

Comunità 7

Informatore settimanale della parrocchia
SS.GERVASO e PROTASO in MACHERIO



COMUNITÀ PASTORALE "MARIA VERGINE MADRE dell'ASCOLTO"

DOMENICA 5 Settembre 2021 *I dopo il martirio di S. Giovanni Battista*



Ricominciare, senza paura

di Federico Pichetto

L'estate sta lasciando il posto ad un nuovo inizio che ci spaventa. Il segreto per superare la paura sta nelle domande che ci poniamo.

Quella che volge al termine è senz'altro un'estate unica, un'estate che in tanti vorrebbero non finisse mai: la nostra economia galoppa a ritmi inediti, il turismo ha toccato numeri che non si registravano da decenni, il senso di oppressione e di sacrificio che animava un paese stanco di chiusure ha lasciato spazio ad uno spirito di ritrovata libertà in una sorta di "terzo dopoguerra" fatto di musica, spensieratezza e allegria. Nessuna notizia è dunque riuscita a minare la voglia di vivere, di muoversi e di stare insieme che ha rappresentato la cifra identificativa di questa estate: né il dibattito sui vaccini o sul green pass, né le terribili notizie provenienti da Haiti o dall'Afghanistan, né gli allarmanti dati di

un clima ambientale impazzito.

Tutti siamo stati protagonisti di un'estate italiana magica, aperta dal trionfo dei Maneskin all'Eurovision di Rotterdam, proseguita con quel pullman della Nazionale di calcio Campione d'Europa che sfila per le vie della capitale e simbolicamente chiusa dalle quaranta medaglie portate a casa dalla nostra delegazione a Tokyo. Perfino il quadro politico appare oggi stabile e ineluttabile, con Draghi e Mattarella che custodiscono e mettono il turbo al paese.

Eppure mai riapertura, mai nuova stagione, è stata così temuta come quella che si fa avanti in questa fine estate: verso dove stiamo andando? Che cosa accadrà? Come sapremo rispondere alle inedite sfide che ci porrà la realtà?

Nel grande sottobosco italiano che oggi è rappresentato dai social è tutto un agitarsi, un contrapporsi, un individuare colpevoli, complotti o nemici. Sembra che, in nome della paura, tutto possa diventare lecito, possibile, dissacrabile.

Il vero tema della stagione che inizia, però, non è tanto su quale cavallo scommettere, su quello della libertà o sul quello della salute, quanto su dove sia io – il mio desiderio, la mia umanità, il mio bisogno – in tutto quello che sta accadendo. E quando ci si chiede “dove io sia in tutto questo” non si intende tanto da che parte stia o quali iniziative voglia porre in essere per avere il mio posto al sole anche in questa nuova fase: al contrario, io sono – io sto – **nell'abbraccio di un Tu**, nella comunione di un noi.

La domanda dell'autunno è “a chi appartengo”, “di chi sono”, “chi seguo”, “di chi mi fido”: solo nella sicurezza e nella certezza di una casa, di un bene che c'è per me e per i miei cari, di una realtà viva che potrò intercettare e seguire, allora potrò dire “Io”, potrò esprimere me, potrò condividere e proporre i tratti della mia originalità. Originalità nei giudizi, nelle scelte, nel modo di risolvere le cose o di guardare i problemi. Originalità che non è tanto iniziativa, quanto risposta a qualcosa che c'è già e che ha già iniziato a muoversi, ad agire, a precederci.

Forse nessuno ha voglia che questa estate finisca, ma forse la promessa di una casa, di un luogo di libertà, potrà trasformare ciò che oggi appare incerto in una promettente strada, in una rinnovata attesa, in una Presenza buona che già è pronta a non mollarci. E a farci compagnia.

**Lettera “Samaritanus bonus”
della Congregazione per la Dottrina della Fede
sulla cura delle persone
nelle fasi critiche e terminali della vita. (2)**

V. L'insegnamento del Magistero

1. Il divieto di eutanasia e suicidio assistito

La Chiesa, nella missione di trasmettere ai fedeli la grazia del Re-



dentore e la santa legge di Dio, già percepibile nei dettami della legge morale naturale, sente il dovere di intervenire in tale sede per escludere ancora una volta ogni ambiguità circa l'insegnamento del Magistero sull'eutanasia e

il suicidio assistito, anche in quei contesti dove le leggi nazionali hanno legittimato tali pratiche.

In particolare, il diffondersi di protocolli medici applicabili alle situazioni di fine-vita, come il *Do Not Resuscitate Order* o il *Physician Orders for Life Sustaining Treatment* – con tutte le loro varianti a seconda degli ordinamenti e contesti nazionali, inizialmente pensati come strumenti per evitare l'accanimento terapeutico nelle fasi terminali della vita – solleva oggi gravi problemi in relazione al dovere di tutelare la vita dei pazienti nelle fasi più critiche della malattia. Se da un lato, infatti, i medici si sentono sempre più vincolati dall'autodeterminazione espressa dai pazienti in queste dichiarazioni, che giunge ormai a privarli della libertà e del dovere di agire a tutela della vita anche laddove potrebbero farlo, dall'altro, in alcuni contesti sanitari, preoccupa l'abuso ormai ampiamente denunciato nell'impiego di tali protocolli in una prospettiva eutanasi, quando né i pazienti né tantomeno le famiglie vengono consultati nella decisione estrema. Ciò accade soprattutto nei Paesi dove le leggi sul fine-vita lasciano oggi ampi margini di ambiguità in merito all'applicazione del dovere della cura, avendo essi introdotto la pratica dell'eutanasia.

Per tali ragioni, la Chiesa ritiene di dover ribadire come insegnamento definitivo che l'eutanasia è un *crimine contro la vita umana* perché, con tale atto,

l'uomo sceglie di causare direttamente la morte di un altro essere umano innocente. La definizione di eutanasia non procede dalla *ponderazione* dei beni o valori in gioco, ma da un *oggetto morale* sufficientemente specificato, ossia dalla scelta di «un'azione o un'omissione che di natura sua o nelle intenzioni procura la morte, allo scopo di eliminare ogni dolore». «L'eutanasia si situa, dunque, al livello delle intenzioni e dei metodi usati». La valutazione morale di essa, e delle conseguenze che ne derivano, non dipende pertanto da un bilanciamento di principi, che, a seconda delle circostanze e della sofferenza del paziente, potrebbero secondo alcuni giustificare la soppressione della persona malata. Valore della vita, autonomia, capacità decisionale e qualità della vita non sono sullo stesso piano.

L'eutanasia, pertanto, è un atto intrinsecamente malvagio, in qualsiasi occasione o circostanza. La Chiesa in passato ha già affermato in modo definitivo «che l'eutanasia è una grave violazione della Legge di Dio, in quanto uccisione deliberata moralmente inaccettabile di una persona umana. Tale dottrina è fondata sulla legge naturale e sulla Parola di Dio scritta, è trasmessa dalla Tradizione della Chiesa ed insegnata dal Magistero ordinario e universale. Una tale pratica comporta, a seconda delle circostanze, la malizia propria del suicidio o dell'omicidio». *Qualsiasi cooperazione formale o materiale immediata* ad un tale atto è un peccato grave contro la vita umana: «Nessuna autorità può legittimamente imporlo né permetterlo. Si tratta, infatti, di una violazione della legge divina, di una offesa alla dignità della persona umana, di un crimine contro la vita, di un attentato contro l'umanità».

Dunque, l'eutanasia è un atto omicida che nessun fine può legittimare e che non tollera alcuna forma di complicità o collaborazione, attiva o passiva. Coloro che approvano leggi sull'eutanasia e il



suicidio assistito si rendono, pertanto, complici del grave peccato che altri eseguiranno. Costoro sono altresì colpevoli di scandalo perché tali leggi contribuiscono a deformare la coscienza, anche dei fedeli.

La vita ha la medesima dignità e lo stesso valore per ciascuno: il rispetto della vita dell'altro è lo stesso che si deve verso la propria esistenza. Una persona che sceglie con piena libertà di togliersi la vita rompe la sua relazione con Dio e con gli altri e nega sé stessa come soggetto morale. Il suicidio *assistito* ne aumenta la gravità, in quanto rende partecipe un altro della propria disperazione, inducendolo a non indirizzare la volontà verso il mistero di Dio, attraverso la virtù teologale della speranza, e di conseguenza a non riconoscere il vero valore della vita e a rompere l'alleanza che costituisce la famiglia umana. Aiutare il suicida è un'indebita collaborazione a un atto illecito, che contraddice il rapporto teologale con Dio e la relazione morale che unisce gli uomini affinché condividano il dono della vita e partecipino al senso della propria esistenza.

Quand'anche la domanda di eutanasia nasca da un'angoscia e da una disperazione, e «benché in casi del genere la responsabilità personale possa esser diminuita o perfino non sussistere, tuttavia l'errore di giudizio della coscienza – fosse pure in buona fede – non modifica la natura dell'atto omicida, che in sé rimane sempre inammissibile». Lo stesso dicasi per il suicidio assistito. Tali pratiche non sono mai un autentico aiuto al malato, ma un aiuto a morire.

Si tratta, dunque, di una scelta sempre sbagliata: «il personale medico e gli altri operatori sanitari – fedeli al compito di “essere sempre al servizio della vita e assisterla fino alla fine” – non possono prestarsi a nessuna pratica eutanasi neppure su richiesta dell'interessato, tanto meno dei suoi congiunti. Non esiste, infatti,



un diritto a disporre arbitrariamente della propria vita, per cui nessun operatore sanitario può farsi tutore esecutivo di un diritto inesistente».

È per questo che *l'eutanasia e il suicidio assistito sono una sconfitta* di chi li teorizza, di chi li decide e di chi li pratica.

Sono gravemente ingiuste, pertanto, le leggi che legalizzano l'eutanasia o quelle che giustificano il suicidio e l'aiuto allo stesso, per il falso diritto di scegliere una morte definita impropriamente degna soltanto perché scelta. Tali leggi colpiscono il fondamento dell'ordine giuridico: il diritto alla vita, che sostiene ogni altro diritto, compreso l'esercizio della libertà umana. L'esistenza di queste leggi ferisce profondamente i rapporti umani, la giustizia e minaccia la mutua fiducia tra gli uomini. Gli ordinamenti giuridici che hanno legittimato il suicidio assistito e l'eutanasia mostrano, inoltre, una evidente degenerazione di questo fenomeno sociale. Papa Francesco ricorda che «il contesto socio-culturale attuale sta progressivamente erodendo la consapevolezza riguardo a ciò che rende preziosa la vita umana. Essa, infatti, sempre più spesso viene valutata in ragione della sua efficienza e utilità, al punto da considerare “vite scartate” o “vite indegne” quelle che non rispondono a tale criterio. In questa situazione di perdita degli autentici valori, vengono meno anche i doveri inderogabili della solidarietà e della fraternità umana e cristiana. In realtà, una società merita la qualifica di “civile” se sviluppa gli anticorpi contro la cultura dello scarto; se riconosce il valore intangibile della vita umana; se la solidarietà è fattivamente praticata e salvaguardata come fondamento della convivenza». In alcuni Paesi del mondo, decine di migliaia di persone sono già morte per eutanasia, molte delle quali perché lamentavano sofferenze psicologiche o depressione. E frequenti sono gli abusi denunciati dagli stessi medici per la soppressione della vita di persone che mai avrebbero desiderato per sé l'applicazione dell'eutanasia. La domanda di morte, infatti, in molti casi è un sintomo stesso della malattia, aggravato dall'isolamento e dallo sconforto. La Chiesa vede in queste difficoltà un'occasione per la purificazione spirituale, che approfondisce la speranza, affinché divenga veramente teologale, focalizzata in Dio, e solo in Dio.

Piuttosto, invece di indulgere in una falsa condiscendenza, il

cristiano deve offrire al malato l'aiuto indispensabile per uscire dalla sua disperazione. Il comandamento «non uccidere», infatti, è un sì *alla vita*, della quale Dio si fa garante: «diventa l'appello ad un amore sollecito che tutela e promuove la vita del prossimo». Il cristiano pertanto sa che la vita terrena non è il supremo valore. La beatitudine ultima è nel cielo. Così il cristiano non pretenderà che la vita fisica continui quando evidentemente la morte è vicina. Il cristiano aiuterà il moribondo a liberarsi dalla disperazione e mettere la sua speranza in Dio.



Sotto il profilo clinico, i fattori che maggiormente determinano la domanda di eutanasia e suicidio assistito sono il dolore non gestito e la mancanza di speranza, umana e teologale, indotta anche da una assistenza umana, psicologica e spirituale sovente inadeguata da parte di chi si prende cura del malato.

È ciò che l'esperienza conferma: «le suppliche dei malati molto gravi, che talvolta invocano la morte, non devono essere intese come espressione di una vera volontà di eutanasia; esse infatti sono quasi sempre richieste angosciate di aiuto e di affetto. Oltre le cure mediche, ciò di cui l'ammalato ha bisogno è l'amore, il calore umano e soprannaturale, col quale possono e debbono circondarlo tutti coloro che gli sono vicini, genitori e figli, medici e infermieri». L'ammalato che si sente circondato dalla presenza amorevole umana e cristiana, supera ogni forma di depressione e non cade nell'angoscia di chi, invece, si sente solo ed abbandonato al suo destino di sofferenza e di morte.

L'uomo, infatti, vive il dolore non solo come un fatto biologico che va gestito perché sia reso sopportabile, ma come il mistero della vulnerabilità umana in rapporto alla fine della vita fisica, un evento difficile da accettare, dato che l'unità di anima e corpo è essenziale per l'uomo.

Perciò, solo ri-significando l'evento stesso della morte – me-

dianche l'apertura in essa di un orizzonte di vita eterna, che annuncia la destinazione trascendente di ogni persona – il “fine vita” può essere affrontato in un modo consono alla dignità umana e adeguato a quel travaglio e patimento che inevitabilmente produce il senso imminente della fine. Infatti, «la sofferenza è qualcosa di *ancora più ampio* della malattia, di più complesso ed insieme ancor più profondamente radicato nell'umanità stessa». E questa sofferenza, con l'aiuto della grazia, può essere animata da dentro con la carità divina, proprio come nel caso della sofferenza di Cristo in Croce.

Per questo, la capacità di chi assiste una persona affetta da malattia cronica o nella fase terminale della vita, deve essere quella di “saper stare” (*so-stare*), vegliare con chi soffre l'angoscia del morire, “consolare”, ossia di essere-con nella solitudine, di essere com-presenza che apre alla speranza. Mediante la fede e la carità espresse nell'intimità dell'anima, infatti, la persona che assiste è capace di soffrire il dolore dell'altro e di aprirsi ad un rapporto personale con il debole che allarga gli orizzonti della vita ben oltre l'evento della morte, divenendo così una presenza piena di speranza.

«Piangete con quelli che sono nel pianto», poiché è felice chi ha compassione fino a piangere con gli altri. In questa relazione, che si fa possibilità di amore, la sofferenza si riempie di significato nella con-divisione di una condizione umana e nella solidarietà nel cammino verso Dio, che esprime quell'alleanza radicale tra gli uomini che fa loro intravedere una luce anche oltre la morte. Essa ci fa vedere l'atto medico dal di dentro di un'*alleanza terapeutica* tra il medico e il malato, legati dal riconoscimento del valore trascendente della vita e del senso mistico della sofferenza. Quest'alleanza è la luce per comprendere un buon agire medico, superando la visione individualistica e utilitaristica oggi predominante.

2. L'obbligo morale di escludere l'accanimento terapeutico

Il Magistero della Chiesa ricorda che, quando si avvicina il termine dell'esistenza terrena, la dignità della persona umana si precisa come diritto a morire nella maggiore serenità possibile e con la dignità umana e cristiana che le è dovuta. Tutelare la digni-

tà del morire significa escludere sia l'anticipazione della morte sia il dilazionarla con il cosiddetto "accanimento terapeutico". La medicina odierna dispone, infatti, di mezzi in grado di ritardare artificialmente la morte, senza che il paziente riceva in taluni casi un reale beneficio. Nell'imminenza di una morte inevitabile, dunque, è lecito in scienza



e coscienza prendere la decisione di rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita, senza tuttavia interrompere le cure normali dovute all'ammalato in simili casi. Ciò significa che non è lecito sospendere le cure efficaci per sostenere le funzioni fisiologiche essenziali, finché l'organismo è in grado di beneficiarne (supporti all'idratazione, alla nutrizione, alla termoregolazione; ed altresì aiuti adeguati e proporzionati alla respirazione, e altri ancora, nella misura in cui siano richiesti per supportare l'omeostasi corporea e ridurre la sofferenza d'organo e sistemica). La sospensione di ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione dei trattamenti *non deve essere desistenza terapeutica*. Tale precisazione si rende oggi indispensabile alla luce dei numerosi casi giudiziari che negli ultimi anni hanno condotto alla desistenza curativa – e alla morte anticipata – di pazienti in condizioni critiche, ma non terminali, a cui si è deciso di sospendere le cure di sostegno vitale, non avendo ormai essi prospettive di miglioramento della qualità della vita.

Nel caso specifico dell'accanimento terapeutico, va ribadito che la rinuncia a mezzi straordinari e/o sproporzionati «non equivale al suicidio o all'eutanasia; esprime piuttosto l'accettazione della condizione umana di fronte alla morte» o la scelta ponderata di evitare la messa in opera di un dispositivo medico sproporzionato ai risultati che si potrebbero sperare. La rinuncia a tali trattamenti, che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita, può anche voler dire il rispetto della volontà

del morente, espressa nelle cosiddette dichiarazioni anticipate di trattamento, *escludendo però ogni atto di natura eutanastica o suicidaria*.

La proporzionalità, infatti, si riferisce alla totalità del bene del malato. Mai si può applicare il falso discernimento morale della *scelta tra valori* (ad esempio, vita *versus* qualità della vita); ciò potrebbe indurre ad escludere dalla considerazione la salvaguardia dell'integrità personale e del bene-vita e il vero oggetto morale dell'atto compiuto. Ogni atto medico deve infatti sempre avere ad oggetto e nelle intenzioni di chi agisce l'accompagnamento della vita e mai il perseguimento della morte. Il medico, in ogni caso, non è mai un mero esecutore della volontà del paziente o del suo rappresentante legale, conservando egli il diritto e il dovere di sottrarsi a volontà discordi al bene morale visto dalla propria coscienza.

3. Le cure di base: il dovere di alimentazione e idratazione

Principio fondamentale e ineludibile dell'accompagnamento del malato in condizioni critiche e/o terminali è la *continuità dell'assistenza* alle sue funzioni fisiologiche essenziali. In particolare, una cura di base dovuta a ogni uomo è quella di somministrare gli alimenti e i liquidi necessari al mantenimento dell'omeostasi del corpo, nella misura in cui e fino a quando questa somministrazione dimostra di raggiungere la sua finalità propria, che consiste nel procurare l'idratazione e il nutrimento del paziente.

Quando il fornire sostanze nutrienti e liquidi fisiologici non risulta di alcun giovamento al paziente, perché il suo organismo non è più in grado di assorbirli o metabolizzarli, la loro somministrazione va sospesa. In questo modo non si anticipa illecitamente la morte per privazione dei supporti idratativi e nutrizionali essenziali alle funzioni vitali, ma si rispetta il decorso naturale della malattia critica o terminale. In caso contrario, la privazione di questi supporti diviene un'azione ingiusta e può essere fonte di grandi sofferenze per chi la patisce. Alimentazione e idratazione non costituiscono una terapia medica in senso proprio, in quanto non contrastano le cause di un processo patologico in atto nel corpo del paziente, ma rappresentano una cura dovuta alla persona

del paziente, un'attenzione clinica e umana primaria e ineludibile. L'obbligatorietà di questa cura del malato attraverso un'appropriata idratazione e nutrizione può esigere in taluni casi l'uso di una via di somministrazione artificiale, a condizione che essa non risulti dannosa per il malato o provochi sofferenze inaccettabili per il paziente.

4. Le cure palliative



Della *continuità dell'assistenza* fa parte il dovere costante di comprensione dei bisogni del malato: bisogni di assistenza, sollievo dal dolore, bisogni emotivi, affettivi e spirituali. Come dimostrato dalla più ampia esperienza clinica, la medicina palliativa costituisce uno strumento prezioso ed irrinunciabile per accompagnare il paziente nelle fasi più dolorose, sofferte, croniche e terminali della malattia. Le cosiddette *cure palliative* sono l'espressione più autentica dell'azione umana e cristiana del prendersi cura, il simbolo tangibile del compassionevole "stare" accanto a chi soffre. Esse hanno come obiettivo «di alleviare le sofferenze nella fase finale della malattia e di assicurare al tempo stesso al paziente un adeguato accompagnamento umano» dignitoso, migliorandone – per quanto possibile – la qualità di vita e il benessere complessivo. L'esperienza insegna che l'applicazione delle cure palliative diminuisce drasticamente il numero di persone che richiedono l'eutanasia. A tal fine, appare utile un deciso impegno, secondo le possibilità economiche, per diffondere tali cure a quelli che ne avranno bisogno, da attuarsi non solo nelle fasi terminali della vita, ma come *approccio integrato di cura* in relazione a qualsiasi patologia cronica e/o degenerativa, che possa avere una prognosi complessa, dolorosa e infausta per il paziente e la sua famiglia.

Delle cure palliative fa parte l'assistenza spirituale al malato e ai suoi familiari. Essa infonde fiducia e speranza in Dio al moriente e ai familiari, aiutandoli ad accettare la morte del congiunto. È un contributo essenziale che spetta agli operatori pastorali e

all'intera comunità cristiana, sull'esempio del Buon Samaritano, perché al rifiuto subentri l'accettazione e sull'angoscia prevalga la speranza, soprattutto quando la sofferenza si prolunga per la degenerazione della patologia, all'approssimarsi della fine. In questa fase, la determinazione di una efficace terapia antidolorifica consente al paziente di affrontare la malattia e la morte senza la paura



di un dolore insopportabile. Tale rimedio dovrà necessariamente essere associato ad un fraterno sostegno che possa vincere il senso di solitudine del paziente, spesso causato dal non sentirsi sufficientemente accompagnato e compreso

nella sua difficile situazione.

La tecnica non dà una risposta radicale alla sofferenza e non si può ritenere che essa possa arrivare a rimuoverla dalla vita degli uomini. Simile pretesa genera una falsa speranza, causa di una disperazione ancora maggiore nel sofferente. La scienza medica è in grado di conoscere sempre meglio il dolore fisico e deve mettere in campo le migliori risorse tecniche per trattarlo; ma l'orizzonte vitale di una malattia terminale genera una sofferenza profonda nel malato, che chiede un'attenzione non meramente tecnica. *Spe salvi facti sumus*, nella speranza, quella teologale, indirizzata verso Dio, siamo stati salvati, dice San Paolo.

“Il vino della speranza” è lo specifico contributo della fede cristiana nella cura del malato e fa riferimento al modo in cui Dio vince il male nel mondo. Nella sofferenza l'uomo deve poter sperimentare una solidarietà e un amore che assume la sofferenza offrendo un senso alla vita, che si estende oltre la morte. Tutto ciò possiede un grande rilievo sociale: «Una società che non riesce ad accettare i sofferenti e non è capace di contribuire mediante la com-passione a far sì che la sofferenza venga condivisa e portata anche interiormente è una società crudele e disumana».

Va, tuttavia, precisato che la definizione delle cure palliative ha assunto in anni recenti una connotazione che può risultare equivoca. In alcuni Paesi del mondo, le normative nazionali che

disciplinano le cure palliative (*Palliative Care Act*) così come le leggi sul “fine vita” (*End-of-Life Law*), prevedono, accanto alle cure palliative, la cosiddetta *Assistenza Medica alla Morte (MAiD)*, che può includere la possibilità di richiedere eutanasia e suicidio assistito. Tale previsione normativa costituisce un motivo di grave confusione culturale, poiché fa credere che delle cure palliative sia parte integrante l’assistenza medica alla morte volontaria e che pertanto sia moralmente lecito richiedere l’eutanasia o il suicidio assistito.

Inoltre, in questi medesimi contesti normativi, gli interventi palliativi per ridurre la sofferenza dei pazienti gravi o morenti possono consistere nella somministrazione di farmaci intesi ad anticipare la morte o nella sospensione/interruzione di idratazione e alimentazione, anche laddove vi sia una prognosi di settimane o mesi. Tali pratiche equivalgono, tuttavia, ad una *azione od omissione dirette a procurare la morte e sono pertanto illecite*. Il diffondersi progressivo di queste normative, anche attraverso le linee-guida delle società scientifiche nazionali ed internazionali, oltre ad indurre un numero crescente di persone vulnerabili a scegliere l’eutanasia o il suicidio, costituisce una deresponsabilizzazione sociale nei confronti di tante persone, che avrebbero solo bisogno di essere meglio assistite e confortate.

5. Il ruolo della famiglia e gli hospice

Nella cura del malato terminale è centrale il ruolo della famiglia. In essa la persona si appoggia a relazioni salde, viene apprezzata in sé stessa e non soltanto per una sua produttività o un piacere che può generare. Nella cura, infatti, è essenziale che il malato non si senta un peso, ma che abbia la vicinanza e l’apprezzamento dei suoi cari. In questa missione, la famiglia ha bisogno di aiuto e di mezzi adeguati. Occorre, pertanto, che gli Stati riconoscano la primaria e fondamentale funzione sociale della famiglia e il suo ruolo insostituibile, anche in questo ambito, predisponendo risorse e strutture necessarie a sostenerla. Inoltre, l’accompagnamento umano e spirituale della famiglia è un dovere nelle strutture sanitarie di ispirazione cristiana; essa non va mai trascurata, poiché costituisce *un’unica unità di cura con il*

malato.

Accanto alla famiglia, l'istituzione degli *hospice*, dove accogliere i malati terminali per assicurarne la cura fino al momento estremo, è cosa buona e di grande aiuto. Del resto, «la risposta cristiana al mistero della morte e della sofferenza non



è una spiegazione, ma una Presenza» che si fa carico del dolore, lo accompagna e lo apre ad una speranza affidabile. Tali strutture si pongono come un esempio di umanità nella società, santuari di un dolore vissuto con pienezza di senso. Per questo devono essere equipaggiate con personale specializzato e mezzi materiali propri di cura, sempre aperti alle famiglie: «A tale riguardo, penso a quanto bene fanno gli *hospice* per le cure palliative, dove i malati terminali vengono accompagnati con un qualificato sostegno medico, psicologico e spirituale, perché possano vivere con dignità, confortati dalla vicinanza delle persone care, la fase finale della loro vita terrena. Auspico che tali centri continuino ad essere luoghi nei quali si pratici con impegno la “terapia della dignità”, alimentando così l’amore e il rispetto per la vita». In tali contesti, così come in qualsiasi struttura sanitaria cattolica, è doveroso che vi sia la presenza di operatori sanitari e pastorali preparati non solo sotto il profilo clinico, ma anche esercitanti una vera vita teologale di fede e speranza, indirizzate verso Dio, poiché essa costituisce la più alta forma di umanizzazione del morire.

6. L'accompagnamento e la cura in età prenatale e pediatrica

In relazione all'accompagnamento dei neonati e dei bambini colpiti da malattie croniche degenerative incompatibili con la vita o nelle fasi terminali della vita stessa, è necessario ribadire quanto segue, nella consapevolezza della necessità di sviluppare una strategia operativa capace di garantire qualità e benessere al bambino e alla sua famiglia.

Fin dal concepimento, i bambini affetti da malformazioni o patologie di qualsiasi genere sono *piccoli pazienti* che la medicina oggi è sempre in grado di assistere e accompagnare in maniera rispettosa della vita. La loro vita è sacra, unica, irripetibile ed inviolabile, esattamente come quella di ogni persona adulta.

In caso di patologie prenatali cosiddette “incompatibili con la vita” – cioè che sicuramente porteranno a morte entro breve lasso di tempo – e in assenza di terapie fetali o neonatali in grado di migliorare le condizioni di salute di questi bambini, in nessun modo essi vanno abbandonati sul piano assistenziale, ma vanno accompagnati come ogni altro paziente fino al sopraggiungere della morte naturale; il *comfort care perinatale* favorisce in tal senso un *percorso assistenziale integrato*, che al supporto dei medici e degli operatori della pastorale affianca la presenza costante della famiglia. Il bambino è un paziente speciale e richiede da parte dell’accompagnatore una preparazione particolare sia in termini di conoscenza sia di presenza. L’accompagnamento empatico di un bambino in fase terminale, che è fra i più delicati, ha lo scopo di aggiungere vita agli anni del bambino e non anni alla sua vita.

Gli *Hospice Perinatali*, in particolare, forniscono un essenziale supporto alle famiglie che accolgono la nascita di un figlio in condizioni di fragilità. In tali contesti, l’accompagnamento medico competente e il supporto di altre famiglie-testimoni che sono passate attraverso la medesima esperienza di dolore e perdita costituiscono un’essenziale risorsa, accanto al necessario accompagnamento spirituale di queste famiglie. È dovere pastorale degli operatori sanitari di ispirazione cristiana adoperarsi per favorirne la massima diffusione nel mondo.

Tutto ciò si rivela particolarmente necessario nei confronti di quei bambini che, allo stato attuale delle conoscenze scientifiche, sono destinati a morire subito dopo il parto o a breve distanza di tempo. Prendersi cura di questi bambini aiuta i genitori ad elaborare il lutto e a concepirlo non soltanto come perdita, ma come tappa di un cammino d’amore percorso assieme al figlio.

Purtroppo la cultura oggi dominante non promuove questo

approccio: a livello sociale, l'uso a volte ossessivo della diagnosi prenatale e l'affermarsi di una cultura ostile alla disabilità inducono spesso alla scelta dell'aborto, giungendo a configurarlo come pratica di "prevenzione". Esso consiste nell'uccisione deliberata di una vita umana innocente e come tale non è mai lecito. L'utilizzo delle diagnosi prenatali per finalità selettive, pertanto, è contrario alla dignità della persona e gravemente illecito perché espressione di una mentalità eugenetica. In altri casi, dopo la nascita, la medesima cultura porta alla sospensione o al non inizio delle cure al bambino appena nato, per la presenza o addirittura solo per la possibilità che sviluppi nel futuro una disabilità. Anche questo approccio, di matrice utilitarista, non può essere approvato. Una simile procedura, oltre che disumana, è gravemente illecita dal punto di vista morale.

Principio fondamentale dell'assistenza pediatrica è che il bambino nella fase finale della vita ha diritto al rispetto e alla cura della sua persona, evitando sia l'accanimento terapeutico e di ostinazione irragionevole sia ogni anticipazione intenzionale della sua morte. In prospettiva cristiana, la cura pastorale di un bambino malato terminale invoca la partecipazione alla vita divina nel Battesimo e nella Cresima.

Nella fase terminale del decorso di una malattia inguaribile, anche qualora vengano sospese le terapie farmacologiche o di altra natura, volte a contrastare la patologia di cui soffre il bambino, in quanto non più appropriate alla sua deteriorata condizione clinica e ritenute dai medici come futili o eccessivamente gravose per lui, in quanto causa di ulteriore sofferenza, non deve però mai venire meno la cura integrale della persona del piccolo malato, nelle sue diverse dimensioni fisiologiche, psicologiche, affettive-relazionali e spirituali. Curare non significa solo praticare una terapia e guarire; così come interrompere una terapia, quando essa non giova più al bambino inguaribile, non implica sospendere le cure efficaci per sostenere le funzioni fisiologiche essenziali per la vita del piccolo paziente, finché il suo organismo è in grado di beneficiarne (supporti all'idratazione, alla nutrizione, alla termoregolazione e ad altri ancora, nella misura in cui questi siano richiesti

per supportare l'omeostasi corporea e ridurre la sofferenza d'organo e sistemica). L'astensione da ogni ostinazione terapeutica nella somministrazione dei trattamenti giudicati inefficaci *non deve essere desistenza curativa*, ma deve mantenere aperto il percorso di accompagnamento alla morte. Semmai si deve valutare che anche interventi routinari, come l'aiuto alla respirazione, vengano forniti in maniera indolore e proporzionata, personalizzando sul paziente l'adeguato tipo di aiuto, per evitare che la giusta premura per la vita non contrasti con una ingiusta imposizione di dolore evitabile.

In tale contesto, la valutazione e la gestione del dolore fisico del neonato e del bambino è essenziale per rispettarlo e accompagnarlo nelle fasi più stressanti della malattia. Cure personalizzate e dolci, oggi ormai verificate nell'assistenza clinica pediatrica, affiancate dalla presenza dei genitori, rendono possibile una gestione integrata e più efficace di qualunque intervento assistenziale.

Il mantenimento del legame affettivo tra genitori e figlio è parte integrante del processo di cura. Il rapporto di accudimento e di accompagnamento genitore-bambino va favorito con tutti gli strumenti necessari e costituisce parte fondamentale della cura, anche per le patologie non guaribili e le situazioni ad evoluzione terminale. Oltre al contatto affettivo, non si deve dimenticare il momento spirituale. La preghiera delle persone vicine, all'intenzione del bambino malato, ha un valore soprannaturale che sorpassa e approfondisce il rapporto affettivo.

Il concetto etico/giuridico del "miglior interesse del minore" – oggi utilizzato per effettuare la valutazione costi-benefici delle cure da effettuare – in nessun modo può costituire il fondamento per decidere di abbreviare la sua vita al fine di evitargli delle sofferenze, con azioni od omissioni che per loro natura o nell'intenzione si possono configurare come eutanasiche. Come si è detto, la sospensione di terapie sproporzionate non può condurre alla sospensione di quelle cure di base necessarie ad accompagnarlo ad una morte naturale dignitosa, incluse quelle per alleviare il dolore, e neppure alla sospensione di quell'attenzione spirituale che si offre a colui che presto incontrerà Dio.

Beata Maria Vergine Addolorata



Programma settimanario

Mercoledì 8 settembre - Solennità Natività della Beata Vergine Maria

Ore 9.00: Santo Rosario

Ore 21.00: Santa Messa

Giovedì 9 settembre

Ore 9.00: Santa Messa della B.V. Maria.

A seguire adorazione eucaristica e benedizione con confessioni

Ore 18.30: Santo Rosario dei 7 dolori

Venerdì 10 settembre

Ore 9.00: Santo Rosario dei 7 dolori

Ore 18.30: Santa Messa della B.V. Maria

Sabato 11 settembre

Ore 16.00 - 18.00: Sante Confessioni

Ore 18.00: Santo Rosario dei 7 dolori

Ore 18.30: Santa Messa Vigilare

Domenica 12 settembre - GIORNATA DEL SEMINARIO

Ore 8.00: Santa Messa

Ore 10.30: Santa Messa del Nome di Maria

Ore 15.00-18.00: Oratorio aperto

Ore 16.30: Santo Rosario dei 7 dolori e Vespro della B.V. Maria pregando per il Seminario

Ore 18.30: Santa Messa

Lunedì 13 settembre

Ore 9.00: Santa Messa della B.V. Maria

Ore 18.30: Santo Rosario dei 7 dolori

Martedì 14 settembre - Festa dell'Esaltazione della Croce

Ore 9.00: Lodi mattutine ed esposizione del Crocifisso e della reliquia della Santa Croce presso l'altare (rimarranno esposti alla venerazione dei fedeli per tutto il giorno)

Ore 18.30: Santa Messa. Al termine benedizione con la reliquia della Santa Croce

Mercoledì 15 settembre - FESTA DELL'ADDOLORATA

Ore 6.30: Santa Messa per i lavoratori

Ore 9.00: Santo Rosario dei 7 dolori e benedizione con la Reliquia della B.V. Maria

Ore 16.00: affidamento alla B. V. Addolorata dell'anno scolastico appena iniziato.

Sono invitati in modo particolare gli alunni di ogni fascia d'età, i docenti e tutto il personale scolastico.

A seguire gioco libero e merenda insieme in oratorio

Ore 18.30: SANTA MESSA SOLENNE

Al termine benedizione delle auto sulla via Milano

Ci si incolonnerà seguendo le indicazioni della polizia locale in via Milano, a partire dal parcheggio, tenendo la destra. All'altezza della chiesa si riceverà la benedizione e un'immaginetta (e si potrà lasciare un'offerta), si proseguirà poi verso via Italia sempre seguendo le indicazioni delle autorità competenti.

Vicino alla cappella della Madonna è possibile acquistare la corona del Rosario dei 7 dolori (prezzo € 6,00).

Sulle balaustre immaginette con preghiera all'Addolorata.

Sabato 25 settembre l'Arcivescovo ordinerà in Duomo 22 Diaconi ambrosiani, tra cui DAVIDE CIARLA, di Biassono. Diventeranno Sacerdoti nel prossimo anno. Il loro motto è «Io sono con voi».



Accompagniamoli con la preghiera che essi stessi hanno composto:

Padre buono, ricolma del Tuo Spirito di amore questi Tuoi figli, affinché, conformi al Tuo Figlio Gesù, siano testimoni della Tua vicinanza ad ogni uomo e proclamino da un confine all'altro della terra la Sua promessa:

«Io sono con voi».

Maria, Porta del Cielo, accompagni il loro ministero.

Amen.

Nello stesso giorno verranno ordinati anche i diaconi del PI-ME, tra cui VIKRAM che ha vissuto con noi l'oratorio estivo.



APPUNTAMENTI DELLA SETTIMANA

SABATO 4 SETTEMBRE I DOMENICA DOPO IL MARTIRIO DI SAN GIOVANNI IL PRECURSORE <i>Messa Vigilare</i> Is 29,13-21; Sal 84; Eb 12,18-25; Gv 3,25-36	16.00 18.00	CONFESSIONI
	18.30	S. Messa - Villa Giuseppe e defunti famiglie Villa e Penati
DOMENICA 5 SETTEMBRE I DOMENICA DOPO IL MARTIRIO DI SAN GIOVANNI IL PRECURSORE Is 29,13-21; Sal 84; Eb 12,18-25; Gv 3,25-36	8.00	S. Messa
	10.30	S. Messa - Rivolta Genoveffa e Ambrogio
	17.00	S. Battesimo di Iris Assunta e di Tommaso Emanuele
	18.30	S. Messa - Monguzzi Angela e Sarcina Pasquale
LUNEDI' 6 SETTEMBRE Per le vocazioni sacerdotali 1Gv 1,1-4; Sal 144; Lc 15,8-10 Antifonale pag. 74	9.00	S. Messa
	10.00	Matrimonio di Alessia e Stefano
MARTEDI' 7 SETTEMBRE Votiva San Giuseppe 1Gv 1,5-2,2; Sal 102; Lc 16,1-8 Antifonale pag. 94	9.00	S. Messa - Casati Amelia e Federico Corbetta
MERCOLEDÌ 8 SETTEMBRE Solennità Natività B. V. Maria sussidio	9.00	S. Rosario
	21.00	S. Messa – Pietro, Pierina, Giuseppe e Giovanna
GIOVEDÌ 9 SETTEMBRE Settenario Madonna Addolorata sussidio	9.00	S. Messa - Pirovano Lucia e Bugo Giovanni
	9.30 10.30	ADORAZIONE, CONFESSIONI BENEDIZIONE EUCARISTICA
	18.30	S. Rosario dei 7 dolori

VENERDÌ 10 SETTEMBRE <i>Settenario Madonna Addolorata</i> sussidio	9.00	S. Rosario dei 7 dolori
	17.00	Catechesi cresimandi
	18.30	S. Messa - Recalcati Attilio e Paleari Antonietta; Sala Giuseppe, Resnati Leopoldo e famiglia; Canzi Piera
SABATO 11 SETTEMBRE II DOMENICA DOPO IL MARTIRIO DI SAN GIOVANNI IL PRECURSORE <i>Messa Vigilare</i> Is 63,7-17; Sal 79; Eb 3,1-6; Gv 5,37-47	16.00 18.00	CONFESSIONI
	18.00	S. Rosario dei 7 dolori
	18.30	S. Messa - Riva Luigi e Giovanna
DOMENICA 12 SETTEMBRE II DOMENICA DOPO IL MARTIRIO DI SAN GIOVANNI IL PRECURSORE Is 63,7-17; Sal 79; Eb 3,1-6; Gv 5,37-47 Giornata del Seminario	8.00	S. Messa – defunti famiglie Casati e Turati
	10.30	S. Messa del Nome di Maria - Toniolo Giovanna
	15.00	S. Battesimo di Nicole e di Elisa
	15.00 18.00	Oratorio aperto
	16.30	Santo Rosario dei 7 dolori e Vespri della B.V. Maria
	18.30	S. Messa - Antonini Giancarlo

UN GRAZIE “SCOPPIETTANTE” ALLA PIROTECNICA VERGA PER AVERE OFFERTO GRATUITAMENTE LO SPETTACOLO PIROTECNICO A SORPRESA PER LA FESTA DI SAN CASSIANO.

DOMENICA 19 SETTEMBRE VIVREMO LA **FESTA DELL'ORATORIO**. SARÀ L'OCCASIONE PER SALUTARE L'EDUCATORE SIMONE CHE CONCLUDE IL SUO SERVIZIO NELLA NOSTRA COMUNITÀ E PER ACCOGLIERE LA NUOVA EDUCATRICE CHE SEGUIRÀ IL NOSTRO ORATORIO UNITAMENTE A QUELLO DI SOVICO COLLABORANDO CON LA PASTORALE GIOVANILE

CORSO TRASPORTI SANITARI SEMPLICI

Sabato 18 Settembre

dalle 08:00 alle 12:00 e dalle 13:30 alle 18:00

Sabato 25 Settembre

dalle 08:00 alle 13:00 e dalle 14:30 alle 17:30



CATECHESI ANNO 2021-2022

GIORNI E ORARIO DEGLI INCONTRI

INIZIAZIONE CRISTIANA - Responsabile: Don Matteo



- *Martedì ORE 17.00 -18.00: **5ª ELEMENTARE**
- *Giovedì ORE 17.00 -18.00: **3ª ELEMENTARE**
- *Ogni **DUE DOMENICHE** dopo la MESSA DELLE 10.30:
4ª ELEMENTARE

*In definizione il giorno in cui verrà proposta la catechesi alla **2ª ELEMENTARE**

DOMENICA 3 OTTOBRE: SANTA CRESIMA

DOMENICA 10 OTTOBRE: PRIMA COMUNIONE

PASTORALE GIOVANILE - Responsabile: Don Simone

*Giovedì ORE 18.30-19.30: **PRE-ADOLESCENTI**
(1-2-3 MEDIA), A MACHERIO

*Venerdì ORE 20.45 - 22,30: **ADOLESCENTI**
(1-3 SUPERIORE), A SOVICO

*UNA DOMENICA AL MESE: **ANIMATORI (1-5 SUPERIORE)**, A MACHERIO

*Mercoledì ORE 21.00: **18-19ENNI**, A BIASSONO

*Mercoledì ORE 21.00: **GIOVANI**, A BIASSONO



ADULTI

VERRANNO PROPOSTI MOMENTI FORMATIVI DURANTE L'ANNO. IN PARTICOLARE: CATECHESI SULLA PASSIONE, NEI MERCOLEDÌ DI QUARESIMA, PRESSO LA CHIESA PARROCCHIALE DI BIASSONO.

CELEBRAZIONI COMUNITÀ PASTORALE SANTE MESSE

	BIASSONO	MACHERIO	SOVICO
FERIALI	9.00	9.00	8.30 lunedì, mercoledì, venerdì
	18.30		18.30 martedì e giovedì
VIGILIARI	17.30	18.30	18.00
FESTIVE	7.30	8.00	
	9.00		9.00
	10.15	10.30	10.30
	11.30		
VESPERTINE	17.30	18.30	18.00

SACRAMENTO DELLA RICONCILIAZIONE

	BIASSONO	MACHERIO	SOVICO
GIOVEDÌ		9.30-10.30	
SABATO	15.00-17.00	16.00-18.00	15.00-17.30

**È SEMPRE POSSIBILE CONFESSARSI DOPO LE SANTE MESSE
FERIALI O ACCORDANDOSI PERSONALMENTE CON I SACERDOTI**

PARROCCHIA MACHERIO

ADORAZIONE EUCARISTICA: Tutti i **GIOVEDÌ** dalle ore 8.30 alle 9.00 e dalle 9.30 alle 10.30. **Al termine Benedizione Eucaristica.**

LE VISITE AGLI AMMALATI vengono effettuate periodicamente previo avviso da parte della segreteria. Per urgenze (Confessione, Viatico e Unzione degli Infermi) è possibile chiamare il Sacerdote telefonando in segreteria parrocchiale.

SUONO DELL'AVE MARIA: ore 7.00 (no la domenica) - 12.00-19.00 (19.30 sabato e domenica)

APERTURA-CHIUSURA CHIESA: 7.00 - 12.00 e 15.00 - 19.00

CONTATTI

SEGRETERIA PARROCCHIALE: è aperta dal lunedì al sabato: ore 9.30-11.00
tel. 039 2014487 - mail: parrocchiamacherio@gmail.com

SEGRETERIA DELL'ORATORIO: è aperta: lunedì - venerdì: ore 8.30-9.30 e 14.00-17.00 - domenica: ore 15.00 - 17.30
tel. 039 2014486 mail: oratoriomacherio@gmail.com

SITO: www.comunitapastoralebms.it

CENTRO D'ASCOLTO: è aperto sabato: ore 16.00-17.00 solo per la distribuzione viveri. Per gli altri servizi occorre prendere appuntamento.

**GRAZIE A TUTTI COLORO CHE DONANO LA LORO OFFERTA ALLA PARROCCHIA.
IBAN SU CUI FARE DIRETTAMENTE IL VERSAMENTO: IT61X0503433310000000002810**