Gn* 2,23). L'uomo scopre la donna come un altro "io" della stessa umanità. L'uomo e la donna sono, con una identica dignità, "a immagine di Dio". Nel loro "essere-uomo" ed "essere-donna" riflettono la sapienza e la bontà del Creatore²⁰. Le "perfezioni" dell'uomo e della donna riflettono qualche cosa dell'infinita perfezione di Dio: quelle di una madre²¹ e quelle di un padre e di uno sposo²².



A questo punto arriviamo a una conclusione determinante nella nostra riflessione su dolore, corpo, anima, dal punto di vista scientifico e teologico. "A immagine del Creatore, «che ama tutte le cose esistenti» (*Sap* 11,24), l'uomo e la donna sono chiamati a partecipare alla Provvidenza divina verso le altre creature. Da qui la loro responsabilità nei confronti del mondo che Dio ha loro affidato"²³. Più concretamente ciò vuol dire che Dio fa dono agli uomini di essere cause intelligenti e libere per completare l'opera della creazione, perfezionandone l'armonia per il loro bene e per il bene del prossimo. Cooperatori spesso inconsapevoli della volontà divina, gli uomini possono entrare deliberatamente nel piano divino con le loro azioni, le loro preghiere, ma anche con le loro sofferenze (cfr. *Col* 1,24). Allora diventano in pienezza «colaboratori di Dio» (*1Cor* 3,9; *1Ts* 3,2) e del suo Regno (cfr. *Col* 4,11)²⁴. Il corpo umano può, quindi, diventare un punto d'incontro tra Dio e l'uomo, soprattutto quando è sofferente, come evidenzia la nostra comunione alla sofferenza di Cristo, ossia, il senso cristiano del dolore nel piano divino.

2. Il senso della sofferenza umana nell'ordine della redenzione

Quanto Gesù ha fatto, detto e sofferto, aveva come scopo di ristabilire nella sua primitiva vocazione l'uomo elevato alla somiglianza con Dio e decaduto a causa del peccato originale. Sant'Ireneo di Lione scrive: "Allorché si è incarnato e si è fatto uomo, ha ricapitolato in se stesso la lunga storia degli uomini e in breve ci ha procurato la salvezza, così che noi recuperassimo in Gesù Cristo ciò che avevamo perduto in Adamo, cioè d'essere a somiglianza di Dio"²⁵. "Per questo appunto Cristo è passato attraverso tutte le età della vita, restituendo con ciò a tutti gli uomini la comunione con Dio"²⁶. Infatti, poiché nella sua Persona divina incarnata, Cristo "si è unito in certo modo ad ogni uomo", egli offre "a tutti la possibilità di venire in contatto, nel modo che Dio conosce, con il mistero pasquale". Egli chiama i suoi discepoli a prendere la loro croce e a seguirlo (cfr. *Mt* 16,24), poiché patì per noi, lasciandoci un esempio, perché ne seguissimo le orme (cfr. *1Pt* 2,21). Infatti egli vuole associare al suo sacrificio redentore quelli stessi che ne sono i primi beneficiari²⁷. Ciò si compie in maniera eminente per sua Madre, associata più intimamente di qualsiasi altro al mistero della sua sofferenza redentrice (cfr. *Lc* 2,35)²⁸. Anche l'Apostolo ci dà una commovente testimonianza al riguardo: "Completo nella mia carne quello che manca ai patimenti di Cristo in favore del suo corpo che è la Chiesa" (*Col* 1,24). Con queste parole, San Paolo intende spiegare il valore salvifico di un lungo cammino, che si snoda, proprio, attraverso la sofferenza, in quanto inserita nella storia dell'uomo ed illuminata dalla parola di Dio. Questa scoperta del valore della sofferenza gli fa dire: "Perciò sono lieto delle sofferenze che sopporto per voi" (*Ibidem*). Per quanto questa scoperta del senso cristiano della sofferenza sia "personalissima", Paolo di Tarso vuole che il senso salvifico della sofferenza sia valido per tutti gli uomini che soffrono. La soffre-

renza umana non solo desta compassione e rispetto, ma anche, a suo modo, intimidisce, perché in essa è contenuta la grandezza di uno specifico mistero. Perciò, afferma Giovanni Paolo II, intorno a ogni sofferenza umana si devono avvicinare, anzi, unirsi tra di loro, in modo particolare, i motivi di un particolare rispetto dal più profondo bisogno del cuore e dal profondo imperativo della fede. Il primo motivo, quello del bisogno del cuore ci ordina di vincere il timore, e l'altro, quello dell'imperativo della fede fornisce il contenuto del mistero. Infatti, nel nome e in forza del contenuto, osiamo toccare ciò che sembra in ogni uomo tanto intangibile; nella sua sofferenza, l'uomo rimane un mistero intangibile²⁹. Ora, dato che l'uomo, attraverso la sua vita terrena, cammina in un modo o nell'altro sulla via della sofferenza, vogliamo incontrarci con l'uomo proprio su quella via, identificabile nel contesto antropologico dell'unità di corpo e anima della persona umana, nell'indole comunitaria dell'umana vocazione nel piano divino (ordo creatio-nis) e, soprattutto, nel contesto della partecipazione al senso della sofferenza della passione di Cristo (ordo redemptionis). Tuttavia, per completezza di studio, illustriamo da dove nasca il dolore e come venga condotto.

2.1 Vie del dolore e caratteristiche del linguaggio nel rapporto Dolore-Anima

Il sistema algico è un sistema neuronale costituito schematicamente da quattro zone funzionali:

- 1. area di recezione caratterizzata dal recettore doloroso o nocicettore;
- 2. area di trasmissione rappresentata dalle vie afferenti (vie spinotalamiche: neo e paleo-spinotalamiche) che portano l'input dal nocicettore al talamo;
- 3. area di integrazione del dolore rappresentata dalla corteccia;
- 4. area di ritorno rappresentata dalle vie efferenti (soprattutto dalle vie cortico-bulbo-spinali). Schematicamente: recezione → trasmissione (vie afferenti) → percezione e integrazione (corteccia) → ritorno (vie efferenti) (Fig. 1).

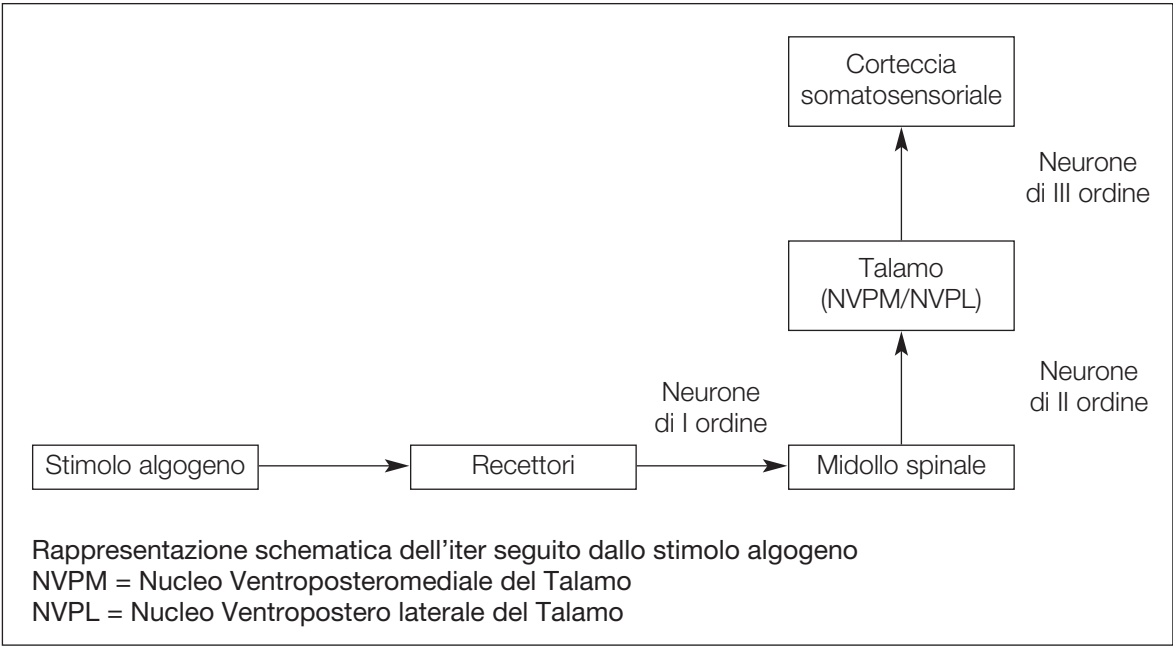
Da questo schema si comprende che l'individuo percepisce dolore, soprattutto, quando questa entità raggiunge la corteccia del nostro cervello, centro delle attività psichiche, motorie, sensoriali e, nell'uomo, sede del pensiero³⁰. Il dolore fisico (*algos*) detiene un linguaggio proprio, che si riflette sulla mente e, in particolare sull'anima, alla quale si accede, soprattutto, tramite la via della soffe-

renza (*pathos*). Il dolore crea un linguaggio con l'anima che porta a una conoscenza di sé che diventa coscienza in una sintesi perfetta tra *ratio et fides*.

Infatti, se l'anima, dono di Dio della vita, è concepita come principio delle attività spirituali, è chiaro che essa ha, soprattutto, nel cervello la sede della *percezione* del dolore, e nella mente la sede di interiorizzazione del dolore.

Da quanto detto siamo giunti al punto cruciale del rapporto tra il dolore e l'anima e precisiamo che il dolore fisico (*algos*) percepito da parte dell'anima (*mens*) e recepito a livello del cervello (*ratio*) si connota in un significato non solo immanente, legato al dolore del corpo (*algos*), ma anche trascendente legato al dolore dell'anima (*pathos*). Si attua in tal modo un'osmosi del rapporto dolore-anima, cervello-mente, che porta alla ricerca dell'*algos* (oggetto), che si trasforma in *pathos* (soggetto) che acquisisce conoscenza dell'*algos* (percezione del proprio corpo), che diventa coscienza della *pathos* (percezione del proprio Io da parte dell'anima-mente) in un tutt'uno nell'Io-Individuo (essere immanente con dolore = *algos* + *pathos*) che si attua, per mezzo della Grazia Redentrice, in Io-Persona (Essere trascendente, unità di anima e di corpo) in una proiezione unica, ascendente verso DIO (*Logos*)

Fig. 1. Vie del dolore



(Fig. 2), Unità *sinaptica* del sistema immanente (*Ordo Creationis*) e del Sistema Trascendente (*Ordo Redemptionis*) (Teoria dei Due Sistemi, Fig. 2).

L'interruzione del rapporto dialogico con Dio (Fig. 3) porta alle malattie algo-logiche dell'anima, con diminuzione della soglia del dolore fisico (*algos*), alle malattie algo-patologiche con diminuzione della soglia del dolore psico-fisico (*algos + pathos*) e alle malattie pato-logiche, con diminuzione della soglia del dolore psichico (*pathos*) (Fig. 2).

È bene ribadire che quando si parla di malattie algologiche dell'anima si vuole intendere il coinvolgimento dell'anima (a. algologica) come la risultante delle interazioni delle compo-

nenti recettoriali a partenza unicamente periferica-corporale (*algos*); per le malattie algo-patologiche, l'anima rappresenta la risultante (a. algo-patologica) delle interazioni delle componenti recettoriali periferiche (recettori algogeni, *algos*) e centrali (Sistema Limbico e Corteccia, *pathos*); per le malattie patologiche, l'anima rappresenta la risultante (a. patologica) delle interazioni delle componenti recettoriali, soprattutto, centrali (Corteccia, *pathos*).

Un esempio di malattia algologica può essere costituito dalla cefalea a grappolo (*cluster headache*); di malattia algo-patologica dalla emicrania, e di malattia patologica dalla cefalea muscolo-tensiva.

Nella Teoria dei Due Sistemi da noi proposta, nella quale si evidenzia la sinapsi tra il sistema immanente e il Sistema Trascendente, che si attua nella Persona, come creatura, unità di anima e corpo, del Creatore, viene spontaneo l'accostamento, nell'ambito della neurofisiologia, con la Teoria dei Tre Mondi proposta dal neurofilosofo Karl Popper (e spiegata dal neurofisiologo, Premio Nobel, John Eccles).

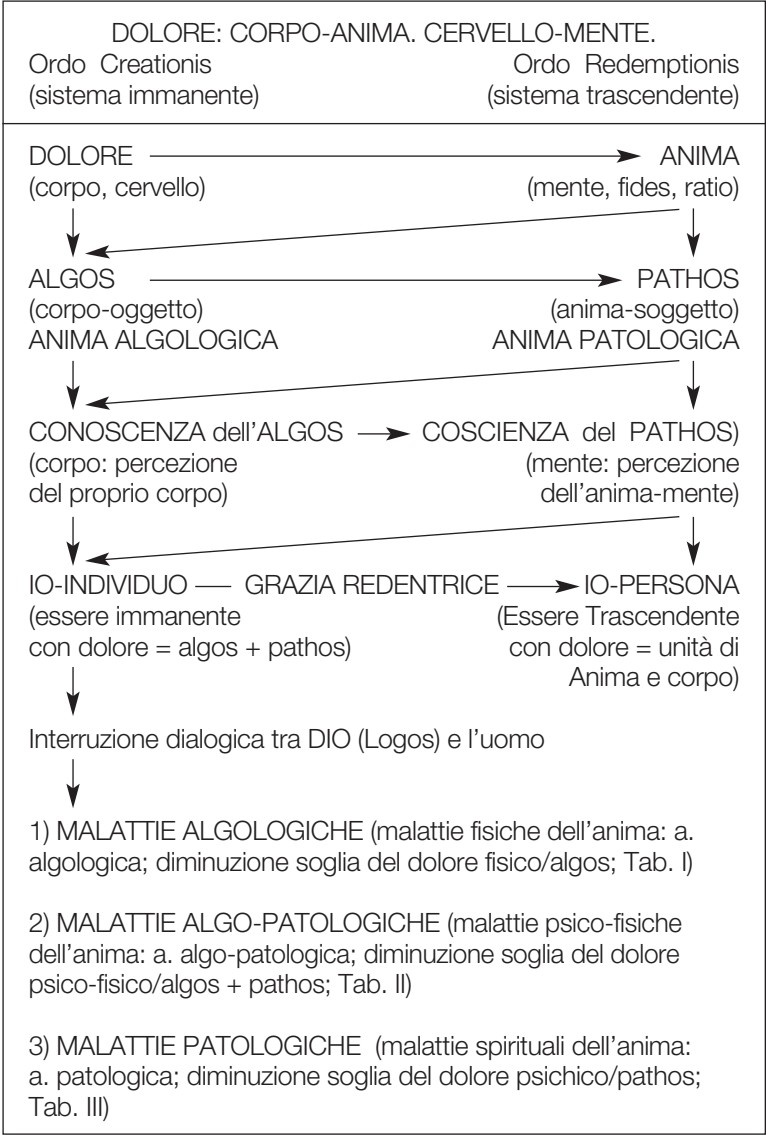
Eccles ipotizza sinapsi tra *dendroni*, cellule del cervello, e *psiconi*, cellule della mente, tramite campi di probabilità quantistica, nei quali onde (input neurofisiologici) modulerebbero il rilascio di neurotrasmettitori nello spazio intersinaptico.

La critica a questa teoria da parte di alcuni ricercatori, per esempio Changeux e il premio Nobel Edelman, sulla sinapsi tra un sistema organico (cervello) e un sistema funzionale (mente) può essere superata con la proposta medico-teologica della Teoria dei Due Sistemi (Fig. 2), identificando nell'Anima (mente, psiche) della Persona la sinapsi tra i due sistemi, organico (cervello-dendroni-soma) e funzionale (mente-psiconi-psiche), spiegabile nello stretto rapporto tra Fisica e Coscienza, tra Ratio et Fides: ancora una volta, in delicati problemi medici, la Scienza Teologica viene in aiuto alla Scienza Medica.

3. Etiologia teologica delle malattie

Interpretando autenticamente il simbolismo del linguaggio biblico, la Chiesa insegna, alla luce del Nuovo Testamento e della Tradizione, che i nostri progenitori Adamo ed Eva sono stati costituiti in uno stato "di santità e di giustizia originali"³¹. La grazia della santità originale era una "partecipazione alla vita divina"³². Questa partecipazione – ed è per la ricerca delle cause delle malattie molto importante – potenziava tutte le dimensioni della vita dell'uomo della sua irradiazione, fino a un punto inverosimile. Il CCC afferma: "Finché fosse rimasto nell'intimità divina, l'uomo non avreb-

Fig. 2. Teoria dei Due Sistemi: Ordo Creationis (Dio-Logos) e Ordo Redemptionis (Dio-Logos Incarnato). DIO (Logos), Unità sinaptica tra sistema immanente (Dolore, corpo) e sistema Trascendente (Anima, mente).



be dovuto né morire (cfr. *Gn* 2,17; 3,19), né soffrire (cfr. *Gn* 3,16). L'armonia interiore della persona umana, l'armonia tra l'uomo e la donna (cfr. *Gn* 2,25), infine l'armonia tra la prima coppia e tutta la creazione costituiva la condizione detta "giustizia originale"³³. La triplice armonia, cioè l'intrapersonale, l'inter-personale e quella cosmica, è dunque il frutto dell'armonia religiosa, vale a dire, della familiarità dell'uomo con Dio. Dallo loro amicizia con Dio derivava la felicità della loro esistenza nel Paradiso. Il segno di questa "santità originale" è il fatto che Dio colloca l'uomo nel giardino (cfr. *Gn* 2,8) dove egli vive "per coltivarlo e custodirlo" (*Gn* 2,15); il lavoro non è una fatica penosa (cfr. *Gn* 3,17-18), ma la collaborazione dell'uomo e della donna con Dio nel portare a perfezione la creazione visibile³⁴.

Le cause di ordine morale delle malattie

Dal rapporto tra dolore e anima viene da chiedersi se la percezione algica, in alcune malattie che producono non solo dolore fisico (*algos*) ma, soprattutto, quello psichico (*pathos*), rappresenti il risultato clinico ottenuto non solo per stimoli nocicettivi condotti da vie afferenti al Sistema Nervoso Centrale (S.N.C.) e per iperproduzione di determinate sostanze chimiche liberate a livello delle sinapsi del nostro cervello, ma sia, soprattutto, il risultato di una incapacità di dialogo con la sfera trascendente (Fig. 3).

3.1 La causa radicale: il peccato originale

Per il peccato dei nostri progenitori, tuttavia, è andata perduta la santità originale e, di conseguenza, la giustizia originale, che Dio, nel suo disegno, aveva previsto per l'uomo. In effetti, tentato dal diavolo, l'uomo ha lasciato spegnere nel suo cuore la fiducia nei confronti del suo Creatore (cfr. *Gn* 3,1-11) e, abusando della propria libertà, ha disobbedito al comandamento di Dio. La Scrittura mostra le conseguenze drammatiche di questa interruzione del rapporto dialogico tra l'uomo e Dio. Adamo ed Eva hanno paura di quel Dio (cfr. *Gn* 3,9-10) di cui si sono fatti una falsa immagine, quella, cioè, di un Dio geloso delle proprie prerogative (cfr. *Gn* 3,5). Quanto alle armonie, anche queste sono distrutte: la padronanza delle facoltà spirituali dell'anima sul corpo è infranta³⁵; il "dominio" del mondo che Dio, fin dagli inizi, aveva concesso all'uomo si realizzava innanzi tutto, nell'uomo stesso come padronanza di sé. L'uomo era integro e ordinato in tutto il suo essere, perché libero dalla triplice concupiscenza (cfr. *IGv* 2,16), ma adesso, ed è da rilevare, proprio questa triplice concupiscenza lo rende schiavo dei piaceri dei sensi, della cupidigia dei beni terreni e dell'affermazione di sé contro gli imperativi della ragione³⁶. San Tommaso precisa: "per la giustizia originale, la ragione dell'uomo era sottomessa a Dio, le facoltà inferiori alla ra-

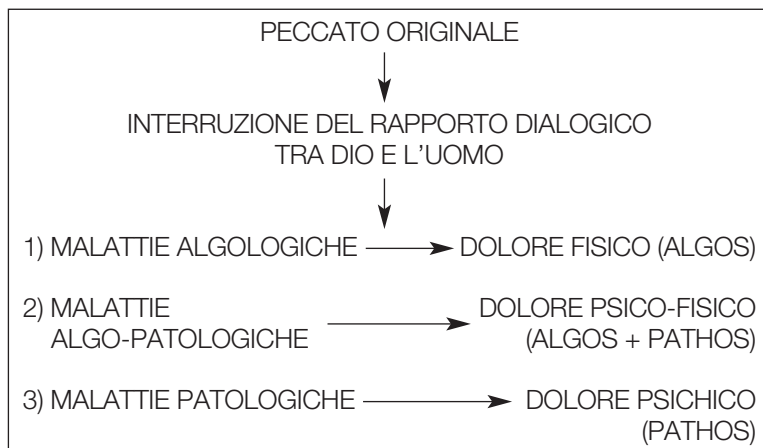
gione e il corpo all'anima. Ma, a causa del peccato originale, questo equilibrio si rompe: e poiché la ragione non fu più sottomessa a Dio, le facoltà inferiori si ribellarono alla ragione e il corpo si sottrasse all'obbedienza dell'anima a causa della morte e della corruzione"³⁷. Quanto detto evidenzia che la causa originante delle malattie è il peccato originale, appunto perché interrompendo il dialogo d'amore con Dio, il suo effetto, la giustizia originale, il non dover soffrire né morire, è andata perduta. Ma, ed è altrettanto importante, il peccato sia quello mortale che veniale, trascina la persona alla perdizione e, con la ripetizione dei medesimi atti, genera il vizio. Ne derivano inclinazioni perverse che ottenebrano la coscienza e alterano la concreta valutazione del bene e del male. In tal modo il peccato tende a riprodursi e a rafforzarsi, anche se non può distruggere il senso morale fino alla sua radice³⁸.

3.2 La proliferazione del peccato: i vizi capitali

Di origine etimologica assai incerta, la parola vizio indica indubbiamente un cuore non ben disposto e certamente non teso verso Dio. Il vizio è l'abituale inclinazione al peccato, giunto totalmente, o quasi, fino all'indifferenza e pertanto all'estinzione del rimorso della coscienza³⁹.

Ciò vale anzitutto, per i peccati veniali che non rompono l'alleanza con Dio, ma indeboliscono la carità in quanto manifestano un affetto disordinato per i beni creati. Questi peccati ostacolano i progressi dell'anima nell'esercizio delle virtù e nella pratica del bene morale. In questo senso, i vizi possono essere catalogati in parallelo alle virtù alle quali si oppongono, oppure essere collegati ai peccati capitali. L'esperienza cristiana li chiama capitali perché generano altri peccati, altri vizi, e sono sette: *superbia, avarizia, invidia, ira, lussuria, golosità, pigrizia o accidia*⁴⁰. San Tommaso raffronta il numero settenario dei peccati capitali alle sette ten-

Fig. 3. Etiopatogenesi delle malattie algo-logiche, delle algo-patologiche e delle pato-logiche



denze viziose dell'uomo, partendo dal fatto che i vizi capitali sono tali proprio dal punto di vista finalistico. Si denominano, infatti, capitali quei vizi, i cui fini presentano attrattive fondamentali atte a muovere l'appetito: e in base alle loro differenze si distinguono i vizi capitali. Ora, una cosa può muovere l'appetito in due maniere: direttamente e per se stessa, e sotto tale aspetto il bene muove l'appetito come attrattiva, mentre il male muove come ripulsa; indirettamente e come di riflesso, nel caso, per esempio, di chi affronta un male mirando al bene connesso, oppure nel caso di chi fugge un bene per il male che l'accompagna. I vizi capitali implicano, così, un desiderio disordinato di quattro beni della sfera concupiscibile e una fuga disordinata da tre beni ardui. Il vizio della superbia riguarda il desiderio disordinato dell'eccellenza come bene del proprio spirito; il vizio della gola riguarda il desiderio disordinato della conservazione come bene del proprio corpo (il cibo e la bevanda); il vizio della lussuria riguarda il desiderio disordinato della conservazione della specie come bene corporale proprio (il coito); il vizio dell'avarizia riguarda l'attaccamento disordinato alla propria ricchezza.

Il vizio dell'accidia riguarda la fuga disordinata del proprio bene per il male che l'accompagna, per esempio il travaglio corporale che accompagna l'acquisto del bene spirituale; il vizio dell'invidia riguarda la tristezza per il bene altrui, concepito come impedimento della propria eccellenza; il vizio dell'ira riguarda la ribellione che spinge alla vendetta⁴¹. San Tommaso precisa ancora un aspetto molto importante: "Il processo di origine dei vizi non è identico a quello delle virtù: poiché le virtù sono causate dalla subordinazione dell'appetito alla ragione, o al ben eterno che è Dio; mentre i vizi nascono dal desiderio del bene transitorio"⁴². I vizi capitali sono la causa della proliferazione del peccato, e quindi della interruzione, se il peccato è mortale, del dialogo d'amore con Dio, e, se è veniale, rappresen-

tano, comunque, una con-causa delle malattie dolorose. Infatti, tutti i peccatori sono stati e sono anche gli autori della passione di Cristo. Il Catechismo romano precisa, proprio nel caso dei vizi: "è chiaro che più gravemente colpevoli sono coloro che più spesso ricadono nel peccato. Se infatti le nostre colpe hanno tratto Cristo al supplizio della croce, coloro che si immergono nell'iniquità crocifiggono nuovamente, per quanto sta in loro, il Figlio di Dio...; e neppure i demoni lo crocifissero, ma sei stato tu con essi a crocifiggerlo, e ancora lo crocifiggi quando ti diletta nei vizi e nei peccati"⁴³.

4. La multidimensionalità del dolore Le malattie algo-logiche (dell'anima)

Il terreno della sofferenza umana è pluridimensionale. La Scuola Algologica Fiorentina definisce "il dolore una entità psico-fisica, con valenze universali, nella cui percezione sono in causa fattori individuali, culturali e religiosi diversi ed al cui inquadramento partecipano non solo le branche della medicina e della biologia, ma anche quelle delle scienze umane (Filosofia e Psicologia)⁴⁴. Da questa definizione si evidenzia l'importanza di creare, innanzitutto, un ottimo rapporto medico-paziente, e, vengono sottolineate tre componenti fondamentali:

1. la componente sensitiva-percettiva (*disease-algos*), che rappresenta la valenza fisica e sensoriale del dolore descritta in termini di tempo (dolore acuto e cronico) e di spazio (dolore locale e diffuso);

2. la componente cognitiva-valutativa (*illness-pathos*) che rappresenta la valenza introiettiva del dolore e del significato che gli viene attribuito; si tratta del *come* ci si confronta con il dolore e del *come* s'interiorizzi;

3. la componente affettiva-motivazionale (*sickness-ethos*) che rappresenta la valenza emotiva del dolore descritta e vissuta nel contesto sociale, creando cultura e costume (*nomos*).

4.1 Il dolore tra natura e cultura

Papa Wojtyla annota: "Può darsi che la *medicina*, come scienza ed insieme come arte del curare, scopra il *settore più conoscitivo*, quello identificato con maggiore precisione e, relativamente, più controbilanciato dai metodi del «reagire» (cioè della terapia). Ma, questo è soltanto un settore. La sofferenza è qualcosa di *ancora più ampio* della malattia, di più complesso ed insieme ancora di più profondamente radicato nell'umanità stessa". Nel rapporto tra uomo e dolore la Scienza, per arginare le varie patologie dolorose, tende sempre più a servirsi non solo del modello sperimentale, ma anche, e, soprattutto, di quello antropologico, per sopperire alla frattura tra tecnica e Medicina da un lato, e Filosofia ed Epistemologia, dall'altro. In tutte le branche del sapere, in Medicina in particolare, il linguaggio scientifico deve essere *animizzato* nella ricerca di interiorizzazione della *Scienza in conoscenza*, che deve, a sua volta, trasformarsi in *coscienza dinamica* dell'uomo verso l'altro uomo nel principio del servizio; solo, in tal modo, la Scienza farà riscoprire l'Amore, come unico valore portante della vita. Nella percezione del dolore da parte dell'anima si attua la sintesi tra scienza, cultura e sapienza, e, quindi, una unione tra Neuroscienze, Filosofia e Teologia, facendo acquisire all'anima un'entità simbiotica, che può essere definita sotto il profilo neuro-filosofico, *anima algologica*, *anima algo-patologica*, *patologica*. Questa percezione del dolore da parte dell'*anima algologica* crea un piano terapeutico sapienziale per la salute in equilibrio con le leggi della natura, dove il corpo rappresenta il punto di incontro nel quale si uniscono le patologie del corpo stesso (malattie algo-logiche, Tab. I) con quelle dell'anima (malattie algo-patologiche, Tab. II e malattie patologiche, Tab. III), trasformando la fisionomia dell'*anima algologica* (corporale) verso la fisionomia di *anima patologica* (spirituale) (v. Fig. 2), trasformazione questa connaturale per il credente cristiano.

Tab. I. Esempi più frequenti di malattie algologiche (algos)	
Cefalea a grappolo	Traumi
Nevralgia trigeminale	Ernie discali
Artrosi	Arteriopatie
Artriti	Arto fantasma
Osteoporosi	Cancro

Tab. II. Esempi più frequenti di malattie algo-patologiche (algos + pathos)	
Emicrania	
Sindromi Fibromialgiche	
Sindromi da Fatica Muscolare	

Tab. III. Esempi più frequenti di malattie patologiche (pathos)	
Cefalea Muscolo-Tensiva	
Depressione	
Sindromi Depressive	
Malattie Psicologiche derivanti da vizi capitali	

Dati gli stretti legami che l'anima ha con il corpo, il miglioramento (terapeutico) del dolore fisico (*algos*) porta a un miglioramento del dolore psichico (*algos + pathos*), di quello spirituale (*pathos*), di quello sociale (*ethos*), creando un comportamento della persona come stile e testimonianza di vita (*nomos*).

Nonostante il dolore sia, so-

prattutto, una percezione fisica, corporale, materiale, e proprio perché *materiale* è *mater* e *matrix*, a causa della sua unitarietà duale (anima-corpo) crea, in questo concetto, la comprensione olistica dei diversi passaggi da *algos* a *pathos*, da *pathos* a *ethos*, da *ethos* a *nomos*.

Questa comprensione olistica e i relativi passaggi qualita-

tivi corrispondono, in pieno, nel cristianesimo, all'antropologia personale e sociale, e al rapporto che Dio ha con l'uomo sofferente.

4.2 Il dolore tra natura e fede

“Gli uomini sofferenti si rendono simili tra loro mediante l'analogia della situazione, la prova del destino, oppure mediante il bisogno di comprensione e di premura, e forse soprattutto mediante il persistente interrogativo circa il senso di essa”⁴⁵. Un aspetto estremamente importante della sofferenza è profondamente radicato nell'intera Rivelazione dell'Antica e, soprattutto, della Nuova Alleanza. “La sofferenza deve servire *alla conversione*, cioè *alla ricostruzione del bene* nel soggetto, che può riconoscere la misericordia divina in questa chiamata alla penitenza. La penitenza ha come scopo di superare il male, che sotto diverse forme è latente nell'uomo, e di consolidare il bene sia in lui stesso, sia nei rapporti con gli altri e, soprattutto, con Dio”⁴⁶.

Alla luce della fede, il dolore corporale diventa, come penitenza dell'anima, un passaggio di redenzione e di dialogo tra il Creatore e la Sua creatura in una forma sempre nuova di linguaggio.

Da un punto di vista funzionale, il dolore riesce a interferire nei centri anatomici del linguaggio, creando la valenza di un'entità semantica sempre rinnovabile e diversa.

Il linguaggio ha nel nostro encefalo delle sedi anatomiche specifiche denominate *Area di Broca* e *Area di Wernicke* (Figg. 4, 4a).

I centri del linguaggio

Area di Broca (Paul Pierre Broca: Sainte-Foy-la-Grande, 1824-Parigi, 1880).

Area di Wernicke (Karl Wernicke: Tarnowitz, 1848-Dorrburg im Geratal, 1905).

Il linguaggio si attua nel nostro cervello attraverso i sistemi visivo e auditivo; il sistema motorio attua il linguaggio orale e scritto.

I centri del linguaggio sono rappresentati dall'*Area di Broca* e di *Wernicke* (Figg. 4, 4a).

Fig. 4. I centri del linguaggio.
Area di Broca e Area di Wernicke (visione schematica)

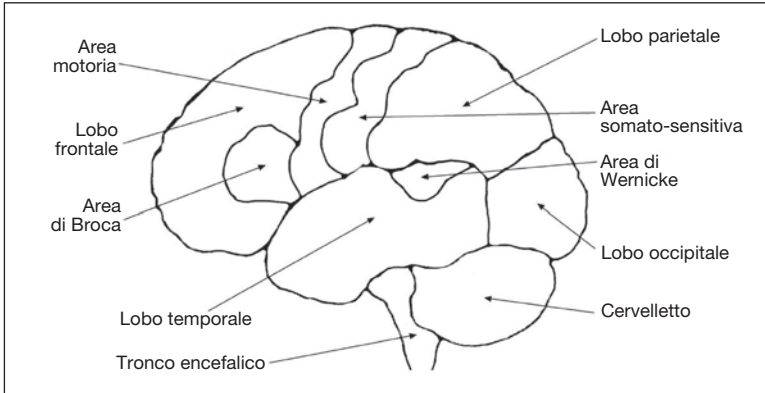
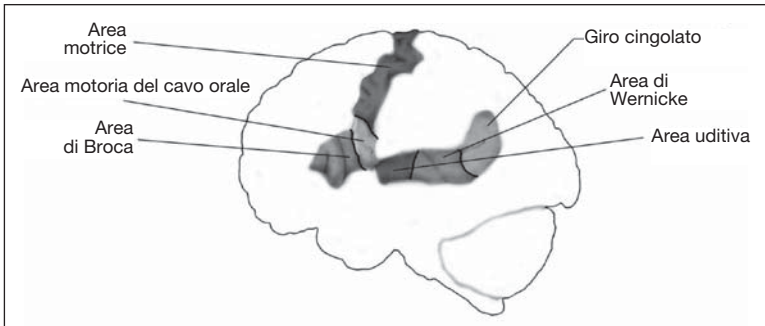


Fig. 4a. I centri del linguaggio.
Area di Broca e Area di Wernicke (visione anatomica)



L'area di Broca (evidenziata nel 1864) è situata al piede della 3^a circonvoluzione frontale sinistra della corteccia (area) motoria ed è predisposta per la formulazione dei movimenti utili per la pronuncia della parola.

L'area di Wernicke (evidenziata nel 1874) è situata sulla superficie superiore del lobo temporale sinistro (tra l'area uditiva e il giro cingolato) della corteccia sensoriale ed è predisposta alla percezione dell'informazione. Tra le due aree, come già ipotizzato da Wernicke, esistono connessioni e la gravità dei due tipi di afasia dipende da quanto la corteccia sia danneggiata oltre i perimetri delle aree di Broca e di Wernicke. La lesione di questi centri si manifesta con un disturbo del linguaggio denominato appunto *afasia*.

Si distinguono due tipi principali di afasia: l'afasia sensoriale di Wernicke, o afasia di percezione, e l'afasia motoria di Broca, o afasia di espressione. L'afasia di Wernicke è caratterizzata da *sordità verbale*, ossia il paziente non comprende le parole udite, come se

queste appartenessero a una lingua straniera e da *cecità verbale*, ossia il paziente non comprende le parole scritte (alessia, o afasia visiva). Nell'afasia di Wernicke il linguaggio parlato è scorrevole, ma la comprensione è compromessa.

L'afasia di Broca è caratterizzata da incapacità di parlare, pur essendo integro l'apparato periferico del linguaggio, ossia la fonazione e la articolazione. Il paziente sa cosa dire, ma non riesce a parlare. In questa forma di afasia il linguaggio parlato è disturbato, ma la comprensione è relativamente conservata. È la forma più comune di alterazione del linguaggio, associata molto spesso alla emiplegia destra.

Per completezza clinica è giusto aggiungere che la *disfasia* è un disturbo parziale di espressione del linguaggio.

Ogni accadimento della nostra vita, piacevole (ascoltare musica gradevole: effetto Mozart. Cfr. Zucchi, Honings, Voegelin, 2005) o doloroso (trauma. Cfr. Zucchi, Honings, Voegelin, 2003, 2004), viene a essere configu-

rato in particolari aree (Figg. 5; 5a) e rievocato in determinate condizioni, costituendo il *fenomeno della memoria*. Da ciò si può capire quanto sia importante il vissuto di una persona, soprattutto, *in fieri*, ossia quando è addirittura nel grembo materno.

Anche per la memoria e l'apprendimento esistono nell'uomo sedi anatomo-funzionali ben precise (Figg. 5; 5a).

Il Lobo Temporale Mediale e tre regioni del Diencefalo (Nucleo Anteriore e Dorso-Mediale del Talamo e i Corpi Mammillari dell'Ipotalamo) sono le aree implicate nell'elaborazione della memoria e dell'apprendimento.

A questo punto ci chiediamo che cosa siano le malattie dell'anima, ossia, quelle malattie legate, soprattutto, al pathos.

**5. Le malattie
algo-patologiche e
patologiche (dell'anima)**

Per Giovanni Paolo II: “La sofferenza è qualcosa *ancor più ampia* della malattia, di più complesso ed insieme ancora di più profondamente radicato nell'umanità stessa. Una certa idea di questo problema ci viene dalla distinzione tra sofferenza fisica e sofferenza morale. Questa distinzione prende come fondamento la duplice dimensione dell'essere umano, ed indica l'elemento corporeale e spirituale come l'immediato o diretto soggetto e oggetto della sofferenza”⁴⁷. Perciò, “per quanto si possano, fino ad un certo grado, usare come sinonimi le parole «sofferenza» e «dolore», la *sofferenza fisica* si verifica quando in qualsiasi modo «duole il corpo», mentre la *sofferenza morale* è «dolore dell'anima». Si tratta, infatti, del dolore di natura spirituale, e non solo della dimensione «psichica» del dolore, che accompagna sia la sofferenza morale, sia quella fisica. La vastità e la multiformità della sofferenza morale non sono certamente minori di quella fisica; al tempo stesso, però, essa sembra quasi meno identificata e meno raggiungibile dalla terapia”⁴⁸.

Fig. 5. Aree implicate nell'elaborazione della memoria e dell'apprendimento (visione schematica)

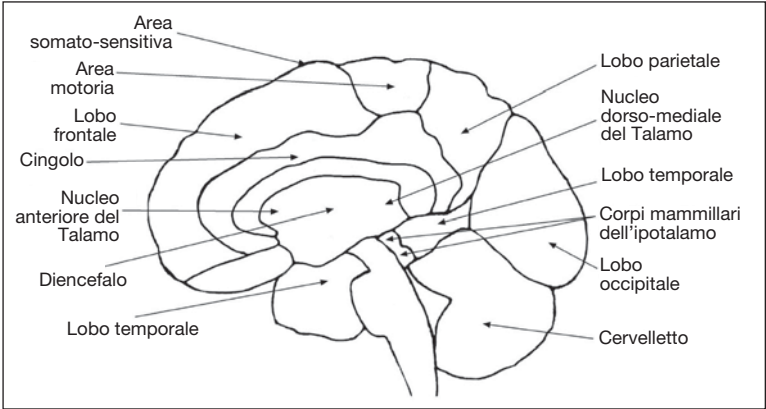
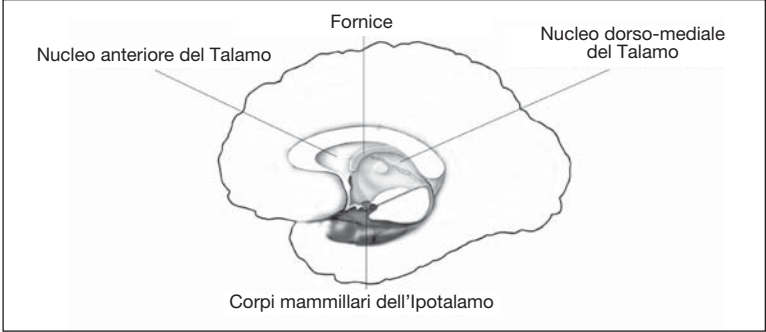


Fig. 5a. Aree implicate nell'elaborazione della memoria e dell'apprendimento (visione anatomica)



Trattando l'uomo come un "insieme" psicofisico, il grande libro della sofferenza, la Sacra Scrittura, unisce spesso le sofferenze "moralì" col dolore di determinate parti dell'organismo: delle ossa, dei reni, del cuore. Non si può, infatti, negare che le sofferenze morali non abbiano anche una loro componente "fisica" o somatica, e che spesso si riflettano sullo stato dell'intero organismo⁴⁹. Ecco alcuni esempi dell'Antico Testamento. Il profeta Geremia esclama: "Senza rimedio cresce il mio dolore, il mio cuore languisce dentro di me" (Ger 8,18). Come uomo infelice, ma allo stesso tempo penitente, il Salmista si rivolge a Jahvé, dicendo: "Non c'è punto sano nella mia carne di fronte al tuo furore, non c'è sanità nelle mie ossa di fronte ai miei peccati. Infatti, i miei peccati hanno superato il mio capo; come grave fardello sono troppo pesanti per me... Sono sfinito e spezzato, urlo per i fremiti del mio cuore. O Jahvé, al tuo cospetto stanno tutti i miei sospiri, e il mio gemito non si nasconde a te. Il mio cuore palpita forte, mi abbandona la mia forza e il lime dei miei occhi, anch'esso, non è più mio. I miei amici e i miei compagni si arrestano di fronte alla mia sventura e i miei prossimi se ne stanno lontani" (Ps 38,4-5; 9-12). Ciò che in questo dolore dell'anima colpisce è il fatto che il sofferente si trova di fronte a Dio, come uno incapace di dialogo con Dio, con la sfera trascendente. Il CCC precisa a riguardo: "L'uomo nell'Antico Testamento vive la malattia di fronte a Dio. È davanti a Dio che egli versa le sue lacrime sulla propria malattia; è da lui, il Signore della vita e della morte, che implora la guarigione. Israele sperimenta che la malattia è legata, in un modo misterioso, al peccato e al male". Intanto, prendiamo, come emblematica, la depressione che può essere considerata non solo una malattia medica, ma anche, e, soprattutto, una delle malattie dell'anima, più devastanti e ricorrenti in ambito medico, che può condurre fino al suicidio.

La depressione, o meglio le sindromi depressive possono essere considerate anche vere e proprie malattie dell'anima, che non solo creano danni a livello dell'individuo malato, ma, anche, a livello sociale, ossia a quelle persone, con le quali, il paziente, inevitabilmente, ha contatto.

Questa patologia crea danni nella plasticità del cervello del paziente *spirituale* e dei circumvicini. La *Sindrome di Burn-out* (sindrome di interiorizzazione negativa delle problematiche dell'altro; Mayou, 1987), che si verifica negli operatori sanitari, che stanno a contatto con il paziente algologico, può essere spiegata molto bene, da un punto di vista neurofisiologico, con la plasticità che possiede parte del nostro cervello, qualità questa che crea una capacità funzionale di ristrutturarsi e, quindi, di mutare in base alle esperienze acquisite⁵⁰. Il meccanismo fisiopatologico del ripetersi degli episodi depressivi, sotto il profilo medico-teologico può essere così interpretato: l'esperienza dell'interruzione dialogica con Dio (Fig. 3) crea un *imprinting* in una parte del nostro encefalo (quella plastica), che dà luogo a una mutazione funzionale di particolari aree cerebrali (Figg. 5, 5a), che, attraverso il *fenomeno della memoria*, facilitano il ripetersi dell'evento patologico. Quindi, l'interruzione di un rapporto spirituale per il credente, o valoriale per l'agnosta, porta a un'alterazione funzionale che, col procrastinarsi dell'evento, conduce a un vero e proprio danno anatomico.

6. Terapia delle malattie

Dalla riflessione sulle cause delle malattie risulta che le algo-logiche, le algo-patologiche e le patologiche hanno una origine comune: la perdita della santità originale del dialogo intimo tra l'uomo e Dio. Tuttavia, nonostante l'etiologia comune, una riflessione sulla terapia delle malattie deve creare un distinguo tra terapie che riguardano le malattie algo-logiche, le malattie algo-patologiche

che e le malattie pato-logiche. Le prime (Tab. I) sono di competenza, prevalentemente, del medico, quelle appartenenti al secondo (Tab. II) e al terzo gruppo (Tab. III) sono di competenza del medico e del sacerdote. Le terapie delle malattie del corpo (m. algo-logiche e m. algo-patologiche) riguardano l'ordine della creazione, l'ordine immanente, e saranno sempre più valorizzate in ambito clinico-genetico (Serra, A. 2008). Le terapie delle malattie pato-logiche riguardano l'ordine della redenzione, l'ordine trascendente, e, saranno seguite anche in ambito religioso e non solo medico. La



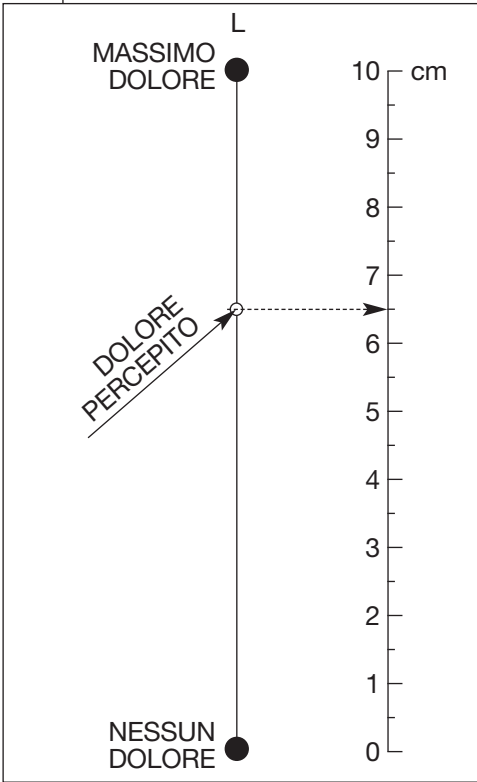
salute del corpo si raggiunge con la salute spirituale che crea uno stile di vita che predispone l'uomo all'amore. Da questo punto di vista, Javier Lozano Barragan definisce molto bene il concetto di salute: "la salute è una tensione verso l'armonia fisica, psichica, sociale e spirituale e non solo assenza di malattia: essa rende capace l'uomo di adempiere la missione che Dio gli ha affidato, a secondo del momento della vita nel quale si trova"⁵¹.

Le malattie dell'anima, algo-logiche e patologiche, possono e devono essere curate, purché il paziente sia invitato dal medico a seguire una terapia farmacologica ed etica, e dal sacerdote a seguire una terapia spirituale-comportamentale.

La *terapia farmacologica* rappresenta un punto obbligatorio di percorso nel protocollo da seguire nel paziente affetto da malattie algologiche, dove la presenza della componente fisica del dolore (*algos*) è spiacevole e pressante. In tali condizioni l'intensità del dolore è

valutata secondo la scala VAS di Scott-Huskisson (1976, 1979, Fig. 6).
La scala VAS di Scott-Huskisson si avvale del disegno di una retta verticale lunga 10 cm. e delimitata da due punti all'estremità.

Fig.6. Scala VAS: L è un segmento su cui il paziente segna il livello di dolore percepito. Il tratto compreso tra il punto segnalato e il punto corrispondente a “nessun dolore” viene misurato in centimetri.



Un punto, quello in basso, indica la condizione di assenza di dolore, l'altro, quello in alto, la condizione di massimo dolore. La scala viene presentata al paziente che deve indicare su di essa l'intensità del proprio dolore. In seguito, grazie alla misurazione in millimetri del segmento compreso tra l'estremità della scala corrispondente all'assenza di dolore e il punto indicato, si ottiene la conversione dell'intensità algica in un dato numero, che può essere sottoposto a elaborazione statistica. Attualmente la scala VAS rappresenta il metodo più sensibile per la valutazione del dolore (soprattutto acuto) in clinica. Purtroppo, tale metodica non è applicabile in soggetti in stato confusionale o con deficit intellettivo, anche se in essa il dolore è semplificato in una rappresentazione lineare. Con tale metodo il medico possiede una misurazione del dolore specifica per la patologia algologica del paziente in esame e potrà eseguire una terapia farmacologica sicuramente appropriata seguendo le linee guida suggerite dall'O.M.S. (Organizzazione Mondiale della Sanità).

SCALA ANALGESICA A TRE GRADINI

L'O.M.S. propone la *Scala Analgesica a Tre Gradini* (Tab. IV) che indica l'iter che il medico deve seguire a seconda

dell'intensità del dolore dal quale è affetto il paziente.
Il gradino di base (Gradino 1) è costituito clinicamente da *dolore lieve*, che deve essere affrontato seguendo una terapia farmacologica a base di FANS (Farmaci Anti-infiammatori Non Steroidei: acido acetilsalicilico, paracetamolo, diclofenac) e con l'apporto di eventuali *farmaci adiuvanti steroidei* (metilprednisolone, desametasone, medrossiprogesterone acetato).
Il gradino intermedio (Gradino 2) è costituito clinicamente da *dolore moderato*, curato con terapia farmacologica a base di *oppioidi deboli* (codeina, destropropossifene) insieme con FANS ed eventuali *farmaci adiuvanti steroidei*.
Il gradino alto (Gradino 3) è costituito clinicamente da *dolore molto intenso (insopportabile)*, che deve essere affrontato con terapia farmacologica a base di *oppioidi forti* (morfina), con aggiunta di eventuali FANS e *farmaci adiuvanti* (steroidi, psicotropi).
Si deve, per completezza di argomento, tener presente che gli oppioidi deboli, a differenza degli oppioidi forti, hanno tutti un *ceiling effect* (effetto tetto), ossia, sopra una certa dose non aumentano il loro potere analgesico, con comparsa, però, di maggiori effetti collaterali. Questo effetto spiega perché, dopo circa 30 giorni, è necessario passare dagli

Tab. IV. Scala analgesica a tre gradini

Gradino 3		OPPIOIDI POTENTI (Morfina) + Antinfiammatori (FANS) +/- Adiuvanti (Steroidi; Psicotropi)
Gradino 2		DOLORE INTENSO
Gradino 1		OPPIOIDI DEBOLI (Codeina, Destropropossifene) + Antinfiammatori (FANS) +/- Adiuvanti (Steroidi)
		DOLORE MODERATO
		Antinfiammatori (FANS) +/- Adiuvanti (Steroidi)
		DOLORE LIEVE

oppioidi deboli (codeina) a quelli forti (morfina).

Purtroppo, per timori immotivati, presenti, soprattutto, nella cultura latina sia del medico che del paziente, l'uso degli oppiacei nella lotta al dolore, è molto scarso, ponendo l'Italia al 102 posto nel mondo per l'utilizzo di queste sostanze, per le quali occupano, invece, i primi posti Stati Uniti e Svezia.

SCALA
CLINICO-TERAPEUTICA
A TRE GRADINI:
FARMACOLOGICA,
ETICA, SPIRITUALE.

In analogia alla Scala Analgesica proposta dall'O.M.S. (Tab. IV), che esamina l'intensità del dolore, soprattutto, in ambito oncologico, sotto il profilo quantitativo, noi proponiamo la Scala Clinico-Terapeutica (Tab. VIII), che il medico e il sacerdote devono seguire, tenendo conto anche del parametro qualitativo del dolore (*algos, pathos*), in base alle patologie in atto, ossia alle malattie algologiche (dolore fisico), alle algo-patologiche (dolore psico-fisico), alle patologiche (dolore spirituale).

Gradino 1:
terapia farmacologica

La *terapia farmacologica*, (Tab. V), obbligatoria per le malattie algo-logiche, nelle quali è presente, soprattutto, la componente fisica del dolore (*algos*), trova indicazione anche nelle malattie algo-patologiche, nelle quali è presente, soprattutto, l'interiorizzazione del dolore fisico in sofferenza morale (*algos* → *pathos*; Gradino 2) e in quelle patologiche, dove è presente un dolore di tipo spirituale (*pathos*; Gradino 3).

In queste due ultime entità nosologiche (m. algo-patologiche e m. patologiche) trova indicazione, soprattutto, la terapia etica (Gradino 2) e quella spirituale-comportamentale (Gradino 3).

Gradino 2:
terapia etica

La *terapia etica* consiste nell'invitare il paziente, da parte dell'operatore sanitario, alla meditazione e alla preghiera allo scopo di ottenere un poten-

Tab. V. Trattamenti del dolore delle malattie algologiche a livello fisico: algos.

F.A.N.S. (Farmaci Anti-Infiammatori Non Steroidei):
(Acido Acetilsalicilico, Diflunisal, Indometacina, Ibuprofene, Ketoprofene, Naprossene, Indoprofene, Diclofenac, Piroxicam)

Corticosteroidi Fluorurati
(Desametasone, Betametasone, Triamcinolone, Fluocinolone)

Corticosteroidi Non Fluorurati
(Cortisone, Idrocortisone, Prednisone, Prednisolone, Metilprednisolone, Prednillene)

Anticonvulsivanti
(Diazepam, Carbamazepina, Difenilidantoina, Pregabalin, Gabapentin,

Antalgici Centrali
(Tramadol, Codeina, Oxycodone, Morfina)

Placebo

Tab. VI. Trattamenti del dolore delle malattie algo-patologiche a livello psico-fisico: algos + pathos.

Farmaci Antidepressivi	3) Sali di Litio
1) Antidepressivi Triciclici	4) PLACEBO
Imipramina	Desipramina
Trimipramina	Clomipramina
Amitriptilina	Nortriptilina
Doxepina	Protriptilina
Butriptilina	Maprotilina
2) Inibitori delle Monoaminossidasi	5) PREGHIERA
Iproniazide	
Isoniazide	
Alfa-Metil-Triptamina	
3) Nuovi Antidepressivi	
Amineptina	Mianserina
Dotiepine	Noxiptilina
Trazodone	Nomifensina
Melitracen	Fluoxetina
Viloxazina	Adenosilmetionina
Sertralina	

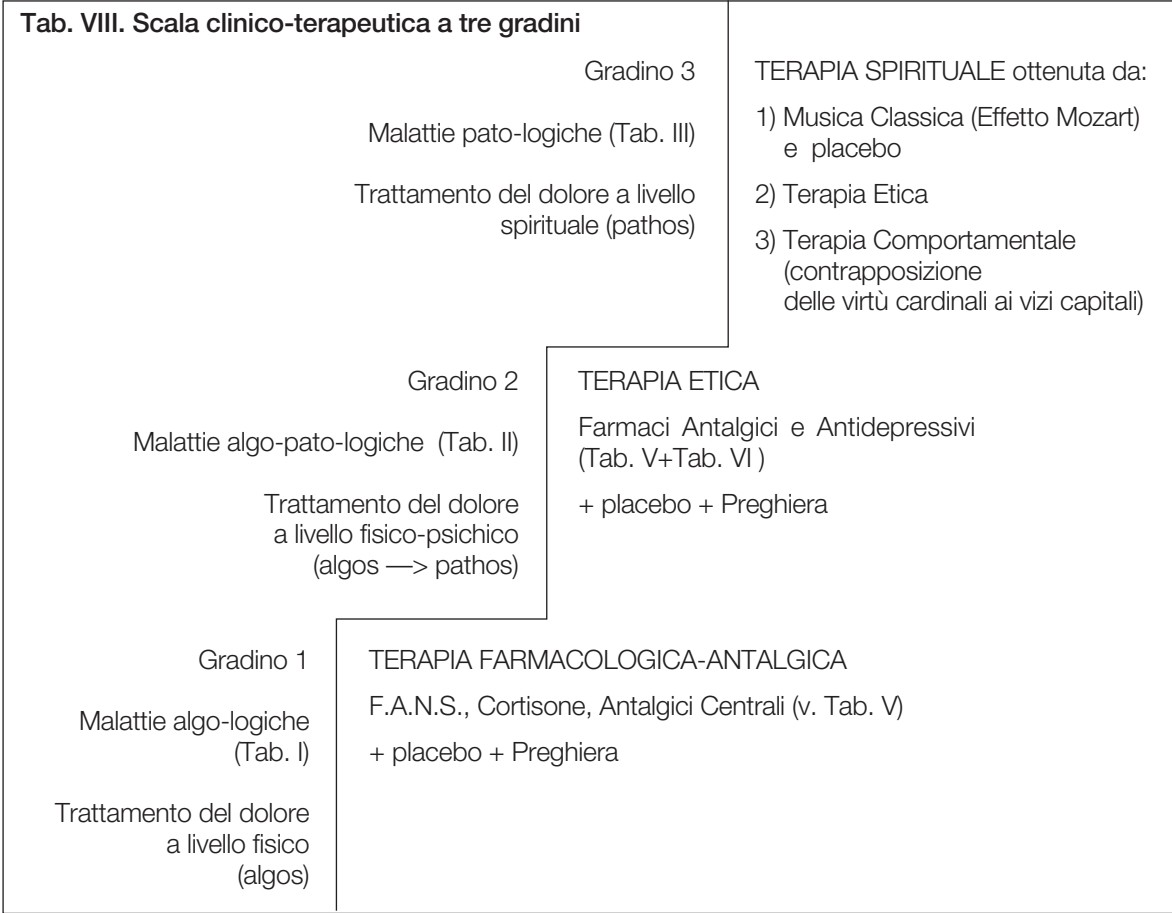
Tab. VII. Trattamenti del dolore delle malattie patologiche a livello spirituale: pathos.

Musica Classica (Effetto Mozart) e Placebo
Terapia Etica
Terapia Comportamentale

ziamento dell'effetto della terapia medica e un miglioramento della propria condizione di dolore fisico (*algos*), fisico-psichico (*algos + pathos*) e spirituale (*pathos*), come suggerito da Zucchi, P. L.- Honings, B., 1996; Ratzinger, J.-Bertone, T., 2000; Zucchi, P. L.-Honings, B.-Voegelin, M. R. 2001; 2003; 2005; 2008.

Gradino 3:
terapia spirituale

La *terapia spirituale* consiste nel contrapporre ai vizi capitali le virtù cardinali, prudenza, giustizia, forza, temperanza (Terapia Comportamentale), proposte dal sacerdote e, anche, dal medico credente, con l'ausilio della musica e della terapia etica (Tab. VIII).



Questa impostazione terapeutica da noi suggerita, e che ci è piaciuto definire *Scala Clinico-terapeutica a Tre Gradini*, deve essere attuata tenendo conto dell’impostazione etico-religiosa del paziente (credente o agnosta) e in piena collaborazione con questi.

6.1 La terapia dell’amore

Secondo San Giovanni della Croce “l’amore di Dio è la salute dell’anima”⁵². Precisando questo concetto, il mistico spagnolo (1542-1591) sottolinea che la salute spirituale rappresenta il presupposto della capacità di amare, e scrive nel Cantico: l’anima, priva di un amore perfetto, non ha una salute perfetta, poiché rimanendo malata, resta mancante di salute. In tal modo, quando non possiede alcun grado di amore, l’anima è morta; mentre, se possiede qualche grado di amore di Dio, per quanto minimo, l’anima è viva, ma è molto delicata e inferma a causa del poco amore che possiede. Quanto più l’amore crescerà, tanto maggiore sarà la salute di cui ella godrà, e per-

ciò, quando avrà un amore perfetto godrà di una salute perfetta”⁵³. A questo punto è molto illuminante il consiglio di Giovanni Paolo II datoci nella Sua Lettera Apostolica *Salvifici doloris*: dobbiamo volgere il nostro sguardo verso la rivelazione dell’amore divino. Dobbiamo accogliere la luce della Rivelazione non soltanto in quanto essa esprime l’ordine trascendente della giustizia, ma in quanto illumina questo ordine con l’amore, quale sorgente definitiva, perché fonte ultima del senso di tutto ciò che esiste, quindi, anche delle malattie e delle loro terapie. L’amore è anche la sorgente più piena della risposta all’interrogativo della sofferenza, e questa risposta è stata data da Dio all’uomo nella Croce di Gesù Cristo⁵⁴.

6.1.1 Gesù Cristo:
la sofferenza vinta dall’amore

Nel suo colloquio con Nicodemo, Gesù rivela: “Dio ha tanto amato il mondo che ha dato il suo Figlio unigenito, perché chiunque crede in lui non muoia, ma abbia la vita

eterna” (Gv 3,16). Queste parole ci introducono nel centro stesso dell’azione salvifica di Dio ed esprimono anche l’essenza stessa della liberazione dal male, che porta in sé la definitiva ed assoluta prospettiva della sofferenza. Perciò, lo stesso verbo “dare” indica che questa liberazione deve essere compiuta dal Figlio unigenito mediante la propria sofferenza, ed è, appunto, in questa che si manifesta l’amore infinito sia di quel Figlio unigenito, sia del Padre; l’amore per l’uomo, per il “mondo”, dato affinché l’uomo non solo “non muoia”, “ma abbia la vita eterna”. Infatti, precisa Papa Wojtyla, “l’uomo «muore» quando perde «la vita eterna». Il contrario della salvezza non è, quindi, la sola sofferenza temporale, una sofferenza qualsiasi, ma la sofferenza definitiva: la perdita della vita eterna, l’essere respinti da Dio, la dannazione. Il Padre ha dato all’umanità il proprio Figlio unigenito, appunto, per proteggere l’uomo, prima di tutto, contro questo male definitivo e contro la sofferenza definitiva. Quindi, nella sua missione salvifica, Gesù

deve toccare il male alle sue stesse radici trascendenti, dalle quali esso si sviluppa nella storia dell'uomo. Da notare che tali radici trascendenti del male sono fissate nel peccato e nella morte; l'uno e l'altra, infatti, si trovano alla base della perdita della vita eterna. Pertanto, la missione del Figlio unigenito è la terapia divina dell'amore che consiste, appunto, nel vincere sia il peccato che la morte. Ora, la fede ci assicura che Gesù vince il peccato con la sua obbedienza fino alla morte, e vince la morte con la sua risurrezione⁵⁵. A questo punto, ed è importantissimo, Giovanni Paolo II precisa ancora: "Quando si dice che Gesù con la sua missione tocca il male alle sue stesse radici, noi abbiamo in mente non solo il male e la sofferenza definitiva, escatologica (perché l'uomo «non muoia, ma abbia la vita eterna»), ma anche – almeno indirettamente – il *male e la sofferenza nella loro dimensione temporale e storica*. Il male rimane legato al peccato e alla morte"⁵⁶. Infatti, la sofferenza dell'uomo non può essere staccata dal peccato delle origini, ed è anche da ciò che Giovanni chiama "il peccato del mondo" (Gv 1,29), vale a dire dallo sfondo peccaminoso delle azioni personali e dei processi sociali nella storia dell'uomo⁵⁷.

Il CCC annota: "Dopo il primo peccato, il mondo si è inondato da una vera «invasione» del peccato: il fratricidio commesso da Caino contro Abele (cfr. Gn 4,3-15); la corruzione universale quale conseguenza del peccato⁵⁸; nella storia d'Israele il peccato si manifesta frequentemente soprattutto come infedeltà al Dio dell'Alleanza e come trasgressione della Legge di Mosè; anche dopo la Redenzione di Cristo, fra i cristiani, il peccato si manifesta in svariati modi (cfr. I Cor 1-6; Ap 2-3). La Scrittura e la Tradizione della Chiesa richiamano continuamente la presenza e l'universalità del peccato nella storia umana"⁵⁹. Insomma, non si può rinunciare al criterio che alla base delle umane malattie dolorose vi è un multiforme coinvolgimento nel peccato e, quindi, dobbia-

mo necessariamente ricorrere alla terapia dell'amore divino, alla vittoria del Crocifisso sul peccato e del Risorto sulla morte. Va detto realisticamente, che la vittoria sul peccato e sulla morte non aboliscono le sofferenze temporali dalla vita umana, né libera dalla sofferenza l'intera dimensione storica dell'esistenza umana. Tuttavia, ed è quanto vogliamo rilevare, le parole di Gesù "Dio ha tanto amato il mondo da mandarci il suo Figlio unigenito" gettano su tutta questa dimensione delle malattie dolorose e su ogni sofferenza, una luce nuova, che è la luce della salvezza, la luce della Buona Novella.

6.1.2 La terapia tramite le virtù morali

"Nella sua misericordia, Dio non ha abbandonato l'uomo peccatore. La sofferenza che deriva dal peccato, «i dolori del parto» (Gn 3,16), il lavoro «con il sudore del volto» (Gn 3,19), costituiscono anche dei rimedi che attenuano i danni del peccato. Dopo la caduta, il

nuovamente dei danni del peccato si estende, sul livello della creazione, a tutto l'essere dell'uomo, corpo e anima. Infatti, la padronanza di sé, in materia della sessualità, è frutto della virtù cardinale della castità, che è virtù potenziale della moderazione. "La castità esprime la positiva integrazione della sessualità nella persona e conseguentemente l'unità interiore dell'uomo nel suo essere corporeo e spirituale. La sessualità nella quale si manifesta l'appartenenza dell'uomo al mondo materiale e biologico, diventa personale e veramente umana allorché è integrata nella relazione da persona a persona, nel dono reciproco, totale e illimitato nel tempo, dell'uomo e della donna. La virtù della castità, quindi, comporta l'integrità della persona e l'integralità del dono"⁶¹. San Tommaso precisa: "la castità è quella virtù, per mezzo della quale l'uomo domina e regola il desiderio sessuale secondo le esigenze della ragione (illuminata dalla fede)⁶². La virtù della castità ha come suo



matrimonio aiuta a vincere il ripiegamento su di sé, l'egoismo, la ricerca del proprio piacere, e ad aprire all'altro, all'aiuto vicendevole, al dono di sé"⁶⁰. Questo aiuto divino per vincere la proliferazione del peccato e, quindi, della sofferenza, mira a ridare all'uomo la padronanza su di sé, necessario, appunto, per potersi donare ed entrare nella terapia dell'amore. Da notare, però, per quanto si tratti soltanto dell'aiuto del matrimonio, l'atte-

oggetto specifico, cioè vero e proprio, il piacere sessuale, che va posto, desiderato, usufruito e regolato secondo un giusto ordine⁶³. E così risulta evidente che la virtù della castità vince le malattie causate, ad esempio, dal ricorso ai mezzi di contraccezione, alla masturbazione o ipsazione, prostituzione, omosessualità, pedofilia e qualsiasi altro abuso sessuale. Tuttavia, ed è molto importante, per la vittoria dei vizi capitali come cause di or-

dine morale delle malattie, la virtù della castità è solo una parte della virtù cardinale della temperanza. La virtù della temperanza, infatti, non modera soltanto la ricerca disordinata dei piaceri sessuali a livello individuale e sociale, essa modera anche il desiderio disordinato dei piaceri per quanto riguarda l'uso degli alcolici e del mangiare a livello individuale. Secondo la morale cattolica, "la temperanza è la virtù morale che modera l'attrattiva dei piaceri e rende capaci di equilibrio nell'uso dei beni creati. Essa assicura il dominio della volontà sugli istinti e mantiene i desideri entro i limiti dell'onestà. La persona temperante orienta al bene i propri appetiti sensibili, conserva una sana discrezione, e non segue il proprio «istinto» e la propria «forza assecondando i desideri» del proprio «cuore» (Sir 5,2)⁶⁴. La temperanza è spesso lodata nell'Antico Testamento: «Non seguire le passioni; poni un freno ai tuoi desideri» (Sir 18,30). Nel Nuovo Testamento è chiamata «moderazione». Noi dobbiamo «vivere con sobrietà, giustizia e pietà in questo mondo» (Tt 2,12)⁶⁵. In questo senso morale più ampio, l'Apostolo scrive ai Romani: "Vi esorto fratelli (e sorelle), per la misericordia di Dio, ad offrire i vostri corpi come sacrificio vivente, santo e gradito a Dio; è questo il vostro culto spirituale. Non conformatevi alla mentalità di questo secolo, ma trasformatevi rinnovando la vostra mente per poter discernere la volontà di Dio, ciò che è buono, a lui gradito e perfetto" (Rm 12,1-2). Quanto alle malattie causate dalla tossicodipendenza⁶⁶, dall'alcolismo⁶⁷ e dal tabagismo⁶⁸, la virtù cardinale della temperanza è la forza vincitrice in maniera più propria e specifica. Aggiungiamo che in quasi tutte le malattie del corpo è ormai dimostrata una componente psicologica, sia come concausa che come risonanza. Di ciò si occupa, soprattutto, la Psicologia Clinica, che, nell'ambito della Medicina Psicosomatica, sostiene il valore terapeutico del rapporto medico-paziente. L'operatore sanitario deve curare i

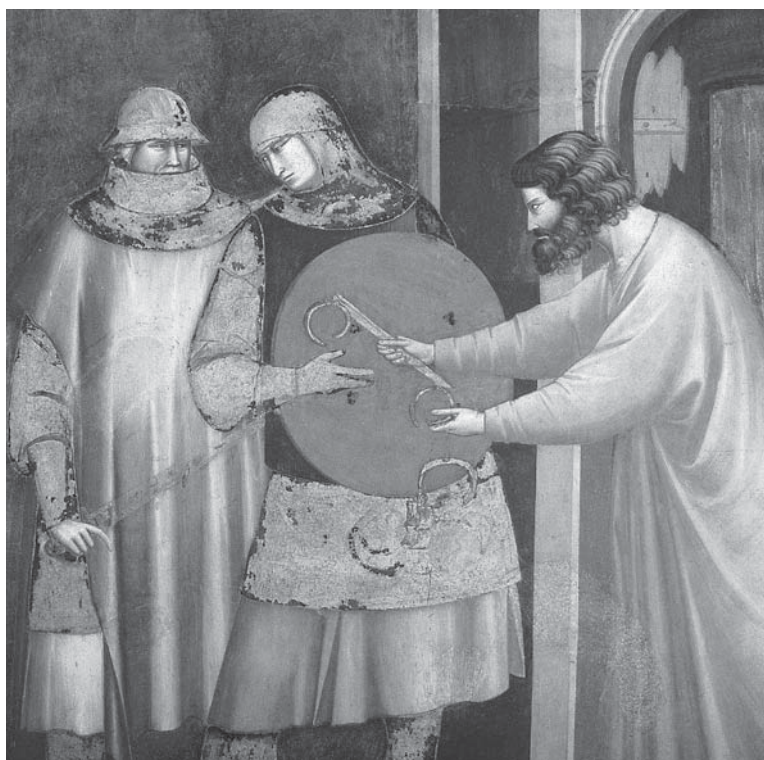
rapporti con il paziente in modo tale che il suo senso umanitario rafforzi la professionalità e la competenza sia resa più efficace dalla capacità di comprendere il malato. L'approccio pieno di umanità e di amore al malato, sollecitato da una visione integrale umana della malattia e avvalorato dalla fede, s'iscrive in questa efficacia terapeutica del rapporto medico-malato⁶⁹.

6.1.3 La terapia della penitenza

Dal punto di vista teologico va osservato, appunto, in tema di terapia delle malattie per quanto riguarda le loro cause di ordine morale, che è ancora

salutari, che i Padri hanno chiamato *animi cruciatus* ("afflizione dello spirito") *compunctio cordis* ("contrizione del cuore")⁷¹.

Siamo in pieno nell'ordine della redenzione, cioè nella sfera trascendente. Il cuore dell'uomo, pesante e indurito, necessita che Dio dia all'uomo un cuore nuovo. Per questo, la terapia della conversione, della penitenza interiore, è anzitutto opera della grazia di Dio che fa ritornare a lui i nostri cuori. L'autore sacro delle Lamentazioni esclama: "Facci ritornare a te, Signore, e noi ritorneremo; rinnova i nostri giorni come in antico" (Lam 5,21). Scoprendo la grandezza dell'amo-



necessaria una parola sul valore terapeutico della penitenza interiore. Infatti, "il sacco e la cenere", i digiuni e le mortificazioni rimangono opere di penitenze sterili e menzognere, senza la conversione del cuore, la penitenza interiore⁷⁰. Questa penitenza è un radicale riorientamento di tutta la vita, un ritorno, una conversione a Dio con tutto il cuore, una rottura con il peccato, un'avversione per il male, insieme con la riprova nei confronti della cattive azioni che abbiamo commesse. Questa conversione del cuore è accompagnata da un dolore e da una tristezza

re di Dio che ci dona la forza di ricominciare, il nostro cuore viene scosso dall'orrore del peccato, dalla interruzione del dialogo con Dio e si converte guardando lui che è stato trafitto dai nostri peccati (cfr. Gv 19,37)⁷². Il cuore di Gesù che conosce le profondità dell'amore di suo Padre ci ha voluto rivelare l'abisso della sua misericordia in una maniera piena di semplicità e di bellezza nella parola del Padre misericordioso (Lc 15,11-24). L'abito bello, la gioia del padre; ecco i tratti più significativi del processo della conversione, terapia radicale delle cause delle malattie,

sia del corpo, (malattie algologiche), che, soprattutto, dell'anima, (malattie patologiche).

Riassumendo: gli AA. nell'attuale lavoro hanno voluto esaminare i seguenti punti:

1) il *dolore* (*algos* + *pathos*), che diviene valenza trascendente verso Dio per il fisiologico rapporto che detiene con l'anima, entrambi costituenti essenziali dell'unità dell'essere umano (visione duale-unitaria);
2) l'inserimento in ambito teologico e medico-scientifico di tre nuove entità nosologiche: le *malattie algologiche*, caratterizzate, soprattutto, da dolore fisico (*algos*); le *malattie algo-patologiche*, caratterizzate dal dolore psico-fisico; le *malattie patologiche*, caratterizzate da dolore spirituale;

3) la *Teoria dei Due Sistemi* (Fig. 2), che spiega gli aspetti fisiopatologici delle malattie algologiche, delle algo-patologiche e delle patologiche, esaminando le componenti del Sistema Immanente (*Ordo Creationis*) che si interiorizzano nella Persona verso le componenti del Sistema Trascendente (*Ordo Redemptionis*).

In questa nuova teoria è stato evidenziato che l'Anima (della Persona) rappresenta l'unità sinaptica dei due sistemi (immanente e trascendente), superando in tal modo la critica di Changeux e del Premio Nobel Edelman della spiegazione fantascientifica sulla sinapsi tra dendroni del cervello (corpo) e psiconi della mente (anima), data dal neurofilosofo Karl Popper e dal neurofisiologo, Premio Nobel John Eccles nella Teoria dei Tre Mondi;

4) l'inserimento da un punto di vista terapeutico della *Scala Clinico-Terapeutica a Tre Gradini* (Tab. VIII), dove viene presa in esame la terapia farmacologica (Gradino 1), la terapia etica (Gradino 2), la terapia spirituale (Gradino 3).

In sintesi:

A) dolore e corpo-anima possono essere considerati due fisionomie simbiotiche di una unica unità ontologica della persona umana (visione duale);

B) il dolore (*algos*) e la sua interiorizzazione sapienziale

(*pathos*) nella croce redentiva di Cristo si inseriscono a pieno nella spiritualità cristiana e nella dottrina cattolica dell'immortalità dell'anima;

C) nel piano salvifico di Dio il dolore del corpo e dell'anima rappresentano una sintesi perfetta tra l'*Ordo Creationis* e l'*Ordo Redemptionis*.

Prof. PIERLUIGI ZUCCHI, S.O.
Docente di Malattie dell'Apparato Locomotore e di Fisiatria della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Firenze e di Fisiopatologia e Terapia del Dolore e delle Cefalee della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Campus Bio-Medico di Roma.
Consulatore del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, Santa Sede

Prof. BONIFACIO HONINGS, O. C. D.
Professore Emerito di Teologia Morale presso la Pontificia Università Lateranense e 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 Costituzione pastorale sulla Chiesa nel mondo contemporaneo, *Gaudium et Spes* (GS), 14.

² Cantico Daniele, 3,57.

³ Cfr. GS, 14.

⁴ Cfr. Catechismo della Chiesa Cattolica (CCC), 362.

⁵ Cfr. CCC, 1146.

⁶ Cfr. *Dizionario Enciclopedico di Spiritualità*, Ed. Studium Roma, diretta da Ermano Ancilli, I, sub voce, p. 467-468; citiamo, *Dizionario*, p.

⁷ CCC, 461.

⁸ Cfr. CCC, 470. "L'evento unico e del tutto singolare dell'Incarnazione del Figlio di Dio non significa che Gesù Cristo sia in parte Dio e in parte uomo, né che sia il risultato di una confusa mescolanza di divino e di umano. Egli si è fatto veramente uomo rimanendo veramente Gesù Cristo vero Dio e vero uomo" (CCC, 464).

⁹ Cfr. *Dizionario*, I, p.467.

¹⁰ In un discorso del 8 aprile 1981.

¹¹ Cfr. CCC, 365.

¹² CCC, 364.

¹³ Cfr. *Mt* 16, 25-26; *Gv* 15,13.

¹⁴ Cfr. *Mt* 26, 38; *Gv* 12, 27

¹⁵ Cfr. *Mt* 10,28; 2Mac 6,30.

¹⁶ Cfr. CCC, 363.

¹⁷ CCC, 650.

¹⁸ Cfr. R. DESCARTES, *Oevres*, a cura di V. Cousin, vol 12, Parigi 1824, pp. 95 ss, citato in *Deus caritas est*, 5.

¹⁹ Cfr. *Deus caritas est*, 5.

²⁰ Cfr. CCC, 369.

²¹ Cfr. *Is* 49,14-15; 66,13; *Sal* 131,2-3.

²² Cfr. *Os* 11,1-4; *Ger* 3,4-19:

²³ CCC, 373.

²⁴ CCC, 307.

²⁵ SANT'IRENEO, *Adversus haereses*, 3,18,1.

²⁶ *Ibidem*, 3,18,2; cfr. 2,22,4.

²⁷ Cfr. *Mc*, 10,39, *Gv* 21,18-19; *Col* 1,24.

²⁸ Cfr. CCC, 618.

²⁹ Cfr. GIOVANNI PAOLO II, *Salvifici doloris*, 4.

³⁰ Cfr. *Dizionario italiano*, De Mauro, sub voce, "cervello".

³¹ Concilio di Trento, DS, 1511.

³² Vaticano II, *Lumen gentium*, 2.

³³ CCC, cfr. 375-376.

³⁴ Cfr. CCC, 378.

³⁵ Cfr. CCC, 400.

³⁶ Cfr. CCC, 377.

³⁷ *Super Epistolas Sancti Pauli Lectura*, in Rom. IV, Lect. 1, n.333,

³⁸ Cfr. CCC, 1865.

³⁹ Cfr. B. HONINGS, *Dizionario Enciclopedico di Spiritualità*, Edizioni Studium Roma, 2, sub voce, p. 2028-2029.

⁴⁰ Cfr. CCC, 1866:

⁴¹ Cfr. SAN TOMMASO, *Summa theologiae* I-II, 84, a. 4; B.HONINGS, voce citata.

⁴² *Ibidem*, soluzione sulle difficoltà, ad 1.

⁴³ Catechismo Romano, 1,5,11, citato in CCC, 598.

⁴⁴ Cfr. ZUCCHI, PL., VIVALDI FORTI, C., MILANESI, E., OBLETTER, G., *Definizione del termine dolore*. In: *Test di personalità proiettivi (Rorschach, T.A.T.) e non proiettivi (M.M.P.I.) nella cefalea psicogena e nella cefalea da tensione muscolare*. Indirizzi terapeutici. *Algologia*, 1 (1983) 41-82.

⁴⁵ *Salvifici doloris*, 8.

⁴⁶ *Salvifici doloris*, 12.

⁴⁷ *Salvifici doloris*, 5.

⁴⁸ *Salvifici doloris*, 5.

⁴⁹ Cfr. *Salvifici doloris*, 6.

⁵⁰ Esperienze acquisite-apprendimento-memoria. Le esperienze acquisite costituiscono il fenomeno dell'apprendimento nell'uomo e nell'animale, che danno luogo anche al fenomeno della memoria. Eric Kandel dimostrò nell'aplisia californica, piccola chiochiola di mare, che, in seguito a un'esperienza acquisita, nella sua struttura neuronale (in questo caso costituita da catene gangliari), si erano liberate molecole diverse da quelle di esemplari di altre piccole chiochiola, non sollecitate dal medesimo apprendimento.

⁵¹ JAVIER LOZANO BARRAGAN, *Messaggio della giornata del malato*, 11 Febbraio dell'Anno Giubilare 2000, Città del Vaticano.

⁵² *Cantico Spirituale*, 11,11.

⁵³ Cfr. *Ibidem*.

⁵⁴ Cfr. *Salvifici doloris*, 13.

⁵⁵ Cfr. *Ibidem*, 14.

⁵⁶ *Ibidem*, 15.

⁵⁷ Cfr. *Ibidem*.

⁵⁸ Cfr. *Gn* 6,5,12; *Rm* 1,18-32.

⁵⁹ Cfr. CCC, 401 e Gs 13.

⁶⁰ CCC, 1609.

⁶¹ CCC, 2337.

⁶² *Somma Teologica*, II-II, q. 151, a. 1.

⁶³ Cfr. *Somma Teologica*, II-II, q. 151, a. 2.

⁶⁴ "Figlio mio, sperimentati nel tuo modo di vivere: osserva ciò che è male e non concedertelo, perché non ogni cosa buona giova a tutti e la stesa cosa a ogni persona non piace; non immergerti in

ogni delizia e non buttarti con avidità su ogni vivanda, poiché nell'abbondanza del cibo fanno il nido le malattie e l'abbondanza arriva al fastidio. Per difetto di misura molti sono morti, ma chi ha precauzione si prolunga la vita" (Sir 37,27-31).

⁶⁵ CCC, 1809.

⁶⁶ Giovanni Paolo II afferma: "La droga è contro la vita. Non si può parlare della «libertà di drogarsi» né del «diritto alla droga», perché l'essere umano non ha il diritto di danneggiare se stesso e non può né deve abdicare alla dignità personale che gli viene da Dio" e meno ancora ha diritto di fare passare ad altri la sua scelta. Discorso ai partecipanti alla Conferenza Internazionale su droga e alcool, 23 nov. 1991, citato in *Carta degli operatori sanitari*, Città del Vaticano 1995, nota 199; citazione in seguito, Carta, n. 97.

⁶⁷ "A differenza della droga, l'alcool non è delegittimato in se stesso: «Un uso moderato di questo come bevanda non urta contro divieti morali». Entro limiti ragionevoli il vino è un alimento. «Da condannare soltanto l'abuso»; l'alcolismo, che crea dipendenza, obnubila la coscienza e, in fase cronica, produce gravi danni all'organismo e alla mente" (Carta, n. 97).

⁶⁸ "Anche per il tabagismo l'illiceità etica non concerne l'uso in se stesso, ma l'abuso oggi accertato che l'eccesso di tabacco è nocivo per la salute e crea dipendenza, che induce ad abbassare sempre più la soglia dell'abuso" (Carta, n. 99).

⁶⁹ Cfr. Carta, n. 104.

⁷⁰ Cfr. CCC, 1430.

⁷¹ Cfr. Concilio di Trento, DS 1676-1678; 1705: Catechismo Romano 2.5.4; CCC, 1431.

⁷² Cfr. CCC, 1432.

Bibliografia

C.V. BELLINI, *L'alba dell'io*, Società Editrice Fiorentina, 2005.

BENEDETTO XVI, *Lettera Enciclica "Deus Caritas est"*, Libreria Ed. Vaticana, Città del Vaticano, 2006.

Catechismo della Chiesa Cattolica (nn. 599; 1502; 1849; 1855; 1863; 1866) Libreria Editrice Vaticana (LEV), Città del Vaticano, 1999.

J.P. CHANGEUX, *La natura e la regola alle radici del pensiero*, Ed. Cortina, Milano, 1999.

A.R. DAMASIO, H. DAMASIO, *Brain and language*, Scientific American, 267 (1992) 88-95.

J. ECCLES, *Come l'io controlla il suo cervello*, Rizzoli, Milano, 1994.

G. EDELMAN, *Un universo di coscienza*, Ed. Einaudi, Torino, 2000.

L.J. GONZALES, *Terapia spirituale*, Libreria Editrice Vaticana (LEV), Città del Vaticano, 2003.

E.R. KANDEL, J. SCHWARTZ, TH.M. JENSEL, *Principles of neural science*, 3a Ediz., Appleton-Lange, Norwalk, Conn., 1991 (trad. It., *Principi di Neuroscienze*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 1989).

J. LOZANO BARRAGAN, *Definizione di salute*, confermata da S.S. Giovanni Paolo II nel Messaggio della Giornata del Malato (11 Febbraio dell'Anno Giubilare 2000 - Città del Vaticano).

V. MANCUSO, *L'anima e il suo destino*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2007.

R. MAYOU, *Bourn-Out*, Br. Med. J., 295 (1987) 284-287.

K. POPPER, J. ECCLES, *L'io e il suo cervello*, Armando Editore, Roma, 1996.

J. SCOTT, E.C. HUSKISSON, *Graphic representation of pain*, Pain, 2 (1976) 175-184.

J. SCOTT, E.C. HUSKISSON, *Vertical or horizontal visual analogue scale*, Ann. Rheum. Dis., 38 (1979) 558-559.

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

A. SERRA, *L'incanto del cervello e l'enigma della mente*, La Civiltà Cattolica, 4 (2008) 228-238.

P.L. ZUCCHI, B. HONINGS, *Faith as a transcendent element facilitating therapeutic results in suffering patients*, Dolentium Hominum, 3 (1996) 16-28; Algologia, 2 (1996) 4-31.

P.L. ZUCCHI, B. HONINGS, M.R. VOEGELIN, *Pain Faith Prayer. Therapeutic effect of Faith and Prayer on subjects with painful pathologies. Blind study on a group of 1104 patients*. Compendium of Pain Semantics, 11 (2001) 1-384, published by the Institute for the Study and Therapy of Pain- Via Venezia n.10-50121 Firenze-Italia).

P.L. ZUCCHI, B. HONINGS, M.R. VOEGELIN, *Effetto della lettura evangelica meditata sulla area iperalgesia e sulla percezione del dolore nella sindrome algica lombare*, Dolentium Hominum, 53 (2003) 44-51; Algologia, 1/2 (2004) 67-90.

P.L. ZUCCHI, B. HONINGS, M.R. VOEGELIN, *Dolore-Musica-Preghiera. Valutazione degli effetti della musica e della preghiera sull'efficacia della terapia farmacologica in soggetti affetti da cefalea muscolo-tensiva (dolore cranio-facciale)*, Dolentium Hominum, 60 (2005) 14-30; Algologia, 1/2 (2005) 134-182.

P.L. ZUCCHI, B. HONINGS, M.R. VOEGELIN, *Dolore-Placebo-Preghiera. Aspetti clinici, terapeutici ed etici*, Dolentium Hominum, 68 (2008) 12-29; Algologia, Special Number, (2008) 1-55.



Fra Pierluigi Marchesi (1929-2002)*

Padre e maestro di politica sanitaria

Introduzione

Non è facile parlare di uomini e religiosi come il P. Marchesi che fu un vulcano, un appassionato dell'uomo malato che amò e difese con forza, con intelligenza, con grande responsabilità.

Non è facile parlare del P. Marchesi, religioso con visione anticipatrice dei problemi sociali ed ecclesiali. Non è facile parlare quando il "personaggio" ebbe il carisma dell'ospitalità viva e perciò creatore, inventore; quando il "personaggio" fu profeta nell'ospitalità, benché riconosciuto dopo la morte, perché da vivo il profeta è scomodo, viene accolto solo fuori, non "in patria sua". Il profeta deve morire per essere riconosciuto; così è accaduto con P. Marchesi. Fu così con i Profeti dell'Antico Testamento; così nel Nuovo Testamento con la figura di Gesù di Nazareth; così anche con tutta la storia della Chiesa, anche nel presente, e lo sarà nel futuro.

Siamo tanto lieti che in questo Convegno organizzato dal Cardinale Fiorenzo Angelini si dia spazio per ricordare il P. Marchesi. Abbiamo preparato questa relazione con molto affetto, con molto amore; con lo stesso affetto e ammirazione che nutrivamo per lui quando era in vita.

Note biografiche di Fra Pierluigi Marchesi

Fra Pierluigi Marchesi era nato a Cardano al Campo (VA) il 22 marzo 1929. Ancor giovane, nel 1940, è entrato nell'Aspirantato dell'Ordine Fatebenefratelli a Brescia.

Professò i Voti semplici di povertà, castità, obbedienza e ospitalità nel 1946 e i Voti Solenni il 30 marzo 1953. Ha svolto l'ufficio di Segretario Provinciale, di Superiore, di Consigliere Provinciale e di Provinciale della Provincia Lombardo-Veneta, servizio che

prestò dal 1968 al 1976. Nel Capitolo Generale del 1976 venne eletto Superiore Generale, rimanendo alla guida dell'Ordine per due mandati, fino al 1988.

Al momento della morte era Consigliere Provinciale e Responsabile del Centro Studi e Formazione della sua Provincia Religiosa. Anche a livello ecclesiale Fra Pierluigi ha dato il suo sapiente contributo: dal 1986 era Membro del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari; ricopriva anche l'incarico di Presidente dell'Associazione degli Ospedali Cattolici, in questa funzione delegato della Santa Sede quale suo rappresentante in importanti convegni e incontri internazionali.

Durante il suo servizio di Generale ha dato notevole impulso al rinnovamento postconciliare attraverso importanti Documenti e incisivi Discorsi che hanno segnato profondamente la vita dell'Ordine e del mondo della salute.

Morì a Milano il 2 marzo 2002 nell'ospedale di San Giuseppe dei Fatebenefratelli.

I. UMANIZZAZIONE E POLITICA SANITARIA

Le persone che segnano la storia con il loro passaggio hanno la capacità di scoprire nuovi concetti, formulare nuove idee, ma particolarmente riuscire a creare connessioni che ne rendono originale il pensiero e creativa l'azione. Nel nostro caso si è trattato di collegare i tre concetti di umanizzazione, sanità e politica in un confronto teorico-pratico e indicarne gli obiettivi raggiungibili attraverso l'armonizzazione equilibrata delle loro rispettive istanze. In questo terreno si esercita, si esprime e si misura fino al sacrificio di sé, lo spirito profetico e la vita stessa di Fra Pierluigi Marchesi.

1. Ridare volto umano alla sanità

La sua passione si manifesta in maniera originale nel 1981 in un testo programmatico sotto forma di lettera a tutti i Padri Provinciali dell'Ordine ospedaliero dei Fatebenefratelli con un titolo intrigante: *L'umanizzazione, risposta del religioso di San Giovanni di Dio ad una svolta storica*. Quel testo è considerato oggi come un classico della letteratura sanitaria, per la sua spontaneità e la concretezza rivoluzionaria delle sue proposte, attuabili anche all'esterno delle strutture propriamente gestite da religiosi. Un disegno preciso che mira a coinvolgere quanti lavorano in sanità a non passare oltre l'uomo, a impedire che un malato possa perdere la propria umanità, a mettersi in relazione di reciprocità solidale in quanto persone umane, curanti e curate, responsabili di un comune destino. Il progetto di ogni uomo che, secondo il cristianesimo, è quello di crescere, divenire una persona adulta e di aiutare altre persone a crescere; progetto divino messo a rischio proprio dalla malattia, dalle sofferenze e dalla corruzione intrinseca all'essere umano.

Per tale ragione, alla cultura disumanizzante che basa il benessere solamente su categorie economiche e sociali, si deve opporre una cultura intesa come processo attivo di umanizzazione per proteggere la vita umana, sviluppare le facoltà intellettuali dell'uomo, ridurre l'aggressività e la violenza che ne minacciano la stessa esistenza sulla terra. Se non viviamo in funzione dell'uomo, non riusciamo ad aiutare chi soffre e forse non realizzeremo nessun progetto di umanesimo cristiano, pensa P. Marchesi.

La promozione dell'umanizzazione sanitaria comporta una saggia attenzione alle culture, ma soprattutto rappresenta un orientamento deciso

verso la cura dei deboli, la liberazione dei poveri, la tutela e la coltivazione del desiderio di vivere tipico dell'uomo. Tutto questo viene rappresentato dal volto umano delle cure. Infatti, se l'uomo rimane uno sconosciuto, viene immediatamente emarginato. Se il malato non è al centro dei servizi dedicati alla salute – ricorderà spesso Marchesi –, allora altri soggetti rischiano di prendere il suo posto, ma sono tutti usurpatori!

Il fine e il centro di ogni istituzione sanitaria deve essere la persona malata cui è dedicato il servizio di altre persone, suoi simili, dedite e orientate al suo bene. La disumanizzazione della sanità è frutto di una separazione, non sempre casuale ma storicamente rilevabile tra sani e malati: una barriera morale esistenziale che porta a rifugiarsi nella fredda neutralità di professioni burocraticamente concepite. Alle minacce della malattia che destabilizzano la persona, la indeboliscono spiritualmente persino nella propria famiglia e nel suo mondo, si deve contrapporre la comprensione dell'uomo con una accoglienza capace di restituire dignità a chi soffre e speranza di soluzioni per i mali della società. Abbattendo le barriere si scopre che essere con il malato è più importante che fare qualche cosa per lui.

2. Umanizzazione della sanità; atto di giustizia e di carità

Seguendo il modello di Gesù, i grandi santi impegnati in opere sociali, reggendosi sui principi e sui valori morali cristiani, non hanno aspettato che il diritto sancisse di riconoscere e rispettare l'uomo, ma l'hanno anticipato con la carità, secondo lo stesso insegnamento dell'Enciclica *Deus caritas est* (nn. 26-29), di Benedetto XVI.

La carità precede sempre la giustizia e la orienta. Essa sfugge alla regolamentazione, richiede un atteggiamento interiore, non solo un comportamento esteriore, è gratuita e stimola l'amore per i diseredati. L'amore cristiano non opera

distinzioni ed esclusioni, ma è disinteressato, perciò precede e supporta la giustizia. Il movimento culturale dell'umanizzazione nella sua complessità ci ha portati a vedere come, malgrado gli enormi progressi della sanità, l'attenzione di operatori e istituzioni si è concentrata sulla tecnica e l'amministrazione, spostandosi dal vero centro che è l'uomo.

Così, l'antica *pietas* è in crisi e appare vero, anche se paradossale, che oggi, mentre si curano meglio le malattie, pare ci si curi meno dell'uomo. Non solo, ma la società suscita nuove malattie, nuove dipendenze dalla droga, dalle tecnologie, dai farmaci, alle quali non si adatta facilmente l'assistenza sanitaria. L'umanizzazione invece deve ispirare l'amore per l'altro in ogni situazione di bisogno, per dare a tutti quell'affetto che consenta ai malati di soddisfare le proprie esigenze morali, spirituali, soprannaturali, oltre che psicologiche e sociali. Il compito della sanità dunque è quello di garantire giustizia al malato con un trattamento ricco di competenze, efficiente ed efficace. Ma è anche compito della sanità, al di fuori delle leggi sanitarie umane, rispettare il sacro diritto del sofferente alla propria dignità, alla comprensione di tutti i bisogni e alla solidarietà.

Al quesito se l'umanizzazione sia un atto di giustizia o di carità, rispondiamo che è l'uno e l'altro. Atto di giustizia perché risponde a un diritto fondamentale e atto di carità perché risponde al bisogno di cura che nessuna legge umana può regolare. L'amore – la carità – deve sopprimere ancora di più laddove il diritto umano non è ancora arrivato a proteggere l'uomo nella sua globalità ed è chiamata a indicare i percorsi di giustizia da intraprendere. *“La carità non gode dell'ingiustizia”* (1Cr 13,6), diceva San Paolo ai cristiani del primo secolo stabilendo un'equazione diretta tra giustizia e carità. La rivoluzione cristiana è metanoia, rivoluzione del cuore che conduce alla scelta preferenziale dei poveri e dei bisognosi, soprattutto sofferenti e ammalati. La rivoluzione sanitaria sognata da P. Pierluigi

Marchesi consisteva nel dare alle persone che soffrono il senso della propria dignità e della sacralità della loro vita che nulla e nessuno può calpestore o annullare. Perciò l'umanizzazione diventa lo stimolo affinché operatori di tutte le professioni superino le paure legate ai ruoli, alla burocrazia e all'egoismo per creare nuovi legami di solidarietà e di amicizia. Non ci può essere vera salute, cura o guarigione senza autentiche relazioni interpersonali basate sull'empatia e sull'amore.

In questo senso tutta la formazione degli operatori sanitari dovrà essere orientata, come amava ripetere Fra Pierluigi, dalla passione per l'uomo. Il cammino dell'umanizzazione necessita proprio di persone formate ed educate a riconoscere le strutture di sacralità dell'uomo, interpretarne le aspirazioni e garantirne la crescita e la realizzazione.

3. Etica e politica sanitaria

Benché in diversi scritti e interventi si possono trovare spunti di politica sanitaria in tutto il percorso spirituale di P. Marchesi, egli affronta il tema specifico nell'ultima parte della sua attività dedicata agli incontri e ai dibattiti cui partecipava, accettando spesso di misurarsi con personaggi legati proprio alla politica e alla gestione della sanità. La sua riflessione sull'umanizzazione lo aveva portato a riflettere sul tema attualissimo della relazione tra etica e politica sanitaria. In un momento di cambiamento epocale, segnato anche da eventi scandalosi per quello che riguarda la gestione della sanità in Italia, egli parla di etica e umanizzazione con la segreta speranza di fare entrare nelle riforme sanitarie i valori ideali della morale cristiana e quelli del suo stesso Ordine religioso. È sua convinzione che la politica non costituisce l'origine e la sorgente dei valori, così come lo Stato non rappresenta la suprema autorità morale. In particolare, la politica sanitaria ha però il compito di contribuire alla progettazione di una società nella quale i va-

lori vengano tradotti in comportamenti pubblici personali e istituzionali, trasparenti, verificabili e controllabili. Se vuole raggiungere tali obiettivi, la politica deve ritrovare i contatti con l'etica. Dalla concezione di uno stato paternalistico che provvede a tutto e pretende perfino di entrare nelle coscienze individuali per determinare le più intime scelte, occorre passare a un'idea di Stato-progetto orientato al continuo esercizio autentico dei diritti, capace di istituire spazi idonei per la crescita integrale di tutti i cittadini.

Ritorna, sotto altre forme, l'ideale dell'umanizzazione portata avanti da P. Marchesi: l'etica deve garantire il rispetto della centralità della persona umana in ogni attività pubblica e nella vita politica stessa. Questo significa rispettare il desiderio di ogni uomo di vivere in buona salute, alleviare il dolore nelle malattie, migliorare la qualità della vita. Quindi come un ritorno a quell'etica cristiana che stava all'origine dei più consapevoli movimenti del Cattolicesimo sociale moderno, per il quale il fine primario della politica è la promozione umana come "bene comune". Pertanto, la politica deve farsi carico della salute del cittadino, della sua educazione, della sanità ambientale al fine di costruire un futuro vivibile e determinare condizioni di sviluppo delle facoltà spirituali dell'uomo.

In altre parole, l'idea del benessere psicofisico fatta propria anche dall'OMS è un'idea regolativa e riguarda tutti in quanto esigenza morale.

La politica sanitaria non sfugge a questa logica se vuole avere diritto d'intervenire nella realtà sanitaria che rischia fortemente oggi di diventare preda di un capitalismo mercantilista che rifiuta le regole dell'etica. L'economia sanitaria, ispirata da una sana politica del bene comune, deve utilizzare i modelli della sana gestione aziendale, ma non può considerare la sanità un semplice "affare" da regolare solo tra investitori privati. Una tale politica sanitaria orientata dai valori è un ideale della sanità cattolica, ma costituisce visi-

bilmente la base di un progetto educativo per gli addetti ai lavori e per la società.

Formazione ai valori e formazioni all'umanizzazione nel pensiero di P. Pierluigi Marchesi si fondono in un programma di educazione professionale ed etica di tutti gli operatori sanitari che egli avrebbe voluto impegnati in una formazione permanente per la responsabilizzazione di amministratori, politici, proprietari e professionisti che spesso le vicende storiche hanno trascinato a perdere il senso della loro missione.



II. OSPITARE L'UOMO: la sfida dei Fatebenefratelli

1. Ospitalità verso il 2000: in ascolto dell'uomo

Il sano realismo cristiano che anima la riflessione dei Fatebenefratelli in vista del nuovo millennio, ispira un documento programmatico di grande respiro. Nel 1986 viene indirizzato all'Ordine di San Giovanni di Dio il documento *Ospitalità dei Fatebenefratelli verso il 2000*, in sintonia con il precedente sull'umanizzazione che aveva animato il dibattito sulla sanità nei precedenti quattro anni.

La meditazione sul nuovo millennio porta, dal punto di vista dell'ospitalità religiosa,

alla constatazione dei radicali mutamenti intervenuti in tutti i sistemi di assistenza sanitaria. Nella necessità delle immancabili variazioni delle modalità assistenziali e pastorali, viene riaffermato il compito dell'assistenza integrale ispirato al carisma dell'Ospitalità. In tale linea i religiosi sono chiamati al dovere di riconoscere la bruciante verità di non avere più l'esclusiva della presa in carico del malato, né il diritto di imporgli la propria concezione religiosa della vita e della salute. Perdute comunque le funzioni più tipicamente professionistiche del passato, il religioso deve riconfermare, tramite un servizio adattato ai tempi moderni, la perenne gioia di stare con i malati e i bisognosi con il proprio stile di vita testimoniando la sacralità dell'uomo e l'amore reale che Dio nutre per l'uomo stesso.

Nell'assistere l'uomo siamo chiamati, ripete instancabilmente P. Marchesi, ad ascoltare la voce dell'uomo che chiede di venire ospitato nella sua intera umanità e saziato nel suo desiderio di cure; perché mai come oggi l'uomo è impoverito nelle finanze e, ancor di più, nei rapporti umani sinceri e disinteressati. Come accade spesso nei documenti firmati da P. Marchesi, il tema dell'attenzione all'uomo, o meglio della passione per l'uomo secondo l'esperienza di San Giovanni di Dio, richiama il reciproco e complementare atto di fede nell'amore di Dio. Anzi, con molto coraggio egli afferma che la manifestazione visibile e dinamica della fede, consiste nella dedizione a ogni uomo considerato come un fratello, un prossimo, un altro se stesso.

Pertanto, anche se necessariamente l'ospitalità del futuro dovrà cambiare nei suoi modelli operativi, non dovrà mai venir meno la capacità di testimoniare il comandamento nuovo affidatoci da Gesù quale caratteristica identitaria della nostra appartenenza cristiana, quell'amore reciproco che dovrebbe diventare vero criterio di programmazione, amministrazione e valutazione dei servizi sanitari in una prospettiva coerentemente cattolica.

2. Riconciliarsi con il mondo dei malati

In qualità di Priore Generale dei Fatebenefratelli, fra Marchesi viene invitato nel 1983 come Uditore al Sinodo dei Vescovi dedicato alla riconciliazione nella Chiesa. Nominato dal Papa Giovanni Paolo II, egli si mette in moto per portare un contributo a favore degli ammalati.

Ancora sento la sua voce al telefono a Barcellona: era di sera e voleva aiuto o meglio voleva condividere e rendere corale tra i Fatebenefratelli il suo intervento. E presto gli venne in mente cosa fare: un documento breve, realistico, incisivo sulla *“riconciliazione nel mondo della sanità”*. Sentii l'onore di essere protagonista di quel documento che P. Marchesi consegnò in stampa a ogni Padre sinodale.

E poi ci fu l'intervento. Lascio alla vostra immaginazione il tono, il vigore, l'emozione della breve performance di fra Pierluigi Marchesi... Fece un discorso breve e diretto sul malato, la malattia, la pastorale che lui voleva organizzata, programmata e vivace. La profonda intuizione che sta alla base del suo discorso riprende come un ritornello irrefrenabile il tema dell'unità della persona umana, centro delle nostre cure. Come la medicina è stata spesso accusata di parcellizzare il malato e ridurlo alle sue patologie, si chiede se anche la Chiesa non abbia forse partecipato a quella spartizione occupandosi esclusivamente dell'anima del malato e di un superficiale sentimento religioso senza guardarne la complessità. In questo quadro, a volte drammatico per le conseguenze deleterie, la Chiesa viene chiamata coraggiosamente, tramite la voce di un semplice frate ospedaliero, a riconciliarsi con l'uomo che soffre per poca o per troppa medicina.

E, permettetemi di citarlo, disse ai Padri Sinodali: “È sempre edificante portare i malati nei Santuari, almeno quelli che possono, anche se non sono sempre quelli che ne hanno maggiore bisogno: oggi è soprattutto necessario che la

Chiesa intraprenda un pellegrinaggio in ospedale, dove, in molti paesi, vanno più persone che nelle nostre parrocchie e dove è viva la presenza del Cristo che vuole la riconciliazione”.

E concludeva così il suo intervento: “...non dimentichiamo che al popolo dei malati e dei morenti apparterremo un giorno tutti quanti, anche noi: sarà il modo inevitabile di incontrare il Cristo che ci riconcilia e ci invita alla Pasqua”. Sento ancora l'eco degli applausi che risuonava nell'Aula Sinodale; il Santo Padre stesso scese ad abbracciarlo tra la commozione reciproca, come a lui stesso piaceva ricordare.

3. La promozione della pastorale sanitaria

Il tema della Pastorale Sanitaria nell'Ordine non è stato un capitolo isolato, ma è stata inserita nel grande movimento di rinnovazione, intitolato “rinnovamento nell'Ospitalità” iniziato proprio un anno dopo l'e-

bre del 1979, in cui iniziò il Capitolo Generale Straordinario. Furono momenti di grande entusiasmo e di buoni risultati; certamente, non tanti come alcuni speravamo in quel momento. Fu un momento forte per tutto l'Ordine; io stesso lo sperimentai facendo il corso e poi impartendolo nelle provincie spagnole, italiane e portoghese. Una esperienza indimenticabile. Fu un momento dello Spirito che soffiava in tutto l'Ordine.

In questo ambiente bisogna inserire la *Comissione Internazionale di Pastorale Sanitaria*. Era un altro strumento in più in mano alla Curia Generalizia per il servizio del rinnovamento. E ci mettemmo a lavorare, lo dico con sano orgoglio. Motore fu P. Marchesi; io come presidente della Commissione e i primi componenti di essa cominciammo il nostro dovere con responsabilità. Il primo incontro fu presieduto da P. Marchesi a Roma; lì fu organizzata la Commissione e il suo ruolo: obiettivi, struttura, metodologia. Riflessione, animazione e



lezione a Generale del P. Pierluigi Marchesi. Presto cominciamo i raduni internazionali per il “rinnovamento nell'Ospitalità” (Roma 26 ottobre – 2 novembre 1977): vennero nominate due Commissioni di studio, la Commissione H, sull'Ospitalità, e la Commissione R, per organizzare i corsi di rinnovamento.

I corsi di rinnovamento durano dal novembre del 1978, mese in cui si celebrò l'incontro Internazionale per “Animatori” dei Corsi, fino al novem-

i compiti della Commissione ne furono i punti forti.

Questa prima tappa della Commissione (1978-1983) fu un momento di conoscenza della realtà dell'Ordine e di grande stimolo per le provincie. Comincia il lavoro con un grande Incontro a Barcellona (28 aprile – 2 maggio 1979): è una data storica; si aprono nuovi cammini per la Pastorale della Salute, la Pastorale sanitaria diventa un tema per la storia. Era il primo Incontro Internazionale con la presenza

del P. Marchesi come Generale (cfr. Documentazione nella Rivista "Información y Noticias", n° 62/1979).

Dopo questo primo Incontro si moltiplicano i corsi di animazione pastorale per lingue: così per la lingua inglese a Dublino; a Salisburgo per la lingua tedesca; Parigi per quella francese, Los Molinos (Spagna), Monguzzo (Italia) e anche per la lingua latino-americana (Messico, Ecuador, Colombia, Perù) da luglio a settembre del 1981.

Finita questa prima fase, cominciamo un secondo periodo nella Commissione di Pastorale (1984-1988): è una fase motivante perché si prende coscienza del ruolo della Commissione come "agente di cambiamento". Il lavoro di base già è stato fatto, adesso ci proponiamo di lavorare per obiettivi, definire bene i campi importanti del nostro lavoro, come sensibilizzazione e formazione degli Agenti, integrazione e pratica pastorale.

Frutti di questo impegno tra gli altri sono:

- la nomina in ogni provincia di un confratello per l'animazione pastorale;
- il corso di pastorale a Roma per i coordinatori provinciali, novembre 1984;
- l'animazione per gruppi linguistici...

Nel Capitolo Generale del 1988 fu presentata una valutazione del cammino percorso e, confrontando il positivo e il negativo, ci accorgemmo che il risultato era ben positivo; era un passo da gigante quello fatto nella Pastorale sanitaria in tutto l'Ordine oltre al forte afflusso nelle chiese locali.

Anche le conclusioni e le priorità puntavano allora a queste idee:

- potenziare il coordinamento nella pastorale;
- creare uno stile proprio nell'Ordine;
- preparare Agenti di pastorale;
- integrare e motivare i laici;
- animare la Pastorale Sanitaria nelle Chiese locali.

Era tutta una sfida; era il seme che la Pastorale aveva messo a disposizione del rin-

novamento. Altro frutto di questo lavoro pastorale furono le seguenti pubblicazioni da parte della Commissione:

- *Cos'è la pastorale sanitaria?*
- *Pastorale degli Infermi nell'ospedale e nella parrocchia*
- *Dimensione apostolica dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio.*

Erano momenti ricchi, forti; le difficoltà non mancarono, ma eravamo accolti, animati a svolgere il nostro lavoro; vedevamo nei nostri Superiori, particolarmente nel P. Marchesi, un leader, una persona con entusiasmo; lui credeva in noi, ci dava fiducia, e noi credevamo in lui; e questo entusiasmo faceva crescere il nostro impegno al servizio di una causa comune: "il rinnovamento nell'Ospitalità", in cui la Pastorale sanitaria fu un capitolo importante. Furono anni in cui sentivamo un grande soffio dello Spirito.

III. UN RELIGIOSO DAL VOLTO UMANO

La prospettiva in cui ci poniamo per tratteggiare il profilo, se così si può dire più profondamente umano, di Fra Pierluigi ci viene suggerita da una delle meditazioni offerte dal Cardinale Fiorenzo Angelini dopo la scomparsa di colui che Egli ha designato "amico e collaboratore". Attribuendo al proprio collaboratore il tatto della vera umiltà intellettuale e morale, Sua Eminenza individua in quella virtù la sorgente sia di una inesauribile creatività che di una coraggiosa tenacia nella sequela di Cristo povero e sofferente. "Religioso, non chierico – afferma il Cardinale –, fra Pierluigi fu insieme apostolo e profeta: apostolo perché si sentiva per vocazione mandato ad annunziare il Regno di Dio e guarire gli infermi (Lc 9,12); profeta perché intuì che una vera ed efficace evangelizzazione comporta un ecumenismo delle opere che, nel mondo della sanità e della salute, trova la sua più chiara e trascinante attua-

zione". In tal modo viene individuata l'originalità di una vocazione non soltanto strettamente religiosa, che vorremmo rapidamente analizzare entrando nell'esistenza di un coraggioso innovatore della sanità.

1. La vocazione specifica

Una delle prime impressioni che ricevevano i suoi interlocutori consisteva nella constatazione della sua chiara e diretta identificazione con la sua propria famiglia religiosa ospedaliera. Di tale appartenenza-identità immediata egli era cosciente e intimamente orgoglioso, come documentano i suoi Scritti e il suo operato nei 60 anni di servizio infaticabile. Non era raro sentire nelle sue parole il rammarico per la scarsa attenzione che veniva prestata, nella Chiesa e nella politica, alla voce del suo Ordine e in generale alle sollecitazioni di tutti gli Ordini ospedalieri che avvertivano i bisogni reali dei malati e della sanità. In un certo senso ci appare impossibile stabilire una separazione tra gli aspetti/valori caratteristici dell'uomo, da quelli tipici del religioso. In lui le due realtà coincidevano e, in maniera sorprendente, la ricchezza delle doti naturali si sviluppava e incarnava nella pratica della vita di frate ospedaliero.

Egli era nato come sappiamo, nel 1929 nell'operosa Lombardia e aveva avuto attorno a sé, come amava ricordare, modelli umanissimi di operai e contadini perennemente impegnati a guadagnarsi da vivere, per sé e per la propria famiglia, con il sudore della fronte. Il padre e la madre, operai in fabbrica, sono stati per lui un riferimento morale, ricorrente anche in certe riflessioni riguardanti il rispetto delle regole, l'onestà e il legame con l'azienda nella quale si lavora: tutti elementi che confluiranno nella determinazione del suo modo di concepire e presentare il senso di appartenenza alla famiglia religiosa e alle sue opere. Persino nella scelta goliardica della squadra di calcio del cuore manifestava la sua fedeltà, da

autentico sportivo e appassionato ex giocatore di calcio.

L'orientamento iniziale della sua vocazione personale fu provocato dagli incontri con Confratelli più anziani conosciuti nell'infanzia. Infatti, egli, nel 1940, entra nella Scuola apostolica dei Fatebenefratelli della Provincia religiosa Lombardo-Veneta, alla fine delle scuole elementari, dove la formazione dell'adolescente si innesta su quei principi-valori che contribuiranno a formare il carattere dell'uomo-frate: senso di appartenenza appunto, entusiasmo nel servizio ai malati, dedizione nell'esercizio del ruolo assegnato, adesione alle indicazioni dei Superiori; cosa ben diversa, come sanno i religiosi, dalla semplice obbedienza.

L'originalità di questa adesione caratterizza i primi anni della sua vita religiosa, ma anche gli ultimi. Anche quando, ancora ragazzo, insieme ai suoi compagni di corso, era chiamato a vivere e lavorare accanto ai malati nelle lunghe notti in cui si svolgeva il prezioso precoce tirocinio in seno alla famiglia ospedaliera di San Giovanni di Dio. Fu proprio in quell'epoca, nell'accogliere, vedere e "toccare" i corpi martoriati delle persone vittime della Guerra mondiale, che è forse possibile individuare il germe dell'ideale dell'umanizzazione che verrà chiaramente formulato alla fine degli anni Settanta.

La risposta alla specifica vocazione di ospedaliero orienta spesso il giovane religioso in formazione verso la cura di bisogni speciali quali i malati di mente, numerosi nelle istituzioni sanitarie dei Fatebenefratelli. Erano questi i più diseredati tra i malati che avevano, e hanno, maggiormente bisogno di umanizzazione nell'accoglienza e nell'assistenza.

In quegli anni emerge la sua spiccata capacità di comunicatore sia attraverso la parola che con la scrittura, perché a lui non piacevano i rancorosi silenzi tra religiosi o collaboratori. Per lui diventa allora necessario parlare – a tempo e in contrattempo – secondo l'espressione paolina, per comunicare ed esprimere le proprie

idee, i propri sogni e le proprie visioni a volte in modo aspro, mai cattivo, ma che non riusciva a tutti di comprendere e accettare. Ancora una volta, in questo stile e voglia di comunicare e confrontarsi, si poteva vedere come l'uomo si facesse strumento del religioso ospedaliero e tutta la sua carica vitale venisse orientata al bene dei malati e alla crescita coerente della sua famiglia religiosa.

In tutto questo riconosciamo i tratti specifici della vocazione speciale di un religioso apostolo e profeta di una diversa sanità, purificata attraverso il carisma di ospitalità e modellata sul progetto di umanizzazione. In lui si esprimeva, in germoglio, la vitalità di un carisma che non era soltanto dote personale, ma richiamo che ci costringeva a scorgere doni di altra natura che ne avrebbero fatto un trasciatore tormentato, polemico e indispensabile per il nostro tempo.

2. Il servizio di governo della sua famiglia religiosa

Dalla nota biografica si nota la quantità di cariche svolte dal P. Marchesi all'interno dell'Ordine, particolarmente il suo generalato che va dal 1976 al 1988, dodici anni di responsabilità da Priore Generale, dove si vede di più la personalità, il pensiero, la "passione" per l'Ospitalità del P. Marchesi. È vero che era arrivato al più alto e prestigioso livello, ma questo livello più alto doveva realizzarsi in un migliore servizio: così insegna Gesù nel Vangelo, e P. Marchesi fu veramente un servitore, un esempio di servizio.

P. Marchesi manifestò in tutti gli incarichi, che l'obbedienza gli affidò, un servizio appassionato all'uomo, all'uomo malato; a lui dedicò tempo, intelligenza, parole e fatti.

Come Generale mise tutte le sue energie a servizio del carisma e della missione nell'Ospitalità, tutte le sue energie indirizzate particolarmente al rinnovamento dell'Ordine, alla Pastorale, alla Formazione, all'Umanizzazione, all'Alleanza con i laici, allo sguardo verso il

2000 e anche una grande apertura alla Chiesa universale; lo indicano particolarmente la nomina del Santo Padre come Uditore del Sinodo sulla Riconciliazione, anno 1983, e il protagonismo assunto da lui stesso assieme con il Cardinale Angelini nell'istituzione del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute. Questi furono i fatti e la vita del P. Marchesi, la sua opera fondamentale come Generale. Momenti forti di animazione e che seppe avvalersi della forza di slogan come:

- rinnovarsi per umanizzare;
- umanizzarsi per umanizzare;
- il malato è il nostro padrone, la nostra scuola, la nostra università.

E così comincia un cammino di servizio duro, lento, difficile, "impopolare", non sempre accolto, lui stesso lo sapeva, non lo nascondeva, lo definì così:

"Essere superiore Generale di un Ordine religioso significa avere il dovere della profezia, a costo di essere impopolare e di farsi dei nemici" (cfr. *Per un ospedale più umano*, E. Paoline, "Premessa").

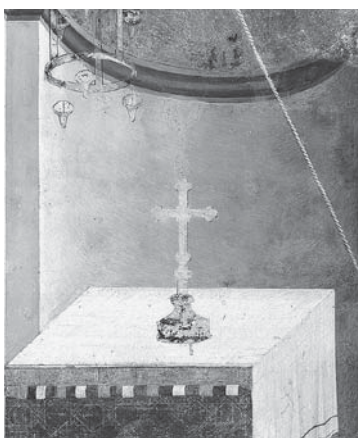
Pertanto, egli interpreta il suo servizio come ascolto dei tempi e ricerca di innovazione. Dopo alcuni anni di riflessione sul rinnovamento spirituale, vengono disegnate le due rivoluzioni, quella dell'umanizzazione e quella dei nuovi modelli di ospitalità. In un incontro storico del 1987, con i Camilliani, P. Marchesi offre la sintesi perfetta per il suo progetto di governo:

"La prima, l'umanizzazione, ha come suo precipuo scopo quello di trasformare il nostro rapporto con il malato immettendo in questo la stessa umanità che Cristo ha «divinizzato», quell'aspetto di umanità rappresentato dal sentimento, dalle emozioni, dal cuore. «Ama il prossimo tuo come te stesso», ci ricorda il comandamento, rafforzato dalla stupenda affermazione di Gesù: «Ogni cosa che farete ad uno di questi piccoli, l'avrete fatta a me». Si tratta di una riscoperta, di una netta svolta ideologica, che investe anche tutti i

nostri collaboratori, soprattutto quanti hanno creduto sufficienti, per raggiungere i fini terapeutici, la cultura scientifica, quella tecnica con i suoi straordinari progressi, il sapere razionale. Per noi religiosi, in particolare, ciò ha costituito una spinta, un'occasione preziosa di «rivisitazione» del nostro carisma.

La seconda rivoluzione ospitalità con l'uomo, da poco annunciata, concerne il ruolo dei Fatebenefratelli. Come, cioè, essere «funzionali» nei prossimi anni, alla luce delle trasformazioni previste e prevedibili nel campo della domanda di benessere da parte della società all'uomo. Trasformazioni previste e prevedibili anche nel campo delle risposte, che saranno sempre più articolate, complesse e non gestibili da una sola persona o da una sola funzione.

Queste due rivoluzioni sono nate dalla constatazione, sempre più evidente, di un crescente stato di insoddisfazione nostra, da una parte, e del malato dall'altra.”



Da qui nasce il progetto per una nuova ospitalità ancora attuale nei contenuti e profetico nell'ispirazione.

“In dettaglio, il nostro programma si può enunciare così:

a) *Abbandonare l'idea che basti svolgere compiti prevalentemente operativi di un tempo, per arricchire la nostra vita interiore, coltivare le nostre capacità di amore, incarnare il ruolo di testimoni pronti ad accogliere l'appello che l'umanità ci rivolge. Dobbiamo avere sempre presente che siamo diventati religiosi non per dirigere, non per starcene*

tranquilli nella stanza dei bottoni, ma per testimoniare un autentico, totale interesse per il bisognoso.

b) *Orientare la nostra attività, più che alla funzione di guida tecnica, a quella di guida morale nelle nostre opere. Impresa non facile per nessuno di noi.*

c) *Assumere coraggiosamente il ruolo, ancora troppo trascurato nella nostra vita, di coscienza critica nel mondo della salute. Un ruolo che ci lega alla precisa esigenza di modificare, nei contenuti e nei metodi, la nostra stessa formazione di base, per poter educare alla critica serena e costruttiva, all'analisi lucida e, se del caso, impietosa, allo studio e alla ricerca.*

d) *Evitare di lasciarci trascinare dagli eventi, dagli «andazzi» della moda, dai tranquilli binari delle consuetudini consolidate, per essere anticipatori, utopisti (ma preferirei dire profeti), nel mondo della sanità. Dobbiamo saper individuare fin d'ora – per poter poi degnamente accogliere – i bisogni in quest'ultimo scorcio di secolo e agli inizi del Duemila. Anche tale compito è stato lasciato troppo spesso agli altri; anche noi eravamo nella condizione migliore per andare incontro tempestivamente a quella parte di umanità che di volta in volta è «scartata», emarginata dalla scienza medica e dalla stessa società... È condizione «sine qua non» per raggiungere gli obiettivi che ci siamo prefissi. Dobbiamo cioè trasformarci anche in ricercatori, vincendo la tentazione di abbandonare la vecchia Europa perché è più faticoso rintracciarvi il povero, il bisognoso; in realtà, ci troviamo a fronteggiare povertà che non toccano tanto l'avere, quanto l'essere, e perciò sono ben più gravi e difficilmente soccorribili: basti pensare alla solitudine, all'abbandono, alla mancanza di affetto”.*

3. L'intelligenza profetica nel capire il suo tempo

“In una società che ridonda di profeti di sventura – affer-

mava il Cardinale Angelini – Fra Pierluigi fu profeta di speranza. Chi fa non giudica, chi fa ha il dono di scoprire ovunque risorse positive; chi fa non ha paura delle difficoltà, ma da esse ricava incentivo per accrescere il proprio impegno”. Il suo personale carisma possedeva un innato senso della storia unito alla visione profetica da cui proveniva il suo coraggio delle idee e l'appassionata speranza di futuro. Uomo di frontiera e non di barricate, si esponeva ai confronti anche più spossanti senza confini, puntando sempre lo sguardo verso i problemi reali ma con saggezza innovatrice. Lo ricordano così tanti religiosi, ecclesiastici, sindacalisti e collaboratori laici con i quali profetizzava che si dovessero rifondare le opere sanitarie cattoliche fin troppo monopolizzate da vecchie e ristrette abitudini mentali. Dall'ansia di futuro veniva la sua inquietudine interiore che gli impediva di fermarsi lungo la strada a gloriarsi dei risultati ottenuti, ma lo spingeva a guardare oltre i soliti stretti orizzonti e capire il senso della Storia. E questo, anche quando proponeva di innovare le modalità e lo “stile” della presenza religiosa in sanità, con la certezza che ciò avrebbe migliorato anche la qualità dell'assistenza.

In tal senso si può affermare che egli era un religioso che seppe riconoscere l'essenza dell'essere Chiesa in sanità, non soltanto nel possesso di ospedali da gestire, ma soprattutto nell'assumere responsabilmente la ministerialità costitutiva dell'assistenza globale e della cura spirituale dei malati, come testimonianza cristiana nel mondo sanitario.

Il suo essere figlio della Chiesa in seno a un Ordine ospedaliero, aveva formato in lui il convincimento di un proprio ineludibile dovere di coinvolgere i Vescovi, e i vertici della Gerarchia ecclesiale, a diventare agenti di salute e salvezza attraverso la Pastorale sanitaria e la promozione di un governo delle istituzioni coerente con i principi e i valori dell'etica cattolica. Vale la pena ricordare che egli volle una Scuola di Management

ospedaliero, una Scuola di bioetica e una formazione umanistica permanente per i suoi confratelli e collaboratori per dare basi solide ai continui cambiamenti che agitavano, e ancora oggi turbano, il mondo sanitario.

Infatti, il suo profetismo non si riduce a semplici richiami e astratti ideali, ma si configura come interpretazione e risposta concreta alle sfide del suo tempo. In Ordine temporale, sono consegnati alla storia: il titanico progetto di rinnovamento del suo Ordine che lo impegna dal 1976 al 1982; la promozione, insieme ad altri Ordini religiosi, dell'Associazione Religiosa Istituzioni Socio-sanitarie; la campagna culturale per l'umanizzazione della sanità; la decisione epocale per l'Italia di preparare in collaborazione con le autorità pubbliche, l'inserimento delle Istituzioni cattoliche nel Sistema Sanitario Nazionale. Momenti di quell'ecumenismo delle opere invocato dal Cardinale Angelini, con cui si vince "la scommessa della carità" (Novo Millennio Ineunte, 49) e che la Chiesa deve condurre in funzione di lievito nella pasta dei sistemi sanitari.

In particolare ci piace sottolineare come dalla sua umanità emana la carica profetica contenuta nel suo progetto di umanizzazione della sanità. La sua sensibilità gli consentì di anticipare i tempi introducendo il concetto di umanizzazione del mondo sanitario e assistenziale, per una piena condivisione e realizzazione del carisma di ospitalità.

È stato nell'Ordine uno strenuo promotore dell'alleanza con i collaboratori laici, con i quali condivideva i valori del carisma di ospitalità. Ha sfidato con veemenza laici e religiosi con le parole "...se non abbiamo il coraggio di misurarci con gli uomini, non possiamo parlare di umanizzazione, ma di razionalizzazione dei servizi...", e nella fiducia di essere accanto a Dio.

Le sue intuizioni sul futuro evolversi del mondo sanitario si sono concretizzate, col tempo, nella realtà dei fatti: la storia gli ha dato ragione. Anche nella storia della Chiesa; l'isti-

tuzione del Pontificio Consiglio per la Pastorale degli operatori sanitari, alcuni specifici interventi dei sommi Pontefici, certi passaggi di Vita consacrata e la ricca letteratura rappresentata dalla prestigiosa *Rivista Dolentium Hominum*, possono ricondursi al movimento culturale da lui lanciato e promosso con sacrificio anche personale.



Quando si guarda alla produzione letteraria uscita dai suoi interventi e raccolti nel volume *Umanizzazione. Storia e utopia*, a cura dell'Ordine Ospedaliero San Giovanni di Dio, Editrice Velar 2006, si capisce come, in tutte le condizioni sia di Superiore che semplice responsabile dell'Ufficio studi, da sano o da malato, anche se fuori dai centri di governo del suo amato Ordine religioso, la sua passione rimane intatta. Gli anni Ottanta e Novanta furono anni importanti, durante i quali il suo atteggiarsi a "vecchio" gli permetteva di mostrare il suo volto umano e ancora la forza del suo carattere. Accettando incarichi non richiesti affermava con determinazione la forza delle sue idee che il suo ardore e il coinvolgimento personale rendevano credibili anche se per certi versi discutibili.

CONCLUSIONE

Incontrare il Volto di Cristo

Forse, chi lo guarderà dal futuro, lo capirà meglio di quanto non sia accaduto ai contemporanei, ma il suo atteggiamento sereno dinanzi alla sofferenza ultima e al distacco della morte, ci obbligano a riflettere su quello che può ancora dirci Fra Pierluigi. La propria morte vissuta come impoverimento e annientamento di sé, nella disponibilità al volere di Dio, lo individuano come l'uomo giusto della Bibbia che "proprio nella fine si fa conoscere" (*Sir* 11,28). A guidarlo in quei drammatici momenti aveva due modelli cui si era intimamente legato, San Giovanni di Dio e San Benedetto Menni, nonché un esempio a lui vicinissimo, il confratello e suo Generale Fra Mosè Bonardi. Benché del suo affidarsi a Dio parlasse con pudore e timidezza, temendo di non avere parole adatte, la sua maniera di pregare in silenzio e piangere davanti a Dio, lo hanno mostrato a chi gli fu vicino nella sua autentica umanità e pazienza di fronte al morire.

Di questo troviamo eco in un testo, pubblicato dalla *Rivista Fatebenefratelli* di Milano, in un numero speciale dedicato a P. Marchesi, dove appaiono alcune intime riflessioni, forse una preghiera redatta in anni precedenti come colloquio riservatissimo e tenero tra una creatura e il suo Padre:

"Bisogna ricevere la malattia come una lettera, dato che ci è destinata per rivelarci qualcosa. La malattia è una debolezza che prova la nostra vera forza."

"Fucina dove il malato diventa il buon artefice del suo carattere. Intermezzo alla vita di egoismo e vanità per mutare tempo alla sinfonia terrena. Crocicchio per sostare un poco e scegliere la strada e guardare la meta. Fermata per pesare il valore delle cose e misurare la statura degli uomini. Ritiro per recitare il Miserere delle colpe e le litanie della pazienza [...]. Altare davanti al quale ripetiamo la terza invocazione del Pater."

"Ma duri settimane o mesi o anni, sia goccia, torrente o fiume, tende al mare. L'oceano rispecchia sempre l'azzurro del cielo. Ed è l'ora di interpretare la propria malattia. Così, dopo aver contemplato il meriggio e la sera, ci siamo spinti sino all'orlo di quel mi-

stero che sigilla la nostra breve vita terrena.

Diciamo breve... In realtà, è abbastanza lunga per permetterci di vedere, comprendere e giudicare noi stessi. E certo a osservare di qui il cammino compiuto, solo qualche gesto emerge dal grigiore degli anni. Spesso gli errori sono di una monotonia esasperante. E dai gorghi, nei quali ci siamo specchiati con troppa compiacenza, si sollevano ancora miasmi di acque stagnanti.

E ora sono qui, con la vita passata, talvolta rapida come un soffio, talaltra lunga da morire. Sono qui, con quel poco che ho realizzato a stento, e pensando a quel molto che avrei potuto compiere operando il bene. Ma la bisaccia è vuota e la strada quasi finita. E l'ora di un più profondo esame di coscienza. Devo pesarmi e misurarmi, prima del giudice.

Sono un granello di sabbia. Sono un filo d'erba.

Ed è l'ora degli ultimi desideri. Ebbene, vorrei morire nella tua grazia, o Signore.

Vorrei che l'ultima mia ora mi cogliesse al lavoro.

Vorrei andarmene felice di aver sognata la mia vita."

AL PADRE PIERLUIGI MARCHESI CON AFFETTO, CON AMORE

+ José L. Redrado, O.H.

Sono commosso. La tua morte risveglia in me sentimenti, ricordi esperienze. La tua morte, quasi aspettata, quando abbiamo saputo della tua grave malattia, ma sempre con un filo di speranza pensando che non fosse tanto rapida.

Ed è stata così rapida, quasi di corsa, in fretta, sempre commovente, come un campanello che suona e ci ricorda un appuntamento. Te ne sei andato sapendo che avevi cominciato un viaggio di difficile ritorno; sei partito con la consapevolezza di sapere dove andavi, con timore, con sofferenza ma con gioia e speranza; te ne sei andato con un corpo affaticato, sofferente a causa dei tanti accertamenti e delle tante terapie.

Te ne sei andato; quasi non lo credo. Te ne sei andato quando nella tua Agenda c'erano tanti progetti, appuntamenti, tanto da fare. Con la tua voglia di vivere volevi portarli avanti con impegno, con volontà, con responsabilità di fronte al nostro Ordine, alla tua Provincia Religiosa, al nostro Dicastero della Pastorale Sanitaria del quale tu sei stato uno dei grandi promotori, dalla sua istituzione ad oggi. Proprio, poche ore prima della tua morte, ultimando il programma della prossima Conferenza Internazionale a novembre sul tema delle Istituzioni Sanitarie Cattoliche, abbiamo ricordato il tuo nome e ti avevamo assegnato un intervento, tra il dubbio, ti confesso, che non saresti arrivato a tale momento, e purtroppo così è stato. Non sarai nel programma, ma sarai comunque presente, protagonista; ti ricorderemo con affetto.

Te ne sei andato, P. Marchesi, e hai risvegliato in me sentimenti, esperienze. Ti ricordo con affetto, con amore. Sei stato per me, per la mia vocazione nell'ospitalità un punto di riferimento, un modello, per il tuo entusiasmo, impegno, dedizione e amore verso l'Ordine e verso i malati.

Ammiro il tuo coraggio e la tua intuizione. Sei stato per me una mediazione che ha incoraggiato la mia vocazione, che l'ha messa per un maggiore servizio, che l'ha riempita di una grande esperienza.

Molto del rinnovamento avvenuto nella Pastorale Sanitaria dell'Ordine si deve alla tua visione profetica! Anche il mio episcopato ospedaliero ha tanto a che vedere con questo cammino misterioso della vita e delle mediazioni che intervengono in essa.

Tu sei stato per me, per la mia vocazione, per il mio ruolo nel servizio dell'Ordine e alla Chiesa una mediazione che ringrazio e ricordo con affetto e amore nel mio cuore.

Grazie, P. Marchesi, per il tuo impegno, per il tuo coraggio, per la tua profezia e per la tua idea di rinnovamento; grazie per aver dato all'Ordine un volto nuovo; grazie del tuo amore all'Ordine, alla Chiesa, agli ammalati e ai Collaborato-

ri. Sia tutto questo per te la "Carta d'identità" che ti permetta l'abbraccio con il Signore, con Giovanni di Dio, del quale fosti uno dei suoi successori nell'animazione come Generale.

Grazie, tante grazie; accendi in noi il tuo coraggio, la tua fede, il tuo amore e che la tua morte sia per tutti noi un seme che dia questi frutti. Te ne sei andato, P. Marchesi, ma resterai vivo nel nostro, nel mio cuore.

Città del Vaticano, 2 marzo 2002.

Spett.le Segreteria de "L'OSSERVATORE ROMANO" Città del Vaticano

"L'Arcivescovo Presidente, il Padre Sottosegretario e tutti gli Officiali del PONTIFICIO CONSIGLIO PER LA PASTORALE DELLA SALUTE si uniscono nella Fede e nella preghiera all'Ecc.mo Segretario Mons. José L. Redrado, O.H. e a tutto l'Ordine dei Fatebenefratelli per il ritorno alla Casa del Padre del **Rev.mo Fr. Pierluigi MARCHESI, O.H.** Membro del Dicastero.

Fin dalla sua costituzione e ne ricordano lo zelo e la qualificata collaborazione particolarmente nel tempo del suo servizio di Superiore Generale dei Fatebenefratelli, messi a disposizione del Pontificio Consiglio per la promozione del rispetto dell'Uomo malato e della difesa della vita in ogni momento, grati del competente ruolo svolto finora di Coordinatore della "Associazione Internazionale Istituzioni Sanitarie Cattoliche - AISAC", e ne conservano edificati la testimonianza di forza cristiana nell'accettare con serenità e grande Fede le sofferenze di questi ultimi tempi.

Addi, 4.3.2002

S.E. Mons. JOSÉ L. REDRADO,
O.H.

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

Prof. P. PIETRO
QUATTROCCHI

Collaboratore dei Fatebenefratelli

Non si può concepire la vita senza legarla indissolubilmente alla presenza della morte. Dal bambino che nasce all'agonizzante che emette gli ultimi sospiri, tutto l'arco dell'esistenza è attraversato da migliaia di "piccoli addii" o separazioni, che anticipano l'ultimo distacco, che è la morte.

La morte di un proprio caro, soprattutto se avviene in circostanze inaspettate, è istintivamente rifiutata perché sconvolge la vita e distrugge una miriade di sogni e progetti.

Poi, lentamente, ai giorni dello smarrimento e delle lacrime fanno seguito stralci di sorriso e l'impegno ad andare avanti, per quanti restano.

Molti sono in grado di gestire il cordoglio attingendo alle proprie forze e risorse; altri hanno bisogno di affidarsi all'aiuto di un professionista (psicologo, psicoterapeuta, psichiatra, medico, sacerdote...), per riceverne sostegno nei momenti critici, altri ancora ricorrono all'uso di farmaci, quali sonniferi o tranquillanti, per alleviare lo stress di interminabili notti in bianco.

Un gruppo più ristretto di persone si avvale del supporto offerto dai gruppi di mutuo aiuto per l'elaborazione del lutto, nei quali si sperimenta la liberazione dei sentimenti e la solidarietà con e la vicinanza di altre persone provate.

Guarire da un lutto: un processo globale

Il lutto dipende dalla capacità dei superstiti di trovare ragioni e scopi per ridisegnare il proprio progetto di vita.

Il processo di una sana elaborazione della perdita investe tre dimensioni: la guarigione della mente, del cuore e dei comportamenti.

1. La guarigione della mente

Il primo passo consiste nel sanare la mente. La lacerazione prodotta da una separazio-

ne, ancor più se drammatica, sconvolge la persona, ne altera il sonno, ne impedisce la concentrazione, ne blocca le capacità decisionali e, spesso, la voglia di vivere.

La mente è abitata da mille interrogativi sul perché dell'accaduto, dal bisogno di contatto con il defunto, dalla ricerca sul cosa fare con i propri tempi e silenzi.

Criteri per misurare l'elaborazione positiva del cordoglio riguardano la capacità del superstiti di modificare le proprie abitudini, di guardare all'accaduto con uno sguardo più saggio e realistico, di rassicurarsi con la precarietà dell'esistenza, di imparare a prendere piccole decisioni e di assumere un atteggiamento costruttivo verso il presente.

2. La guarigione del cuore

La salute della mente passa per la mediazione del cuore, dove si annidano i sentimenti e le emozioni suscitate dalla perdita. I sentimenti invocano accoglienza e cittadinanza, per non essere relegati nel dimenticatoio.

Sentimenti ricorrenti nel cordoglio sono: lo shock e l'incredulità, il senso di vuoto e la solitudine, l'ansia e la paura, la collera e il risentimento, la tristezza e l'amarezza, il rammarico e il senso di colpa.

Talvolta gli stati d'animo sono intensi e duraturi, in altre circostanze più tenui e passeggeri.

Due approcci diametralmente opposti ed egualmente inefficaci nel gestire i sentimenti riguardano, da una parte, la tendenza all'impulsività, perdendo il controllo delle emozioni, e, dall'altra, l'inclinazione a soffocarli, negarli o reprimerli.

I sentimenti ignorati non spariscono ma, come bambini frustrati, ritornano al centro della scena reclamando attenzione attraverso malesseri psicosomatici, emicranie, difficoltà con la digestione, e così via.

Se, invece, i sentimenti sono accolti e incanalati positivamente,

col passare del tempo, tendono ad affievolirsi e a favorire la guarigione del cuore.

3. La guarigione della vita

Il risultato di un cambiamento nel "modo di pensare" si riflette nel "modo di sentire" e questo, a sua volta, influisce sui "comportamenti" della persona.

Ogni perdita significativa produce un cambio d'identità tra il sé del passato e quello attuale, un cambiamento che investe l'orizzonte interno e sociale della persona.

L'itinerario di graduale guarigione prevede che, dopo la fase iniziale di smarrimento e una volta superate le reazioni più intense, la persona sia in grado di recuperare l'energia, dando vita a nuovi progetti e onorando le proprie responsabilità familiari, sociali e professionali.

Per alcuni questo adattamento richiede tempi molto lunghi, per altri più brevi a seconda delle motivazioni presenti in ognuno, delle risorse attivate e delle scelte fatte.

Percorsi di guarigione

In ogni persona ferita albergano un patrimonio di potenzialità umane e spirituali che svolgono un ruolo di primaria importanza nel sanare il dolore.

Il processo di graduale guarigione da un lutto può seguire sette vie, a seconda della storia, dei valori e delle sensibilità di ogni persona.

1. Il percorso spirituale o della fede

Per molti il farmaco che allevia il dolore è di natura spirituale. La dimensione spirituale fa parte dell'essere umano, indipendentemente dal suo aderire o meno a un particolare credo o dal frequentare la chiesa, la sinagoga, la moschea o la pagoda. Abbraccia il rapporto con Dio o con il trascendente e

il perseguimento di valori, quali: la pace, il perdono, l'accettazione, l'altruismo, la speranza e così via. Al cuore della spiritualità, per molti, c'è la ricerca di Dio e/o il bisogno di significato.

Ogni tragedia pone al centro della scena la questione di senso, lo sconforto per la propria impotenza, la percezione della presenza o dell'assenza di Dio nel dolore, interrogativi sull'aldilà.

Da una parte la sofferenza svela l'uomo nella sua fragilità, dall'altra ne sprigiona le virtù.

In qualche occasione un distacco è accompagnato da un cambio radicale nei valori di adesione. La persona può passare da uno stile di vita materiale, superficiale ed egoista alla scelta di valori genuini, alla condivisione dei propri beni, a un impegno sociale impensabile prima. In questi casi l'avversità si trasforma in profonda conversione esistenziale.

La dimensione spirituale o il supporto di una religione riconoscono, per molti, una funzione terapeutica e sanante negli eventi luttuosi. Il conforto spirituale si può manifestare attraverso il ricorso alla preghiera o alla meditazione, l'abbandono a Dio, il bisogno di perdono o di riconciliazione con il passato, un maggior coinvolgimento nella pratica della propria fede, la frequenza di gruppi di preghiera o di ascolto della Parola di Dio, la partecipazione a pellegrinaggi, l'ascolto di programmi religiosi in TV o via radio, la convinzione che la vita sulla terra non è un destino, ma un cammino che guida a un destino.

2. Il percorso della scoperta di sé

Un dono frequentemente ignorato o nascosto all'ombra del dolore è la creatività umana. Creatività espressa, nel corso dei secoli, da filosofi, narratori, poeti, pittori e scultori, che hanno trasformato il proprio cordoglio in opera d'arte. Si pensi a sistemi filosofici (Kierkegaard, Schopenhauer), opere musicali (Bach, Mozart) o scuole psicologiche (Logote-

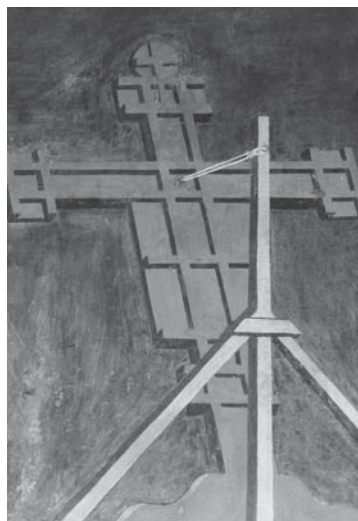
rapia di V. Frankl) nate sullo sfondo di patimenti personali degli artisti.

Come le doglie del parto generano il dono prezioso di una nuova creatura, così l'incontro con la morte permette ad alcune persone di portare alla luce una dimensione inesplorata di sé o talenti sconosciuti.

Niente come la malinconia o la nostalgia risvegliano il potenziale estetico e immaginativo delle persone. Per alcuni il viaggio di auto-scoperta trova espressione nella poesia, per altri nelle pagine di diario che narrano frammenti della propria storia interiore, per altri ancora nella pittura o nell'uso di materiale per exteriorizzare squarci del paesaggio interiore.

Talvolta il viaggio introspettivo è favorito dalla frequenza di corsi di psicologia o attinenti lo sviluppo dell'autostima, per favorire una comprensione più autentica di sé.

In una parola la creatività offre l'opportunità di rivelarsi e di realizzarsi.



3. Il percorso dei legami affettivi

Il lutto non è solo consapevolezza di quanto si è perduto, ma invito a essere grati per quanto è rimasto. Per la maggior parte delle persone, la famiglia e i suoi componenti (genitori, fratelli/sorelle, coniugi, figli, nipoti) rappresentano il nucleo vitale di riferimento nel cordoglio.

Ognuno cresce in una famiglia diversa: talvolta si tratta di famiglie numerose oppure ristrette, in alcune si respira

un'aria sana e di vicinanza tra i membri, in altre prevale la freddezza o il distacco interpersonale, alcune sono comunicative e aperte alla società, altre tendenzialmente chiuse e isolate.

L'humus familiare favorisce o impedisce il processo di recupero dai vissuti luttuosi.

In secondo luogo, ognuno ha l'opportunità di appoggiarsi, oltre alla famiglia, ad amici e confidenti, che sono spesso persone non condizionate dalle dinamiche familiari e più libere di sintonizzarsi con i bisogni dell'interlocutore. Il poter contare su amici facilita l'espressione di pensieri e sentimenti e permette tempi e spazi di recupero e di relax.

Un terzo orizzonte di sostegno è caratterizzato dal supporto ricevuto da qualche collega sul lavoro o dai componenti di un gruppo, comunità o associazione di appartenenza.

Talvolta le circostanze luttuose favoriscono anche incontri imprevisti che sbocciano in nuovi legami affettivi, che attenuano la solitudine e schiudono nuove porte per il domani.

4. Il percorso della cura di sé

Il distacco da qualcuno, come l'amore del resto, abbraccia la sfera fisica, mentale, psichica e sociale.

Il dolore può spingere il superstite a trascurarsi, a trovare mille scuse per non coinvolgersi nelle attività quotidiane, a lasciarsi prendere dall'avvilimento isolandosi nel proprio mondo, a rifugiarsi nell'eccessivo consumo di alcool o di farmaci per lenire il dolore.

Un "termometro" affidabile di salute concerne la motivazione del soggetto a prendersi cura di sé. L'impegno a volersi bene si manifesta innanzitutto nella pratica di una sana alimentazione e nell'esercizio fisico, tramite passeggiate salutari in mezzo alla natura o la frequenza della palestra. Altre forme della cura di sé includono l'attenzione all'igiene e alla propria immagine, la pratica dello yoga o gli esercizi di respirazione, per guadagnare controllo su di sé e contrastare l'ansietà e i tanti pensieri che

turbano, e il perseguimento di qualche hobby o passatempo, per trovare spazi di gratificazione e relax.

5. Il percorso culturale

Molti sembrano trovare negli stimoli cognitivi un terreno fecondo per sanare il dolore, nutrendo la mente di stimoli gratificanti e aprendola alle opportunità del presente. La mente chiusa è una trappola che spegne la vita e offusca la speranza. La mente, scriveva Bergler, è come un paracadute: funziona quando si apre.

Aprirsi alla guarigione significa lavorare perché il lutto non diventi una prigione, ma schiuda alla conoscenza e, dove è possibile, guidi alla sapienza.

Questo cammino è percorso da coloro che si sforzano di comprendere meglio l'esperienza luttuosa attraverso la lettura di libri o di articoli sull'argomento, la partecipazione a corsi formativi o informativi sull'elaborazione delle perdite, il contatto via internet con altre persone provate da lutti.

L'apertura della mente abbraccia la possibilità di iscriversi a un viaggio, conoscere culture e tradizioni diverse, apprendere una lingua, frequentare corsi per la terza età, dibattere temi di attualità, partecipare a eventi culturali o artistici.

In qualche modo l'incontro con la morte costringe alla riflessione e ad articolare una nuova filosofia di vita.

Il dolore fecondo dilata gli orizzonti e dà profondità all'esistenza.

6. Il percorso della donazione

Per una miriade di persone, la via maestra per sanare il dolore è l'amore. In verità, il modo migliore per aiutare se stessi consiste nel trovare occasioni per aiutare gli altri. Spesso, però, il dolore impoverisce e rende egoisti: molti sono portati a ripiegarsi su di sé e a interpretare la realtà attraverso l'ottica esclusiva dell'autoreferenzialità.

Il cuore ferito si guarisce quando l'energia affettiva, pre-

viamente centrata sul proprio caro defunto, viene canalizzata e reinvestita verso altri destinatari o verso nuovi obiettivi.

In pratica lo struggimento e il vuoto prodotto da un addio diventano appello ad aprire il proprio cuore a una famiglia o a una comunità più vasta, che può beneficiare del proprio tempo e della propria solidarietà.



Il volontariato risulta una via privilegiata da molti, per guarire il dolore e trasformarlo in amore. C'è chi fa parte di un'associazione o di un gruppo impegnato a visitare gli anziani o i malati nelle istituzioni o a domicilio, chi regala qualche ora a insegnare italiano agli immigrati o a dare una mano ai poveri, oppure chi si coinvolge nel volontariato ecologico o nel servizio delle ambulanze. Anche l'inserimento nei gruppi di mutuo aiuto nelle perdite diventa un percorso costruttivo per aiutarsi e aiutare. Ogni gruppo è un'università del dolore: si apprende osservando, ascoltando, comunicando e confrontandosi in un costante processo di dare e ricevere.

7. Il percorso della progettualità

Quando si perdono i nonni o i genitori il cordoglio è per la perdita del passato, quando si perde un coniuge, un fidanzato o un amico intimo, il cordoglio è per la perdita del presente, quando si perde un figlio o un nipote il cordoglio è per la perdita del futuro. In genere, la perdita più straziante è quella di un figlio o di una figlia. Di solito, sono i figli che seppelliscono i genitori, ed è drammatico

per i genitori dover seppellire i figli, a cui hanno dato la vita.

Per cercare di alleviare l'intensità del dolore e veicolare positivamente il tempo e le risorse, molte coppie trovano conforto nel poter immortalare la memoria del proprio caro attraverso un Progetto o una Fondazione in loro nome. Non si tratta, quindi, solo della memoria legata a un luogo (es. visita alla tomba del cimitero o deposizione di fiori attorno all'albero dove il figlio è deceduto), ma di creare un'iniziativa finalizzata al bene e che ne mantenga viva nel tempo la memoria. Talvolta il progetto consiste nel dare borse di studio per favorire gli studi di giovani senza risorse economiche, in altri casi nella sponsorizzazione di progetti finalizzati alla ricerca scientifica.

Il progetto proietta verso il futuro e, allo stesso tempo, rende presente chi è assente.

Guarire la vita

Ognuno degli itinerari proposti rimanda al potere di trasformazione che custodisce il dolore.

Alcuni elaborano il cordoglio privilegiando la via della mente (riflessione, creatività, espansione culturale), altri quella del cuore (legami affettivi, altruismo e gesti di donazione), altri ancora quella dello spirito (rapporto con Dio e con la comunità, potenziamento della spiritualità).

C'è chi si affida a un itinerario specifico per guarire il dolore e chi si avvale del contributo di diversi percorsi; chi parte dall'uomo e chi parte da Dio. Al di là del bene perduto e delle conseguenze sofferte, le condizioni indispensabili per sanare il cuore ferito richiedono un atteggiamento aperto alla vita, la motivazione a crescere, la disponibilità a adattarsi ai mutamenti, il bisogno di amare e di sentirsi amati, la creatività di continuare a comporre musica con le corde che restano.

P. ARNALDO PANGRAZZI,
M.I.
Docente di Pastorale sanitaria
presso l'Istituto internazionale
"Camillianum"
Roma, Italia.

La cappellania ospedaliera: cantiere di chiesa comunionale

(I RISULTATI DI UNA RICERCA DOTTORALE)

1. INTRODUZIONE

Cappellania e cappellania ospedaliera

Giovanni Paolo II, in occasione della XIX Conferenza internazionale promossa dal Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute su “Le cure palliative” (11/13 novembre 2004), affermava: “La Chiesa intende continuare ad offrire il proprio contributo specifico attraverso l’accompagnamento umano e spirituale degli infermi, che desiderano aprirsi al messaggio dell’amore di Dio, sempre attento alle lacrime di chi si rivolge a lui (cfr. *Sal* 39,13). Si evidenzia qui l’importanza della Pastorale sanitaria, nella quale ricoprono un ruolo di speciale rilievo le cappellanie ospedaliere, che tanto contribuiscono al bene spirituale di quanti soggiornano nelle strutture sanitarie”. È un’affermazione autorevole e significativa sia per il tono usato nei riguardi delle “cappellanie ospedaliere” e la loro azione pastorale verso i malati e gli operatori sanitari, sia per i destinatari, riuniti in un’assise internazionale, cui partecipavano uomini di scienza qualificati e persone impegnate nella Pastorale della Salute.

1.1 Il nome antico di cappellania

Il vocabolo “cappellania” è già usato, secondo A. Caro, prima del 1566 e viene definito: “Ente ecclesiastico costituito per un fine di culto”². L’enciclopedia Zanichelli ripete la medesima definizione, ma vi aggiunge il motivo della fondazione: la cappellania è un “ente ecclesiastico creato a scopo di culto per volontà ed in forza di donazioni o lasciti di uno o più fedeli”³. Un vocabolario illustrato della lingua italiana da parte sua, dopo aver ricordato gli elementi sopra citati, ne sottolinea la finalità

particolare: “la cappellania è l’ente ecclesiastico costituito col lascito od il donativo di un fedele, specialmente per la celebrazione di messe ad un determinato altare di una chiesa”⁴. Più sinteticamente, un dizionario di lingua italiana definisce “la Cappellania come il ministero e l’ufficio di un Cappellano”⁵. Conseguentemente, secondo quanto specificato sopra, anche la dizione di “cappellania ospedaliera” viene intesa come servizio religioso e spirituale, principalmente culturale e sacramentale, svolto da uno o più cappellani (sacerdoti) in una struttura sanitaria.

1.2 Nuovo significato del termine “cappellania ospedaliera”

La data ufficiale di nascita della “cappellania ospedaliera” con un nuovo significato può essere considerata a buon diritto il 30 marzo 1989, giorno “storico” nella vita della comunità ecclesiale italiana, perché è la data apposta al documento, qualificato come “nota pastorale”, col titolo “La Pastorale della Salute nella Chiesa italiana”, preparato dalla Consulta Nazionale per la Pastorale della Sanità e approvato dal Consiglio permanente della CEI⁶. Per la prima volta in un intervento ufficiale viene preso in considerazione il tema della Pastorale della Salute e vi si fa un riferimento breve, ma esplicito, al nuovo organismo pastorale.

Di esso, in questo documento, viene data una definizione essenziale: “La cappellania ospedaliera è espressione del servizio religioso prestato dalla comunità cristiana nelle istituzioni sanitarie”; e si elencano gli operatori pastorali che possono farvi parte: “È composta da uno o più sacerdoti cui possono essere aggregati anche diaconi, religiosi e laici”. L’elemento di novità asso-

luta dell’azione pastorale della cappellania ospedaliera è proprio la possibilità di apertura del servizio religioso ad altre figure pastorali, insieme ai sacerdoti. Mai, prima di questa nota pastorale, si era parlato di cappellania ospedaliera da parte della Conferenza Episcopale Italiana o di un pastore di una Chiesa particolare.

Nei paragrafi successivi (nn. 79-81) vengono indicate anche le finalità principali del nuovo organismo pastorale, quelle *ad intra*, cioè l’ambito sanitario, e quelle *ad extra*, cioè la comunità parrocchiale e il territorio: “Gli obiettivi principali della cappellania ospedaliera sono i seguenti: fare esistere nell’istituzione sanitaria un segno ecclesiale reperibile, che renda possibile un’azione missionaria; essere un luogo dove, attraverso delle persone, delle attitudini e dei gesti, compresi quelli sacramentali, Dio rivela la sua tenerezza e si mette al servizio dell’uomo per accompagnarlo nella prova, aiutandolo a vivere fino alla fine; promuovere e coordinare tutte le forze presenti nella comunità ospedaliera, attraverso idonei strumenti e iniziative (consiglio pastorale...); contribuire al coinvolgimento dei cristiani, presenti nel territorio, nella promozione della salute e nell’assistenza dei malati”⁷.

1.3 La bibliografia in circolazione sulla cappellania ospedaliera

Dopo la pubblicazione della sopra citata nota pastorale, soprattutto dalla seconda metà degli anni Novanta, in Italia si è accentuato in modo sensibile l’interesse verso le cappellanie ospedaliere, intese nella nuova accezione pastorale, non solo da parte dei diretti interessati (cappellani ospedaliere, operatori pastorali, direttori di Uffici diocesani o altri organismi pastorali), ma anche da parte del

magistero. Sia il papa Giovanni Paolo II che i vescovi nelle Chiese particolari hanno cominciato a volgere la loro attenzione verso la cappellania ospedaliera, per indicarne i primi orientamenti programmatici per la loro realizzazione concreta⁸. Se si dà uno sguardo più particolareggiato alla produzione bibliografica sulle stesse cappellanie nell'ambito nazionale, dagli inizi degli anni Settanta sino alla fine degli anni Ottanta, troviamo scritti di varia natura e di diversa importanza, in cui si accenna alla necessità di aprire la Pastorale sanitaria alla collaborazione dei laici⁹.

Tale tema trova spazio già in un convegno nazionale di Pastorale della Salute: quello organizzato dai Frati Minori Cappuccini a San Giovanni Rotondo (1984), durante il quale si ascolta la testimonianza di un'operatrice pastorale laica francese impegnata in una cappellania ospedaliera¹⁰. Non mancano però gli operatori pastorali ospedalieri qualificati, che puntano la loro attenzione verso le esperienze di cappellanie ospedaliere nei paesi europei per ipotizzarne la sperimentazione in Italia: per esempio sono da ricordare il cappuccino P. Stefano Bambini¹¹, i camilliani P. Angelo Brusco¹², P. Luciano Sandrin¹³, P. Silvio Marinelli¹⁴, P. Rosario Messina¹⁵; né si possono dimenticare gli interventi di Mons. Elio Sgreccia¹⁶ e di Mons. Giorgio Beconcini¹⁷.

Accanto alle voci dei singoli è doveroso ricordare anche i convegni regionali che s'interessano dell'esperienza pastorale della cappellania ospedaliera: quello della Calabria (aprile 1992)¹⁸ e quello della Liguria (maggio 1993)¹⁹. Si tratta di inizi di una riflessione realizzata da persone che vivono in prima persona l'esperienza pastorale e la fanno conoscere in ambiti più allargati. Nel III Convegno della Consulta nazionale della pastorale della sanità (1995) viene riservato un gruppo di studio alla cappellania ospedaliera²⁰ e l'anno successivo, sotto l'egida della Conferenza Italiana Ministri Provinciali Cappuccini (CIMPCap), il Segretariato per la Pastorale della Salute or-

ganizza un convegno nazionale sul tema "La cappellania. *Kairòs* per la Pastorale della Salute" (1996)²¹.

Nei dizionari la voce "cappellania ospedaliera" trova un suo spazio interessante: nel "Dizionario di bioetica" (1994) Guido Davanzo s'interessa del cappellano ospedaliero e accenna all'esperienza della cappellania²², mentre il discorso di A. Brusco nel "Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria" (1997), pur rifacendosi a una propria riflessione iniziata alcuni anni prima²³, è più artico-



lato e approfondito nei molteplici aspetti della realtà pastorale affrontata²⁴ e viene riproposto nel primo "Manuale di teologia pastorale sanitaria" (1999), scritto in collaborazione con S. Pintor²⁵.

1.4 La necessità di una riflessione più approfondita e organica

Da questo sommario esame della principale produzione letteraria, ho tratto la conclusione che allo stato attuale manca in Italia uno studio specifico con una riflessione teologica organica sulla cappellania ospedaliera. Certamente esistono alcune intuizioni, si accenna a eventuali orizzonti teologici, si ribadisce la necessità e l'urgenza di un rinnovamento dell'azione pastorale nel mondo sanitario, ma non ne segue uno sviluppo e una riflessione più seria della tematica.

Si avverte ormai ineludibile la necessità di una riflessione teologica più ampia e approfondita su questo organismo pastorale che comincia a farsi strada nelle strutture sanitario-ospedaliere del nostro Paese. È vero che la "ortoprassi" è importante nella vita ecclesiale, ma è altrettanto vero che la "teoria", cioè la riflessione sull'esperienza pastorale alla luce della fede, è utile e indispensabile. Questa e quella sono elementi importanti ed essenziali dell'esperienza quotidiana e della tradizione cri-

stiana. Altrimenti si corre concretamente il pericolo che all'abbondanza dei discorsi che si vanno facendo a più livelli e alla varietà di esperienze senza criteri fondamentali di verifica corrisponda una carenza di chiarezza dei termini, un'ambiguità di contenuti e un suo non corretto radicamento nella realtà pastorale della Chiesa italiana.

Perciò nel contesto della cammino della Chiesa italiana realizzatosi nell'ultimo quarantennio (1960-2000) e nell'ottica delle varie esperienze in atto da alcuni anni nelle Chiese particolari, la mia ricerca di dottorato ha avuto la finalità principale di una riflessione teologica sulla cappellania ospedaliera, un'elaborazione del suo fondamento biblico, un tentativo di definirne l'identità e i componenti, un approfondimento sulla sua missione evangelizzatrice, un

inizio di analisi della sua apertura al territorio. Per questo si è voluto “leggere” la rinnovata Pastorale della Salute delle comunità cristiane ospedaliera alla luce dell’ecclesiologia di comunione maturata nel concilio Vaticano II, del rinnovamento post-conciliare della Chiesa universale, della lettura dei segni dei tempi espressi dall’evoluzione del mondo sanitario, nell’orizzonte di un lavoro di équipe formata dalle molteplici componenti del popolo di Dio.

Con l’aiuto delle “suggestioni” teologiche di Mario Midali (importanza della fase kairologica nella riflessione teologica) e di Bruno Forte (i tre elementi qualificanti della Chiesa di tutti i tempi: *koinonia*, *diakonia* e *martyria*), ho maturato lo sviluppo dei capitoli della ricerca sulla cappellania ospedaliera nelle seguenti tappe:

– Capitolo I – I tre eventi kairologici della nascita della cappellania ospedaliera;

– Capitolo II – La cappellania ospedaliera come *koinonia*: identità e componenti;

– Capitolo III – La cappellania ospedaliera come *diakonia*: vocazione e missione;

– Capitolo IV – La cappellania ospedaliera come *martyria*: testimonianza.

L’autore è lieto di presentare in sintesi i risultati della ricerca di dottorato, dal titolo “La cappellania ospedaliera: *koinonia*, *diakonia* e *martyria* della Chiesa nel mondo della sanità che cambia”, ai lettori della rivista internazionale “*Dolentium Hominum*”, voce ufficiale del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute²⁶.

2. I tre eventi kairologici della nascita della cappellania ospedaliera

Partendo dalla convinzione che la cappellania ospedaliera in Italia non sia sorta improvvisamente, ma la sua idea e la sua necessità siano maturate gradualmente nell’arco degli ultimi quattro decenni (1965-2006), ho analizzato il lento cammino compiuto dalla Chiesa per cogliervi i *segni dei tempi* secondo le indicazioni della

Gaudium et spes: “è dovere permanente della Chiesa di scrutare i segni dei tempi e di interpretarli alla luce del Vangelo, così che, in un modo adatto a ciascuna generazione, possa rispondere ai perenni interrogativi degli uomini sul senso della vita presente e futura e sul loro reciproco rapporto”²⁷. Ne ho individuati tre:

a) i “semi” di attenzione del concilio Vaticano II rivolti ai malati e alla promozione della salute, che sono cresciuti in piante e frutti nel periodo post-conciliare;

b) i “valori” fondanti della legge di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (n. 833/1978), che si sono concretizzati in fenomeni socioculturali e fatti ecclesiali, con un’evidente ricaduta nell’ambito religioso;

c) gli “orizzonti” ampliati del rinnovamento e dello sviluppo della Pastorale della Salute, che si sono incarnati in nuove figure e nuovi organismi nel mondo ospedaliero.

Questi tre eventi, letti nell’ambito della Pastorale sanitaria, possono essere considerati come particolari fattori che hanno fatto maturare l’esigenza e la nascita della cappellania ospedaliera.

2.1 I “semi” di attenzione del concilio Vaticano II alla Pastorale della Salute

Passando in rassegna i testi conciliari scaturisce la percezione di una Chiesa già attenta ai malati e alla promozione della salute, sia pure nell’ottica di una teologia della sofferenza consona a quegli anni. Ho evidenziato quattro cardini di questa Chiesa conciliare.

– *L’ecclesiologia di comunione* è un punto di partenza che ha in se stessa i germi che saranno sviluppati nel cammino postconciliare. Ho così constatato che, come popolo di Dio, la comunità si realizza nella comunione e vive per la comunione. Ogni membro riceve nel battesimo la missione di crescere in prima persona nella comunione e di far progredire nella medesima dimensione anche la propria comunità.

– *L’icona di una comunità samaritana* emerge con evidenza dalla coscienza dei padri conciliari. Essi immaginano una Chiesa che sappia scrivere in ogni epoca ed in modo originale quella parabola del farsi prossimo a chi è nel bisogno che Gesù ha incarnato per primo.

– *Il volto di una Chiesa di “tutti responsabili”* nel ministero della Pastorale della Salute è già delineato per assumere negli anni successivi contorni sempre più precisi, grazie al notevole contributo di Giovanni Paolo II e al cammino della Chiesa italiana compiuto con la Consulta Nazionale prima e con l’Ufficio Nazionale per la Pastorale della Sanità poi.

– I due connotati di una comunità “maestra e ministra” nell’originalità dell’intuizione di Giovanni XXIII sono stati letti nell’ottica della preoccupazione di una Chiesa madre verso il bene della salute multifattoriale dell’umanità e delle persone singole. Credo che non si faccia fatica a intravedere queste quattro caratteristiche riunite nell’organismo pastorale della cappellania ospedaliera, che può legittimamente essere definita: comunità di comunione, comunità di ministerialità samaritana, comunità di comune corresponsabilità, comunità della salute-salvezza.

2.2 I “valori” della legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale

Anche l’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale in Italia, letta con il principio ermeneutico dei valori basilari del primo paragrafo della legge 833, è stata considerata da me come un fiume nel cui alveo sono confluiti i valori essenziali e importantissimi della società civile. Sono convinto che l’istituzione del SSN “può e deve costituire un vero «segno dei tempi», una sollecitazione, una spinta, una occasione privilegiata che intensifichi ed acceleri l’impegno, già per altri motivi in atto, per la costruzione di autentiche comunità cristiane locali”²⁸.

Ho analizzato tali valori in riferimento alla comunità ec-

clesiale; in tal modo ho passato in rassegna: a) il valore della salute intesa nel suo senso più globale, b) l'uguaglianza dei cittadini nelle prestazioni sanitarie, c) i ponti di collegamento tra strutture ospedaliere e territorio, d) il riconoscimento del valore socio-politico ed ecclesiale del volontariato, e) la valenza terapeutica del servizio di assistenza religiosa.

Effettivamente i principi ispirativi del SSN possono essere considerati dalla Chiesa un'autentica grazia di Dio e un *kairòs* dello Spirito che interpellano la coscienza di ogni cittadino e di ciascun cristiano. Con i testi alla mano, esaminando attentamente i paragrafi della legge istitutiva del SSN, ho individuato numerosi riscontri pastorali, che costituiscono un "forte richiamo per il nostro impegno di Chiesa a servizio della vita dal suo inizio fino al suo tramonto"²⁹, e mi sono sforzato di far emergere il valore umano e religioso di ciascun principio e di sottolinearne gli orizzonti di opportunità pastorali connesse.

Perciò dobbiamo "essere lievi di queste enunciazioni che già nel loro testo costituzionale ed ora nelle affermazioni della legge risentono dell'apporto del pensiero cattolico e sono conformi alla visione cristiana della persona e della vita umana"³⁰. Il compito della comunità cristiana, oggi come ieri, continua a essere quello di offrire l'apporto specifico della sua missione di salvezza totale dell'uomo e di impegnarsi perché queste enunciazioni non siano smentite nella pratica. Possiamo considerare questi principi anche come forti "pro-vocazioni", intese come spinte a nuove e originali chiamate di incarnazione della missionarietà della comunità cristiana e come sfide al rinnovamento della Pastorale della Salute sia in ambito ospedaliero che in ambito territoriale.

2.3 I "nuovi orizzonti" del cammino della Pastorale della Salute

Infine ho considerato il rinnovamento della stessa Pastorale della Salute come terzo "segno dei tempi" che ha spin-

to la Chiesa italiana ad aprirsi all'opportunità della proposta della cappellania ospedaliera. Tale rinnovamento è stato caratterizzato da una serie di eventi collegati e consequenziali tra loro: alla progressiva caratterizzazione dell'identità di questa pastorale è seguito l'allargamento dei suoi confini operativi, dalla scoperta dei nuovi operatori pastorali alla nascita degli organismi di comunione e di animazione, dalla rivalutazione della persona del cappellano ospedaliero alla proposta della cappellania ospedaliera.

Ho confermato la convinzione, non solo personale, che la Pastorale della Salute abbia vissuto in questi anni una serie di passaggi che sono stati evidenziati da diversi teologi³¹ e che meritano una particolare attenzione. Questi "passaggi" sono riconosciuti e quasi ratificati nella nota Pastorale della Commissione episcopale per il servizio della carità e la salute³². In una parola, la Pastorale della Salute ha compiuto molteplici cammini esodali che le hanno permesso di acquistare maggiore visibilità nella Chiesa. Un segno concreto di questa conquista può essere considerata la proposta della cappellania ospedaliera, che racchiude in sé diverse istanze della rinnovata Pastorale della Salute.

2.4 Dai segni dei tempi... al tempo dei segni

Il mondo della sanità, specchio complesso ed emblematico della società più vasta del nostro tempo, pone diverse sfide alla Chiesa: quelle bioetiche della ricerca e della sperimentazione, quelle dell'inizio e della conclusione della vita umana, quelle della aziendalizzazione e dell'umanizzazione, per ricordarne alcune. "La Chiesa, anche nel campo della salute, è chiamata a porsi in ascolto delle attese degli uomini e a leggere quei segni dei tempi che costituiscono «codice e linguaggio dello Spirito Santo»"³³.

La domanda di salute, nella varietà delle sue espressioni e nella diversità dei problemi che solleva, è un "segno dei tempi", una "pro-vocazione" cui la

comunità ecclesiale è chiamata a rispondere come comunità sanante, segno efficace di una salvezza integrale³⁴. Però, a ben riflettere, si può affermare che il nostro tempo non sia solo pregnante di "segni dei tempi", ma che esso possa essere qualificato come "tempo di segni", cioè tempo che attende e crede ai gesti visibili della comunità cristiana. Questo si può affermare di ogni campo dell'azione pastorale della comunità ecclesiale, e quindi anche di quello della Pastorale della Salute.

Oggi il mondo sanitario ha bisogno di una presenza terapeutica e di azioni sananti che corrispondano alle attese più profonde dello spirito umano. "La salute non è solo un «luogo» dove Dio ci fa pressanti inviti a leggere la sua presenza, è anche il «luogo» dove i cristiani devono creare «segni» nuovi in cui la presenza di Dio possa essere letta anche da chi non crede, una sfida che la Chiesa lancia al mondo"³⁵.

3. La cappellania ospedaliera come *koinonia*. Identità e componenti

Dopo aver individuato i "tre segni dei tempi" che hanno fatto crescere la consapevolezza della necessità della cappellania ospedaliera, espressione di una Chiesa comunione che permette di valorizzare maggiormente i diversi carismi del popolo di Dio, ho indirizzato il mio impegno a dare un fondamento biblico e teologico a questo nuovo organismo pastorale per poi delineare la fisionomia di ciascun suo componente. La mia riflessione si è sviluppata attraverso quattro tappe.

3.1 Nella prima tappa è stato analizzato brevemente l'evento fenomenologico della malattia e della sofferenza, visto soprattutto come stagione di solitudine, di solidarietà e di comunione-carità.

Ho fatto mia la convinzione che l'interlocutore della teologia oggi non sia più l'ateo quanto l'uomo che soffre: "Il partner del dialogo con la teologia contemporanea non è più

l'incredulo illuminato..." bensì "l'uomo che soffre: l'individuo che sperimenta la situazione di non salvezza, nelle sue varie forme [...]. In quest'esperienza di sofferenza non c'imbatiamo in fenomeni periferici [...] ma sempre nella condizione umana come tale [...]. Per cui una teologia che muova dall'esperienza dolorosa dell'uomo, non fa leva su fenomeni marginali, ma sul centro e sulla profondità dell'essere umano"³⁶. La sofferenza, d'altra parte, "è un'esperienza che si chiarisce a mano a mano che la si accosta: richiede un atteggiamento di misura e di rispetto, di serietà, perché tocca il mistero dell'uomo, e tocca anche il mistero di Dio. Riguarda dunque il mistero dell'essere"³⁷.

La sofferenza-malattia è esperienza di solitudine e di divisione, di emarginazione e di dimenticanza: "La malattia mostra più di ogni altra cosa che il mondo è diviso in due. È sinonimo di separazione e di solitudine. Le persone di cuore provano compatimento, altre sentono un disagio, altre ancora un fastidio e perfino un'irritazione, ma in questi modi diversi lanciano lo stesso segnale di distacco. Rassicurano se stessi e comunicano all'altro che la malattia è una condizione eccezionale ed estranea, come la vecchiaia, non un destino comune e condiviso. Ed è allora che la malattia, non essendo riconosciuta come forma di vita, diventa orribilmente dolorosa e incurabile"³⁸.

Dall'altra parte la stessa sofferenza ci permette di vivere esperienze esistenziali di solidarietà particolare e di comunione profonda con l'altro: "Non c'è in un'intera vita cosa più importante da fare che chinarsi perché un altro, cingendoti il collo, possa rialzarsi"³⁹.

3.2 Nella *seconda tappa* mi sono soffermato sull'illustrazione dell'alleanza biblica vista come filo rosso della storia della salvezza e come evento di comunione tra JHWH e Israele, suo popolo eletto. Nell'alleanza JHWH si rivela soprattutto: a) come padre (e madre) che cura e si prende cura del suo popolo, b) come pasto-

re amorevole del suo gregge e c) come medico che guarisce chi si fida di Lui e si affida a Lui. Ho illustrato e approfondito questi tre aspetti del volto di Dio, significativi non solo in se stessi ma anche in riferimento al mondo sanitario, dove i malati, i loro familiari e l'intera comunità ospedaliera hanno bisogno di fare esperienza della tenerezza paterna e materna divina; dove si avverte la necessità di una comunità che ha bisogno di una guida sicura e di vivere un cammino di fraternità; dove ogni persona aspira a recuperare la salute e a ricevere la salvezza divina.

Nello stesso evento salvifico, poi, l'identità e la missione di Israele sono presentate nella comunione col suo Signore, nella comunione all'interno della sua vita sociale e nella corresponsabilità di impegni dei propri membri. Questi tre



orizzonti della comunione costituiscono anche le esigenze essenziali della comunità cristiana presente nelle istituzioni sanitarie. Naturalmente ho fatto vedere come il triplice tratto di YHWH sia stato incarnato da Gesù Cristo, volto visibile del Padre, buon pastore che ha dato la vita per le sue pecore, medico e salvatore sia con la parola (predicazione e parabole) sia con gli interventi terapeutici e salvifici delle persone malate.

3.3 Nella *terza tappa* ho indirizzato la mia attenzione al mondo della Sanità, letto attra-

verso l'icona dell'*alleanza terapeutica* intesa sia come rapporto e collaborazione tra i diversi professionisti della salute per il conseguimento dell'unico fine, sia come rapporto tra gli stessi professionisti e il malato. Quindi ho argomentato che questo mondo della Sanità può estendere la sua alleanza terapeutica anche alla Chiesa, chiamata a giusto titolo *comunità dell'alleanza*, presente legittimamente nei luoghi di sofferenza e di cura soprattutto con l'azione della cappellania ospedaliera. Questa, attraverso l'opera evangelizzatrice dei suoi vari membri, può offrire il suo qualificato contributo per rispondere agli inquietanti interrogativi della ricerca scientifica e alle attese di coloro che soffrono.

3.4 Nella *quarta tappa* ho rivolto il mio sguardo all'articolazione armonica della cappell-

ania ospedaliera, vista *come comunità dell'alleanza e come mosaico sanante*, descrivendo la specificità di ogni sua singola componente nei suoi aspetti problematici e nelle preziose nuove opportunità: il sacerdote cappellano come rappresentante di "Cristo pastore", il diacono con la qualifica principale del "servizio", i religiosi non chierici e le religiose caratterizzati dalla speciale "consacrazione", i laici (uomini e donne) con il dono del battesimo e l'animazione delle realtà terrestri.

Ho concluso il secondo capitolo affermando che la cap-

pellania ospedaliera è nata nel nostro Paese per una provvidenziale concorrenza di fattori o di avvenimenti tra loro differenti: l'ecclesiologia conciliare di comunione si è impattata con l'Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale e con le sue riforme, lo sviluppo della teologia del laicato si è imposto contemporaneamente con la valorizzazione del "genio" femminile, l'invecchiamento dei cappellani ospedalieri è stato accompagnato dalla crisi delle vocazioni al ministero sacerdotale e alla vita consacrata, il fenomeno sorprendente del volontariato sociosanitario è stato arricchito dalla scoperta dei carismi e dei ministeri ecclesiali.

L'insieme di questi fattori antropologici, sociologici, teologici e pastorali hanno costituito un grande mosaico di "segni dei tempi" che hanno interpellato la coscienza della comunità cristiana per trovare risposte nuove ai nuovi bisogni degli uomini e delle donne dei nostri tempi: "Attente ai segni dei tempi, le comunità devono avere lo sguardo volto al futuro, confidando nel fatto che il Signore ci precede nella storia e nella missione, sostenendoci nel cammino. Le comunità cristiane, insieme agli altri costruttori della società pluralista, devono cercare di essere portatrici della memoria e profezia dello Spirito"⁴⁰.

Ho definito perciò l'esperienza della cappellania ospedaliera come *cantiere di Chiesa comunione* sia nell'ottica della vita interna di relazioni e di amore che nell'ottica della realizzazione del servizio indirizzato ai destinatari del mondo della salute. Essa ha la finalità principale di manifestare il "volto più bello" e "a colori" della Chiesa di Cristo a beneficio della comunità ospedaliera con i suoi molteplici componenti.

4. La cappellania ospedaliera come *diakonia*. Vocazione e missione

Dopo essermi soffermato a lungo, con una riflessione articolata, sull'identità e sui com-

ponenti dell'organismo ecclesiale di corresponsabilità, visto come *koinonia*, cioè come comunità chiamata a essere costitutivamente una realtà comunione e a vivere le ricchezze dell'unità in Cristo, fondata sul battesimo e sulla varietà dei carismi, col terzo capitolo ho indirizzato la mia attenzione ad un altro aspetto della sua fisionomia, cioè la sua dimensione altrettanto fondamentale di *diakonia*, intesa come servizio dell'annuncio e della testimonianza del Vangelo.

Se la cappellania ospedaliera è una realtà comunione e vive la comunione sia con Cristo Gesù che dei componenti tra loro, necessariamente essa vive una comunione missionaria e diventa una comunità missionaria. Giovanni Paolo II lo affermava con chiarezza nel 1988: "La comunione e la missione sono profondamente congiunte tra loro, si compenetrano e si implicano mutuamente, al punto che *la comunione rappresenta la sorgente e insieme il frutto della missione: la comunione è missionaria e la missione è per la comunione*"⁴¹.

La finalità specifica del mio studio a questo punto è stata quella di delineare il volto evangelizzante della cappellania ospedaliera nei suoi aspetti comuni a ogni comunità cristiana e nei suoi tratti caratteristici di organismo presente e operante nel vasto orizzonte della sofferenza e della cura. Detto più concretamente, ho sviluppato la vocazione e la missione della cappellania ospedaliera attraverso i seguenti passaggi.

4.1 La missione di evangelizzazione in ospedale costituisce il compito principale della cappellania, la cui identità originale e il cui impegno specifico sono stati individuati nei tre elementi caratteristici: la varietà di presenze e di carismi; la comunione, la corresponsabilità e la collaborazione; la progettualità e il coordinamento intelligente.

a) La connotazione della cappellania ospedaliera, che emerge immediatamente nella sua identità particolare, è la sua *composizione variegata e or-*

ganica: sin dalla sua prima presentazione in un documento ecclesiale essa veniva qualificata come organismo di sacerdoti, diaconi, religiosi e laici⁴²; e, dopo circa vent'anni, la seconda nota pastorale la indica come "varietà di presenze e carismi"⁴³. Questa varietà esprime in modo più significativo la realtà della Chiesa comunione, come viene ripetutamente ricordato nei documenti magisteriali e nella riflessione dei teologi: questa "diversità di servizi nell'unità della stessa missione costituisce la ricchezza e la bellezza dell'evangelizzazione"⁴⁴.



Le varie presenze nella Chiesa sono unite dall'unica finalità: lavorare per l'avvento del regno di Dio secondo la diversità di vocazioni e situazioni, carismi e ministeri. "È una varietà legata non solo all'età, ma anche alla differenza di sesso e alla diversità delle doti, come pure alle vocazioni e alle condizioni di vita; è una varietà che rende più viva e concreta la ricchezza della Chiesa"⁴⁵.

b) Naturalmente la "varietà di presenze e carismi" in un solo organismo pastorale è un grande dono dello Spirito alla Chiesa dei nostri giorni, ma è anche una grande responsabilità, perché richiede il contributo di ciascuno dei componenti a trasformare la cappellania ospedaliera in una comunità di "*comunione, corresponsabilità e collaborazione*"⁴⁶. Queste caratteristiche costituiscono "una triade indivisibile", hanno scritto i vescovi italiani dopo il convegno ec-

clesiale nazionale di Verona, e hanno delineato con efficacia il volto di una comunità cristiana che procede insieme, con uno stile che valorizza ogni risorsa e ogni sensibilità, in un clima di fraternità e di dialogo, di franchezza nello scambio e di mitezza nella ricerca di ciò che corrisponde al bene della comunità intera⁴⁷.

c) La cappellania ospedaliera, realtà ecclesiale fondata essenzialmente sulla comunione e sulla molteplicità degli operatori pastorali, non può non fare la *scelta della programmazione e della progettualità* per la sua azione pastorale: la sua identità specifica e la fecondità della sua vita dipendono molto da questa metodologia scientifica, professionale e apostolica. Essa deve preoccuparsi di “immettere elementi evangelici nel vasto settore della sanità e dell’assistenza con progetti di catechesi e di formazione”, e contemporaneamente i suoi operatori pastorali, “promuovendo progetti intesi a rendere più umani gli ambienti della salute o cooperando a quelli già in atto, sono chiamati a offrirvi il contributo specifico della loro visione cristiana dell’uomo”⁴⁸.

Saggiamente è stato affermato che “la comunione e la collaborazione non potranno essere efficacemente promosse senza il passaggio dall’agire improvvisato alla *progettualità* e senza un *coordinamento* intelligente delle risorse presenti nella comunità: i ministri straordinari della Comunione, gli operatori pastorali e sanitari, i volontari delle diverse associazioni, i familiari dei malati, i malati stessi”⁴⁹.

4.2 *La cappellania è chiamata a essere una comunità missionaria*; perciò a tutti i suoi componenti sono richiesti *requisiti specifici*, necessari per essere efficaci operai dell’evangelizzazione nella vigna del Signore.

Mancando ancora pubblicazioni e studi che indichino i tratti più importanti di chi è chiamato pastoralmente a essere presente e operante nel mondo della salute, ho indicato alcuni requisiti indispensabili de-

gli operatori pastorali della cappellania ospedaliera, individuati nella vocazione al ministero pastorale, nella maturità umana e cristiana, nella formazione specifica, nella spiritualità del servizio, nel mandato o “missio”. Ciascun elemento è stato approfondito alla luce dei documenti relativi della Chiesa universale e della Chiesa particolare che è in Italia.

4.3 *La cappellania ospedaliera, come comunità ecclesiale presente e operante nella Sanità, per realizzare pienamente la propria identità, non può non crescere nella convinzione che la sua missione essenziale e prioritaria è proprio quella di evangelizzare*: “La frattura fra Vangelo e cultura esistente nella società italiana si riflette anche nel mondo della sanità. Il processo di secolarizzazione ha attutito la sensibilità spirituale e morale anche di non pochi credenti, ponendoli in atteggiamento di difesa se non di rifiuto verso la trascendenza e i valori spirituali e morali”⁵⁰.

Nel suo impegno di evangelizzazione la cappellania ospedaliera parte da una certezza: “*Crocevia dell’umanità*, il mondo della salute è anche *terra del Vangelo*. In questo luogo dove s’intersecano cammini diversi, dove convivono generosità ed egoismo, richiami materialistici e desiderio di spiritualità, proclamazione di diritti e ingiustizie di fatto, la Chiesa è chiamata a offrire la luce e l’orientamento del Vangelo”⁵¹. Nonostante il processo di secolarizzazione che ha investito la Sanità, “l’ospedale rimane ancora luogo privilegiato di evangelizzazione”⁵². Se l’evangelizzazione è e rimane “un atto profondamente ecclesiale”, essa “chiama in causa tutti i diversi operai del Vangelo, ciascuno secondo i propri carismi e il proprio ministero”⁵³; anche la cappellania ospedaliera con ogni suo componente (sacerdote, diacono, religioso e religiosa, laico) avverte questa responsabilità di vivere e annunziare la Buona Notizia dell’amore di Dio secondo i doni e i mezzi specifici dello stato civile ed ecclesiale di ciascuno. Le potenzialità di questo organismo pastorale

sono enormi in questo campo e costituiscono una ricchezza dello Spirito per la Chiesa dei nostri giorni.

Gli ambiti più importanti dell’evangelizzazione della cappellania ospedaliera sono stati ribaditi in varie occasioni e in diversi documenti dal magistero. Già nel 1989 con estrema chiarezza si indicavano le quattro strade dell’evangelizzazione nel campo sanitario: “Alla comunità ecclesiale, infatti, spetta il compito d’impegnarsi affinché i valori della *vita* e della *salute* siano rispettati e orientati verso la salvezza e il momento della *malattia* e della *morte* possano ricevere oltre il sostegno della scienza e della solidarietà umana anche quello della grazia del Signore”⁵⁴.

L’evangelizzazione del mondo sanitario quindi comprende i quattro aspetti dell’esistenza umana: da una parte la proclamazione e la testimonianza del Vangelo della vita e della salute, dall’altra parte la proposta e la luce del Vangelo della sofferenza e della morte. Nel *primo ambito* del valore sacro e inestimabile della vita, ho sviluppato quattro impegni specifici: essere ministri della vita, i problemi e gli interrogativi etici del nascere, la promozione della nuova cultura della vita umana, la proposta del Vangelo della vita. *Nell’ambito del valore della salute*, ho evidenziato il cammino della promozione della salute: da quella del corpo a quella della persona, dalla domanda della salute alla nostalgia della salvezza, dall’iniziale teologia della salute all’impegno di incarnazione del vangelo della salute.

Per la sofferenza-malattia ho tracciato alcuni itinerari pastorali di evangelizzazione: vivere la sofferenza tra resistenza e resa, promuovere una nuova coscienza circa la malattia, ridare soggettività alla persona malata, coniugare il Vangelo della sofferenza col Vangelo della carità. Infine, mi sono soffermato sull’approfondimento “dell’eloquenza della morte e della risurrezione”, affrontando i problemi etici della morte e del morire, l’accompagnamento spirituale e pastorale dei morenti, la celebrazione del mistero pasqua-

le nelle esequie, la presenza accanto alle persone e alle famiglie in lutto.

*4.4 Oggi a livello teologico-pastorale si è consapevoli della vastità degli orizzonti operativi dell'evangelizzazione nel mondo della sofferenza, che deve promuovere tutto ciò che può incarnare nella società attuale l'attività di Gesù in favore di sofferenti. Per accennare a impegni concreti e urgenti, possiamo ricordare: la difesa della salute e del bene del malato, la lotta contro l'infermità e il dolore, le sue cause e le sue conseguenze; la collaborazione alla cura integrale del malato in tutte le sue necessità; l'aiuto alla famiglia che ne soffre le conseguenze; la solidarietà nel mondo della salute (donazione del sangue, trapianto di organi...); la collaborazione affinché le strutture, le istituzioni e la tecnica siano a servizio del malato e non di altri interessi; la difesa dei diritti del malato; la denuncia di abusi e ingiustizie nel mondo sanitario; l'umanizzazione crescente dell'assistenza; l'accompagnamento dei malati terminali⁵⁵. La cappellania ospedaliera ha molteplici opportunità dinanzi a sé per vivere la sua azione missionaria ed evangelizzatrice nella e per la comunità operante nelle istituzioni sanitarie. A livello indicativo, ho indicato *sette vie*, che a parere personale si presentano come le più urgenti e le più consone alla sua vocazione e missione, oggi: la testimonianza, il "sacramento della presenza" che si esplicita nella visita e nella relazione efficace di aiuto, l'umanizzazione, l'annuncio, i sacramenti, la carità, l'ecumenismo che comprende anche il dialogo interreligioso.*

4.5 La cappellania ospedaliera è la prima responsabile dell'azione evangelizzatrice dell'istituzione sanitario-ospedaliera in cui è presente e opera; l'annuncio del Vangelo rimane la missione principale della sua costituzione; la testimonianza di un Dio, amante della vita e dei viventi, è il cuore di ogni suo programma apostolico. I principali destinatari della sua vocazione evangelizzatrice possono rag-

grupparsi in tre fasce: i malati e i loro familiari, considerati come oggetti e soggetti di evangelizzazione; gli operatori della salute nelle loro ampia diversificazione di lavoro e in particolare i medici e gli infermieri; i responsabili della struttura sanitaria, cioè i protagonisti delle dimensioni politico-sociali e "strutturali". Proprio nell'ambito della Sanità è più urgente il bisogno "di una pastorale più vicina alla vita delle persone, meno affannata e complessa, meno dispersa e più incisivamente unitaria"⁵⁶.

4.6 Ho concluso il terzo capitolo, risultato il più ampio, affermando che la cappellania si può qualificare come "laboratorio di esperienze" di Chiesa sanante, perché, come ogni altra comunità cristiana, deve sperimentare in prima persona la guarigione del mistero pasquale per trasformarsi in comunità che sana coloro cui è inviata col suo messaggio evangelico. La cappellania ospedaliera, se quotidianamente svolgerà bene la sua missione tra i malati e gli operatori sanitari, potrà diventare "lettera di Cristo, conosciuta e letta da tutti gli uomini e scritta non con l'inchiostro, ma con lo Spirito del Dio vivente, non su tavole di pietra, ma su tavole di carne" (2Cor 3,3-4) e saprà "nelle esperienze ordinarie [...] trovare l'alfabeto con cui comporre parole che dicano l'amore infinito di Dio"⁵⁷. Con questo alfabeto essa ha già formato alcuni verbi ormai consolidati nella sua prassi e nella sua progettualità: ascoltare e dialogare, accompagnare e sperare, essere comunione e diventare comunità, progettare e collaborare, responsabilizzarsi e responsabilizzare, evangelizzare e umanizzare, predicare e curare, accogliere e celebrare, nascere e crescere, vivere e morire in Cristo.

5. La cappellania ospedaliera come *martyria*. Testimonianza nel territorio

Nell'ultimo capitolo della ricerca l'obiettivo è stato quello di soffermarmi sulla cappella-

nia ospedaliera come comunità ecclesiale che si apre al territorio col compito della testimonianza (*martyria*), cioè l'animazione della parrocchia alla promozione della salute e alla premura verso chi soffre, gettando ponti di comunione e di collaborazione: "Altre integrazioni sono necessarie e urgenti per sostenere le famiglie, unendo gli sforzi e ottimizzando le risorse disponibili. È qui il caso di ricordare almeno l'integrazione, mediante adeguata formazione, tra il ministero della consolazione e quello della comunione agli ammalati, la feconda integrazione tra cappellania ospedaliera e comunità parrocchiale, il coordinamento delle associazioni socio-sanitarie ecclesiali attraverso il Forum nazionale delle associazioni socio-sanitarie"⁵⁸.

Questo passaggio della pastorale della salute dall'ospedale al territorio non significa, naturalmente, trascurare o abbandonare l'uno per privilegiare l'altro; invece esso comporta il rafforzamento del servizio ai malati ricoverati e contemporaneamente un allargamento di confini, un'estensione di responsabilità a favore della comunità civile e religiosa. L'apertura territoriale, inoltre, costituisce una vera "pro-vocazione" anche per la cappellania ospedaliera che non può restringere gli interessi del suo operare agli angusti recinti delle strutture sanitarie: "Come la sanità esce progressivamente dagli ambiti ristretti dell'ospedale per radicarsi e allargarsi sul territorio, anche la stessa Pastorale accanto ai sofferenti perde la sua limitata connotazione di «Pastorale ospedaliera» e si configura sempre più come «Pastorale della Salute»"⁵⁹.

La Chiesa italiana sin dalla fine degli anni Ottanta ha percepito il problema dell'estensione della sua Pastorale dall'ospedale al territorio e ha sollecitato le comunità a operare questa conversione "pasquale". Infatti nella nota pastorale del 1989 si affermava che "nella Pastorale della Sanità emergono alcune esigenze di fondo che meritano particolare attenzione" e tra esse si inseriva proprio questa pro-

spettiva: “Il raggio di azione della Pastorale sanitaria non può esaurirsi nell’area delle strutture di ricovero, ma deve estendersi a tutto il territorio nel quale si svolge la vita del cittadino, riscoprendo il rapporto naturale tra ammalato e famiglia, famiglia e comunità civile ed ecclesiale. L’ospedale infatti si configura ormai come un servizio integrato con altre strutture sanitarie e aperte alla partecipazione dei cittadini e non più l’unico punto di riferimento per essere curati e guariti”⁶⁰.

Ormai va maturando nella coscienza della comunità cristiana un’esigenza inderogabile: nella pastorale della salute delle istituzioni sanitarie il *primo passaggio* da realizzare è quello “dal cappellano alla cappellania”: “Non si tratta di coniare una parola diversa, ma

le”, delle comunità dei religiosi e delle religiose, delle associazioni ecclesiali o gruppi o movimenti. Più concretamente, in questa ricerca si è fatto riferimento in prevalenza alla parrocchia. Certo, si richiede una vera conversione pastorale da parte dei sacerdoti cappellani e degli altri operatori pastorali, con ricadute di arricchimento reciproco: cercando piste di collaborazione, la cappellania lavora sia per il consolidamento della sua esperienza che per il suo futuro di Chiesa che cura e guarisce.

5.1 Cappellania ospedaliera e parrocchia: un rapporto arricchente

In questi ultimi anni i vescovi italiani hanno fatto oggetto di una particolare attenzione sia la parrocchia che la Pasto-

molteplici soggetti (sacerdote, diacono, religiosa, laici), con la proposta di una comunità sanante, con la memoria di impegno costante nella pastorale della salute. La seconda domanda è stata: “Cosa può offrire a sua volta la parrocchia alla cappellania ospedaliera?”. La risposta: la memoria di comunione e di apertura alla Chiesa diocesana, l’apertura al territorio e alle famiglie, l’attenzione alle povertà antiche e nuove della società.

5.2 Cappellania ospedaliera e parrocchia insieme per...

Se oggi la Chiesa italiana parla giustamente di “Pastorale integrata”, di unità pastorali, di costruzione di ponti, di superamento dell’autoreferenzialità, possiamo dedurre che in questo discorso rientri anche la collaborazione tra la cappellania ospedaliera e la parrocchia.

Queste due comunità, quando sorgono in un medesimo territorio, non possono ignorarsi reciprocamente. Implicitamente, questa apertura è già prevista dallo stesso Codice di Diritto Canonico, che afferma, affrontando il discorso dei cappellani di ogni genere e quindi anche del cappellano ospedaliero: “Nell’esercizio del suo incarico pastorale, il cappellano mantenga il debito rapporto (testo latino: *debitum coniunctionem*) con il suo parroco”⁶³. Naturalmente, qui si parla del parroco del territorio, dove il cappellano esercita il suo ministero. Nella riflessione sulla cappellania ospedaliera è lecito allargare questo “debito rapporto” di tutti gli operatori pastorali dell’équipe ecclesiale con la comunità parrocchiale, che evidentemente bisogna riempire di contenuti e, di conseguenza, di conoscenza e di collaborazione, di relazioni e di cammino di servizio per la salute e per i malati.

Inoltre questo “rapporto” di collaborazione tra le due comunità è maggiormente giustificato alla luce di quanto afferma lo stesso Codice sui doveri dello stesso parroco: “Per adempiere diligentemente l’ufficio di pastore, il parroco cerchi di conoscere i fedeli affidati alle sue cure; perciò visiti le



piuttosto di indicare un diverso orientamento per «risituare» il cappellano in un servizio di Chiesa, dove il volto della Chiesa sia trasmesso attraverso una molteplicità di servizi e di più vaste collaborazioni sia *intra* che *extra* ospedaliera”⁶¹.

S’impone, poi, un *secondo passaggio*, quello “dalla cappellania ospedaliera alla comunità ecclesiale del territorio”: “Una cappellania che non si proietti nel territorio resta dimezzata e destinata a ricadere nell’isolamento”⁶². Per “comunità cristiana del territorio” s’intende la comunità ecclesiale che prende il volto della Chiesa particolare o diocesana, della parrocchia di appartenenza, della vicaria o decanato, dell’eventuale “unità pastora-

rale della Salute: nel 2004 hanno preparato una bella nota pastorale su “Il volto missionario delle parrocchie in un mondo che cambia”; nell’anno successivo hanno riflettuto insieme sulla Pastorale della Salute in un’assemblea generale e dopo pochi mesi hanno approvato un’altra nota pastorale: “Predicate il Vangelo e curate i malati – La comunità cristiana e la pastorale della salute” (2006). Mi sono posto due interrogativi e ho tentato di cercare altrettanto risposte particolari. La prima domanda è stata: “Cosa può offrire la cappellania ospedaliera alla parrocchia?”. La risposta: la cappellania ospedaliera aiuta la comunità cristiana del territorio con la visibilità ecclesiale di tutti i suoi

famiglie, partecipando alle sollecitudini dei fedeli, soprattutto alle loro angosce e ai loro lutti, confortandoli nel Signore...; assista con traboccante carità gli ammalati, soprattutto quelli vicini alla morte, nutrendoli con sollecitudine dei sacramenti e raccomandandone l'anima a Dio; con speciale diligenza sia vicino ai poveri e agli ammalati, agli afflitti, a coloro che sono soli, agli esuli e a tutti coloro che attraversano particolari difficoltà⁶⁴. La cappellania ospedaliera, con la sua esperienza nel settore, può offrire un contributo al pastore, e alla comunità del territorio, per adempiere meglio e con maggiore "diligenza", uno dei suoi doveri principali.

In modo più specifico, la parrocchia e la cappellania ospedaliera possono arricchirsi nella conoscenza dell'identità e della vita di ciascuna comunità, nello scambio dei servizi pastorali, nella valorizzazione della Giornata del malato, nella conoscenza e nella visita dei malati ricoverati del proprio territorio, nell'animazione delle associazioni e dei gruppi, nella promozione e nella formazione del volontariato.

5.3 Cappellania ospedaliera e parrocchia per la salute e la cura dei malati

Per la promozione della salute le due comunità hanno davanti a loro un ampio orizzonte inesplorato. Ho cercato di ipotizzare alcuni sentieri: la costruzione di una comunità guarita e sanante, la riscoperta della coscienza missionaria di tutti i cristiani, la formazione degli operatori pastorali, la catechesi sui temi etici relativi alla vita e alla sofferenza, la premura pastorale verso le varie fasce di età, l'educazione alla salute e la promozione di uno stile sano di vita, la conoscenza della filosofia della sanità e dell'articolazione delle strutture sanitarie.

Anche nella cura dei malati, le due comunità possono collaborare nella conoscenza del mosaico delle malattie e dei malati, nella pastorale olistica della persona, nella pastorale dei "segni", nella pastorale della continuità, nella valoriz-

zazione della domenica e dell'eucaristia festiva.

Ho concluso il quarto capitolo evidenziando la necessità che la cappellania ospedaliera, alimentandosi alle fonti della preghiera e della liturgia e aprendosi ai nuovi orizzonti del territorio con creatività pastorale, diventerà "capace della grande speranza" e "ministra della grande speranza per gli altri"⁶⁵: una speranza attiva che sa lottare, perché "il mondo abbia la vita e la vita in abbondanza" (Gv 10,10).

In questo modo essa si rende obbediente al suo Signore e realizza il suo "comando" di perpetuare pienamente la sua memoria: "Quando Gesù ordina alla sua comunità: «fate questo in memoria di me», chiede non solo che venga ricordato e ripetuto il rito che egli ha celebrato, ma anche che venga tradotto sul piano esistenziale quel «dono di sé» significato nella frazione del pane e nella condivisione del calice"⁶⁶.

6. Conclusioni

Al termine del lungo viaggio di ricerca realizzata con pazienza e con entusiasmo sulla cappellania ospedaliera, presente e operante nei luoghi "sacri" della sofferenza e della salute, come un pellegrino che ha raggiunto il suo traguardo, ho sentito il bisogno di guardare indietro per "tirare le somme" dello studio compiuto.

Prima ho ricordato le tre fonti da cui ho attinto materiale per il mio lavoro: i documenti del magistero ecclesiale, la riflessione della teologia pastorale sanitaria contenuta nelle pubblicazioni di autori dei nostri giorni, l'esperienza pastorale personale nel mondo sanitario. Poi ho presentato sinteticamente i risultati più interessanti raggiunti sul nuovo organismo pastorale: il *primo risultato* della ricerca è stato il fatto che la cappellania ospedaliera può essere considerata come una risposta della Chiesa italiana alla voce dello Spirito che in questi ultimi decenni (1960-1990) ha parlato in modo forte e chiaro attraverso tre eventi kairologici; il

secondo risultato è stato la certezza che la cappellania ospedaliera è un "progetto di Chiesa" nel mondo sanitario con un fondamento biblico-teologico, con una propria forma specifica, con i propri obiettivi e i molteplici soggetti; il *terzo risultato* è stato la consapevolezza che l'identità della cappellania ospedaliera è in divenire, cioè sta vivendo e vivrà ancora un'evoluzione esperienziale nel prossimo futuro. *Altri risultati* degni di rilievo sono stati la centralità della persona del sacerdote cappellano nella vita della cappellania, la valorizzazione di tutti i carismi del popolo di Dio, la vastità degli orizzonti dell'evangelizzazione nella sanità, il rapporto tra cappellania e parrocchia che va tutto inventato e sperimentato.



Infine ho elencato i *problemi rimasti irrisolti*, connessi alla cappellania ospedaliera che attendono una risposta dall'esperienza pastorale, dalla riflessione teologica e dal magistero ecclesiale nei prossimi anni: il nome più appropriato, la dimensione giuridica e di volontariato degli operatori pastorali, il rapporto tra cappellania e consiglio pastorale ospedaliero, la possibilità di una cappellania ospedaliera ecumenica, la necessità o possibilità di istituire un nuovo ministero per i

membri operativi della stessa cappellania.

Sintetizzando gli elementi di tutte le definizioni date nel corso della ricerca, tento di sintetizzare e specificare gli aspetti più importanti dell'identità e dell'azione di una cappellania ospedaliera:

- è fondata teologicamente sul mandato missionario di Gesù dato alla sua Chiesa di “predicare il Vangelo e curare i malati”;

- è costituita con un mandato giuridico del vescovo della Chiesa particolare per una comunità sanitario-ospedaliera;

- si compone delle varie espressioni del popolo di Dio: sacerdoti, diaconi, religiose, religiosi non chierici, laiche e laici;

- svolge un'azione pastorale ordinaria in ambito sanitario a favore dei malati, dei loro familiari e degli operatori delle diverse categorie professionali e dell'intera comunità ospedaliera;

- si propone il raggiungimento delle molteplici finalità della Pastorale della Salute, elencate nella *nota pastorale* del 1989 (n. 20) ed in quella del 2006 (n. 23);

- si concretizza nelle diverse forme di intervento e di aiuto pastorale: umanizzazione, promozione umana, sostegno psicologico, relazione di aiuto, accompagnamento spirituale, evangelizzazione e catechesi, celebrazioni liturgiche, grazia sacramentale, dialogo ecumenico e interreligioso, costruzione di ponti di collaborazione con le comunità parrocchiali del territorio.

7. Un lavoro di ricerca come servizio alla chiesa italiana

Il lavoro della presente ricerca è risultato molto lungo e ha richiesto tempo ed energie particolari: è stato vissuto non solo con l'obiettivo di offrire un contributo concreto al campo della Pastorale della Salute, ma è stato realizzato anche e soprattutto con l'intento di svolgere un servizio utile per la Chiesa che è in Italia. La segreta speranza è che esso possa diventare un utile punto di

riferimento concreto per i cappellani ospedalieri, per gli operatori pastorali di qualsiasi stato di appartenenza alla comunità cristiana, per chiunque abbia a cuore la presenza e l'azione di Dio e della Chiesa nella stagione della salute e della sofferenza.

Il percorso dell'itinerario di studio è risultato impegnativo e ha superato enormemente le dimensioni previste. Il progetto iniziale, abbozzato in termini generali e schematici, si è chiarito man mano che la ricerca è andata avanti: mi sono accorto che gli orizzonti si allargavano sempre più e diventavano quasi una sfida. Il risultato raggiunto viene offerto a tutte le comunità ecclesiali e ai singoli, perché possano attingere gli stimoli necessari per realizzare quello che è stato indicato in queste pagine.

Raggiunto il traguardo, sono consapevole di aver realizzato un'opera, che, sotto diversi punti di vista, può ritenersi incompleta, perché molto resta da esplorare nella riflessione teologica, da progettare nelle singole comunità e da sperimentare sul campo. Come lo scriba istruito nel Regno dei cieli, sono state tratte dallo scrigno della vita della Chiesa “cose nuove e cose antiche” (Mt 13,52), armonizzate in un unico progetto pastorale. È indispensabile ribadire che i limiti della presente ricerca sono insiti proprio nella natura del lavoro svolto: è la prima volta a livello nazionale che viene affrontata una tale tematica.

Tali limiti non vanno visti come elementi negativi, ma come “pro-vocazioni” e, quasi, sfide ad altri cappellani, operatori pastorali e teologi, perché continuino a sviluppare il discorso iniziato per arricchirlo e ampliarlo nei contenuti e nelle prospettive. La “conclusione” dunque resta “aperta” a ulteriori orizzonti: il tema delle cappellanie ospedaliere è di grande attualità e di grande interesse per la missione della Chiesa.

Padre LEONARDO NUNZIO
DI TARANTO
Direttore dell'Ufficio
per la pastorale della salute
dell'arcidiocesi di Bari-Bitonto,
Italia

Note

P. Leonardo N. Di Taranto, frate Cappuccino, è cappellano ospedaliero dal 1976. Dal 1986 è direttore dell'Ufficio per la Pastorale della Salute dell'arcidiocesi di Bari – Bitonto. Dal 1997 ha costituito la cappellania ospedaliera, di cui è attualmente coordinatore, presso l'azienda ospedaliera “Policlinico Consorziato” di Bari. Per eventuali contatti personali, gli interessanti possono utilizzare le seguenti opportunità: Strada San Girolamo, 34 – 70123 Bari. Tel. 080-5341232; 3389154744. Sito web della cappellania ospedaliera: <http://www.cappellaniapoli.clinicobari.it>; e-mail: leonardoditaranto@cappellaniapoliclinicobari.it

Il testo della tesi è diventato un libro: LEONARDO NUNZIO DI TARANTO, *La cappellania ospedaliera: cantiere di Chiesa comunionale*, prefazione di Giuseppe Cinà, pp. 382, Ed. Servi della Sofferenza, via IV novembre, 41 – 74027 S. Giorgio Jonico (TA), tel. 099 5918824 – fax 099 5925111; e-mail: info@servidellasofferenza.org

¹ GIOVANNI PAOLO II, *Evitare ogni forma di eutanasia*, in “*Dolentium Hominum. Chiesa e salute nel mondo*”, rivista del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, n. 58, anno XX, n. 1 2005, 8.

² M. CORTELAZZO, P. ZOLLI, *Dizionario etimologico della lingua italiana*, vol. 1/A-C, Zanichelli, Bologna 1ª edizione 1979.

³ EDIGEO (a cura di), *Enciclopedia Zanichelli*, La Repubblica, Roma 1995.

⁴ G. DEVOTO, G. C. OLI, *Vocabolario illustrato della lingua italiana*, Selezione dal Reader's Digest, Milano, 1983 – vol. 1.

⁵ *Dizionario della lingua italiana*, Signorelli, Milano 1985.

⁶ CONSULTA NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *La pastorale della salute nella Chiesa italiana. Linee di pastorale sanitaria (= PSCD)*, 30 marzo 1989.

⁷ *Ibidem*, n. 81.

⁸ Cfr. GIOVANNI PAOLO II, *Messaggio per la XI Giornata mondiale del malato*, pubblicato con la data del 2 febbraio 2003, in “*Dolentium Hominum. Chiesa e salute nel mondo*”, cit., n. 51, anno XVII, n. 3 (2002), 4-6. In questo documento l'espressione “cappellanie ospedaliere” è tradotta nelle lingue principali nei seguenti termini: “chaplaincies” (inglese), “aumoneries” (francese), “seelsorgern” (tedesco), “servicio de los capellanes” (spagnolo). ARCDIOCESI DI TORINO. CURIA METROPOLITANA, *Cappellania ospedaliera. Orientamenti programmatici*, in “*Rivista Diocesana Torinese*”, febbraio 2002.

⁹ Cfr. P. SCHREUR, *I laici nella pastorale ospedaliera. Un'esperienza olandese*, in AA.VV., *L'operatore pastorale nel mondo della salute oggi. Alla ricerca di una nuova identità*, SALCOM, Brezzo di Bedero (VA) 1971; S. BAMBINI, *Nuove prospettive di un'assistenza religiosa nell'ospedale moderno*, in *Atti del VI convegno nazionale cappellani ospedalieri cappuccini*, La Mendola (Trento) 3-7 settembre 1973, a cura di O. NALDINI.

¹⁰ G. PEZARD, *Verso nuove esperienze pastorali nel mondo della sofferenza*, 69-74, in O. NALDINI, *Uomini a servizio di uomini*, Atti del convegno nazionale dei Padri cappuccini ospedalieri, S. Giovanni Rotondo 15-19 ottobre 1984. Durante tale convegno furono gettate le basi della costituenda “Associazione Nazionale Cappellani e Religiosi Ospedalieri” (A.N.C.R.O.), divenuta successivamente

“Associazione Italiana di Pastorale Sanitaria” (A.I.Pa.S.).

¹¹ S. BAMBINI, *Cappellania ospedaliera e comunità cristiana*, in “Anime e Corpi”, rivista bimestrale medico-psicologico-pastorale della sofferenza, a cura dell’O.A.R.I., 136 (1988), 197-212.

¹² A. BRUSCO, G. BECONCINI, *La cappellania ospedaliera: Aspetti teologici pastorali. Esperienze pratiche*, in “Anime e Corpi”, op. cit., 156 (1991), 381-403.

¹³ A. BRUSCO, L. SANDRIN, *Il cappellano d’ospedale. Disagi e nuove opportunità*, Camilliane, Torino 1993, 101-110.

¹⁴ S. MARINELLI, *Il cappellano ospedaliero. Identità e funzioni*, Camilliane, Torino 1993, 162-170.

¹⁵ R. MESSINA, *La Consulta nazionale e le Consulte regionali e diocesane della Sanità*, in A. BRUSCO (a cura di), *Consul-*

ta Nazionale CEI, Curate i malati, op. cit., 203-212.

¹⁶ E. SGRECCIA, *La Cappellania ospedaliera: un progetto di comunità pastorale* in “Insieme per servire”, op. cit., 3 (1990), 42 - 46.

¹⁷ A. BRUSCO, G. BECONCINI, *La cappellania ospedaliera: Aspetti teologici pastorali. Esperienze pratiche*, in “Anime e Corpi”, op. cit., 156 (1991), 381-403.

¹⁸ CONFERENZA EPISCOPALE CALABRA, CONSULTA REGIONALE PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *Evangelizzazione e testimonianza della carità oggi, in ospedale. La cappellania ospedaliera*, Atti del Seminario di studio per cappellani ospedalieri, religiose, operatori sanitari, Gizzeria Lido (Catanzaro) 20-21 aprile 1992, Editoriale progetto 2000, Cosenza 1992.

¹⁹ S. BAMBINI, *La cappellania ospedaliera*, in CONSULTA PASTORALE SANITARIA REGIONE LIGURIA, *La sofferenza nel mistero di Cristo*, Atti del convegno regionale, maggio 1993, Tipolitografia Emiliani, Rapallo 1993.

²⁰ AA.VV., *Progettualità ecclesiale nel mondo della salute*, Atti del III convegno della Consulta nazionale della pastorale della Sanità della CEI, 23-25 aprile 1995, a cura di I. MONTICELLI, SALCOM, Brezzo di Bedero (VA), 1995.

²¹ CONFERENZA ITALIANA MINISTRI PROVINCIALI CAPPUCCINI, SEGRETARIATO PER LA PASTORALE DELLA SALUTE, *La cappellania. Kairòs per la pastorale della salute*, Atti del convegno nazionale,

²² Cfr. G. DAVANZO, *Cappellano ospedaliero*, in S. LEONE, S. PRIVITERA (a cura di), *Dizionario di bioetica*, EDB-ISB, 1994; cfr. anche G. DAVANZO, *Negli ospedali non solo i cappellani*, in “SETTIMANA”, settimanale di attualità pastorale, EDB, Bologna, n. 15 (1991), 3.

²³ Cfr. A. BRUSCO, G. BECONCINI, *La cappellania ospedaliera. Aspetti teologici e pastorali. Esperienze pratiche*, in “Anime e Corpi”, cit.

²⁴ Cfr. A. BRUSCO, *Cappellania ospedaliera*, in G. CINÀ, E. LOCCI, C. ROCCHETTA, L. SANDRIN (a cura di), *Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria (= DTPS)*, Camilliane, Torino 1997, 165-169.

²⁵ Cfr. A. BRUSCO, S. PINTOR, *Sulle orme di Cristo medico. Manuale di teolo-*

gia pastorale sanitaria, EDB, Bologna 1999, 209-212.

²⁶ Tale tesi è stata difesa il 24 ottobre 2008 ed ha avuto come moderatore il Prof. GIUSEPPE CINÀ, preside per più trienni, e come correlatori i proff. Luciano Sandrin e Massimo Petrini, rispettivamente attuali preside e vice preside dell’Istituto Internazionale di teologia pastorale sanitaria “Camillianum”, incorporato alla Pontificia Facoltà Teologica “Teresianum” di Roma.

²⁷ GS, 4. Cf GIOVANNI XXIII, *Gaudet Mater Ecclesia*, cit.: EV 1/55*.

²⁸ L. CICCONE, *Contributi biblico-teologici al problema della salute*, in AA. VV., *Chiesa e riforma sanitaria*, op. cit., 48.

²⁹ *Ibidem*.

³⁰ E. SGRECCIA, *Il servizio pastorale nelle nuove strutture delle unità sanitarie locali*, in AA.VV., *Riforma sanitaria e comunità cristiana*, op. cit., 66.

³¹ Cfr. A. BRUSCO, *La pastorale sanitaria nell’attuale contesto sociale*, in I. MONTICELLI (a cura di), *Progettualità ecclesiale nel mondo della salute*, Atti del III convegno della Consulta nazionale della CEI per la pastorale della Sanità, 23-25 aprile 2005, SALCOM, Brezzo di Bedero (VA), 1995, 17-46; A. PANGRAZZI, *Pastorale della salute. Il guaritore ferito, in Il regno-attualità*, 10 (1998) 351-360; L. SANDRIN, *Fragile vita. Lo sguardo della teologia pastorale*, op. cit., 83-84.

³² COMMISSIONE EPISCOPALE PER IL SERVIZIO DELLA CARITÀ E LA SALUTE, Nota pastorale “*Predicate il Vangelo e*

curate i malati”. La comunità cristiana e la pastorale della salute, 4 giugno 2006. In seguito: *PVCM*.

³³ PONTIFICIA OPERA PER LE VOCAZIONI ECCLESIASTICHE, *Nuove Vocazioni per una nuova Europa*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1997, 47.

³⁴ CEI, UFFICIO NAZIONALE PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *Domanda di salute nostalgia di salvezza*, VII Giornata mondiale del malato, 11 febbraio 1999, Camilliane, Torino 1998, Collana “Sussidi e Documenti”, n. 4.

³⁵ *Ibidem*.

³⁶ W. KASPER, *Il Dio di Gesù Cristo*, Queriniana, Brescia 1987, 216. 217.

³⁷ G. CINÀ, *Sofferenza e salvezza. Fenomenologia e riflessione teologica*, “Camillianum”, Istituto Internazionale di Teologia pastorale sanitaria, collana “Sussidi”, n. 1, Roma 1997, 14.

³⁸ L. PINTOR, *Servabo. Memoria di fine secolo*, Torino, prima edizione aprile 1991, 84.

³⁹ *Idem*, 85.

⁴⁰ VESCOVI BRASILIANI, *Missao e mistérios dos cristaos laigos e leigas*, in “Il regno-documenti”, 17 (1999), p. 587.

⁴¹ GIOVANNI PAOLO II, Esortazione apostolica post sinodale *Christifideles laici* su vocazione e missione dei laici nella Chiesa e nel mondo, 30 dicembre 1988 n. 32; in seguito: *CfL*.

⁴² Cfr. *PSCI*, n. 80.

⁴³ *PVCM*, n. 66.

⁴⁴ PAOLO VI, Esortazione apostolica *Evangelii nuntiandi* sull’impegno di annunciare il Vangelo, 8 dicembre 1975, n. 66. In seguito: *EN*.

⁴⁵ *CfL*, n. 45; cf *EN*, nn. 67-73.

⁴⁶ CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, Nota pastorale “*Rigenerati per una speranza viva*” (1Pt 1,3): testimoni del grande “sì” di Dio all’uomo dopo il 4° convegno ecclesiale nazionale, 29 giugno 2007, n. 23. In seguito: *RSV*.

⁴⁷ Cfr. *Ibidem*.

⁴⁸ *PSCI*, n. 21.

⁴⁹ *PVCM*, n. 59.

⁵⁰ *PSCI*, n. 21.

⁵¹ *PVCM*, n. 18.

⁵² *Ibidem*, n. 66.

⁵³ *EN*, n. 78.

⁵⁴ *PSCI*, n. 1.

⁵⁵ Cfr. J. A. PAGOLA, *Evangelizzazione e mondo della salute*, in *DTPS*, 429.

⁵⁶ CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, Nota pastorale *Il volto missionario delle parrocchie in un mondo che cambia*, 30 maggio 2004, n. 21. In seguito: *VMPMC*.

⁵⁷ *Ib.*, n. 12.

⁵⁸ UFFICIO NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *La famiglia nella realtà della malattia*, XVI Giornata Mondiale del Malato, 11 febbraio 2008, Camilliane, Torino 2007, n. 5.

⁵⁹ UFFICIO NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *La comunità cristiana luogo di salute e di speranza*, VI Giornata mondiale del malato, 11 febbraio 1998, Camilliane, Torino 1997, n. 2.

⁶⁰ *PSCI*, n. 21: “L’estensione della pastorale dall’ospedale al territorio”.

⁶¹ BAMBINI S., *Cappellania ospedaliera e comunità cristiana*, in “Anime e Corpi”, 136 (1988) 206.

⁶² *Ibidem*, 209.

⁶³ *CIC*, can. 571.

⁶⁴ *Ibidem*, can. 529 - § 1; cf *CIC*, can. 530: “Le funzioni affidate al parroco in modo speciale sono le seguenti:... 3° amministrare il Viatico e l’unzione degli infermi, fermo restando il disposto del can 1003, § 2 e 3, e impartendo la benedizione apostolica”.

⁶⁵ *Ibidem*, n.34.

⁶⁶ UFFICIO NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *La sofferenza è stata redenta*, cit., n.4.



ta Nazionale CEI, Curate i malati, op. cit., 203-212.

¹⁶ E. SGRECCIA, *La Cappellania ospedaliera: un progetto di comunità pastorale* in “Insieme per servire”, op. cit., 3 (1990), 42 - 46.

¹⁷ A. BRUSCO, G. BECONCINI, *La cappellania ospedaliera: Aspetti teologici pastorali. Esperienze pratiche*, in “Anime e Corpi”, op. cit., 156 (1991), 381-403.

¹⁸ CONFERENZA EPISCOPALE CALABRA, CONSULTA REGIONALE PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *Evangelizzazione e testimonianza della carità oggi, in ospedale. La cappellania ospedaliera*, Atti del Seminario di studio per cappellani ospedalieri, religiose, operatori sanitari, Gizzeria Lido (Catanzaro) 20-21 aprile 1992, Editoriale progetto 2000, Cosenza 1992.

¹⁹ S. BAMBINI, *La cappellania ospedaliera*, in CONSULTA PASTORALE SANITARIA REGIONE LIGURIA, *La sofferenza nel mistero di Cristo*, Atti del convegno regionale, maggio 1993, Tipolitografia Emiliani, Rapallo 1993.

²⁰ AA.VV., *Progettualità ecclesiale nel mondo della salute*, Atti del III convegno della Consulta nazionale della pastorale della Sanità della CEI, 23-25 aprile 1995, a cura di I. MONTICELLI, SALCOM, Brezzo di Bedero (VA), 1995.

²¹ CONFERENZA ITALIANA MINISTRI PROVINCIALI CAPPUCCINI, SEGRETARIATO PER LA PASTORALE DELLA SALUTE, *La cappellania. Kairòs per la pastorale della salute*, Atti del convegno nazionale,

Sacerdoti, operatori pastorali e personale sanitario: per una reciproca integrazione

1. Le necessità di coloro che entrano in ospedale

1.1. Di solito negli ospedali esiste un'affabile dissociazione tra i rappresentanti della Chiesa e il personale sanitario, pur se essi si prendono cura delle stesse persone; tuttavia, oggi più che mai, un'integrazione tra di loro può essere benefica per affrontare un mondo sanitario con crescenti prospettive di gravi conseguenze morali e spirituali.

1.2. Il documento *Filosofia dell'Ospedale Dr. Chalmers*, di Fredericton, Canada, ove esercitava la Pastorale dei malati (che ora svolgo quotidianamente presso l'Unità di Cure Palliative di Algeciras [Cádiz, Spagna]), riconosce la triplice realtà della persona, corporemente-spirito:

“Crediamo che i nostri sforzi migliori per attendere a tutte le necessità del paziente, siano esse fisiche, sociali, emotive o spirituali, deriveranno dallo sforzo congiunto dei nostri membri”.

In effetti, se c'è uno squilibrio tra queste tre componenti, possono risultarne colpite anche le altre due. Ricordo casi in cui una malattia organica o una crisi traumatica (prodotta, ad esempio, da un grave incidente) ha fatto oscillare la fede quando questa non era sufficientemente forte (“Perché mi sta succedendo questo?”); o come una grave ansia continua aveva causato una disfunzione digestiva; o ancora come il fatto di non aver perdonato la propria madre (giustificabile dal punto di vista umano, ma non spirituale), aveva portato la di lei figlia a essere reclusa nel reparto di psichiatria del mio ospedale canadese, salvo poi, dopo aver parlato e pregato con lei un paio di volte, cominciare almeno a riconoscere: “Certo, alla fine dei conti è mia madre”.

Per questo, come dice un al-

tro documento di quell'ospedale, *Programma di visita Pastorale*: “Gli operatori pastorali svolgono una funzione integrale all'interno dell'équipe sanitaria”.

2. I sacerdoti, successori degli apostoli e ministri di guarigione

Alcuni anni fa la Conferenza Episcopale Spagnola si riferiva alla “preoccupazione sanante in tutta la dinamica della pastorale diocesana, acquisendo una consapevolezza più viva della forza salvifica di cui è portatrice una Chiesa fedele a Gesù Cristo” (Conferenza Episcopale Spagnola, 2007: p. 103-104). In questa dinamica il primo strumento sono i sacerdoti, successori degli Apostoli, chiamati a continuare il ministero di Gesù, che “li mandò ad annunciare il Regno di Dio e a guarire gli infermi” (Lc 9,2) in corpo, mente e spirito.

Alla monaca clarissa irlandese Suor Briege McKenna – che conobbi nell'Indiana nel 1978, durante un suo seminario su preghiera e guarigione –, e che svolgeva un grande ministero di evangelizzazione e di guarigione, con ritiri per sacerdoti (fino a un migliaio di persone nel 2006 ad Ars, paese di San Giovanni Vianney), Gesù chiese di trasmettere a vescovi e sacerdoti quanto segue: “Non è umiltà negare il potere del sacerdozio, ma è umiltà riconoscere che Io li ho scelti [...] non perché siano santi [...] bensì per la mia misericordia, il mio amore e la mia compassione per l'umanità” (McKenna, 2005: p. 92).

L'apostolo Giacomo, riferendosi al sacramento dell'Unzione degli Infermi, istituito da Gesù Cristo, dice: “Chi è malato, chiami a sé i presbiteri della Chiesa e preghino su di lui, dopo averlo unto con olio, nel nome del Signore” (Gc 5,14).

Quanto è bello quando un sacerdote esorta i propri fedeli a ricorrere a lui quando sono malati affinché egli imponga le mani e preghi per loro, come fa nella Riconciliazione, uno dei sacramenti di guarigione. Alcuni sacerdoti, infatti, esercitano un potente ministero di evangelizzazione e guarigione, come faceva il canadese Emiliano Tardif (in processo di beatificazione), che ho conosciuto molti anni fa; in realtà, però, chiunque di loro, a motivo della sua consacrazione, è ugualmente rivestito dello Spirito Santo, e, come dice il gesuita statunitense famoso in tutto il mondo, Robert DeGrandis: “Deve vedere il ministero di guarigione sacramentale come parte della vocazione sacerdotale” (DeGrandis 1996: p. 62). Effettivamente, i Dodici furono inviati per “guarire ogni sorta di malattie e d'infermità” (Mt 10,1). Una prova che la nostra Chiesa ci incoraggia a esercitare questo ministero è il volume *Prayer for Healing* (Preghiera di guarigione), pubblicato in Vaticano, frutto di un colloquio internazionale svoltosi in quella sede alla presenza di un arcivescovo, cinque vescovi, otto sacerdoti, un diacono e medico, una religiosa e cinque laici (Pontificio Consiglio per i Laici/ICCRS, 2005).

3. Gli operatori pastorali e la “visita cristiana” del credente

Quando, nel dicembre 1978, parlando con Madre Teresa nel suo convento di Calcutta, le dissi che ero un professore universitario in Canada, mi rispose: “Cerchi quindi di irradiare Cristo come quel che è”. Non dovrebbe essere questo il motto di tutti coloro che si prendono cura di chi soffre, e cioè “irradiare Cristo”? Si può visitare un malato, infatti, in tre modi molto differenti:

a) *come pagani*, cioè dicendo perfino delle sciocchezze quali: “Del resto non ti meriti questo”, “Vai a capire perché Dio deve mandargli questo se non ha fatto nulla di male a nessuno” o, come una volta mi disse la zia di una ragazza in coma terminale: “Questa è un’ingiustizia”;

b) *come credenti tiepidi e “discreti”*, incapaci di una parola di speranza cristiana e senza preoccuparsi mai di pregare per il malato né, come suoi fratelli, interessarsi della sua salute spirituale, perché ritiene che siano “cose molto personali”;

c) oppure, come deve essere veramente, in *visita cristiana*, rispondendo alla rivelazione di Gesù: “Ero malato e mi avete visitato” (Mt 25,36); riassumendo, si tratta di accompagnare il malato, sapendo:

- che stiamo lì umilmente, ma come “ambasciatori di Cristo” (2Cor 5,20), di cui dobbiamo chiedere sempre in questo ministero la costante compagnia e quella del suo Spirito;

- che, come ci assicura San Paolo, “la nostra battaglia non è contro creature fatte di sangue e di carne, ma contro [...] gli spiriti del male” (Ef 6,12), perché, oltre alla realtà che percepiamo a livello sensoriale, c’è quella spirituale, nella quale Dio agisce attraverso lo Spirito Santo; ma il suo nemico, il demonio, “essere perverso e pervertitore”, come lo definì molto bene Paolo VI, ispira nei malati angoscia, paura, disperazione e ribellione contro Dio;

- che, nel loro stato debilitato, questi malati sono vulnerabili ai suoi attacchi, ma anche alla grazia di Dio, grazia che deve fluire attraverso il nostro ministero, assicurando loro che Gesù li tiene abbracciati alla stessa croce sulla quale è morto per loro;

- che, pertanto, dobbiamo discernere il grado in cui dobbiamo aiutarli a incontrare Dio, spiegando loro che veniamo da Dio e che andiamo a Lui e che Egli stesso, anche se non se ne rende conto, dice: “Ricorreranno a me nella loro angoscia” (Os 5,15);

- che, per questo, dobbiamo far sì che tale esperienza dolo-

rosa serva a farli avvicinare maggiormente a Dio e a far comprendere che la loro sofferenza li sta purificando spiritualmente, e che questa è la guarigione più importante, attraverso la quale essi, come Cristo, vinceranno la morte;

- che, oltre a includerli nella nostra preghiera quotidiana di intercessione, dobbiamo fare in modo di pregare con loro chiedendo che Gesù li colmi della sua pace e, sempre con discernimento, chiedere la loro guarigione o il sollievo dei loro dolori; ma non deve essere mai un incontro unicamente sociale.

Dioni, di 65 anni, prima di morire nel reparto di Cure Palliative, mi diede una cassetta



di quando, per tutta l’Europa, era “La India”, una delle prime cantanti della compagnia della famosa Pilar López. La cassetta si intitola *Amor y espinas*, un titolo molto appropriato, come spiegai a Dioni con parole che sono valide per qualsiasi malato: “Gesù è morto per la tua salvezza, ti ama con amore infinito e sta al tuo fianco, lasciandoti condividere le sue spine”: amore e spine. Carlos, di 57 anni, anch’egli nel reparto di Cure Palliative e paralizzato, dopo aver trascorso anni a guadagnarsi la vita come feroce mercenario dirigendo missioni pericolose e sempre mortali, si era pentito

la prima volta che si ammalò; ora sapeva che il Signore era con lui, e apprezzava la mia preghiera tanto che, a volte, dovevo asciugargli le lacrime.

4. Preghiera e sacramenti nella Pastorale dei malati

4.1. La nostra preghiera – tema trattato ampiamente nel mio libro *Estuve enfermo y me visitasteis* – deve essere sempre spontanea (anche se spesso, secondo le circostanze, finiamo insieme con un Padre Nostro, un’Ave Maria e un Gloria) e, naturalmente, variare a seconda delle persone. Così stabiliamo la necessaria intimità che ci porta a scoprire

problemi come disperazione, allontanamento dalla Chiesa o incapacità di perdonare. Per questo il noto psichiatra e diacono francese Philippe Madre – convertitosi nel vedere guarire una schizofrenica dopo due ore di preghiera – dice che parte della vocazione del sanitario è quella di aiutare il malato ad aprire il proprio cuore. La mia esperienza personale è che solo così si arriva a una benefica confessione non sacramentale che può condurre a quella sacramentale con il sacerdote.

4.2. Alcuni, però, vivono la malattia con fede vera, come Harry, un amico canadese non

cattolico, che due giorni prima di morire, mi disse: “Che voglia ho di incontrarmi con il mio creatore!” o come Ángel, un drogato morto di AIDS, che, guardando la sua Bibbia (che conosceva grazie ad alcuni fratelli evangelici) mi diceva: “Io so che Lui è qui”. Altri però hanno paura di morire o hanno ferite del passato che richiedono una “guarigione interiore”. Noi realizziamo la nostra “missione sanante” accompagnando, ascoltando e trasmettendo la consolazione della Parola di Dio, come in Isaia 43,5: “Non temere, perché io sono con te”, o Filippesi 4,6-7, su come ottenere questa pace di Dio che “sorpassa ogni intelligenza”.

4.3. A volte, però, bisogna pregare affinché possano perdonare, tema ricorrente nel congresso della Fondazione Medica Cristiana Internazionale, a cui nel 1984 mi invitò il suo presidente, il chirurgo statunitense William Reed, autore di un libro sull’attenzione a tutta la persona: corpo, mente e spirito (Reed, 1995). Ricordo la testimonianza di William Wilson (cattedratico di Psichiatria e direttore del Programma di Psichiatria Cristiana presso la prestigiosa Duke University) sulla totale guarigione, cinque anni fa, a base di sessioni di preghiera, di una emicrania durata otto anni, quando la malata poté alla fine perdonare il marito che l’aveva tradita molte volte.

Se teniamo conto dell’aspetto spirituale dei malati dobbiamo cercare di sapere se c’è qualcuno che non possono perdonare, consapevoli che ciò gli sta facendo molto male. Sappiamo, e ce lo conferma Philippe Madre, che una delle maniere migliori di pregare con i malati per la loro guarigione è quella di risvegliare in loro la necessità di perdonare o di chiedere perdono.

4.4. Inoltre, dobbiamo incoraggiare i malati e i loro familiari che si sono allontanati dalla Chiesa a riconciliarsi con lei, assicurando loro che una sola Messa o, per il malato, l’Unzione, vale più di tutti i santini, i fiori e le candele che

possono porre davanti alle immagini.

4.5. Per quanto riguarda l’Unzione e il malato, il Catechismo (1516) avverte: “È dovere dei Pastori istruire i fedeli sui benefici di questo sacramento” – anche il medico deve offrire all’ammalato, per il suo bene, il trattamento che non ha chiesto – e “i fedeli incoraggino i malati a ricorrere al sacerdote per ricevere tale sacramento”, quantunque il Diritto Canonico affermi (1007) che “non si conferisca l’unzione degli infermi a coloro che perseverano ostinatamente in un peccato grave manifesto”. Questo è uno dei motivi per i quali l’operatore pastorale entra in intimità con il malato e con i suoi familiari.

Parlando di sacramenti, una sera a Vaasa, in Finlandia, in una conversazione con il parroco di una chiesa luterana, gli commentavo l’alto indice di suicidi in quel Paese e in Giappone; egli mi rispose con totale convinzione che tale percentuale era molto minore tra i cattolici per il fatto di poter ricorrere al sacramento della Confessione. Anzi, noi che ci occupiamo degli ammalati, pensiamo che ricevere o meno i sacramenti può supporre per loro salvezza eterna o suicidio spirituale.

4.6. Infine, non dimentichiamo di interagire con l’ammalato attraverso il personale medico: medici, infermieri, portanti, cioè attraverso quanti devono relazionarsi in qualche modo con lui, affinché Dio li aiuti nel loro lavoro e nelle loro decisioni.

5. L’esperienza ecumenica e interreligiosa nella Pastorale

Personalmente mi affascina pregare per un ammalato, per esempio uno evangelico, meglio ancora con i familiari presenti, perché ciò vuol dire promuovere l’ecumenismo. Conservo ricordi molto grati di uomini e donne marocchini di cui mi sono occupato nel reparto di Cure Palliative, per la loro affabilità e la loro gratitudine per la mia visita, per un bacio,

un abbraccio (sempre ricambiati) e per aver pregato con loro quell’unico nostro Dio chiedendo la sua misericordia, e chiarendo che lo faccio attraverso Gesù. Mi piace parlare con loro delle figure bibliche presenti nel Corano, ad esempio: Adamo (anche se pentito e, pertanto, non trasmette l’effetto del peccato originale), Noè, Abramo (padre della fede, dal cui figlio Ismaele provengono gli arabi), Lot (che predicò contro l’omosessualità), Giacobbe, Giuseppe, Mosè (al quale credono che Dio consegnò la Torah), Davide (a cui credono che diede i Salmi), Salomone, Elia ed Eliseo, Giobbe, Gionas (che riuscì a convertire Ninive), Zaccaria, marito di Elisabetta, Giovanni il Battista, la Vergine Maria (la donna che essi maggiormente venerano, a cui l’angelo Gabriele annunciò la nascita di suo figlio), e Gesù (il profeta più grande dopo Maometto), che credono ricevette i vangeli da Dio, compì miracoli e guarì, salì al cielo e tornerà alla fine dei tempi (caratterizzati da decadimento morale, segnali nel cielo e apparizione dell’Anticristo), pur non credendo nella sua morte e resurrezione. L’Arcangelo Michele è, come per noi, il protettore (per il paziente musulmano è una gradita sorpresa ricevere il santino con la preghiera in arabo).

Non ignoriamo che il Catechismo (citando *Lumen gentium* del Vaticano II) afferma: “Il disegno della salvezza abbraccia anche coloro che riconoscono il Creatore, e tra questi in primo luogo i musulmani, i quali, professando di tenere la fede di Abramo, adorano con noi un Dio unico, misericordioso, che giudicherà gli uomini nel giorno finale” (841).

6. Il personale sanitario di fronte alla persona tutta intera: corpo, mente e spirito

6.1. L’ateo Alexis Carrel, Premio Nobel per la medicina del 1912 (per la sua tecnica di sutura dei vasi sanguigni e il trapianto di organi), si convertì nel vedere a Lourdes la guarigione completa di una

donna malata di peritonite tubercolosa e in stato preagonico, cachettica e con il ventre molto gonfio. Egli scrisse, dopo, che la preghiera “è l’unica forza nel mondo che sembra vincere le cosiddette «leggi della natura»”.



Vedendo tutti i giorni nell’Unità Cure Palliative la compassione e l’affetto di tutto il personale sanitario, senza trascurare gli addetti alla pulizia, mi chiedo se si rendono conto che è Dio a porre questi sentimenti nel loro cuore. Philippe Madre afferma, con la sua duplice grande esperienza medica e spirituale, che “la priorità per il personale sanitario è esercitare la misericordia”.

Ho citato il chirurgo William Reed, e la sua attenzione integrale della persona: corpo, mente e spirito, poiché, come affermava l’influente medico svizzero cristiano Paul Tournier (1965: p. 61): “L’uomo – corpo, mente e spirito – è un’unità. La vita che vive nel suo corpo corrisponde alla vita che vive nella sua mente e alla vita che vive nel suo spirito [...] Lo spirito [...] non è né mente né corpo. Esso costituisce la relazione personale dell’uomo con Dio, e plasma la mente e il corpo sulla base di questa relazione”.

Quanto, poi, ai medici, ci auguriamo che ciascuno di loro riconosca che, come dice il libro del Siracide: “Dio ha dato agli uomini la scienza perché potessero gloriarsi delle sue meraviglie. Con esse il medico cura ed elimina il dolore [...]. Anch’essi pregano il

Signore perché li guidi felicemente ad alleviare la malattia e a risanarla, perché il malato ritorni alla vita” (Sir 38,6-7.14).

6.2. Nel 1981 due alunne di infermieristica di uno dei miei corsi sulla comunicazione non verbale (in cui trattavamo dei diversi aspetti dell’interazione infermiera-paziente o medico-paziente), mi raccomandarono un libro di grande valore di due infermiere sull’attenzione spirituale nella loro professione (Fish e Shelly, 1978). In esso si afferma che “la malattia colpisce una persona nella sua totalità, non unicamente il suo corpo o mente o spirito”, e che “l’attenzione dell’infermiera deve incentrarsi sulla persona come un’unità” (p. 32); esso sottolinea il fatto che l’infermiera, per i suoi pazienti, può e deve essere “un canale dell’amore di Dio” (p. 49); vi viene citato il saggio *Interpersonal Aspects of Nursing*, di una famosa professoressa statunitense di infermieristica, Joyce Travelbee, morta a 47 anni: “Un’infermiera non cerca solo di mitigare il dolore fisico o fornire cure fisiche, ma si occupa spiritualmente della persona. Essa si preoccupa dell’individuo, non di una parte del suo corpo. L’esistenza della sofferenza, fisica, mentale o spirituale, è ciò che preoccupa l’infermiera” (p. 59).

Nel libro si afferma che “una delle risorse personali dell’infermiera è la conoscenza delle Scritture per poter utilizzare la Parola di Dio terapeuticamente” (p. 110), naturalmente non in maniera indiscriminata, ma sempre con discernimento.

Un’amica infermiera canadese, Lynn Young, riuscì a ingraziarsi una paziente molto sgradevole, che gli altri evitavano, in quanto chiese aiuto a Dio. E penso anche all’ex infermiera Barbara Shlemon (famosa per il suo ministero, i suoi libri e il suo centro di intercessione in Florida), che conobbi nel 1978 nel corso di quel seminario su preghiera e guarigione con Suor Brieger McKenna. La sua vita era cambiata quando, nel 1964, una giovane ammalata, comatosa, con l’addome gonfio co-

me se fosse incinta di nove mesi, senza capelli, gialla, indifferente a qualsiasi stimolo e che respirava già molto male, dopo aver ricevuto una notte l’Unzione degli Infermi e dopo che Barbara aveva pregato per lei, il giorno seguente era seduta sul letto mentre mangiava un piatto di minestra.

Ricordo con affetto l’infermiera canadese che si occupava di me quando arrivavo nel reparto di Urgenza con un attacco d’asma. Anni dopo ebbi il privilegio di aiutarla spiritualmente e portarle la Comunione come malata terminale. Di certo, William Reed, che prega sempre per il paziente mentre opera, dice nel succitato libro che la sala operatoria “è un luogo ove le vite sono sospese tra la vita e la morte. Lì l’anima dorme, il corpo è insensibile e lo spirito aleggia in comunione con Dio. Nelle mani del chirurgo e dell’anestesista ci sono non solo una vita, ma l’anima e lo spirito capaci di essere influenzati, per il bene o per il male, da parole, atti o pensieri” (pp. 23-24).

E il cattedratico di medicina e ricercatore italiano Giuseppe Moscati († 1927), canonizzato nel 1987 da Giovanni Paolo II, affermava:

“Beati noi medici se ci ricordiamo che oltre ai corpi abbiamo di fronte delle anime immortali per le quali urge il precetto evangelico di amarle come noi stessi. Lì è la soddisfazione, e nel non sentirci proclamare risanatori di un male fisico” (Sicari: p. 181).

Quel santo medico diceva anche, con la sua estenuante giornata di medico, che “chi fa la comunione tutte le mattine ha con sé un’energia che non viene mai meno” (Sicari: p. 174). Fu molto bello sentire nel su menzionato congresso le testimonianze di quei medici – che pregano con il loro personale e i loro pazienti – su cure straordinarie e perfino miracolose e sulla loro conversione. Io stesso trassi beneficio nella cura della mia terribile asma bronchiale durata sette anni, dopo che aveva pregato per me William Reed. E non mi sorpresi del fatto che egli, benché episcopaliano, leggesse dal libro del Siracide (uno

dei sette non inclusi nella sua Bibbia): “Figlio, non avviliti nella malattia, ma prega il Signore ed egli ti guarirà. Purificati, lavati le mani; monda il cuore da ogni peccato [...]. Fa’ poi passare il medico – il Signore ha creato anche lui – non stia lontano da te, poiché ne hai bisogno. Ci sono casi in cui il successo è nelle loro mani. Anch’essi pregano il Signore perché li guidi felicemente ad alleviare la malattia e a risanarla, perché il malato ritorni alla vita” (Sir 38,9-14).

7. Un ministero per il futuro

Ci sarebbe ancora tanto altro da dire, ma citerò qui solo quel che chiamo il mio “ministero fotografico”. Solo occasionalmente e con discernimento, approfittando della mia passione per la fotografia, mi piace

dare loro qualcosa che dopo i familiari apprezzeranno moltissimo: come il ritratto familiare di Generosa con suo marito, i figli e il cane, a ricordo di quando la domenica la facevano scendere sul patio su una sedia a rotelle; o, per Andrés, quello di lui con lo zio Manolo, un contadino semplice e affettuoso, che accompagnava sempre: “Ogni volta che guardo la foto, mi vengono le lacrime agli occhi”. Per me è una maniera in più di portare loro l’amore di Gesù e confermare le sue parole: “Vi è più gioia nel dare che nel ricevere!” (At 20,35). Come diceva Giovanni Paolo II: “Iniziamo pensando che noi diamo a loro e terminiamo rendendoci conto che essi ci hanno arricchito”.

Prof. FERNANDO POYATOS
Professore Emerito
Università del New Brunswick,
Canada

Bibliografia

CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA, DEPARTAMENTO DE PASTORAL DELLA SALUD. FORMACIÓN, 10: *Acoger, comprender, acompañar*. Madrid: 2007.

PONTIFICIO CONSIGLIO PER I LAICI/ICCRS. *Prayer for Healing* (Preghiera di guarigione). Roma, 2003.

DE GRANDIS, ROBERT. *El ministerio de sanación*. Madrid: SERECA, 1996.

FISH, SHARON E SHELLY, JUDITH ALLEN. *Spiritual Care: The Nurses's Role*. Downers Grove: InterVarsity Press, 1978.

McKENNA, BRIEGE. *Los milagros sí existen*, p. 92. Madrid: SERECA, 2005. *Miracles Do Happen*. Ann Arbor: Servant Publications, 1987.

POYATOS, FERNANDO. *I Was Sick and You Visited Me: A Spiritual Guide for Catholics in Hospital Ministry*. New York: Paulist Press, 1999. *Estuve enfermo y me visitasteis: testimonio de pastoral sanitaria*. Barcelona: Centro de Pastoral Litúrgica, 2002.

REED, WILLIAM S. *Surgery of the Soul: Healing the Whole Person: Spirit, Mind and Body*. Tampa: Christian Medical Foundation, 2ª ed. 1995.

SICARI, ANTONIO. *Retratos de santos. Vol. 2*. Madrid: Ediciones Encuentro, 1996.

TOURNIER, PAUL. *The Healing of Persons*. San Francisco: Harper&Row, 1965.



In questo momento di verifica e ristrutturazione dell’assistenza sanitaria negli Stati Uniti, è opportuno esaminare brevemente un aspetto importante della sanità cattolica, cioè l’assistenza pastorale dei nostri pazienti. Data la questione del fattore economico della legislazione sanitaria di Obama, le preoccupazioni spirituali potrebbero passare in secondo piano, ma così non dovrebbe essere. Tali preoccupazioni riguardano le autorizzazioni ad una cooperazione immorale in materia di aborto e mancanza di protezione per i diritti di coscienza dei lavoratori sanitari.

Una revisione della pastorale è necessaria per tre motivi:

1) le componenti spirituali della salute e del benessere sono sempre più riconosciute come aspetto legittimo della medicina¹;

2) Dopo il Vaticano II si è verificato un cambiamento nel ministero ospedaliero cattolico, che è passato dal governo clericale a un orientamento laico²;

3) Infine, l’identità cattolica

del nostro sistema di assistenza sanitaria è stata messa in questione³. Quest’ultima preoccupazione non ha origine recente.

Quindici anni fa P. Richard McCormick, SJ, ha scritto un saggio seminale dal titolo *L’ospedale cattolico di oggi: missione impossibile*⁴. La sua sintesi fu deprimente. Egli afferma che “le circostanze degli ultimi anni del Novecento degli Stati Uniti hanno indebolito, e a volte dissolto, la cultura cattolica delle strutture sanitarie, la forza e la potenza trasformatrice della loro visione”⁵. Il pessimismo di P. McCormick era giustificato?

L’Associazione Medici Cattolici di Chicago ritiene che l’identità cattolica dei nostri ospedali sia radicata unicamente nei loro programmi pastorali⁶. Se P. McCormick ha ragione nel pensare che la cultura dell’ospedale cattolico è anomala o assente, allora i nostri programmi sono seriamente a rischio. Ma le cose stanno proprio così?

Materiali e metodi

L’Associazione Medici Cattolici di Chicago ha effettuato un sondaggio tra i 21 ospedali cattolici dell’Arcidiocesi. Lo scopo era quello di “tastare il polso” (per coniare la frase) della missione cattolica dei nostri ospedali. A tal fine, è stato redatto un semplice questionario di una pagina (Fig. 1) da inviare ai direttori pastorali di quegli ospedali, secondo *Il Direttorio Ufficiale Cattolico* del 2009⁷. Il questionario era accompagnato da una lettera introduttiva, e dalle istruzioni per rispedire il sondaggio. Per semplificare l’analisi, la maggior parte delle domande era in un formato “Sì-No”. Furono elencate cinque grandi categorie: Identificazione, Santa Messa, Sacramenti, Etica e Pianificazione Familiare Naturale (PFN). L’indagine è mostrata nella Figura 1. Dal momento che nel sondaggio non erano interessati i pazienti, non veniva richiesta l’approvazione del comitato istituzionale di revisione. Le risposte erano volontarie e non erano forniti incentivi.

Fig. 1. Checklist dell’ospedale

Nome dell’ospedale: _____

1. Identificazione:

a. Sono presenti immagini cattoliche (statue, quadri, crocifissi)?

Sì___ No___

b. L’ospedale è identificabile come cattolico?

Sì___ No___

c. La parola “cattolico” è presente nella dichiarazione d’intenti?

Sì___ No___

2. Santa Messa:

a. C’è una cappella?

Sì___ No___

b. È aperta tutti i giorni?

Sì___ No___

c. Vi si celebra la Messa? Indicare quando, altrimenti apporre una X su

L M M G V S D

d. Al momento del ricovero, i pazienti cattolici ricevono le informazioni sugli orari e sul luogo ove è celebrata la Messa?

Sì___ No___

3. Sacramenti:

a. Quanti sono i membri del personale pastorale? (equivalenti a tempo pieno)

Numero___

b. Il Sacramento dell’Unzione dei Malati è disponibile 24 ore al giorno?

Sì___ No___

c. È amministrato da un sacerdote interno o dal parroco del paziente? A casa ___ Parrocchia___

d. La comunione è offerta da ministri pastorali?

Sì___ No___

e. La confessione è offerta da un sacerdote se il paziente lo richiede?

Sì___ No___

4. Comitato di Etica:

a. C’è un sacerdote cattolico nel Comitato di Etica?

Sì___ No___

b. Il Comitato di Etica è guidato dalle *Direttive etiche e religiose*?

Sì___ No___

5. È disponibile la Pianificazione Familiare Naturale per le donne che la richiedono?

Sì___ No___

Si prega di elencare altri servizi cattolici eventualmente offerti dall’ospedale.

Saranno graditi altri eventuali commenti.

Si prega di utilizzare la busta auto-indirizzata e affrancata per rispedire il questionario.

Risultati

Risposta:

Complessivamente hanno risposto 20 ospedali su 21. Un membro dell'Associazione Medici Cattolici di Chicago ha compilato una lista degli ospedali che non hanno risposto, sulla base del loro personale. Poiché le domande avevano carattere oggettivo, non è stato ritenuto che ciò pregiudicasse il sondaggio, e quindi le loro risposte sono state incluse.

Identificazione

Tutti i 21 ospedali erano identificabili come cattolici.

Santa Messa

Degli ospedali sondati, 15 hanno risposto di avere una Messa quotidiana nella cappella. Cinque ospedali celebrano la Messa sei volte alla settimana e un ospedale due volte la settimana.

Sacramenti

In 19 ospedali i Sacramenti sono disponibili 24 ore al giorno, in uno 16 ore al giorno, e in un altro non era specificato. Il personale pastorale equivalente a tempo pieno è formato da 86 persone, di cui 52 religiosi.

Etica

Dieci intervistati (il 47,6%) hanno risposto di avere un sacerdote nel comitato etico. L'insufficienza dei dati non ha permesso di determinare se i comitati etici sono stati guidati dalle *Direttive Etiche e Religiose* della Conferenza dei Vescovi Cattolici degli Stati Uniti. Pertanto questo risultato non è stato incluso nell'analisi finale⁸.

Pianificazione Familiare Naturale (PFN)

In tutti gli ospedali, eccetto uno, la PFN non è disponibile. Per questo motivo, tale dato non è stato incluso nella nostra analisi finale.

I risultati giustificano alcuni commenti. Dei 21 ospedali con programmi di assistenza pastorale (il 95%) ne hanno risposto 20. Per un questionario su base volontaria, si tratta di una buona percentuale. Il questionario per l'ospedale che non ha ri-

sposto è stato compilato da un medico dell'Associazione Medici Cattolici di Chicago in base al personale dell'ospedale in questione. Tutti gli ospedali sono identificati come cattolici. Ciò riguarda non solo il nome ma anche la presenza di statue di santi, crocifissi e altre immagini sacre. In tre quarti degli ospedali (15 su 21) si celebra una Messa quotidiana nella cappella. Un ospedale ha una sola Messa a settimana. In 19 (il 91%) i Sacramenti sono disponibili 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana. Interessante è il gran numero del personale in servizio: 86 equivalenti a tempo pieno, ovvero 4,1 persone per ospedale. Tra questi, 52 religiosi e 34 laici. Degna di nota è anche la presenza di 12 cappellani nonostante la riconosciuta carenza di sacerdoti. Circa la metà degli ospedali hanno un sacerdote nei comitati di etica. Infine, la pianificazione familiare naturale in pratica non è promossa da nessun ospedale. Un ospedale manca di un reparto di ostetricia e ginecologia.

Discussione

L'assistenza sanitaria cattolica (o almeno la componente ospedaliera di queste cure negli Stati Uniti), si può far risalire al 1823, quando Sant'Elizabeth Seton e le Suore della Carità entrarono a far parte dell'Infermeria di Baltimora che, in seguito, divenne l'ospedale dell'Università del Maryland⁹. Dopo Suor Seton, molti altri Ordini di religiose fondarono degli ospedali. Il primo ospedale di Chicago fu fondato dalle Suore della Misericordia nel 1851 e appropriatamente denominato Ospedale della Misericordia¹⁰. Nella maggior parte dei casi, questi ospedali religiosi erano organizzati per soddisfare un bisogno di assistenza sanitaria per gli immigrati poveri. Le persone socialmente ed economicamente benestanti avevano le proprie cliniche private.

Nel 1990, il 12,5% degli ospedali, il 15,1%, e il 15,6% dei ricoveri sono stati appannaggio della Sanità cattolica. Considerato il dibattito in corso

sull'assistenza sanitaria, è importante notare che il 14,5% delle spese dei servizi sanitari (80 miliardi di dollari su un totale di 512 miliardi) sono sostenute dagli ospedali cattolici¹¹.

Le statistiche ci possono dire solo questo. Di gran lunga più importante è quello che le suore hanno portato alla sanità. Prima che fossero infermiere o amministratrici, esse erano religiose. Prima di arrivare nei reparti ospedalieri, hanno trascorso gli anni della formazione nei loro noviziati e conventi, perfezionandosi in una vita religiosa dedicata a Dio e al servizio degli altri.



La loro missione è rimasta sostanzialmente invariata fino a dopo il Concilio Vaticano II, quando la diminuzione delle religiose negli ospedali richiese una nuova valutazione. Contemporaneamente, si verificò anche un calo delle vocazioni sacerdotali. Prima del Concilio Vaticano II, la pastorale consisteva nella presenza di un cappellano che realizzava un ministero sacramentale. Diceva la Messa, distribuiva la Comunione, confessava, e amministrava l'Estrema Unzione. Era anche disponibile per consigli e sostegno spirituale. Con la riduzione del numero dei sacerdoti e delle religiose vi fu, necessariamente, un aumento dei ministri laici. Per inciso e parallelamente, si verificò anche un cambiamento nel comitato di controllo degli ospedali cat-

tolici, che passò dalle religiose dei vari Ordini religiosi, a laici che spesso non avevano sulle spalle gli anni, o i decenni, della loro formazione religiosa.

Prima del Vaticano II, l'accento era posto sui Sacramenti: Messa, Comunione, Penitenza, e Estrema Unzione. Dopo, a causa della diminuzione del numero dei sacerdoti, si è verificato comprensibilmente uno spostamento verso il counseling sanitario, che include il sostegno ai malati terminali, l'elaborazione del lutto, l'assistenza nelle rimozioni e la terapia di supporto. Si pensa che questa tendenza proseguirà in quanto i corsi di pastorale e di counseling e i programmi accademici sono ora disponibili su Internet. Infatti, è sorta una vera e propria industria fatta di seminari, ritiri e corsi di laurea (MA e Ph.D.) per fornire i certificati accademici obbligatori come requisito per esercitare l'assistenza pastorale¹².

I risultati del Chicago Study evidenziano che la pastorale negli ospedali cattolici della città resta forte e ben supportata da consigli di amministrazione, amministratori delegati e amministrazioni dei 21 ospedali cattolici. È un dato che ci incoraggia. A causa di questo impegno per affermare l'identità cattolica degli ospedali, l'Associazione Medici Cattolici di Chicago ritiene che, ove possibile, i medici cattolici dovrebbero affidare i loro pazienti agli ospedali cattolici.

Tuttavia, in questi ospedali dobbiamo notare la mancanza di impegno per la pianificazione familiare naturale. Si tratta di un aspetto importante della pastorale sanitaria, e noi ne incoraggiamo una maggiore promozione.

Un ultimo punto. Mentre i coordinatori pastorali sono sempre meglio formati e sempre più professionali (dato il numero di workshop e di corsi di laurea), essi non devono perdere di vista il ruolo primario dei Sacramenti nella sanità cattolica e, in ultima analisi, della salvezza eterna delle anime dei nostri pazienti. La Pastorale sanitaria dovrebbe promuovere il primato dei Sacramenti: la Messa, la Comunio-

ne, la Riconciliazione e il Sacramento degli Infermi. Questa enfasi è specificamente articolata da parte dei vescovi locali, quando essi sovrintendono alla "celebrazione dei sacramenti per i malati in ambienti sanitari"¹³.

Si potrebbe osservare che la pastorale non è prerogativa degli ospedali cattolici. La "Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations" (JCAHO) ha linee guida pastorali, e tutti i principali centri sanitari non cattolici hanno reparti per l'assistenza pastorale. Si tratta del Northwestern University Medical Center, della University of Illinois Hospital, e della University of Chicago Hospital (che chiama la sua componente "assistenza religiosa"), tutti a Chicago. Però l'assistenza sanitaria cattolica è unica in quanto un aspetto significativo dell'assistenza spirituale viene fornita sotto forma di Sacramenti. Con ogni probabilità, gli ospedali cattolici dovranno confrontarsi con un maggior numero di esigenze pastorali. Essi dovranno essere, quindi, più creativi nell'uso delle loro risorse in questo senso. Forse le parrocchie locali possono mettere a disposizione i loro sacerdoti, ma ciò richiederebbe l'approvazione del vescovo locale. Un'altra opzione è reclutare volontari motivati e quindi sostenere la loro certificazione pastorale. Infine, gli ospedali devono fornire finanziamenti adeguati, cosa non da poco quando i budget sono ridotti.

Riepilogo

La pastorale è una componente essenziale del ministero ospedaliero cattolico. C'è la preoccupazione che l'identità cattolica sia stata erosa con la diminuzione del numero delle religiose impegnate nell'amministrazione ospedaliera diretta, così come della presenza dei cappellani negli ospedali. L'Associazione Medici Cattolici di Chicago ha compiuto un'indagine sull'assistenza pastorale nei 21 ospedali cattolici dell'Arcidiocesi e ha concluso che la pastorale rimane forte. La consulenza pastorale e il

ministero sacramentale sono i suoi punti di forza, e il nostro impegno nei loro confronti deve restare forte. Finché lo sarà, l'Associazione non condivide il pessimismo di P. McCormick.

Dott. PATRICK GUINAN

Dott. THOMAS ZABIEGA

Dott. CHRISTINE ZAINER

Gli autori ringraziano Suor Clara Frances Kusek, C.R., Vice-presidente esecutivo della "Mission of the Resurrection Health Care System", per i preziosi consigli e il sostegno offerti.

Note

¹ H.G. KOENIG et al., "Religious Perspectives of Doctors, Nurses, Patients, and Families," *Journal of Pastoral Care* 45 (Fall 1991): 254-267.

² CHRISTOPHER J. KAUFFMAN, *Ministry and Meaning: A Religious History of Catholic Health Care in the United States* (New York: Crossroad, 1995).

³ DANIEL P. SULMASY, "Then There Was One: The Unraveling of Catholic Health Care," *America* (March 16, 2009): 11-14.

⁴ RICHARD MCCORMICK, "The Catholic Hospital Today: Mission Impossible," *Origins* 24 (1995): 648-653.

⁵ Ibid., 653.

⁶ PAUL HARRINGTON, "The Catholic Hospital," *Hospital Progress* 42 (June 1961): 68-70. Germain Kopaczynski, OFM Conv., "Catholic Identity in Health Care," *Linacre Quarterly* 64.2 (May 1997): 26-35.

⁷ *The Official Catholic Directory 2009* (New Providence, NJ: National Register Publishing, 2009).

⁸ Cfr. USCCB, *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services*, 4th ed. (Washington, D.C.: USCCB, 2001).

⁹ CHRISTOPHER KAUFFMAN, "Catholic Health Care," in the *Catholic Encyclopedia* (1995), 262-265.

¹⁰ THOMAS BONNER, *Chicago Medicine* (Madison, WI: American History Research Center, 1957).

¹¹ "2006 American Hospital Association Annual Survey," January 2008, <http://www.aha.org/aha/research-and-trends/health-and-hospital-trends/2006.html>.

¹² American Association of Pastoral Counseling, "What Is Pastoral Counseling?" (2009), <http://aapc.org/content/what-is-pastoral-counseling>.

¹³ National Conference of Catholic Bishops, "The Pastoral Role of the Diocesan Bishop in Catholic Health Care Ministry" (Washington, D.C.: U.S. Catholic Conference, 1997), 5; Pontifical Council for Pastoral Assistance, "Charter for Health Care Workers" (1995), http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/hlthwork/documents/rc_pc_hlthwork_doc_19950101_charter_en.html.

Il Tempio votivo dei medici d'Italia

STORIA DI UN SANTUARIO E DEL SUO FONDATORE

In una lettera datata 19 dicembre 1941 così si esprimeva il vescovo di Como Mons. Alessandro Macchi:

“Quando io penso a Duno, il cuore mi si riempie di gioia. Paesello sperduto su di un monte, un tempo quasi sconosciuto, ora celebre per il suo Tempio votivo, innalzato da una mente creatrice, Mons. Cambiano, a ricordo di una classe così benemerita per l'umanità, qualche volta non sempre apprezzata nel suo giusto valore.

Lode all'ideatore, riconoscenza viva a quanti hanno aiutata la magnifica impresa di Mons. Cambiano, rallegramenti sinceri a chi, con intelletto d'amore, ha pensato ad illustrare il paesello di Duno.

S. Luca, il patrono dei Medici, assista sempre questi grandi benefattori nell'esercizio dell'opera loro notevolissima, e siano, come vuole lo Spirito Santo, sempre ricolmi d'amore”.

La chiesa a cui accennava il vescovo nella sua lettera era stata da lui consacrata il 25 agosto 1938 con dedicazione alla Madonna del Rosario e a San Luca evangelista, patrono dei medici. Il 3 ottobre del medesimo anno la chiesa, denominata “Tempio votivo dei medici d'Italia”, era stata elevata alla dignità di Santuario. Inoltre il 5 maggio 1940 era stato inaugurato l'annesso sacrario destinato a ricordare tutti i medici che avevano donato la propria vita per la patria e per l'umanità. Il Tempio votivo aveva nel frattempo raggiunto una certa notorietà a livello nazionale, testimoniata dai primi due pellegrinaggi di medici (rispettivamente nel novembre 1938 e nel giugno 1939).

Il Tempio votivo dei medici d'Italia venne innalzato grazie alla iniziativa e alla perseveranza di don Cambiano che a Duno svolgeva allora il suo ministero sacerdotale.

Carlo Cambiano nacque a

Candiolo, in provincia di Torino, il 6 febbraio 1868; venne ordinato sacerdote nel 1897 e inviato nel 1899 a Duno, sulle prealpi lombarde, come Vicario spirituale. Duno era un piccolo paese della Valcuvia, allora in provincia di Como (attualmente in provincia di Varese), elevato rispetto al fondovalle (525 metri sul livello del mare) e di difficile accesso (raggiungibile soltanto tramite una mulattiera oppure percorrendo un ripido e tortuoso sentiero).



Fin dal suo arrivo don Cambiano cominciò a occuparsi attivamente del piccolo centro montano e dei suoi abitanti divenendo in pochi anni l'instancabile propulsore della vita religiosa e civile di Duno. Tra le sue iniziative si possono ricordare la costruzione dell'asilo, la realizzazione della strada carrozzabile che dal fondovalle porta in paese, l'acquedotto pubblico, un istituto per sordomuti.

Don Cambiano trovò anche il tempo per dedicarsi alla letteratura pubblicando opere di interesse locale (come: *Monografia di Duno* o *Duno e il Tempio Votivo dei Medici d'Italia*), di meditazione religiosa (come *Il figlio del tribuno* dedicato alla figura di San Martino) e di aforismi di argomento sanitario (come *Medicus e Medicus bilinguis*).

Don Cambiano, che provava da tempo sentimenti di gratitudine e apprezzamento per coloro i quali svolgevano con impegno e abnegazione la professione medica, nel 1937 ave-

va espresso il suo plauso per i medici che operavano nel difficile scenario della guerra di Spagna. Quando poi aveva saputo che in ambito universitario si stava pensando di creare un sacrario per medici e studenti di medicina immolatisi per la patria, prese la decisione di edificare un tempio che ricordasse tutti i medici, sia morti che vivi, disposti a sacrificare la loro esistenza per curare l'umanità sofferente. Nelle intenzioni del sacerdote c'era anche la creazione di una casa di riposo per medici anziani ormai ritirati dalla professione (progetto quest'ultimo che non venne realizzato).

Per edificare il tempio pensò di utilizzare una casa e relativo terreno posti al centro del paese e donati da una parrocchiana con la clausola di costruirvi una chiesa. Dopo aver fatto demolire la casa, nel dicembre 1937 diede inizio ai lavori su progetto dell'architetto Cesare Paleni. I lavori terminarono nel maggio 1938 così che la nuova chiesa poté essere consacrata nell'agosto 1938. Poco dopo iniziarono i lavori di costruzione del Sacrario che venne inaugurato nel maggio 1940.

Don Cambiano che già si fregiava del titolo di “Cavaliere della Corona d'Italia” (conferitogli per l'assistenza da lui prestata ai militari che durante la Prima guerra mondiale presidiavano il territorio di Duno), nell'ottobre 1938 venne nominato “ Rettore del Santuario” e nel settembre 1940 “Monsignore e Cappellano Extra Urbem di SS. Pio XII”.

Mons. Cambiano rimase a Duno fino alla morte, avvenuta il 12 giugno 1943 dopo lunga malattia.

Il Tempio votivo dei medici d'Italia è una costruzione piccola e raccolta, dalla linee classicheggianti, situata proprio al centro del paese, circondata da case di abitazione. Appare formata da due ambienti distinti, ma tra loro comunicanti: la

chiesa a pianta circolare e l'annesso sacrario.

Il portale d'ingresso alla chiesa, opera dello scultore Enrico Magrini, raffigura sinteticamente e simbolicamente le caratteristiche umane e professionali del medico; vi sono inoltre illustrati i numerosi ambiti specialistici in cui si diversifica la professione medica. Sopra il portale vi è l'immagine dell'evangelista San Luca, patrono dei medici.

L'interno della chiesa, rivestito di lastre di marmo, presenta una Via Crucis composta di quadri in ceramica e un bassorilievo ligneo raffigurante la Madonna del Rosario con il Bambino in braccio. Ai lati dell'altare si trovano due lampade votive in memoria rispettivamente dei medici vivi e dei medici morti.

Il sacrario, dalle pareti circolari, è rivestito di lapidi di marmo dove sono incisi i nomi dei medici che hanno dato la vita rispettivamente per la Patria e per l'Umanità.

L'edificio è completato da un agile campanile con la sua cella campanaria e da un porticato di accesso al sacrario.

Dopo la morte di Mons. Cambiano la custodia del Santuario venne affidata ai Servi della Carità dell'Opera Don Guanella i quali, nel Dicembre 1944, vennero incaricati della gestione della Parrocchia di Duno appena costituita.

Il Tempio votivo dei medici d'Italia nonostante l'iniziale notorietà e alcuni pellegrinaggi di medici avvenuti nei primi

anni dopo la sua inaugurazione finì per cadere in un lento e progressivo oblio.

Soltanto dalla fine degli anni Novanta (grazie alle iniziative congiunte della Società Italiana di Storia della Medicina, dell'Ordine dei Medici della Provincia di Varese e della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università dell'Insubria) il Santuario di Duno poté tornare agli antichi splendori.

Negli ultimi anni poi il Tempio votivo, in prossimità della festa di San Luca (18 ottobre), è stato sede di una cerimonia in cui si sono ricordati i medici recentemente caduti nell'esercizio della loro professione attraverso l'inserimento dei loro dati biografici in un apposito registro e l'incisione dei loro nomi su una lapide del Sacrario.

Tornando a Mons. Carlo Cambiano, ideatore e fondatore del Santuario dei Medici, così scriveva di lui nel 1942 il giornalista Giovanni Cenato: *"Don Cambiano non è medico, ma del medico ha studiato l'anima, ha compreso le lotte e i sacrifici. Ha pensato che essi si dibatterebbero spesso contro il nemico implacabile e che nel momento decisivo la scienza, che è cosa umana, non servisse più. Allora può intervenire la scienza non umana, che è la conoscenza di Dio. Dio può aiutare, illuminare, infondere quel coraggio estremo che solleva chi sta per cadere. La luce è anch'essa un'arma. Bisognava dire ai medici che la Fede è una forza. Ed Egli lo volle*

dir loro innalzando per essi una chiesa, dedicandola loro, offrendola loro in dono. E così nacque il Tempio di Duno per i Medici. È la casa del loro spirito che aduna, ad un tempo, la speranza e la gratitudine verso l'Onnipotente. Nulla s'è mai fatto in Italia, anzi nel mondo, di consimile. Non solo. Ma il pio sacerdote ha voluto dedicare ai medici un Sacrario, ha voluto che fossero scritti in esso i nomi dei Medici caduti nell'adempimento del loro dovere, sia in pace che in guerra. Li lancia nell'eternità senza sfoggio di monumenti allegorici, grandiosi e ingombranti, fatti spesso più per la vanità di chi resta che per la pietà di chi parte".

Prof. MASSIMO ALIVERTI

Professore di Storia della Medicina presso l'Università di Milano-Bicocca, Docente di Storia della Psichiatria presso l'Università degli Studi di Milano

Bibliografia

F. BOLDRINI, *Simbologie della medicina nel portale del Tempio di Duno*, in: "Terra e gente. Appunti e storie di lago e di montagna", Comunità Montana della Valcuvia, 2006.

C. CAMBIANO, *Duno e il Tempio Votivo dei Medici d'Italia*, Milano, Edizioni d'arte Pavoni, 1942.

G. POZZI, *Duno: il Tempio votivo dei Medici d'Italia*, in: E. Anklam-G. Armo-cida (a cura di) *Medicina e ambiente (Atti del XXXVIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Storia della Medicina, Ispra-Varese-Cuveglia 16-19 ottobre 1997)*.

L. VIOLONI, *Il Tempio di Duno tra passato e futuro*, in: "Terra e gente. Appunti e storie di lago e di montagna", Comunità Montana della Valcuvia, 2006.



*Anniversario di
Consultazione
Venti anni di
cappellania europea
Dieci anni
di fondazione
dell'ENHCC
(European Network
of Health Care
Chaplaincy)*



*Londra,
16-19 settembre 2010*

Il 9 luglio 2010 presso il Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari ha avuto luogo un Incontro tra il Rev. dott. Stavros K. Kofinas, sacerdote ortodosso, Coordinatore dell'European Network of Health Care Chaplaincy (ENHCC) e Coordinatore della Rete di Pastorale Sanitaria del Patriarcato Ecumenico e S.E. Mons. Zygmunt Zimowski, Presidente del Dicastero. In seguito a questo incontro Mons. Dariusz Giers, Ufficiale del Dicastero è stato inviato all'Anniversary Consultation dell'ENHCC, svoltosi a Londra nei giorni 16-19 settembre in occasione del 10° anniversario dell'istituzione della Rete. Sono convenuti a Londra 53 partecipanti, rappresentanti delle cappellanie ospedaliere di 40 Paesi europei, tra i quali numerosi cappellani cattolici, sia religiosi che laici.

L'Opening Ceremony si è svolta nella famosa cattedrale di San Paolo a Londra (Saint Paul Cathedral) ed è stata preceduta dalla liturgia vespertina (Evensong). Durante la Cerimonia Mons. Giers ha letto in inglese l'indirizzo di saluto del Presidente del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari.

Tutte le sessioni di lavoro si sono tenute nel Westminster Thistle Hotel intorno al tema "Cappellani nel futuro – dare e ricevere" (Chaplains in the future – giving and receiving).

Il workshop è stato diviso in quattro sessioni con il seguente ordine: una Prolusione principale, introduttiva con due esposizioni supplementari, un approfondimento in piccoli gruppi dei problemi trattati e infine una deliberazione comune sulle conclusioni proposte da ogni gruppo.

La prima sessione, svoltasi nella mattinata di venerdì 17 settembre, è cominciata con una prolusione intitolata "Il cappellano e i cambiamenti nel sistema sanitario" di Anne Vandenhoeck ed è stata seguita

da due relazioni che hanno illustrato le relative esperienze nel contesto francese (Pierre Bouisset/Anne Hummeau "La cappellania ospedaliera in Francia oggi") e in quello inglese (Richard Lowndes "La cappellania/cura spirituale in Inghilterra. Esperienza nazionale e sviluppi attesi"). Nelle deliberazioni successive sono stati segnalati i seguenti problemi: il duplice compito di cappellano ospedaliero che, da una parte, deve comprendere il linguaggio pertinente al sistema sanitario e, dall'altra, far capire allo staff medico che all'interno di questo sistema egli svolge una funzione specifica; è importante quindi che il cappellano mantenga un atteggiamento di apertura verso gli operatori sanitari. È stata sottolineata l'utilità di documentazione del lavoro svolto dal cappellano (evidence), pur indicandone le relative difficoltà (privacy).



La seconda sessione ha affrontato il tema: "Il cappellano e le comunità religiose" (Dana Kalnina-Zake), visto dalla prospettiva scozzese (Ewan Kelly) e belga (Axel Liegeois). Nell'ambito di questo argomento è stata messa in rilievo la necessità della consapevolezza della propria vocazione. Il cappellano dovrebbe saper

distinguere tra la spiritualità e la religione; la spiritualità comporta anche la dimensione ecclesiale, ma evitando la promozione della propria comunità religiosa; è fondamentale che il cappellano sia concentrato sulla cura spirituale e non sul counselling psicologico perché, in quanto tale, è chiamato a guarire, piuttosto che a curare.

La sezione successiva ha esaminato l'argomento: "I cappellani e la crescita personale" (Kirsti Aalto), approfondito da una rappresentante della cappellania olandese (Anneke Kemper) e di quella irlandese (Kathleen O'Connor). È stato messo in evidenza che, nel contesto di una crisi globale, (economica, morale) e anche in riferimento alle crisi personali (burn-out) dei cappellani, è importante non scoraggiarsi, cercare di progredire spiritualmente, crescere nella fede. Per ottenere equilibrio e integrità della propria personalità sono essenziali l'aiuto e l'appoggio dei colleghi e dei team.

Per quanto riguarda i cappellani sacerdoti, Pierre Bouisset e Anne Hummeau, rappresentanti della cappellania cattolica francese, hanno sottolineato che la loro presenza nei centri di cura è un importante "segno". "Spesso oggi – hanno affermato – i team della cappellania non includono la figura del sacerdote: invece la sua presenza è particolare. Il sacerdote è nominato dal vescovo per accompagnare il team e mette in atto, attraverso la sua presenza, il legame con la chiesa diocesana locale. Egli accetta nel nome della Chiesa ciò che viene vissuto da parte dei membri del team ed esprime l'apertura verso l'accettazione del dono di Dio. Egli è una «presenza sacramentale» accanto ai malati e agli anziani: riconcilia con Dio, unge con l'olio consacrato e, in unione con il team, celebra la Santa Messa, manifestando co-

sì quanto tutta la missione verso i malati e i sofferenti sia radicata nell'Eucarestia".

Durante l'ultima sessione del 19 settembre si è svolto l'atto di passaggio della carica di coordinatore dell'ENHCC. Padre Kofinas è stato sostituito dalla dott.ssa Anne Vandenhoeck, belga, insegnante di Teologia all'Università Cattolica di Lovanio, che è stata eletta all'unanimità dai partecipanti all'*Anniversary Consultation*. La nuova Coordinatrice dell'ENHCC, dopo aver ringraziato per la fiducia dimostrata nei suoi confronti, ha accolto con gratitudine il nuovo incarico, presentando le linee pro-

grammatiche per il futuro dell'associazione. È stato deciso che la prossima Consultazione dell'ENHCC avrà luogo in Olanda nel 2012.

L'incontro si è svolto in un'atmosfera amichevole e rispettosa e sembra aver raggiunto il suo obiettivo, vale a dire, lo scambio delle esperienze nell'ambito delle cappellanie ospedaliere europee, al fine di assicurare ai malati un'assistenza spirituale più adeguata ed efficiente. A questo proposito sono da segnalare i termini più frequentemente rievocati durante i lavori: preparazione (*training*), qualità del servizio, trasparenza,

umiltà, crescita spirituale, testimonianza e fede. Per ravvivare la propria fede gli organizzatori delle Consultazioni londinesi hanno programmato quotidiani appuntamenti di preghiera nelle chiese, in una cappella ospedaliera, nonché durante i Lavori in Aula.

Informazioni più dettagliate sull'*Anniversary Consultation* 2010 si possono ottenere consultando la pagina web dell'ENHCC:

www.eurochaplains.org.

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

Saluto di S.E. Mons. Zygmunt Zimowski

CERIMONIA D'APERTURA – ST. PAUL'S CATHEDRAL, LONDRA – 16 SETTEMBRE 2010

Reverendo Dott. Stavros Kofinas, Coordinatore della Rete europea delle Cappellanie Sanitarie,

cari cappellani, che rappresentate Chiese e denominazioni religiose di numerosi Paesi europei,

e tutti voi che partecipate a questa cerimonia di apertura, che si svolge in questa bellissima cattedrale dedicata a San Paolo, Apostolo delle genti.

Anzitutto permettetemi di esprimere la mia più profonda gratitudine per l'invito rivolto mi a partecipare a questo Anniversary di Consultazione, a Londra, in occasione del ventennale della cappellania europea e del decimo anniversario della fondazione della Rete Europea delle Cappellanie Sanitarie (ENHCC).

Rev. Stravros Kofinas, apprezzo grandemente la missione e il lavoro dell'ENHCC e, lo voglio dire ad alta voce, è stato un grande onore per me riceverLa nel mio ufficio in Vaticano la scorsa estate. Ho potuto così conoscere la storia e le attività della Rete e ammirare il Suo zelo e la Sua dedizione nei confronti dei nostri

fratelli e sorelle ammalati. In riconoscimento del lavoro da Lei svolto, Le ho conferito la Medaglia del Buon Samaritano, che il Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari assegna a coloro che servono i malati e i sofferenti in maniera eccezionale. Come avrà notato, il nostro è stato un dialogo aperto e onesto, alla base della creazione di un rapporto di cooperazione per il futuro.

L'argomento che avete scelto per la riflessione in questa Consultazione riguarda l'avvenire: *La cappellania nel futuro – dare e ricevere*. Ai nostri giorni molte persone sono ansiose e persino impaurite riguardo al futuro, vedendolo come insicuro e instabile. Per coloro che sono impegnati nella cura pastorale della salute, la sfida da affrontare consiste nel rendersi disponibili come servi e ministri delle necessità spirituali di quanti soffrono in una società che è divenuta secolaristica, pluralistica, relativistica, e che spesso mostra ostilità e aggressività verso la fede e i valori religiosi.

Il Santo Padre Benedetto XVI, che proprio in questi giorni è in visita in Gran Bretagna,

ha pronunciato parole molto incoraggianti per il futuro. Il 28 giugno 2010, nell'omelia per i primi Vespri nella Basilica di San Paolo fuori le Mura, a Roma, in occasione della solennità dei Santi Apostoli Pietro e Paolo, ha detto: "La Chiesa è giovane, aperta al futuro. E lo ripeto oggi, vicino al sepolcro di San Paolo: la Chiesa è nel mondo un'immensa forza rinnovatrice, non certo per le sue forze, ma per la forza del Vangelo, in cui soffia lo Spirito Santo di Dio, il Dio creatore e redentore del mondo. Le sfide dell'epoca attuale sono certamente al di sopra delle capacità umane: lo sono le sfide storiche e sociali, e a maggior ragione quelle spirituali. Sembra a volte a noi Pastori della Chiesa di rivivere l'esperienza degli Apostoli, quando migliaia di persone bisognose seguivano Gesù, ed Egli domandava: che cosa possiamo fare per tutta questa gente? Essi allora sperimentavano la loro impotenza. Ma proprio Gesù aveva loro dimostrato che con la fede in Dio nulla è impossibile, e che pochi pani e pesci, benedetti e condivisi, potevano sfamare tutti. Ma non

c'era – e non c'è – solo la fame di cibo materiale: c'è una fame più profonda, che solo Dio può saziare. Anche l'uomo del terzo millennio desidera una vita autentica e piena, ha bisogno di verità, di libertà profonda, di amore gratuito. Anche nei deserti del mondo secolarizzato, l'anima dell'uomo ha sete di Dio, del Dio vivente”.

Fin dalle origini, la Chiesa ha preso a cuore la missione affidatale dal suo Maestro, non solo per nutrire l'affamato ma anche per prendersi cura della sua anima e del suo corpo. Gesù inviò i dodici Apostoli con il potere di cacciare gli spiriti maligni e curare ogni tipo di infermità e malattia. Egli disse: “E strada facendo, predicate che il regno dei cieli è vicino. Guarite gli infermi, risuscitate i morti, sanate i lebbrosi, cacciate i

demòni. Gratuitamente avete ricevuto, gratuitamente date” (Mt 10,7-8). Nel corso dei secoli il ministero pastorale della salute è stato un esempio eccellente di come soddisfare la fame spirituale delle persone, ricevendo la grazia da Dio e dando a coloro che soffrono. Sono persuaso che non esista altro avvenire per la Chiesa e per i suoi ministri di quello di dare gratuitamente ciò che si è ricevuto dalla generosità di Dio.

Per concludere, vorrei dire che sono a capo di un Dicastero molto speciale della Curia Romana, e cioè il Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, istituito nel 1985 dal Servo di Dio Giovanni Paolo II. Il suo obiettivo principale è quello di manifestare la preoccupazione della Chiesa per gli ammalati, assistendo coloro che svolgono

un servizio per i sofferenti, così che l'apostolato della misericordia che essi svolgono possa rispondere in maniera sempre maggiore alle nuove richieste (Costituzione Apostolica *Pastor Bonus*, n. 152).

Desidero esprimere, pertanto, la mia vicinanza a tutti i cappellani, in particolar modo a quelli associati con la Rete Europea. In spirito di unione e amore fraterno, benedico ciascuno di voi e il vostro lavoro e prego affinché continuiate a essere luce di speranza per il futuro del ministero sanitario in Europa e nel mondo intero.

Con rispetto e ammirazione, vi auguro un incontro fruttuoso.

S.E. Mons. ZYGMUNT
ZIMOWSKI

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

La cappellania nel futuro: dare e ricevere

CERIMONIA D'APERTURA – ST. PAUL'S CATHEDRAL, LONDRA – 16 SETTEMBRE 2010

Ci sono voluti dieci anni per fondare il nostro Network, che viaggia ormai da allora, un viaggio iniziato in Terra Santa assieme a Sten Ludgren, svedese. A quel tempo Sten era capo dell'Ufficio Pastorale della Libera Chiesa di Svezia, convinto sostenitore dell'ecumenismo e pastore sincero, un mentore per molte persone. Mentre era in viaggio, incontrò un cappellano di un altro paese e insieme iniziarono a parlare di cappellanie. Costatando come fosse proficuo il loro scambio di esperienze, ebbero l'idea di riunire i cappellani europei affinché anch'essi potessero provare la gioia della condivisione. Fu così che, nell'ottobre 1990, ebbe luogo, a Berlino, la prima riunione di rappresentanti delle Cappellanie Europee. Da allora, seguirono incontri a Uppsala (1993), nei Paesi Bassi (1994), a Bath, Inghilterra (1996), e a Roma (1998), dove fu deciso che la consultazione

successiva sarebbe stata ospitata dal Patriarcato Ecumenico di Grecia, nel 2000.

Il viaggio compiuto dai cappellani europei era stato gratificante, ma l'interrogativo posto a Roma era serio: dove stiamo andando? Per le riunioni dei Cappellani europei sembrava un viaggio senza meta.

Parallelamente al nostro, era in corso un altro viaggio, e cioè quello dell'Unione Europea! Il 1990 è stato un decennio di rapidi passi in avanti verso un'Europa unita. Con il crollo del comunismo nell'Europa centrale e orientale, gli europei si sentirono più vicini. Nel 1992, con la firma del trattato di Maastricht sull'Unione Europea, si materializzavano i sogni di un mercato comune, in cui si sottolineavano:

- il rafforzamento e la legittimità democratica delle istituzioni europee;
- il miglioramento dell'efficacia delle istituzioni europee.

– l'istituzione dell'unione economica e monetaria;

– lo sviluppo della dimensione sociale della Comunità europea;

– la creazione di una comune politica estera e di sicurezza.

Nel 1995 gli Stati membri dell'UE hanno siglato l'“Accordo di Schengen”, che ha permesso gradualmente alle persone di varcare le frontiere senza controllo dei passaporti. Milioni di persone sono state allora in grado di aprire più ampi canali di collaborazione e comunicazione, resi sempre più agevoli grazie allo sviluppo rapido e continuo di internet e dei telefoni cellulari. Gli europei cominciarono quindi a preoccuparsi di come agire insieme in aree di interesse comune, tra cui quello dell'assistenza sanitaria. Il trattato di Amsterdam, firmato nel 1997, ha fissato nuovi principi e responsabilità nel campo della

politica estera comune, e ha sottolineato la necessità di proiettare i valori dell'Unione Europea verso il mondo esterno, tutelandone gli interessi e riformando i suoi modi d'azione. Esso ha formato una più consolidata base strutturale di rappresentanza da parte degli Stati membri, in modo da pianificare e attuare strategie comuni.



Quando i 23 rappresentanti di 15 cappellanie arrivarono sull'isola di Creta, presso l'Accademia ortodossa, per la sesta consultazione europea delle Cappellanie Ospedaliere, lo sfondo socio-politico dell'Europa era rapidamente cambiato. Con gli sviluppi che avevano avuto luogo in Europa, il viaggio iniziato dai cappellani nel 1990 stava acquisendo una direzione. A Creta, fu chiaro che ormai facevamo tutti parte di una stessa Comunità Europea! L'interrogativo che ci si doveva porre era il seguente: potremmo, dovremmo avere un'unica Cappellania Ospedaliere? Era evidente che, se dovevamo esistere in ambito europeo, erano necessari una maggiore cooperazione tra le nostre cappellanie e uno stan-

dard comune che qualificasse la cappellania per la Pastorale della salute e come doveva essere praticata.

All'inizio dei lavori, la risposta a questa domanda sembrò piuttosto semplice: "Sì!" "Certo!". Fu deciso che era giunto il momento in cui le Cappellanie d'Europa dovessero riunirsi sotto un qualche tipo di organizzazione. I partecipanti inizialmente pensarono che le cose che avevano in comune fossero più di quelle che li separavano. In realtà, alcune delle cappellanie nazionali erano già "in rete" con altre cappellanie nazionali. Ci furono però alcune preoccupazioni iniziali per quanto riguarda la formazione di una cappellania "unita", a causa delle differenziazioni di base nella gestione di ciascuna di esse, nel loro rapporto con la propria autorità religiosa e nelle diverse percezioni del significato di spiritualità. La difficoltà principale stava nell'uso del linguaggio da usare nella definizione di tali differenze, in particolare nei loro specifici contesti culturali.

La divergenza più grande si è avuta al momento di definire la cappellania all'interno di un contesto di fede o laicale. Qui, la nostra discussione si è fatta intensa. Fino all'ultimo momento delle deliberazioni, sembrava che il cammino verso un qualche tipo di unità sarebbe rimasto incompiuto. Le strigoni e Ciclopi, e la furia selvaggia di Poseidone avevano circondato la nostra nave. La tensione salì, ma i nostri pensieri e le nostre emozioni rimasero elevate e la nostra tenacia nel mantenere una comunicazione e una comprensione aperte prevalse. Tutti sapevamo che per permettere alla nostra cappellania di sopravvivere all'interno della comunità socio-politica e religiosa europea, dovevamo raggiungere la nostra Itaca: un'Itaca in cui regnassero il rispetto reciproco e la condivisione, e dove imparare l'uno dall'altro, un'Itaca di modelli qualitativi elevati per la Cappellania europea, un'Itaca che si preoccupa e assiste tutti. Alla fine, sabato 11 novembre, ultimo giorno dei lavori, dopo molte discussioni si decise di creare la Rete

europea della Cappellania nel mondo della salute (ENHCC) e venne adottata la dichiarazione di Creta.

Nel lasciare l'isola, l'unica cosa che avevamo concordato era il nome della nascente organizzazione. Fu costituito un piccolo comitato organizzativo formato da me, da Fred Coutts, che si è offerto di creare un sito web, Michael Möller-Herr, della Chiesa luterana di Germania e Kirsti Aalto, della Chiesa Luterana di Finlandia, che si offrì gentilmente di ospitare la successiva consultazione nel 2002. Il compito principale di tale comitato operativo sarebbe stato quello di preparare una bozza di standard per una Cappellania sanitaria europea. Nell'incontro di Costantinopoli, l'odierna Istanbul, presso il Patriarcato Ecumenico, abbiamo collaborato per formare il progetto, usando quanto appreso dalla consultazione cretese.

Il nostro incontro in Finlandia è stato celebrativo! Furono adottati gli standard, fu eletto un coordinatore e nominato un comitato di Rete. Dublino, Lisbona e Tartu, in Estonia, sono stati i luoghi delle consultazioni successive. Durante quegli incontri, è stata adottata una costituzione per installare la presidenza per un'infrastruttura solida, compiendo grandi sforzi per spiegare e aiutare gli altri a capire il livello teologico, clinico e culturale di ciascuno di noi. A Lisbona e in Estonia, abbiamo iniziato a discutere ambiti speciali di preoccupazione, abbiamo redatto una dichiarazione sulle cure palliative e affrontato la questione del termine della vita. La cosa importante è che, ogniquale volta ci siamo incontrati, si è instaurato un forte legame di relazioni professionali e interpersonali.

Da quando la nostra Rete è stata fondata, sono stati compiuti grandi sforzi per istituire rapporti oltre oceano, con l'Associazione Americana dei Cappellani Professionisti e con l'Associazione per l'Educazione Pastorale Clinica (il cui rappresentante partecipa per la prima volta alla nostra Consultazione). Abbiamo aperto la via verso il Consiglio Europeo delle Chiese (CEC), il Policy

Advisor per il Dialogo Religioso dell'UE e l'Ufficio del Commissario UE per la Sanità Pubblica, che visitiamo regolarmente partecipando a varie riunioni dell'Unione Europea. In realtà, è stato su nostra iniziativa che l'ufficio del Commissario UE sulle cure palliative ha indetto una riunione speciale.



Come Omero nell'Odissea scrive circa il viaggio verso Itaca: "Molte città abbiamo visitato, e molte sono state le nazioni dei cui usi e costumi [eravamo] a conoscenza...". Nel corso di questi dieci anni, coloro che sono stati eletti nel Comitato della Rete sono stati in comunicazione costante, e si sono incontrati una volta a Dublino, una a Lovanio e tre presso il Patriarcato Ecumenico di Costantinopoli. Senza la collaborazione e la dedizione di coloro che hanno servito tale Comitato, non saremmo riusciti ad andare avanti come abbiamo fatto. Devo qui sottolineare il lavoro svolto dal Rev. Fred Coutts, il nostro *webmaster*, che ha creato e sviluppato il nostro sito web, rendendolo un punto di riferimento per tutti noi. Posso onestamente affermare che senza l'energico sforzo di Fred e il suo impegno totale, la nostra Rete non avrebbe mai proseguito il suo viaggio.

Dopo dieci anni di cammino, la nostra Rete ha raggiunto un picco, (o dovrei dire un altopiano), nella nostra storia. Negli ultimi due anni, sono stati compiuti alcuni passi concreti. Uno di questi riguarda il dialo-

go iniziato con il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute. Si tratta di una cosa importante in quanto hanno partecipato alla Rete circa 15 Cappellanerie nazionali della Chiesa cattolica. Nel mio incontro con i membri del Consiglio a Roma, lo scorso luglio, è stato convenuto che la Cappellania sanitaria in Europa sta entrando in una fase difficile a causa di una visione più laica di ciò che viene definito "spirituale", e del tentativo di minimizzare tutto ciò che è religioso, in particolare quello che è considerato ecclesiastico. Il Pontificio Consiglio ci aiuterà a metterci in contatto con un maggior numero di Paesi dell'Europa orientale, cosa che in passato è stata difficile, e a lavorare con il Consiglio delle Conferenze Episcopali d'Europa, importante organo della Chiesa Cattolica. Nel giugno del 2009, ci siamo incontrati di nuovo con i dirigenti della Commissione Chiesa e Società (CCS), con la Commissione della Conferenza delle Chiese Europee (CEC), con il Vice Segretario dell'Ufficio del Commissario europeo per la sanità pubblica e il Policy Advisor per il dialogo religioso dell'UE. Ciò che è emerso in modo evidente durante questi incontri è stata la richiesta che ci è stata formulata, come organizzazione di fama europea, di offrire la nostra conoscenza e competenza in modo da arricchire coloro che si occupano di assistenza sanitaria in Europa. Invece di chiedere il riconoscimento da parte dei funzionari dell'Unione europea, siamo stati collocati in una posizione nella quale ci è stato chiesto di contribuire al "Grande Evento della Unione Europea".

In seguito a questa richiesta, il Comitato di Rete ha deciso che si dovesse realizzare una piccola indagine conclusiva, in modo da indicare come sono trattate in ciascuno dei nostri paesi e cappellanerie le problematiche relative al termine della vita.

Si è trattato anche di un buon follow-up dalla nostra ultima consultazione. Tale indagine comparativa sarebbe stata utile per apprendere gli uni dagli altri, e sarebbe servita da fonte di

riferimento per gli organismi con i quali abbiamo collaborato nel corso degli anni. Il sondaggio è stato un percorso importante per verificare la portata effettiva del nostro lavoro congiunto e della nostra collaborazione collettiva. Purtroppo, lo sforzo non è riuscito in quanto vi hanno contribuito solo undici degli organismi organizzativi che vi partecipavano.

Il fallimento di questo sforzo collettivo fa emergere alcune preoccupazioni fondamentali circa il futuro della nostra Rete. Il nostro viaggio alla ricerca di Itaca è giunto a un punto d'arresto? Abbiamo perso la nostra motivazione? Siamo stati inghiottiti nel disincanto di una Europa unita, un disincanto che pervade la nostra giornata e il nostro tempo, facendoci chiudere in noi stessi?

Come affermato nella Dichiarazione di Creta adottata all'inizio del nostro viaggio, la Rete è stata fondata su due fattori principali:

1) *Una chiara comprensione di noi stessi e di come ci relazioniamo l'un l'altro a livello teologico, culturale, psicologico e pratico/clinico.*

2) *La promozione di un elevato standard di assistenza sanitaria spirituale all'interno delle nostre organizzazioni nazionali, in Europa e nel mondo in generale.*

Negli ultimi dieci anni trascorsi come coordinatore della Rete, è stata mia ferma convinzione che l'esistenza della nostra Rete dipenda da un fattore molto importante: *la nostra capacità di contribuire alle sfide poste dall'assistenza sanitaria a tutti i livelli, costruendo ponti di comunicazione, formando relazioni di fiducia e di cooperazione ed essendo espressione di cura.*

Quest'ultimo punto è il denominatore che ci può dare lo stimolo per andare avanti. Noi non possiamo esistere solo per inerzia, restando centrati su noi stessi e confinati nelle nostre realtà nazionali. Siamo dei professionisti che proclamano il messaggio di speranza attraverso l'assistenza sanitaria. Così, il nostro contributo alle sfide della società europea di oggi e nella sanità in particola-

re, non è teorico o accademico. Si tratta di un modo di esprimere la nostra preoccupazione per quanti hanno bisogno di una cura che solo noi possiamo offrire. Se ci chiudiamo nelle nostre situazioni nazionali e se non ci sforziamo di considerarci parte di un tutto e di esprimere cura per quel tutto, verremo meno, non solo come Rete, ma anche come persone che operano in campo assistenziale. E il nostro viaggio sarà giunto al termine.

Stiamo entrando in un momento difficile della storia in cui tutte le istituzioni che una volta offrivano un senso di stabilità sono in discussione. Qualificati enti sociali e culturali del passato sembrano essere stati liquidati. Nel nome del "multiculturalismo" e della "multireligiosità", tutto sembra essere un'unica cosa, ma pare che abbiamo perso quell'"Uno", e che non ci sia più "Qualcuno" al di fuori di noi

stessi che ci tiene insieme. Ciò pone una nuova sfida alle organizzazioni di cappellania affinché lavorino insieme: aiutare le persone, in questi tempi inquieti, a riconquistare la loro fede in un Dio filantropico e a imparare come accettare un'autentica assistenza. Perché, come il Patriarca Ecumenico Bartolomeo ci ha detto quando lo abbiamo incontrato, la nostra missione è quella di essere espressione viva della filantropia di Dio. È una missione che *non conosce confini geografici, non distingue razza, popolo o lingua, è diretta indiscriminatamente e senza eccezione, a tutti gli uomini e le donne, creati a immagine di Dio*.

È così che, come in tutti i nostri incontri precedenti, siamo chiamati a fare di questo anniversario una riunione storica. Sarà eletto un nuovo coordinatore, in quanto il mio mandato è giunto al termine. Nei prossimi giorni, dovremo

discutere seriamente su come il nostro viaggio avanza nel mare in cui navighiamo in un momento storico che sta andando incontro a molte tempeste. Nel riflettere su chi sarà il cappellano del futuro, dobbiamo anche definire come può il cappellano essere una nave che cura, un esempio di come si possa dare e ricevere. Nel farlo, dobbiamo esaminare in che modo la nostra Rete può essere anche una nave che dia cure migliori. Come possiamo trovare modi migliori per dare l'un l'altro e ricevere e accettare l'un l'altro a livello personale e trans-nazionale? Come a Creta dieci anni fa e in tutte le nostre consultazioni seguenti, sono sicuro che se terremo Itaca nella nostra mente, continueremo nella nostra meta di una rete operativa.

P. STAVROS KOFINAS
Coordinatore della Rete europea
delle Cappellanie Sanitarie





[Il SANTO PADRE](#)

[La CURIA ROMANA](#)

[SERVIZI DI
INFORMAZIONE](#)

[CITTÀ
DEL VATICANO](#)

[ANNO LITURGICO](#)

[CELEBRAZIONI
LITURGICHE](#)

Roma

LA CURIA ROMANA

- [Segreteria di Stato](#)
- [Congregazioni](#)
- [Tribunali](#)
- [Pontifici Consigli](#)
- [Sinodo dei Vescovi](#)
- [Uffici](#)
- [Pontificie Commissioni](#)
- [Guardia Svizzera](#)
- [Istituzioni Collegate con la Santa Sede](#)
- [Ufficio del Lavoro della Sede Apostolica](#)
- [Accademie Pontificie](#)

Pontifici Consigli

Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari (per la Pastorale della Salute)

XXV CONFERENZA INTERNAZIONALE



"CARITAS IN VERITATE"
PER UNA CURA DELLA SALUTE
EQUA ED UMANA

CARITAS IN VERITATE
TOWARD AN EQUITABLE AND HUMAN
HEALTH CARE

18+19+20 NOVEMBER 2010
ROMA: AULA DEL SINDACO • CITTÀ DEL VATICANO
NEW BRUNSWICK • VATICAN CITY

Scheda d'iscrizione

- **Profilo**
[Inglese, Italiano, Spagnolo]
- **Archivio**
[Francese, Inglese, Italiano, Portoghese, Spagnolo, Tedesco]