

DISCEPOLI MISSIONARI NEL MONDO DELLA SANITÀ ORIENTAMENTI PER LA PASTORALE SANITARIA IN AMERICA LATINA E NEI CARAIBI

Dipartimento di Giustizia e Solidarietà

CELAM

Pastorale sanitaria

PRESENTAZIONE

La V Conferenza generale dell'episcopato latino-americano realizzata ad Aparecida, come evento di grazia per la chiesa che cammina ed opera nel continente dell'America del Sud, è un segno dell'opera di discepoli di Gesù Cristo, la cui identità si comprende solamente nella stretta comunione con Lui e il suo messaggio. *“La vita nuova di Gesù Cristo tocca l'essere umano in modo integrale e sviluppa in pienezza l'esistenza umana nella sua dimensione personale, familiare, sociale e culturale. La vita in Cristo cura, fortifica ed umanizza. Perché Lui è il Vivente, che cammina al nostro fianco, manifestandoci il significato degli eventi, del dolore della morte, dell'allegria e della festa”* (DA 356).

Non c'è altro contenuto del messaggio dei discepoli di Gesù Cristo che tornare alla vita nuova e piena che il Signore offre agli uomini di tutte le culture e di tutti i tempi, soprattutto, quelli più fragili e vulnerabili della società.

Nella stessa dinamica di amore con la quale Dio si avvicina all'umanità sofferente in Cristo Gesù, la chiesa si approssima alle persone che si incontrano in situazioni di abbandono, di esclusione e di dolore, che contraddicono il progetto del Padre, per assumere un impegno a favore della cultura della vita (DA 358).

L'amore di Dio spinge il cristiano a frequentare i luoghi e le condizioni di sofferenza nelle quali vive l'umanità per proclamare il valore della presenza del Regno della Vita che deve manifestarsi nella testimonianza della prossimità, della vicinanza affettuosa, ascolto attento, amore compassionevole e totale solidarietà con tutti, specialmente con quelli che attraversano le esperienze estreme della sofferenza vissute in casa, in ospedale o nei centro di riabilitazione.

La Pastorale della salute, come attività propria del discepolo di Gesù Cristo, si trasforma in annuncio di morte e di risurrezione del Signore, unica e vera salvezza (DA 419). Un aspetto essenziale per la sua comprensione, è la promozione della vita nella sua dimensione integrale. La sua non è un'azione di tipo assistenzialista verso l'infermo, ma si apre all'accompagnamento della famiglia, che sostiene tutte le difficili responsabilità di accudire un malato in casa. Con l'annuncio di Gesù Cristo, prossimo ai malati, essa offre consolazione e coraggio nei momenti difficili che sta vivendo. I discepoli del Signore comprendono e vivono la solidarietà del loro maestro, che si è fatto prossimo ad una moltitudine di malati e bisognosi per curarli e ripristinarli nella loro dignità, reinserendoli nella vita sociale. È la solidarietà che dà dignità e che si valica i limiti personali e familiari e comprende che si deve lavorare in favore di una politica pubblica perché i governi elaborino delle linee guida di base per la salute della popolazione. Questo passaggio dalla pastorale dei malati alla pastorale della Salute è importante, perché offre la possibilità di operare olisticamente affinché la persona possa vivere con dignità. Non è possibile prestare solamente un'assistenza al malato: è necessario andare più lontano, per cambiare le strutture sociali che permettano una vita sana e degna. La Chiesa, nella sua missione di rendere presente il Regno di

Dio, è chiamata a promuovere e difendere la vita in tutte le sue dimensioni e stagioni; “*essa è chiamata ad essere avvocato di giustizia e difesa dei deboli*” (DA 395), non cessa di impegnarsi affinché si ristabiliscano le condizioni per uno sviluppo della vita con dignità.

Sono lieto di presentare l’edizione in lingua portoghese del testo *Discepoli missionari ne mondo della salute – Guida per la Pastorale della Salute in America Latina e nei Caraibi*, frutto di un lungo lavoro, di un fraterno e fecondo dialogo tra gli operatori della Pastorale della Salute di ogni Conferenza Episcopale del continente, chiamato ad essere il continente dell’amore. Sarà uno strumento utile e valido per lo svolgimento di questa pastorale specifica, che cerca di rispondere ai grandi interrogativi della vita, come il senso del soffrire e della morte, alla luce della morte e della risurrezione del Signore (DA 418).

Apprezzo il grande sforzo fatto dall’equipe di sostegno della Pastorale della Salute del dipartimento di Giustizia e Solidarietà del CELAM e, in particolare, da p. Leo Pessini, camilliano, per il suo interessamento per la traduzione di questa *Guida*, ma soprattutto, per la sua diretta partecipazione per la sua elaborazione.

Prego affinché questa *Guida* possa dare un rinnovato impulso alla Pastorale della Salute e riattivare una nuova passione missionaria nell’annuncio della novità di vita in Gesù Cristo al nostro popolo.

+ Dom Raymundo Damasceno Assis

Arcivescovo di Aparecida

Presidente del Consiglio Episcopale dell’America Latina –

CELAM

Aparecida, 25 maggio 2010

Giorno della nascita di San Camillo de Lellis

Presentazione

"La Chiesa ha fatto una scelta per la vita" (Aparecida 417). Questa forte dichiarazione dei vescovi latino-americani e dei Caraibi, riuniti ad Aparecida nel 2007, ci inquadra nel compito che la Chiesa deve svolgere nel mondo. Anche quando si chiedono qual è la missione dei discepoli di Gesù, rispondono in modo chiaro e deciso: "Vivere e comunicare la nuova Vita in Cristo ai nostri popoli" (Aparecida 348).

Già Giovanni Paolo II, nell'enciclica *Evangelium vitae*, ci aveva detto che "La rivelazione del Vangelo della vita ci è data come bene da comunicare a tutti: perché tutti gli uomini siano in comunione con noi e con la Trinità (cf. *I Gv* 1, 3). Neppure noi potremmo essere nella gioia piena se non comunicassimo questo Vangelo agli altri, ma lo tenessimo solo per noi stessi." (n.101).

In questo contesto si colloca la Pastorale Sanitaria come "risposta ai grandi interrogativi della vita, come il dolore e la morte, alla luce della morte e risurrezione del Signore" (Aparecida 418). Il nostro compito, quindi, consiste nel promuovere, custodire, difendere e celebrare la vita, rendendo presente nella storia il dono liberatore e salvifico di Gesù, che è venuto a portarci la vita, e una vita in abbondanza (cf. *Gv* 10,10).

In questo spirito, offriamo alle Conferenze episcopali dell'America Latina e dei Caraibi alcuni orientamenti generali per l'inculturazione della Buona Novella nel mondo della sanità.

Questa "Guida" è frutto del lavoro svolto negli Incontri Regionali e Latino-americani della Pastorale Sanitaria che, dal 1989, sono stati convocati dal Dipartimento della Pastorale Sociale – DEPAS - CELAM, ora "Dipartimento di Giustizia e Solidarietà - DEJUSOL".

Nel II Incontro Latinoamericano e dei Caraibi, tenutosi a Quito, Ecuador, nel 1994, è stato elaborato un primo documento di lavoro, che è stato in seguito arricchito dal contributo delle commissioni episcopali e dei gruppi della Pastorale Sanitaria che in ogni angolo del continente sono impegnati nell'evangelizzazione del mondo della sanità. Questa prima fase del processo è culminata nel III Incontro Latinoamericano e dei Caraibi, tenutosi a Santo Domingo nel 1998, dove è stato anche approfondito il tema della formazione degli operatori della Pastorale Sanitaria.

Nel IV Incontro (San Paolo, Brasile, 2003) si è lavorato sul consolidamento del processo di strutturazione e organizzazione della Pastorale Sanitaria in America Latina e nei Caraibi.

In seguito sono stati realizzati gli Incontri Regionali Camexpa e dei Caraibi, del Cono Sud e dei Paesi Bolivariani (Bolivia, Colombia, Ecuador, Panamá, Perú, Venezuela), al fine di aggiornare la Guida con il contributo dei diversi paesi.

Nel 2007 si è tenuta ad Aparecida, Brasile, la V Conferenza Generale dell'Episcopato Latinoamericano, sul tema: "Discepoli e missionari di Gesù Cristo affinché i nostri popoli in Lui abbiano la vita", alla luce della frase "Io sono la Via, la Verità e la Vita" (Gv 14,6).

Il V Incontro Latinoamericano e dei Caraibi della Pastorale Sanitaria, svoltosi a Panamá nel 2009, ha proposto di rivedere e aggiornare la guida alla luce del Documento di Aparecida. Il testo che ora offriamo alle Conferenze Episcopali ed alle comunità cristiane è il risultato di questo processo.

Insieme a queste linee guida, il CELAM offre il "Manuale di Teologia e Pastorale Sanitaria" e altri sussidi per la formazione che, senza dubbio, potranno costituire un supporto ricco e prezioso nella preparazione dei professionisti e degli operatori pastorali che prestano il proprio servizio nel mondo della sanità in America Latina e nei Caraibi.

Apprezziamo il costante e generoso impegno dell'Equipe di Sostegno della Pastorale Sanitaria del CELAM, così come la collaborazione di tutti coloro che hanno permesso che questa guida diventasse una realtà. Ci auguriamo che queste linee guida possano servire per promuovere e rafforzare la Pastorale Sanitaria nel continente. Tutta la comunità cristiana, con rinnovato spirito missionario, si sente chiamata ad annunciare, celebrare e servire il Vangelo della Vita e della Speranza (cf. EV 80-91).

+ José Leopoldo González González
Vescovo ausiliare di Guadalajara
Segretario Generale del CELAM

11 febbraio 2010, Giornata Mondiale del Malato

Introduzione

1. Il presente documento intende offrire a tutta la comunità cristiana alcuni orientamenti e linee guida per la Pastorale Sanitaria in America Latina e nei Caraibi.
2. La società attuale, e specialmente il mondo della sanità, ha sperimentato numerosi e profondi cambiamenti che ci chiamano a rimanere in un atteggiamento di ascolto e di ricerca per agire pastoralmente con efficacia e realismo.
3. La persona sofferente è motivo di preoccupazione e sollecitudine nell'azione missionaria della Chiesa. La sofferenza e il dolore colpiscono la persona non soltanto nel suo aspetto fisico, ma si ripercuotono sulla sua integrità e sul suo ambiente familiare e sociale, che sono compagni inseparabili dell'umanità. Per alleviare il dolore occorrono medicine e analgesici; per alleviare la sofferenza abbiamo bisogno di trovare risposte sul senso e la trascendenza della vita umana.
4. Giovanni Paolo II suggeriva già nel 1981: "Occorre delineare un progetto unitario di pastorale sanitaria con la collaborazione di tutta la comunità cristiana" (L'Osservatore Romano, n.277) in un atteggiamento di apertura e valorizzazione dei contributi provenienti dalle scienze psicosociali e dalla ricerca medica, con un serio fondamento teologico-biblico e una struttura e un'impostazione organizzativa propria dell'America Latina e dei Caraibi.
5. In questo senso, riteniamo importante unificare i criteri, le direzioni e il linguaggio. Non parliamo più di pastorale degli infermi ma di pastorale sanitaria nelle sue tre dimensioni: solidale, comunitaria e politico-istituzionale, perché l'azione della Chiesa deve avere un impatto sulla realtà totale della persona, lì dove vive e agisce, e non soltanto sulla situazione di malattia.

Si tratta di una pastorale umanizzante ed evangelizzatrice che rende presenti i gesti e le parole di Gesù misericordioso e infonde consolazione e speranza in coloro che soffrono; una pastorale che annuncia il Dio della vita e promuove la giustizia e la difesa dei diritti dei più deboli, dei malati; che impegna l'intera comunità cristiana in un lavoro organizzato e strutturato nel quadro di una pastorale d'insieme.

CAPITOLO I

Cos'è la salute?

6. La salute è affermazione della vita e, come tale, riguarda la soggettività, la spiritualità, la convivenza, la cultura del riconoscimento del diverso, della gioia e della festa. È anche una convivenza rispettosa della natura: vivere il rapporto con la terra come madre della vita e come casa e ambiente di tutti gli esseri viventi.
7. La salute è un diritto fondamentale che gli Stati debbono garantire e al quale ogni persona deve avere accesso senza privilegi né esclusioni.

8. La salute è un processo armonico di “ben-essere” fisico, psichico, sociale e spirituale, e non soltanto l’assenza di malattia, che renda capace l’essere umano di compiere la missione che Dio gli ha affidato, in conformità con la fase e la condizione di vita in cui si trova. La salute è un’esperienza “biografica”: abbraccia le diverse dimensioni della persona umana ed è in stretta relazione con il modo in cui la persona vive la propria corporeità, con il suo posto nel mondo e con i valori sui quali costruisce la sua esistenza. In sintesi, potremmo dire che la salute è armonia fra corpo e spirito, armonia tra persona e ambiente, armonia tra personalità e responsabilità.
9. La salute è una condizione essenziale per lo sviluppo personale e comunitario che pone varie esigenze, tra le quali segnaliamo:
- Articolare la salute con l’alimentazione, l’istruzione, il lavoro, la remunerazione, la promozione della donna, del bambino, dell’ecologia, dell’ambiente, ecc.
 - Assumere le azioni di promozione e difesa della vita e della salute, non soltanto in funzione delle necessità immediate delle persone, delle collettività e delle relazioni interpersonali, ma anche in funzione della costruzione delle politiche pubbliche e dei piani di sviluppo a livello nazionale, locale e parrocchiale, in una cornice di equità, solidarietà, giustizia, democrazia, qualità della vita e partecipazione civile.
10. Questa concezione dinamica e socio-ecologica della salute permette di comprendere non soltanto le cause fisiche, mentali e spirituali della malattia, ma anche le cause sociali e, in quest’ottica, apportare elementi per un dialogo e una concertazione tra la società e la Chiesa al fine di migliorare la situazione della sanità nei paesi dell’America Latina e dei Caraibi. Inoltre, consente alla pastorale sanitaria di avere un quadro di riferimento per lo sviluppo delle sue azioni e progetti nel mondo del lavoro.

CAPITOLO II

La realtà della Sanità in America Latina e nei Caraibi¹

11. La Chiesa ha espresso la sua preoccupazione e angoscia di fronte al “crescente impoverimento a cui sono sottoposti milioni di nostri fratelli fino a giungere a intollerabili estremi di miseria, il più devastante e umiliante flagello che si trovano a vivere l’America Latina e i Caraibi” (Santo Domingo 179).

L’aspetto economico

12. Nel 2007 un calcolo approssimato della popolazione dell’America Latina e dei Caraibi indicava un totale di 565 milioni di abitanti, dei quali quasi 209 milioni di persone continuano a vivere sotto la soglia della povertà, e quel che è peggio è che diversi milioni soffrono di estrema povertà. Il divario fra poveri e ricchi si accresce sempre di più. Questa

¹ I dati citati nel presente capitolo provengono dal documento “Sanità nelle Americhe” (OPS/OMS), che presenta cifre e statistiche inviate dalle autorità sanitarie e governative di ogni paese.

situazione ha cause strutturali, ma è stata incrementata per effetto delle politiche di adeguamento neoliberale applicate in quasi tutti i nostri paesi al fine di favorire l'inserimento internazionale dell'America Latina e dei Caraibi in un mondo sempre più globalizzato e interdipendente, dove le grandi potenze decidono il destino del pianeta.

13. Tali politiche di adeguamento strutturale hanno avuto la loro principale giustificazione negli squilibri macroeconomici di ordine fiscale ed esterno, accentuatissimi nelle decadi degli anni Ottanta e Novanta. “Gli anni Ottanta sono stati caratterizzati dal flagello dell'inflazione aumentata dal deficit fiscale, dal peso del debito estero e dal disordine monetario, dalla distruzione delle economie statali per la perdita di risorse fiscali, dall'inflazione e dalla corruzione, dalla caduta degli investimenti tanto nazionali quanto stranieri (...), andando a colpire molto sfavorevolmente l'economia dei nostri paesi. Questa situazione persiste e tende ad aggravarsi” (Santo Domingo 198).
14. Oggigiorno circa 200 milioni di persone non hanno accesso regolare ai servizi medico-sanitari a causa della loro localizzazione geografica, delle barriere economiche o dell'assenza di centri d'assistenza nelle vicinanze. 53 milioni non hanno accesso all'acqua potabile, 127 milioni non hanno a disposizione un'assistenza sanitaria di base, 100 milioni non hanno accesso ai sistemi di raccolta dei rifiuti. Milioni di persone che subiscono i danni di questa crisi e degli adattamenti economici non sono più oggetto di attenzione da parte dello Stato. D'altra parte, la solidarietà della società risulta ancora più insufficiente per far fronte alla portata di questi problemi socioeconomici.
15. In questi anni di adattamento del modello neoliberale, è stata enormemente trascurata la spesa sociale, specialmente nei settori dell'istruzione, della sanità, della previdenza sociale, a causa della scelta di dare la preferenza al pagamento del debito estero. Questo ha portato a una situazione di maggiore povertà e scoraggiamento nelle popolazioni dell'America Latina e dei Caraibi, con ripercussioni negative sullo sviluppo delle comunità.
16. Una sfida che ci si presenta nel momento presente consiste nell'orientare lo sviluppo economico in una prospettiva che includa la sollecitudine per la persona umana e l'ambiente, così come l'approfondimento della democrazia, non solo come metodo di governo ma anche come forma sostanziale di vita.

L'aspetto demografico

17. Si sta verificando un'inversione della piramide demografica come conseguenza della riduzione del tasso di natalità, della mortalità infantile e dell'aumento dell'aspettativa di vita, accompagnati da un invecchiamento della popolazione. Stiamo constatando grandi movimenti migratori da un paese all'altro e spostamenti interni forzati della popolazione, a causa della violenza e della ricerca di migliori condizioni di vita, che hanno generato un'urbanizzazione traumatica con gravi conseguenze per la salute della popolazione.
18. Occorre denunciare e riflettere sul concetto di esplosione demografica ipotizzato dal primo mondo come unica causa della povertà, non considerando quest'ultima come un frutto dell'ingiustizia, della corruzione e della cattiva distribuzione delle risorse. È un dato di fatto che gli indici di fertilità e di natalità si siano abbassati in America Latina e nei Caraibi, senza tuttavia migliorare gli indicatori della qualità della vita. Al contrario, si osserva un aumento della povertà, che genera sempre più malattia e morte.

L'aspetto sociale

19. Nei documenti di Puebla, Santo Domingo e Aparecida la Chiesa fa riferimento ai volti sofferenti di Cristo in America Latina e nei Caraibi. Così recita il documento di Aparecida:

“Ci sono le comunità indigene e afroamericane che, in molte occasioni, non sono trattate con dignità e uguaglianza di condizioni; molte donne che vengono escluse a motivo del genere, della razza o della loro situazione socioeconomica; giovani che ricevono un’istruzione di bassa qualità e non hanno l’opportunità di proseguire nei loro studi né di entrare nel mercato del lavoro per realizzarsi e costituire una famiglia; molti poveri, disoccupati, migranti, sfollati, contadini senza terra, che cercano di sopravvivere nell’economia informale; bambini e bambine costretti alla prostituzione, legata spesso al turismo sessuale - per non parlare delle bambine costrette ad abortire – che vivono nella miseria e soffrono la fame. Ci preoccupano anche i tossicodipendenti, i portatori di handicap e coloro che soffrono di malattie gravi ma che possono essere prevenute e che sono oggetto di trattamenti insufficienti, come la malaria, il morbo di Chagas, la leishmaniosi, la tubercolosi, così come i portatori di HIV/AIDS, che oltretutto soffrono la solitudine e vengono esclusi dalla convivenza familiare e sociale. Non dobbiamo neppure dimenticare i sequestrati e le vittime della violenza, del terrorismo, dei conflitti armati e dell’insicurezza urbana. Anche gli anziani, che oltre a sentirsi esclusi dal sistema produttivo, sono spesso rifiutati dalla propria famiglia in quanto persone scomode e inutili. Ci affligge, infine, la situazione disumana in cui vive la stragrande maggioranza dei carcerati; anch’essi hanno bisogno della nostra presenza solidale e del nostro aiuto fraterno. Una globalizzazione senza solidarietà esercita un impatto negativo sui settori più poveri” (Aparecida 65).

20. Costituisce motivo di preoccupazione la mancanza di un’attenzione integrale alla situazione di abbandono in cui vivono gli anziani, i malati mentali, i malati in fase terminale e i portatori di handicap. Aparecida lancia un appello speciale con particolare riferimento a cinque situazioni: le persone che vivono per strada, i migranti, i malati, i tossicodipendenti, i carcerati.

Anche altre realtà, come l’eccessivo costo della vita e la mancanza di controllo dei prezzi e della qualità dei farmaci, il traffico di organi, la sterilizzazione delle fonti della vita, l’altissimo numero degli aborti, la proliferazione dei progetti e delle leggi che ne depenalizzano la pratica, la tratta di esseri umani, soprattutto di bambini e ragazze, ecc. esigono una risposta.

21. Parimenti ci preoccupano i progressi della tecnologia medico-scientifica, che vanno a beneficio solamente di un settore privilegiato della popolazione e, molto spesso, agiscono sulla vita umana senza ispirarsi ad alcun valore etico o bioetico.

22. D’altra parte, i paesi dell’America Latina e dei Caraibi si sono trovati ad affrontare simultaneamente i problemi sanitari che nascono dalla povertà e dal sottosviluppo e le malattie caratteristiche dei paesi sviluppati, come le patologie croniche (diabete, ipertensione, tabagismo, cancro) e le malattie degenerative (Alzheimer, Parkinson), così come quelle generate da cause esterne (violenza familiare e urbana, incidenti della strada e sul lavoro...).

23. La decomposizione sociale, la violenza dilagante e l'insicurezza hanno causato un allarmante aumento degli omicidi, dei suicidi e delle morti violente, specialmente in alcuni paesi.

24. A questo si sommano i problemi di salute mentale, come la depressione e l'ansia, favoriti dal deterioramento dell'ambiente, delle condizioni di vita e dall'incremento della violenza, fra gli altri fattori.

25. È importante segnalare alcuni nuovi inserimenti fra i fattori che causano malattie e morte. Sappiamo che, in materia di longevità, le abitudini di vita hanno un'incidenza del 53%; l'ambiente del 20%; la genetica del 17%; il sistema sanitario, che ha rappresentato finora la principale preoccupazione, soltanto del 10%. Secondo i dati dell'Organizzazione Panamericana della Sanità (OPS), ogni anno nelle Americhe si verificano circa 700.000 decessi per cause che sarebbero evitabili con le conoscenze e le risorse esistenti. Fra questi, le infezioni diarroiche, responsabili di un'alta percentuale di decessi infantili.

Si stima che 40 milioni di latinoamericani vivono in aree con rischio medio o alto di trasmissione della malaria e che oltre un milione di persone – la maggior parte bambini di meno di 5 anni – muoiono ogni anno per infezioni connesse con la malaria. Negli ultimi anni sono aumentati i casi di malattia del sonno (430.000 nel 2005), il che riflette gravi negligenze nella popolazione e da parte delle autorità sanitarie. La tubercolosi colpisce ogni anno 350.000 persone e ne uccide 50.000. Questa situazione è stata ulteriormente aggravata dalla combinazione di infezioni da tubercolosi e da HIV/AIDS, nonché dalla resistenza della tubercolosi ai trattamenti abbinati, il che rende difficili i tentativi di controllare la malattia in tutta la regione. Le cosiddette malattie tropicali sono direttamente collegate alla povertà, alla malnutrizione, alla carenza d'istruzione e alla disoccupazione.

In quasi tutti i paesi dell'America Latina e dei Caraibi, si osserva un processo di transizione epidemiologica in cui le malattie cronic-degenerative sono destinate a sostituire le patologie a trasmissione infetto-contagiose come principali cause di mortalità, con l'eccezione di Haiti, dove le malattie trasmissibili continuano ad essere la principale causa di mortalità, con un tasso totale stimato di 351,2 decessi ogni 100.000 abitanti, seguite dalle malattie dell'apparato circolatorio, con un tasso di mortalità di 227,9 ogni 100.000 abitanti. Tanto le malattie dell'apparato circolatorio, quanto il cancro, le malattie croniche respiratorie e il diabete, sono diventate le principali cause di morte, insieme alle cause esterne, come gli incidenti, gli omicidi e le altre forme di violenza.

26. In questi ultimi decenni si è diffuso il colera, mettendo in evidenza il ritardo e l'inadeguatezza dell'infrastruttura sanitaria, dei servizi dell'acqua potabile e delle fognature di cui soffre la popolazione, soprattutto le fasce più povere. I casi di malaria superano il milione ogni anno, così come la tubercolosi polmonare, la leishmaniosi, la malattia del sonno e le infezioni a trasmissione sessuale, che continuano a mietere vittime.

Sono state realizzate con successo campagne per sradicare la poliomelite, il tetano, la difterite e la pertosse nei minori di 5 anni. Ciononostante, ancora persistono focolai epidemici di morbillo e tetano neonatale. Purtroppo si constata una grave diminuzione della copertura delle vaccinazioni nella popolazione infantile, con conseguenti focolai prevenibili - di malattie contagiose.

27. La denutrizione costituisce un problema sanitario che colpisce almeno il 10% della popolazione della regione; 52 milioni di persone nel 2003 (non sono disponibili statistiche più recenti) di cui circa 7 milioni minori di 5 anni. In alcuni paesi la situazione è ancora più delicata, tenendo conto che i tassi di denutrizione toccano il 28%. Nonostante la diminuzione della mortalità infantile complessiva, il tasso di mortalità perinatale costituisce tuttora un motivo di preoccupazione.

HIV/AIDS, una grande sfida della sanità pubblica

28. Un'analisi della morbilità nelle Americhe nel 2006 indica che le principali cause di morte che producono un maggior effetto in termini di anni di vita perduti nella popolazione adulta di sesso maschile sono il diabete, l'HIV/AIDS e gli omicidi.

Secondo le stime dell'OMS e dell'ONUSIDA, alla fine del 2005 si contavano circa 3.230.000 persone affette da HIV/AIDS nelle Americhe, delle quali 1.940.000 in America Latina e Caraibi. Nel solo 2005 sono stati diagnosticati 220.000 nuovi casi, 30.690 dei quali riguardavano bambini di meno di 5 anni. Si valuta che questi numeri siano molto inferiori alla realtà, in quanto si osserva un basso tasso di osservazione e un ritardo nel processo di conclamazione della malattia. Nel 2005 il 30% degli adulti affetti da HIV/AIDS nelle Americhe erano di sesso femminile: 25% in America del Nord, 31% in America Latina, 51% nei Caraibi.

I casi resi noti sono in aumento soprattutto fra le donne. Si stima che 104.000 persone muoiano ogni anno nelle Americhe per infezioni da HIV/AIDS, il che significa che in America Latina ogni giorno muoiono 211 persone. Leggiamo nel Documento di Aparecida: "Consideriamo una grande priorità promuovere una pastorale presso i malati di HIV/AIDS, nel suo contesto più ampio e nei suoi significati pastorali: promuovendo un accompagnamento basato sulla comprensione, la misericordia e la difesa dei diritti delle persone infette; fornendo informazioni, promuovendo l'istruzione e la prevenzione, con criteri etici, principalmente fra le nuove generazioni, affinché si risvegli la coscienza di tutti per contenere questa pandemia. Inoltre, chiediamo ai governi l'accesso gratuito e universale ai farmaci per l'AIDS secondo i dosaggi appropriati" (Aparecida 421).

L'aspetto ecologico

29. Le minacce nei confronti dell'ambiente sono oggi numerose: la deforestazione, la contaminazione dell'acqua e dell'aria, l'erosione del suolo, la desertificazione, le piogge acide, il consumo dello strato di ozono e il riscaldamento globale.²

"La pace mondiale è minacciata non soltanto dalla corsa agli armamenti, dai conflitti regionali e dalle ingiustizie esistenti nei popoli e nelle nazioni, ma anche dalla mancanza di rispetto nei confronti della natura, dallo sfruttamento disordinato delle risorse e dal progressivo deterioramento della qualità della vita" (Messaggio per la Giornata Mondiale della Pace 1990).

30. Le calamità naturali continuano a colpire i paesi dell'America Latina e dei Caraibi, avendo come denominatore comune l'assenza di una cultura della prevenzione delle calamità e di un'azione sistematica di assistenza alle popolazioni che ne sono colpite.

² Secondo il Rapporto OMS 2004, delle 102 malattie principali, 85 erano in gran parte causate dall'esposizione a rischi ambientali, dal momento che i fattori ambientali hanno contribuito a circa il 25% degli anni di vita perduti in funzione dell'incapacità e il 25% dei decessi vi erano connessi.

“La natura è stata e continua ad essere aggredita. La terra è stata depredata. Le acque vengono trattate come se fossero una merce negoziabile, oltre ad essere state trasformate in un bene disputato dalle grandi potenze. Un esempio tipico di questa situazione è l’Amazzonia” (Aparecida 84).

31. L’umanità è sempre più consapevole che non può continuare ad abusare dei beni della terra come ha fatto in passato. È necessario creare un sistema di gestione delle risorse meglio coordinato a livello internazionale, tramite l’adozione di iniziative etiche ed efficaci a breve e lungo termine.

32. “Il modo migliore di rispettare la natura consiste nel promuovere un’ecologia umana aperta alla trascendenza” (Aparecida 126).

“Occorre prendere coscienza degli effetti devastanti di un’industrializzazione fuori controllo e di un’urbanizzazione che sta assumendo proporzioni allarmanti. L’esaurimento delle risorse naturali e la contaminazione dell’ambiente costituiscono un problema drammatico” (Puebla 496). Il 77% della popolazione (473 milioni) abita in città e la tendenza attuale è progressiva.

33. L’impegno dei credenti nei confronti dell’ambiente nasce direttamente dalla loro fede nel Dio creatore. La terra non è una riserva che occorre sfruttare in maniera illimitata, le persone se ne devono servire ma le devono rispetto, cura e ammirazione, poiché le persone sono collaboratrici e artefici, non padrone assolute, né di se stesse né delle cose.

“Per questo, è indispensabile che l’umanità rinnovi e rafforzi questa alleanza fra l’essere umano e l’ambiente, che deve essere un riflesso dell’amore creativo di Dio, dal quale procediamo e verso il quale camminiamo” (Messaggio per la Giornata Mondiale della Pace 2010).

I servizi sanitari

34. Constatiamo il deterioramento, l’inefficienza e l’iniquità nella prestazione dei servizi sanitari a tutti i livelli, come conseguenza delle limitazioni nella distribuzione delle risorse economiche, umane e materiali o nella loro gestione inadeguata. Anche la mancanza di continuità nell’attuazione delle strategie che richiedono un determinato periodo di tempo per conseguire i propri obiettivi produce risultati inappropriati.

35. Si constata inoltre un deterioramento nelle aree della mistica, della vocazione e dell’etica degli operatori sanitari, come conseguenza delle deficienze nel campo della formazione integrale, delle cattive condizioni di lavoro e del relativo sovraccarico, una situazione che si osserva anche in alcune istituzioni cattoliche.

36. A questi problemi si sommano quelle politiche sanitarie che hanno come priorità la redditività e il lucro a scapito dei servizi assistenziali e dell’accesso ai medesimi, oltre che delle condizioni lavorative. Ci preoccupa la tendenza dello Stato a privatizzare i servizi, disinteressandosi dei più poveri.

37. In questi ultimi anni, i ministeri nazionali della sanità, le agenzie di politica sanitaria e le ONG hanno riconosciuto l’importanza di lavorare nella promozione e nell’educazione della salute. Per promozione ed educazione della salute intendiamo il processo tramite il quale vengono forniti ai singoli individui e ai popoli i mezzi che permettano loro di conoscere e prevenire le malattie e curare la propria salute.

38. C’è la tendenza a ridurre i problemi sanitari più complicati a comportamenti personali, specialmente per quanto si riferisce alle abitudini che implicano rischi quali bere e fumare, un’alimentazione inadeguata e la sedentarietà. Inoltre, le nuove forme di

dipendenza dal gioco, l'abuso dei dispositivi elettronici e di Internet, ecc. hanno portato a mettere in atto numerosi programmi e strategie orientate a promuovere stili di vita più sani.

- Segnaliamo l'importanza di un'educazione di base nel campo delle abitudini igieniche, del risanamento ambientale, di un'alimentazione adeguata, dell'esercizio e dell'uso corretto del tempo libero.
- Dotare le popolazioni urbane e rurali dei servizi sanitari fondamentali come l'acqua potabile, che deve essere di qualità adeguata e in quantità sufficiente, e accompagnata dai relativi servizi sanitari: gabinetti, raccolta dei rifiuti, sistema fognario, ecc.
- Offrire alle fasce più povere informazioni complete in materia di salute ed educazione, inclusi i loro diritti a beneficiare delle relative conoscenze di base.

Questa e altre modalità di sostegno economico a livello comunitario consentiranno uno sviluppo umano degno e sostenibile, giusto ed equo.

Segni di speranza

39. La riflessione e l'approccio integrale che vengono attribuiti alla salute intesa come qualità di vita, benessere integrale, diritto fondamentale di ogni persona e condizione essenziale per lo sviluppo personale e comunitario.

40. La nascita di numerose organizzazioni popolari che lavorano per la cura, la difesa e la promozione della vita nelle aree rurali e urbane, con programmi di educazione e formazione nel campo dell'alimentazione e dietetico; l'organizzazione di centri di salute, dispense popolari e farmacie.

41. La presenza sempre più significativa di donne che si impegnano a beneficio delle comunità: comitati femminili sanitari, promotrici sanitarie, accompagnatrici dei malati e degli anziani, creazione e rafforzamento delle reti di solidarietà.

42. La medicina popolare e alternativa che si va sviluppando, con tutto il suo valore, e che tiene conto del contesto complessivo della salute e della malattia. Le conoscenze e l'utilizzo della saggezza popolare che permette di rafforzare l'identità culturale dei popoli con affidamento di responsabilità e attività di formazione adeguate, il rispetto nei confronti della cultura e della saggezza indigena.

43. A livello ecclesiale, assistiamo a un risveglio di iniziative e di opere organizzate per promuovere l'umanizzazione dei servizi sanitari, delle strutture e delle istituzioni ospedaliere ed educative, con particolare attenzione alla formazione e all'aggiornamento dei professionisti della sanità a livello umano, etico e bioetico.

44. Ci riempie di speranza anche il sorgere di gruppi di pastorale sanitaria, associazioni di malati, organizzazioni popolari per una sanità comunitaria, le quali formulano proposte nell'ambito del controllo sociale delle politiche pubbliche di sanità, come condizione indispensabile per migliorare le condizioni di vita dei cittadini.

45. La presenza evangelizzatrice della Chiesa attraverso numerosi laici impegnati, professionisti della sanità, sacerdoti, religiose e religiosi, che promuovano, animino e sostengano queste iniziative.

46. Numerose conferenze episcopali valorizzano la pastorale sanitaria e stanno dimostrando il loro impegno per organizzarla e strutturarla nel quadro di una pastorale organica.

CAPITOLO III

Fondamento biblico-teologico

47. Guardare la realtà alla luce del Vangelo ci fa scoprire i segni della vita e della morte che si rivelano nella nostra quotidianità e ci interpellano per poterci definire come generatori di vita o di morte.

48. La Parola del Signore si fa ascoltare a partire dai volti sofferenti degli uomini e delle donne di questo popolo latinoamericano e caraibico e ci dice che soffre la fame e la sete, che è malato, ci chiama a impegnarci per la difesa e la cura della vita e della salute di fronte alle molteplici minacce a cui è sottoposta. Da questa prospettiva di fede, scopriamo che l'impegno e la solidarietà della Chiesa nell'affermazione della vita è un segno dell'azione liberatrice e salvifica di Dio nella storia. Gesù, il Buon Pastore, vuole comunicarci la sua vita e porsi al servizio della vita: "Sono venuto affinché abbiano la vita, e l'abbiano in abbondanza" (Gv 10,10). Una vita piena per tutti. Una vita degna per tutti.

49. Il Dio della Bibbia è un Dio d'amore e ci fa partecipi di questo amore attraverso la creazione. Tutte le cose sono state create per il bene e la felicità degli esseri umani.

50. Dio vuole che l'uomo sia signore della creazione e lo invita ad amministrarla, a preservare le risorse naturali, ad avere cura dell'ambiente, a convivere in armonia con la natura, a prevenire gli effetti nocivi, ad ammirare e contemplare il paesaggio, a godere della natura e trasformarla in conformità con il piano divino. Creati ad immagine e somiglianza di Dio, l'uomo e la donna ricevono da Lui la vita e la chiamata a comunicarla, curarla, difenderla, proteggerla, promuoverla e celebrarla, dal concepimento fino al suo termine naturale. Siamo chiamati a vivere questa responsabilità nella libertà: "Io ho posto davanti a te la vita o la morte, la benedizione o la maledizione. Scegli dunque la vita affinché viva tu e la tua discendenza" (Dt 30,19). La persona umana raggiunge la sua piena realizzazione quando vive la sua amicizia con il Dio della vita. Pertanto, essere generatori di fame, di dolore, di sofferenza, di malattia, in una parola, di morte, significa rifiutare l'amore di Dio, rifiutare di ricevere il dono della vita, segno della sua presenza nella nostra storia.

L'amore misericordioso di Gesù per i poveri e i malati

51. Nel mistero dell'Incarnazione, espressione visibile dell'amore del Padre, il Figlio di Dio assume la nostra condizione e si fa solidale con ogni situazione umana. Gesù non soltanto è sensibile ad ogni dolore umano, ma si identifica con coloro che hanno fame, che soffrono il freddo, che sono malati... e fa dell'impegno a favore del bisognoso un criterio di salvezza o di condanna: "Venite, benedetti dal Padre mio... Lontano da me, voi che..." (cf. Mt 25,31-46). Gesù ha sofferto la passione e la morte di croce per liberarci dal peccato e dalla morte. Per questo risplende come Parola di Vita.

52. Nel contemplare la vita e la missione di Gesù, scopriamo che annuncia il Regno di Dio con gesti e parole: "Gesù andava attorno per tutta la Galilea, insegnando nelle loro sinagoghe e predicando la buona novella del regno e curando ogni sorta di malattie e di infermità nel popolo" (Mt 4, 23). La salvezza che arriva ai malati nei gesti e nelle parole di Gesù è segno visibile dell'amore di Dio e del suo potere di perdonare i peccati. Quando Giovanni Battista invia dei messaggeri per interrogare Gesù sulla sua identità, Gesù risponde loro: "Andate e riferite a Giovanni ciò che voi udite e vedete: i ciechi recuperano la vista, gli storpi camminano, i lebbrosi sono guariti, i sordi riacquistano l'udito, i morti risuscitano, ai poveri è predicata la buona novella" (Mt 11,4-5). Gesù è Colui che è Unto dallo Spirito e realizza il progetto di Dio.

53. Gesù avvicinava i malati, i poveri, le donne e tutti gli esclusi, coloro che erano emarginati dalle istituzioni religiose e politiche della sua epoca, non per rafforzare la loro situazione di esclusione, di emarginazione, di dolore, ma per farli sentire degni, valorizzarli, accompagnarli, incoraggiarli a risollevarsi dalla loro prostrazione, facendoli uscire dalla loro condizione di peccato e inserendoli nella comunità. Per questo i poveri, i bisognosi, tutti coloro la cui vita è in pericolo lo cercano, perché Egli ha parole di salvezza, di vita eterna.

54. La passione e la morte di Gesù sono conseguenza del conflitto fra l'annuncio del Regno e i poteri di morte che vi si oppongono. Con la sua passione e la sua morte, Gesù assume l'identità del Servo di Jahvé. In mezzo alla malattia, al dolore, alla sofferenza, Gesù annuncia la speranza ed è sorgente di vita. Per Gesù i poveri, i dimenticati, i malati, non sono soltanto oggetto di compassione o di guarigione, bensì protagonisti del Regno, annunciatori del Vangelo. È in quest'ottica che appare il Gesù della Croce come chiave di lettura pasquale e generatrice di speranza, che ci aiuta a scoprire il senso del dolore e della sofferenza.

La Chiesa prosegue la missione di Gesù

55. Come Gesù, la Chiesa apostolica prosegue l'annuncio della Buona Novella liberatrice del Vangelo e questo annuncio la impegna radicalmente e integralmente.

56. Il mandato di Gesù ai suoi seguaci e alla Chiesa include un'attenzione preferenziale ai malati e ai sofferenti. Nell'invio missionario e apostolico ai discepoli, dice loro espressamente: "Andate e proclamate che il Regno di Dio è vicino. Curate gli infermi..." (cf. Mt 10, 7-8; Lc 9, 1-2; Mc 16, 15). Gli apostoli e le prime comunità cristiane sono fedeli alla missione di Gesù nel servizio e nell'annuncio del Regno: "Non abbiamo né oro né argento... Nel nome di Gesù di Nazareth, alzati e cammina..." (cf. At 3,6; 9,32-34; 14,8-9; 19,11-12). Il potere di curare, di ristabilire la salute è un carisma e un ministero all'interno della comunità ed è un segno della proclamazione della Buona Novella della vita e della salvezza in Cristo.

57. Lo spirito del samaritano deve animare l'agire della Chiesa; come madre amorosa essa deve avvicinare gli infermi, i deboli, i feriti, tutti coloro che sono caduti lungo il cammino per accoglierli, prendersene cura, guarirli, infondere loro forza e speranza. Nel ristabilimento della salute fisica è in gioco qualcosa di più della vittoria immediata sulla malattia. Quando avviciniamo i malati ci avviciniamo a tutto l'essere umano e all'universo delle sue relazioni, poiché la malattia lo colpisce integralmente.

58. Gesù incontra i malati per curarli, perché ricuperino la salute, per farli sentire persone e reincorporarli nella società, e proclama il miracolo della vita; in essi si manifesta la vittoria di Cristo sul peccato e la morte, e si convertono in portatori della Buona Novella del Regno.

59. La Chiesa, nella sua missione profetica, è chiamata ad annunciare il Regno ai malati e a tutti coloro che soffrono, vegliando affinché i loro diritti vengano riconosciuti e rispettati, così come a denunciare il peccato e le sue radici storiche, sociali, politiche ed economiche che producono mali come la malattia e la morte. La comunità cristiana annuncia la Buona Novella della salvezza quando compie una scelta per la vita, per la costruzione di un mondo più umano, alimentando la speranza di "cieli nuovi e terre nuove" (cf. Ap 21,1-5).

60. Senza questa sollecitudine speciale per i poveri e gli emarginati, la Chiesa perde la sua identità; senza un avvicinamento ricco di bontà, servizievole e liberante ai malati e a tutti coloro che soffrono, perde la sua ragion d'essere. "Si può dire che l'uomo diventa in modo speciale la via della Chiesa, quando nella sua vita entra la sofferenza (...) ed è,

questa, una delle vie più importanti”. (Giovanni Paolo II, *Salvifici doloris* 3). Di questo è consapevole la Chiesa nello sguardo che ha avuto su se stessa nel Concilio Vaticano II, così come nelle Conferenze di Medellín, Puebla, Santo Domingo e Aparecida, in relazione alla realtà dell’America Latina e dei Caraibi e della Nuova Evangelizzazione: “La sofferenza, l’ingiustizia e la croce ci interpellano a vivere come Chiesa samaritana” (Aparecida 26).

61. Il mondo della sanità, nelle sue molteplici espressioni, ha sempre occupato una posizione privilegiata nell’azione caritativa della Chiesa. Nel corso dei secoli, non soltanto ha favorito fra i cristiani la nascita di numerose opere di misericordia, ma ha fatto nascere dal suo seno numerose istituzioni religiose con la finalità specifica di promuovere, organizzare, perfezionare ed allargare l’assistenza ai malati, ai deboli e ai poveri. Sono molti i religiosi e le religiose che vivono la loro consacrazione a Dio e che partecipano alla missione della Chiesa attraverso il servizio ai malati e a tutti coloro che soffrono. Si tratta di un autentico esercito di servitori della vita che operano in situazioni difficili e precarie, che aiutano i fratelli colpiti dall’infermità, dal dolore e dalla morte, a cercare e trovare il senso umano e cristiano di questa realtà, che ispira energie di umanizzazione in luoghi e ambienti che corrono il rischio di trasformarsi in luoghi di abbandono e disperazione (cf. *Deus caritas est* 40). Non possiamo dimenticare le ricchezze di tanti laici e il loro potenziale evangelizzatore che, come fedeli discepoli missionari, rendono visibile l’amore misericordioso del Padre.

“Le gioie e le speranze, le tristezze e le angosce degli uomini d’oggi, dei poveri soprattutto e di tutti coloro che soffrono, sono pure le gioie e le speranze, le tristezze e le angosce dei discepoli di Cristo, e nulla Vi è di genuinamente umano che non trovi eco nel loro cuore. La loro comunità, infatti, è composta di uomini i quali, riuniti insieme nel Cristo, sono guidati dallo Spirito Santo (...) e si sentono realmente e intimamente solidali con il genere umano e con la sua storia” (*Gaudium et spes* 1).

62. Per i cristiani, la solidarietà con i deboli è un luogo teologico: “I malati sono autentiche cattedrali dell’incontro con il Signore Gesù” (Aparecida 417) da cui il Signore ci chiama per trasformare in realtà storica la sua promessa di consolazione agli infermi e di protezione degli svantaggiati, come primizia di una vita più piena. Evangelizziamo e ci lasciamo evangelizzare quando creiamo spazi di evangelizzazione della vita, quando stabiliamo un incontro faccia a faccia con chi soffre, quando nel lavoro quotidiano di ogni operatore della pastorale sanitaria alimentiamo una mistica sia nella promozione della salute che nell’azione di solidarietà con i malati. Quando con la nostra testimonianza di vita facciamo della nostra comunità cristiana un segno visibile del Regno.

La Chiesa, comunità che risana

63. La Chiesa, sacramento di salvezza, ha come finalità di portare agli uomini e alle donne la salvezza data dal Padre per mezzo di Cristo nello Spirito; una salvezza integrale che salva la persona umana in tutte le sue dimensioni.

64. Cristo è venuto nel mondo affinché gli uomini “abbiano la vita e l’abbiano in abbondanza”. Ogni annuncio del Vangelo della salvezza, così come l’azione risanatrice di Gesù, trova nell’amore verso chi soffre la sua forma privilegiata di manifestazione e realizzazione. Gesù non separa mai la sua attività terapeutica dalla proclamazione del Regno. Le guarigioni che realizza sono il segno più evidente della salvezza che offre. Questo vuol dire che l’evangelizzazione del mondo della sanità da parte della comunità ecclesiale deve incarnarsi nei gesti di attenzione e di cura, fino al punto in cui quegli stessi gesti debbono essere vangelo, annuncio gioioso che Dio è un Dio presente, che

ama, che guarisce, che consola e salva. In ogni ricerca della salute c'è una nostalgia di salvezza.

65. Il “sanare”, che a volte può esprimersi con gesti di cura straordinari, è parte integrante della missione stessa della Chiesa, della sua azione pastorale ed evangelizzatrice, un momento della sua ministerialità.

66. Nella comunione con Cristo morto e risorto, la Chiesa si converte in luogo di accoglienza, dove la vita è rispettata, difesa, amata e servita; luogo di speranza, in cui ogni pellegrino stanco o malato, che sta cercando un senso a ciò che sta vivendo, ha la possibilità di vivere in maniera salutare e salvifica la sua sofferenza e la sua morte alla luce della risurrezione.

67. Maria, Madre della Chiesa, ci insegna a stare accanto a chi soffre con la sollecitudine, la delicatezza e la generosità che sono peculiari di una madre. La sua silenziosa prossimità al lato di Gesù agonizzante ci suggerisce, forse, l'unica presenza pastorale possibile di fronte alla morte.

CAPITOLO IV

Il magistero della Chiesa nel mondo della sanità

Opportuni e significativi sono stati gli interventi della Chiesa nel mondo della sanità. Risulta incoraggiante il magistero di Giovanni Paolo II, la sua sensibilità e sollecitudine nei confronti dei malati. Citeremo alcuni dei documenti più recenti.

68. La Lettera apostolica *Salvifici doloris – sul senso cristiano della sofferenza umana* (1984) è il primo documento pontificio in cui la sofferenza umana viene trattata in maniera ampia e sistematica. Giovanni Paolo II parla del “carattere creativo della sofferenza”, poiché “la sofferenza di Cristo ha creato il bene della redenzione del mondo” (n. 24). Inoltre, e qui troviamo l'affermazione più forte della Lettera apostolica, parla del “valore salvifico della sofferenza” (n. 1), poiché tutte le sofferenze umane possono essere penetrate dalla forza di Dio che si è manifestato nella croce di Cristo. È vero, soltanto Cristo è fonte di salvezza, però Egli comunica questo amore salvifico ad ogni amore che si esprime nella sofferenza umana.

69. Il Motu proprio *Dolentium hominum* (1985), con il quale Giovanni Paolo II istituisce la Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari, oggi Pontificio Consiglio per la Pastorale Sanitaria, con la finalità di coordinare, animare e promuovere iniziative a livello nazionale e internazionale a favore del mondo della sanità. Il Pontificio Consiglio pubblica la rivista trimestrale “*Dolentium hominum*”, che porta lo stesso titolo del documento che lo ha istituito.

70. L'Esortazione apostolica *Christifideles laici – Vocazione e missione dei laici nella Chiesa e nel mondo* (1988) sottolinea come i malati siano chiamati a partecipare alla crescita del Regno di Dio e invita ad un “un rilancio deciso di un'azione pastorale ‘per’ e ‘con’ i malati e i sofferenti”, agenti e soggetti della pastorale sanitaria: “anche gli infermi sono inviati (dal Signore) come operai nella sua vigna” (nn. 53 e 54).

71. Nel 1992, Papa Giovanni Paolo II istituisce la *Giornata Mondiale del Malato*; la data ufficiale è l'11 febbraio, festa di Nostra Signora di Lourdes. Ha come finalità di sensibilizzare il popolo di Dio, le istituzioni sanitarie e la società in generale. La Giornata viene celebrata a partire dal 1993, e per l'occasione il Santo Padre invia Messaggi dal contenuto umano e pastorale molto prezioso.

72. Con l'enciclica *Evangelium vitae- Il Vangelo della vita* (1995), Giovanni Paolo II denuncia la cultura di morte imperante nella società odierna ed esorta i fedeli ad essere "il popolo della vita e per la vita", con una chiamata stimolante: "Annunciare il Vangelo della vita; celebrare il Vangelo della vita; servire il Vangelo della vita" (n. 4).

73. Fra i documenti del Pontificio Consiglio per la Pastorale Sanitaria, merita una citazione speciale la *Carta degli Operatori Sanitari* (1995), "custodi e servitori della vita umana", strutturata in tre parti: generare, vivere, morire. La Carta costituisce una sintesi organica ed esaustiva della posizione della Chiesa sul valore di ogni vita umana.

74. La lettera enciclica *Deus caritas est* (2005). Benedetto XVI ci dice: "praticare l'amore verso le vedove e gli orfani, verso i carcerati, i malati e i bisognosi di ogni genere appartiene alla sua essenza tanto quanto il servizio dei Sacramenti e l'annuncio del Vangelo. La Chiesa non può trascurare il servizio della carità così come non può tralasciare i Sacramenti e la Parola" (n. 22).

In America Latina

75. *La Chiesa nell'attuale trasformazione dell'America Latina, alla luce del Concilio Vaticano II* (1968): il Documento di Medellín. Apporta linee fondamentali per la pastorale:

- Contributo del Vangelo alla trasformazione del mondo
- La Chiesa promotrice della giustizia sociale
- Il peccato sociale come causa di povertà, ingiustizia e sofferenza.

76. *L'evangelizzazione, nel presente e nel futuro dell'America Latina* (1979): il Documento di Puebla. L'America Latina vive le proprie sofferenze fra l'angoscia e la speranza. Puebla propone un'opzione preferenziale per i poveri e i sofferenti ed esige dalla Chiesa dell'America Latina coerenza, creatività, audacia e dedizione.

77. *Nuova evangelizzazione, promozione umana e cultura cristiana* (1992): il Documento di Santo Domingo. La nuova evangelizzazione suggerisce una nuova strategia evangelizzatrice: "nuova nell'ardore", "nuova nei metodi", "nuova nelle sue espressioni".

78. *"Discepoli e missionari di Gesù Cristo perché i nostri popoli abbiano la vita in Lui"* – Brasile, 13-31 maggio 2007: il Documento di Aparecida. "La Chiesa ha compiuto un'opzione per la vita. Questa ci proietta verso le periferie più profonde dell'esistenza: il nascere e il morire, il bambino e l'anziano, il sano e il malato. S. Ireneo ci dice che 'la gloria di Dio è l'uomo vivente', anche il debole, il nascituro, chi è consumato dagli anni e l'infermo. Cristo ha mandato i suoi apostoli a predicare il Regno di Dio e a curare gli infermi, autentiche cattedrali dell'incontro con il Signore Gesù" (Aparecida 417).

79. Incontri Chiesa e Sanità organizzati dal CELAM – DEPAS

I Incontro Latinoamericano e Caraibico della Pastorale Sanitaria. "Problemi etici e di umanizzazione nella sanità". Bogotá, 1989.

II Incontro Latinoamericano e Caraibico della Pastorale Sanitaria. "Formulare linee comuni per orientare la pastorale sanitaria". Quito, 1994.

III Incontro Latinoamericano e Caraibico della Pastorale Sanitaria. "La formazione degli operatori della pastorale sanitaria". Santo Domingo, 1998.

IV Incontro Latinoamericano e Caraibico della Pastorale Sanitaria. "Consolidare il processo di strutturazione e organizzazione della pastorale sanitaria in America Latina e nei Caraibi". San Paolo, Brasile, 2003.

V Incontro Latinoamericano e Caraibico della Pastorale Sanitaria. “Rivedere e aggiornare la Guida della Pastorale Sanitaria alla luce del Documento di Aparecida. Panamá, 2009.

80. La Chiesa cattolica dell’America Latina e dei Caraibi di fronte alla pandemia di AIDS/HIV

Nel 2004 si è svolto a Bogotà un incontro a cui hanno partecipato 18 paesi dell’America Latina e dei Caraibi, con l’obiettivo di riflettere sulla pandemia di AIDS/HIV ed elaborare un documento ecclesiale a livello continentale. Nel 2008 è stato organizzato un secondo incontro nella città di Panamá allo scopo di aggiornare il documento elaborato anteriormente e continuare a rafforzare il compito della sensibilizzazione e della prevenzione a livello ecclesiale in America Latina e nei Caraibi

CAPITOLO V

Bioetica, un grido a favore della dignità umana

Alcuni discernimenti etici fondamentali

81. Una delle grandi sfide per l’umanità di oggi, e specialmente per i cristiani cattolici, consiste nel saper discernere fra le conoscenze che si coniugano con la saggezza della vita e le conoscenze che ci allontanano da quella saggezza, ponendosi al servizio della morte. Sviluppare la capacità etica di discernere è oggi un’esigenza del nostro essere cristiani: rendere ragione della nostra speranza con rispetto, semplicità e una coscienza pulita (cf. 1 Pt 3, 15-16). Abbiamo una sfida davanti a noi: realizzare alcuni discernimenti etici fondamentali alla luce dei valori cristiani in relazione alla persona umana, ai progressi delle scienze biomediche, alla sterilità coniugale, alle gravidanze indesiderate, alla manipolazione dell’embrione, agli aspetti della vita affettiva sessuale, alla povertà, alla violenza, alla sofferenza e alla morte. In tutte queste situazioni, i valori cristiani costituiscono una luce di speranza e di affermazione della vita per l’umanità.

82. “Campo primario e cruciale della lotta culturale tra l’assolutismo della tecnicità e la responsabilità morale dell’uomo è oggi quello della bioetica, in cui si gioca radicalmente la possibilità stessa di uno sviluppo umano integrale. Si tratta di un ambito delicatissimo e decisivo, in cui emerge con drammatica forza la questione fondamentale: se l’uomo si sia prodotto da se stesso o se egli dipenda da Dio” (*Caritas in veritate* 74).

L’enciclica *Evangelium vitae* parla dell’emergere dell’etica come uno dei segni di speranza nell’affermazione di una cultura di rispetto della vita nell’attualità: “Particolarmente significativo è il risveglio di una riflessione etica attorno alla vita: con la nascita e lo sviluppo sempre più diffuso della *bioetica* vengono favoriti la riflessione e il dialogo — tra credenti e non credenti, come pure tra credenti di diverse religioni — su problemi etici, anche fondamentali, che interessano la vita dell’uomo” (n. 27).

Scegliere i cammini della vita

83. Siamo chiamati a “scegliere fra i cammini che conducono alla vita e i cammini che portano alla morte (cf Dt 30,15). I cammini di morte sono quelli che portano a dilapidare i beni ricevuti da Dio attraverso coloro che ci hanno preceduti nella fede. Sono strade che tracciano una cultura senza Dio e senza i suoi comandamenti, o persino contro Dio, animata dagli idoli del potere, della ricchezza e del piacere effimero, che finisce per essere una cultura contro l’essere umano e contro il bene dei popoli latinoamericani” (Aparecida 13).

Antropologia cristiana integrale

84. “L’essere umano, creato ad immagine e somiglianza di Dio, possiede anche un’altissima dignità che siamo chiamati a rispettare e promuovere. La vita è un dono gratuito di Dio, un dono e un compito di cui occorre avere cura sin dal concepimento, in tutte le sue fasi, fino alla morte naturale, senza relativismi (...) Se vogliamo sostenere un fondamento solido e inviolabile per i diritti umani (...) Altrimenti, le circostanze e le convenienze dei potenti troveranno sempre delle scuse per maltrattare le persone” (Aparecida 464, 467).

La dignità della persona non si attribuisce, si riconosce; non si conferisce, si rispetta. È inscritta nel più profondo di ogni essere umano, non dipende dal suo stato di sviluppo, dalla sua salute, dalle sue qualità e capacità, e neppure dal suo comportamento. Ogni essere umano, qualunque sia il suo stato o la sua condizione, è un’unità inscindibile, corpo e spirito, aperto alla trascendenza.

Promuovere un dialogo creativo fra scienza e fede

85. La globalizzazione influisce sulle scienze e sui loro metodi, a prescindere dalle impostazioni etiche. In questo contesto, noi discepoli di Gesù dobbiamo promuovere il dialogo fra scienza e fede e lavorare per la difesa della vita. Questo dialogo deve essere realizzato sulla base dell’etica e della bioetica di ispirazione cristiana. I pastori della Chiesa hanno detto ad Aparecida: “La nostra priorità alla vita e alla famiglia, cariche delle problematiche che vengono discusse nelle questioni etiche e in bioetica, ci impone di illuminarle con il Vangelo e il Magistero della Chiesa” (Aparecida 466).

Le questioni etiche suscitate dai rapidi progressi della scienza e dalle loro applicazioni tecnologiche debbono essere esaminate con il dovuto rispetto per la dignità della persona umana e per i diritti umani. L’etica e la scienza devono camminare insieme e illuminarsi reciprocamente, con l’obiettivo di perfezionare la vita e rispettare la dignità dell’essere umano.

Necessità di un’etica nelle attività di ricerca che coinvolgono esseri umani

86. Una delle questioni etiche critiche nel contesto delle attività di ricerca che coinvolgono esseri umani consiste nell’assicurarsi che la persona non sia trasformata in mero oggetto. Non mancano le denunce di manipolazione umana in molti paesi della nostra regione. Di fronte all’assenza di direttrici etiche e di un controllo sociale della ricerca, i laboratori farmaceutici multinazionali incontrano terreno fertile per sfruttare popolazioni vulnerabili nella loro ricerca. In molti paesi, purtroppo, esistono norme etiche applicate per mezzo di una rete di commissioni dell’etica della ricerca e di esseri umani che esercitano una vigilanza etica e un controllo sociale. È necessario creare una nuova cultura etica di protezione della dignità umana di fronte alle diverse situazioni di vulnerabilità.

Essere la voce profetica e solidale di coloro che sono senza voce

87. “Il bambino che sta crescendo nel grembo materno e le persone che si trovano al tramonto della propria vita rappresentano una richiesta di vita degna che grida al cielo e non può non farci rabbrivire. La liberalizzazione e banalizzazione delle pratiche abortive sono crimini abominevoli, al pari dell’eutanasia, della manipolazione genetica ed embrionale, degli esperimenti medici contrari all’etica, della pena capitale e di tante altre maniere di attentare contro la dignità della vita dell’essere umano” (Aparecida 467). Allo stesso modo, dobbiamo essere profeti della vita “in mezzo agli idoli del lucro e dell’efficienza, all’insensibilità nei confronti della sofferenza altrui, agli attacchi alla

vita intrauterina, alla mortalità infantile, alla chiusura degli ospedali, a tutte le forme di violenza sui bambini, sui giovani, sugli uomini e sulle donne” (Aparecida 468).

Donazione e trapianto

88. Grazie ai progressi scientifici della medicina che hanno reso possibile l’inizio dell’era dei trapianti, oggi molte persone malate hanno una seconda opportunità di vivere. I trapianti di cuore, fegato, reni, polmoni costituiscono possibilità concrete di continuare a vivere. L’etica cristiana cattolica promuove e incoraggia la donazione di sangue e di organi e la realizzazione dei trapianti come segno di solidarietà.

“Nessuno ha un amore più grande di questo: dare la vita per i propri amici”, dice Gesù (Gv 15,13). Un donatore di cuore dovrà essere diagnosticato in modo sicuro con i criteri di morte encefalica stabiliti dalla comunità scientifica. Non mancano le denunce di commercio e dell’esistenza di un mercato di organi nel nostro continente, che dobbiamo combattere con tutte le forze e gli strumenti a nostra disposizione. La donazione non può trasformarsi mai in un commercio, è un atto d’amore e di solidarietà.

Promuovere le cure palliative

89. Con l’invecchiamento della popolazione, aumenta il numero delle patologie cronicodegenerative incurabili (Parkinson, Alzheimer) e aumenta anche il numero dei malati in stadio terminale di cancro o HIV/AIDS, fra le altre malattie che costituiscono un’autentica sfida tanto per la medicina quanto per la comunità cristiana. Quando non ci sono più possibilità di cura, siamo chiamati a mettere in atto le cure palliative, definite dall’OMS come “un approccio integrale per la qualità di vita tanto dei pazienti quanto dei loro familiari di fronte ai problemi associati alle malattie che minacciano la vita. Prevede la prevenzione e l’alleviamento della sofferenza attraverso il riconoscimento precoce di una valutazione seria dei criteri di trattamento del dolore e di altri sintomi fisici, psichici e spirituali” (OMS 2002).

Le cure palliative:

- Valorizzano la possibilità di mantenere un controllo ottimale del dolore e degli altri sintomi che generano sofferenza
- Affermano la vita e assumono la morte come un processo normale
- Non anticipano la morte (eutanasia) né la procrastinano (distanasia)
- Integrano aspetti psicologici e spirituali nel trattamento del malato
- Offrono un sistema di sostegno per aiutare i malati a vivere il più attivamente possibile prima e fino al momento stesso della propria morte
- Aiutano la famiglia a prendersi cura del malato fino al momento della morte, e anche a vivere il lutto.

Benedetto XVI suggerisce: “È necessario promuovere politiche in grado di creare condizioni in cui gli esseri umani possano sopportare anche malattie incurabili ed affrontare la morte in una maniera degna” (Messaggio per la Giornata Mondiale del Malato 2007). In questo senso, il Papa sottolinea che è necessario che i Centri per le Cure Palliative forniscano un’assistenza integrale, assicurando ai malati l’aiuto umano e l’accompagnamento spirituale di cui hanno bisogno.

CAPITOLO VI

La pastorale sanitaria e le sue dimensioni

90. *La pastorale sanitaria è l'azione evangelizzatrice di tutto il Popolo di Dio impegnato a promuovere, custodire, difendere e celebrare la vita, rendendo presente la missione liberatrice e salvifica di Gesù nel mondo della sanità.*

Il Documento di Aparecida specifica: "La pastorale sanitaria è la risposta ai grandi interrogativi della vita, quali sono la sofferenza e la morte, alla luce della morte e risurrezione del Signore" (Aparecida 418).

91. Obiettivo generale:

Evangelizzare con rinnovato spirito missionario il mondo della sanità, nell'opzione preferenziale per i poveri e i malati, partecipando alla costruzione di una società giusta e solidale al servizio della vita. Per realizzare la sua missione, la pastorale sanitaria pone l'accento su tre dimensioni: solidale, comunitaria e politico-istituzionale.

Dimensione solidale

92. Obiettivo:

Essere una presenza di Gesù, Buon Samaritano, insieme ai malati e ai sofferenti nelle famiglie, nelle comunità e nelle istituzioni sanitarie.

Linee d'azione:

- Illuminare, attraverso la fede cristiana e la persona di Gesù, la realtà del dolore, della sofferenza, della malattia e della morte.
- Formare operatori pastorali della sanità negli aspetti umano, etico, biologico, pastorale e spirituale, per annunciare la Buona Novella della salvezza partendo dalle realtà della salute e della malattia, della vita e della morte.
- Celebrare con particolare dedizione le date significative che sono relazionate con il mondo della sanità: Natale, Pasqua, le feste dei santi della carità, la giornata mondiale della salute, del malato, del medico, dell'infermiere, ecc.
- Offrire un accompagnamento umano e cristiano ai malati e ai loro familiari nelle istituzioni e a domicilio, nel rispetto della libertà di coscienza e delle differenti credenze religiose.
- Aiutare i malati, i familiari e tutti coloro che li assistono a scoprire il significato autentico della dimensione celebrativa e sacramentale della fede, specialmente per quanto riguarda i sacramenti della riconciliazione, dell'Eucaristia e dell'unzione degli infermi.
- Sensibilizzare la società e la Chiesa alla realtà della sofferenza, denunciando l'emarginazione dei malati in fase terminale e degli anziani, delle persone con abilità differenti, dei malati di AIDS, dei tossicodipendenti, degli alcolizzati, dei malati mentali, dei malati di cancro.
- Incentivare la creazione di gruppi e/o associazioni di sostegno ai malati cronici o terminali e ai loro familiari.

Dimensione comunitaria

93. Obiettivo:

Favorire la promozione e l'educazione sanitaria, ponendo l'accento sulla sanità pubblica e i servizi sanitari di base, agendo in modo preferenziale nel campo della prevenzione delle malattie e della promozione di uno stile di vita salutare.

Linee d'azione:

- Promuovere azioni educative attraverso l'attuazione di una cultura caratterizzata da stili di vita salutari, accompagnata da azioni di prevenzione e promozione, impregnate dei valori della giustizia, dell'equità e della solidarietà.
- Riscattare e valorizzare la saggezza e la religiosità popolare in relazione all'utilizzazione dei doni di madre natura e alla salvaguardia dell'ambiente.
- Verificare che l'uso delle differenti pratiche sanitarie alternative sia basato sui fondamenti necessari, sull'approvazione scientifica e sulla responsabilità, nel rispetto dei valori e delle credenze culturali degli indigeni.
- Curare la formazione e l'aggiornamento permanente degli operatori pastorali per quanto concerne la promozione della salute e la prevenzione delle malattie, in particolare le malattie sociali (tabagismo, alcolismo, dipendenze...) e nella gestione delle situazioni di emergenza, delle calamità e delle catastrofi.
- Educare al nuovo concetto di salute come qualità di vita e stili di vita salutari, considerando la persona nelle sue dimensioni biofisica, psichica, sociale e spirituale.

Dimensione politico-istituzionale

94. Obiettivo:

Vegliare affinché gli organismi e le istituzioni pubbliche e private che forniscono servizi sanitari e formano i professionisti in questo settore tengano presente la loro missione sociale, politica, etica, bioetica e comunitaria.

Linee d'azione:

- Contribuire all'umanizzazione e all'evangelizzazione dei lavoratori del mondo della sanità, delle istituzioni sanitarie e delle scuole in cui vengono formati i professionisti del settore.
- Promuovere e difendere la salute come un diritto fondamentale dell'essere umano, in stretta connessione con la solidarietà, l'equità, l'integralità e l'universalità.
- Partecipare attivamente e criticamente alle istanze ufficiali in cui si prendono decisioni in materia di politiche sanitarie a livello nazionale, statale, regionale e comunale, attraverso il controllo sociale e una gestione partecipativa.
- Promuovere relazioni interistituzionali assistenziali ed educative al fine di condividere risorse materiali, finanziarie, umane e generare azioni e progetti comuni.
- Favorire la formazione permanente dei professionisti del settore sanitario nelle aree dell'umanizzazione, dell'etica e della bioetica.
- Incentivare la creazione di associazioni cattoliche di professionisti del settore sanitario.
- Creare una coscienza dell'impegno sociale dei professionisti del settore sanitario affinché forniscano servizi nell'area dell'educazione, della prevenzione e dell'assistenza sanitaria alle comunità più povere, nei quartieri emarginati e nelle zone rurali.

- Riflettere alla luce della fede cristiana e della persona di Gesù sulla realtà della salute e della malattia e sulle relative implicazioni nella scienza, nella tecnologia e nella bioetica.
- Sensibilizzare le comunità sul diritto alla salute e il dovere di lottare per condizioni di vita più umane: il diritto alla terra, al lavoro, ad un salario equo, alla casa, all'alimentazione, all'istruzione, alle attività ricreative, ai servizi pubblici di base, alla conservazione della natura.

CAPITOLO VII

Gli operatori della pastorale sanitaria

95. Parlare degli operatori della pastorale sanitaria significa parlare dei discepoli missionari di Gesù Cristo e della sua Chiesa, della sua missione di guarigione e di salvezza. Nella Chiesa, comunità risanatrice, tutti quanti sono operatori pastorali.

96. I *Vescovi* “circondino di una carità paterna i poveri e gli ammalati” (*Christus Dominus* 13).

I *Presbiteri* “abbiano cura specialmente dei malati e dei moribondi, visitandoli e confortandoli nel Signore” (*Presbyterorum ordinis* 6).

“Vi invito, cari presbiteri, a non risparmiarvi nel dare loro cura e conforto. Il tempo trascorso accanto a chi è nella prova si rivela fecondo di grazia per tutte le altre dimensioni della pastorale” (Benedetto XVI, Messaggio per la XVIII Giornata Mondiale del Malato 2010).

Ai *Cappellani* di una struttura sanitaria: “Gli viene affidata la cura pastorale di un gruppo particolare di fedeli: malati, familiari, lavoratori e professionisti della sanità. Il suo compito principale consiste nell’annunciare la Buona Novella e nel comunicare l’amore redentore di Cristo a quanti soffrono nel corpo e nello spirito, accompagnandoli con amore solidale”. (*Lettera degli Operatori Sanitari*, 131-132).

I *Diaconi* siano misericordiosi e diligenti specialmente con coloro che soffrono, seguendo l’esempio del Signore Gesù che si è fatto servo di tutti (cf. *Lumen gentium* 29).

I *Religiosi* e le *Religiose* “siano fedeli al carisma della carità misericordiosa nei confronti degli infermi”. “Siate vicini agli ultimi e agli abbandonati, praticate l’accoglienza, promuovete e sostenete tutte le iniziative per il servizio a coloro che soffrono” (Giovanni Paolo II, IV Conferenza Internazionale sull’AIDS, 1990).

I *Laici* mettano in pratica “la misericordia verso i poveri e gli infermi con le cosiddette opere caritative” (...) “ovunque vi è chi afflitto da tribolazioni e da malferma salute ... la carità cristiana deve cercarli e trovarli, consolarli con premurosa cura e sollevarli poggiando loro aiuto” (*Apostolicam actuositatem* 8).

Gli *Infermi* non soltanto siano i destinatari dell’amore e del servizio della Chiesa, ma anche soggetti attivi e responsabili dell’opera di evangelizzazione e di salvezza: “Tutti e ciascuno lavoriamo nell’unica e comune vigna del Signore” (*Christifideles laici* 55).

Pertanto, se la missione di essere guide pastorali dei fedeli spetta a coloro che ricevono il sacerdozio ministeriale, la missione di essere testimoni dell’amore di Dio attraverso la vicinanza, il dialogo, la preghiera, l’accompagnamento e l’esercizio della carità è tipica di ogni battezzato e, in modo speciale, di coloro che professano il carisma della misericordia, sull’esempio di Gesù buon samaritano.

Identità dell'operatore della pastorale sanitaria

97. L'operatore della pastorale sanitaria è chiamato e inviato da Dio a lavorare a favore della vita nel mondo della sanità; è una presenza amorosa e liberatrice di Gesù che risolve e guarisce.

98. Aspetti umani e psicologici

- È una persona ricca in umanità, che comunica vicinanza, accoglienza, affetto; capace di ascoltare e accogliere l'altro con la sua storia personale, la sua individualità, e di offrirgli ospitalità nel suo cuore.
- È una persona equilibrata, possiede una maturità umana e psicologica che le permette di illuminare e orientare situazioni conflittuali e di crisi.
- È discreto, non impone la sua presenza; è attento a captare ciò che l'altro vuole o di cui ha bisogno; rispetta i suoi silenzi e le sue confidenze. Riconosce la propria povertà, i propri limiti ed è cosciente di non poter rispondere a tanti problemi, ma ha un cuore capace di ospitare ogni sofferenza e comunicare consolazione, serenità e pace.
- Nel suo lavoro non si lascerà guidare unicamente da criteri di efficacia e di successo. Purificherà costantemente le sue motivazioni e, nei momenti difficili, con coloro che si sentono scoraggiati e impotenti, rafforzerà la loro fiducia nel Signore, l'unico che può salvare.
- Dinamizza i processi di trasformazione delle realtà di sofferenza, dolore e morte in realtà di vita e speranza. È una persona aperta alla formazione e all'apprendimento permanente, si preoccupa di aggiornarsi e offrire un servizio adeguato e opportuno.
- Ha una capacità di leadership che lo rende in grado di animare, coordinare, dinamizzare e stimolare le forze vive della comunità e il lavoro dei gruppi pastorali. È un educatore naturale, capace di accompagnare i processi di cambiamento, scoprire talenti, favorire la creatività, risvegliare e canalizzare aspettative.
- È rispettoso della libertà religiosa e delle credenze dei malati, dei familiari e dei lavoratori della sanità. Riconosce e accetta le differenze in un mondo pluralista. È una persona di dialogo. Coltiva la pazienza, la perseveranza, la costanza; sa portare a buon fine i piani e i progetti proposti ed è fedele agli impegni assunti.
- Crede al lavoro in équipe e alla collaborazione interdisciplinare e li favorisce. Sa lavorare in una pastorale d'insieme e facilita l'integrazione con le altre aree specifiche. Possiede una buona conoscenza della realtà ed ha la competenza di educare nella promozione della salute e la prevenzione delle malattie.
- L'operatore della pastorale sanitaria deve accettare e fare propria la realtà in cui viviamo in una società malata, ferita. Accettare e integrare le proprie ferite lo aiuterà a vivere la chiamata a condividere il ministero di guarigione, di perdono e riconciliazione, solidarizzando con ogni sofferenza umana, con cuore accogliente, colmo di comprensione, tenerezza e amore.
- I malati ci evangelizzano e ci ricordano che la nostra speranza è posta in Dio. Il loro coraggio e la loro serenità ci interpellano e ci aiutano a crescere spiritualmente; ci arricchiscono sul piano umano e su quello della fede.

99. Aspetti cristologici ed ecclesiologici

- Il discepolo missionario ha la grande missione di vivere e di comunicare la vita nuova di Gesù Cristo ai nostri popoli. Aparecida lo ribadisce a più riprese: "La vita si accresce donandola (...) Coloro che più intensamente la vivono sono coloro che mettono

da parte le sicurezze e si appassionano alla missione di comunicare la vita agli altri” (Aparecida 360).

- Gli operatori sanitari sono chiamati ad essere immagine viva di Cristo e della sua Chiesa. Sono coloro che, in vari modi, concretizzano, rivelano e comunicano al malato non soltanto l’amore risanatore e di consolazione di Gesù Cristo ma esprimono, in modo continuativo e con frequenza silenziosa, i miracoli di guarigione che la Chiesa ha ricevuto da Cristo e che ha il potere di realizzare.
- Nei suoi gesti terapeutici e nel suo impegno, la Chiesa si gioca nel campo della sanità la propria credibilità. Lavorando in comunione, gli operatori pastorali esprimono la totalità della vicinanza terapeutica del buon samaritano il quale, quando si prende cura, annuncia la Buona Novella del Padre.
- Il modello di servizio, di diaconia, che la Chiesa è chiamata ad esprimere oggi nel mondo della sanità, come segno del Regno, è la comunione ecclesiale che tende al pieno inserimento del malato nella comunità e nella famiglia, così come quello dell’anziano, quello della persona con capacità differenti, quello del debole e del vulnerabile, i quali vengono accolti per quello che sono, senza barriere né pregiudizi, valorizzando il contributo originale che possono offrire.
- Sono molte le richieste sanitarie e le necessità che aspettano un’attenzione e una risposta. Sono molti i malati e i sofferenti nei centri ospedalieri, nelle nostre famiglie, nelle nostre comunità. Ci risulta impossibile lavare ‘personalmente’ tanti piedi e curare tante ferite.

La Chiesa è una comunità con diversi carismi e ministeri e lo è anche presso il malato e la sua famiglia, tanto in parrocchia quanto in ospedale. È la capacità di agire tutti insieme, in comunione, che può trasformarla in una comunità risanatrice.

Quello che manca non sono le persone, né la buona volontà o la competenza professionale per rispondere alle diverse necessità; spesso quello che manca è una ‘presenza che sappia vedere’, che interceda e sappia tessere con pazienza relazioni che portino ognuno a offrire la sua risposta risanatrice.

CAPITOLO VIII

Spiritualità degli operatori della pastorale sanitaria

100. La spiritualità è uno stile di vita o un modo di vivere secondo le esigenze del Vangelo. Parlare di spiritualità non significa parlare di una parte della vita, ma di tutta la vita; significa parlare della presenza del Signore nella nostra vita e nella comunità cristiana. Possiamo dire che la spiritualità dell’operatore della pastorale sanitaria consiste nel vivere la vita secondo lo spirito di Gesù misericordioso, che è passato facendo il bene, curando e guarendo ogni infermità e sofferenza.

Pertanto, vivere il rapporto con Dio nel servizio a coloro che soffrono è l’espressione di una maniera particolare di vivere la vita nello spirito.

101. L’amore di Dio per noi è un amore gratuito e incondizionato che ci spinge a comunicarlo a quanti ci circondano e, in modo speciale, a tutti coloro che soffrono. Aparecida ci invita a fare delle nostre comunità un centro d’irradiazione della vita in Cristo perché il mondo creda (cf. Aparecida 362).

Gesù ci chiede di essere misericordiosi come il Padre suo e con la sua vita ci mostra chiaramente il cammino. Si commuove profondamente di fronte al dolore e alla

sofferenza degli uomini. Vivere la vita secondo lo spirito della misericordia significa rendere presenti l'amore e la tenerezza di Dio presso coloro che soffrono con atteggiamenti, gesti e parole risanatrici (cf. Lc 6, 36).

102. Si tratta di una spiritualità generatrice di speranza e di vita. Il Dio che ha risuscitato Gesù è un Dio che offre la vita laddove gli uomini causano la morte. L'operatore pastorale è chiamato ad essere una presenza pasquale accanto a coloro che soffrono. Vivere come uomini e donne risorti significa orientare la nostra vita verso un amore creativo e una solidarietà che genera la vita. La nostra vicinanza e il nostro accompagnamento saranno cammino di speranza, di risurrezione.

103. Questa convinzione profonda dà al nostro servizio ai malati una dimensione di culto: è il sacramento della presenza, è quando il servizio si fa contemplazione. Un rapporto profondo nel Signore che ci porta a "vedere Cristo nel malato ed essere Cristo per il malato". Il Vangelo di San Matteo si costituisce per noi come una fonte permanente di spiritualità: "In verità vi dico: tutto quanto farete a uno di questi miei fratelli più piccoli, lo avrete fatto a me" (cf. Mt 25,31-46).

Il fatto di scoprire Cristo nel malato ci chiama ad essere attenti alla sua Parola, a nutrirci del pane di vita, ad avere un atteggiamento contemplativo e orante. Senza questo riferimento al Signore e alla sua Parola, il nostro annuncio perderebbe il suo orizzonte, la sua efficacia. Siamo chiamati a coniugare mistica e impegno, contemplazione e azione.

104. Si tratta di una spiritualità incarnata che esige un atteggiamento di disponibilità e apertura ad ascoltare inquietudini, problemi, angustie, sofferenze e speranze. Si tratta di una spiritualità vissuta a partire dal quotidiano: ci viene chiesto di rendere ragione della nostra speranza, di essere luce e sale della terra.

105. Benedetto XVI ci propone il programma del buon samaritano: "un cuore che vede". Questo cuore vede dove c'è bisogno di amore e agisce di conseguenza (*Deus caritas est* 31).

Giovanni Paolo II ci dice che il buon samaritano è colui che sa:

- *Trattenersi*: fermarsi, trovare tempo e spazio, non passare oltre, essere disposti a cambiare programma, non rimanere indifferenti (cf. *Salvifici doloris* 22).
- *Avvicinarsi*: per ascoltare, comprendere, condividere, accompagnare.
- *Donarsi*: farsi dono, farsi carico e accudire, farsi prossimo, bendare le ferite con olio e vino. Fare spazio al fratello nel nostro cuore, affinché si senta come a casa sua. Essere una compagnia silenziosa e affettuosa, una presenza materna della Chiesa che avvolge con la sua tenerezza e rafforza il cuore.

106. All'ascolto della Parola del Signore, impara a leggere, partendo dalla fede, l'esperienza della sofferenza e del dolore, impara a scoprire l'azione di Dio e a viverla con speranza. L'operatore pastorale ha imparato che il servizio al malato non si può realizzare senza il sacrificio e la rinuncia. Da qui nasce la forza di abbandonarsi nel Signore, la capacità di dare senza aspettare ricompensa, il superamento della ripugnanza, il saper comprendere le più diverse situazioni, l'apertura e la disponibilità verso tutti, la sensibilità, il dono della gratuità.

107. È una persona contemplativa, di silenzio e preghiera. Sa avvicinarsi con delicatezza e rispetto al mistero della sofferenza, non per spiegarlo né per difendere Dio, ma per testimoniare la presenza del Signore che ama, è solidale e accompagna. Incarna valori evangelici quali la comprensione, la misericordia, l'amore, la dedizione, la gioia.

Sull'esempio di Gesù, Buon Pastore, è fedele alla missione di comunicare la vita e porsi al servizio della vita. Benedetto XVI ci invita a contemplare i santi della carità, portatori di luce nella storia; a fare del servizio un culto gradito a Dio, a celebrare la liturgia della carità (cf. Aparecida 353; *Deus caritas est* 40).

108. Maria, la Madre di Gesù, si presenta come modello di accudimento e “impegnata in un servizio di carità alla cugina Elisabetta, presso la quale resta circa tre mesi per assisterla nella fase terminale della gravidanza. (...) è una donna che ama (...) Lo vediamo nella delicatezza con la quale a Cana percepisce la necessità in cui versano gli sposi e la presenta a Gesù” (*Deus caritas est* 41). L'ora della madre arriverà soltanto nel momento della croce, che sarà la vera ora di Gesù. Quando i discepoli saranno fuggiti, ella rimarrà ai piedi della croce (cf. Gv 19, 25-27). La donna della speranza ci insegna a stare accanto a chi soffre e accompagnarlo con il coraggio e la tenerezza di una madre.

CAPITOLO IX

La formazione degli operatori della pastorale sanitaria

109. “La vocazione e l'impegno di essere oggi discepoli missionari di Gesù Cristo in America Latina e nei Caraibi richiede una chiara e decisa scelta per la formazione dei membri delle nostre comunità, in primo luogo dei battezzati, qualunque sia la funzione che svolgono nella Chiesa” (Aparecida 276).

110. L'itinerario formativo del discepolo missionario affonda le radici nella persona di Gesù e nel Magistero della Chiesa. Dovrà essere una formazione integrale: curerà la dimensione umano-comunitaria, quella spirituale, quella intellettuale e quella pastorale-missionaria. La formazione è un lungo processo che richiede itinerari diversificati e rispettosi.

Principi orientatori

111. Tenere al centro la dignità della persona umana, il che esige conoscenza, rispetto, difesa e promozione del diritto alla vita e alla salute.

- La comunità è il principale gestore e promotore della salute delle persone. Deve avere facile accesso alle conoscenze in materia di promozione, prevenzione ed educazione nelle aree della sanità, del controllo sociale e delle politiche pubbliche.
- Assumere la salute come parte dello sviluppo integrale della persona e della comunità, tenendo conto delle diverse dimensioni della persona umana: fisica, psicologica, intellettuale, sociale, spirituale.
- Porre a fondamento della formazione la persona di Gesù, la Sacra Scrittura e i documenti della Chiesa.
- Opzione per i più poveri, i malati e gli abbandonati. “Ogni processo evangelizzatore implica la promozione umana e un'autentica liberazione, senza la quale non è possibile un ordine giusto nella società” (Aparecida 399).
- Promuovere in maniera efficace un autentico dialogo ecumenico e interreligioso nel mondo della sanità, come segno di fraternità e tolleranza e come fondamento di uno sviluppo integrale e di una pace stabile.

Assi tematici

Alcuni assi tematici che possono facilitare l'impostazione di programmi di formazione degli operatori della pastorale sanitaria:

112. Asse antropologico e culturale

- La sacralità della vita e la dignità della persona umana.
- Una relazione sana con se stessi, con gli altri, con la natura e con Dio.
- Finitezza, vulnerabilità e morte nell'essere umano.
- Ecologia e ambiente.
- Cultura e inculturazione, nuove culture.
- Salute come compito personale e responsabilità sociale e comunitaria.
- Educazione, promozione della salute (stati di vita salutari) e prevenzione delle malattie.

113. Asse etico

- Protezione e difesa della vita come valore supremo, dal concepimento fino alla morte naturale.
- La salute come diritto fondamentale della persona umana.
- Umanizzazione della sanità e della medicina.
- Sfide etiche relazionate con lo sviluppo straordinario della tecnoscienza, delle scienze della vita e della salute.
- Sfide bioetiche relazionate con l'inizio, lo sviluppo e la fine della vita umana.
- Codici etici delle diverse professioni del settore sanitario.
- Paternità responsabile.

114. Asse biblico-teologico

- La Trinità, comunità d'amore.
- Dio che dà vita in abbondanza.
- Gesù: i suoi gesti, atteggiamenti e parole.
- La Parola di Dio, fonte di vita e di salute.
- Lo Spirito Santo, Signore e datore di vita.
- Maria, madre e intercessora.
- La Chiesa, sacramento di salute e di salvezza.
- La vita e la salute, la malattia e la sofferenza, il dolore e la morte alla luce del mistero pasquale.

115. Asse liturgico-celebrativo

- I sacramenti della vita e la salute.
- Lectio Divina.
- Preghiera e devozioni.

116. Asse ecclesiologicalo e dottrinale

- Storia della Chiesa nel mondo della sanità (specialmente in America Latina e nei Caraibi).
- La pastorale sanitaria e le sue dimensioni.
- L'evangelizzazione e l'umanizzazione del mondo della sanità.
- Magistero e documenti della Chiesa.
- Piani pastorali delle Conferenze episcopali e diocesane.
- Dialogo ecumenico e interreligioso.

117. Asse psicologico

- Psicologia della salute e della malattia.
- Psicologia delle relazioni e della comunicazione umana.
- Relazionamento nell'assistenza pastorale.
- Psicologia e pastorale nelle situazioni critiche.
- Salute mentale e patologie sociali (tossicodipendenza, alcolismo, tabagismo, ecc.).

118. Asse dell'educazione sociopolitica

- Realtà della sanità nel paese, politiche sanitarie e controllo sociale.
- Legislazione e norme sulla prestazione di servizi sanitari.
- Processi sociali, economici e politici che hanno un impatto sul mondo della sanità (diritto umanitario internazionale, sviluppo sociale, ecc.).

CAPITOLO X

Spazi di azione e promozione della pastorale sanitaria

119. La comunità cristiana è un prolungamento storico di Cristo. Il malato deve trovare in essa il luogo privilegiato che trovava in Gesù: la sua stessa preferenza, vicinanza e accoglienza, lo stesso tratto rispettoso e tenero, la sua forza risanatrice.

120. La persona sofferente è un soggetto responsabile e attivo dell'opera di evangelizzazione e di salvezza, e questo impegna la comunità cristiana in una pastorale sanitaria che si costruisce intorno al malato visto come protagonista ed evangelizzatore (cf. *Christifideles laici* 53-54).

121. La famiglia occupa la posizione primaria nell'umanizzazione della persona e della società. È chiamata ad essere una comunità di salute, a educare per vivere in salute, a promuovere la salute dei suoi membri e del suo ambiente. È importante recuperare la famiglia come collaboratrice essenziale nell'accudimento e nell'accompagnamento dei suoi membri malati.

122. La comunità parrocchiale fa proprie la promozione umana, l'accudimento e la preservazione della salute, l'accompagnamento pastorale degli infermi e degli anziani in

fedeltà alla sua missione di edificare il Regno di Dio. Una pastorale organica terrà conto del piano pastorale parrocchiale e diocesano.

123. Sull'esempio delle prime comunità cristiane, le comunità ecclesiali di base avranno una particolare sollecitudine nei confronti dei più deboli e bisognosi, adempiendo la missione evangelizzatrice e profetica di annuncio di una vita più giusta, solidale, fraterna e di denuncia delle ingiustizie e delle situazioni di peccato sociale.

124. Tutte le religiose e i religiosi, ma in modo speciale coloro che professano il carisma di Gesù Buon Samaritano, sono chiamati a dare testimonianza di fede e di speranza in un mondo sempre più disumanizzato, tecnicista e materialista, e ad arricchire con la loro presenza la comunità ecclesiale in uno spirito di apertura e collaborazione nei confronti delle attività parrocchiali, oltre che ad animare e accompagnare i gruppi di pastorale sanitaria.

125. I gruppi di pastorale sanitaria esprimono la vitalità e lo spirito evangelico del Popolo di Dio, rendono presente nella comunità cristiana l'amore e la sollecitudine di Gesù per i più deboli e i malati.

126. Gli organismi internazionali, nazionali e locali sono istanze in cui si prendono decisioni in materia di politica sanitaria. È necessario parteciparvi attivamente e criticamente per illuminare le attività del mondo della sanità partendo dal Vangelo e a favore dei più poveri e svantaggiati.

127. Le istituzioni del mondo della sanità: ospedali, cliniche, dispensari, università, ecc., sono chiamate a educare alla salute e a promuoverla, a custodire e difendere la vita, dal concepimento fino alla morte naturale, a fornire un'assistenza integrale e umana alla persona malata e alla sua famiglia, riconoscendo e rispettando i loro diritti.

128. Gli ospedali e le cliniche cattoliche devono tenere presente che:

- l'istituzione è un luogo privilegiato di evangelizzazione
- Il personale sanitario si dovrà distinguere per una solida formazione umana e sociale
- Nella gestione ospedaliera, l'aspetto umano e l'aspetto spirituale devono essere prioritari rispetto all'aspetto economico ed amministrativo
- Quando sono in essere alleanze con istituzioni sanitarie governative (pubbliche), "assicurare che l'obiezione di coscienza si integri con le legislazioni e vigilare affinché sia rispettata dalle amministrazioni pubbliche" (Aparecida 469).

129. I lavoratori della sanità sono gli operatori naturali della pastorale sanitaria; è importante agire insieme a loro accompagnandoli nel loro processo di formazione, umanizzazione e rafforzamento dei valori umani, etici e bioetici.

130. L'umanizzazione ci porta ad affermare che "stare" con il malato può essere più importante del "fare". Incontrare l'altro significa ascoltarlo, accoglierlo con le sue preoccupazioni, speranze, difficoltà, con la sua storia, le sue paure, le sue angosce; stabilire con lui una relazione da pari a pari, centrata sulla persona, riaffermando la sua dignità e la sua grandezza. Si tratta di non passare oltre di fronte alle situazioni che vivono il malato e la sua famiglia; offrire un'assistenza integrale che soddisfi le sue necessità a livello emozionale, intellettuale, sociale e spirituale, e non soltanto nella loro dimensione patologica.

L'umanizzazione ha a che vedere con un'atteggiamento personale, uno stile di vita che va oltre un insieme di norme, un'ideologia o una filosofia; significa passare da una relazione funzionale a una relazione empatica, centrata sulla persona.

“Nessuna istituzione può da sola sostituire il cuore umano, la compassione umana, l'amore umano, l'iniziativa umana, quando si tratti di farsi incontro alla sofferenza dell'altro” (*Salvifici doloris* 29).

“La competenza professionale è una prima fondamentale necessità, ma da sola non basta. Si tratta, infatti, di esseri umani, e gli esseri umani necessitano sempre di qualcosa in più di una cura solo tecnicamente corretta. Hanno bisogno di umanità. Hanno bisogno dell'attenzione del cuore (...) Perciò, oltre alla preparazione professionale, a tali operatori è necessaria anche, e soprattutto, la «formazione del cuore»” (*Deus caritas est* 31).

131. L'assistenza pastorale e spirituale dovrà essere realizzata da un'équipe che usufruisca della consulenza di un sacerdote, un diacono, un religioso, una religiosa, un laico o una laica che siano competenti in quest'area specifica. L'équipe dovrà mantenersi in contatto con gli altri gruppi esistenti nell'istituzione, con gli operatori della pastorale sanitaria della parrocchia e di altre confessioni religiose. Dovrà essere una presenza significativa che aggregi tutte le forze cristiane presenti nell'istituzione rendendo possibile l'azione missionaria e risanatrice della comunità cristiana a favore degli infermi, dei loro familiari e di coloro che li assistono, nel rispetto delle loro credenze e della loro fede.

“L'amore è gratuito; non viene esercitato per raggiungere altri scopi. (...) Chi esercita la carità in nome della Chiesa non cercherà mai di imporre agli altri la fede della Chiesa. Egli sa che l'amore nella sua purezza e nella sua gratuità è la miglior testimonianza del Dio nel quale crediamo e dal quale siamo spinti ad amare. Il cristiano sa quando è tempo di parlare di Dio e quando è giusto tacere di Lui e lasciar parlare solamente l'amore. Egli sa che Dio è amore (1 Gv 4,8) e si rende presente proprio nei momenti in cui nient'altro viene fatto fuorché amare” (*Deus caritas est* 31).

132. Le istituzioni educative partecipano attivamente alla crescita e alla formazione integrale delle persone; da qui l'importanza che i loro piani e programmi includano ciò che concerne la promozione, la prevenzione, l'educazione e l'umanizzazione in campo sanitario.

133. Il volontariato è un'espressione concreta dell'amore di Dio; riguarda ogni persona e specialmente i cristiani. Con il suo atteggiamento d'amore, di servizio gratuito e incondizionato, promuove la cultura della vita, basata sui valori della solidarietà e della fraternità.

134. Sono molti i gruppi e le associazioni di malati che si organizzano per sostenersi a vicenda. È importante valorizzare, riconoscere e accompagnare i loro sforzi; essi comunicano e trasmettono grandi valori umani e cristiani alla comunità.

135. Le organizzazioni popolari sono istanze di resistenza del popolo che si organizza per sopravvivere di fronte al crescente impoverimento; è necessario riconoscere e appoggiare gli sforzi che vengono realizzati nel servizio alla comunità, fornendole i mezzi per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie.

136. “I nuovi movimenti e le nuove comunità sono un dono dello Spirito Santo per la Chiesa. In essi, i fedeli trovano la possibilità di formarsi cristianamente, crescere e impegnarsi apostolicamente fino ad essere autentici discepoli missionari. (...) Per la loro stessa natura, esprimono la dimensione carismatica della Chiesa (...); nel mondo moderno ci troviamo a rispondere a nuove situazioni e necessità della vita cristiana” (*Aparecida* 311-312).

137. Nei seminari e nelle case di formazione dei religiosi e delle religiose è importante tenere presente nei piani di formazione dei futuri pastori una competenza e una formazione nella pastorale sanitaria che illumini e plasmi il cuore per l'esercizio della carità (cf. Aparecida 316).

138. I mezzi di comunicazione svolgono un ruolo sempre più importante come organi d'informazione e di diffusione; conviene quindi approfittarne e realizzare programmi e campagne di educazione in difesa della vita e nella promozione della salute.

CAPITOLO XI

Pastorale sanitaria e pastorale organica

139. La pastorale organica tende a dare alle diverse attività pastorali l'unità richiesta dalla Chiesa, al fine di adempiere la sua finalità di evangelizzare, di portare la Buona Novella agli uomini e alle donne del nostro tempo, che sono chiamati ad "avere la vita e l'abbiano in abbondanza" (Gv 10,10). Paolo VI ci ha rivolto un appello ad evangelizzare e a lavorare per l'unità nella diversità: "Tutta la Chiesa è dunque chiamata ad evangelizzare, e tuttavia vi sono da adempiere attività tra loro differenti nel suo ambito di evangelizzazione. Questa diversità di servizi nell'unità della stessa missione costituisce la ricchezza e la bellezza dell'evangelizzazione" (*Evangelii nuntiandi* 66).

140. Nelle conclusioni di Santo Domingo, i vescovi si sono impegnati a "promuovere processi globali, organici e pianificati che facilitino e procurino l'integrazione di tutti i membri del popolo di Dio, delle comunità e dei diversi carismi, e li orientino alla nuova evangelizzazione..." (Santo Domingo 57). Gli sforzi pastorali orientati verso l'incontro con Gesù Cristo vivo continuano a produrre i loro frutti e hanno permesso a molte Chiese particolari di fare progressi nella strutturazione di una pastorale organica per servire meglio le necessità dei fedeli.

141. "La diocesi, presieduta dal vescovo, è il primo ambito della comunione e della missione. Essa deve promuovere e condurre un'azione pastorale organica rinnovata e vigorosa, in modo che la varietà di carismi, ministeri, servizi e organizzazioni si orientino verso uno stesso progetto missionario per comunicare la vita nel proprio territorio. Questo progetto, che nasce da un cammino di partecipazione composita, rende possibile la pastorale organica, capace di dare un risposta alle nuove sfide. Un progetto risulta efficiente soltanto se ogni comunità cristiana, ogni parrocchia, ogni comunità educativa, ogni comunità di vita consacrata, ogni associazione o movimento e ogni piccola comunità si inseriscono attivamente nella pastorale organica di ogni diocesi. Ognuno è chiamato ad evangelizzare in maniera armonica e integrata nel progetto pastorale della diocesi" (Aparecida 169).

I diversi fronti della pastorale, che includono la pastorale sanitaria, intendono portare il Vangelo nei differenti ambienti, rispondendo alle nuove esigenze del mondo attuale.

142. La pastorale sanitaria, in una Chiesa popolo di Dio, "comunità di comunità", animata dai dinamismi della comunione e della partecipazione, deve inserirsi nella pastorale organica, al fine di arricchirsi con l'apporto delle diverse aree pastorali e offrire, partendo dal suo specifico, gli elementi che vadano a beneficio della comunità in generale o di settori specifici della società. A mo' di esempio, segnaliamo alcune forme di relazione fra la pastorale sanitaria e altre aree della pastorale.

143. Uno dei compiti principali della Chiesa, convocata dalla Parola, è annunciare il Vangelo della vita e della salute integrale, della solidarietà con i poveri e con i malati. La catechesi, la preparazione ai sacramenti, l'omelia, l'insegnamento religioso nelle

scuole, fra gli altri, sono spazi propizi per evangelizzare sul valore della vita umana e il suo carattere inviolabile, così come sull'esigenza etica di rispettarla, difenderla, amarla e servirla (cf. *Evangelium vitae* 5).

144. Per mezzo della liturgia, noi cristiani celebriamo il mistero salvifico attraverso la preghiera, la lode e l'azione di grazie. La liturgia è la celebrazione dell'abbondante vita che Dio ci dona. In questo modo, la liturgia ci stimola a celebrare l'azione risanatrice di Dio Padre nostro, ci invita a godere pienamente la vita e ci sostiene nei momenti di malattia o di sofferenza. D'altra parte, alimenta la vita spirituale dei professionisti della sanità e degli operatori sanitari affinché nell'esercizio della loro professione sappiano coniugare competenza e umanità; sostiene, inoltre, i volontari e gli agenti pastorali affinché con la loro dedizione e il loro servizio continuino a testimoniare la tenerezza di Dio e ad assicurare condizioni di vita degne.

145. La dimensione sociale della nostra fede ci porta ad operare con lo stesso amore misericordioso del Padre, attuando sui fronti dell'annuncio, della denuncia e della testimonianza. A Santo Domingo i vescovi hanno ribadito la decisione di "privilegiare il servizio fraterno ai più poveri fra i poveri e aiutare le istituzioni che se ne occupano: malati, anziani soli, bambini abbandonati, carcerati, disabili, malati di AIDS e tutti coloro che richiedono la vicinanza misericordiosa del buon samaritano" (Santo Domingo 180). Nella pastorale sociale convergono diversi fronti dell'azione pastorale: pastorale dell'infanzia, pastorale santitaria, pastorale della terza età, pastorale dei portatori di HIV, pastorale del lavoro, pastorale penitenziaria, pastorale dei migranti e degli sfollati, pastorale degli indigeni, dei contadini, degli emarginati delle aree urbane...

146. La pastorale sanitaria ha nella famiglia la prima e principale comunità che si prende cura della salute dei suoi membri e moltiplica gli sforzi per una salute preventiva integrale. Il tema della salute permette di mettere insieme le famiglie, di offrire una consulenza di sostegno ai genitori, di organizzare centri di assistenza per le ragazze madri, le donne abbandonate, i bambini, le bambine, gli adolescenti e i giovani in situazioni di rischio.

147. Attraverso la pastorale educativa si può arrivare agli spazi dell'educazione formale, non formale e informale, affinché uomini e donne, sin dalla tenera età, possano porre le basi per condurre una vita salutare in termini di pensiero, atteggiamento e azione.

148. La salvaguardia della creazione è anche uno spazio privilegiato per la promozione della salute integrale. Gli attuali modelli di sviluppo hanno provocato autentici disastri ambientali con un impatto sulla salute delle persone e delle comunità. È necessario "intraprendere una rieducazione di tutti quanti al valore della vita e all'interdipendenza dei diversi ecosistemi" (Santo Domingo 169).

"Chiamato a coltivare e custodire il giardino del mondo, l'uomo ha una specifica responsabilità sull'ambiente di vita, ossia sul creato che Dio ha posto al servizio della sua dignità personale, della sua vita: in rapporto non solo al presente, ma anche alle generazioni future" (*Evangelium vitae* 42).

149. La pastorale sanitaria ha molto da offrire ai diversi campi della pastorale e, allo stesso tempo, accoglie con autentica gioia la ricchezza che questi le apportano dalla propria specificità. La nuova evangelizzazione esige la partecipazione di tutti i battezzati, dai differenti campi della pastorale, inclusa una relazione fraterna con le altre Chiese e con organismi e movimenti che operano nel mondo della sanità, al fine di trasformare in realtà il messaggio di Gesù: "Sono venuto perché abbiano la vita e l'abbiano in abbondanza" (Gv 10,10).

CAPITOLO XII

Struttura della pastorale sanitaria

150. Il *gruppo parrocchiale* della pastorale sanitaria usufruirà della consulenza del parroco e avrà un suo coordinatore. Lavorerà in sintonia con gli altri gruppi esistenti nella parrocchia e un suo delegato farà parte del Consiglio Pastorale Parrocchiale. Realizzerà il proprio lavoro in coordinamento con la Commissione Diocesana della Pastorale Sanitaria.

151. La *Commissione Diocesana* della pastorale sanitaria sarà coordinata dal delegato del vescovo e sarà composta da operatori della pastorale sanitaria in rappresentanza delle vicarie, delle zone e dei decanati in cui è organizzata la diocesi: religiosi e religiose, cappellani della sanità, operatori della pastorale sanitaria e dei movimenti che operano in questo settore. Lavorerà in coordinamento con l'Equipe Nazionale e si occuperà della formazione e dell'accompagnamento dei gruppi parrocchiali.

152. L'*Equipe Nazionale* della Pastorale Sanitaria sarà presieduta dal vescovo designato dalla Conferenza episcopale e avrà un coordinamento nazionale composto da delegati regionali o diocesani. Avrà la funzione di servire le diocesi con orientamenti e sussidi per organizzare la pastorale sanitaria.

153. L'*Equipe di Sostegno* della Pastorale Sanitaria del CELAM sarà formata dai coordinatori delle diverse regioni: Cono Sud e Brasile, paesi bolivariani (Bolivia, Colombia, Ecuador, Panamá, Perú, Venezuela), America Centrale, Messico, Caraibi, oltre ad alcuni esperti.

Funzioni:

- Animare e coordinare la pastorale sanitaria nell'America Latina e nei Caraibi
- Favorire lo scambio di esperienze, materiali di lavoro, risorse umane, ecc.
- Sostenere e organizzare le riunioni regionali e gli incontri nell'America Latina e nei Caraibi
- Collaborare con il Dipartimento Giustizia e Solidarietà del CELAM, dal quale dipende

154. Pontificio Consiglio per la Pastorale Sanitaria

Finalità:

Di fronte alle complesse problematiche che il mondo della sanità si trova ad affrontare oggi in materia morale e bioetica e alla necessità di un maggiore coordinamento fra i molteplici organismi che coinvolgono direttamente i cristiani in questo settore, il n.6 del Motu Proprio *Dolentium hominum* stabilisce le seguenti finalità del nuovo dicastero:

1. Coordinare le attività svolte dai diversi Dicasteri della Curia Romana in relazione al mondo sanitario e ai suoi problemi.
2. Diffondere, spiegare e difendere gli insegnamenti della Chiesa in materia di sanità, e favorirne la penetrazione nella pratica sanitaria.

3. Tenere i contatti con le Chiese locali ed, in particolare, con le commissioni episcopali per il mondo della sanità.

4. Seguire con attenzione e studiare orientamenti programmatici ed iniziative concrete di politica sanitaria, a livello sia internazionale che nazionale, al fine di coglierne la rilevanza e le implicazioni per la pastorale della Chiesa.

Conclusione

Con grande gioia facciamo nostra la preoccupazione che la Chiesa, esperta in umanità, manifesta nel mondo della sanità, in mezzo alla minaccia permanente di una “cultura di morte”.

Auspichiamo ferventemente che, in tutte le Conferenze episcopali, si promuova e si realizzi una pastorale sanitaria efficace e a favore di una salute integrale, al servizio di coloro che soffrono maggiormente.

Vogliamo esprimere la nostra riconoscenza e il nostro incoraggiamento, così come il nostro impegno solidale, a tutti gli operatori della pastorale sanitaria che, specialmente con la loro testimonianza, annunciano, nel nome di Gesù, il Vangelo della speranza e della vita.

Ai nostri fratelli che vivono una situazione di dolore e di sofferenza ricordiamo che la Chiesa sarà sempre attenta alla loro voce, a quella di tutti e di ognuno di essi, sarà una presenza vicina e apportatrice della speranza del Cristo Risorto, che è venuto perché abbiamo la vita e l'abbiamo in abbondanza.

Il nostro pensiero si rivolge anche ai responsabili delle politiche sanitarie dei nostri popoli, affinché si operi per produrre un sistema equo e solidale che garantisca l'esercizio del diritto alla salute di tutti i cittadini.

Maria, Salute degli Infermi, ci aiuti a testimoniare al mondo la tenerezza di Dio e a proclamare con coraggio il Vangelo della vita.

**PASTORALE DELLA SALUTE IN AMERICA LATINA E NEI CARAIBI –
ALCUNE NOTE STORICHE**

p. Leo Pessini

La presenza nella Chiesa in tema di sanità nelle terre dell'America Latina e dei Caraibi prende inizio dalla scoperta e dalla colonizzazione di questo continente. Se guardiamo dal punto di vista di una azione pastorale nel campo della salute prevista, coordinata e nel contesto della pastorale organica, con indicazioni chiare e precise, ci rendiamo subito conto che è qualcosa di molto nuovo, caratteristica degli ultimi anni del XX secolo, anche se la Chiesa ha già una storia di cinque secoli in queste terre.

Evidenziamo gli eventi più significativi a livello continentale raggiunti fino ad oggi, cercando di tracciare un profilo di azione della Chiesa nel mondo della salute.

Bisogna tener conto del fatto che le sfide e le esigenze di salute, le differenze e le caratteristiche culturali, politiche, economiche, sociali e religiose, sia in ambito regionale i, sia in ambito nazionale, danno un quadro profondamente ricco e diversificato dell'azione della Chiesa nel mondo della salute in America Latina e nei Caraibi.

I incontro della pastorale della salute latino americano e dei caraibi

Il primo incontro si è tenuto a Bogotá, Colombia, dal 2 al 6 di ottobre del 1989, organizzato dalla Federazione Internazionale delle Associazioni cattoliche (FIAMC) e dal dipartimento di Pastorale Sociale (DEPAS) del Consiglio Episcopale Latino –Americano (CELAM). Questo incontro ha visto la partecipazione di delegati della Pastorale della Salute di dieci conferenze episcopali. L'incontro mirava ad esaminare, in un dialogo aperto alla luce del Magistero della Chiesa, molti problemi etici e di umanizzazione in ambito di programmazione sanitaria in America Latina e l'assunzione di impegni in linea con la competenza e la missione della Chiesa in questo campo.

Tra gli obiettivi specifici si è evidenziato:

- 1- Analizzare lo stato di salute in America Latina e nei Caraibi, da un punto di vista socio-economico, politico e culturale, attraverso i contributi e le esperienze dei partecipanti.
- 2- Elaborare una valutazione rispetto all'umanizzazione nel mondo della salute, che permetta di identificare l'urgenza di programmi futuri di sensibilizzazione e formazione dei futuri operatori sanitari nel continente.
- 3- Favorire lo scambio di esperienze in ambito sanitario e pastorale;
- 4- Riflettere sulle questioni etiche nei diversi settori della salute, con la finalità di sviluppare criteri di giudizio per un'azione cristiana coerente.

Quindi, abbiamo cercato di suscitare una maggiore consapevolezza e un impegno cristiano degli operatori sanitari e degli agenti della pastorale della salute. Inoltre, si è inteso rafforzare le organizzazioni professionali a carattere cristiano stimolando la strutturazione di una Pastorale della salute nazionale.

I temi affrontati nelle lezioni e durante le tavole rotonde sono stati; Evangelizzazione e Pastorale della Salute; Chiesa e salute umana; umanizzazione della medicina, etica e medicina nei confronti dei pazienti disabili; problemi etici in psichiatria. Il trapianto: aspetti etici; la nuova genetica; Etica e medicina: la pianificazione familiare. Cura completa per i pazienti ricoverati, organizzazione e umanizzazione dei medici cattolici.

Come ci si può rendere conto il problema etico è presente in alcune questioni di medicina.

II Incontro sulla Pastorale della Salute In America Latina e nei Caraibi

Il secondo incontro tenutosi a Quito, Ecuador, dal 14 al 18 settembre 1994 coordinato dal Dipartimento della Pastorale Sociale (DEPAS) del Consiglio Episcopale Latino Americano (CELAM), vedeva la partecipazione di 41 delegati del dipartimento della Pastorale della Salute di 13 paesi. L'obiettivo di questo evento può essere così descritto:

“Costruire, con la collaborazione di tutti i paesi, delle linee comuni che indirizzino l'azione della Pastorale della Salute in America Latine e nei Caraibi”. Gli obiettivi specifici erano:

1. Studiare e analizzare la situazione della Pastorale della Salute in America Latina e nei Caraibi;
2. Interscambio di significative esperienze pastorali in tema di salute nei diversi paesi, includendo nuovi fenomeni come: la medicina e l'alimentazione alternativa, la salute collettiva;
3. Approfondire le basi teologico-pastorali circa la Pastorale della Salute;
4. Individuare le funzioni e i profili degli addetti alla Pastorale della Salute;
5. Studiare lo sviluppo del ruolo dei centri sociali e la loro partecipazione nel percorso della Pastorale della Salute;
6. Definire alcune politiche e strategie che fungano da guida per una elaborazione di programmi nazionali per una Pastorale della Salute.

Si è partiti da un documento di lavoro preparato da un gruppo di consulenti del DESPAM-CELAM, come strumento di riflessione finalizzato a presentare alcuni elementi teologici pastorali che possono essere utili per la preparazione di una breve guida di pastorale della salute.

Sono stati identificati i seguenti motivi per offrire alla comunità cristiana orientamenti e linee guida circa la Pastorale nel mondo della salute:

1. Modifiche profonde nel campo della salute;
2. Conquiste scientifiche e progressi tecnologici e loro implicazioni etiche, cambiamenti socioeconomici e politici;
3. Situazioni di ingiustizia, violenza, omicidi, mancanza di rispetto per l'ambiente, denutrizione, fame, malattie endemiche che colpiscono i più poveri chiamando la Chiesa a offrire la sua specifica collaborazione nella lotta per la salvaguardia della dignità umana.
4. Necessità di un progetto unitario della Pastorale della Salute. Se la problematica della salute appare sempre più grande e complessa, le risposte parziali e isolate risultano insufficienti. “E' necessario delineare un progetto unitario della Pastorale della Salute con la collaborazione di tutta la comunità cristiana, in un atteggiamento di apertura e valorizzazione dei contributi provenienti dalle scienze psicosociali”. (Giovanni Paolo II)
5. Organizzazione e struttura propria: “occorre sollecitare il livello latino americano, nazionale e diocesano specifico di questa pastorale, con una motivazione teologico biblica determinata e una struttura e organizzazione propria, per arrivare ad occupare il posto che le compete in una pastorale organica di insieme, se vogliamo che i malati, come al tempo di Gesù, siano anche per la Chiesa odierna “proprietà particolare”, i prediletti del Signore. (Giovanni Paolo II).

Il documento finale dell'incontro, che è essenzialmente un manuale della Pastorale della Salute, consta di tre parti fondamentali: 1) Situazione sanitaria in America Latina e nei Caraibi; 2)

Discernimento biblico-teologico; 3) Pastorale della Salute: concetto e obiettivi; 3.1) Centri di comunione e partecipazione e struttura della Pastorale della Salute.

In realtà questo documento costituisce in embrione il documento che sarebbe stato successivamente intitolato “*Guida della Pastorale della Salute per l’America Latina e i Caraibi*”.

Nella prospettiva futura, si dovrà pensare ad una strategia di coordinazione e monitoraggio, formando una équipe centrale di coordinamento della Pastorale della Salute per il continente con l’obiettivo di animazione, organizzazione e controllo delle attività della Pastorale della Salute nei diversi paesi. Accrescendo l’unione di coordinamento regionale: Cono del Sud, paesi Boliviani, America Centrale e Caraibi.

III Incontro Latino Americano e dei Caraibi sulla Pastorale della Salute

Il terzo incontro si è tenuto a Santo Domingo, Repubblica Dominicana, dal 16 al 20 di settembre del 1998, sempre sotto l’egida del Dipartimento della Pastorale Sociale (DEPAS) del Consiglio Episcopale Latino Americano (CELAM). Si è trattato in particolare della problematica della formazione e animazione dei responsabili della Pastorale della Salute, con ricca condivisione delle esperienze dei vari paesi, stabilendo le linee guida basilari in questo settore così vitale della Pastorale della Salute.

Questa tematica era già presente nell’incontro di Quito, dove si evidenziava l’urgenza e la necessità la formazione e capacità degli agenti della Pastorale della Salute in tre aspetti fondamentali: umano, cristiano e professionale, con le seguenti caratteristiche: intelligenza animata dal cuore, spirito samaritano, dimensione soprannaturale che dà senso alle esperienze di sofferenza e spiritualità mariana.

Incontro dell’equipe continentale della pastorale della salute

Il Dipartimento della Pastorale Sociale (DEPAS) del Consiglio Episcopale Latino-Americano, con l’obiettivo di rilanciare l’azione della Chiesa nel mondo della salute, nei paesi dell’America Latina e nei Caraibi, tenne a Santafé di Bogotá, Colombia, nei giorni 22 e 23 di luglio del 2000, una importante riunione che vide la partecipazione di varie regioni del continente, quali: paesi del Cono del Sud (Brasile, Argentina, Paraguay, Uruguay, Cile), paesi boliviani (Perù, Bolivia Ecuador, Colombia e Venezuela), paesi dell’America Centrale, Messico e Caraibi.

Questo incontro fu presieduto da Don Hugo Garay (Vescovo di Tacna, Perù), in qualità di presidente del DEPAS-CELAM, e coordinato da P. Francisco Hernandez Rojas, segretario esecutivo dello stesso DEPAS-CELAM.

La discussione si incentrò su tre temi fondamentali: a) Programma quadriennale del DEPAS-CELAM per la Pastorale della Salute nel continente; b) organizzazione del team di lavoro (assegnazioni dei componenti, attività, funzioni, compiti); e c) elaborazione di una guida sulla Pastorale della Salute in America Latina e nei Caraibi.

Come nuovo coordinatore della Pastorale della Salute per l’America Latina e i Caraibi, per quanto riguarda la programmazione prevista e l’equipe continentale, fu proposto il P. Adriano Tarraran, camilliano, direttore del Centro Camilliano di Umanizzazione e Pastorale della Salute di Bogotá. Inoltre furono anche individuati i rappresentanti dell’equipe continentale per l’animazione della Pastorale della Salute. Nell’agenda dei lavori fu prevista una riunione annuale del gruppo di lavoro, da attuarsi nelle varie regioni del continente in incontri durante gli anni 2001 e 2002 nonché l’attuazione del quarto incontro della Pastorale della Salute in America Latina e nei Caraibi, dal 10 al 16 di marzo del 2003 in San Paolo, Brasile.

Quanto alla guida per la Pastorale della Salute per il continente, si è prospettato un progetto condiviso delle linee guida globali, che tenesse conto di tutte le caratteristiche regionali. Si tratta di un progetto che è stato sostenuto e su cui si è lavorato fin dal terzo incontro della Pastorale della Salute in America Latina e nei Caraibi (Santo Domingo-1998), ma che trae le sue origini dall'incontro di Quito (Ecuador) del 1994. I membri dell'equipe continentale hanno raccolto suggerimenti e aggiornamenti per l'elaborazione di una Guida per la Pastorale della Salute per l'America Latina e per i Caraibi.

IV incontro tenutosi a San Paolo del Brasile dal 5 all'8 di aprile 2003

Il quarto incontro aveva come obiettivi:

- 1.) Tracciare alcune linee di azione per rendere possibile la comunione per la solidarietà a partire da una Pastorale della Salute in riferimento all'attualità;
- 2.) Rafforzare e consolidare il processo di strutturazione e organizzazione della Pastorale della Salute in America-Latina e nei Caraibi;

Sono state affrontate alcune tematiche specifiche:

- 1) Fattori strutturali e di competenze che incidono sulla salute in America Latina e Caraibi;
- 2) Promozione, attenzione e riabilitazione nella sanità;
- 3) Situazioni emergenti: violenza, povertà, AIDS, tossicodipendenza;
- 4) Bioetica come orizzonte di speranza per l'umanità.

V incontro della Pastorale della Salute in America Latina e nei Caraibi

Realizzato nella città di Panama (23-27 novembre del 2009). Aveva come obiettivo fondamentale: aggiornare le linee guida della Pastorale della Salute per l'America Latina e i Caraibi alla luce del documento di Aparecida (2007),

Come già detto, in quest'incontro, una equipe di supporto ha completato un processo di revisione delle linee guida per la Pastorale della Salute. In occasione della Giornata Mondiale del Malato del 2010, le stesse sono state ufficialmente approvate dai vertici del CELAM con il seguente titolo "*Una Guida per la Pastorale della Salute in America Latina e nei Caraibi*".

CONCLUSIONI

Durante questi anni una equipe di supporto della Pastorale della Salute del CELAM – Dipartimento di Giustizia e Solidarietà ha realizzato vari incontri regionali e continentali sulla questione della prevenzione e della Pastorale contro la pandemia dell'AIDS. Come risultato di questi incontri è stato elaborato un documento: "*La Chiesa Cattolica Latino Americana e dei Caraibi contro la pandemia dell'HIV/AIDS*", approvato dalla Presidenza del CELAM in data 1 dicembre 2005, Giornata Mondiale della Lotta contro l'AIDS.

A questo processo hanno partecipato il Segretariato Nazionale della Pastorale Sociale, la Pastorale della Salute, la Caritas Colombiana, il Centro Camilliano di Umanizzazione e Pastorale della Salute di Bogotá, Colombia, il Coordinamento nazionale della Pastorale della Salute – Conferenza nazionale dei Vescovi del Brasile (CNBB) e, il Centro Universitario San Camillo di San Paolo del Brasile.

Ci auguriamo che queste linee guida per la Pastorale della Salute in America Latina e nei Caraibi, risultanti da uno sforzo partecipativo di tutte le Conferenze Episcopali della Regione (Latino Americana e Caraibica), durante questi venti anni – 1° incontro a Bogotá 1989- 5° incontro a

Panama nel novembre del 2009-, si trasformino in un prezioso strumento di lavoro per tutti gli operatori della Pastorale e professionisti della Sanità, nella promozione di una nuova cultura della Salute, sensibile ai settori più vulnerabili e poveri della popolazione, affinché abbiano “*la Vita in Abbondanza*” (Gv. 10.10).

Bibliografia

Documenti e Magistero della Chiesa

- BENEDETTO XVI, Lettera enciclica *Deus caritas est*. Città del Vaticano 2005.
- BENEDETTO XVI, Lettera enciclica *Caritas in veritate*. Città del Vaticano 2009.
- GIOVANNI PAOLO II, Lettera apostolica *Salvifici doloris*, sul senso cristiano della sofferenza umana. Città del Vaticano 1984.
- GIOVANNI PAOLO II, Esortazione apostolica *Christifideles laici*. Città del Vaticano 1988.
- GIOVANNI PAOLO II, Lettera enciclica *Evangelium vitae*. Città del Vaticano 1995.
- PONTIFICIO CONSIGLIO PER LA PASTORALE DELLA SALUTE, *Carta degli Operatori Sanitari*. Città del Vaticano 1995.
- CONCILIO VATICANO II, Documenti completi.
- CONSIGLIO EPISCOPALE LATINOAMERICANO, CELAM, Le 4 Conferenze Generali dell'Episcopato Latinoamericano: Río de Janeiro, Medellín, Puebla, Santo Domingo. Bogotá, Colombia 2004.
- APARECIDA, V Conferenza Generale dell'Episcopato Latinoamericano e dei Caraibi. CELAM 2007.

Dizionari

- PASTORAL DE LA SALUD Y BIOÉTICA, Diretto da: Bermejo, J. C., Álvarez F., Dictionarios San Pablo, Madrid 2009.
- DICCIONARIO LATINOAMERICANO DE BIOÉTICA, Diretto da: Tealdi, J. C., Unesco - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá 2008.

Libri

- ÁLVAREZ, F., El evangelio de la salud. San Pablo, Madrid 1999.
- BERMEJO, J. C., Humanizar la Salud. Humanización y relación de ayuda en enfermería. San Pablo, Madrid 1997.
- BERMEJO, J.C., Qué es humanizar la salud. Por una asistencia sanitaria más humana. San Pablo, Madrid 2003.
- BRUSCO A., MARINELLI S., Iniciación al diálogo y a la relación de ayuda. Centro Camiliano de Humanización y Pastoral de la Salud, Bogotá 2005.
- BRUSCO P. A., PINTOR S., Tras las huellas de Cristo Médico. Manual de Teología Pastoral de la Salud. CELAM - Centro Camiliano de Humanización y Pastoral de la Salud, Bogotá 2001.
- BRUSCO, A., Humanización de la asistencia al enfermo. Cuadernos del Centro de Humanización de la salud. Sal Terrae, Bilbao 1999.

- CARAVIAS S.J., J. L., Fe y Dolor. Respuestas bíblicas ante el dolor humano. Selare, Bogotá 1994.
- COLOMBERO G., La enfermedad, tiempo para la valentía. San Pablo, Colección Ética, Bogotá 2004.
- COMISIÓN EPISCOPAL DE PASTORAL, La asistencia religiosa en el hospital, orientaciones pastorales. Madrid 1987.
- CONDE HERRANZ, J., Introducción a la pastoral de la salud. San Pablo, Madrid 2004.
- GARCIA FÉREZ, J., Ética de la salud en los procesos terminales. San Pablo, Madrid 1998.
- PAGOLA J.A., Id y curad. Evangelizar el mundo de la salud y la enfermedad. Colección Pastoral, PPC, Madrid 2004.
- PANGRAZZI, A., Hacer bien el bien. Voluntarios junto al que sufre. PPC, Madrid 2006.
- REDRADO, J.L., GOL GURINA, J., P. MARCHESI, P. BOLECH, BRUSCO, A., Humanización en salud. Centro Camiliano de Humanización y Pastoral de la Salud - Selare, Bogotá 1991.
- ROCCHETTA, C., Hacia una teología de la corporeidad. San Pablo, Madrid 1993.
- ROCCHETTA, C., Teología de la ternura. Un evangelio por descubrir. Secretariado Trinitario. Salamanca, España 2000.
- SANDRIN, L., BRUSCO, A., POLICANTE, G., Comprender y ayudar al enfermo. Centro Camiliano de Humanización y Pastoral de la Salud - Selare, Bogotá 1999.
- SANDRIN, L., La Iglesia, comunidad sanante. Centro de Humanización de la Salud (Camilos). San Pablo, Madrid 2000.
- SANDRIN, L., Compañeros de viaje. El enfermo y su cuidador. San Pablo, Madrid 2001.
- TARRARÁN, A., CALDERÓN, I., Pastoral de la Salud. Cursos básicos para agentes parroquiales, Manual I y II. Centro Camiliano de Humanización y Pastoral de la Salud - Conferencia Episcopal de Colombia, Bogotá 2009.
- VENDRAME, C., Los enfermos en la Biblia. San Pablo, Madrid 2002.

Riviste

- Dolentium Hominum. Chiesa e sanità nel mondo. Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute. Rivista trimestrale, Città del Vaticano.
- Humanizar. Religiosi Camilliani. Rivista bimestrale. Madrid, Spagna.
- Labor Hospitalaria. Fratelli di San Giovanni di Dio. Rivista trimestrale, Barcellona, Spagna.
- Vida y Salud. Centro San Camillo, Rivista bimestrale. Zapopan, Jalisco, Messico.

Indice

Presentazione	1
Introduzione	3
Cos'è la salute?	3
La realtà della Sanità in America Latina e nei Caraibi	4
Fondamento biblico-teologico	11
Il Magistero della Chiesa nel Mondo della Sanità	14
Bioetica, un grido a favore della dignità umana	16
La pastorale sanitaria e le sue dimensioni	19
Gli operatori della pastorale sanitaria	23
Spiritualità degli operatori della pastorale sanitaria	23
La formazione degli operatori della pastorale sanitaria	25
Spazi di azione e promozione della pastorale sanitaria	27
Pastorale Sanitaria e Pastorale Organica	30
Struttura della Pastorale Sanitaria	32
Conclusione	33
La pastorale della salute in America Latina e nei caraibi – Alcune note storiche	36
Bibliografia	41