

## DOLENTIUM HOMINUM

N. 12 (anno IV - N. 3) 1989

RIVISTA DEL  
PONTIFICIO CONSIGLIO  
DELLA PASTORALE

PER GLI  
OPERATORI SANITARI

Comitato di Redazione:

✠ FIORENZO ANGELINI, Direttore  
P JOSE LUIS REDRADO MARCHITE O H  
P FELICE RUFFINI M I  
DON GIOVANNI D'ERCOLE F D P  
SR CATHERINE DWYER M M M  
DR GIOVANNI FALLANI  
MONS JESÚS IRIGOYEN  
PROF JEROME LEJEUNE  
P VITO MAGNO R C I  
ING FRANCO PLACIDI  
PROF GOTTFRIED ROTH  
MONS ITALO TADDEI

Collaborano in Redazione:

P. DAVID MURRAY M.ID.  
M MARÍA ÁNGELES CABANA M.ID.  
SR GABRIELLE MULTIER  
D. JEAN-MARIE M MPENDAWATU  
SR. M JUDITH WASTE  
ROSA CALABRETTA M. ID.

Direzione, Redazione,  
Amministrazione:

Città del Vaticano  
Telef.: 6896793, 6896798  
FAX: 6-6896841

in copertina:  
vetrata di P. Costantino Ruggeri

Pubblicazione quadrimestrale

Abbonamento: L. 40.000  
(estero \$ 40 o importo equivalente in  
valuta locale) compresa spedizione

Una copia L. 15.000  
(estero \$ 15 o importo equivalente in  
valuta locale) compresa spedizione

Stampato nella  
Tipografia Poliglotta Vaticana

## sommario

### EDITORIALE

- 5 Pontifisium Consilium pro Familia  
6 Malati e-Sofferenti  
8 La dimensione pastorale sanitaria **nell'Esor-**  
tazione apostolica "Christifideles"  
*Fiorenzo Angelini*  
11 Al servizio della salute umana  
*Donald Murray*

### MAGISTERO DELLA CHIESA

- 21 Dai discorsi del Santo Padre  
29 Lettera del Cardinale Casaroli

### ARGOMENTI

- 32 La paternità condizionata **dall'economia** fami-  
liare e la paternità responsabile  
*Elesa Vega e Juan A. Varela*  
35 Cura del morente ed accanimento terapeutico  
*Renato di Menna. M. I.*  
39 Rapporto sulla situazione dei malati mentali  
*Albin Gebus*  
42 Gli operatori sanitari spagnoli e la famiglia  
del malato  
*Jesús Conde*

### TESTIMONIANZE

- 50 Riccardo Pampuri, Medico, Apostolo, Santo  
53 CICIAMS

54 Confederazione nazionale delle Misericordie  
in Italia

56 Camillianum

#### ATTIVITÀ DEL PONTIFICIO CONSIGLIO

Conferenze pronunciate:

60 Seconda giornata mondiale contro l'abuso e il  
traffico di droga

61 I farmaci al servizio della vita umana

64 Evangelizzazione e pastorale sanitaria

Cronache degli incontri:

68 Stati Uniti: tre grandi città, due obiettivi

68 Bogotà: "Chiesa e salute in America Latina"

69 Roma: due incontri importanti  
VII simposio dei vescovi d'Europa  
Visita ai malati di Aids

#### NOTIZIE DAL MONDO

#### BIBLIOGRAFIA

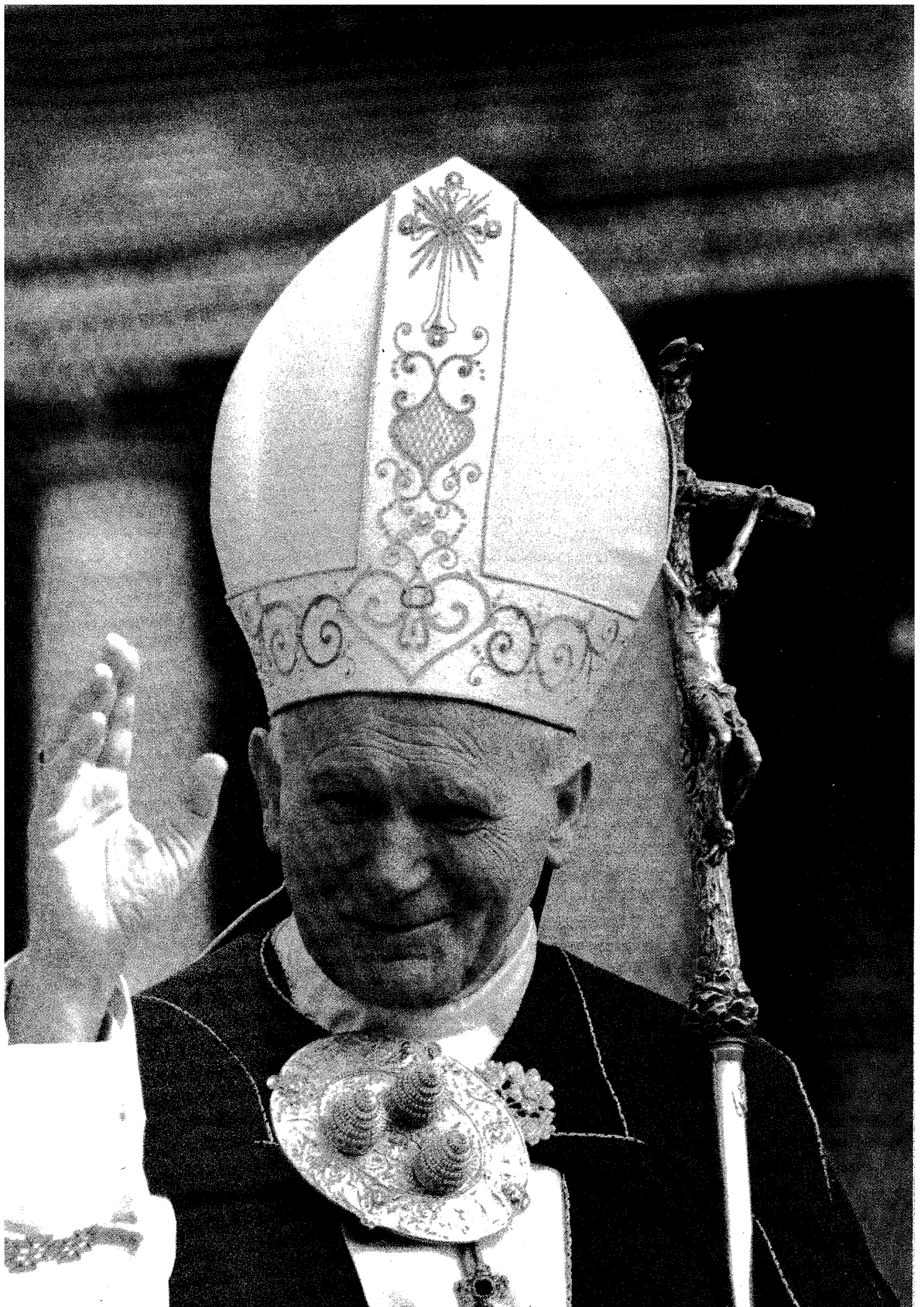
*Le illustrazioni di questo  
numero sono state tratte dal  
libro "The Treasures of  
Mount Athos"*

*Illuminated manuscripts*

*Ed. Ekdotike Athenon S.A.  
George A. Christopoulos*

*A cura dell'Istituto  
Patriarcale  
di studi patriatici*

*a cura di S.M. Pelekanidis,  
P.C. Christon, Ch. Tsioumis,  
S.N. Kadas*



# nota circa la regolazione naturale e i metodi diagnostici della fertilità

*PONTIFICIUM CONSILIUM PRO FAMILIA*

5

Uno degli ambiti propri dell'insegnamento della Chiesa è il retto ordinamento della trasmissione della vita, la cui responsabile regolazione può farsi attraverso il ricorso alla continenza periodica secondo il ciclo naturale della donna. In questo insegnamento occupa, com'è logico, un posto molto importante la questione dei metodi diagnostici della fertilità, comunemente chiamati metodi di regolazione naturale della fertilità.

I coniugi che si trovano nella situazione di dover ricorrere alla continenza periodica per distanziare un concepimento, devono acquisire la convinzione che i « metodi diagnostici della fertilità » hanno una sufficiente base scientifica e non sono difficili da imparare; e, inoltre, che la continenza periodica per giuste cause — senza di esse, praticata per egoismo, non sarebbe virtù — costituisce un modo di vivere la castità coniugale e perciò non solo è praticabile ma rinforza il loro mutuo amore, che la contraccezione invece distrugge.

Ecco perché i testi fondamentali degli ultimi Sommi Pontefici sulla retta e responsabile regolazione della fertilità (cfr. *Humanae Vitae*, 16.24; *Familiaris Consortio*, 31-33.35) formulano l'augurio che la scienza medica riesca a dare una base sempre più sicura ai metodi diagnostici della fertilità. Così lo lasciano sperare i progressi fatti in questi ultimi anni, anche se la loro conoscenza non è stata sufficientemente diffusa.

Al fine di promuovere un maggiore apprezzamento ed una più profonda conoscenza dell'insegnamento della Chiesa sulla regolazione naturale della fertilità, questo Pontificio Consiglio, con la presente nota, intende:

1. stimolare le Facoltà e gli istituti di ricerca biomedica ecc., i professori, i ricercatori e gli studenti, a proseguire lo studio scientifico dei metodi diagnostici della fertilità, per poter guidare le coppie ad una regolazione naturale nel rispetto dei valori della sessualità umana;

2. raccomandare ai consulenti dei coniugi di acquistare padronanza in tali progressi della scienza per poter così consigliare le coppie a praticare opportunamente la regolazione naturale mediante il ricorso ai metodi diagnostici della fertilità;

3. insistere presso i coniugi cristiani preparati e con esperienza della validità di questi metodi diagnostici perché riflettano sul bene che possono recare agli altri nel diffonderli attraverso la parola e la testimonianza;

4. invitare le organizzazioni e i gruppi che lavorano in favore della famiglia e della vita perché svolgano, nell'ambito della loro competenza, un'opera di informazione ed educazione sui metodi diagnostici della fertilità; e questo nel contesto del servizio dei valori e diritti umani.

Si potrà così contribuire a superare l'ostacolo della carenza o delle gravi lacune nella formazione riguardo l'insegnamento della Chiesa in un campo che concerne vitalmente la dignità della persona umana e la crescita spirituale dei coniugi.

28 febbraio 1989

EDOUARD CARDINAL GAGNON  
*Presidente*

S.E. MONS. JEAN-FRANÇOIS ARRIGHI  
*Vicepresidente*

# una azione pastorale per e con i malati e i sofferenti

TESTO DELL'ESORTAZIONE APOSTOLICA  
« CHRISTIFIDELES LAICI »

L'uomo è chiamato alla gioia ma fa quotidiana esperienza di tantissime forme di sofferenza e di dolore. Agli uomini e alle donne colpiti dalle più varie forme di sofferenza e di dolore i Padri sinodali si sono rivolti nel loro finale *Messaggio* con queste parole: « Voi abbandonati ed emarginati dalla nostra società consumistica; voi malati, handicappati, poveri, affamati, emigranti, profughi, prigionieri, disoccupati, anziani, bambini abbandonati e persone sole; voi, vittime della guerra e di ogni violenza emananti dalla nostra società permissiva. La Chiesa partecipa alla vostra sofferenza conducendo al Signore, che vi associa alla sua Passione redentrice e vi fa vivere alla luce della sua Redenzione. Contiamo su di voi per insegnare al mondo intero che cosa è l'amore. Faremo tutto il possibile perché troviate il posto di cui avete diritto nella società e nella Chiesa ».<sup>1</sup>

Nel contesto di un mondo sconfinato come quello della sofferenza umana, rivolgiamo ora l'attenzione a quanti sono colpiti dalla malattia nelle sue diverse forme: i malati, infatti, sono l'espressione più frequente e più comune del soffrire umano.

A tutti e a ciascuno è rivolto l'appello del Signore: *anche i malati sono mandati come operai nella sua vigna*. Il peso, che affatica le membra del corpo e scuote la serenità dell'anima, lungi dal distorglierli dal lavorare nella vigna, li chiama a vivere la loro vocazione umana e cristiana ed a partecipare alla crescita del Regno di Dio *in modalità nuove, anche più preziose*. Le parole dell'apostolo Paolo devono divenire il loro programma e, prima ancora, sono luce che fa splendere ai loro occhi il significato di grazia della loro stessa situazione: « Completo quella che manca ai patimenti di Cristo nella mia carne, in favore del suo corpo, che è la Chiesa » (*Col 1, 24*). Proprio facendo questa scoperta, l'apostolo è approdato alla gioia: « Perciò sono lieto delle sofferenze che sopporto per voi » (*Col 1, 24*). Similmente molti malati possono diventare portatori della « gioia dello Spirito Santo in molte tribolazioni » (*I Tess 1, 6*) ed essere testimoni della Risurrezione di Gesù. Come ha espresso un handicappato nel suo intervento in aula sinodale, « è di grande importanza porre in

luce il fatto che i cristiani che vivono in situazioni di malattia, di dolore e di vecchiaia, non sono invitati da Dio soltanto ad unire il proprio dolore con la Passione di Cristo, ma anche ad accogliere già ora in se stessi e a trasmettere agli altri la forza del rinnovamento e la gioia di Cristo risuscitato (cfr. *2 Cor 4, 10-11; I Pt 4, 13; Rm 8, 18 ss.*) ».<sup>2</sup>

Da parte sua — come si legge nella Lettera Apostolica *Salvifici doloris* — « la Chiesa, che nasce dal mistero della redenzione nella Croce di Cristo, è tenuta a cercare l'incontro con l'uomo in modo particolare sulla via della sofferenza. In un tale incontro l'uomo "diventa la via della Chiesa", ed è, questa, una delle vie più importanti ». <sup>3</sup> Ora *l'uomo sofferente è via della Chiesa* perché egli è, anzitutto, via di Cristo stesso, il buon Samaritano che « non passa oltre », ma « ne ha compassione, si fa vicino (...) gli fascia le ferite (...) si prende cura di lui » (*Lc 10, 32-34*).

La comunità cristiana ha ritrascritto, di secolo in secolo nell'immensa moltitudine delle persone malate e sofferenti, la parabola evangelica del buon Samaritano, rivelando e comunicando l'amore di guarigione e di consolazione di Gesù Cristo. Ciò è avvenuto mediante la testimonianza della vita religiosa consacrata al servizio degli ammalati e mediante l'infaticabile impegno di tutti gli operatori sanitari. Oggi, anche negli stessi ospedali e case di cura cattolici si fa sempre più numerosa, e talvolta anche totale ed esclusiva, la presenza dei fedeli laici, uomini e donne: proprio loro, medici, infermieri, altri operatori della salute, volontari, sono chiamati ad essere l'immagine viva di Cristo e della sua Chiesa nell'amore verso i malati e i sofferenti. (n. 53)

È necessario che questa preziosissima eredità, che la Chiesa ha ricevuto da Gesù Cristo « medico di carne e di spirito », <sup>4</sup> non solo non venga mai meno, ma sia sempre più valorizzata e arricchita attraverso una ripresa e un rilancio deciso di *un'azione pastorale per e con i malati e i sofferenti*. Dev'essere un'azione capace di sostenere e di promuovere attenzione, vicinanza, presenza, ascolto, dialogo, condivisione e aiuto concreto verso l'uomo nei momenti nei quali, a causa della malattia e

della sofferenza, sono messe a dura prova non solo la sua fiducia nella vita ma anche la sua stessa fede in Dio e nel suo amore di Padre. Questo rilancio pastorale ha la sua espressione più significativa nella celebrazione sacramentale con e per gli ammalati, come fortezza nel dolore e nella debolezza, come speranza nella disperazione, come luogo d'incontro e di festa.

Uno dei fondamentali obiettivi di questa rinnovata e intensificata azione pastorale, che non può non coinvolgere e in modo coordinato tutte le componenti della comunità ecclesiale, è di considerare il malato, il portatore di handicap, il sofferente non



semplicemente come termine dell'amore e del servizio della Chiesa, bensì come soggetto attivo e responsabile dell'opera di evangelizzazione e di salvezza. In questa prospettiva la Chiesa ha una buona novella da far risuonare all'interno di società e di culture che, avendo smarrito il senso del soffrire umano, « censurano » ogni discorso su tale dura realtà della vita. E la buona novella sta nell'annuncio che il soffrire può avere anche un significato positivo per l'uomo e per la stessa società, chiamato com'è a divenire una forma di partecipazione alla sofferenza salvifica di

Cristo e alla sua gioia di risorto, e pertanto una forza di santificazione e di edificazione della Chiesa.

L'annuncio di questa buona novella diventa credibile allorquando non risuona semplicemente sulle labbra, ma passa attraverso la testimonianza della vita, sia di tutti coloro che curano con amore i malati, gli handicappati e i sofferenti, sia di questi stessi, resi sempre più coscienti e responsabili del loro posto e del loro compito nella Chiesa e per la Chiesa.

Di grande utilità perché « la civiltà dell'amore » possa fiorire e fruttificare nell'immenso mondo del dolore umano, potrà essere la rinnovata meditazione della Lettera Apostolica *Salvifici doloris*, di cui ricordiamo ora le righe conclusive: « Occorre pertanto, che sotto la Croce del Calvario idealmente convengano tutti i sofferenti che credono in Cristo e, particolarmente, coloro che soffrono a causa della loro fede in lui Crocifisso e Risorto, affinché l'offerta delle loro sofferenze affretti il compimento della preghiera dello stesso Salvatore per l'unità di tutti (cfr. Gv 17, 11. 21-22). Là pure convengano gli uomini di buona volontà, perché sulla Croce sta il "Redentore dell'uomo", l'Uomo dei dolori, che in sé ha assunto le sofferenze fisiche e morali degli uomini di tutti i tempi, affinché nell'amore possano trovare il senso salvifico del loro dolore e risposte valide a tutti i loro interrogativi. Insieme con Maria, Madre di Cristo, che stava sotto la Croce (cfr. Gv 19, 25), ci fermiamo accanto a tutte le croci dell'uomo d'oggi (...). E chiediamo a tutti voi, che soffrite, di sostenerci. Proprio a voi, che siete deboli, chiediamo che diventiate una sorgente di forza per la Chiesa e per l'umanità. Nel terribile combattimento tra le forze del bene e del male, di cui ci offre spettacolo il nostro mondo contemporaneo, vinca la vostra sofferenza in unione con la Croce di Cristo! ». <sup>5</sup> (n. 54)

<sup>1</sup> VII ASSEM. GEN. ORD. SINODO DEI VESCOVI (1987), *Per Concilii semitas ad Populum Dei Nuntius*, 12.

<sup>2</sup> *Proposifio 53*.

<sup>3</sup> GIOVANNI PAOLO II, *Lett. Ap. Salvifici doloris*, 3: AAS 76 (1984), 203.

<sup>4</sup> S. IGNAZIO D'ANTIOCHIA, *Ad Ephesios*, VII, 2: S. Ch. 10, 64.

<sup>5</sup> GIOVANNI PAOLO II, *Lett. Ap. Salvifici doloris*, 31: AAS 76 (1984), 249-250.

# la dimensione pastorale sanitaria nell'esortazione apostolica «Christifideles Laici»

8

La lunga Esortazione apostolica di Giovanni Paolo II che raccoglie, interpreta e traduce in direttive operative le conclusioni del Sinodo dei Vescovi sulla vocazione e missione dei Laici nella Chiesa e nel mondo ha anche una sua dimensione sanitaria o, se si vuole, di pastorale sanitaria. Il termine dimensione è solo apparentemente generico; non solo, ma fino a qualche tempo addietro, poteva essere inteso come teologicamente vago e persino improprio. Esso è, invece, un termine caro alla teologia di taglio antropologico del Santo Padre che, ad esempio, nella Enciclica *Redemptoris Mater*, al num. 45, parla di dimensione mariana come di impostazione di vita che si ispira alla Vergine.<sup>1</sup> È dimensione ciò che connota qualcosa secondo la sua altezza, larghezza, profondità, ma anche secondo il tempo e lo spazio. E se leggiamo la *Christifideles Laici* nell'ottica della pastorale sanitaria, vi scopriamo un tipo di attenzione al mondo della sofferenza, della sanità e della salute che, per radicarsi nel principio fondamentale della difesa della vita e della dignità integrale della persona umana, dal suo concepimento al suo naturale tramonto, si configura appunto come dimensione, cioè come esperienza vissuta del messaggio evangelico nella sua capacità di essere anche sintesi compiuta di tutti i valori umani. Il documento pontificio, tuttavia, pur non tralasciando il richiamo ai principi fondamentali di dottrina, li vuole leggere nell'oggi della storia umana. Afferma infatti: « Nell'accoglienza amorosa e generosa di ogni vita umana, soprattutto se debole e malata, la Chiesa vive oggi un momento fondamentale della sua missione, tanto più necessaria quanto più dominante si è fatta una "cultura di morte" ».<sup>2</sup>

Tutto, nel campo della ricerca, delle conquiste umane, è e deve essere al servizio della vita e mai la vita asservita ad esse. Il progresso pone sfide che coinvolgono la bioetica. Ecco allora il momento che « i cristiani debbono esercitare la loro responsabilità come padroni della scienza e della tecnologia, non come servi di essa »,<sup>3</sup> poiché « titolare » del diritto alla vita « è l'essere umano in ogni fase del suo sviluppo... e in ogni condizione, sia essa di salute

o di malattia, di perfezione o di handicap, di ricchezza o di miseria ».<sup>4</sup>

La dimensione pastorale sanitaria, tuttavia, appare con più chiarezza allorché il documento pontificio ricorda che la condizione umana, quali ne siano le forme concrete, è attraversata dalla sofferenza. Infatti « l'uomo è chiamato alla gioia, ma fa quotidiana esperienza di tantissime forme di sofferenza e di dolore ».<sup>5</sup> Ritorna il principio particolarmente caro a Giovanni Paolo II, secondo il quale, se l'uomo, in quanto creatura di Dio, è « via della Chiesa »,<sup>6</sup> egli lo è in « modo speciale » quando è colpito dalla sofferenza.<sup>7</sup> Ecco allora il passaggio, tanto logico da apparire ovvio, alla dimensione sanitaria dell'azione pastorale della Chiesa: « La comunità cristiana — ricorda la *Christifideles Laici* — ha ritrascritto di secolo in secolo nell'immensa moltitudine delle persone malate e sofferenti, la parabola evangelica del Buon Samaritano, rivelando e comunicando l'amore di guarigione e di consolazione di Gesù Cristo ».<sup>8</sup> La pastorale della Chiesa, in ogni tempo, e quindi anche oggi, assume nella dimensione sanitaria una sua completezza e integralità, in quanto è in grado di coinvolgere tutto il Popolo di Dio e tutti i laici, nessuno escluso. Infatti « oggi, anche negli stessi ospedali e case di cura cattolici si fa sempre più numerosa, e talvolta anche totale ed esclusiva, la presenza dei fedeli laici, uomini e donne: proprio loro, medici, infermieri, altri operatori della salute, volontari, sono chiamati a essere l'immagine viva di Cristo e della sua Chiesa nell'amore verso i malati e i sofferenti ».<sup>9</sup>

## Specularità evangelica della pastorale sanitaria

La *Christifideles Laici* ribadisce che è necessario che l'eredità ricevuta da Cristo, medico « di carne e di spirito »,<sup>10</sup> non solo non abbia a venir meno, bensì sia « sempre più valorizzata e arricchita attraverso una ripresa e un rilancio deciso di un'azione pastorale per e con i malati e i sofferenti ».<sup>11</sup>

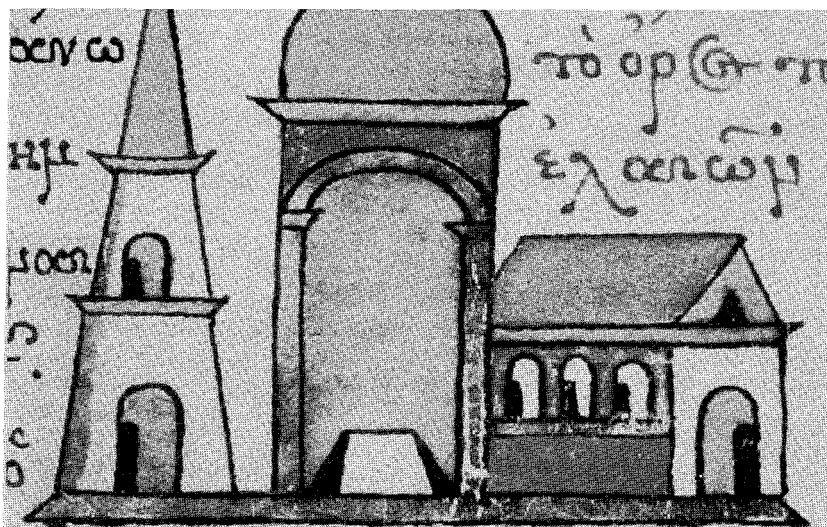
Si parla espressamente di ripresa e di

*rilancio*. Perché? La ragione è duplice, l'una di ordine soprannaturale, l'ordine di indole umana, ma non per questo meno urgente e inderogabile. Il motivo di ordine soprannaturale trova « la sua espressione più significativa nella celebrazione sacramentale con e per gli ammalati, come fortezza nel dolore e nella debolezza, come speranza nella disperazione, come luogo di incontro e di festa ».<sup>12</sup> Infatti, uno degli obiettivi di questa rinnovata e intensificata azione pastorale « che non può non coinvolgere e in modo coordinato *tutte le componenti* della comunità ecclesiale »<sup>13</sup> è di considerare chi soffre non come semplice destinatario di un'azione caritativa, bensì come *soggetto attivo e responsabile* dell'opera di evangelizzazione e di salvezza. È compito, dunque, della pastorale sanitaria

dell'enorme carico di sofferenza che pesa su gran parte del genere umano.

Ci avviciniamo alla celebrazione del V centenario della colonizzazione del « nuovo mondo ». Le cronache di quegli eventi lontani, che furono anche un momento significativo dell'opera evangelizzatrice, ricordavano piuttosto l'ignoranza, il carattere primitivo e talvolta persino selvaggio dei popoli « scoperti ». La mentalità dei « civilizzatori » sembrava piuttosto considerare inevitabile e scontata la condizione di inferiorità dei popoli nuovi. Questi popoli, oggi, coprono i due terzi della popolazione mondiale e conoscono una condizione di povertà, di fame, di malattia della quale nessun credente o non credente, nessun essere umano può dire di non essere al corrente. Ogni giorno, sui nostri schermi

9



riaffermare, in seno alla società ed alle varie culture, « che il soffrire umano può avere anche un significato positivo per l'uomo e per la stessa società ». Soltanto così la « civiltà dell'amore » potrà fruttificare nell'immenso mondo del dolore umano.<sup>14</sup>

La ragione, che potremmo chiamare umana, della necessità e dell'urgenza di una ripresa e d'un rilancio della pastorale sanitaria è costituita da una circostanza che è caratteristica propria del nostro tempo. Per la prima volta nella sua plurimillennaria storia l'umanità è tutta a conoscenza

telesivi, si succedono le immagini raccapriccianti dell'indigenza e delle infermità che affliggono la maggior parte dei nostri fratelli. La comunità umana e, in primo luogo, la comunità ecclesiale devono considerare la passività di fronte a questo immenso dolore come colpa inescusabile. Ecco perché la voce della Chiesa, in coincidenza con l'esplosione dei mezzi di comunicazione di massa, si è alzata e si alza, sempre più frequentemente e con sempre maggior vigore, non solo per denunziare la condizione di dolore di così vasta parte del genere umano, ma per sollecitare la solidarietà internazionale, per



ribadire il principio tutto moderno — difeso e spiegato con singolare chiarezza da Giovanni Paolo II nell'enciclica *Sollicitudo rei socialis* — della crescente interdipendenza tra tutti i popoli della terra. Ma senza pace, non può crescere la solidarietà. Tuttavia, sin dai suoi primordi, l'umanità ha conosciuto divisione e guerre per lo scontro provocato dall'egoismo di pochi, dalla contrapposizione di interessi economici, dalla discriminazione ideologica e persino religiosa. Senza pace non può aver affermazione la giustizia; ma come promuovere la pace, se non muovendo dall'incontro degli uomini intorno a ciò che sta veramente a cuore di tutti, cioè la difesa e la promozione della vita, la lotta alla sofferenza, alla malattia, al dolore?

Ecco la ragione prioritaria che può assicurare una vera ripresa ed un vero rilancio dell'azione pastorale sanitaria. Appare subito chiaro, però, che ragioni umane e motivazione soprannaturale si intrecciano. Ed infatti, la *Christifideles Laici* ricorda che ogni forma di solidarietà, per essere solida ed efficace, ha bisogno del sostegno della *carità*. « La carità... anima e sostiene un'operosa solidarietà attenta alla totalità dei bisogni dell'essere umano ». <sup>15</sup> Anzi, « paradossalmente tale carità si fa più necessaria quanto più le istituzioni, diventando complesse nell'organizzazione e pretendendo di gestire ogni spazio disponibile, finiscono per essere rovinate dal funzionalismo impersonale, dalla esagerata burocrazia, dagli ingiusti interessi privati, dal disimpegno facile e organizzato ». <sup>16</sup> I recenti episodi della morte provocata o favorita di tanti anziani in strutture pubbliche apparentemente progredite confermano l'esigenza che ogni forma assistenziale sia sostenuta da un impulso caritativo interiore, del quale il volontariato cristiano è testimonianza profetica. »

Una autentica cultura deve essere cultura della vita, ma una reale, effettiva, efficace cultura della vita richiede il sostegno dell'amore, della carità.

È la carità che rende possibile trasformare l'assistenza in contributo alla valorizzazione della sofferenza.

In uno dei suoi più vigorosi interventi, in occasione dell'incontro di gruppi della terza età delle diocesi italiane, Giovanni Paolo II afferma che « secondo il progetto divino ogni singolo essere umano è una vita in crescita, dalla prima scintilla dell'esistenza fino all'ultimo respiro ». <sup>19</sup> Questo concetto, ripreso nella *Christifideles Laici*, <sup>20</sup> richiama il dovere di mai commisurare la condizione degli esseri umani con parametri di puro utilitarismo, fossero anche mascherati da una parvenza di finalità

sociale. Se, infatti, la stessa carità dovesse esaurirsi, nel servizio a chi soffre, in forme assistenziali esclusivamente dettate dalla *compassione* o alimentate soltanto da un proposito ascetico mirante alla perfezione spirituale di chi le esercita, il mondo sterminato della sofferenza rimarrebbe affidato alla discrezionale generosità di pochi. Crescente, invece, deve farsi la coscienza del valore costruttivo e redentivo della sofferenza: valore, il cui ricupero è condizione di progresso della civiltà, premessa per la costruzione di una cultura e di un mondo di pace. Nessuna legislazione, anche la più progredita, può assicurare all'umanità questo cammino, per compiere il quale è necessario il supporto di una fede superiore, di una carità che trovi nella grazia il suo alimento.

La ripresa ed il rilancio della pastorale sanitaria è forse il nome moderno della evangelizzazione: un nome moderno per una verità di sempre, poiché il Signore ha preannunciato, con chiarezza straordinaria e con parole accessibili a tutti, che proprio sul come saremo andati incontro a chi soffre saremo giudicati. <sup>21</sup>

La dimensione sanitaria della pastorale appartiene, in maniera qualificante, alla pastorale di insieme, al punto che se resta vero che la pastorale sanitaria non esaurisce l'ambito della pastorale in generale, questa non può prescindere, per essere tale, dalla dimensione sanitaria. La quale, definendosi come cultura e servizio della vita, attinge al cuore stesso della missione di Cristo, venuto per dare la vita e parteciparla in abbondanza. <sup>22</sup>

✠ FIORENZO ANGELINI

Presidente del pontificio consiglio della pastorale per gli operatori sanitari

<sup>1</sup> *Redemptoris Mater*, 45.

<sup>2</sup> *Christifideles Laici*, 38.

<sup>3</sup> *Messaggio dei Padri Sinodali* (1987), proposito 36.

<sup>4</sup> *Christifideles Laici*, 38.

<sup>5</sup> *Ibidem*, 53.

<sup>6</sup> *Redemptor hominis*, 14.

<sup>7</sup> *Salvifici doloris*, 3.

<sup>8</sup> *Christifideles Laici*, 53.

<sup>9</sup> *Ibidem*

<sup>10</sup> *Ibidem*.

<sup>11</sup> *Ibidem*, 54.

<sup>12</sup> *Ibidem*.

<sup>13</sup> *Ibidem*.

<sup>14</sup> *Ibidem*.

<sup>15</sup> *Christifideles Laici*, 41.

<sup>16</sup> *Ibidem*.

<sup>17</sup> *Ibidem*.

<sup>18</sup> *Ibidem*, 44.

<sup>19</sup> Giovanni Paolo II, *Insegnamenti*, VII, 1 (1984), p. 744.

<sup>20</sup> *Christifideles Laici*, 54.

<sup>21</sup> *Mt* 25, 31-46.

<sup>22</sup> *Gv* 10, 10.

# l'umanizzazione della medicina

Il primo ospedale di Dublino fu fondato dai pellegrini di ritorno dalla Terra Santa più di ottocento anni fa. L'Ospedale di Saint John in Thomas Street assomigliava ben poco ad una moderna istituzione sanitaria di oggi ed aveva finalità alquanto diverse. In molti casi il paziente in cura non era nemmeno iscritto sul registro. Si trattava di una casa di cura per malati terminali, quello che oggi noi chiamiamo un "hospice".

Una delle grandi realizzazioni del nostro tempo è la possibilità non solo di curare la malattia ma di restituire la salute primitiva.

Grazie alle capacità raggiunte, agli strumenti diagnostici, alle nuove cure ed alle attrezzature ad alta tecnologia, quelle che un tempo erano condizioni senza speranza, oggi vengono trattate ordinariamente.

Sarebbe tuttavia una tragedia se i meravigliosi vantaggi apportati dalle nuove conoscenze e dall'abilità dovessero oscurare e impedire i rapporti umani all'interno di un'ospedale. Quando si riflette sul significato reale di salute, esso non può essere identificato né con complesse attrezzature né con grosse disponibilità finanziarie, ma piuttosto con la presenza confortante di un professionista che, prima di essere scienziato o tecnico, sia una persona che assiste un'altra persona. La medicina, oggi più che in passato, riguarda il recupero dello salute, purché non manchi l'assistenza effettiva al malato.

La malattia e la sofferenza sollevano da sempre gli interrogativi più profondi sulla vita e sul destino umano. Non c'è nessun altro contesto nel quale questi problemi siano così inevitabilmente e significativamente presenti come nel mondo sanitario. Qui gli esseri umani si incontrano nel profondo, la debolezza dell'uno richiama l'attenzione dell'altro.

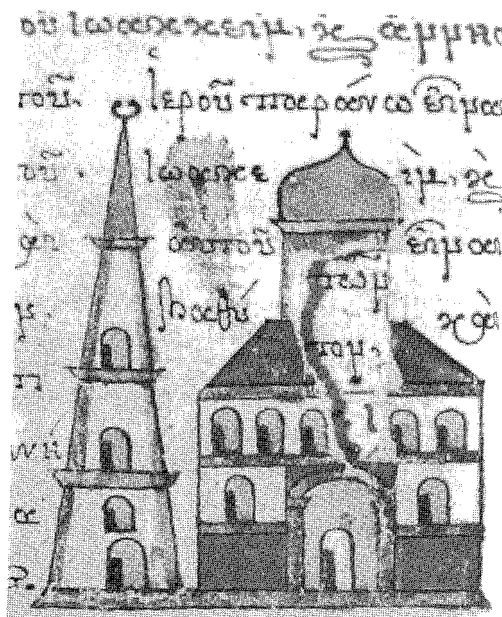
Nella vita dell'ospedale è soprattutto l'infermiera che per vocazione ha la responsabilità di stabilire, giorno per giorno, un rapporto personale con i malati, per non farli sentire né meri casi clinici, né insieme di sintomi, né oggetti di cura. Il paziente è una persona che si sente fragile, preoccupata e si affida nelle mani di coloro che hanno la vocazione di curarlo.

Aireld The Palmer e sua moglie, che fondarono l'ospedale di Saint John ottocento anni fa, resterebbero sorpresi di fronte alle possibilità che noi oggi abbiamo a disposizione per curare le malattie. Temo tuttavia che resterebbero delusi paragonando l'efficiente ma impersonale atmo-

sfera dell'ospedale moderno con quella cruda, forse, ma senz'altro più familiare dell'istituzione da loro fondata.

Il rispetto per la persona umana nell'assistenza sanitaria, credo sia piuttosto recente nella professione dell'infermiera. La crescente specializzazione, lo sviluppo tecnologico da una parte, e i grandi condizionamenti introdotti dal bisogno di contenere le spese finanziarie dall'altra, hanno impedito agli operatori sanitari di praticare una genuina attenzione alla persona umana.

La legge di mercato che sembra essere l'unico criterio guida nella nostra società, risulta per molte ragioni inapplicabile nel campo della salute. L'immagine di un malato che cerca un'assistenza umana per la sua infermità non può essere trasformata in quella di un consumatore che valuta la qualità del prodotto e sceglie il meglio da vari fornitori in concorrenza fra loro. Certo le due immagini sono ugualmente presenti nella società moderna, ma dob-

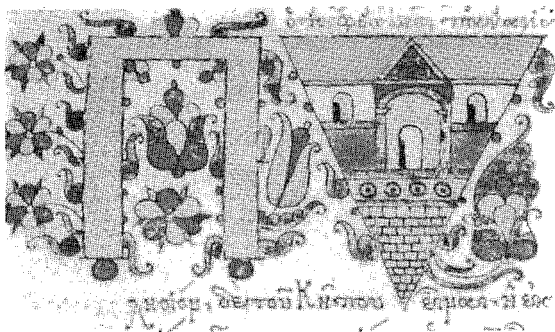


biamo ricordare che la seconda è un tradimento del ruolo tradizionale della professione sanitaria.

Un simile contrasto esiste quando consideriamo la nozione di salute che sta alla base della nostra cultura. Da un lato abbiamo l'ampia definizione di salute proposta nel 1958 dalla World Health Organisation (Organizzazione Mondiale della Sanità), Secondo la quale essa sarebbe " uno

stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità". Dall'altro lato abbiamo l'idea di salute come massima efficienza e massima disponibilità di posti letto in ospedale. Dove troviamo in quest'ultima concezione il "completo benessere sociale"?

Ciò che vorrei sottolineare in questo discorso è che tutto ciò fa parte di un problema molto più grande che dobbiamo affrontare. Esso ha ramificazioni nella qualità dell'assistenza sanitaria, nella sua giusta distribuzione e nel campo della bioetica. Il problema può essere riassunto nell'idea di "umanizzazione (o riumanizzazione) della medicina.



### Un'assistenza sanitaria più attenta alla persona umana

Il contrasto fra un'efficienza impersonale e un'attenzione alla persona umana diventa rilevante quando consideriamo il problema della qualità dell'assistenza sanitaria.

Negli ultimi anni si è assistito ad un maggiore riconoscimento del valore della pastorale sanitaria e dell'importanza di avere del personale competente e qualificato. Allo stesso tempo, però, sono diminuite le possibilità di integrare questi due elementi nel lavoro dell'operatore sanitario. Se a buon ragione possiamo rallegrarci per il primo fenomeno, non possiamo non manifestare tutto il nostro rincrescimento per la seconda tendenza. L'impegno pastorale, infatti, non può essere trascurato o considerato secondario. Non ci può essere una genuina assistenza sanitaria senza l'attenzione alla persona umana, che significa non soltanto cura della salute come assenza di malattia, ma anche e soprattutto cura del malato in quanto persona.

Nella sua Lettera Apostolica sulla Soffe-

renza (*Salvifici Doloris*) il Papa Giovanni Paolo II paragona le infermiere e i medici al Buon Samaritano. Il Buon Samaritano è chiunque è attento alla sofferenza altrui:

« È un'apertura del cuore, una disposizione interiore. Il termine 'Buon Samaritano' si applica a ogni individuo che si dimostra sensibile verso la sofferenza altrui, che è 'commosso' dalla disgrazia dell'altro [...]. Tuttavia, il Buon Samaritano della parabola di Cristo non si limita alla sola compassione e solidarietà, ma è spinto ad intraprendere azioni per aiutare l'uomo ferito » (*Salvifici Doloris*, 28).

Oggi noi assistiamo a una contraddizione sconcertante: al più efficiente aiuto, con tutte le spese che esso implica, sembra corrispondere una solidarietà e compassione sempre più rare. Questo perché la disponibilità del cuore e della mente richiedono uno sforzo enorme se si vuole aiutare veramente il paziente durante la sua degenza.

Come dice il Papa:

« La malattia e la sofferenza sono fenomeni che, se esaminati in profondità, pongono sempre interrogativi che vanno al di là della medicina stessa a toccare l'essenza della condizione umana in questo mondo » (*Dolentium Hominum*, n. 3).

La radice del problema mi sembra essere questa: più complesso è il trattamento al quale il paziente deve sottoporsi e più facile è considerarlo come un semplice oggetto di cura. Se Ailred The Palmer fu mai capace di fare qualcosa per curare la gente nel suo ospedale, credo che doveva trattarsi di una forma di calorosa accoglienza, con la quale offriva ai malati cibo e un posto dove dormire e guarire.

È più facile vedere il malato come un ingranaggio che può muoversi solo quando si accende la macchina, piuttosto che come partecipante attivo al suo processo di guarigione.

L'assistenza sanitaria, invece, è un rapporto nel quale uno fa dono di sé stesso al malato che a lui si affida. Il Buon Samaritano è una persona capace di donarsi agli altri (cfr. *Salvifici Doloris* 28).

Pierluigi Marchesi, Priore Generale dei Fratelli di San Giovanni di Dio, pone un quesito: « Perché non sperimentiamo i rapporti terapeutici e infermieristici come un dono di noi stessi? ». Ed egli risponde che abbiamo bisogno di umanizzare l'ospedale, il che significa:

« per tutti gli operatori di salute, accettare di compiere un superamento, una specie di salto, fuori dall'arroganza del potere e del sapere scientifico, per tuffarsi in un processo di identificazione con l'individuo che soffre; processo che permette di

comprendere prima di agire, di suscitare speranza, fiducia ed alleanza terapeutica » (Appello alla Conferenza Internazionale sull'Umanizzazione della medicina, Novembre 1987, pubblicato nella rivista *Dolentium Hominum*, n. 7).

Si può fare un interessante parallelo con le relazioni umane nel mondo industriale. All'inizio l'operaio era considerato una macchina. L'efficienza imponeva una specializzazione sempre maggiore per ottenere il massimo da questa macchina. Nelle catene di montaggio l'operaio eseguiva operazioni meccaniche semplici e ripetitive; la sua figura potrebbe corrispondere a quella del malato: un ingranaggio che si inserisce anonimamente nel funzionamento



della struttura ospedaliera. L'organizzazione dell'ospedale sembra molto logica ed efficiente, ma solo perché dimentica che cosa sia veramente un essere umano. Una persona annoiata e costretta a fare il suo lavoro non può essere produttiva.

In un secondo tempo i datori di lavoro divennero più coinvolti nei problemi degli operai, interessandosi alle loro famiglie e dando loro maggiori responsabilità. Pur avendo compiuto un certo passo avanti, l'interesse per il profitto prevaleva su quello per la persona.

In campo medico questa fase corrisponderebbe al tentativo di essere più attenti ai malati in quanto persone per ottenere profitti più vantaggiosi per l'ospedale.

La terza fase è la partecipazione. Papa Giovanni Paolo II ha detto che egli è stato: « fermamente convinto del bisogno di dare agli operai una parte attiva nella gestione della azienda per la quale essi lavorano [...]. Ogni sforzo deve essere fatto per assicurare che la società sia una vera comunità di persone » (Mater et *Magistra*, 91 CTS)

Non sarebbe altro che ammettere la verità dei fatti. Potremmo chiamarlo l'effetto placebo o remissione spontanea o in qualsiasi altro modo vogliamo, Il fatto è che il malato è un partner attivo nel processo di guarigione. Come dice Pierluigi Marchesi:

« ...nessun medico ha il potere di guarire un'altra persona. L'ego biologico, istintivo, psicologico e spirituale del paziente costituisce una parte attiva nel recupero della salute primitiva » ("L'attesa del mondo sanitario" in, *Dolentium Hominum*, n. 1)

Questo è il "genere di salto" al quale si riferisce: arrivare a concepire l'operatore sanitario come colui che aiuta il paziente a guarire non trattandolo come un mero recipiente, un essere passivo e un oggetto di assistenza professionale.

### Una giusta distribuzione delle risorse sanitarie

Il contrasto fra una medicina più umana e le leggi impersonali di mercato si fa più evidente quando consideriamo il problema di una giusta distribuzione delle risorse sanitarie. Si è molto discusso negli ultimi anni sui pericoli di un sistema sanitario a due livelli.

Da un punto di vista morale non si può certo obiettare al fatto che chi ha i mezzi debba pagare. La scelta se un'assistenza sanitaria debba essere gratis o - più precisamente - pagata per mezzo di tasse è una questione solo ideologica. È chiaro che chi ha maggiori disponibilità finanziarie dovrebbe aiutare chi non ne ha a comprarsi l'assistenza medica alla quale tutti hanno diritto.

Ci possono essere vari punti di vista su quale sia il miglior modo per finanziare l'assistenza sanitaria. Non si può obiettare seriamente alla libertà di pagare, direttamente o indirettamente, tramite assicurazione, una sistemazione di lusso con vari sovrappiù, come la televisione personale, una camera privata e un tipo di cibo più sofisticato.

Problemi morali molto più seri sorgono quando si tratta di comprare un'assistenza sanitaria migliore. Gli operatori sanitari sono orgogliosi di impegnarsi per "non permettere a nessuna discriminazione di religione, di nazionalità, di razza, di partito politico e di posizione sociale di interporre fra il mio dovere e il mio paziente" (Dichiarazione di Ginevra), e affinché la cura dei malati "non sia preclusa da

considerazioni di razza, di credo, di colore, di età, di sesso, di politica o di status sociale" (Codice Etico Internazionale delle Infermiere, 1973).

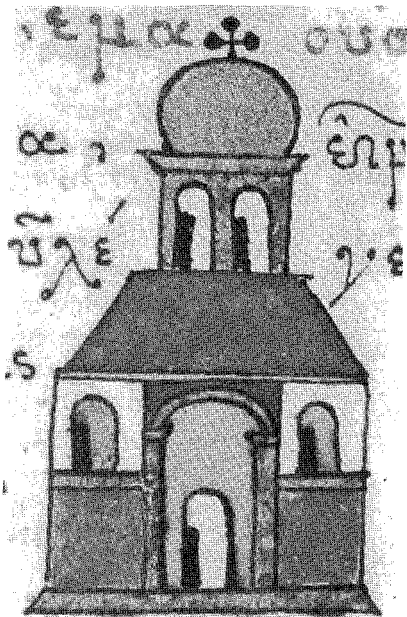
Si dice, e credo sia vero, che i pazienti in cura presso istituzioni sanitarie pubbliche ricevano la migliore assistenza medica. Si dice anche che in caso di emergenza, o di procedure di "non privilegio", il paziente "pubblico" venga tempestivamente sottoposto alla cura. Ma ciò non basta. Considerando le cosiddette procedure "di privilegio", persino nella struttura pubblica si avverte la necessità di limitare il periodo di attesa dei pazienti.

La distinzione fra procedure "di privilegio" e non, specialmente nel caso in cui le

*Health Funding*, Council for Social Welfare, 1987).

Come dice il Concilio per il Benessere Sociale: « Certamente si va sempre più consolidando la convinzione da parte dell'istituzione pubblica che se la gente desidera avere la qualità migliore, come e quando richiesta, non ha altra scelta che ricercarla nel settore privato ».

Il problema in discussione qui non è quello di investire sempre più denaro nel settore sanitario. Certamente ci sono molte cose che potrebbero essere fatte per migliorare la situazione: ridurre al minimo lo spreco, discutere i relativi diritti di trattamento dei pazienti da un lato e di educazione e prevenzione dall'altro. Detto questo,



prime includano condizioni estremamente dolorose e invalidanti, non la si trova nella Dichiarazione di Ginevra, né in nessuna altra grande dichiarazione di etica medica. Tali dichiarazioni ribadiscono molto chiaramente che il criterio per fruire dei servizi medici deve essere il bisogno.

Non ci può essere alcun dubbio che in tali casi, la cura avviata con ritardo è proprio per definizione una cura di qualità inferiore.

Nel 1975, una commissione di studio dell'Associazione Medica Irlandese andò oltre dichiarando che i pazienti "pubblici"

« hanno meno probabilità di subire un'operazione da un chirurgo consulente, perché di solito essi ricevono assistenza giornaliera dallo staff interno. I pazienti "esterni" invece sono meno seguiti perché assistiti da personale che, secondo noi, non è competente a trattare i loro problemi » (citato in, *Submissio*, to *Commission on*

però, resta la sfida se l'assistenza sanitaria sia collegata prima di tutto alla necessità o a qualche altro fattore, o se le scarse risorse non siano disponibili in modo proporzionato per tutti.

In realtà, se qualche iniziativa deve essere intrapresa, bisognerebbe muoversi in un altro senso. Le risorse limitate non fluiscono in modo adeguato verso coloro che ne hanno bisogno. Nella Lettera Pastorale, *The Work of Justice*, i vescovi irlandesi hanno detto:

« Se dobbiamo assicurare i diritti umani fondamentali a tutti, non basta eliminare ogni discriminazione verso i poveri. È necessario cominciare a operare discriminazioni "in favore" dei poveri » (*The Work of Justice*, 1977, par. 109).

Occorre far questo per due motivi. Anzitutto perché i poveri non hanno il potere di acquistare l'assistenza sanitaria e i servizi allo stesso modo degli altri (pensiamo addirittura che colui che ricopre un

elevata posizione sociale non tollererebbe in silenzio di dover attendere per un ricovero, mentre chi non ha nè mezzi nè amici influenti è capace di sopportare con rassegnazione).

In realtà, ci troviamo di fronte ad una situazione in cui è il povero che finanzia il ricco. A parte i finanziamenti dei Progetti D e E di VHI da parte di altri, i membri del VHI nel 1986 hanno ottenuto 97,3 milioni di sterline per un investimento netto di 68,3 milioni. La differenza è rappresentata da un'esenzione fiscale che favorisce in modo sproporzionato i ricchi.

L'altro motivo per cui i poveri dovrebbero essere oggetto di una discriminazione "positiva", è che essi sono particolarmente

cifre 674 \$ negli Stati Uniti e 640 \$ nel Regno Unito. La spesa complessiva, tuttavia, che negli Stati Uniti è quasi tre volte superiore, non riguarda i servizi gratis per i poveri che, come si sa, sono più assistiti in Gran Bretagna (Centro Gesuita per la Fede e la Giustizia, "The Nation's Health" in *Doctrine in Life*, Febbraio 1989).

Questi fatti vanno presi come sintomatici; il vero problema è se l'assistenza sanitaria operi al servizio dell'umanità o no. Questo è quanto è in gioco nei grandi codici etici - il servizio all'individuo è veramente il primo ed unico scopo? Come dice la cosiddetta Preghiera del Maimonide: « O Signore, aiutami a vedere nel malato soltanto l'umanità che soffre ».



svantaggiati nel campo dello salute. Si possono trovare, infatti, correlazioni fra la disoccupazione e la malattia, ma non è così facile determinare in che misura la disoccupazione sia il risultato della malattia o piuttosto il contrario. In ogni caso la disoccupazione colpisce le classi sociali che sono già soggette ad una salute precaria. Sembra chiaro pertanto che la povertà, che è una delle conseguenze principali della disoccupazione, influisca anche sulla salute dei membri di una famiglia, specie sui più giovani (cfr. Bree, R., "The Cost of Unemployment", in *Unemployment, The Need for Change*, ed. Kerins, A. Dublin College of Catering, 1988).

Il problema di un'equa distribuzione delle risorse sanitarie non riguarda la spesa complessiva effettuata nel settore sanitario da uno stato. La somma spesa pro capite per l'assistenza sanitaria dal governo statunitense è più elevata di quella spesa dal governo britannico. La OECD riporta le

Un'equa distribuzione delle risorse sanitarie dunque è l'applicazione del principio che l'assistenza sanitaria è al servizio dell'umanità. Come ha detto Papa Giovanni Paolo II:

« l'istanza dell'umanizzazione si traduce nell'impegno diretto di tutti gli Operatori sanitari a promuovere, ciascuno nel proprio ambito e secondo la sua competenza, condizioni idonee per la salute, a migliorare strutture inadeguate, ad eliminare le cause di tante malattie, a favorire la giusta distribuzione delle risorse sanitarie, a far sì che la politica sanitaria nel mondo abbia per fine soltanto il bene della persona umana, umanizzare la medicina è raccogliere questa sfida e adoperarsi generosamente per l'edificazione di un mondo nel quale ad ogni essere umano siano assicurati i mezzi necessari per la piena valorizzazione di quel fondamentale talento della vita, che ha in Dio "amante della vita" la sua origine e il suo ultimo destino. » (Discorso ai

partecipanti alla Conferenza Internazionale sull'Umanizzazione della medicina, Novembre 1987, pubblicato in *Dolentium Hominum*, n. 7).

### L'etica della salute

Quanto detto sopra è strettamente collegato, anche se a prima vista non sembra, con le numerose controversie oggi molto diffuse nel campo della bioetica. Siamo circondati da dibattiti sull'aborto, sulla sterilizzazione, sull'eutanasia e l'ingegneria genetica che raramente giungono ad un'intesa. Questo avviene perché, in realtà,

spedale", oppure del "è inutile discuterne, non si può mettere in discussione la decisione del consulente", o ancora del "è inutile discuterne perché la Bibbia dice non uccidere".

Si potrebbe dare a ciascuno di questi approcci una definizione in termini di filosofia morale. L'argomentazione del "che ne pensi di..." è emotivista: quella "considera tutto il male che potrebbe essere evitato" utilitaristica; quella dell'"è inutile discuterne" sarebbe legalista perché richiama ad un concetto di dovere inconfutabile, quasi kantiano.

Questi approcci così diversi sono "nell'aria" nella cultura contemporanea, ma è



guardando più attentamente, gli interlocutori non usano lo stesso linguaggio e neppure gli stessi criteri.

C'è ad esempio l'argomentazione del "Che ne pensi di...?": poniamo il caso di una donna ha già dieci figli, le sue condizioni di vita sono miserevoli, le sue entrate sono scarse e suo marito beve. Se fossi nei suoi panni, che ne penseresti della sterilizzazione?

Poi c'è la considerazione del "non pensi a tutta la sofferenza che potrebbe essere evitata?", piuttosto simile alla precedente, che si sforza tuttavia di essere più obiettiva trascurando i sentimenti per valutare soltanto le conseguenze reali: il nascituro non può aspirare ad una decente qualità di vita; come possono i genitori soltanto pensare di affrontare la sua crescita! Meglio farlo morire.

Dall'altra parte c'è la persona per la quale le regole sono chiare. Potremo chiamarla la posizione dell'"è inutile discuterne", è sempre stato fatto così in quest'o-

importante rendersi conto che essi non possono dialogare fra loro efficacemente. Basta ascoltare la discussione fra un emotivista e un legalista sul tema dell'interruzione di gravidanza per capire che, per quanto a lungo possano confrontarsi, non giungeranno mai ad alcuna intesa. Le prospettive sono diverse e inconciliabili, se non riconosceremo questo, ci sarà un gran parlare senza risultati.

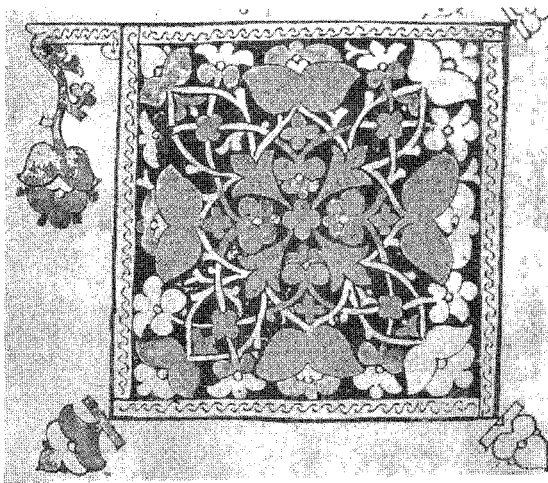
Vorrei far notare che siamo tornati allo stesso punto di partenza: l'assistenza sanitaria è al servizio dell'umanità e la sua qualità e la sua equa distribuzione potranno essere considerate soltanto a partire dal concetto di dignità della persona umana che ne usufruisce.

Se tralasciamo questo punto focale qualsiasi riflessione di carattere morale perde significato e viene anche messa in pericolo, allo stesso tempo, la qualità dell'assistenza sanitaria e la sua giusta distribuzione.

La priorità data al valore della dignità umana si trova in tutti i grandi codici di

etica della medicina. La Dichiarazione di Ginevra parla del medico come di un individuo "al servizio dell'umanità", il che vuol dire naturalmente al servizio dell'umanità che soffre, vista nel paziente da lui curato; si tratta di essere al servizio di esseri umani, non di ideali astratti. Il Codice Internazionale di Etica della professione infermieristica (1973) dice che "il primo dovere di un'infermiera è verso coloro che hanno bisogno di una assistenza infermieristica".

Quindi un'autentica discussione di carattere morale può avere inizio solo a partire dal concetto di persona umana quale realmente è e può divenire. L'idea della



vita, dell'opera e della persona umana è invece trascurata negli approcci etici cui abbiamo fatto riferimento, proprio come lo è nei sistemi dove il profitto è l'unico vero interesse.

La finalità della vita e dell'operato dell'uomo non è né quella di star bene, né quella del piacere riducendo al minimo il dolore e neppure quella di conformarsi ad oscure leggi o norme, ma piuttosto un ideale di lealtà verso sé stessi, verso gli altri, verso il mondo e verso Dio, per camminare verso il destino che Egli ci ha preparato. La moralità per il cristiano scaturisce, come dice il Papa Giovanni Paolo II, dalla "profonda sorpresa di fronte al valore e alla dignità dell'uomo chiamato Vangelo" (Redemptor *Hominis* 10).

Gli altri approcci morali da noi analizzati, al contrario, non assumono il valore della dignità umana come criterio di giudizio fondamentale.

a) L'utilitarismo non basta. Non si può giudicare l'operato di una persona soltanto

in base ai risultati che questo ha prodotto. Non siamo delle macchine da valutare a seconda della nostra produttività. Noi agiamo in un contesto interpersonale: le azioni, le reazioni, le interpretazioni, i comportamenti imprevedibili degli altri possono alterare completamente le conseguenze volute e previste.

Inoltre occorre sottolineare che le azioni degli uomini non sono soltanto dei meccanismi ma costituiscono un linguaggio esse stesse. A parte ciò che l'uomo fa, occorre interrogarsi anche su cosa vuole dire comportandosi in quel dato modo, e su come viene intesa la sua azione dagli altri e da sé stesso.

Ciò è solo in parte connesso con l'intenzione del singolo individuo. Una determinata azione può avere un significato umano che persiste anche se la persona cerca di negarlo. L'atto sessuale, ad esempio, significa condividere con l'altro ma anche intimità e impegno. Se una o tutte e due le parti di questa unione negano questa verità, interpretandola in altro modo, proclamano il falso: "Il corpo dice una cosa, mentre la mente ne vuol dire un'altra" (I Vescovi irlandesi, *Love is for Life*, 10).

Se trascuriamo la dimensione dell'azione come linguaggio, alcune controversie morali appaiono incomprensibili. Che importanza potrebbe avere il modo in cui una coppia sterile concepisce, o come viene troncata la vita di un handicappato appena nato senza speranza? La coppia infatti è felice e il bambino è stato eliminato senza complicazioni. Se l'azione "ha detto" che una tecnica medica è un contesto adeguato per il mistero della procreazione o che quella piccola vita non è poi così preziosa, allora la suddetta azione "ha detto" il falso.

Tutta l'etica della medicina moderna ci potrebbe portare di questo passo in direzione dell'utilitarismo; l'interesse, infatti, è tutto concentrato sui risultati e sugli effetti misurabili più che sul dialogo interpersonale e sulla solidarietà, sollevando così, fra gli operatori sanitari, molti interrogativi sulla qualità della cura ai malati. Si rischia di perdere di vista la profonda verità umana che un bambino deve essere il frutto di un'unione d'amore di un uomo e di una donna. La ricerca medica e lo sviluppo hanno intrapreso sentieri estranei a quel tipo di realtà umana. Il fatto che una coppia senza figli desideri tanto ardentemente avere un bambino non costituisce un motivo valido per ricorrere a metodi che offendano la dignità e il valore della vita umana.

Riumanizzare la medicina significa, pertanto, lottare per riconfermare una mora-

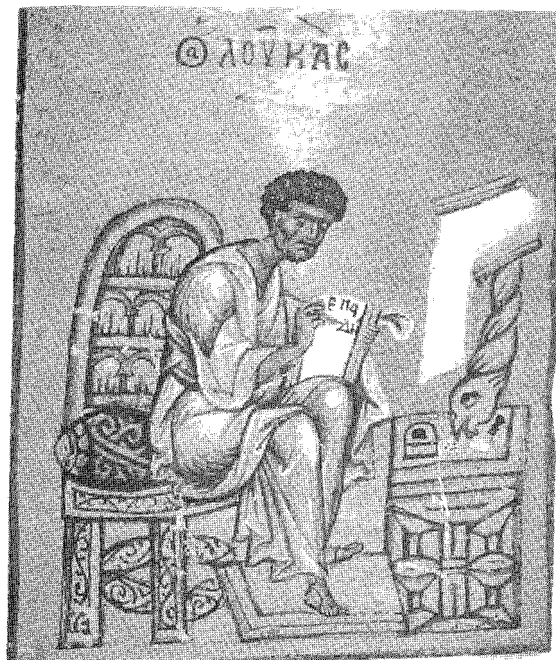


lità basata sulla dignità della persona. Credo si tratti dello stesso tipo di lotta che si intraprende per rovesciare la tirannia ed instaurare un regime più a misura d'uomo.

b) L'emotivismo non basta. La finalità della scelta e dell'operato umano non è quella di assicurare il benessere a se stessi e agli altri ed eliminare il dolore, quanto piuttosto di rendere il mondo più a misura d'uomo, più giusto, più onesto, più caritatevole e, come ci dice la tradizione religiosa, più simile a Cristo. Questo può rendere necessario talvolta ricorrere ad azioni nient'affatto piacevoli: spesso è più facile convincere un paziente che guarirà. Non è facile sedersi accanto a un malato,

I sentimenti ci rendono più sensibili verso le altre persone, ci possono aiutare ad agire con entusiasmo; talvolta possono costringerci a riconsiderare la nostra posizione, quando diciamo: "Non può essere giusto! È tutto sbagliato!". La moralità tuttavia non dipende in ultima analisi dal come ci si sente, ma da cosa significa comportarsi in modo "umano", quali siano le qualità che rendono la vita più "umana", cosa significhi rispettare l'"umanità" degli altri. Ecco perché fare una cosa giusta non è lo stesso che fare la cosa meno dolorosa.

Ancora una volta la sfida alla bioetica e alla medicina moderna è sempre la stessa. Uno dei pericoli della medicina di oggi sta



ascoltarlo, tenergli la mano o condividere la rabbia e il dolore con chi sta morendo o annunciare a un paziente e alla sua famiglia una prognosi pessimista. Il silenzio è la scelta più comoda forse anche per il malato.

Il punto è che la scelta che facciamo e le azioni che compiamo influiscono su di noi non soltanto a livello di emotività o di istinto ma colpiscono la nostra stessa umanità. Noi siamo plasmati e modellati dalle nostre azioni nel bene e nel male: se ci comportiamo da giusti diventiamo persone giuste; se ci comportiamo da egoisti diventiamo persone egoiste. Come dice il Concilio Vaticano II:

«L'uomo infatti, quando lavora, non soltanto modifica le cose e la società, ma perfeziona anche se stesso [...]. Tale sviluppo, se è ben compreso, vale più delle ricchezze che si possono accumulare. L'uomo vale più per quello che è che per quello che ha». (Gaudium et Spes, 35).

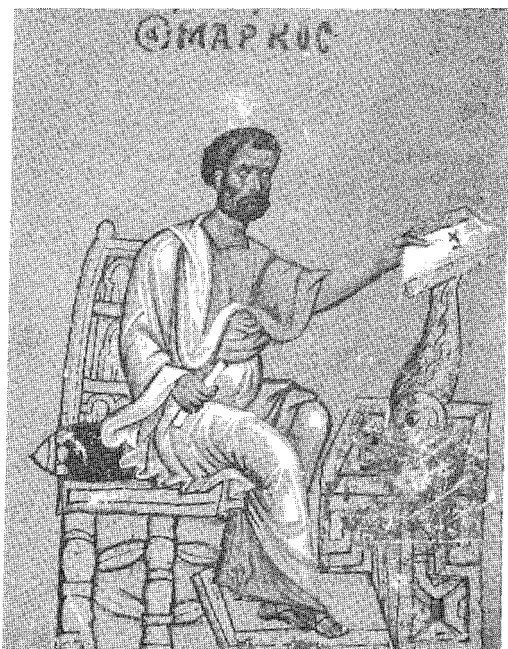
nel non riuscire a considerare la persona nella sua totalità. Non basta pensare in termini di sintomi, di test e di procedure e neppure in termini di piacere o di assenza di dolore. In entrambe le istanze, si richiede una comprensione della persona nella sua totalità, in tutta la sua ricchezza e potenzialità. È in gioco il servizio a tutta la persona umana.

c) Il legalismo non basta ugualmente, come se la moralità consistesse in un insieme di formule. Ci si può trovare in grave difficoltà nel caso di situazioni non previste dalle norme stesse. Ciò può avvenire in due modi.

Le parole con le quali una norma è espressa appaiono perfettamente comprensibili, ma possono anche creare problemi. Ad esempio il comandamento "Non uccidere" sembra molto chiaro finché qualcuno non prova a dare una definizione di morte. La norma resta perfettamente corretta, ma uno pretende che una persona sia

già morta, mentre l'altro lo nega. In questo caso la norma non aiuta a risolvere la disputa fra i due e neppure chiarisce le idee a chi si chiede se l'interruzione di gravidanza, in alcune circostanze, debba essere considerata un omicidio.

Le leggi morali sono necessarie - altrimenti l'interesse morale svanirebbe in una buona volontà piuttosto vaga. D'altra parte, però, esse non sono sufficienti. Il legalista pretende di fare della moralità un'" algebra "di regole. Poiché le regole non sono comprese, non possono essere né spiegate né applicate con la ragione. Il legalista vede la moralità come incapace di una spiegazione razionale.



Una moralità che si limiti alle sole norme e non si incentri sulla persona umana perde la sua ragione d'essere. Le leggi morali hanno origine dalle relazioni umane, servono ad esprimerle, a migliorarle, a proteggerle. La moralità riguarda il nostro rapporto con l'altro e con Dio. « Nella moralità cristiana - dissero qualche anno fa i Vescovi irlandesi - il divieto " Non uccidere " è sempre la conseguenza di un comando positivo 'ama il prossimo tuo " » (*Human Life is Sacred*, par. 80)

Anche qui la sfida morale si identifica con quella della medicina. Le norme morali sono come delle strutture efficienti e procedure sperimentate. Se scaturiscono dall'interesse per la gente sono buone e necessarie; se sono fini a sè stesse invece perdono il loro motivo di esistere.

La seconda ragione per cui l'algebra dei legalisti non è in grado di fronteggiare una nuova situazione è quando questa cambia completamente: le parole utilizzate hanno

mutato il significato sostanziale. Questo è quanto è accaduto nel caso della parola " salute ". La definizione di salute della World Health Organization come " uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità " costituisce un progresso notevole, trattandosi di una chiara dichiarazione del valore della persona nella sua totalità e non soltanto come insieme di sintomi da diagnosticare e curare.

Ciò implica la necessità di un profondo cambiamento nell'etica della medicina. Gli operatori sanitari devono cominciare a concepire diversamente il loro ruolo e imparare a avvalersi della collaborazione di



esperti di altri settori.

Adottare la definizione più ampia di salute significa riconoscere che gli operatori sanitari non possono considerarsi gli unici ed esclusivi " esperti di salute ". Il " benessere sociale " ed altre realtà che l'operatore sanitario ha di fronte nel suo servizio ai malati devono essere affidate a personale competente, visto che medici ed infermieri, per molti aspetti, sono quasi " dilettanti " in questo campo.

Le problematiche etiche che gli operatori sanitari devono affrontare oggi sono molto più complesse che in passato. L'attenzione totale alla persona implica saper istaurare un dialogo con la famiglia del paziente, considerandone le sue condizioni economiche e di vita, avere il tempo disponibile per ascoltare ed assistere il malato; insomma per praticare una medicina veramente umana bisogna adottare una filosofia, anzi una teologia, che rispetti la dignità ed il valore dell'individuo. Se il medico considera il

competenza, allora la possibilità che assistenti sociali, consulenti matrimoniali e cappellani possano dare un qualche contributo al lavoro degli operatori sanitari risulta improbabile quanto una loro consulenza per proporre una cura alternativa all'arresto cardiaco.

Per questo motivo l'introduzione di un Comitato di etica in un ospedale moderno non è affatto un tentativo di invadere la sfera di competenza dei medici, ma piuttosto un riconoscimento dell'importanza per la medicina stessa di collaborare insieme ad esperti di altre discipline per giungere a formulare decisioni sagge.

L'ampia definizione di salute e di moralità coincidono poiché si basano entrambe sulla dignità della persona e fanno parte della stessa concezione che vede l'assistenza sanitaria come un servizio all'uomo nella sua totalità. È importante sottolineare questo punto in un'epoca in cui gli obiettivi dell'efficienza e della maggiore disponibilità di posti letto possibile, e la tecnologia sempre più sofisticata tendono a limitare la definizione di salute e di malato trascurandone il vero significato.

Nelle parole di Padre Pierluigi Marchesi resta pur vero che:

« La barriera alla umanizzazione non è fuori di noi, non è nelle scienze e nelle loro carenze, ma è dentro di noi. È una barriera sostenuta dalla nostra pigrizia mentale, da un forte limite culturale, e da una modesta maturità della e nella nostra persona. Al di

là di qualunque espressione di fede o convincimento politico, l'ospedale, può diventare il laboratorio generatore della comunità spirituale di uomini dediti a costruire attivamente la solidarietà umana dentro ed oltre la malattia. Sicuri che il nostro nuovo modo di fare assistenza e medicina permetterà, nell'uomo che soffre, di conservare l'umano ed evocare il divino. » (" Una nuova alleanza tra il malato e il sistema sanitario ", in *Dolentium Hominum*, n.7)

Ailred The Palmer e sua moglie non avrebbero compreso il linguaggio forse, ma avrebbero senz'altro riconosciuto nella cura del sofferente, finalizzata a " preservare l'umano ed evocare il divino ", il vero principio ispiratore della loro missione.

Questo ideale, che ispira la lunga tradizione della medicina cristiana, è stato espresso in questo secolo dal medico italiano, San Giuseppe Moscati, con queste parole:

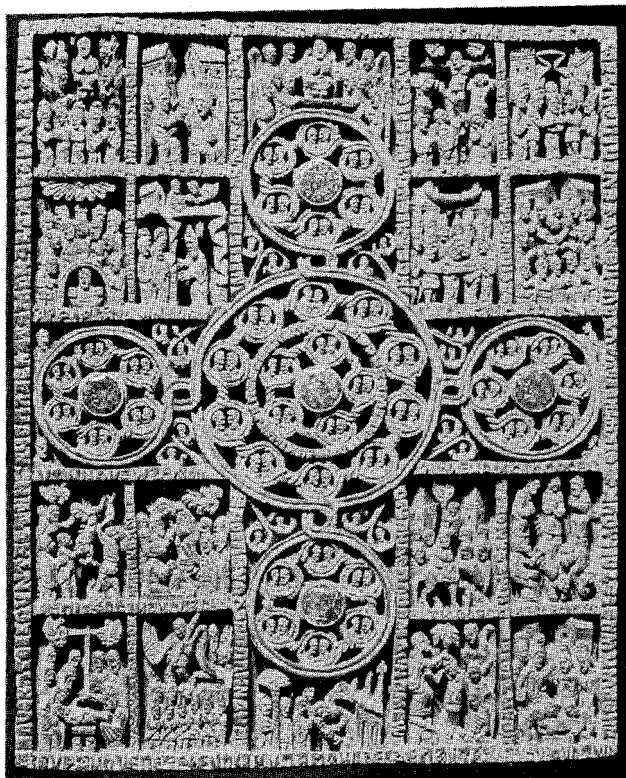
« Benedetti noi medici, così spesso incapaci di curare una malattia, benedetti se ci ricordiamo che oltre ai corpi abbiamo di fronte a noi anime immortali per le quali dobbiamo sentire la necessità di praticare il precetto del Vangelo " Ama il prossimo tuo come te stesso " ».

« Non è la scienza - egli diceva - ma è l'amore che trasforma il mondo ».

✠ DONALD MURRAY  
Vescovo Ausiliare di *Dubino*



*magistero  
della chiesa*



*dai discorsi  
del Santo Padre  
lettera del Cardinale  
Agostino Casaroli*

## **è urgente una «nuova evangelizzazione» che proclami il diritto alla vita**

*(Ai partecipanti al Convegno sulla Vita promosso dalla Conferenza episcopale italiana — Aula Paolo VI, 16 aprile 1989)*

*Gesu ha condiviso il soffrire umano. Accettando la vita, ne fa propria la condizione: conosce la fatica del lavoro; l'umiliazione dell'esilio; sperimenta la fame, la sete, la paura, il pianto, soprattutto il dolore: « In preda all'angoscia, pregava più intensamente; e il suo sudore diventò come gocce di sangue che cadevano per terra », annota l'evangelista Luca (22,44).*

*E proprio perché conosce il dolore dell'uomo, sia fisico che morale, per un'esperienza personale assolutamente unica, del dolore umano ha un'immensa pietà. La sua compassione, mentre compie i miracoli delle guarigioni dei corpi, risana le anime e svela l'amore misericordioso di Dio. Egli è il buon Samaritano di cui ci parla la parabola evangelica: « un Samaritano, che era in viaggio, passandogli accanto lo vide e n'ebbe compassione. Gli si fece vicino, gli fasciò le ferite, versandogli olio e vino... e si prese cura di lui » (Lc 10, 33-34).*

*Gesu ha condiviso anche il morire umano. In assoluta libertà va incontro alla morte, sperimentando il dramma di sentirsi lontano da Dio, un dramma che lo scuote nelle profondità dell'anima e gli fa gridare: « Dio mio, Dio mio, perché mi hai abbandonato? » (Mt 27, 46), ma che si placa nel filiale abbandono nelle mani del Padre.*

*Il suo morire è una donazione d'amore totale e perenne che, in modo misterioso ma reale, continua nell'Eucaristia con il sacrificio del suo « corpo dato » e del suo « sangue versato » « per la vita del mondo » (Gv 6, 51).*

*Per questo, in virtù della sua morte e della sua risurrezione, ogni morte diventa una « pasqua », un passaggio dalla vita mortale a quella immortale.*

*In questa luce ogni vita umana, anche quella più disprezzata, emarginata, e rifiutata, ha un valore infinito, perché è il termine dell'immenso amore di Dio. Così la vita dei nascituri, dei bambini, dei malati e dei sofferenti, degli anziani, dei morenti,*

*come quella dei giovani e delle persone sane, è ugualmente sacra e assolutamente inviolabile, dal momento del concepimento sino alla sua fine naturale.*

*La Chiesa, fin dalle sue origini, in un contesto sociale e culturale di disprezzo e di rifiuto della vita umana espressi in termini di aborto e di infanticidio, di schiavitù e di condizioni disumane di lavoro, introdusse decisamente una nuova mentalità e un nuovo costume nei confronti della vita.*

*Nella Didaché, un antico scritto cristiano, è detto chiaramente: « Tu non ucciderai con l'aborto il frutto del grembo e non farai perire il bimbo già nato » (Didaché V, 2).*

*Atenagora ricorda nella sua Apologia per i cristiani che i cristiani considerano omicide le donne che usano medicine per abortire; egli condanna gli assassini dei bimbi, anche di quelli che vivono ancora nel grembo della loro mamma, « dove essi sono già — così scrive — l'oggetto delle cure della Provvidenza divina » (n. 35).*

*Sorge spontaneo un rapido confronto tra i primi tempi della Chiesa e l'attuale momento storico. Non c'è dubbio che l'umanità oggi dimostra un amore e una sollecitudine per la vita umana di notevole ampiezza e significato. È confortante la crescita generale del senso della dignità della persona e del valore della vita umana; è rilevante l'aumento della sensibilità sociale che sfocia in numerosi e specializzati servizi a favore delle persone handicappate, anziane, povere e abbandonate.*

*Ma, nello stesso tempo, nessuno può negare che si registrano ancora troppe forme di disistima, di maltrattamento, di rifiuto della vita. Non si tratta solo di egoismi individuali, ma anche di una coscienza sociale che, non credendo nel valore inviolabile della vita, se ne fa padrona assoluta ed arbitra insindacabile. Le stesse leggi civili, non poche volte, sono le prime a violare, o comunque a non proteggere adeguatamente, l'intangibile diritto alla vita. Né si arresta lo sviluppo di quella che è stata chiamata la « cultura della morte ». Tutto questo esige una urgente e indilazionabile « nuova evangelizzazione » che riservi un ampio spazio alla proclamazione del diritto alla vita.*

## **il mondo della salute postula un impegno globale di tutte le componenti impegnate**

*(Ai Capitolari dell'Ordine dei Camilliani,  
sabato 20 maggio 1989, Udienza nella sala  
del Concistoro)*

Secondo un criterio che va facendosi consuetudine, il vostro Capitolo generale, assolti gli adempimenti costituzionali, si è proposto di approfondire in modo particolare un tema: « Verso i Poveri e il Terzo Mondo ». Alla riflessione capitolare l'Ordine si è preparato sollecitando l'apporto di tutti i membri delle varie province del mondo, i quali si sono fatti portavoce delle istanze di giustizia e di amore che salgono dai poveri e dai Paesi che conoscono le dolorose conseguenze della povertà.

Questo grave problema, del quale ho ampiamente trattato nell'Enciclica « Sollicitudo rei socialis », da sempre sta a cuore a voi Religiosi. Perciò la vostra rinnovata Costituzione, in spirito di rigorosa fedeltà al Fondatore, afferma: « Il nostro Ordine dedica di preferenza le proprie attività agli infermi più poveri e abbandonati, ed è sollecito nel rispondere ai loro bisogni nelle nazioni in via di sviluppo e nelle terre di missione » (Costituzione, art. 51).

Il Concilio Vaticano II ricorda che « il rinnovamento della vita religiosa comporta il continuo ritorno alle fonti di ogni forma di vita cristiana ed allo spirito primitivo degli istituti e, nello stesso tempo, l'adattamento degli istituti stessi alle mutate condizioni dei tempi » (Perfectae caritatis, 2).

È di perenne attualità il carisma di ogni Istituto religioso approvato dalla Chiesa, nonostante il mutare delle condizioni dei tempi, alle quali la vita religiosa consacrata è chiamata ad adeguarsi, salvaguardando integralmente la sua ispirazione originaria. Quanto più le dimensioni della sofferenza conoscono oggi nuovi aspetti, tanto più è necessario ed urgente che la vostra risposta, sull'esempio di San Camillo de Lellis, sia generosa, totale, coerente ed unitaria. Il vostro Fondatore fu vicino ai poveri ed agli infermi per sollevare il loro stato d'animo e per liberarli dalle angosce spirituali e materiali.

Se l'uomo è « via della Chiesa » (Redemptor hominis, 14), egli « diventa in modo

speciale la via della Chiesa, quando nella sua vita entra la sofferenza » (Salvifici doloris, 3). Dalle origini, il vostro campo prioritario di apostolato è il mondo della salute. Nella sofferenza del corpo e dello spirito la povertà conosce la sua più completa e dolorosa espressione, poiché attenta alle radici stesse della vita e della dignità della persona umana. Il vostro servizio ai fratelli, tuttavia, sarà veramente evangelico e conforme al carisma camilliano, se nel servire i poveri offrirete una testimonianza di vita povera, un esempio credibile di condivisione e di partecipazione, secondo lo spirito del testamento spirituale, che San Camillo dettò sul letto di morte.

La Vostra Costituzione ribadisce che « l'Ordine... prende a cuore la pastorale delle istituzioni ecclesiastiche e civili impegnate nell'assistenza dei malati e dei poveri, e si dedica all'animazione del maggior numero possibile di laici all'amore e al servizio degli infermi » (art. 54).

Si richiede, oggi, un crescente coordinamento, inteso in primo luogo « a favorire e a diffondere una sempre migliore formazione etico-religiosa degli operatori sanitari cristiani nel mondo, tenendo conto delle differenti situazioni e dei problemi specifici che essi debbono affrontare... » (Motu proprio Dolentium Hominum, 5). La recente creazione in Roma dell'Istituto Internazionale di Pastorale sanitaria a Camillianum » è insieme ad altre iniziative del vostro benemerito Istituto, una significativa risposta alla richiesta di specializzazione in campo assistenziale esigita dalla concezione cristiana del servizio all'uomo, nostro fratello.

Il mondo della salute, di fronte alla minaccia di nuovi mali indotti dalla crisi dei valori, dal degrado dell'ambiente, da crescenti infermità sociali, postula un impegno globale di tutta la Chiesa nelle sue articolate componenti, affinché l'assistenza a chi soffre abbia a trasformare gli stessi assistiti in soggetti attivi di evangelizzazione (Christifideles laici, 54). A questo doveroso traguardo si potrà giungere se tutti, sacerdoti, religiosi e laici e, in modo particolare, coloro che per carisma istitutivo e specifico hanno scelto di consacrarsi alla pastorale sanitaria, opereranno con impegno ispirato ai principi evangelici.

## « voi avete un particolare apostolato: essere uniti a Dio e pregare per coloro che ancora non lo conoscono »

(Cattedrale Cattolica di Helsinki: 6 giugno 1989 — Incontro con i malati e gli anziani)

Per la prima volta nella storia il Vescovo di Roma entra in questa Cattedrale, intitolata a Sant'Henrik, il santo Patrono della Finlandia. Il mio cuore gioisce nel celebrare questo con voi: gli anziani, i malati ed anche i sacerdoti, i religiosi e le religiose di Finlandia. Parlarvi è per me un privilegio, stare con voi, perché voi tutti siete speciali agli occhi del Signore.

Abbiamo appena ascoltato le meravigliose parole delle Beatitudini: « Beati i poveri ». Queste parole sono rivolte a noi tutti, ma in particolare a coloro cui tocca portare la pesante croce del dolore e della malattia. Questa mattina il Signore vi dice: « Siate benedetti ». Nel vostro stato di fragilità dipendenza voi concretizzate meglio di chiunque altro l'ideale secondo il quale noi tutti siamo deboli, fragili e in ultima analisi dipendenti da Cristo, che ci dice: « Io sono la vite voi i tralci. Chi rimane in me e io in lui, fa molto frutto, perché senza di me non potete fare nulla » (Gv 15, 5).

Voi vi domanderete, come posso essere benedetto? Nella maggior parte dei casi la società moderna idolatra la salute, la giovinezza, il potere e la bellezza. I malati ed i poveri sembrano mancare proprio di quelle qualità che il mondo così tanto ammira. Ma a questo punto subentra una maggiore saggezza: una saggezza che ci rivela il vero significato della nostra umana debolezza e del nostro dolore. Questa saggezza ci è rivelata in Cristo. Egli conosce cosa vuol dire soffrire; lo ha sperimentato sulla via del Calvario. Egli venne flagellato ed incoronato di spine; dovette portare la Croce ed essere crocifisso.

È nel modo più intimo che Egli accomuna in Se stesso tutti coloro che soffrono. Se qualcuno fra i vostri parenti, fra i vostri vicini, fra coloro che si prendono cura di voi non comprende appieno il valore della vostra sofferenza, è certo che Cristo è in grado di farlo.

Il Signore non solo comprende le nostre sofferenze, ma ci insegna che sia esse che il

dolore, l'invecchiamento e la stessa morte acquistano un immenso valore allorché associate con la Sua propria Passione e Morte. Infatti Gesù dice che nessuno può dirsi Suo seguace senza prendere la propria croce.

Nel Vangelo di San Giovanni leggiamo: « Dio ha tanto amato il mondo da dare il suo Figlio unigenito, perché chiunque crede in Lui non muoia ma abbia la vita eterna » (Gv 3, 16). Gesù Cristo è la Parola decisiva di Dio nei confronti della condizione umana, e quindi anche riguardo alla sofferenza. Nel piano di Dio ogni momento della vita ha valore, perché fin dal momento del concepimento sussiste un incontro, un dialogo fra il Creatore e la creatura, fra il divino e l'umano. Questo dialogo assume la forma più sublime nella preghiera e nell'adorazione, e raggiunge una



speciale intensità nella nostra obbedienza alla volontà di Dio che ci è dettata dall'amore, ed anche quando noi accettiamo la vita, con tutte le difficoltà e le sofferenze, viste come contributo all'opera della redenzione.

Tutti voi perciò avete un particolare apostolato; essere uniti a Dio e pregare per coloro che non lo conoscono. Vi chiedo di pregare per me e per la Chiesa Cattolica di tutto il mondo. Vi chiedo di pregare per coloro che non possono pregare e non sanno come farlo, e per tutti coloro che hanno perso la fede in Dio e nella Sua misericordia.

Far sì che la luce e la presenza di Cristo che sana risplenda nelle vostre vite così che tutti coloro che vengono in contatto con voi possano scoprire la dolcezza del Dio che ci ama.

## la società esiste per promuovere la sicurezza e la dignità della persona

(Università di Uppsala (Svezia),  
9 giugno 1989)

La dignità della persona può essere salvaguardata soltanto se la persona è considerata inviolabile dal momento del concepimento fino alla morte naturale. Una persona non può essere ridotta a semplice mezzo o strumento in mani altrui. La società esiste per promuovere la sicurezza e la dignità della persona. Perciò, il diritto primario che la società deve difendere è il diritto alla vita. Sia nel grembo materno, che nella fase finale della vita, non si deve mai disporre di una persona per rendere la vita più facile ad altri. Ogni persona deve essere considerata come un fine in sé stessa, uomo o donna che sia. Questo è un principio fondamentale per tutta l'attività umana: nella cura sanitaria, nell'educazione dei figli, nell'istruzione, nei media. Gli atteggiamenti degli individui o delle società, a tale proposito, possono essere misurati con il trattamento riservato a coloro che per vari motivi non possono competere nella società — gli handicappati, gli ammalati, gli anziani e i moribondi. Se una società non considera la persona umana come inviolabile, la formulazione di principi etici consistenti diviene impossibile così come la creazione di un clima morale che promuova la tutela dei membri più deboli della famiglia umana.

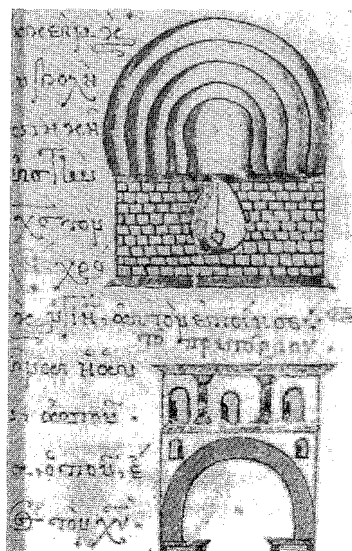
Come ho avuto modo di dichiarare lo scorso anno, in occasione del IX centenario dell'Università di Bologna, una delle eredità più significative della tradizione universitaria occidentale, è precisamente il concetto secondo cui una società civile, poggia sul primato della ragione e della legge. Quale Vescovo di Roma, figlio della Polonia e un tempo membro della comunità accademica Polacca, con tutto il cuore incoraggio tutti i rappresentanti della vita intellettuale e culturale che sono impegnati nella rivitalizzazione del retaggio classico e cristiano della istituzione universitaria. Non tutti gli insegnanti, non tutti gli studenti sono ugualmente impegnati nello studio della teologia e delle arti liberali, ma tutti possono beneficiare della trasmissione

di una cultura arricchita da quella grande tradizione comune.

Il vostro sistema universitario ha mantenuto vivo l'insegnamento della teologia e questo offre ampi spunti per lo studio della parola di Dio e il suo significato per gli uomini e le donne di oggi. Il nostro tempo ha grande bisogno di ricerca interdisciplinare per affrontare le difficili sfide portate dal progresso. Questi problemi riguardano il significato della vita e della morte, le minacce racchiuse nella manipolazione genetica, le finalità dell'istruzione e la trasmissione della conoscenza e della saggezza alle giovani generazioni. Certamente dobbiamo ammirare le meravigliose scoperte della scienza, ma siamo anche consapevoli del potere devastante della moderna tecnologia, capace di distruggere la terra e tutto ciò che essa contiene. È dunque urgente e necessaria una mobilitazione delle menti e delle coscienze.

È essenziale per il futuro della nostra civiltà, che simili questioni vengano congiuntamente esaminate da esperti scienziati e da esperti teologi cosicché tutti gli aspetti dei problemi tecnici e morali possano essere attentamente considerati. Parlando all'Unesco a Parigi il 2 Giugno 1980, mi appellai in modo particolare alla potenzialità morale di tutti gli uomini e le donne di cultura. Oggi, di fronte a questa illustre assemblea, ripeto quanto dissi allora: « Tutti insieme voi rappresentate un'enorme potenza: la potenza delle intelligenze e delle coscienze! Dimostrate di essere più potenti dei più potenti nel nostro mondo moderno! Siate risoluti nel dar prova della più nobile solidarietà verso l'umanità: la solidarietà fondata sulla dignità della persona umana ». In questo grande compito troverete un'alleata nella Chiesa Cattolica, un'alleata desiderosa di collaborare pienamente con i suoi fratelli e sorelle cristiani e con tutti gli uomini di buona volontà.

25





## uniti a Cristo si è fonte di grazia, di pace e di gioia

(Agli ammalati durante la visita al Santuario Mariano di Civita d'Itri, Latina, domenica 25 giugno 1989)

Sono venuto su questo Sacro Monte per venerare la Vergine Santissima nel suo Santuario della Civita, così famoso e così ricco di significato per voi, che negli occhi di Maria e nel suo volto materno cercate conforto alle sofferenze fisiche e morali.

Seguendo le orme del mio predecessore Pio IX, a 140 anni dalla sua visita, ho desiderato salire quassù anch'io, iniziando questa Giornata, dedicata pienamente all'Arcidiocesi di Gaeta, proprio da voi, membra sofferenti del Corpo Mistico della Chiesa. Eccomi, dunque, ai piedi di Maria, salute degli infermi e aiuto di tutti i cristiani.

Un saluto speciale vorrei rivolgere ai responsabili delle strutture sanitarie — Amministratori, Medici, Infermieri, Ausiliari, Suore e Volontari — come pure ai Familiari dei sofferenti.

Vi esprimo il mio apprezzamento per la dedizione con cui vi sforzate di creare intorno ai malati, immagini viventi di Cristo sofferente, un ambiente familiare, accogliente, disteso. Voi sentite il dovere di portare calore umano nel vostro lavoro, vivendolo come « vera missione », da fratello a fratello. Voi sapete, infatti, che chi soffre non cerca soltanto lo specialista capace di curare i suoi mali, ma anche l'essere umano capace di capire i suoi stati d'animo e di sostenere la sua lotta quotidiana, volta alla riconquista della salute.

In questo vostro impegno vi è anche di grande aiuto la fede, la quale vi consente di vedere, nel malato i lineamenti del volto di Cristo. Non ha forse egli detto: « Ero malato e siete venuti a visitarmi »? (Mt 25, 36). Queste parole risuonino continuamente dentro di voi. Lui, che legge nel segreto, vi saprà ricompensare.

Non è forse già una ricompensa preziosa la riconoscenza dei vostri malati, i quali porteranno per sempre nel cuore il ricordo della vostra dedizione, della vostra serenità, della vostra delicatezza, oltre che della vostra competenza e dell'efficacia del vostro intervento terapeutico? Il vostro servizio, spesso lungo e logorante, ha un valore

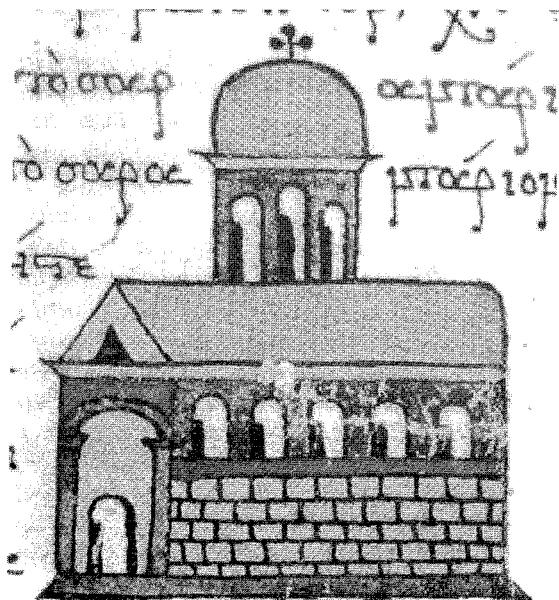
inestimabile davanti alla società e soprattutto davanti al Signore.

Cari ammalati, io vorrei soprattutto ringraziarvi per la vostra presenza; vorrei ringraziare per le parole di un vostro rappresentante che ha saputo fare una profonda analisi di ciò che vuol dire essere malato, essere malato da cristiano, essere malato dentro la situazione del mondo contemporaneo. Ringrazio per queste parole, per questa analisi che esprime anche i sentimenti, gli atteggiamenti e le speranze di tutti voi.

Io non sono venuto unicamente per portarvi il mio incoraggiamento umano, ma per recarvi anche e soprattutto il conforto della fede cristiana. Sono venuto per dirvi che le vostre infermità sono inscritte nel disegno d'amore paterno ed esigente di Dio. Non vedete in esse una fatalità cieca, ma una prova sempre provvidenziale, anche se dal punto di vista puramente umano spesso oscura ed incomprensibile.

Elevate i vostri occhi a Cristo, che ha accettato la prova della sua Passione. Guardate a lui, l'Innocente, che ha offerto senza riserva la sua vita per salvare tutti gli uomini, a lui che si è affidato a Dio, suo Padre, con totale abbandono. In un primo momento, come sapete, egli ha chiesto che gli fosse allontanato quel calice amaro, ma poi ha subito soggiunto: « Si faccia non la mia, ma la tua Volontà » (Lc 22, 42). E la sua sofferenza è divenuta per noi causa di salvezza, di perdono, di vita.

La vostra generosa unione con la sofferenza di Cristo costituisce il culmine del vostro credere. Coloro che sono chiamati a soffrire con Cristo non subiscono un castigo, ma sono messi a parte di un compito impegnativo e fecondo. La loro

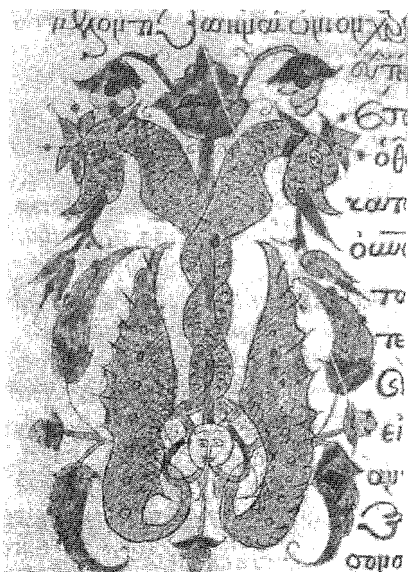


sofferenza, infatti, se accettata ed offerta con amore, diviene sorgente di grazia, di pace, di gioia. Diviene la via stretta, ma sappiamo che questa è la via che conduce al Paradiso.

Carissimi ammalati, io vi auguro di recuperare presto la salute, per poter lasciare i centri di cura e tornare alle vostre case. Vi attendono gli abituali compiti familiari e sociali, nei quali tanto bene potrete ancora fare grazie alle energie ritrovate. Io prego per la vostra sollecita guarigione. Ora, tuttavia, che nel libro della vostra vita il capitolo della malattia non è ancora chiuso, vi raccomando di valorizzarlo in ogni sua espressione. La sofferenza, infatti è purificazione per sé e per i fratelli, è fonte di glorificazione, è dono offerto per completare nella propria carne « quello che manca ai patimenti di Cristo, a favore del suo Corpo che è la Chiesa » (Col 1, 24).

Il vostro soffrire sia pertanto dono alla Chiesa, perché essa possa camminare più speditamente sulle strade del mondo. Accogliere nella propria vita il mistero del dolore significa riconoscere che la salvezza fiorisce dalla Croce di Cristo, e la Croce di Cristo è il vero albero della vita.

La Croce però non è fine a se stessa: al Venerdì di Passione segue la Domenica della Risurrezione. La sofferenza dell'uomo s'illumina nella prospettiva della Pasqua di Cristo. In mezzo al fitto buio delle umiliazioni, dei dubbi, dell'abbattimento che la malattia porta con sé, il credente trova conforto nella luce che splende sul volto di Cristo risorto. Perciò l'Apostolo scrive anche nella seconda Lettera ai Corinzi: « Come abbondano le sofferenze di Cristo in noi, così per mezzo di Cristo, abbonda anche la nostra consolazione » (2 Cor 1, 5).



## «voi giovani malati siete giunti prima di tutti al monte della gioia»

(Incontro con gli handicappati nella chiesa del seminario maggiore-Santiago di Compostela, 19 agosto 1989)

« Voi siete giunti prima di tutti al "monte della gioia", perché il Calvario, dove Gesù è morto e risorto e dove voi siete con Lui, è guardato con gli occhi della fede, il monte della gioia, la collina dell'allegria perfetta, la vetta della speranza ». Così Giovanni Paolo II si è rivolto ai giovani portatori di handicap durante l'incontro svoltosi nella chiesa del Seminario Maggiore di Santiago de Compostela, nel pomeriggio di sabato 19. Dopo gli indirizzi d'omaggio di una giovane disabile e di una assistente volontaria, il Santo Padre ha pronunciato il seguente discorso che pubblichiamo in una nostra traduzione in italiano:

Cari fratelli e sorelle:

1. In questo significativo giorno in cui tanti giovani e tante giovani di tutto il mondo, riunitisi a Santiago de Compostela o nei luoghi più remoti dell'orbe, si sentono uniti con il Papa per celebrare Cristo Redentore, voi costituite il centro dell'attenzione ecclesiale, perché la sofferenza vi rende specialmente vicini a Cristo; più ancora fa di voi un Cristo vivente in mezzo al mondo, poiché « l'uomo sofferente è via della Chiesa perché egli è anzitutto via di Cristo stesso, il buon Samaritano che "non passa oltre", ma ne ha compassione, si fa vicino (...) gli fascia le ferite (...) si prende cura di lui » (Lc 10, 32-34).

Per questo io provo una particolare soddisfazione pastorale nell'avvicinarmi a voi per salutarvi — vorrei farlo a ciascuno personalmente —, per dialogare sulla vostra situazione, per incoraggiarvi, per benedirvi e per far vedere dinanzi a tutti gli altri uomini e donne ciò che voi siete e quel che significate per l'intera umanità.

Desidero inoltre ringraziare per le vive espressioni con cui un vostro rappresentante ha manifestato i vostri desideri e la vostra disponibilità alla volontà del Signore; espressioni e testimonianze di vita che sono riassunte nel libro che mi avete consegnato.

Desidero inoltre dimostrare il mio apprezzamento per i sentimenti di vicinanza e di solidarietà con voi che soffrite o che siete menomati manifestati da un giovane della vostra età.

A motivo della vostra malattia, non soltanto siete privilegiati agli occhi di Dio, ma siete coloro che più possono chiedere a far sì che la gioventù del mondo incontri Gesù Cristo, Via, Verità e Vita. In un tempo in cui la Croce è nascosta, voi, accettandola, siete testimoni che Gesù Cristo ha voluto abbracciarla per la nostra salvezza.

2. *Giovani malati e invalidi! Proprio nel periodo più bello della vita, in cui il vigore e il dinamismo costituiscono una caratteristica propria dell'uomo, voi vi trovate fragili e senza le forze necessarie per compiere tante attività, così come è dato di fare a tanti altri ragazzi e ragazze della vostra età.*

Infatti tanti vostri coetanei sono venuti oggi, camminando fino al Monte del Gozo (Monte della Gioia), dove ci riuniremo questo pomeriggio. Voi non siete in condizione di camminare, ma — lasciatemelo dire con un paradosso — siete giunti prima di tutti al « monte della gioia ». Sì, perché il Calvario, dove Gesù è morto e risorto e dove voi siete con Lui, è guardato con gli occhi della fede, il monte della gioia, la collina dell'allegria perfetta, la vetta della speranza.

3. Anche io conosco — perchè l'ho provata nella mia persona — la sofferenza che causa la limitazione fisica la debolezza

propria della malattia, la mancanza di energie per il lavoro, il non sentirsi in forma per svolgere una vita normale. Ma so anche — e vorrei farvelo comprendere — che quella sofferenza ha anche un altro aspetto, sublime: dà una grande capacità spirituale, perchè la sofferenza è purificazione per sé e per gli altri e se viene vissuta nella dimensione cristiana può trasformarsi in dono offerto per completare nella propria carne « quello che manca ai patimenti di Cristo, a favore del suo corpo che è la Chiesa » (Col 1, 24).

Per questo la sofferenza abilita alla santità, dato che racchiude grandi possibilità apostoliche ed ha un valore salvifico eccezionale quando è unita alle sofferenze di Cristo.

È incommensurabile, inoltre, la forza evangelizzatrice che il dolore possiede. Per questo, quando chiamo tutti i fedeli cristiani alla grande impresa missionaria di effettuare una nuova evangelizzazione, ho presente che in prima linea vi saranno, quali eccezionali evangelizzatori, i malati, i giovani malati. « Anche i malati sono mandati come operai nella sua vigna ». Perché « il peso, che affatica le membra del corpo e scuote la serenità dell'anima, lungi dal distoglierli dal lavorare nella vigna, li chiama a vivere la loro vocazione umana e cristiana ed a partecipare alla crescita del Regno di Dio in modalità nuove, anche più preziose » (Christifideles laici, 53).

4. Nella Lettera Apostolica Salvifici Dolori~, ho parlato diffusamente sul senso cristiano della sofferenza e ho fatto riferimento ad alcune delle idee che ho esposto prima. Vorrei che questa Lettera fosse come una guida per la vostra vita, così che possiate contemplare sempre la vostra situazione alla luce del Vangelo, fissando lo sguardo su Gesù Cristo crocifisso, Signore della vita, Signore della nostra salute e delle nostre malattie, Padrone dei nostri destini.

Voi, offrendo al Signore, le forze limitate, siete la ricchezza della Chiesa, la riserva di energie per la sua missione evangelizzatrice. Siete l'espressione di una sapienza ineffabile, che viene soltanto dalla sofferenza: « Bene per me sono stato umiliato, perché impari ad obbedirti » (Sal 118, 71). Con il dolore la vita si fa più profonda, più comprensiva, più umile, più sincera, più solidale, più generosa. Nella malattia comprendiamo meglio che la nostra esistenza è gratuita e che la salute è un immenso dono di Dio.

Voi, miei cari amici nel dolore, attraverso la sofferenza scoprirete più facilmente ed insegnerete a noi a scoprire Gesù Cristo « Via, Verità e Vita ». Guardate il Signore, Uomo dei Dolori. Fissate la vostra

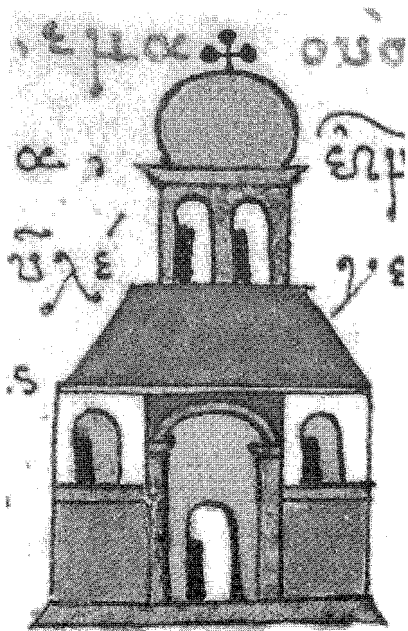


attenzione su Gesù che, anche lui giovane come voi, COME la sua morte in Croce mostrò all'uomo il valore inestimabile della vita, che comporta necessariamente l'accettazione della volontà di Dio Padre.

5. Prima di concludere questo incontro, desidero rivolgermi a quanti, per vincoli di sangue o per la propria professione medica e di assistenza umana e sociale, sono in continuo contatto con i nostri cari giovani malati. Esprimo a voi il mio apprezzamento per la generosità, e talvolta abnegazione, con cui vi sforzate di creare attorno a loro, immagini vive del Cristo dolente, un ambiente familiare accogliente e sereno. Voi sentite il dovere di compiere il vostro lavoro come un vero servizio, da fratello a fratello. Sapete bene che chi soffre non cerca soltanto un sollievo al suo dolore o alle sue limitazioni, ma cerca anche il fratello o la sorella capace di comprendere il suo stato d'animo e di aiutarlo ad accettare se stesso e a sopportare la sua vita di tutti i giorni.

Per questo è fondamentale la fede, che vi consente di scorgere nel malato il volto amico di Cristo. Non è stato forse Lui a dire: « Ero malato e mi avete visitato »? (Mt 25, 36). In questa dimensione cristiana il vostro servizio, talvolta continuo e faticoso, ha un valore inestimabile dinanzi alla società, e soprattutto, dinanzi al Signore.

Cari malati ed invalidi, vi benedico con il mio affetto più grande e sentito. E mi è gradito estendere questa benedizione ai vostri cari e a quanti vi assistono e vi accompagnano nell'ambito spirituale, umano e sanitario.



## particolare sollecitudine della Chiesa per i problemi della salute

*Lettera del Card. Agostino Casaroli,  
Segretario di Stato,  
a S.E. Mons. Fiorenzo Angelini  
ed al nostro Pontificio Consiglio  
in occasione della partecipazione all'Incontro  
su « Chiesa e sanità in America Latina ».*

Signor Arcivescovo,

il Santo Padre, informato della prossima celebrazione dell'« Encuentro Iglesia-Salud en America Latina », che avrà luogo a Bogotá dal 2 al 6 ottobre (1989), mi ha dato l'incarico di farle pervenire il suo messaggio di sostegno ed il suo caloroso saluto agli organizzatori, agli invitati ed a tutti i partecipanti a queste giornate. In particolare, il suo saluto a Mons. Dario Castrillon Hoyos, Presidente del Celam, ai fratelli Vescovi presenti, ai sacerdoti, ai religiosi e religiose e a quanti lavorano nelle associazioni cattoliche in campo sanitario.

Il mondo della salute è stato certamente oggetto di particolare attenzione da parte della Chiesa nel corso dei secoli. Secondo l'insegnamento e l'esempio di Gesù, la Chiesa ha sempre dimostrato la sua sollecitudine per gli infermi, come il Buon Samaritano del Vangelo. In molte occasioni ed in molti luoghi è stata e continua ad essere pioniera e promotrice di salute, sia con attività di supplenza e di collaborazione, sia adempiendo la sua specifica missione pastorale.

Negli ultimi tempi stiamo assistendo a nuove iniziative sociali e pastorali intraprese per la difesa e la promozione della salute ed in aiuto degli infermi e del personale sanitario. Sua Santità Giovanni Paolo II è oggi una testimonianza concreta di apertura e di amore in questo campo della salute. I suoi gesti verso i malati nei suoi incontri in tutti i viaggi apostolici rappresentano un evento più che significativo. È il Papa che ci ha inviato la bella « Lettera apostolica sul significato cristiano della sofferenza umana » (Salvifici doloris, 11 febbraio 1984). La sua particolare sollecitudine per questo settore dell'apostolato lo ha portato a istituire nella Chiesa un nuovo Dicastero per animare e coordinare tutto quanto attiene a questo campo: il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari (Dolentium hominum, 11 febbraio 1985).

Il Santo Padre, nella sua sollecitudine pastorale per la Chiesa in America Latina, incoraggia tutti coloro che con generosità non priva di sacrifici contribuiscono a rendere più viva la presenza e l'azione della Chiesa negli ospedali e negli altri centri sanitari ed a promuovere le condizioni sanitarie e igieniche delle popolazioni più bisognose.

L'accesso a migliori condizioni sanitarie è un diritto fondamentale più volte proclamato dalla Chiesa e dagli Organismi internazionali. D'altra parte, non si possono ignorare le difficoltà di ogni genere che fanno sì che vasti settori della popolazione soffrano di carenze sanitarie che si riflettono nell'elevato indice di mortalità infantile o nella bassa percentuale dell'aspettativa di vita.

È inderogabile, quindi, un rinnovato sforzo da parte di quanti partecipano a queste giornate di studio e di riflessione per dare un maggiore impulso all'azione pastorale sanitaria, dedicando anche particolare attenzione alle organizzazioni di professio-

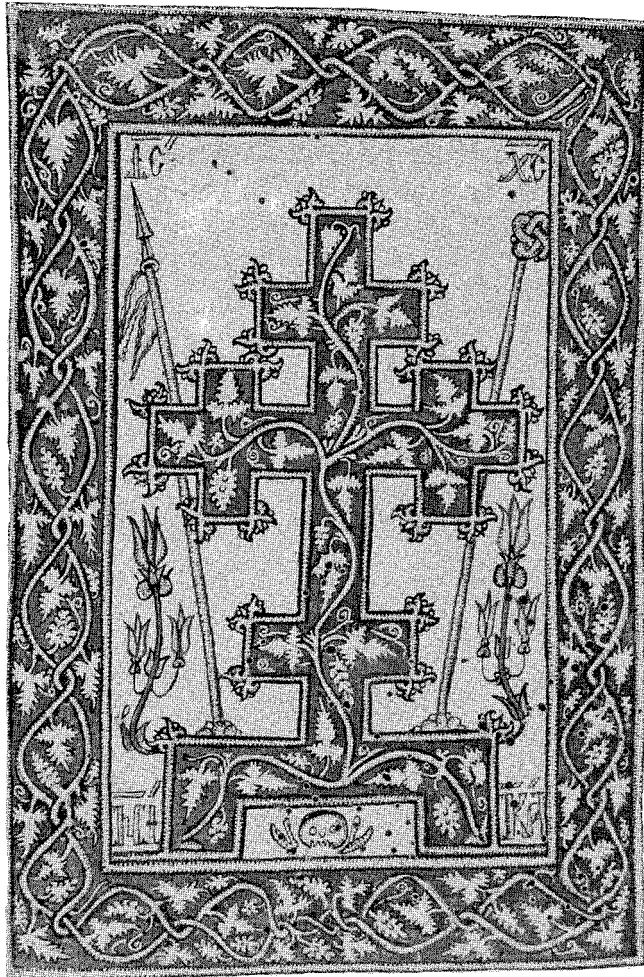
nisti cristiani che operano in campo sanitario. In questo senso il Santo Padre incoraggia i lavori di questo incontro e chiama con rinnovato vigore alla solidarietà attiva da parte di quanti, con il loro faticoso lavoro, esperienza professionale e risorse, possono contribuire al miglioramento ed alla promozione delle condizioni sanitarie di tanti nostri fratelli, senza tralasciare quanto attiene alla educazione sanitaria a livello sia individuale sia familiare.

Mentre esprime il suo profondo apprezzamento per quanti dedicano la loro vita ad alleviare le sofferenze dei fratelli infermi, il Santo Padre è lieto di assicurare il suo ricordo nella preghiera, affinché il Signore conceda frutti abbondanti a questo incontro di Bogotà e, a conferma della sua benevolenza, impartisce l'implorata Benedizione Apostolica agli organizzatori ed a tutti i partecipanti.

Colgo l'occasione per rinnovarle, Signor Arcivescovo l'assicurazione della mia considerazione e stima in Cristo.



# *argomenti*



*paternità condizionata  
e paternità responsabile*

*cura del morente ed  
accanimento terapeutico*

*rapporto sulla situazione  
dei malati mentali*

*gli operatori sanitari  
spagnoli e la famiglia  
del malato*



all'amore, alla partecipazione a quell'amore che proviene da Dio, poiché Dio stesso è l'Amore » (7).

### La paternità responsabile

La paternità responsabile, leggasì anche maternità responsabile, è nella sua essenza la condotta che i coniugi debbono tenere secondo il disegno divino, teso alla piena realizzazione degli scopi del matrimonio, ovverosia la trasmissione della vita e la educazione dei figli; condotta che oltre alla conoscenza dei fondamenti biologici della procreazione, comprenderà anche la decisione responsabile riguardo al numero dei figli, senza che questo ultimo aspetto venga inteso come restrittivo.

Il fatto che si conoscano i meccanismi biologici intimi attraverso i quali si trasmette la vita, pone le basi e rende possibile un'attuazione razionale su argomenti prima oscuri. Tuttavia, se la spontaneità sven-

tata nella trasmissione della vita debba considerarsi con cautela, tantomeno la mera razionalità obbedisce sempre alla responsabilità amorosa, poiché può esser frutto di un utilitarismo egoista; infatti, per molte persone, la paternità responsabile è sinonimo di pianificazione familiare, ma non è così (8).

I fedeli, quando adempiono alla loro funzione di procreare, con generosa umana e cristiana responsabilità, fidando nella divina Provvidenza e coltivando lo spirito di sacrificio, glorificano il Creatore e tendono alla perfezione cristiana (9).

### Responsabilità umana e cristiana

Per adempire dovutamente alle responsabilità del matrimonio, « si richiede una virtù fuori dal comune; ed è per questo che i coniugi, resi forti dalla grazia per una vita santa, coltiveranno assiduamente la fermezza dell'amore, la grandezza d'animo, lo spirito di sacrificio, e l'impetreranno con la preghiera » (10).

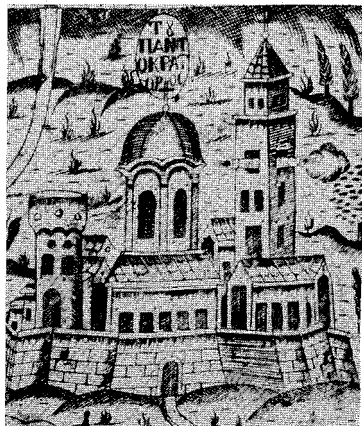
Se non vi è una piena vita cristiana, è praticamente impossibile che la decisione riguardo al numero dei figli da avere, sia obiettiva e responsabile; se un matrimonio non è costantemente fedele alla sua vocazione cristiana per quanto riguarda ad esempio la carità, la preoccupazione di coltivare la sua vita interiore e la sua fede, l'obbedienza alle leggi della Chiesa, etc., allora, generalmente, non po-

trà nemmeno esser fedele alla sua vocazione nello svolgimento del dovere della paternità.

Dire che il vero significato di paternità responsabile sia avere tanti figli quanti se ne possono educare, è un modo di parlare ambiguo oltretutto superficiale. La mancanza delle condizioni personali per allevare la prole, non si compensa restringendo il numero dei figli; se non si sanno crescere quattro figli, sarà molto difficile essere in grado di allevare anche uno solo e occorrerà ricondurre il problema ad un momento anteriore al matrimonio.

Concludendo, il significato autentico della paternità responsabile non è separabile dalla pratica della virtù, né dalla luce che proietta la vocazione alla santità dei coniugi (12).

In un discorso del 1979, il Santo Padre sottolineava che nello stesso ordine naturale, vi sono molti elementi di riflessione che possono aiutare i coniugi a procedere con allegria, ad esempio: « Non si vede la necessità che la natura umana si subordini alla morale? Si pensa all'importanza dell'influsso che un rifiuto ai bambini sempre più accentuato, possa avere sui genitori, che portano con sé in tutta la sua naturalezza il desiderio di un bambino? E che dire di un'educazione giovanile alla sessualità che non li metta in guardia di fronte alla ricerca immediata ed egoista del piacere, separato dalle responsabilità





dell'amore coniugale e della procreazione? » (13).

Infine, la retta comprensione del significato di paternità responsabile mette in gioco nel modo più radicale la difesa della vita. « L'estensione delle pratiche contraccettive conduce all'aborto, giacché, sia pure a livelli differenti, si situano entrambi in linea con la paura di avere dei bambini, col rifiuto alla nuova vita, e la mancanza di rispetto verso l'atto e verso il frutto dell'unione tra l'uomo e la donna, così come lo ha voluto il Creatore della natura » (14).

#### La formazione della coscienza

L'uomo non è legge di per sé, la sua coscienza non è completamente indipendente. Il Santo Padre ci ha suggerito dei principi secondo i quali i cattolici devono adeguare la propria coscienza riguardo a questo problema. L'obbligo che un cattolico ha di accettare l'insegnamento della Chiesa su ogni questione morale, non può essere considerata razionalmente come una offesa alla libertà della coscienza individuale. In ogni caso, rimangono sempre vivi, anche per i non cattolici, quei principi morali, fondamentali nel modo di agire umano. È un controsenso parlare di metodi « cattolici » di controllo delle nascite, quando la giustificazione morale degli stessi va contro le esigenze proprie della legge naturale, che riguarda in pari maniera tutti gli esseri umani, quale che sia il loro credo. L'atto matrimoniale è essenziale e totalmente subordinato e rivolto alla legge della « generatio et educatio prolis »; vale a dire, all'adempimento dell'obiettivo primario del matrimonio come fonte e origine della vita. Pertanto è immo-

rale esercitare la sessualità senza fini di procreazione.

Se a qualcuno possa sembrare esigente la norma morale in questo campo, non va dimenticato che sarebbe ingiusto e per nulla obiettivo non riflettere sul fatto che Dio, il creatore della natura, non sottomette questa norma a delle leggi impossibili, ancorché le conseguenze del peccato originale si manifestano in questo come in altri campi. Inoltre, si dimentica spesso che tutti gli uomini, e soprattutto quelli sposati, sono chiamati alla santità, e che le coppie cristiane per vivere rettamente il loro matrimonio, fanno assegnamento sulla speciale grazia del sacramento e sugli altri mezzi che Dio ha posto alla loro portata. Prendere semplicemente atto delle difficoltà senza ricorrere nello stesso tempo alle possibilità che Dio ci offre per superarle e raggiungere il fine soprannaturale, è quanto di più lontano da una visione cristiana della vita.

#### Una decisione prudente e cristiana

La decisione di unirsi in matrimonio non deve avere un carattere puramente aritmetico, poiché la prudenza stessa non lo consente.

La Chiesa non è per la natalità ad oltranza e conosce bene le difficoltà che affrontano molti dei suoi figli per barcamenarsi, però non è giusto neanche cadere all'estremo opposto. Se una chiamata è puntuale, lo è certamente per evitare un'interpretazione parziale ed egoista della paternità responsabile; di fatto in Occidente le famiglie numerose sono una minima parte. Perciò si deve insistere nel dire che la paternità responsabile non può prescindere dal sacrificio; deve essere una paternità prudente, ma con la prudenza dello spirito

che è ben diversa dalla prudenza della carne (15).

« È importante che gli sposi acquisiscano bene il significato della dignità della loro vocazione, che sappiano di essere stati chiamati da Dio per raggiungere l'amore divino, anche attraverso l'amore terreno, di essere stati eletti per l'eternità a cooperare con il potere creatore di Dio nella procreazione e successivamente nell'educazione dei figli, poiché il Signore gli chiede di fare della propria casa e della vita familiare intera, una testimonianza di tutte le virtù cristiane. Il matrimonio è un cammino divino, grande e meraviglioso, e come tutto quello che vi è di divino in noi, porta con sé manifestazioni concrete di corrispondenza alla grazia, di generosità, di dedizione, di servizio » (16).

#### Bibliografia

1. Cfr. RICHARDS P., *Digesto Familiar*, 1988, Montevideo.
2. Giovanni Paolo II, Ex. Ap., *Familiari-Consortio*, n. 6.
3. *Ibidem*, n. 8.
4. Giovanni Paolo II, *Discurso a los Obispos uruguayos*, 14-1-85, cit. in FUENTES J., *Catolicos en Uruguay*, Montevideo 1985, P. 111.
5. Giovanni Paolo II, *Insegnamenti*, III, 2, p. 1192.
6. Ex. Ap. *Familiaris Consortio*, n. 28.
7. *Insegnamenti*, III, 2, p. 844.
8. Cfr. RICHARDS P., *Digesto Familiar*, 1989, Montevideo.
9. CONCILIO VATICANO II, Cons. Past. *Gaudium et Spes*, n. 50.
10. *Ibidem*, n. 49.
11. Cfr. Gran Enciclopedia Rialp, t. 18, pp. 41-44.
12. Cfr. GARCÍA DE HARO R., *Líneas básicas del Magisterio de Juan Pablo II sobre el matrimonio y la familia*, en ASD Prensa, Buenos Aires 1985, n. 13.
13. *Insegnamenti*, II, 2, p. 1032.
14. *Ibidem*, pp. 1033-1035.
15. Cfr. *Rom* 8, 6-8.
16. ESCRIVÁ DE BALAGUER J., *Conversaciones*, Madrid 1968, n. 93.

# cura del morente ed accanimento terapeutico

Curare il morente significa aiutarlo a morire con dignità umana e cristiana. Morire con dignità umana significa affrontare la morte con serenità e coraggio; poter integrare la morte alla vita come sua parte conclusiva e perfetta. Morire con dignità cristiana significa saper scoprire nella propria morte la partecipazione al mistero pasquale di Gesù Cristo crocifisso e risorto, il passaggio dalla vita terrena a quella eterna, il trasferimento dalla casa degli uomini alla casa del Padre.

Il noto documento su l'eutanasia della Congregazione per la Dottrina Cattolica (5 maggio 1980), si pone proprio in questa prospettiva: « È molto importante oggi — vi si legge — proteggere nel momento della morte, la dignità della persona umana e la concezione cristiana della vita contro un tecnicismo che rischia di divenire abusivo. Di fatto alcuni parlano di "diritto alla morte", espressione che non designa il diritto di procurarsi o di farsi procurare la morte come si vuole, ma il diritto di morire in tutta serenità, con dignità umana e cristiana ».<sup>1</sup>

Da tali concetti è facile dedurre la necessità di una cura del morente che implichi l'esigenza di favorire la dimensione propriamente umana e cristiana del morire dell'uomo; ma essi alludono anche ai problemi morali connessi: mi riferisco all'uso di analgesici per alleviare le sofferenze del malato grave o del morente anche con il rischio di abbreviarne la vita e al così detto accanimento

o abbandono terapeutico. Il documento vi fa riferimento molto chiaramente: « Ciascuno — esso afferma — ha il dovere di curarsi e di farsi curare. Coloro che hanno in cura gli ammalati devono prestare la loro opera con ogni diligenza e somministrare quei rimedi che ritengono necessari e utili. Si dovrà, però, in tutte le circostanze ricorrere ad ogni rimedio possibile? ».

Questo modo di terminare il periodo con un'interrogazione interpella e, allo stesso tempo, aspetta una risposta morale-esistenziale da tutti coloro che hanno in cura dei malati.

In queste pagine intendiamo occuparci proprio di questi due problemi morali con l'intenzione d'insistere soprattutto su l'esigenza di favorire la dimensione umana e cristiana del morire dell'uomo. Per questa ragione lo sviluppo dei due problemi morali sarà preceduto da alcune riflessioni sul valore della vita corporea nella prospettiva della salvezza.

## 1. Valore della vita corporea e salvezza in Gesù Cristo

Nel contesto della mentalità secolarizzata dei nostri giorni l'uomo tende a concepirsi come un assoluto al quale è disposto a sacrificare ogni altro valore. La scienza e la tecnica allora possono diventare una forma di idolatria che, prima di disonorare Dio, feriscono proprio l'uomo nella sua vera e piena umanità.

Nella mentalità teistica invece la vita è anzitutto prerogativa di Dio che è « il vivente in eterno » (Dt 32, 40) ed ha la vita da sé stesso (Gv 5, 26). Tutte le altre creature ricevono l'esistenza dal soffio creatore di Dio (Gv 2, 7). Anche l'uomo naturalmente, ma egli, a differenza di ogni altra creatura, partecipa in modo del tutto singolare alla prerogativa della vita: egli è stato creato « immagine del Dio vivente » (Gn 1, 27); egli è destinato a partecipare della natura del suo Creatore. Di conseguenza la vita che l'uomo porta in sé non è comprensibile nella sua totalità se non in riferimento a Dio e alla posizione che Dio gli ha assegnato nel mondo al di sopra delle altre creature.

In tale contesto il disegno di Dio creatore diventa criterio di valutazione per la vita dell'uomo e per i suoi compiti nella storia. Nello stesso contesto anche la scienza e la tecnica, escludendo ogni forma di assolutizzazione, devono trovare il loro significato come strumenti di umanizzazione e come glorificazione di Dio, scoperto, ammirato e amato anche attraverso le loro conquiste (cfr. Gs 34).

Nel Nuovo Testamento la vita umana è messa in relazione con la vita del Signore Gesù, morto e risorto. In lui troviamo la dimensione vera della vita umana intesa come sua realizzazione perfetta e come vita destinata a non perire mai. Gesù infatti è il signore della vita: egli ha vinto la morte, ha fatto risplendere la vita e l'im-

mortalità (2 Tim 1, 10). Poiché in lui è la vita (1 Gv 5, 11), egli è la guida della vita (At 3, 15) e come uomo nuovo, porta l'uomo alla piena comprensione della propria umanità.

La vita dell'uomo allora viene concepita come partecipazione alla vita del Risorto. Ciò che il Verbo ha realizzato nell'umanità assunta nella sua incarnazione, ora egli lo compie nel corpo mistico mediante lo Spirito e fa dell'uomo « una nuova creazione » (Rm 5, 18). « Secondo il disegno divino, infatti, lo Spirito termina la creazione dell'uomo non solo usufruendo della vita percorsa da Cristo, ma anche irrimediando ogni persona alla partecipazione del medesimo mistero pasquale vissuto da Gesù (Sc 6). E questo perché Dio ci ha destinati a condividere la grandezza del Cristo risorto, a diventare membra del suo corpo glorioso (Lg 9; Gs 32) ».<sup>2</sup>

In questo contesto la vita corporea deve essere concepita come una componente coesistente della persona umana. Essa ne è l'incarnazione prima, il fondamento nel quale e per mezzo del quale la persona si realizza. È per suo tramite ch'essa entra nel tempo e nello spazio, può esprimere e manifestare i valori che la costituiscono nella sua totalità e realizzare un proprio progetto di vita.

Tuttavia la ricchezza della persona, che è anche e anzitutto spirito, come tale, trascende il corpo stesso e la temporalità. Al di sopra di tale valore fondamentale esiste il bene spirituale e morale della persona. Questo bene potrebbe richiedere il sacrificio della vita corporea quando esso non potesse essere raggiunto altrimenti. In questo caso tuttavia tale sacrificio dovrebbe realizzarsi come dono libero.

## 2. Cura del dolore ed uso di analgesici

Tenendo conto delle considerazioni fatte fin qui, ci occuperemo ora del primo dei problemi sollevati nella introduzione: quello della cura delle sofferenze, nel malato grave o nel morente, anche con l'uso di analgesici.

A tale proposito, nella dichiarazione sull'eutanasia sopra citata possiamo ancora leggere: « Nella società moderna, nella quale non di rado sono posti in causa gli stessi valori fondamentali della vita umana, la modificazione della cultura influisce sul modo di considerare la sofferenza e la morte... Di conseguenza, gli uomini che vivono in tale clima si interrogano con angoscia sul significato dell'estrema vecchiaia e della morte, chiedendosi conseguentemente se abbia il diritto di procurare a sé stesso e ai suoi simili "la morte dolce" che abbrevierebbe il dolore e sarebbe, ai loro occhi, più conforme alla dignità umana ».

Dopo aver specificato che per eutanasia, in senso

stretto, si intende « un'azione o omissione che di natura sua, o nelle intenzioni, procura la morte allo scopo di eliminare ogni dolore », l'autorevole documento, in linea con la costante tradizione della morale cattolica, ripete la condanna di interventi di tale natura: « Niente e nessuno può autorizzare l'uccisione di un essere umano innocente, feto o embrione che sia, bambino o adulto, vecchio, ammalato incurabile o agonizzante (...). Si tratta infatti, di una violazione della legge divina, di un'offesa alla dignità della persona umana, di un crimine contro la vita, di un attentato contro l'umanità ».

Tuttavia, benché alcune persone siano in grado di sopportare la sofferenza senza alcun mezzo terapeutico di sollievo, e benché si possa consigliare ad anime generose di accettare la sofferenza per realizzare una maggiore conformità con il Cristo sofferente, per la maggioranza della gente il dolore può costituire un ostacolo spirituale. In queste situazioni a certe condizioni è lecito far ricorso all'uso di sostanze analgesiche.

La dottrina morale contro l'eutanasia infatti, non significa l'abbandono dell'ammalato nel suo dolore. Il cristianesimo, pur avendo rivalutato il dolore annunziandone gli aspetti redentivi che esso contiene, ne ha allo stesso tempo preannunciato il superamento definitivo nella pienezza dell'essere che verrà realizzata nel futuro Regno di Dio, dove secondo la descrizione dell'Apocalisse, non vi sarà più né lutto, né dolore.

Se la malattia e la morte sono conseguenze del peccato e noi siamo tenuti ad opporci al peccato e alle sue conseguenze, siamo chiamati anche a batterci contro il dolore.



In questo contesto « di buon senso cristiano (che sa accettare e controllare la sofferenza su giusta misura) va collocata la prassi medica della somministrazione ripetuta e perfino massiccia di calmanti o di narcotici ad ammalati gravi sopraffatti dal dolore: allo scopo di evitare che si instaurino condizioni di intolleranza o di disperazione o di pessimismo.

Solo va tenuto presente che, in questi casi, non dovrebbe mai essere compromesso il diritto-dovere del paziente di pensare con sufficiente coscienza e responsabilità ai suoi compiti finali: ultime volontà, segreti da trasmettere, doveri relativi alla propria salvezza. Sono troppo grandi e decisivi i valori in giuoco per rischiare di comprometterli con un sopore prolungato e irreversibile. In quei momenti estremi, soprattutto, in cui si decidono le sorti eterne di una esistenza, va ricordato che il vero oggetto della terapia non è il male quale entità staccata, ma il soggetto che è colpito dal male, che vi si affida nella sua integrità ».<sup>3</sup>

Questo comportamento non significa rinuncia a quegli sforzi di lotta per la vita e contro la morte, propri dell'arte medica; significa che in questa lotta esiste e si riconosce un limite imposto dal principale interessato: il malato, il quale al dovere di sopravvivere deve aggiungere l'esigenza di salvaguardare i suoi valori più preziosi di uomo che soffre e che attende un'altra vita.

Più delicata è la soluzione del secondo problema, quello cioè dell'accanimento o dell'abbandono terapeutico.

### 3. Cura e mezzi terapeutici validi

Il ricorso al medico per prolungare la vita è nella natura delle cose. Oggi oltre

che al medico si va in clinica o in ospedale dove le attrezzature diagnostiche e curative, come i centri di cura intensiva e di rianimazione, possono offrire prestazioni in altri tempi e in altri luoghi impossibili. In questi centri i pazienti spesso si dibattono tra la vita e la morte per lunghi mesi, talvolta con una vitalità ridotta a semplici riflessi vegetativi.

Tali casi pongono interrogativi certamente angosciosi, perché, mentre da una parte sembra che ogni nuova iniziativa terapeutica non serva che a prolungare le sofferenze di un pover'uomo, dall'altra, non mancano successi eccezionali dovuti quasi esclusivamente alla ostinazione professionale dell'équipe sanitaria.

L'incertezza maggiore è del medico che deve decidere se cessare o continuare il trattamento rianimativo, perché in quelle circostanze, il paziente generalmente è inconscio ed i parenti, dinanzi al dilemma si rimettono alla sua decisione.

Un criterio che è stato seguito tradizionalmente dalla morale cattolica in tali circostanze è quello di distinguere fra mezzi ordinari e mezzi straordinari. Secondo questo criterio, salvo restando per il medico l'obbligo di usare tutti i mezzi a disposizione e concretamente disponibili nella determinata situazione, è ritenuto obbligatorio soltanto l'uso dei mezzi ordinari. Viene definito straordinario un mezzo terapeutico che comporti rilevante rischio o dolore o spesa.

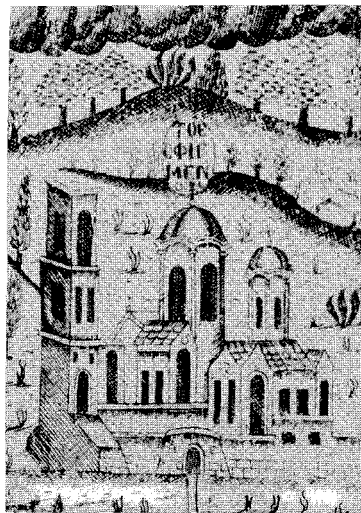
Questa dottrina è stata sostenuta autorevolmente da Pio XII, nel discorso del 24 settembre 1957, in cui trattava dei problemi collegati alla sospensione della rianimazione: « Se il tentativo di rianimazione — dice il Papa — costituisce per la famiglia un grave onere che in coscienza non può essere

imposto, questa può lecitamente insistere perché il medico interrompa i suoi tentativi, e il medico può lecitamente acconsentire ».<sup>4</sup>

Lo stesso orientamento esprime la Congregazione per la Dottrina della Fede nella dichiarazione su l'eutanasia già citata più volte nel corso della presente riflessione. Tuttavia, aggiornando il linguaggio, la dichiarazione preferisce parlare di mezzi proporzionati e terapeuticamente validi piuttosto che di mezzi ordinari e straordinari. Questo nuovo linguaggio sembra più appropriato e più adatto alla pluralità delle situazioni che presentano il problema in maniera molto diversa secondo i tempi e i luoghi.

I criteri fondamentali indicati da tale documento sono contenuti nei seguenti punti:

— « Se non ci sono altri rimedi sufficienti è permesso, con il consenso del paziente, ricorrere a mezzi forniti dalle tecniche mediche più avanzate, anche se questi mezzi sono ancora in sperimentazione e non privi di rischi. Il malato accettan-



doli potrebbe anche dar prova di generosità a servizio dell'umanità;

— è anche permesso d'interrompere questi trattamenti dove non si riescano ad ottenere i risultati sperati. Per tale decisione occorre però prendere in considerazione i desideri ragionevoli del paziente e della famiglia, così come dei medici competenti in materia. Costoro potranno senza dubbio giudicare meglio di ogni altro se l'investimento di strumenti e di personale è sproporzionato ai risultati prevedibili e se le tecniche messe in opera impongono al paziente sofferenze e disagi maggiori dei benefici che se ne possono trarre;

— è anche lecito accontentarsi dei normali metodi che la medicina può offrire. Quindi nessuno può imporre ad un altro l'obbligo di ricorrere ad una tecnica che, benché già in uso, non è ancora esente da rischi o è troppo onerosa.

— Nell'imminenza di una morte inevitabile nonostante i mezzi usati, è permesso in coscienza prendere la decisione di rifiutare forme di trattamento che assicurerebbero solo un prolungamento precario e penoso della vita, senza tuttavia interrompere le cure normali dovute all'ammalato in simili casi. Perciò il medico non ha motivo di angustiarsi, quasi che non avesse prestato assistenza ad una persona in pericolo ».

Volendo riassumere i criteri dettati potremmo dire che una terapia non è valida né rispettosa della dignità umana: 1) quando è inefficace dal punto di vista terapeutico; 2) quando rischia di sottoporre il malato ad ulteriori gravi sofferenze senza una prospettiva concreta di miglioramento; 3) infine, quando essa è eccezionale dal punto di vista dei rischi e del costo. Si tratta di quelle

terapie che i moralisti del passato qualificavano come mezzi straordinari e che oggi si preferisce chiamare sproporzionati.

Togliere in tali casi i supporti alla vita, che viene così condotta ad una morte più rapida, può sembrare un modo di provocare la morte, ma si tratta piuttosto della sospensione di una terapia non più benefica, della rimozione di un ostacolo artificiale che impedisce il processo naturale della morte. Accontentarsi perciò dei mezzi normali offerti dalla medicina e rifiutare quelli straordinari significa accettare la condizione umana evitando mezzi sproporzionati ai risultati che si potrebbero sperare. Ciò è possibile perché la vita corporea non è un bene assoluto da difendere a tutti i costi e a qualunque prezzo. « Un obbligo più severo sarebbe troppo pesante per la maggior parte degli uomini, e renderebbe troppo difficile il raggiungimento di beni superiori, più importanti. La vita, la salute, tutta l'attività temporale, sono, infatti, subordinate a fini spirituali ».<sup>5</sup>

Nei casi concreti non è facile il compito di applicare i criteri a cui abbiamo fatto riferimento. Nonostante però il peso dell'incertezza che incombe, non possiamo non dire al medico che, in simili circostanze, dovrà tenere presente il prevalente interesse della persona del malato sopra l'emotività pietosa dei familiari e dello stesso interesse scientifico. « Quando si parla del dovere del medico di proteggere la vita — scrive il teologo Thielike — intendiamo non la vita biologica come tale, ma la vita umana, e per caratterizzare la vita dell'uomo, sono necessari altri criteri oltre quelli dell'elettrocardiogramma e dell'encefalogramma ».

#### 4. La morte e la liberazione dell'uomo

L'uomo muore in conformità con la propria natura solo quando vive la sua propria morte. La dignità dell'uomo esige che la morte sia il culmine della evoluzione personale e umana, l'ultimo sforzo, l'ultimo atto che ricapitola tutti gli atti precedenti, la coronazione della vita.

Una vita umana non deve semplicemente estinguersi, deve venir « resa » con libertà e con amore. E se è vero che tale « resa » difficilmente potrà effettuarsi nello stesso momento della morte, è anche vero che essa sarà sempre valida se in precedenza sarà stata spiritualmente compiuta.

In questo contesto « la morte è l'ultima prova di coraggio che ci si chiede per salire, per mano di Cristo, su, verso la grande promessa. In tutte le ansie e i tormenti, in tutto l'abbandono e il dolore che il morire può comportare, è contenuto il morire di Cristo, ma questo non è che il rovescio a noi rivolto, di quel tutto di cui il diritto si chiama: resurrezione ».<sup>6</sup>

P. RENATO DI MENNA  
M.I.

<sup>1</sup> *Déclaration sur l'eutanasie*, in « La Documentation Catholique », n. 1790 (1980) p. 699.

<sup>2</sup> GOFFI T., *Uomo Spirituale*, in « Nuovo Dizionario di Spiritualità », Ed. Paoline, Roma 1979, p. 1638.

<sup>3</sup> PERICO G., *Diritto di vivere o di morire?*, in « Anime e Corpi », n. 64 (1976) pp. 151-152; cf DI MENNA R., *Il problema della morte nella dimensione ospedaliera*, in *Medicina e Morale*, vol. IX, Ed. O.M., Roma 1976, pp. 115-137.

<sup>4</sup> PIO XII, *Discorsi ai medici*, Ed. O.M., Roma 1960, p. 615.

<sup>5</sup> *ibidem*, p. 612.

<sup>6</sup> GUARDINI R., *I Nuovissimi*, Ed. Vita e Pensiero, Milano, pp. 18-19.

# rapporto sulla situazione dei malati mentali

Questo studio si sostanzia nelle cause delle sofferenze dei malati mentali che sono spesso sconosciute alla società, alla famiglia e all'ambiente stesso di questi malati. Questi malati soffrono moralmente molto di più di quei malati che soffrono solo fisicamente. « È terribile capire che l'intelligenza se ne va » diceva uno di loro. « Essere infermi per settimane ed anni senza aver fatto nulla di male. Potete comprendere cosa provo? ».

Questo rapporto riguarda i malati in Europa. In certi paesi la situazione è senza dubbio più grave ancora.

## Numero dei malati

In questo rapporto non distinguiamo le differenti categorie di malati mentali, anche se per le cure necessarie queste differenze sono importanti.

Gli psicotici, che hanno la profonda personalità malata, hanno bisogno di cure molto costanti e assai spesso sono costretti a delle brevi degenze nell'ospedale psichiatrico. Talvolta anche per un tempo abbastanza lungo. Un numero alquanto rilevante tra i malati cronici sono obbligati a rimanere tutta la vita in un ospedale psichiatrico.

I nevrotici, con la profonda personalità non completamente compromessa, sono seguiti nelle loro famiglie attraverso mezzi ambulatori.

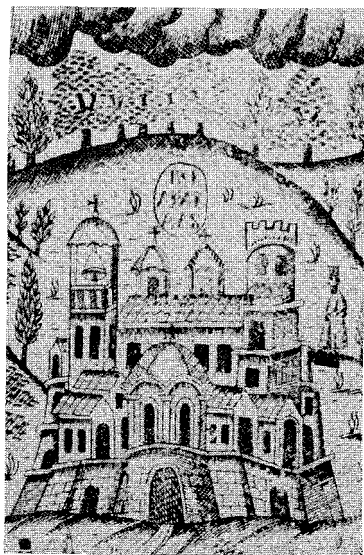
Il numero di questi malati è rilevante in ogni paese; anche nella diocesi di Strasburgo, ci sono 4 ospedali psichiatrici definiti ufficial-

mente C.O.S. (Centro Ospedaliero Specializzato) e numerose cliniche. In tutto circa duemila posti letto. Ecco le cifre fornite da uno studio norvegese.' (Cfr. tabella statistica allegata).

## La demenza senile

Attualmente il numero di dementi senili è in forte aumento. I medici danno ora a questa malattia il nome di « malattia di Alzheimer ». Questa patologia è la conseguenza dei progressi della medicina e della società dei consumi. Il malato degenera lentamente e perde le sue facoltà mentali (memoria, percezione dei luoghi etc.). Questa è irreversibile.

Fin dalle prime manifestazioni occorrerebbe prepararli psicologicamente alla



morte. Quando la degenerazione è troppo avanzata, essi sono incapaci di agire con coscienza.

Nei paesi d'Europa sviluppati si costruiscono diverse cliniche per seguire questo tipo di malati.

## I malati mentali criminali

Ai malati di cui si è parlato si aggiunge una categoria di malati mentali da compitare ancora di più, i più infelici, completamente rifiutati dalla società: i malati mentali criminali. Essi sono seguiti nelle case cosiddette « di sicurezza ». In Francia ci sono circa settecento letti per questi malati seguiti in quattro ospedali. Anche gli altri paesi europei sono dotati di simili strutture. La degenza di questi malati è generalmente molto lunga.

La causa di tale situazione è assai complessa: ereditarietà, assenza di genitori, genitori separati, mancanza di educazione, società dei consumi.

## Cure applicate a questi malati

La scienza ha incontestabilmente fatto enormi progressi nella terapia di questi malati. Un gran numero di depressi, affetti da crisi episodiche a volte guariscono ma a volte migliorano senza guarire.

Dal 1952, anno della scoperta della prima terapia specifica e dei progressi

warning della psicologia dovuti alla psicanalisi, i trattamenti dei malati, la psicoterapia e l'organizzazione hanno fatto dei grandi progressi.

### **Le sofferenze di questi malati**

La malattia mentale è soprattutto una malattia della relazione delle comunicazioni. Da ciò si deduce la sofferenza di questi malati e anche quella dell'ambiente che li circonda. Il malato si riconosce per discorsi sconnessi, delirio, comportamenti anormali, mutismo da depressione etc., quindi le incomprensioni reciproche tra il malato e il suo ambiente.

Simili situazioni spesso portano al ricovero definito tristemente internamento.

Si arriva a dover usare la forza per poter ricoverare i malati. Le sofferenze morali di questi malati aumentano vieppiù.

Si accusano frequentemente i malati mentali di violenza. Ora le statistiche hanno dimostrato che c'è un rapporto di uno a venti per i casi di violenza tra i malati mentali e i normali.

### **Emarginazione del malato di mente**

Un aspetto delle sofferenze dei malati mentali è dovuto al rifiuto del malato di mente da parte della società. C'è un fenomeno molto grave che va diminuendo ma che esiste ancora, che ha avuto manifestazioni inconcepibili: così i malati deceduti nell'ospedale psichiatrico erano raramente seppelliti nella tomba di famiglia del loro luogo d'origine; questi non erano segnalati al parroco che visitava regolarmente i malati ospedalizzati nella sua parrocchia.

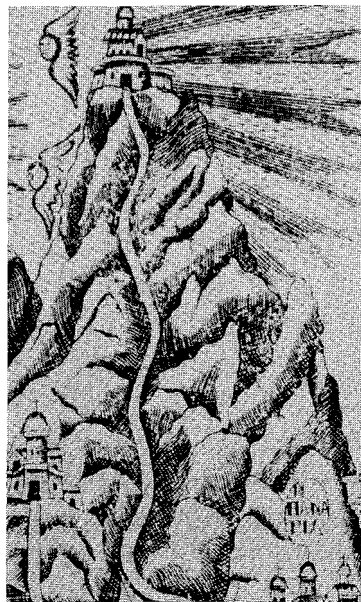
Oggi la situazione va mi-

gliorando, ma l'emarginazione dei malati continua. Le famiglie spesso rifiutano il malato: visite rare se il ricovero è prolungato. Un buon numero è completamente abbandonato.

Quando uno di questi malati commette un crimine, la stampa e i media si accaniscono danneggiando la reputazione di questi malati. Ciò fa capire il grado di sofferenza a cui si può arrivare.

La società generalmente accetta con difficoltà i malati di mente. Un malato mi diceva: « Io non amo andare a messa da solo, mi evitano ». Nei paesi sono malvisti. Se ne ha il timore, tuttavia essi non hanno mai fatto del male a nessuno. Nelle località dove ci sono ospedali psichiatrici non ci sono mai stati casi di violenza. Anche se sono in contatto con la gente sono tuttavia considerati persone emarginate in quanto malati mentali.

I malati hanno spesso terrore del primo ingresso in un ospedale psichiatrico: « Vado ad essere considerato, per tutta la vita, un pazzo ».



### **Medici ed infermieri**

Nell'ambiente dei malati mentali, la vita dei medici e degli infermieri è particolarmente impegnativa e dura. Hanno bisogno di una solida formazione. Il medico ha una preparazione di circa dieci anni. L'infermiere di tre anni. Per essere ammessi alla Scuola Professionale Specializzata occorre il diploma di scuola superiore.

Le doti morali, l'equilibrio psichico sono condizioni fondamentali.

Questi malati hanno bisogno di cure continue e delicate. Ci sono persone di tutte le professioni. Questi non hanno bisogno solo di cure mediche ma di essere sostenuti moralmente, spesso di essere rieducati affinché possano ritrovare un loro ambito culturale e familiare per rasserenarsi.

Coloro che seguono i malati devono dunque avere delle importanti qualità psicologiche, professionali e morali.

### **La pastorale dei malati mentali**

La pastorale dei malati di mente è assicurata, nei paesi dove ci sono ospedali psichiatrici, attraverso dei cappellani a tempo pieno, se il numero dei malati è sufficiente. Da qualche anno il numero dei preti è diminuito e ci sono équipes di laici che aiutano i sacerdoti.

In molti paesi d'Europa sono state fondate Associazioni di cappellani per preparare gli stessi a questo compito che richiede una formazione specifica in psicologia e psichiatria.<sup>1</sup>

La prima di queste Associazioni è stata fondata in Germania. I cappellani si riuniscono ogni anno per tre giorni di studi e preghiere. È diretta dalla Caritas di Friburgo.<sup>2</sup>

In Francia un'Associazione è stata fondata nel 1947 da August Bernard, il capellano dell'ospedale psichiatrico di Rennes, assistito dalla Dottoressa Suzy Rousset. L'Associazione raggruppa i cappellani, le suore infermiere e gli infermieri cristiani degli ospedali psichiatrici. Ogni due anni una sessione di studi raccoglie di membri dell'Associazione. Periodicamente ci sono delle giornate d'orientamento per i nuovi cappellani. L'Associazione pubblica anche la rivista « Presenza e pro-

spectiva della sanità mentale ».<sup>3</sup>

Anche l'Italia ha fondato un'Associazione che è molto attiva in Lombardia e in Toscana.<sup>4</sup>

Infine dal 1967 queste Associazioni organizzano ogni quattro anni un convegno internazionale a Strasburgo di quattro giorni per trattare ogni volta un importante argomento. In media 200-300 cappellani, medici e infermieri partecipano a queste giornate.

Questa è per grandi linee la situazione d'insieme, so-

prattutto in Europa, dei malati mentali.

P. ALBIN GEBUS  
Cappellano

<sup>1</sup>A. GEBUS, Formazione dei cappellani degli Ospedali Psichiatrici (supplemento 1967)

<sup>2</sup>È diretta attualmente da P. ANTOINE SZEKELY, Camilliano.

<sup>3</sup>Direzione della rivista: Abbe Froc, 15, rue Saint. Georges 35000 Rennes

<sup>4</sup>Diretta dal cappellano dell'ospedale Antonini di Milano, Don Francesco Casiraghi. Ho fatto spesso conferenze a Firenze e a Milano per aiutare i cappellani a fondare questa Associazione.

<sup>5</sup>La 5ª sessione ha avuto luogo nel 1986 a Strasburgo: il tema è stato la depressione. Queste sessioni sono organizzate da A. GEBUS, cappellano del C.H.S. di Brumath (F 67170).

PAESI	Abitanti	Posti Letto Negli osp. Psichiatr.	Psichiatri	Inferm. epersonale psichiatr.	Mal.ment. ricoverati nel 1982	% Su 100.000 abitanti
Algeria	18.336.732	6.480	52	4.361	18.500	101
Austria	7.503.300	12.498	430	6.592	45.177	602
Belgio	9.859.000	24.900	985	1.278	45.839	465
Bulgaria	8.861.000	7.405	373	6.426	40.148	453
Cecoslovacchia	15.369.271	19.548	929	6.867	46.715	304
Danimarca	5.093.000	10.528	430	—	22.330	439
Finlandia	4.765.000	19.095	—	53.450	36.576	767
Francia	53.900.000	122.050	1.965	—	183.643	352
Germania Est	16.740.000	31.626	1.250	14.312	49.302	295
Rep. Fed. Tedesca	61.500.000	119.750	—	2.587	275.933	449
Grecia	9.600.000	14.831	786	3.251	24.268	—
Ungheria	10.709.539	12.768	480	311	—	—
Islanda	229.327	194	29	7.052	850	371
Irlanda	3.443.405	13.461	231	—	22.404	665
Italia	57.200.000	83.220	2.518	—	94.473	165
Lussemburgo	400.000	1.131	31	263	1.235	309
Malta	300.000	926	8	1.055	729	243
Marocco	21.800.000	3.410	32	—	12.196	56
Olanda	14.149.000	26.753	329	10.215	20.926	148
Norvegia	4.079.498	7.107	318	8.640	10.835	264
Polonia	35.735.000	39.490	1.691	5.542	125.832	354
Portogallo	9.867.000	10.607	—	—	12.888	131
Romania	22.400.000	22.802	—	—	—	—
Spagna	37.563.898	46.483	1.476	8.091	67.312	179
Svezia	8.284.437	20.800	800	30.000	58.000	697
Svizzera	4.346.000	12.011	—	—	18.742	295
Turchia	44.000.000	6.617	751	686	10.312	23
URSS	268.000.000	—	—	—	—	—
Inghilterra e Galles	49.011.000	91.952	1.176	54.260	130.540	643
Scozia	5.116.000	17.661	238	10.548	21.974	426
Irlanda del Nord	1.543.000	4.933	61	2.823	6.674	433
Iugoslavia	22.107.000	11.068	—	—	31.200	141
<b>Totali</b>	<b>833.811.407</b>	<b>822.105</b>	<b>17.369</b>	<b>238.610</b>	<b>435.553</b>	

Bisogna aggiungere a queste cifre il numero dei malati che hanno un trattamento ambulatoriale. Nei paesi sviluppati sono i più numerosi dei malati ospedalizzati. Il numero dei depressi soprattutto è in costante aumento. In Francia ci sono 5.000 psichiatri di cui solo 2.000 esercitano negli ospedali psichiatrici.



# gli operatori sanitari spagnoli e la famiglia del malato

Introduzione di Jesus Conde Delegato diocesano per la pastorale sanitaria - Madrid

Nei giorni 10-12 marzo 1989, a Malaga, hanno avuto luogo le Tre Giornate nazionali degli Operatori Sanitari Cristiani (*Profesionales Sanitarios Cristianos, PRO.SA.C.*), per una riflessione sull'assistenza da prestare alla famiglia dell'infermo. Le conclusioni emerse sono state ritenute dalla redazione di interesse per i lettori della rivista *Dolentium hominum* che mi ha chiesto di stendere una breve introduzione per aiutare il lettore a situare queste conclusioni nel loro contesto.

Sebbene gli operatori sanitari si vedano costretti ogni giorno a trattare con i familiari dei malati che hanno in cura, accade che non siano soliti riflettere sull'importanza che i familiari hanno nel processo di assistenza né sugli aiuti che, a loro volta, sono necessari per assistere efficacemente i malati loro affidati. I motivi che hanno spinto i *PRO.SA.C.* ad affrontare questo argomento sono, praticamente, i medesimi che sono all'origine della nascita e dello sviluppo di questa associazione, e cioè i seguenti.

Il tema della famiglia del malato è stato scelto dal *PRO.SA.C.* per queste Giornate poiché lo stesso *PRO.SA.C.*, insieme agli altri cristiani impegnati nella Pastorale sanitaria, si è impegnato a sceglierlo come tema della campagna per il

Giorno dell'Infermo 1989: iniziativa organizzata dal 1985 dal Dipartimento di Pastorale Sanitaria della Conferenza Episcopale Spagnola.

I *PRO.SA.C.* fanno parte di questo Dipartimento con una Commissione che, insieme a quelle della Pastorale Ospedaliera, della Pastorale parrocchiale e della Pastorale per la salute mentale e la Formazione, hanno il compito di stimolare insieme l'azione pastorale della Chiesa spagnola nel mondo della salute, in modo coordinato e con forte impegno comunitario che coinvolge sia la Conferenza Episcopale sia le Chiese locali.

Tale struttura della Pastorale sanitaria come opera convergente di tutta la comunità ecclesiale, nella quale ciascuno dei ministeri cristiani deve apportare il suo carisma specifico, ma in collegamento costante con gli altri, ha reso possibile che, anno dopo anno, potessero essere individuati i problemi attinenti più seriamente il campo della salute e la sua attenzione pastorale; che tali problemi venissero analizzati in prospettiva insieme sanitaria ed ecclesiale e che, quindi, venissero trovate soluzioni idonee e realistiche. Tale impostazione ha inoltre influito in maniera determinante sul modo, tipicamente ecclesiale, con cui i *PRO.SA.C.* hanno assunto i compiti pastorali propri del mondo della salute.

Da oltre dieci anni i *PRO.SA.C.* hanno dato incremento allo sviluppo della Pastorale sanitaria nelle diocesi, essendo alcuni membri

dell'Associazione stati eletti delegati diocesani per questo settore dai rispettivi vescovi. Da parte sua, il Dipartimento per la Pastorale sanitaria ha cercato di creare i canali necessari per la incorporazione dei professionisti sanitari secolari nei propri compiti pastorali. Nel 1986 venne avviata, in via provvisoria, la Commissione del *PRO.SA.C.*, composta di 8 professionisti sanitari e dal direttore del proprio Dipartimento. Meno di due anni più tardi, il Vescovo responsabile della Pastorale sanitaria nominava il Coordinatore di questa Commissione e, questa, veniva inquadrata come organismo della Conferenza Episcopale spagnola.

Tre gli aspetti caratteristici dei *PRO.SA.C.* In primo luogo, la loro consapevolezza dei battezzati e di membri della Chiesa. I *PRO.SA.C.* non sono suddivisi per branche professionali né sul piano nazionale né su quello regionale, interdiosesano o diocesano. Al loro interno non ci sono rami, settori o associazioni cattoliche di medici, infermieri, ausiliari, amministrativi, ecc., bensì gruppi formati da professionisti di vario genere uniti dalla loro comune dignità di cristiani.

La teologia soggiacente alla loro organizzazione è quella del corpo di cui parla San Paolo e delle pietre vive e del sacerdozio comune dei fedeli della prima Lettera di Pietro. Essi sono convinti che in un mondo come quello della salute, nel quale si è introdotta la lotta di classe tra le diverse categorie pro-

professionali, è innanzitutto necessario l'apporto di un forte sentimento comunitario, per un miglior servizio al malato ed a coloro che la curano. E ritengono che per assicurare ciò sia soprattutto indispensabile che essi si sentano comunità e che operino in maniera comunitaria, indipendentemente dalle loro differenze sul piano professionale. Da questo punto di vista, il cristiano deve venire prima del professionista. La qualcosa non impedisce che ciascuno parli ed operi secondo la propria indole professionale e personale.

In secondo luogo, va sottolineato l'impegno chiaramente pastorale dei PRO.SA.C. Senza trascurare di dedicare attenzione ai loro problemi di ordine tecnico, scientifico o lavorativo, essi cercano di vivere in comunione e di lavorare congiuntamente con tutti coloro che nella Chiesa cercano di essere gli inviati del Buon Pastore nel mondo della salute. Si sentono chiamati ad evangelizzare, a partecipare nella offerta salvatrice della Chiesa attraverso i sacramenti dei malati, ad umanizzare le strutture sanitarie ed il rapporto di assistenza ed a collaborare per chiarire e risolvere i problemi bioetici alla luce del messaggio di Cristo e della Chiesa.

Infine, va tenuto presente un terzo aspetto caratteristico, molto in linea con gli attuali orientamenti della sanità. Molti dei PRO.SA.C. lavorano in ospedali e, nella loro formazione, hanno ricevuto una visione fortemente *ospedalizzata* della funzione assistenziale e dell'organizzazione sanitaria. Tuttavia, il loro coinvolgimento nella pastorale sanitaria li ha portati a collaborare non solo con i servizi di assistenza religiosa cattolica degli ospedali, ma anche con le

comunità parrocchiali, nel formare e preparare coloro che visitano e che curano gli infermi a domicilio o in altre iniziative di ambito extra-ospedaliero. In queste portano la loro esperienza mentre ricevono l'impulso ad una visione più ampia del ministero umano e cristiano dell'assistenza ai malati.

La Pastorale sanitaria sta diventando, poi, il canale attraverso il quale scorre un rinnovato interesse dei PRO.SA.C. nei confronti della famiglia del malato. La comunità cristiana ha offerto loro molteplici occasioni per incontrarsi con familiari di malati anziani, cronici, terminali, mentali, tossicodipendenti, malati di Aids, ecc... E in questi incontri, che si svolgono in un clima libero da schemi gerarchici e burocratici come avviene nel rapporto tra il professionista, il malato e i suoi familiari all'interno delle istituzioni sanitarie, essi possono cogliere il vero aspetto umano e sociale di queste famiglie, come pure tutta la serie dei loro molti e gravi problemi. Inoltre si sono resi conto dell'enorme potenziale terapeutico costi-



tuito dalla famiglia, quando sa essere tale nei riguardi del congiunto infermo.

Tutto ciò, più i risultati della riflessione condotta dai PRO.SA.C. trova riscontro nelle conclusioni che seguiranno. Invito il lettore ad una lettura attenta delle medesime, senza nulla aggiungere ad esse. Queste conclusioni, insieme alla riflessione ed al lavoro di altri cristiani impegnati nella pastorale sanitaria, hanno contribuito, tra altre iniziative, alla pubblicazione della Carta dei Diritti della Famiglia *dell'Infermo*, elaborata dai gruppi di pastorale sanitaria delle diocesi che fanno capo alla provincia ecclesiastica di Oviedo (cf. la rivista *Labor hospitalaria*, n. 212, 1989, 2, p. 161s).

In tal modo va attuandosi il presente invito di Giovanni Paolo II nella *Familiari Consortio*, dove dice:

« È necessario un impegno pastorale sempre più generoso, intelligente e saggio, sull'esempio del Buon Pastore, verso quelle famiglie che attraversano situazioni difficili. A questo riguardo va richiamata l'attenzione soprattutto verso alcune che hanno maggiore necessità non solo di assistenza, ma anche di un'azione più incisiva di fronte all'opinione pubblica e, soprattutto, alle strutture culturali. Queste sono, per esempio, per le famiglie con figli minorati o tossicodipendenti, le famiglie con alcolizzati, con anziani, costretti non di rado a vivere, in solitudine e senza adeguati messi di sussistenza, la dolorosa esperienza della vedovanza, della morte di un familiare, che ferisce e trasforma nel profondo il nucleo originario della famiglia... Non poco aiuto possono prestare alle famiglie i laici specializzati (medici, assistenti sociali, ecc.) ». (*Familiari consortio*, 77, 75).

# sintesi del lavoro dei gruppi

## La famiglia del bambino infermo

### 1. Comportamento adottato dalla famiglia del bambino infermo

• Elenchiamo le tendenze generali di comportamento in due categorie comprendenti: 1. Familiari che hanno fiducia nell'operatore sanitario. 2. Familiari che non hanno fiducia, che esigono troppo o che hanno intenzione di mercanteggiare con gli operatori sanitari una migliore assistenza.

• Ci possono essere atteggiamenti differenti se la famiglia del malato non è credente o è credente praticante.

C'è un'altra serie di atteggiamenti che sono l'ansietà, l'impazienza, l'abbandono, la collaborazione... che possono dipendere dal maggiore o minor grado di differenza fra i valori della famiglia e quelli degli operatori sanitari cristiani.

### 2. Compito che può e deve svolgere la famiglia del bambino infermo

• La famiglia ha la responsabilità o il compito di accompagnare il suo infermo; è un diritto e un obbligo morale. La famiglia deve evitare il trasferimento delle sue responsabilità.

• La famiglia deve rendersi conto che il luogo principale dove si debbono trattare certe infermità è nella propria casa, suo mezzo abituale.

• La famiglia si deve comportare in modo da limitare la preoccupazione ed il timore del bambino, nel rendersi conto del proprio stato.

### 3. Azioni degli operatori sanitari cristiani di fronte al riconoscimento del compito della famiglia e nell'aiuto affinché possa disimpegnarlo

• Lavorare in gruppo. È fondamentale.

• Esigere che le autorità riconoscano il compito della famiglia nel processo della infermità e prendano decisione al riguardo.

• Segnalare se esiste nella famiglia un esagerato trasferimento delle responsabilità e sull'operatore sanitario e far correggere i

meccanismi per correggere le deviazioni.

• Far conoscere alla famiglia i suoi diritti e doveri, insistendo sui suoi diritti.

### 4. Azioni degli operatori sanitari cristiani di fronte alla completa attenzione della famiglia del bambino infermo

• È necessario un aggiornamento continuato dell'operatore sanitario (compreso il medico) sui temi della sociologia dell'infermarsi, psicologia, etica, valori... per aumentare l'auto-controllo della qualità umana.

• Bisogna tener conto che il primo contatto fra l'infermo — la sua famiglia — e l'operatore sanitario è fondamentale per i buoni rapporti futuri fra questi. Deve essere, da parte degli operatori, amabile e rispettoso.

• Non avere timore delle critiche o dei differenti punti di vista, se l'operatore sanitario cristiano difende una posizione sanitaria cristiana nei confronti di qualsiasi problema che si possa presentare con un eguale o con un superiore. Bisogna confidare in Gesù davanti alle avversità.

• Visitare la famiglia dell'infermo a domicilio per rilevare le possibili carenze o necessità di tipo assistenziale, psicologico, sociale, spirituale, o semplicemente accudire ed andarli a visitare per dire loro: « Ciao amico! Come stai? »

## La famiglia dell'anziano infermo

### 1. Comportamento che è solito adottare la famiglia dell'anziano infermo

• Vediamo due tipi di famiglia: quella nella quale l'anziano raduna intorno a sé i membri della famiglia e quella in cui l'anziano è ignorato. Per arrivare a questa conclusione si tiene conto dei seguenti fattori:

— La situazione sociale della famiglia, per esempio, la sua situazione sociale.

— La situazione economica dell'anziano e della sua famiglia.

— La considerazione che l'anziano ottiene dalla sua famiglia.

Abitualmente non è considerato membro attivo.

— La accettazione o meno della sua infermità da parte dell'anziano e della sua famiglia.

— La perdita dei valori morali e dell'idea di patriarcato.

— La zona di residenza dell'anziano e della famiglia: rurale e urbana.

— Le dipendenze che l'anziano infermo crea alla famiglia.

— L'inserimento della moglie nel mondo del lavoro, con il conseguente abbandono del focolare per molte ore del giorno.

— L'ignoranza della famiglia a livello sanitario.

Bisogna considerare a parte il problema dell'anziano senza famiglia.

Di solito è abbandonato, soprattutto quando preferisce rimanere nella sua casa.

### 2. Compito che può e deve disimpegnare la famiglia dell'anziano infermo

• Accogliere l'anziano infermo facendo in modo che abbia « voce e volto » nella famiglia.

• Il suo compito è molto importante per essere quella che conosce meglio l'infermo.

• Aiutare a fare in modo che il gruppo sanitario, in collaborazione con la famiglia, sappia integrare l'anziano nel suo ambiente e che l'anziano accetti l'aiuto che gli si offre.

• Prendere coscienza, programarsi, unirsi ed elaborare criteri, adattarsi ai passaggi che le è toccato vivere con l'anziano e evitare « l'anziano itinerante ».

• Utilizzare le case di cura solo in casi estremi.

• Mettere in pratica la propria esperienza ed orientare la famiglia a prendersi cura dell'infermo.

### 3. Azioni degli operatori sanitari cristiani nel promuovere il riconoscimento del compito della famiglia ed aiutarla perché questa possa disimpegnarlo

• La creazione di una Carta di diritti e doveri della famiglia dell'anziano infermo.

• La educazione sanitaria della famiglia, in modo che siano capaci di guidare i loro anziani malati,

fornendo loro le cure e le attenzioni di cui hanno bisogno.

- Aiutare i familiari nel sentire l'obbligo di guidare l'anziano infermo.

- Aiutarli a cercare Dio nel dolore e nell'infermità.

Questo aiuto dà un senso alla vita dell'infermo e concedendogli l'attenzione necessaria, per confortarlo nei suoi momenti di dolore. E dare un significato cristiano anche alla situazione che vive la famiglia.

- Impedire il sentimento di rassegnazione della famiglia. Il nostro carisma cristiano deve essere presente nella nostra disponibilità.

- Insegnare a vivere l'anzianità ed a vivere con l'anziano.

- Evitare sempre il paternalismo.

#### 4. Azioni degli operatori sanitari cristiani di fronte alla completa attenzione della famiglia dell'anziano infermo

- Formazione teologica, morale, etica, umana e professionale.

- Possedere e coltivare le virtù della disponibilità, generosità, ospitalità, accoglienza, servizio, attenzione, umiltà e preoccupazione per gli altri.

- Lavoro coordinato in forma di equipe multidisciplinari e nella quale possiamo includere anche il cappellano, il catechista ecc.

- L'attenzione completa alla famiglia dell'anziano deve prolungarsi fino al decesso dell'anziano.

## La famiglia dell'infermo cronico

### 1. Comportamento adottato dalla famiglia dell'infermo cronico.

- Evasione. Non supera niente per timore di affrontare la realtà.

- Abbandono progressivo dell'infermo, fino ad essere totale, per stanchezza psicologica.

- Attitudine alla iperprotezione, al paternalismo che arriva al rifiuto dell'infermo ed alla indifferenza.

- Mancanza di informazione e di formazione, che porta ad una situazione di ribellione ed aggressività verso il personale sanitario.

- Depressione familiare, specialmente dei membri più piccoli davanti all'infermità.

- La ribellione o la mancanza di accettazione della infermità da parte del paziente rende difficile il sostegno da parte della famiglia.

- La mancanza di umanità ed il consumismo rendono difficili la relazione famiglia-paziente.

- L'abbandono è minore quando il rapporto è madre-figlia.

- Autocompassione dei familiari facendo passare l'infermo in secondo piano.

- Come eccezione abbiamo l'appoggio e l'aiuto che ricevono alcuni infermi come i laringotomizzati.

- Impotenza e o rassegnazione secondo i casi e la cultura, e la propria religiosità.

- Si risolvono i problemi degli infermi se non si perdono di vista i valori umani. Si osserva che nel ceto medio rurale la accettazione dell'infermo è maggiore, per avere una idea distinta di quello che è l'unità familiare.

### 2. Impegno che può e deve disimpegnare la famiglia dell'infermo cronico

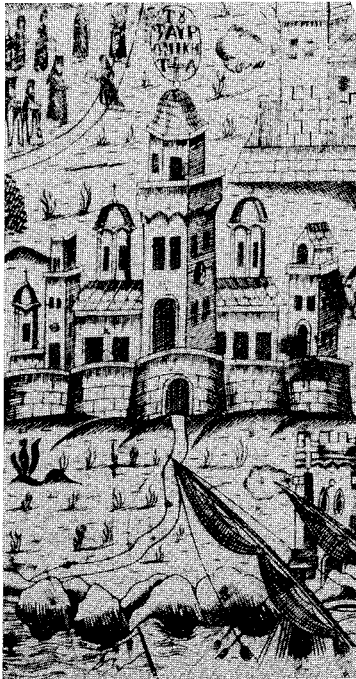
- Organizzarsi per non far carico ad un solo membro della famiglia, come per esempio, le sorelle e le figlie nubili.

- Educazione psicologica tanto dell'infermo come della famiglia per accettare l'infermità.

- Aiuto economico quando ce ne è bisogno.

- Prestare attenzione alle limitazioni, dando all'infermo appoggio e protezione però potenziando le sue possibilità ed evitando la compassione.

- Rimanere in rapporto ed in relazione con il gruppo sanitario.



La collaborazione fra i due deve essere sincera.

- Rendersi conto che il paziente è infermo ed aiutarlo nelle relazioni con gli infermi che presentano le sue stesse caratteristiche.

### 3. Azioni degli operatori sanitari cristiani nel promuovere il riconoscimento dell'impegno della famiglia e nell'aiuto affinché questa possa disimpegnarlo

- Informare gli operatori delle necessità della famiglia per la terapia assistenziale.

- Unire le forze formando una equipe sanitaria con gli altri operatori.

- Potenziare l'informazione sanitaria nella scuola per mettere in grado i bambini di crescere, e che infonda in loro l'accettazione dell'infermità.

- Informazione dei diritti e doveri dell'infermo e della famiglia.

- Organizzazione di conferenze, corsi, ecc. per le famiglie.

- Aiuti (economici, religiosi, ambientali) nei compiti che debbono essere affrontati dopo il licenziamento dagli ospedali.

- Riconciliazione con la famiglia di questi infermi.

### 4. Azioni degli operatori sanitari di fronte alla completa assistenza dell'infermo cronico

- Assistenza: preparazione tecnica ed umana adeguate; lavoro di gruppo con i nostri amici; motivarli con il nostro esempio.

- Sociale: integrazione del personale sanitario nei gruppi extra-ospedalieri per l'educazione sanitaria; non c'è assistenza completa se non si cambia la forma di lavoro negli ambulatori.

- Psicologica: capacità di ascolto, stimoli per vincere la barriera della sua infermità.

- Spirituale: evangelizzare non solo con la parola, ma anche e soprattutto con l'esempio; disponibilità all'aiuto, lavoro in gruppo con i cappellani degli ospedali.

## La famiglia dell'infermo terminale

### 1. Comportamento che è solito adottare la famiglia dell'infermo terminale

- Il comportamento della famiglia è in funzione del tipo di infermità che è arrivata allo stadio terminale:

- Se il paziente è collegato a mezzi di sostegno vitale, essa ha una liberazione.

- Se si tratta di un paziente che giunge da una situazione acuta, come un infarto del miocar-

dio, un incidente di traffico o una emorragia cerebrale, la famiglia non è solita accettare la situazione.

— Se si tratta di un paziente cronico od oncologico, la famiglia può essere « adattata ».

— In funzione dell'informazione che riceve, la famiglia può restare disorientata o sentire timore.

• Le attitudini che presenta la famiglia sono solite essere:

— Non accettazione che il paziente è arrivato alla fine, per mancanza di informazioni.

— Angustia, fuga e rifiuto che si manifesta nell'assenza della famiglia. In questi casi la morte se ne va come una liberazione.

— Superprotezione e dedizione massime.

— Complotto nel silenzio, negando al paziente l'informazione, compresa l'assistenza religiosa.

— La famiglia si arroga i diritti come chiamare il notaio per dettare le ultime volontà...

### 2. *Compito che può e deve disimpegnare la famiglia dell'infermo terminale*

• Il compito della famiglia è insostituibile. Deve essere più partecipativo ed attivo. La famiglia deve:

• Accompagnare, seguendo il ritmo dell'infermo.

• Aiutare l'infermo ad assumere la morte come un atto proprio.

• Cercare di conoscere e sapere interpretare i desideri dell'infermo.

• Ascoltare e stabilire una buona « comunicazione ».

• Portare appoggio, aiuto ed amore responsabile, rispettando i diritti dell'infermo terminale.

• Informarsi completamente di quello che occorre al suo familiare infermo.

• Formare parte integrante del gruppo di salute.

• Dare attenzione a tutte le sue necessità: bere, pulizia, alleviamento del dolore; in una parola, dare qualità alla vita aiutando a vivere, e non a morire, perché l'infermo terminale è un essere umano che è ancora vivo.

• Se è credente, essere un agente pastorale dividendo con l'infermo la fede che professa.

### 3. *Azioni degli operatori sanitari cristiani di fronte alla completa attenzione dell'infermo terminale*

• *A livello domiciliare. Assistenza:* coordinazione dell'ospedale con il centro di assistenza primaria, visita quotidiana, o quando se ne ha bisogno del medico e dell'ATS; offrirgli le cure appropriate; secondo l'infermità e il suo modo di vivere, i clienti sarà meglio farli partecipi.

• *Psicologica:* informazione circa le cure e formazione; ascolto e comunicazione.

• *Sociale:* dare alle persone la piena dedizione, per esempio ottenere la diminuzione del lavoro per le famiglie; servizio di lavanderia; servizio di cucina.

• *Spirituale:* offrire rispetto, offrire solidarietà; se sono cristiani, che i familiari si sentano sostenuti dalla comunità parrocchiale.

• *A livello ambulatoriale.* Educazione sanitaria della popolazione circa le cure e le necessità delle persone e della famiglia nello stadio di infermità terminale.

• *A livello ospedaliero. Assistenza:* livello ambientale adeguato; abitazione singola per l'infermo e la sua famiglia; creare unità per gli infermi terminali.

• *Psicologica:* comprendere ed accettare le reazioni della famiglia, comunicazione; attenzione psicologica alla famiglia ed al suo gruppo.

• *Sociale:* sentirsi parte di questa famiglia; sostenere il volontariato perché la famiglia ha bisogno di un cambio.

• *Spirituale:* informare che la missione di accompagnamento spirituale non è solo del sacerdote, ma anche di tutti i cristiani; presenza del Servizio Religioso e pro-



muovere l'attenzione religiosa con rispetto del suo credo religioso.

• *Conclusione finale:* gli operatori cristiani debbono essere impegnati nella creazione di un gruppo di umanizzazione.

## La famiglia dell'infermo mentale

### 1. *Comportamento che è solito adottare la famiglia dell'infermo mentale*

• Reazione di rifiuto a causa dell'angustia che causa la demenza. Questa reazione si manifesta nelle differenti attitudini: negare, minimizzando o incolpando l'infermo; timore che esalta l'importanza dei sintomi. Non prendersi cura soprattutto dei cronici, giustificando ciò con le difficoltà familiari che essi apporterebbero all'interno del nucleo stesso: « sta meglio nell'ospedale ». Superprotezione, soprattutto nelle depressioni e nei bambini.

Questa attitudine negativa va migliorando, però manca ancora molto per eseguirlo. La vergogna della famiglia davanti a questi infermi è superiore al timore. Entrambe le attitudini sono molto in relazione al livello della formazione e di informazione sopra tutte le infermità.

### 2. *Compito che può e deve disimpegnare la famiglia dell'infermo mentale*

• La famiglia ha un compito molto importante di collaborazione tanto nel trattamento come nei reinserimento sociale. Però perché possa realizzare questo è indispensabile aiutare e preparare la famiglia ed informarla perché conosca e comprenda ciò che occorre e possa assumerlo, liberando i timori.

### 3. *Azioni degli operatori sanitari nel promuovere il riconoscimento del compito della famiglia e lo aiuti affinché possa disimpegnarlo*

• Far presente alla famiglia dell'infermo il compito che svolge nella infermità e nella vita dell'infermo. Per questo motivo si possono creare gruppi di sensibilizzazione della propria famiglia, mediante gruppi di famiglia con infermi mentali, dove si possono ricevere informazioni e scambio di esperienze.

• Incrementare associazioni delle famiglie che sensibilizzino le altre famiglie, non solo quelle che presentano questi problemi, e che

possano rivendicare la creazione dei ricorsi necessari, come i day hospital, servizi medici protetti, centri di cure intermedie, ecc.

• *Leghe di divulgazione.* Alla popolazione in generale, con una doppia funzione, che qualche famiglia possa arrivare a tenere un infermo nella sua casa, ed in modo da dare appoggio alle famiglie che ne hanno bisogno.

#### 4. Azioni degli operatori sanitari cristiani di fronte alla completa attenzione della famiglia dell'infermo mentale

• Il gruppo deve tener conto di due premesse per tutti i livelli di assistenza: 1. Considerare sempre la famiglia come soggetto dell'attenzione sanitaria. 2. Che ciascuno degli operatori presti una assistenza totale.

• *A livello domiciliare.* Renderci conto che l'assistenza integrale sia una realtà, poiché oggi non se ne ha ancora prova.

• *A livello ambulatoriale.* Che l'attenzione non si limiti ad una assistenza « tecnica » dell'infermo, ma consideri anche l'ambiente familiare, come si comporta per la sua situazione, come collabora.

• *A livello ospedaliero.* Maggiore cooperazione di tutta l'equipe sanitaria: vigilanti, personale di infermeria, medici cappellani, ecc. — Incentivare la formazione degli operatori sanitari, tanto nell'ospedale come nell'ambulatorio, mediante seminari, conferenze, ecc.

— In questo modo di sentire contiamo come punto di partenza delle riflessioni delle Giornate svoltesi in Espinar, e che sono pubblicate.

## La famiglia del drogodipendente

### 1. Comportamento che è solito avere la famiglia del drogodipendente

• Negazione, timore e occultamento, specialmente nell'infermo alcolizzato.

• Rifiuto, sentimento di amor proprio e di colpa.

• Rifiuto della coscienza dell'infermità.

• Impotenza davanti al problema e le poche soluzioni.

• Non rendersi conto che il ruolo che gioca la famiglia è importante per una possibile riabilitazione.

### 2. Compito che può e deve disimpegnare la famiglia del drogodipendente

• La famiglia gioca un ruolo fondamentale. Quando la famiglia è stabile ci sono maggiori possibilità di sradicare il problema.

• Nei confronti di una famiglia con problemi economici, mancanza di comunicazione, nevrosi, divergenze della coppia, etc., è necessario un trattamento familiare: riflessione di problema ed analisi della situazione della famiglia.

• Andiamo a vedere la necessità di educare la famiglia, sia gli operatori sanitari come pure le altre famiglie con il medesimo problema.

• Nella famiglia ci deve essere maggiore comunicazione, motivazioni e stimoli. Fino a tramutare l'abbandono in amore.

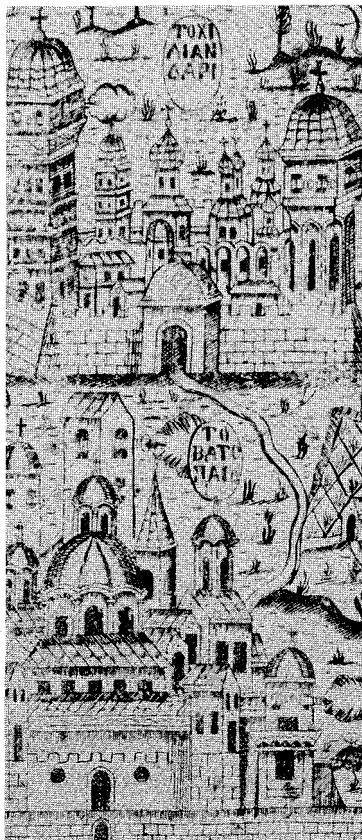
### 3. Azioni degli operatori sanitari cristiani nel promuovere il riconoscimento del compito della famiglia e lo aiuti affinché possa disimpegnarlo

• Sensibilizzare il problema.

• Mantenere un maggior dialogo con la famiglia dell'infermo.

• Realizzare la formazione e l'educazione sanitaria.

• Conoscere i diversi centri assistenziali per poter informare i familiari ed indirizzarli al centro adeguato.



• Sensibilizzare la famiglia affinché si fomentino i gruppi familiari ed esigano dalle autorità i centri di coordinamento, come per esempio le Urgenze con gli ambulatori dell'ospedale.

• C'è una necessità di un volontariato al di fuori del lavoro per una collaborazione disinteressata.

### 4. Azioni degli operatori sanitari cristiani di fronte alla completa attenzione della famiglia del drogodipendente

• *A livello assistenziale:* essere ricettivi e creare un ambiente di cordialità e di confidenza.

Fare in modo che i familiari siano facilitati con sostegni per ottenere un nostro fine. Curare l'igiene del posto, la comodità, una adeguata sala d'aspetto...

• *A livello spirituale:* assistere con carità chiunque non sia cristiano. Dare testimonianza. Unirsi come gruppo umano e cristiano per dare tutto il meglio di noi alla famiglia. Come utopia, arrivare a formare una comunità cristiana.

Portare a conoscenza delle necessità dei volontari per aiutare la famiglia nelle sue abitazioni, creando gruppi nel laboratorio negli ospedali.

## La famiglia dell'infermo di AIDS

### 1. Comportamento che è solito adottare la famiglia dell'infermo di AIDS

Constatiamo abbandono da parte della famiglia nei confronti dei bambini che ne sono portatori, soprattutto se le madri sono prostitute e drogate.

• In quanto all'accettazione di questi infermi vi sono due atteggiamenti: 1. I familiari sono molto attenti alle reazioni degli operatori sanitari nei confronti di questi infermi. Un dato da osservare e che questi familiari non tengono conto delle precauzioni che raccomandano i sanitari. 2. Rifiuto, occultamento ed ignoranza da parte dei familiari che esigono che tutte le necessità primarie degli infermi vengano curate dagli operatori sanitari e non da loro stessi.

### 2. Compito che può e deve disimpegnare la famiglia del malato di AIDS

• Avere una maggiore informazione e conoscenza della infermità (malattia).

• Accettazione, gentilezza ed appoggio totale all'infermo.

• Chiedere agli organi della Sanità che attraverso i mezzi di comunicazione si abbia una infor-

mazione che smistifichi il tabù che si è creato intorno alla infermità.

- Collaborazione con il personale sanitario, è detto, aiuta entrambe le parti.

3. *Azioni degli operatori sanitari cristiani nel promuovere il riconoscimento del compito della famiglia e lo aiuti affinché possa disimpegnarlo*

- Una premessa da prendere in considerazione; con il malato di AIDS è molto difficile rendersi conto del perché persero fiducia nella famiglia e nella società.

- Nel momento del ricovero, consegnare ai familiari la carta dei diritti e dei doveri dei familiari. Sostenendo la proposta di Barcellona.

- Intavolare un minimo di dialogo con i familiari per stabilire una certa confidenza prima del ricovero dell'infermo in ospedale.

- Informazione e formazione della famiglia; non importa chi la faccia, ma che comunque venga effettuata.

Riconoscere il compito insostituibile della famiglia in tutti i momenti, durante le 24 ore della giornata, non solo quando noi presentiamo qualche mancanza nel prestare assistenza all'infermo, ma anche quando sono « molesti », facendo domande.

- In alcuni casi il malato di AIDS rifiuta la famiglia e noi tentiamo di fare da ponte fra entrambi.

4. *Azioni degli operatori sanitari cristiani nei confronti della completa attenzione della famiglia del malato di AIDS*

- Parlare, accettare come sono e mostrarci con questi familiari come con gli altri pazienti.

- Trattare la famiglia nel suo aspetto complessivo: psicologico, economico, affettivo. Rendersi parte della famiglia.

- Formazione ed informazione; demistificazione della parola AIDS.

- Proposta per le Giornate del prossimo anno: creare in tutte le diocesi un gruppo di ricerca e di assistenza dei malati di AIDS.

### **La famiglia del minusvalido (minorato)**

1. *Comportamento che è solita adottare la famiglia del minorato*

- La condotta è solita essere di rifiuto, di pena, compassione e superprotezione.

2. *Compito che può e deve disimpegnare la famiglia del dipendente dalla droga*

- Potenziare i valori umani.
- Lasciar crescere il minorato come una persona.
- Lasciar fare al minorato tutto ciò che può fare da solo, essendo il suo sostegno ma non sostituendosi a lui.

- Consigliarli di mettersi in contatto con le altre famiglie con il medesimo problema, creando associazioni o mettendosi in contatto con quelle che già esistono per far maggior pressione sull'Amministrazione per gli aiuti culturali, economici e sociali.

3. *Azioni degli operatori sanitari cristiani di fronte alla promozione del riconoscimento del compito della famiglia e l'aiuto affinché questa possa disimpegnarlo*

- Rendere consapevole il proprio personale della importanza della famiglia.

- Ricordare i diritti e i doveri della famiglia, così come questa deve essere informata dei diritti e dei doveri del personale sanitario.

- Mitigare le norme esistenti secondo le necessità concrete di ciascun infermo.

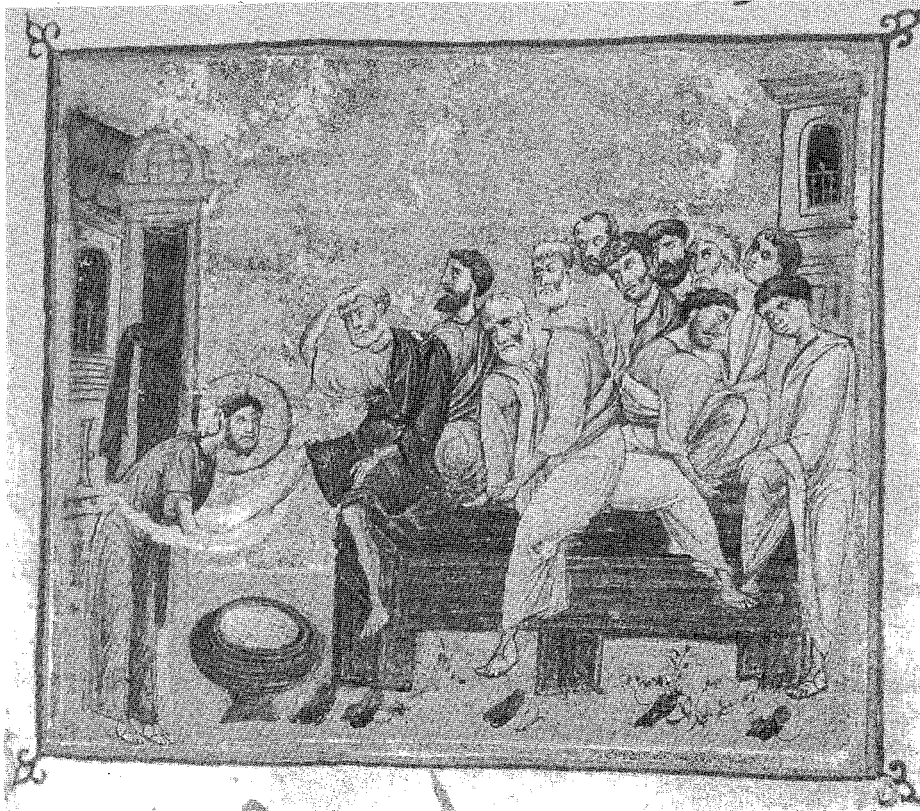
- Formare ed informare i familiari della infermità, le sue conseguenze e le forme di aiuto.

4. *Azioni degli operatori sanitari nei confronti della completa attenzione della famiglia del minorato*

- Una visita, una chiamata, un ascolto... sono accettati di molto buon grado dall'infermo e dalla famiglia.

- Dimostrare con la nostra attitudine che possono contare sul nostro appoggio.

- Collegare le équipes multidisciplinari per ottenere l'attenzione totale.



# *testimonianze*



*Riccardo Pampuri*

*Ciciams*

*confederazione delle  
misericordie d'Italia*

*Camillianum*



# Riccardo Pampuri: un medico, un apostolo, un santo dei nostri giorni

« La santità della quale il nostro tempo ha bisogno è la semplicità e l'umiltà »

(A. Meersch)

## 1. Dati biografici

— Riccardo Pampuri nasce il 2 agosto 1897 a Trivolzio (Pavia). Il suo nome di battesimo è Herminio Felipe.

— A tre anni resta orfano della madre, a 10 anni del padre.

— Frequenta le scuole nella sua città, ma si laurea in medicina e chirurgia a Pavia.

— A Pavia fa parte come socio del circolo universitario cattolico e della confraternita di S. Vincenzo de Paoli; dal 1921 fu terziario francescano.

— A Morimondo esercita come medico dal 1922 fino al 22 Giugno 1927, quando fece il suo ingresso tra i Fatebenefratelli (Ordine di S. Giovanni di Dio), dove si mise in luce per la sua carità ed il suo esempio cristiano.

— Fu all'inizio, volontario nella casa di Milano, il 21 di ottobre entrò nel noviziato e il 24 ottobre 1928, emise i suoi voti temporanei.

— Muore santamente il 1° maggio del 1930 all'Ospedale San Giuseppe dei Fatebenefratelli di Milano.

— Beatificato da papa Giovanni Paolo II il 4 di ottobre del 1981 è stato canonizzato il 1 di novembre del 1989.

## 2. La formazione di apostolo

La vita di Pampuri, animata da un grande spirito e fervore religioso, si forma nel focolare, dove egli vede gli esempi dei suoi:

— di sua madre Angela, di nome e di fatto; donna che infondeva rispetto;

— di Carolina Bersan, la domestica, donna che influenzò molto la vita di Riccardo;

— la zia Maria, donna di grande fede e di virtù non comuni;

— lo zio Carlo, grande sostenitore di suo nipote.

Lo zio Carlo influenzò molto il carattere e giocò un ruolo importante nella formazione di Riccardo nei suoi modi, nel suo contegno nel suo talento spirituale, fu come il suo esempio vivente.

Di questi primi passi nell'ambiente familiare, vivendo giorno per giorno l'esempio della virtù, il piccolo Pampuri giunge all'età scolare: niente di straordinario si nota, ma solo che è un giovane puntuale, modesto, riservato, rispettato.

A 19 anni, quando frequentava il 2° anno di medicina, fu chiamato al servizio militare e destinato all'86 sezione nella zona di guerra. Il suo biografo — José Gornatti — ci dice che durante questo periodo « i suoi compagni di armi lo ricordano in questi ospedali di campagna costante nell'assistenza, devozione e specialmente all'assistenza alla Santa Messa, in numerose occasioni, secondo il maggior o minor numero di sacerdoti soldati ».

L'influenza dello Zio Carlo, a cui abbiamo fatto riferimento precedentemente, ce la ricorda ugualmente il suo biografo, con queste parole: « Lo studente Pampuri, possedendo un cuore puro, ed un esempio costante di grande valore morale nella intelligenza e nella persona di suo zio, conservò i frutti acquisiti durante questi anni di collegio e di università. »

Terminato il servizio militare prosegue gli studi all'Università di Pavia, tempo che gli sarà utile per l'acquisizione del titolo in medicina e sarà una buona occasione per l'esercizio della virtù. L'impegno, il superamento, l'aspirazione alla perfezione sono la linea costante che si riflette soprattutto nelle lettere che invia alla sorella religiosa Suor Longina Maria; vediamo alcune.

« Sono alle ultime ore di questo anno, e guardando indietro a quest'anno trascorso, agli altri che passarono, sento che mi sorprendono molti, eccessivi rimorsi, per il male che ho corrisposto alle infinite grazie che mi ha concesso la Divina Misericordia e per le molte, eccessive ingratitudini che ho opposto ad essa.

E nonostante ciò, quanta indifferenza e quanta freddezza si incontra nel cammino del bene! Sento la vanità di molte cose, comprendo il male di molte altre, però nella pratica qualche piccolo sacrificio mi ha pesato, il compimento del dovere mi è sembrato gravoso e non sempre mi basta la forza di volontà per arrivarne a capo. Prego e nella preghiera e nei SS. Sacramenti ho trovato grande

consolazione e la vera pace, però poco dopo le forze mi abbandonano e riprende la lotta dolorosa nella coscienza del dovere da compiere ed il rimorso di non averlo compiuto, fino a che, al prevalere di quest'ultimo, metto tutta la mia buona volontà e ricupero la pace perduta! Come ti invidio, sorella carissima, e la tua pace serena! Prega, prega sempre, prega per me, che tanto confido nelle tue orazioni, per ottenere dalla Divina Provvidenza ed Infinita Bontà una santa pace nella sua santa grazia per il nuovo anno e per tutti i



restanti della mia vita » (31 dicembre 1918).

« Spero che la Divina Misericordia vorrà concedermi un poco più di forze, soprattutto di costanza, per poter seguire il buon cammino e tu sicuramente, non amerai negarmi le tue buone orazioni per aiutarmi a raggiungere una grazia tanto necessaria » (29 marzo 1920).

« E tu carissima sorella che sempre mi ricordi con tanto affetto, prega molto perché questo anno dovrebbe essere l'ultimo dei miei studi, ed il primo della mia vita professionale, che io possa raggiungere tanta forza nella nostra fede, tanto bella e tanto santa, che mi permetta di salire finalmente da un vita di sterili desideri e vane aspirazioni un'altra veramente feconda sull'opera che, ren-

dendo a Dio la debita lode e ringraziamento, mi renda più allegro e felice nella serena pace della sua santa amicizia » (31 dicembre 1920).

« Ora sono un po' fratello tuo anche nel mio ordine spirituale, nonostante sia indegno, con la speranza di migliorare, ho posto anche me sotto la protezione del serafico padre S. Francesco, iscrivendomi al suo terzo Ordine » (5 agosto 1921).

« Disgraziatamente io sono sempre incostante e mi debbo vincere frequentemente per una disdicevole inerzia che spesso mi ha fatto trascurare il bene e perdere molto tempo che avrebbe potuto essere vantaggiosamente impiegato. Prega dunque sempre affinché possa perfezionarmi una volta per sempre, soprattutto con il costante ed attivo compimento dei miei doveri quotidiani, con uno spirito di pietà sempre più vivo, con un amor per Gesù Crocifisso sempre più forte, per sopportare con pazienza ed allegria le piccole e continue croci di ogni giorno che hanno l'abitudine di avere un dominio sempre maggiore delle nostre passioni e preparano ai maggiori sacrifici. Prega anche per i miei infermi, perché con l'aiuto di Dio, possa fornire loro una veritiera consolazione » (20 aprile 1922).

« Tu dimostri molta fiducia nella mia opera di propaganda religiosa vicino ai miei infermi, però disgraziatamente la fiamma della mia carità è troppo debole per poter comunicare agli altri il proprio calore, io mi sento sempre molto freddo e troppo distratto dalle preoccupazioni materiali, delle quali comprendo le inutili vanità; solo con sforzo e molto lentamente a quelli che sono i beni spirituali ai quali debba aspirare con invincibile ardore, come agli unici necessari.

E tanto bello l'amore di Dio e l'amore del prossimo, tanto grande il premio che anche quaggiù si accompagna all'esercizio delle virtù cristiane, con la pace dell'anima e le consolazioni spirituali! Però la nostra naturalezza corrotta di cui mi rendo conto, ed i continui ostacoli del demonio e del mondo, mi hanno reso poco sensibile di fronte a tanti inestimabili tesori, troppo poco attivo nel conseguirli » (28 aprile 1923).

Da tutte le sue lettere traspare un'evidente manifestazione di dolcezza, semplicità e memoria. Sono come uno specchio dove appare il suo talento spirituale, il suo perfezionamento, e la sua aspirazione costante alla virtù. Questa è un segno del suo modo di essere; così lo interpretarono i suoi professori ed i suoi compagni di studio, giacché la sua figura si distinta

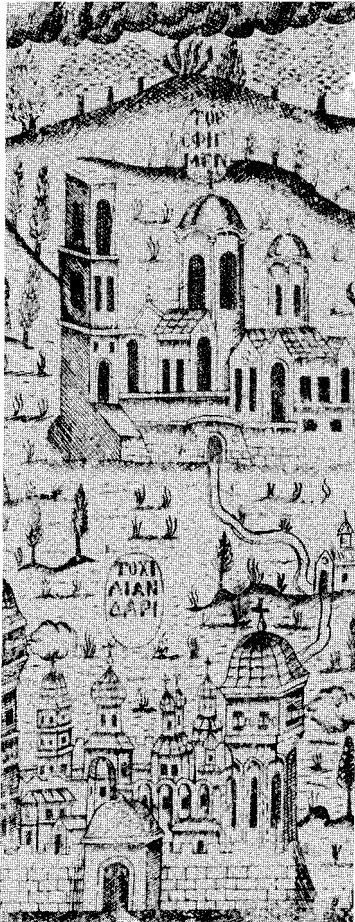
dalle altre; di lui ricordano, tra le altre caratteristiche, le seguenti:

— era un puro e notoriamente riconosciuto come tale;

— nel suo aspetto esteriore, era anche riservato; i suoi compagni ricordano il suo sguardo limpido, il suo apparire modesto, la sua voce mai alterata;

— era molto diligente, era sereno, non si alterava per nulla, e questa qualità aveva un grande ascendente sugli altri;

— era dolce nel tratto, era anche ordinato, senza ostentazione;



— si imponeva senza essere dominante e poiché era sincero nella sua vita religiosa, il suo ascendente sugli altri era grande;

— era contento di lavorare per il dovere (per questo studiava) e anche dell'obbligo di pregare (per questo era decisamente cristiano nella sua vita);

— quando fra i suoi colleghi medici corse la voce della sua entrata nella vita religiosa e tra i Fatebenefratelli (OH. S. Giovanni di Dio), la notizia non meravigliò. Doveva concludersi così, commentavano tutti.

### 3. Un apostolo dei nostri giorni

Preparato Riccardo a tanta alta scuola, esercitato alle virtù così

fondamentali. stava più formato ora per il messaggio e l'apostolato fra le persone, realtà che prese forma più concreta e coerente nel suo esercizio professionale di medico a Morimondo per il periodo di 6 anni.

« Nel guidare gli infermi fu un esemplare modello », ci dicono i suoi biografi. Era sempre disponibile e pronto alle chiamate anche intempestive che c'erano, non badava al tempo e gli infermi più gravi, li visitava fino a tre volte al giorno.

Altre dimostrazioni di apprezzamento e della stima di cui godeva, lo dimostrarono i giovani di Morimondo quando furono messi al corrente della sua entrata nella vita religiosa, giacché solevano ripetergli: « Dottori ne incontreremo altri, però un fratello come il Dottor Pampuri non lo incontreremo mai ».

*Alla sua espressione apostolica di lavoro di medico dobbiamo aggiungere il suo apostolato in parrocchia, il suo apostolato fra la gioventù ed il suo amore per le missioni.*

Dimostrò sempre un grande spirito di servizio e di essere un buon organizzatore. Quando nella parrocchia si introdusse il culto eucaristico, Riccardo stava organizzando ed aiutando i giovani affinché partecipassero, e lui era il primo, perché mai mancò alle funzioni che si realizzavano.

Ai giovani dedicava il suo tempo anche quando visitava gli infermi nelle loro case, perché anche i sani necessitavano, nonostante tutto, di consigli. Per questo si parlava molto del Dottore nelle famiglie, perché praticava ciò che predicava.

Orientò, ugualmente, molti giovani verso un rinnovamento spirituale della loro vita, conducendoli alla pratica degli Esercizi spirituali e quando sentiva che incontravano delle difficoltà nelle famiglie, o per motivi di lavoro, si interessava andava in visita ai padri, e prendeva a suo carico le necessità delle famiglie, infine si prodigava in ogni modo perché i ragazzi di Moribondo prendessero parte ad un corso di Esercizi Spirituali.

Il suo amore per le missioni fu concreto e pratico, si interessò all'azione missionaria, non solo destinando parte di quello che guadagnava con il suo lavoro, ma anche dedicandosi personalmente all'organizzazione missionaria nella parrocchia.

Altro esempio del suo talento apostolico ce lo manifesta un certificato che si conserva nell'archivio della Postulazione, riferito all'opera francescana internazionale per i lebbrosi, per la sua valida collaborazione tanto che gli venne

concesso il diploma di socio fondatore.

Provò un gran piacere nel partecipare al Congresso Eucaristico di Genova e lo descrive in una delle sue lettere alla sorella Longina:

« Gesù mio, mi chiamasti a Genova credente. Fammi ritornare apostolo. Per amarti e farti amare ».

Una testimonianza che mostra bene l'indole apostolica di Pampuri fu inviata alla Postulazione di Padre Cherubino Facchinetti, O.F.M., e dice così:

« Mi fa piacere poter affermare che stimo sempre come una grazia speciale del Signore l'aver conosciuto il giovane Herminio Pampuri, medico chirurgo, e gioire della sua amabile ed esemplare conversazione. Le sue chiacchierate contengono sempre temi spirituali. Mi parlava spesso della sua vocazione religiosa e desiderava realizzarla in quanto lo permettevano le circostanze.

Nell'esercizio della sua professione si evidenzia la Grande Carità che brilla nel suo cuore virtuoso, e che lo ha reso sollecito nell'assistenza, nel guidare amorosamente i suoi infermi, intorno ai quali esercita con prudenza e delicatezza esemplare un vero apostolato religioso.

I guadagni che gli rendeva la sua professione di medico li divideva con gli infermi più poveri. Mi aveva consegnato molte volte quantità di denaro in segreto, al fine di custodirglielo per poterlo poi destinare alle Missioni Cattoliche presenti nei paesi di religione diversa.

Non posso tacere sulla sua profonda fede e sul suo vivissimo amore per il S.S. Sacramento dell'Altare. Molte volte doveti scuoterlo e chiamarlo per allontanarlo dalle sue prolungate visite in adorazione davanti al Santo tabernacolo; chiedendomi scusa per aver sperato di diventare perfetto ».

#### 4. Fino al termine della sua vita (con i Fatebenefratelli)

Pampuri ottenne un vero plebiscito di riconoscimenti a Morimondo, con la sua gente, con la sua parrocchia, con i suoi giovani, essendo il medico di campagna vicino alla famiglia, ai bambini, un medico del corpo e dell'anima.

Però stava maturandosi in lui la chiamata del Signore presso un Istituto religioso. Sulle varie carte a sua sorella Longina manifestava questo suo desiderio e nelle lettere che inviava Lei il 5 settembre del 1923 così si esprime: « L'ultimo giorno del mese passato, dopo una settimana di Esercizi spirituali, presi la decisione di entrare nel-

l'ordine dei Padri Gesuiti, però il giudizio medico sfavorevole mi fermò il cammino, come io avevo sospettato ».

Questo nuovo progetto lo mise in atto quattro anni più tardi concretamente nell'Ordine dei Figli di S. Giovanni di Dio, era il 16 giugno 1927. In una carta diretta al Padre Provinciale di Milano, Padre Zaccaria Castelletti, richiese l'ammissione con queste parole: « Seguendo il suo consiglio e confidando completamente nell'aiuto della Divina Provvidenza, mi rivolgo a Lei per chiedere di entrare a far parte dell'Ordine di S. Giovanni di Dio ».

Non doveva essere ben compresa la decisione nella sua famiglia, come si comprende dagli altri scritti che diresse lo stesso giorno ai suoi: « Debbo presentarvi le più sentite scuse per il grave scompiglio che ha creato la mia decisione (...) Quanto a me, spero, con la grazia del Signore, di aver preso questa decisione con purezza di intenzione ».

Entrato nell'ordine, scrisse alla sorella: « Il Signore che mi concede una grazia tanto grande e tanto bella di chiamarmi alla religione dove è tanto abbondante la pioggia della sua grazia e benedizioni, non lascerà di compiere la sua opera e di portarmi a tal forma che porta ad essere un buon fratello che risplende in una felicità e in quella pace che tanto desidero ».

Dopo un anno di noviziato prese i suoi voti temporanei Brescia il 24 ottobre 1928. La sua vita continua nella semplicità, però significativa per la sua umiltà e la sua carità. La sua preghiera e la sua unione con Dio, erano costanti e la sua attività al servizio del dentista di Brescia fu esemplare; ed egli si prodigò specialmente presso i poveri; fu instancabile nella sua carità e grande fu la stima della gente.

Morì santamente a Milano il 1° maggio del 1930. Fragile di corpo, però grande nello spirito.

Il grande ed il sorprendente non appartiene a Riccardo Pampuri, le sue qualità furono: la semplicità, il quotidiano, il coerente che però scaturivano dal profondo, dalla fede, dal mistero. Per questo arriverà ad essere grande, sublime, ardente e santo.

Il papa Giovanni Paolo II, nel discorso pronunciato il giorno della beatificazione di Pampuri — 4 ottobre 1981 — disse:

« La figura del Beato Riccardo Pampuri — a 24 anni medico municipale e a 30 anni religioso del benemerito Ordine degli Ospedali di S. Giovanni di Dio — è straordinaria, vicina a noi nel tempo, però più vicina anche ai nostri problemi ed alla nostra sensibilità.

La vita breve, però intensa del fratello Riccardo Pampuri, è un

incitamento per tutto il popolo di Dio, ed in special modo per i medici, i giovani ed i religiosi.

Ai giovani di oggi invia il messaggio di vivere felicemente e validamente la fede cristiana nell'ascolto continuo della parole di Dio, nella coerenza generosa con le esigenze del messaggio di Cristo, nella donazione ai fratelli.

Ai medici, suoi colleghi, invia il messaggio di svolgere con impegno il loro delicato compito animandolo con i loro ideali cristiani, umani e professionali, affinché sia una autentica missione di servizio sociale, di carità fraterna e di sincera promozione umana.

Ai religiosi ed alle religiose, specialmente quelle che, nell'umiltà e nella riservatezza (occultamente) realizzano la loro consacrazione nella vita degli ospedali e centri di lunga degenza, il fratello Riccardo si raccomanda che vivano lo spirito originario del suo Istituto, nell'amore di Dio e dei suoi fratelli bisognosi ».

Queste espressioni sono state sottolineate ancora dal Papa nell'omelia della Canonizzazione - 1° novembre - e in special modo nel saluto, durante l'Angelus, rivolto a tutto l'Ordine Ospedaliero dei Fatebenefratelli:

"Saluto con gioia anche i Fratelli dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio, e mi unisco alla loro giusta esultanza per la canonizzazione di un Confratello in questo anno centenario del loro Fondatore. Un santo contemporaneo, che alcuni dei presenti hanno conosciuto personalmente e che si presenta oggi alla vostra comunità come modello di quella sollecitudine verso il malato e il sofferente, che già insegnava e praticava San Giovanni di Dio. Raccogliete, cari Fatebenefratelli, questo esempio di fedeltà al carisma che vi è proprio, nella consapevolezza di quanto esso sia oggi importante per attestare l'amore di Cristo verso gli umili e verso le vittime di ogni sorta di malattia".

**JOSÉ L. REDRADO, O.H.**  
Segretario del Pontificio Consiglio della  
Pastorale per gli Operatori Sanitari

# il CICIAMS, una realtà associativa nella Chiesa e nel mondo

I problemi posti dalla sanità, la malattia, la sofferenza, il senso stesso della vita, toccano l'uomo, la famiglia nella loro integralità in tutti i paesi del mondo.

Nella tradizione millenaria della Chiesa, l'interesse, la comprensione per i malati e i sofferenti sono costantemente presenti e testimoniati dalla storia delle grandi istituzioni ospedaliere degli ordini religiosi consacrati all'assistenza dei malati e dall'attività missionaria in favore della sanità nei paesi sottosviluppati.

Giovanni Paolo II nella Sua Enciclica « Salvifici Doloris » ci ha dato recentemente un insegnamento preciso affinché nel mondo della sanità, oggi fortemente secolarizzato, i cristiani possano continuare a mantenere attraverso una presenza significativa di opere e di idee, i concetti di carità e di pietà che sono stati propri della Chiesa.

La funzione pastorale per i problemi della sanità e per le persone minacciate o colpite dalla malattia e dalla sofferenza è ben presente nelle Chiese locali. Le Conferenze Episcopali in un numero crescente di paesi hanno costituito delle Commissioni o delle sezioni specializzate per la pastorale della sanità.

Il CICIAMS (Comitato Internazionale Cattolico di Infermieri e Assistenti medico-sociali) fondato nel 1933, è una federazione d'associazioni cattoliche professionali che raggruppano sul piano nazionale il personale curante (infermieri, assistenti medico-sociali, levatrici etc.) laico ed anche religioso. Lo Statuto del CICIAMS (ed. 1972) approvato dalla Santa Sede, così definisce gli scopi della sua azione:

- incoraggiare in tutti i paesi la creazione e lo sviluppo delle Associazioni professionali cattoliche in vista d'assicurare il sostegno morale e spirituale da parte degli infermieri e degli assistenti medico-sociali cattolici contemporaneamente al loro perfezionamento tecnico;

- coordinare, nel rispetto dell'autonomia di ciascuno di essi, gli sforzi delle Associazioni professionali cattoliche, al fine di studiare e

rappresentare il pensiero cristiano nella professionalità degli infermieri e degli assistenti sociali;

- cooperare allo sviluppo generale di questa professione e promuovere un'azione sanitaria e sociale conforme al progresso della tecnica e ai principi cristiani assicurando così una dignità e una sanità cui ogni essere umano ha diritto, nel rispetto delle proprie convinzioni.

Il CICIAMS raggruppa oggi circa 70 Associazioni Nazionali, ha istituito 5 Segretariati Regionali di cui sono responsabili dei Vice-Presidenti internazionali: il Presidente internazionale, eletto ogni 4 anni, è attualmente Richard Lai Pong Chong, malese, già per due mandati Vice-Presidente per la regione Asia.

Il Segretariato Generale si trova dal 1978, come quelli di altri O.I.C. presso il Palazzo di San Callisto (Vaticano); il Segretario Generale è una donna italiana, Liliana Fiori. Il CICIAMS ha, secondo il protocollo statutario, un Consigliere Ecclesiastico, P. Joseph Joblin SJ, nominato dalla Santa Sede nel 1982.

Il Presidente del CICIAMS è membro del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari e il Consigliere Ecclesiastico ne è Consultore.

Dal 1947 il CICIAMS è membro della Conferenza degli OIC, ma già dopo pochi anni, comprendendo l'importanza di una presenza vicino alle istanze internazionali interessate all'azione sanitaria e sociale, chiede ed ottiene lo Statuto Consultivo a l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità). È iscritto quindi nel Registro del Consiglio Economico e Sociale delle Nazioni Unite ed è entrato nel Comitato dei Consulenti dell'UNICEF; infine nel 1957 ha iniziato rapporti ufficiali con l'OIT (Organizzazione Internazionale del Lavoro).

## L'impegno del CICIAMS oggi

In un messaggio inviato alle associazioni membre alla vigilia del Sinodo per i Laici, il nostro Consigliere Ecclesiastico ha invitato loro a ritornare sugli orientamenti presi nelle riunioni internazionali del CICIAMS di questi ultimi anni.

- Le nostre associazioni raggruppano personale sanitario preoccupato di meglio esercitare la propria responsabilità di battezzati nella loro vita professionale.

- Per un cattolico professionale è il mezzo privilegiato di partecipare all'opera di evangelizzazione.

- Le associazioni professionali, raggruppate nel CICIAMS, assicu-

rano una presenza organica della Chiesa nella società.

- L'esistenza di associazioni che raggruppano cristiani sul campo professionale, deve permettere a questi di agire in maniera responsabile nelle strutture che guidano lo sviluppo nel corso del quale essi sono presenti.

Questi orientamenti e linee di condotta devono collocarsi nella realtà della cultura della società ed in particolare del mondo della sanità di oggi. L'era tecnologica offre senza dubbio delle enormi possibilità, ma rischia di togliere all'uomo il gusto e la gioia della sua esistenza, la riconoscenza e il rispetto della vita.

C'è un cambiamento di mentalità rispetto alla malattia, alla sofferenza, alla morte. I concetti che annullano i diritti sacri alla vita trovano adesione nei nostri mezzi. L'uomo diventa, come altre cose, manipolabile, strumento di produzione e consumo.

I « frutti amari » di questi concetti — diceva il Santo Padre nell'ottobre 1987, ai membri dell'associazione cattolica dei lavoratori della sanità italiana — sono già presenti: aborto legalizzato, eutanasia, manipolazione genetica, esperimenti su embrioni umani, fecondazione in vitro, violenza psichica etc.

Il personale sanitario si trova nel cuore del problema e delle decisioni che caratterizzano il nostro tempo e lo sviluppo della sanità. Il CICIAMS vuole incorag-



giare e sostenere il personale cattolico perché assuma in pieno le responsabilità che come laici, nella Chiesa e nel mondo, essi hanno oggi:

— per una formazione etica continuamente messa in luce e fedele al magistero della Chiesa. Il testo « Riferimenti etici e principi d'azione per il personale infermieristico e ostetrico cattolico » è stato adottato dal giugno 1988.

— Per una solida formazione cristiana fondata sull'ascolto della parola di Dio, della vita sacramentale, per essere capaci di rimanere fedeli al Battesimo, disponibili ai servizi dei frati e dei preti a testimonianza della loro fede nelle diverse e spesso difficili situazioni esistenziali.

— Per la promozione di una politica di sanità positivamente rispettosa della vita, difendendo ed esercitando il diritto di rappresentatività delle nostre associazioni a livello di strutture locali, delle autorità nazionali e nelle istanze internazionali.

54



## confederazione nazionale delle misericordie d'Italia e dei gruppi donatori di sangue « fratres »

L'Associazione di volontariato che ho l'onore e l'onere di presiedere e dirigere, e cioè la Confederazione Nazionale delle Misericordie d'Italia, sorse a Pistoia il 23 agosto 1899. Fu un appello all'unità e ebbe come motto: « Concordi nella Carità ». A Pistoia convennero le Misericordie desiderose di conoscersi, di coordinarsi per meglio operare insieme e diffondere il messaggio evangelico.

Da quel giorno, e sono 90 anni, la Confederazione ha proseguito il suo cammino fra varie difficoltà, promuovendo e tutelando i diritti delle Misericordie in tutto il territorio nazionale.

Il Santo Padre il 14 giugno 1986 ci concesse una udienza alla quale eravamo guidati e presentati a nome dell'episcopato italiano, da S.E. Rev.ma Mons. Giuliano Agresti Arcivescovo di Lucca, e in quell'occasione Giovanni Paolo II ridisegnò il nuovo volto delle Misericordie puntualizzando nel discorso la nostra nuova fisionomia, dandoci precisi impegni ai quali noi vogliamo essere e rimanere fedeli.

Abbiamo dato un nome a questa svolta « nuovo corso ». Questo nuovo corso e questo nuovo impegno noi abbiamo voluto che fosse sancito nel preambolo del nuovo statuto confederale che è stato approvato all'unanimità dall'Assemblea Nazionale delle Misericordie il 3 giugno 1989.

« La Confederazione intende far proprio il messaggio che il Sommo Pontefice Giovanni Paolo II consegnò alle Misericordie nell'udienza del 14 giugno 1986 che segnò un nuovo corso storico delle Misericordie italiane alla vigilia del terzo millennio. La Confederazione intende anche operare con studi, convegni e scuole di formazione, perché si realizzi quella " Civiltà dell'Amore " che il Papa ha affidato alle Misericordie ».

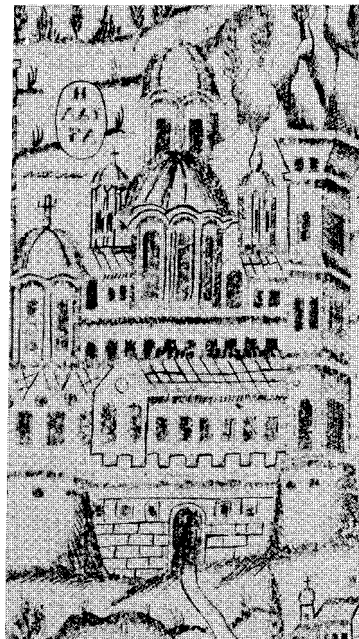
### Situazione operativa delle Misericordie italiane

La Confederazione riunisce oltre 450 Confraternite e 360 Donatori di sangue « Fratres » in 60 Diocesi.

Complessivamente operano circa 600.000 confratelli con oltre 1.500 automezzi.

I servizi sono i più svariati e nascono dalle varie necessità emergenti. I principali sono:

- trasporti sanitari e sociali,
- donazione sangue e organi,
- protezione civile,
- gestione ambulatori specialistici,
- gestione Case di Riposo,
- gestione centri dialisi,
- assistenza domiciliare
- assistenza anziani,
- assistenza degenti negli ospedali,
- assistenza carcerati,
- assistenza tossicodipendenti,
- assistenza portatori di handicap,
- consultori familiari,
- servizio di telefono amico.



## Le Misericordie all'estero

Questo grande movimento caritativo che nacque a Firenze nel 1244 per iniziativa di San Pietro Martire dell'Ordine Domenicano si sparse prima per la Toscana, poi in altre regioni italiane ed anche all'estero.

## Le Misericordie in Russia

L'anno scorso siamo entrati in contatto con le Misericordie sovietiche.

Il promotore e l'animatore, lo scrittore e deputato al parlamento Daniel Granin, così ci ha scritto: « Negli ultimi tempi abbiamo ricevuto le visite di rappresentanti di organizzazioni caritative degli Stati Uniti, del Giappone, della Polonia. Noi siamo molto interessati alle esperienze straniere. Tuttavia siamo convinti che proprio le Misericordie italiane sono più vicine a noi per i nostri ideali spirituali; per la concreta affermazione dell'amore per l'uomo, per la loro attività fondata sui principi umani e disinteressati della Misericordia ».

Lo scrittore Granin è stato nostro ospite in Italia e lo scorso anno in Palazzo Vecchio a Firenze si scambiò un abbraccio di pace con il Presidente della Misericordia di Fatima e delle Misericordie del Portogallo.

Il contatto epistolare e personale è costante e loro stessi chiedono una stretta collaborazione anche sul piano formativo con l'invio di nostri esperti in URSS e loro giovani presso le nostre sedi.

Attualmente le Misericordie russe sono in 85 città che vanno da Leningrado a Mosca, a Samarkanda fino ad Alma Ata ai confini con la Cina. Operano negli ospedali e nell'assistenza agli anziani.

## Le Misericordie nel resto del Mondo

In Europa solo in Portogallo operano 388 Misericordie che da Lisbona si sono diffuse in tutti i paesi di lingua portoghese in Africa, Asia e America latina. Solo in Brasile operano più di 1.000 Misericordie. Si conoscono anche Misericordie in Spagna e nel Principato di Monaco.

Premesso tutto questo è chiaro che i problemi sia di carattere nazionale che internazionale sono molteplici, complessi e di una certa importanza.

Se vogliamo camminare nel nuovo corso ridisegnato da Giovanni Paolo II, abbiamo bisogno di aiuto e riteniamo necessario chiedere:

1) che il cammino della nostra associazione, sul piano nazionale e internazionale sia fatto in collabo-

razione e con l'approvazione del Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari.

2) L'art. 33 del nuovo statuto confederale recita: « La Confederazione ha un proprio Assistente Spirituale o Correttore. La nomina del medesimo è fatta dalla competente autorità ecclesiastica ».

Ci sembrerebbe necessario che, come assistente, fosse nominato un Vescovo perché potesse a tutti i livelli curare i rapporti e soprattutto dare precisi indirizzi.

3) Aiuto per ricercare nei vari Paesi se esistono movimenti simili al nostro al fine di poter organizzare al più presto un Convegno internazionale sui vari problemi, come risolverli insieme (con particolare riguardo ai Paesi dell'Est europeo) e per concretizzare un momento d'incontro.

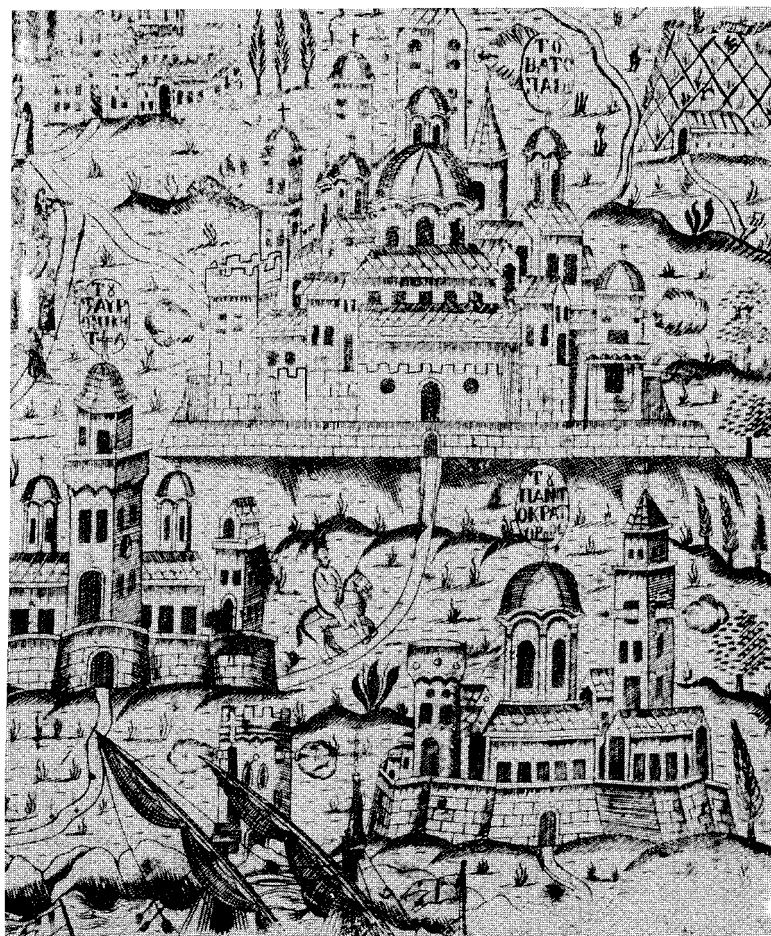
4) La rivista « Civiltà dell'Amore » sta ottenendo un buon successo per il suo contenuto ed i

suoi indirizzi che danno una precisa « immagine » del nostro movimento impegnato anche nel coinvolgere nel sociale le Confraternite di culto. Lo sforzo della rivista è teso a far vedere la società con occhi nuovi e chiamare intorno a questo strumento uomini di cultura per costruire insieme quella « civiltà dell'amore » che il Santo Padre ci ha affidato di promuovere e costruire.

Problemi di carattere economico ci assillano in quanto siamo carenti di inserzioni pubblicitarie che però ci sono state promesse per il prossimo futuro.

Questi i nostri principali problemi dell'immediato che ogni giorno si rinnovano e pertanto, in un certo senso è un costante scaturire di bisogni e di idee: il continuo contatto con il Pontificio Consiglio per la Pastorale Sanitaria sarebbe per noi un preciso punto di riferimento.

FRANCESCO GIANNELLI



## Istituto internazionale di teologia pastorale sanitaria (Roma)

Questa relazione si divide in tre parti:

- \* Breve memoria storica
- \* Valutazione dopo due anni
- \* Prospettive e impegni per il futuro

### 1. Breve memoria storica

La creazione del Camillianum ha dei precedenti che in qualche modo gli hanno dato ragione e supporto: l'esistenza di centri camilliani di pastorale sanitaria in diverse provincie dell'Ordine. Si tratta, in tutti i casi, di esperienze che rivelano la sensibilità dell'Ordine nei confronti della cultura e che incoraggiano delle scelte ancora più incisive.

Si tratta, tuttavia, di esperienze locali, nate, a volte, per opera di qualche singolo. Il primo tentativo di costituire un istituto di pastorale sanitaria a livello interprovinciale risale al 1976.

Nel cammino di maturazione hanno avuto un peso specifico, tra altri, questi fattori: la pubblicazione della Salvifici Doloris, la creazione della Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari il cui presidente mons. Angelini ci ha sempre incoraggiati, e, più vicino a noi, l'esistenza dell'istituto di pastorale sanitaria di Monte Mario, creato dalla provincia romana, sulla cui base è sorto il Camillianum.

Il «Camillianum» viene approvato ed eretto accademicamente il 28 aprile 1987 dalla s. Sede e i suoi statuti approvati ad experimentum, ad quinquennium.

\* 17 agosto 1987. Il p. Domenico Casera viene nominato preside del Camillianum per un biennio dalla Congregazione per l'Educazione Cattolica.

\* 31 agosto 1987. I religiosi Spogli Emidio, Alvarez Francisco e Dalla Rizza Gianni vengono nominati rispettivamente dal superiore generale Calisto Vendrame vice-preside, segretario e amministratore del Camillianum.

\* 19 ottobre 1987. Nella chiesa dello studentato della provincia

romana ha luogo la solenne celebrazione di inaugurazione dell'anno accademico, presieduta dal p. Domenico Casera. Il 21 ottobre iniziano le lezioni del biennio accademico.

\* 7 novembre 1987. Inaugurazione ufficiale del Camillianum. Presenti: il superiore generale p. Calisto Vendrame, il prefetto della Congregazione per l'Educazione Cattolica card. W. Baum, il card. vicario Ugo Poletti, il card. Paul Zougrana, l'arcivescovo mons. Fiorenzo Angelini, il preside della pontificia facoltà teologica Teresianum p. Federico Ruz, il Priore Generale dei Fatebenefratelli, Pierluigi Marchesi e la superiora generale delle suore del Sacro Cuore (P. Menni). Lezione magistrale tenuta dal preside P. Domenico Casera.

### 2. Valutazione dopo due anni

Ancora in fase di esperimento il Camillianum non ha raggiunto ovviamente la velocità di crociera. La valutazione è quindi assolutamente necessaria. Finora sono state molto utili le indicazioni e i suggerimenti venuti dai raduni del collegio dei professori (6 fino al momento presente), a tre dei quali hanno preso parte anche i rappresentanti degli alunni.

In attesa che possa essere fatta la valutazione programmata per la fine dell'anno accademico, offro qui alcuni elementi di discernimento e di confronto.

#### 1. Sede

Esiste un generale consenso, anche da parte degli alunni, nel riconoscere l'idoneità dei locali e la bellezza del luogo in cui si trova la sede dell'Istituto. Anche le strutture (mobilio, aule, biblioteca, macchine diverse, ecc.) meritano apprezzamenti positivi. Per i bisogni attuali dell'Istituto la capacità dei locali è sufficiente.

#### 2. Piano di studi

La vita, lo sviluppo e il futuro di un istituto dipendono in buona misura dal suo piano di studi. E stato questo infatti l'argomento che ha occupato maggiormente l'attenzione e il discernimento da parte della commissione creata per l'avvio del Camillianum. Il piano di studi è sempre il punto di riferimento, di discussione e d'incontro quando si tratta di approfondire e precisare ulteriormente l'orientamento globale dell'Istituto. Esso è stato oggetto, come lo statuto, dell'approvazione della s. Sede.

Il piano di studi intende attuare e veicolare le finalità dell'Istituto. Per il raggiungimento degli obiettivi, il piano di studi ha cercato di sottolineare al tempo stesso la formazione dottrinale e l'equipaggiamento pastorale dell'alunno, l'armonizzazione dei momenti teorici e pratici, l'integrazione delle diverse sezioni — senza perdere il carattere interdisciplinare — in un programma unitario, la specializzazione dell'alunno in una disciplina ancora da inventare ed approfondire nel concreto: *la Teologia Pastorale Sanitaria*.

### 3. Collegio dei professori

Il quadro dei professori è disegnato dai seguenti dati, comprensivi del biennio accademico e del biennio di aggiornamento:

* Numero totale dei professori	44
* Hanno già insegnato o insegneranno nell'anno in corso	41
* Camilliani (appartenenti a 7 province)	17
* Nazionalità del totale dei professori (Italia 36; Spagna 3; Austria, Brasile, Germania, Francia e Israele, 1)	7
* Religiosi (Camilliani 17, Carmelitani 2, Domenicani 1, Gesuiti 1, Fatebenefratelli 1)	22
* Sacerdoti diocesani	7
* Laici (di cui 2 donne)	13
* Ministri di confessioni protestanti	2
* Del totale dei professori: vengono dal mondo della salute e socio-sanitario	33

### 4. Alunni

Ecco alcuni dati relativi al biennio accademico, aggiornati all'inizio del secondo semestre dell'anno in corso:

#### — Alunni del primo anno:

Ordinari	13
Straordinari	14
Ospiti/uditòri	10
	37

#### — Alunni del secondo anno:

Ordinari	12
Straordinari	9
Ospiti/uditòri	2
	23

Totale biennio accademico: 60

— Nazionalità presenti 16 (Italia 30, Spagna 8, Argentina 4, Brasile 3, India 3, Colombia 2,

Austria, Australia, Cile, Germania, Malta, Perù, Polonia, Portogallo, Thailandia, USA 1)

— Congregazioni religiose presenti	22
— Religiosi (di cui 13 <i>Camilliani</i> )	40
— Clero diocesano	9
— Laici (di cui una protestante)	8
— Appartenenti ad istituti secolari	3

\* Da segnalare: Nel passaggio dal primo al secondo anno si sono « persi per strada » una dozzina di alunni: alcuni avevano avuto permesso per un solo anno (o addirittura per un semestre), altri sono stati richiamati dai superiori per motivi di lavoro, altri per impegni familiari, ecc.

Alla fine dell'anno accademico il « Camillianum » (Istituto Internazionale di Teologia Pastorale Internazionale) ha conferito i primi gradi di Laurea in Teologia Pastorale Sanitaria a nove studenti, e il diploma ad altri sei.

Per quanto riguarda il biennio di aggiornamento:

— Alunni al primo anno	38
— Alunni del secondo anno	36
	74

Oltre al linguaggio dei dati — a volte molto eloquente — l'esperienza e il discernimento ci permettono di offrire alcuni elementi di giudizio:

\* In genere gli alunni del biennio accademico sembrano ben motivati: la frequenza alle lezioni è esemplare e l'impegno di parecchi nell'approfondire le materie e nello svolgimento del tirocinio pratico è lodevole.

\* L'internazionalità degli alunni si traduce in varietà di culture e in eterogeneità di livelli formativi. Il livello medio sembra tuttavia abbastanza buono, ma presenta in alcuni casi qualche carenza (occorre tenere presente che il Camillianum offre la specializzazione nel secondo ciclo degli studi teologici): non tutti sono all'altezza del livello specialistico dell'Istituto. Le materie presuppongono una formazione comune (teologia, s. scrittura, psicologia, sociologia, ecc.) che, ovviamente, non tutti possiedono;

\* cresce tra gli alunni il desiderio di promuovere il senso di comunità e di famiglia, non limitando la presenza al Camillianum ai soli obiettivi accademici;

\* diventa anche sempre più chiara l'opportunità di accompagnare più da vicino il tirocinio

pratico degli alunni e di promuovere iniziative pastorali assieme a loro.

## 5. Biblioteca

Al 31 marzo la situazione della biblioteca è la seguente:

* Libri esistenti	3.408
* Così divisi nelle seguenti sezioni:	
— TPS1: sezione biblica	185
— TPS2: sezione teologica	462
— TPS3: sezione pastorale	583
— TPS4: sezione psicologica	368
— TPS5: sezione sociologica	225
— TPS6: sezione morale	372
— TPS7: sezione storia	265
— TPS8: sezione spiritualità	216
— TPS9: sezione medicina	202
— Varie (dizionari, enciclopedie, ecc.)	165
— Libri provenienti dalla biblioteca antica della Maddalena	365
* Riviste (titoli)	82

La costituzione della biblioteca è uno degli impegni primari dell'istituto e uno dei migliori servizi che esso può prestare. Occorre quindi renderla veramente internazionale e dotarla della miglior bibliografia specialistica esistente nelle principali lingue: un traguardo che, per il momento, si sta compiendo per l'italiano e, in breve, per lo spagnolo, grazie ai quasi trecento volumi offerti dalla provincia spagnola. Per quanto riguarda le altre lingue, sono arrivati parecchi libri dagli Stati Uniti e alcuni dall'Austria e dal Brasile, inviati gentilmente dalle rispettive province. La biblioteca si è inoltre arricchita con i libri del compianto p. Jean Jacques.

Quanto alle riviste, è da sottolineare i 22 titoli in lingua tedesca il cui abbonamento è offerto dalle province tedesca e austriaca. Si ricevono gratuitamente riviste provenienti anche dall'Inghilterra, dalla Francia, dalla Spagna, dal Brasile, dalla Colombia, dalle Filippine e dall'Olanda, pagate dalle rispettive province o delegazioni.

## 6. Equipe direttiva

In attesa di poter costituire gli organi previsti dallo statuto, il Camillianum è retto ordinariamente dall'équipe di presidenza/direzione costituito dal preside, vicepresidente, segretario, amministratore e bibliotecario.

Oltre alle funzioni assegnate a ciascuno dallo statuto, l'équipe direttiva si è riunita in parecchie occasioni e nei momenti di programmazione importanti.

Due dei membri dell'équipe hanno assunto, inoltre, la responsabilità di direzione della rivista scientifica (p. Casera) e di organizzare i convegni/congressi in quest'anno accademico (p. Spogli), entrambi coadiuvati da un'apposita commissione. Il primo numero della rivista « Camillianum » uscirà all'inizio del prossimo anno accademico, e in principio è previsto un solo numero all'anno. Per quanto riguarda i convegni, nei giorni 26-27 maggio avrà luogo il primo.

\* Sia i membri dell'équipe direttiva che i professori camilliani hanno anche onorato l'impegno di animazione della pastorale sanitaria, compito importante del Camillianum. Settimane di educazione pastorale clinica, conferenze, insegnamento in altri istituti o atenei, preparazione del convegno europeo di pastorale e counselling (settembre p.v. ad Assisi), preparazione del simposio dei vescovi europei (ottobre p.v. a Roma), del sinodo diocesano di Roma, ecc.: sono alcune delle attività in cui direttamente o indirettamente è





coinvolto il Camillianum praticamente in ogni regione d'Italia.

\* La conduzione ordinaria del Camillianum è molto esigente. Bisogna seguire da vicino i diversi settori della vita e attività: solo così si può incidere efficacemente su di esse, correggere la rotta se necessario, discernere adeguatamente, allargarne la proiezione, promuovere iniziative.

### 7. Pubblicizzazione

A due anni di distanza dall'inizio della campagna pubblicitaria, è forse questa l'attività che maggiormente rivela successi e carenze.

Il Camillianum è ormai conosciuto in tutto il mondo, ma da pochi. Finora non si è lesinato nella propaganda; in diverse occasioni sono state distribuite migliaia di copie di dépliant in sette lingue; diverse riviste e giornali italiani ed esteri hanno pubblicato dei servizi; anche la Radio Vaticana se ne è fatta sovente portavoce. Dalle indicazioni fornite dagli alunni riguardo il modo come hanno conosciuto il Camillianum, sembra che i mezzi usati abbiano una certa efficacia.

Sono tuttavia le carenze quelle che bisognerebbe sottolineare:

\* non si sono fatte ancora certe campagne personalizzate presso le conferenze regionali e nazionali dei vescovi (si spera di poterlo fare nel Lazio, in Italia e forse anche in Spagna);

\* dagli ambienti di lavoro dove i nostri svolgono il ministero non si è ancora avuto un'eco soddisfacente;

\* manca ancora la pubblicità assicurata dai convegni e dalla stessa rivista scientifica.

### 3. Prospettive e impegni per il futuro

Dalle realtà descritte sommariamente, e alla luce dell'esperienza di questi due anni emergono alcune linee orientative ed alcuni impegni.

1. Il *Camillianum* appartiene a tutto l'Ordine. Si rende quindi necessaria la disponibilità delle province.

2. *Piano di studi*. Il piano di studi va rivisto, in funzione dei seguenti criteri o bisogni:

\* approfondire e promuovere l'integrazione di teologia e pastorale, di dottrina e prassi per un'adeguata specializzazione;

\* cercare un maggior equilibrio tra le diverse tematiche e sezioni del programma;

\* rendere cicliche alcune discipline, in modo da permettere al Camillianum di usufruire della collaborazione di confratelli professori che vivono abitualmente all'estero;

\* istituire dei corsi supplementari, da tenere al mattino, per introdurre gli alunni, la cui formazione è carente, ai concetti e al linguaggio fondamentali di certe materie (s. Scrittura, psicologia e sociologia).

3. *Promozione culturale*. Il Camillianum costituisce per l'Ordine una sfida. La Chiesa e la società, guardando al Camillianum, sperano di trovarvi dei veri specialisti. Occorre, quindi, creare le condizioni perché i professori possano, con rigore professionale, dedicarsi alla ricerca specialistica (ciascuno nella propria materia), alla pubblicazione di scritti, alla promozione della cultura nel mondo della salute. L'istituzione da parte della Chiesa di un *nuovo grado accademico* (la licenza e il dottorato in teologia con specializzazione in Teologia Pastorale Sanitaria) riconosce nuova consistenza e personalità alle diverse materie che fanno parte del programma.

4. *Proiezione esterna*. Oltre a rendersi noto, tramite l'impartizione regolare dei corsi e attraverso la propaganda, il Camillianum deve crearsi un'immagine propria per il suo contributo alla promozione della cultura e all'evangelizzazione del mondo della salute.

Senza trascurare l'impegno di animazione della pastorale sanitaria — come viene già svolto dall'equipe direttiva e dai professori camilliani ad altri livelli —, occorre istituzionalizzare quanto prima:

\* la realizzazione periodica di convegni aperti alla chiesa locale, possibilmente in collaborazione con altri istituti o università;

\* la realizzazione periodica di congressi, giornate o settimane di studio di un certo livello specialistico;

\* l'istituzione di corsi minori per professionisti laici che non possono frequentare i corsi regolari;

\* l'istituzione di corsi minori o giornate di studio fuori Roma;

\* la pubblicazione regolare della rivista scientifica;

\* la preparazione di audiovisivi e di altri pastorali.

5. *Alunni*. Per il Camillianum tutti gli alunni motivati sono preziosi. Per quanto riguarda tuttavia il biennio accademico occorre favorire l'accesso di alunni ordinari e non abbassare i requisiti di ammissione per gli alunni straordinari. A questo scopo è indispensabile promuovere delle campagne di propaganda e distribuire i dépliant inviati da Roma.

P. FRANCISCO ALVAREZ, MI



*attività  
del  
Pontificio  
Consiglio*



*conferenze  
cronache degli incontri*

# Seconda giornata mondiale contro l'abuso e il traffico delle droghe (26 giugno 1989)

In occasione della Seconda Giornata Mondiale contro l'abuso e il traffico delle droghe proclamata dalle Nazioni Unite, il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, fedele alla sua finalità di « stimolare e promuovere l'opera di formazione, di studio e di azione svolta dalle diverse organizzazioni internazionali cattoliche nel campo sanitario, nonché dagli altri gruppi, associazioni e forze che, a diversi livelli e in vari modi operano in questo settore » (*Dolentium Hominum*, 6), è vicino e sostiene quanti, con esemplare generosità, si impegnano nella lotta contro l'abuso e il traffico delle droghe e nel ricupero di chi ne è vittima.

La dilagante piaga della droga ha la sua più manifesta espressione in un triplice fenomeno: nel numero crescente di tossicodipendenti, nel criminoso commercio degli stupefacenti, nella grave omissione di un comune impegno da parte della comunità sociale, a tutti i livelli.

L'abuso delle droghe diventa un caso sanitario soltanto dopo aver percorso un lungo cammino, dopo cioè essere stato un caso sociale, in mezzo a tutti, sotto molteplici aspetti.

Il nostro tempo, forse più di altre epoche della storia, spinge l'uomo alla ricerca di una modifica della propria psiche che gli consenta di non soccombere di fronte alle paure, ai pericoli, all'insicurezza, alla crisi di valori.

Nella lotta contro l'abuso e lo stesso traffico delle droghe il momento repressivo non può essere prioritario, né potrà da solo, essere risolutivo. A sua volta, la prevenzione deve farsi remota e poggiare sul principio irrinunciabile della suprema dignità alla difesa dell'istituto familiare, alla promozione di una adeguata educazione e formazione nella casa, nella scuola e negli ambienti di lavoro. Nessuna prevenzione sarà efficace sino a quando si continuerà a considerare il fenomeno della droga nel suo momento conclusivo e non già nella sua originaria e

pericolosa suggestione. Accanto, perciò, al preziosissimo impegno per il ricupero dei tossicodipendenti urge una capillare azione preventiva che interpelli individui e istituzioni sul piano della conoscenza del fenomeno, dell'intervento operativo e del coordinamento delle forze e delle iniziative.

Sia le leggi positive sia le iniziative volontarie devono collocarsi in questa vasta dimensione. Le istituzioni poi che si ispirano al precetto cristiano dell'amore, non possono ignorare che ogni infermità nell'ordine fisico coinvolge la psiche e la realtà spirituale dell'uomo; ogni azione sanante, quindi, deve poggiare sulla fede e sul ricordo fiducioso a Cristo, medico dei corpi e delle anime.

Alla cultura della morte che alimenta l'abuso e il traffico delle droghe, deve sostituirsi una cultura della vita. Il rispetto della dignità della persona umana diventa particolare attenzione di fronte alla persona che soffre, la quale non può né deve sentirsi privata dei suoi diritti umani fondamentali. Al di là, infatti, dei parametri sociali, politici ed economici del fenomeno della tossicodipendenza esiste a livello personale e sociale una crisi esistenziale di valori etici e spirituali, il superamento della quale è il solo e vero traguardo della lotta all'abuso ed anche al traffico delle droghe. La questione essenziale — come afferma Giovanni Paolo II — resta quella di « dare un senso all'uomo, alle sue scelte, alla sua vita, alla sua storia » (05.08.1979). A sua volta, — riconosce il Santo Padre — « ... il commercio della droga si è trasformato in autentico traffico della libertà, in quanto porta ad una terribile forma di schiavitù e semina la... terra di corruzione e di morte » (13.05.88).

Non si può, quindi, non guardare con ammirata partecipazione al coraggioso impegno delle molteplici associazioni che, ispirandosi all'amore e traducendo in azione e testimonianza l'indicazione evangelica del Buon Samaritano, lavorano al ricupero delle vittime della droga secondo una visione ed un progetto che, mentre cercano la costruttiva valorizzazione della sofferenza, mirano alla promozione integrale della persona umana, mobilitando, nel nome della solidarietà, energie e risorse sempre più vaste. Energie e risorse che non si esauriscono nell'ambito di una visione esclusivamente terrestre della condizione umana, ma che si spingono nel mondo della fede e della trascendenza.

La Giornata Mondiale contro l'abuso e il traffico delle droghe, per la comunità cristiana, è innanzitutto giornata di preghiera per ottenere da Dio, mediatrice la

Vergine, quella forza di dedizione generosa che ci renda promotori efficaci, sul piano delle iniziative concrete, di attività preventiva e sanante nei confronti di questa gravissima piaga del nostro tempo. Una preghiera, poi, che sia farmaco e antidoto per coloro che sperimentano le dolorose conseguenze della droga, ai quali intendiamo guardare come a nostri fratelli nella comune figliolanza del Padre e Signore di ogni misericordia.

La Giornata Mondiale non può e non deve esaurirsi nel suo breve spazio cronologico, ma tradursi in momento forte di un'azione continuata e coraggiosa.

In questo spirito, di partecipe cooperazione, il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari intende celebrare, insieme a tutti gli uomini di buona volontà, questa Giornata Mondiale contro l'abuso e il traffico delle droghe.

✠ FIORENZO ANGELINI

Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari



# I farmaci al servizio della vita umana

*Conferenza  
di S.E. Mons. Fiorenzo Angelini  
pronunciata a Verona (Italia),  
25 settembre 1989*

Gli storici riconoscono che l'origine della medicina è legata, nei suoi primordi, sia ad un elemento magico-religioso sia ad un elemento empirico. A questa ancestrale convinzione è legata la credenza, nell'uomo primitivo, che le virtù terapeutiche di certe erbe o droghe fossero dono degli dei. Molti popoli, nell'antichità ebbero una o più divinità quali protettrici dei farmaci. Peraltro la prima medicina fu appunto arte di scoprire o di preparare dei farmaci. E poiché medicina e farmacia, nel senso etimologico del termine, rispondono al bisogno istintivo di conservare la vita, di migliorarne la qualità o di prevenirne il declino causato da infermità, parlare di farmaci al servizio della vita è affermare una verità ovvia, anche perché non si sarebbe avuto né si ha progresso della medicina senza progresso della farmacologia, cioè della scienza sull'azione dei farmaci sull'organismo sano o malato, e della farmaceutica, vale a dire della loro produzione.

Questo primo principio generale sul rapporto tra i farmaci e il servizio della vita umana comporta il riconoscimento di alcune altre verità storicamente verificate, come le seguenti: - grazie ai farmaci sono del tutto o in parte scomparse malattie che, un tempo, falcidiavano intere popolazioni; - l'uso dei farmaci ha permesso enormi progressi alla medicina chirurgica, contribuendo in maniera determinante ad alzare la media dell'aspettativa di vita; - dall'individuazione e dalla preparazione di nuovi farmaci si attendono risposte di speranza per malattie tuttora in guaribili. Tutte queste constatazioni si traducono in conferme del rapporto farmaci e servizio della vita umana. Tuttavia, proprio questo rapporto va considerato alla luce delle complesse problematiche del nostro tempo nel campo della sanità e della salute.

Le verità di fondo vanno accolte, studiate e approfondite con costante riferimento all'attualità. Infatti, se oggi si parla di necessità di un rigoroso codice morale nell'uso e nella sperimentazione dei farmaci, come pure nella loro produzione e distribuzione, è perché lo stato di salute dell'umanità oggi pone problemi nuovi che postulano soluzioni adeguate e, assai spesso, urgenti. Ecco perciò che la verità di sempre, secondo la

quale i farmaci sono al servizio della vita umana, oggi si trasforma nel seguente interrogativo: in che maniera la ricerca, la programmazione, la sperimentazione, la distribuzione, l'accessibilità e l'uso dei farmaci rispettano la finalità prioritaria del servizio alla vita?

Per parte mia, ho sempre considerato tanto importanti ed urgenti questi interrogativi che, allorché il dicastero pontificio che ho l'onore di rappresentare e presiedere, organizzò la sua prima Conferenza internazionale, ritenni opportuno che essa fosse dedicata al tema ed al problema così formulato: « Il farmaco al servizio della vita umana ».<sup>1</sup>

Intervenendo a quella Conferenza internazionale, il Santo Padre Giovanni Paolo II parlò della necessità che elaborazione, distribuzione ed uso dei farmaci fossero sottoposti ad un codice morale particolarmente rigoroso « da rispettare come unico mezzo per evitare che le esigenze legate alla produzione e al costo dei farmaci, per se stesse legittime e importanti per la loro diffusione, non li distolgano dal loro significato e dal loro fine », <sup>2</sup> che sono proprio quelli di essere al servizio della vita umana.

Il rapporto tra medicina e farmaci, dunque, è un rapporto tra causa ed effetto. Si comprende, quindi, come i problemi connessi alla farmacologia ed alla farmaceutica — particolarmente a quest'ultima — vadano molto oltre la sola scienza per collocarsi sul piano di una visione etica della vita umana. Visione etica che se, in passato, poteva accentuare il riferimento all'individuo, oggi ha una immediata proiezione sociale, dal momento che la solidarietà è il nuovo nome non soltanto dell'interdipendenza costruttiva tra i popoli, ma anche dell'amore per il prossimo.<sup>3</sup>

Si riconosce comunemente, oggi, che per ogni scienziato e ricercatore il problema etico relativo all'uso delle scoperte si pone con crescente immediatezza ed urgenza. In campo medico e farmacologico la moralità della scienza si commisura alla sua capacità di tradursi in servizio alla vita ed alla sua dignità. Anche i farmaci, quindi, sono tali, cioè rappresentano un autentico « remedium », soltanto se sono prodotti ed usati per servire la vita. Tutta la vita e la vita di tutti.

Produzione e disponibilità di farmaci, nel mondo, riflettono in maniera speculare le condizioni

economiche e sociali delle diverse aree geografiche. Mentre la società consumistica e ricca conosce la possibilità generalizzata dell'uso dei farmaci, i Paesi più poveri e quelli in via di sviluppo sperimentano quotidianamente lo squilibrio tra domanda di farmaci e loro disponibilità. Il problema non è soltanto economico e sociale, ma vorrei dire è anche problema culturale e conseguentemente etico, poiché investe l'educazione sanitaria, la sensibilità politica dei pubblici poteri verso prioritari doveri di giustizia, la scala dei valori morali.

La dimensione etica del problema insita nella correlazione stessa tra farmaci e servizio della vita umana, si illumina ulteriormente se si considerano alcune realtà attuali che lo sviluppo delle comunicazioni consente di verificare nella loro drammaticità.

Nel 1987, intervenendo ad un Incontro, a Dallas, al quale partecipavano 150 Vescovi non solo degli Stati Uniti e Canada, ma anche di alcuni Paesi dell'America centrale, fui pregato di aprire il Convegno con alcune riflessioni sul tema « Medicina preventiva e alta tecnologia nel primo e nel terzo mondo ». <sup>4</sup> Orbene, se parlando di medicina preventiva ci si riferisce ai farmaci, credo meriti riflettere un momento su alcune contraddizioni derivanti proprio dall'insufficiente o non adeguato riferimento della farmacologia e, soprattutto della farmaceutica, al valore primario della vita e della sua dignità. È noto che esistono farmaci che, per motivi soprattutto commerciali, non sono sufficientemente studiati, per cui subisce drammatico rinvio il trattamento di alcune malattie rare che, in alcune aree, per esempio, tropicali, colpiscono masse di individui. Più volte, nei miei viaggi legati all'esercizio dei doveri del mio ufficio, ho verificato direttamente esistenza e conseguenze dolorose di questa situazione. Al punto che, pensando alla condizione sanitaria di non pochi Paesi del Terzo Mondo, sembra inevitabile una amara constatazione. Proprio dai Paesi del Terzo Mondo afflitti da gravi malattie sociali arrivano oggi, ai Paesi del primo mondo, malattie come la tossicodipendenza e l'Aids che rischiano di diventare, nel primo mondo, malattie sociali. Questa specie di misteriosa genesi per cui i Paesi che soffrono l'ingiustizia della carenza di irrinunciabili mezzi di prevenzione sanitaria e di terapia diponi-

bili ed accessibili. Invece, nei Paesi del primo mondo, che restituiscono, per così dire, l'affronto attraverso l'invio di nuove infermità la cui origine è spesso legata a condizioni subumane di vita, dovrebbe favorire l'estendersi di una nuova sensibilità che porti a promuovere una maggiore cooperazione internazionale che favorisca la riduzione e l'eliminazione di queste ingiuste differenze.

Torna dunque il problema di fondo, che è quello del ricupero o della salvaguardia dei valori etici e morali — primo tra tutti il servizio alla vita ed alla sua dignità — quale presupposto per uno sviluppo organico della scienza e della prassi sanitaria, con particolare riguardo alla farmacologia ed alla farmaceutica.

Certamente farmacologia e farmaceutica non possono muovere da una visione utopica ed irrealistica della condizione umana; esse sono chiamate ad affrontare, con la loro ricerca e produzione, i problemi concreti, quali essi siano, che la medicina propone loro. Tuttavia, in un mondo massimamente partecipato come quello in cui viviamo, anche la scienza e l'industria farmaceutiche devono guardare ad alcune priorità, qual è appunto quella della produzione di determinati farmaci destinati a combattere malattie sociali. Se gli uomini sono soggetto e traguardo dello sviluppo, si impone anche eticamente la condivisione dei progressi e delle applicazioni tecnologiche con i Paesi meno avanzati tecnologicamente. Nello stesso tempo, la necessità ed il dovere morale della solidarietà escludono che tali nazioni possano diventare campo di prova di esperimenti assai dubbi e puramente strumentali.

Medicina preventiva, terapeutica e riabilitativa hanno ricevuto e continuano a ricevere dall'apporto della farmacologia e della farmaceutica un aiuto straordinario. Al punto che in maniera crescente, la perfezione raggiunta dai dosaggi consente a tanti ammalati di trasformarsi in medici di se stessi. E non può che essere auspicabile che, parallelamente alla graduale sparizione dell'analfabetismo e di forme gravi di ignoranza generalizzata corrisponda anche una accresciuta informazione e formazione sanitarie, alle quali hanno contribuito e continuano a contribuire, per la parte che le riguarda, anche le industrie farmaceutiche.

Comunque, il problema di assicurare a tutti la possibilità di accedere ai farmaci più necessari non è imperativo etico soltanto dei pubblici poteri, ma anche della programmazione elaborata dalle industrie farmaceutiche, le quali, pur non potendo prescindere da

valutazioni economiche, devono operare per il servizio alla vita rispettando determinate gerarchie di valori negli stessi investimenti e nell'azione di stimolo per indurre i pubblici poteri a sostenere la ricerca farmacologica.

Poiché va facendosi consueto parlare sempre più di «umanizzazione della medicina», direi che il discorso deve valere anche per i farmaci, la cui «umanizzazione» è appunto il rispetto, in tutto ciò che li riguarda, del servizio alla vita.

Non sono un esperto di psicologia delle organizzazioni e, quindi, non posso entrare nel merito dei possibili approcci all'analisi delle organizzazioni che presiedono alla ricerca di laboratorio, alla programmazione ed alla produzione e distribuzione dei farmaci. Ma non può sfuggire che il modello organizzativo delle industrie farmaceutiche, assai più di quello di industrie che producono altri beni di consumo, non può essere quello tayloristico di una efficienza mirante soltanto al massimo profitto, bensì quello umano del servizio alla salute e alla vita.<sup>5</sup>

Questa dimensione umana mette in evidenza, dal punto di vista etico, una serie di problemi che vanno oltre quelli strettamente legati alla scienza ed alla ricerca, poiché chiamano in causa una visione filosofica, politica ed economica della società, con relative



responsabilità riguardanti il potere politico, le forze economiche, l'uso delle risorse, la destinazione degli investimenti e, per chi guardi con ottica cristiana al servizio dell'uomo, la stessa credibilità dell'etica e della morale sociale. Voglio dire e ribadire che ci sono problemi dei quali occorre richiamare i principi etici e morali che ne consentono una giusta valutazione e impostazione ai fini del raggiungimento di rette soluzioni. Ve ne sono altri che richiedono ulteriore riflessione, meditata attesa dei traguardi della ricerca. Per gli uni e per gli altri una visione etica ed anche cristiana non rappresenta una rémora od un ostacolo, bensì uno stimolo ed un incentivo a guardare con accresciuta sensibilità alla finalità primaria e prioritaria dei farmaci. Tale sensibilità non può né arrestare né ritardare il progresso della farmacologia in tutte le sue branche, bensì favorirlo ed accelerarlo.

Un primo problema dal taglio chiaramente etico è quello della collaborazione.

In generale, credo si possa riconoscere che assai spesso medicine e preparati biologici validi non sono mezzi del tutto ottimali. Di qui la responsabilità dell'industria farmaceutica, in generale, di dedicare parte delle sue risorse alla scoperta di farmaci o vaccini che garantiscano al massimo i benefici preventivi o terapeutici in rapporto agli effetti indesiderati.<sup>6</sup> Tale scopo può essere raggiunto molto più agevolmente attraverso la cooperazione.

Senza entrare nel merito dell'aspetto tecnico di attuazione di problema piuttosto complesso, penso meriti riflettere seriamente, per esempio, su di un dato a dire poco abbastanza singolare. Si afferma che «l'Europa è stata non solo la culla della farmacia moderna, ma è ancora il più importante centro di ricerca e produzione farmaceutica del mondo».<sup>7</sup>

Ebbene, a tutt'oggi, «questa industria è anche l'unica tra le industrie scientificamente avanzate e di importanza strategica mondiale che non abbia beneficiato della creazione del Mercato Comune Europeo», sebbene le prime norme direttive al riguardo datino dal 1965. È evidente che questa situazione ha avuto effetti negativi in merito al potenziale innovativo delle industrie farmaceutiche europee, anche perché «l'industria farmaceutica rappresenta pure una dimensione economica ed una fonte di ricchezza, i cui benefici nei confronti della comunità non si limitano a rappresentare una fonte di reddito diretta. L'industria farmaceutica contribuisce, infatti, anche al benessere generale sia attraverso il

suo costante apporto alla salute pubblica sia con l'effetto traente sul progresso scientifico e tecnologico».<sup>8</sup>

Le conseguenze negative — in ordine al rispetto del principio del farmaco al servizio della vita umana — di questa mancata interazione non soltanto operativa, ma addirittura normativa, sono evidenti. Basterebbe pensare ai suoi riflessi circa il problema dell'etica della sperimentazione dei farmaci. Dal Codice di Norimberga (1946), alla Dichiarazione di Ginevra (1948) pubblicata dall'Associazione Medica Mondiale; dalla Dichiarazione di Helsinki (1964) alla Raccomandazione — sempre dell'Associazione Medica Mondiale — di Tokyo (1975) e di Trieste (1983) si è avuto uno sviluppo crescente e, direi esauriente, della deontologia della sperimentazione dei farmaci. Ciò nonostante, « si assiste oggi ad una ripresa di sperimentazione selvaggia e spregiudicata in campi delicati come quello della sperimentazione sugli embrioni umani e sui feti... in una situazione paradossale dal punto di vista dell'etica sociale: ci sono le norme deontologiche, ma mancano le leggi civili che ne garantiscono l'applicazione e ci sono esseri umani tuttora esposti ad illeciti procedimenti sperimentali ».<sup>9</sup> Senza dire che, da parte sua, la Chiesa ha da tempo chiaramente precisato la sua dottrina sul rispetto integrale della vita umana nella sperimentazione.<sup>10</sup>

Altro problema di grande rilevanza nell'ambito della cooperazione è quello, già accennato, dell'aiuto in materia, ai Paesi in via di sviluppo. Ma non mi ci soffermo, poiché l'Italia, al riguardo è senza dubbio tra i Paesi che hanno dimostrato maggiore sensibilità. Il principio ispiratore deve essere quello chiaramente enunciato da Giovanni Paolo II: « I Paesi sviluppati — afferma il Papa — hanno il dovere di mettere a disposizione dei Paesi che lo sono meno, la loro esperienza, la loro tecnologia e una parte delle loro ricchezze economiche. Ma ciò non si può fare che nel rispetto della dignità umana dell'altro senza mai volersi imporre. La protezione della salute è strettamente legata ai diversi aspetti della vita: sia che si tratti di aspetti sociali ed economici, sia di quelli che hanno a che fare con l'ambiente e la cultura ».<sup>11</sup>

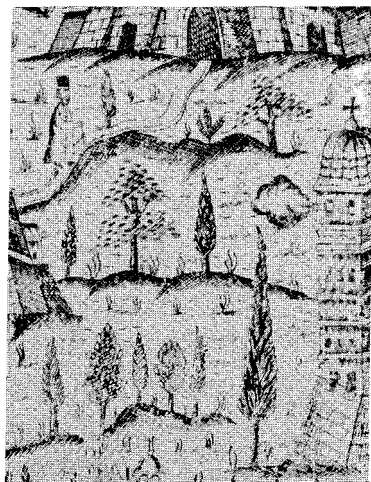
E abitudine non sempre encomiabile, quando si tratta, soprattutto da parte di chi lo fa in chiave etica, di problemi ardui e delicati, assumere atteggiamenti ispirati a tale cautela da apparire persino diffidente. Mi sia, invece, consentito di aggiungere che, pur nella

complessità dell'argomento « Farmaci al servizio della vita umana », non si può fare a meno di ammettere e celebrare l'apporto straordinario dato dalla farmacologia e dalla farmaceutica al miglioramento delle condizioni di salute dell'umanità.

Gli straordinari progressi nella chirurgia dei trapianti, nell'immunologia, nella cura delle malattie nervose, nella longevità e qualità della vita — per fare soltanto qualche esempio — sono stati possibili grazie al cammino in avanti compiuto dai farmaci.

Una sensazione sempre provata, sin da quando bambino entravo nelle suggestive farmacie di un tempo, è quella di guardare ai farmaci come all'abc della scienza e della prassi medica. I principi etici che dovevano presiedere alla ricerca, alla programmazione, alla produzione, alla distribuzione ed alla accessibilità dei farmaci non rappresentano uno steccato, bensì una guida, non un freno, ma un impulso alla ricerca, allo studio di sempre nuovi prodotti che rispondano alla domanda universale di salute.

Molto potrà fare la scienza dei farmaci affinché sia cancellata l'ingiustizia per cui, ancora oggi, su cento persone che nascono lo stesso anno, lo stesso giorno e lo stesso mese nel mondo, settanta sono « costrette » a morire trent'anni prima.



Nel linguaggio cristiano, il termine che più frequentemente descrive in senso analogico gli effetti della salvezza, della guarigione spirituale, del ricupero dello stato di amicizia e di comunione con Dio, è quello di « farmaco ». Termine, questo, che si è fatto sempre più attuale, dal momento che la medicina psicosomatica riconosce, nella stessa infermità fisica un coinvolgimento della psiche e dello spirito. E senza voler forzare un'analogia senza dubbio interessante, mi sembra si possa ipotizzare, nella reazione istintiva e consapevole insieme, di pudore — quale è ricordata dalla Bibbia nel libro della Genesi — quasi una prefigurazione dell'ancestrale ricerca, dopo il peccato, di un antidoto, di un farmaco, di un medicamento, di un rimedio.

La speranza con cui l'uomo, da sempre, ha guardato alla scienza medica è stata costantemente associata alla speranza, alla fiducia nei farmaci. Non sarebbe difficile, da Ippocrate alla Scuola Salernitana, dai primi laboratori di preparati medicamentosi agli odierni sofisticati stabilimenti farmaceutici, riscontrare nelle arti figurative, nella letteratura, nel folklore tutta una specularità di questa antica e viva speranza. Che è poi la più vera, la più oggettiva, ed anche la più esaltante « laus » dei farmaci, dall'umanità guardati come primi servitori della vita.

<sup>1</sup> Cf. *Atti* della prima Conferenza internazionale promossa dalla Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori sanitari: « Il farmaco a servizio della vita umana »: Roma, 24-25 ottobre 1986. In « *Dolentium hominum* » 4 (1987), n. 1, p. 1-136.

<sup>2</sup> *Ibidem*, p. 6.

<sup>3</sup> GIOVANNI PAOLO II Lettera enciclica « *Sollicitudo rei socialis* », 40.

<sup>4</sup> F. ANGELINI *Preventive Medicine and high Technology in the first and third World*. (in corso di pubblicazione).

<sup>5</sup> Cf. E. SPALTRO-M. BRUSCAGLIONI, *Psicologia organizzativa*. Roma, Aureli, 1987.

<sup>6</sup> R.F. HIRSCHMANN *Invenzione di farmaci innovativi*. In « *Atti della prima Conferenza ecc.* », l.c., p. 21-22.

<sup>7</sup> G. BATTAGLINO, *Direttive e Raccomandazioni comunitarie in campo farmaceutico*. Milano, Organizzazione Editoriale Medico Farmaceutica 1987, p. III.

<sup>8</sup> *Ibidem*, p. IV.

<sup>9</sup> E. SGRECCIA *Bioetica. Manuale per medici e biologi*. Milano, Vita e pensiero 1983, p. 318.

<sup>10</sup> GIOVANNI PAOLO II, *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, Libreria Editrice Vaticana V/3 (1983), p. 1609-1613.

<sup>11</sup> Intervento alla prima Conferenza internazionale « Il farmaco al servizio della vita umana », in: *Atti della prima Conferenza ecc.*, loc. cit., p. 7.

# evangelizzazione e pastorale sanitaria

Conferenza tenuta dal p. José Luis Redrado a Bogotá (Columbia), in occasione dell'«Incontro Chiesa-Salute in America Latina», organizzato dalla *Celam-Depas* e dalla Federazione Internazionale dei Medici Cattolici (2-6 ottobre 1989).

## I. Che significa evangelizzare?

1. Evangelizzare è portare il Vangelo - Buona Novella - Buon annuncio (Evangelii Nuntiandi, 18)

— « Il tempo è compiuto e il Regno di Dio è vicino; convertitevi e credete al Vangelo », (Mc 1,15)  
— Beatitudini (Mt 5): beati i poveri, i mansueti, coloro che piangono.

— Discorso di Nazareth (Lc 4): « Lo Spirito del Signore è sopra di me, per questo egli mi ha unto, per annunziare la buona novella ai poveri... ».

2. Evangelizzare è proclamare con la vita (proclamazione silenziosa), con la testimonianza questa presenza salvifica di Dio. (Evangelii Nuntiandi, 21)

— La parola viva di Cristo deve incarnarsi nella vita dei testimoni: non è una informazione-istruzione su Cristo; non consiste semplicemente nel condividere la vita con gli altri (essere buoni professionisti, risolvere i problemi):

— Essere testimoni provoca negli altri alcuni interrogativi:

- Perché si comportano così?
- Perché vivono in questo modo?
- Perché stanno con noi?

3. Evangelizzare è svelare ciò che sta nascosto, annunciare attraverso la parola, dare ragione della nostra speranza (Evangelii Nuntiandi, 22).

Non si ha vera evangelizzazione se non si annuncia il nome, l'insegnamento, la vita e il mistero di Cristo. Perciò, non si tratta di qualcosa di implicito. La fede deve essere resa esplicita.

L'annuncio provoca in chi l'ascolta una conversione, una adesione (Evangelii Nuntiandi, 23 e 24).

4. Evangelizzare è dare concretezza alla testimonianza, impegnarsi con la vita. Celebrare la Parola di Dio, parteciparla (La fede è impegno e missione: si vive, si celebra e di partecipa).

5. Colui che è stato evangelizzato, a sua volta diventa evangelizzatore: è apostolo, testimone.

Queste perciò sono solo le tappe che danno concretezza alla evangelizzazione: 1. Testimonianza (annuncio silenzioso); 2. Parola (annuncio esplicito); 3. Conversione; 4. Celebrazione dell'evento salvifico; 5. Siamo, al tempo stesso, evangelizzati.

## II. Gesù di Nazareth proclamò questa Buona Novella tra i poveri, i peccatori e i malati

1. Il suo non è un Regno di ricchi e potenti, bensì di umili e di peccatori: i poveri di spirito, coloro che piangono, i perseguitati (Mt 5); i piccoli, i bambini (Mt 18); i peccatori (la donna adultera, Gv 8; Maria Maddalena, Lc 7; Zaccheo, Lc 19).

2. Il Gesù della Buona Novella è il Gesù della misericordia e del perdono: figliuol prodigo (Lc 15); pecorella smarrita (Lc 15); il Buon Samaritano (Lc 10).

3. Tuttavia, è accanto agli infermi che la figura di Gesù si fa sorprendente, meravigliosa, intima, espressiva e piena di continue espressioni sananti:

— Il Vangelo ci dice che Gesù percorreva la Galilea insegnando e guarendo; la sua fama si allargava, gli portavano i malati e li guariva (Mt 4);

— la gente restava attirata ed esclamava: ha fatto bene ogni cosa; ha dato l'udito ai sordi, la parola ai muti (Mc 7,37);

— certamente Gesù non ha guarito tutti, ma a tutti coloro che incontrava trasmetteva la salvezza; tra questi molti paralitici, sordi, ciechi, lebbrosi (Mt 8, 9, 11; Mc 5; Gv 5);

— colpiscono in Gesù le sue parole: « Lo voglio, sii mondato » (Mc 1,41); « Non temere, abbi fede e basta » (Mc 5,36); tuttavia, sono indicativi soprattutto i suoi gesti e i suoi silenzi: come osserva, presta attenzione, rispetta, è discreto (Gv 8, 1-11; 9, 1-40; Mt 9, 18-26). Queste parole e questi segni provocavano stupore e ammirazione;

— altra idea che vorrei sottolineare è la seguente: la capacità di Gesù di chiamare a sé e di far impegnare valorizzando le qualità di coloro che guariva, mentre la società li emarginava; l'infermo guarito ritrovava il suo spazio abituale (Mc 1,40-45; Lc 7,13; Gv 5, 5-9).

— Per questo, la presenza, l'evangelizzazione e le guarigioni di Gesù manifestano che il Regno è già venuto.

## III. Cristo evangelizzatore e la Chiesa evangelizzatrice

1. L'azione evangelizzatrice della Chiesa nasce dall'azione evange-

lizzatrice di Cristo (Mt 28, 19; *Ad gentes* 1 e 35; *Lumen gentium* 5, Evangelii Nuntiandi 13 e 14).

2. La Chiesa esiste per evangelizzare, per essere tramite, per celebrare... Suo compito è annunziare, comunicare la Buona Novella. E la continuazione dell'azione evangelizzatrice di Cristo: « Avendo poi convocato i Dodici, dette loro potere e autorità su tutti i denomi colla virtù di guarire le malattie. Quindi li mandò a predicare il Regno di Dio e a guarire gli infermi » (Lc 9,11).

« I discepoli dunque partirono e se ne andarono di villaggio in villaggio, annunziando la buona novella e operando guarigioni dovunque » (Lc 9,6), e « cacciavano molti demoni, ungevano con olio molti malati e li guarivano » (Mc 6,13).

3. La Chiesa ha ricevuto da Gesù il suo esempio di misericordia ed ha il dovere di incarnarlo con le parole e con i gesti; perciò esso è specificamente inviata nel mondo della salute per ricordare che la salute e la malattia sono realtà della vita che vanno accettate ed alle quali va dato un significato; inoltre, far conoscere quali valori emergono dagli infermi e, parimenti, adoperarsi per una assistenza più umana e più idonea a coloro che soffrono.

4. Quanto si è detto è stato vissuto — con le sue luci e le sue ombre — da molti gruppi religiosi e laici a testimonianza che il carisma del servizio agli infermi è una realtà viva. E tutta la storia della Chiesa sta a dimostrarlo.

## IV. La nostra risposta

1. Quello di Gesù alla Chiesa è un vero e proprio mandato, un dovere, un missione.

2. Se la Chiesa ha sempre tenuto presente questo fatto, oggi essa prende coscienza in maniera particolare del suo dovere di evangelizzare e di farlo secondo lo stile di Gesù.

a) Il Concilio Vaticano II riafferma energicamente questo mandato della Chiesa:

• « Nel compiere il loro dovere di pastori... mostrino paterna sollecitudine per i poveri e i malati » (*Christus Dominus*, 30).

• « Nel compiere il loro dovere di pastori... mostrino paterna sollecitudine per i poveri e i malati » (*Presbyterorum Ordinis*, 6 e 8).

• « Cerchino Cristo soprattutto nei poveri, nei malati » (*Optatam totius*, 8; *Apostolicam actuositatem* 8; *Perfectae caritatis* 10; *Lumen gentium* 28 e 46).

Altrove, poi, rivolgendosi ai cristiani secolari:

• la vocazione cristiana, per sua stessa natura, è vocazione all'apostolato (...). Il secolare vive nel mondo ed esercita il suo apostolato a guisa di fermento (*Apostolicam actuositatem*, 2);

• I cristiani hanno diritto all'opostolato per l'unione con Cristo-Capo: inseriti per il Battesimo e fortificati dalla Confermazione (Ibidem, 3);

• Non si tratta soltanto di annunciare il messaggio di Cristo, ma di impregnare e perfezionare tutto l'ordine temporale di spirito evangelico. Tale annuncio va compiuto con le parole e con le opere (Ibidem 4 e 5).

b) Il Santo Padre Giovanni Paolo II vive come pochi questa sollecitudine evangelica verso gli infermi; l'ha manifestata costantemente e, soprattutto, con due iniziative di grande rilevanza per tutta la Chiesa: la pubblicazione della Lettera apostolica « Salvifici doloris » (11 febbraio 1984) e l'istituzione della Pontificia Commissione, ora Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori sanitari (11 febbraio 1985).

c) Qui, in America Latina, la riunione di Puebla (1979) richiama soprattutto questa linea evangelica di « opzione preferenziale per i poveri, per gli infermi » (Documento di Puebla, 26, 29, 32, 58).

3. Tutto ciò ci porta a prendere atto di una realtà che ha carattere di urgenza. Oggi la Chiesa deve affrontare la sfida che viene dalla società e qui, in America Latina, questa sfida è assai forte. Se la Chiesa, senza limitarsi agli schemi del passato, vuole « collocarsi » in maniera adeguata, reale e significativa nel mondo attuale, nel campo concreto della salute, essa non può ignorare i profondi mutamenti avvenuti e in atto sul piano tecnico, strutturale, assistenziale e sociale; il settore della sanità, come nessun altro, conosce oggi una pesante *conflittualità*, una progressiva disumanizzazione ed un crescente clima di secolarismo.

Particolarmente in America Latina il problema è aggravato dalla crisi economica e dalla insufficienza di strutture in grado di assicurare a tutti il diritto alla salute.

4. La presenza della Chiesa nel settore sanitario non può ridursi ad una presenza religiosa e sacramentale, bensì deve consistere in una serie di iniziative dirette ad un cambiamento delle politiche sanitarie, affinché queste favoriscano i più bisognosi.

L'evangelizzazione del mondo sanitario comporta una conoscenza previa della situazione reale e delle sue diverse incidenze.

È classica ormai la distinzione tra paesi sviluppati, sottosviluppa-

ti ed in via di sviluppo. L'America Latina, in campo sanitario, ha standards molto al disotto di accettabili condizioni umane.

I seguenti dati parlano da soli:

— Circa la metà degli abitanti del continente non sono in grado di soddisfare le loro minime necessità di calorie, e ciò influisce sul loro rendimento fisico ed intellettuale.

— Quasi la metà di tutta l'America Latina non dispone di acqua potabile, e ciò allarga sensibilmente i rischi di malattie gastrointestinali ed abbassa le condizioni igieniche generali.

— I bambini sono quelli maggiormente colpiti dalle condizioni subumane di vita; ciò alza l'indice della mortalità da 0 a 5 anni, incrementa la percentuale di malattie infantili come bronchiti, dissenteria, malattie parassitarie, ecc.

— Le strutture ospedaliere, i medici, gli odontoiatri e il personale infermieristico sono insufficienti, soprattutto nelle zone rurali e nelle periferie cittadine. A causa del costo elevato, il servizio sanitario finisce per essere un privilegio di pochi (Cf. Celam-Sideat, « Per una mappa pastorale dell'America Latina », Bogotà 1987).

— Mons. Dario Castrillon, Presidente del Celam, in un incontro avuto a Dallas (Stati Uniti) dal 9 al 13 febbraio 1987, illustrava ad oltre 150 Vescovi, la situazione sanitaria in America Latina nei seguenti termini:

« La popolazione latinoamericana è in prevalenza giovane. In questi Paesi, dal 27 al 44% di persone hanno meno di 15 anni e solo dal 2 al 10% hanno più di 65 anni. L'aspettativa di vita, senza dubbio, è molto modesta, variando, secondi i Paesi, dai 51 ai 72 anni.

La salute della popolazione latinoamericana è molto fragile e, secondo l'Unicef, più della metà delle morti sono inevitabili. La mortalità generale è molto elevata, anche se sta sensibilmente diminuendo. Nel 1950 arrivava al 14,7

ogni mille unità/per anno, ma nel 1980 era passata al 7,7 per mille abitanti/anno.

La mortalità infantile varia da Paese a Paese, toccando da 22 a 200 morti nel primo anno di vita per ogni mille nati vivi.

Le malattie responsabili della maggior parte di morti non sono quelle moderne, bensì quelle che, nei Paesi sviluppati, sono state cancellate da molti anni: difterite, pertosse, morbillo, poliomielite, febbri tifoidee, febbre gialla, paludismo e malaria, tubercolosi, esulcerazioni, lebbra.

Sebbene formata da Paesi assai adatti alla produzione di alimenti, l'America Latina presenta una situazione ormai cronica di scarsità di alimenti. Nel 1970, 28 milioni di bambini con meno di 5 anni erano denutriti e la denutrizione era la causa principale di morte per loro. Oggi il 52% delle persone sono iponutrite con un accentuato deficit calorico-proteico.

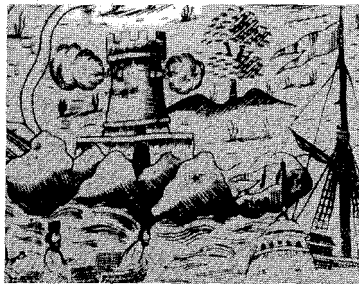
Tutti i Paesi dell'America Latina dispongono di un sistema di assistenza sanitaria, ma non tutti hanno una politica sanitaria che miri a soddisfare, oltre agli integrali servizi sanitari, le esigenze di tutta la popolazione. Uno dei modi con cui i diversi Paesi hanno cercato di coprire il settore della sanità è stato quello della istituzione della Previdenza sociale che, sebbene ancora carente, offre servizi completi ai lavoratori urbani e, in generale, servizi parziali ai loro dipendenti e ai contadini.

La destinazione di risorse alla sanità è inversamente proporzionale alle reali necessità. Soltanto dal 2 al 5% del prodotto interno lordo vi viene destinato; meno della metà di quello che serve nei Paesi sviluppati.

Senza dubbio il problema maggiore dei servizi sanitari e, di conseguenza, della popolazione latinoamericana, è costituito dal predominio dell'attività terapeutica rispetto a quella profilattiva e preventiva: il rapporto tra l'una e l'altra è di 8 a 11.

In quasi tutti i Paesi dell'America Latina l'80% dell'assistenza sanitaria è affidata agli ospedali. L'esercizio predominante della terapia sulla profilassi è in auge, praticamente, dal 1910. Da allora ad oggi, nessuno dubita però che la prevenzione sarebbe la soluzione più rapida, semplice ed economica.

Altro, importante problema è che, di fronte all'assistenza prestata dagli ospedali, manca l'utilizzazione dei prodotti naturali di cui vi è abbondanza in tutti i Paesi. Si fa un grande ricorso ai prodotti farmaceutici industriali e alcuni Paesi arrivano a produrre più di 20.000 specialità, quando si sa che il catalogo distribuito dall'Organiz-





zazione Mondiale della Sanità elenca meno di 300 prodotti.

La salute è strettamente collegata ai fattori socio-economici. Gli aspetti principali di questa interconnessione sono i seguenti:

— Condizioni di vita che non permettono una alimentazione adeguata.

— Mancanza di igiene e condizioni basiche di vita insalubri per la sporcizia, i tuguri, le baracche o bidonvilles, dovute alla impossibilità di acquistare un'abitazione;

— La metà della popolazione dell'America Latina, nel duemila, vivrà in tuguri. Quanto alle abitazioni, la situazione, anziché migliorare, va peggiorando a causa delle precarie condizioni di vita della maggioranza caratterizzata da incremento demografico ed a causa delle immigrazioni urbane.

— Diffusione di malattie infettive per la mancanza di condutture di acqua potabile e di fognature.

— Malattie indotte dalla violenza e dall'inquinamento ambientale dei grandi centri urbani. (Cf. *Rivista « Selare »*, marzo 1989, n. 38).

5. La Pastorale sanitaria, come servizio e aiuto alle singole persone, dovrà essere fedele al linguaggio di Dio, ma anche al linguaggio degli uomini, alle loro necessità. E se la pastorale è un impegno creativo e dinamico, la Chiesa deve essere costantemente attenta a nuove iniziative. La pastorale — ha detto il pedagogo Paolo Freire — è una « praxis », vale a dire, un agire riflesso che opera per la trasformazione della vita.

Il dato nuovo è che l'azione pastorale deve essere sentita come un problema di tutti. E ciò sostiene sempre nuovi cammini, come dice San Paolo: « La creazione è impaziente nell'attesa della rivelazione dei figli di Dio...; soffre dolori del parto » (*Rom 8,19-24*).

## V. Piste pastorali

1. Promozione della giustizia. La giustizia è la base del vero amore. In un mondo diviso in blocchi (ricchi/poveri, sani/malati...) si ha l'oppressione. La lotta per trasformare in speranza liberatrice da ogni ingiustizia e repressione è una sfida che si presenta oggi, in termini forti, alla Chiesa nei nostri Paesi dell'America Latina. Le disparità nel campo della salute sono tali che non possiamo rimanere a braccia conserte.

2. Opzione preferenziale per i poveri. È stato il cammino di Gesù. La Chiesa ha qui un grande spazio di azione poiché gli Stati, soprattutto in questi Paesi, tarderanno molto a intervenire.

3. Animare specificamente la pastorale sanitaria

## Quadro generale degli indicatori della situazione sanitaria in America Latina

Paese	Popolazione stimata (per 1.000 abitanti)	Tasso di crescita	Tasso di natalità	Speranza di vita alla nascita	Consumo totale per la salute secondo il PIB	Percentuale del preventivo per la salute	Consumo pro-capite per la salute
Argentina	30.097.000	23,4	8,4	69,7	2,972	3,0	...
Belice	157.600	38,6	4,2	70,0	3,0	10,0	30,0
Bolivia	6.253.000	44,0	15,9	50,7	6,0	18,3	2,0
Brasil	135.488.000	29,6	8,8	63,5	...	...	...
Colombia	28.065.000	31,0	7,0	62,1	5,4	7,7	50,0
Costa Rica	2.510.500	30,1	3,9	73,7	5,7	28,0	71,3
Cuba	10.000.000	16,7	5,9	73,6	...	21,0	...
Chile	11.682.000	22,7	6,4	67,1	6,0	12,4	95,0
Ecuador	8.823.000	28,0	7,2	55,2	6,0	6,9	34,0
El Salvador	4.756.800	30,5	7,0	64,6	...	8,7	14,0
Guatemala	8.164.000	35,9	7,7	60,7	3,7	13,5	21,8
Haiti	5.500.000	36,0	16,5	48,0	3,0	10,0	9,0
Honduras	4.231.500	40,9	10,8	58,8	7,0	13,0	43,0
Mexico	74.980.500	34,0	7,1	65,7	5,7	0,7	5,0
Nicaragua	3.156.000	44,2	9,5	59,8	...	...	...
Panama	2.134.000	25,4	3,8	71,0	10,1	14,1	98,0
Paraguay	3.274.300	36,0	7,2	65,1	4,9	5,2	12,0
Perù	18.707.000	37,0	11,0	59,0	4,5	4,1	15,0
R. Dominicana	6.416.300	32,4	4,6	65,0	3,7	11,8	7,0
Uruguay	2.949.000	...	...	69,5	...	7,8	...
Venezuela	17.316.000	29,5	4,7	69,2	3,0	9,1	130,0

Fonte: Organizzazione panamericana della Salute, OPS e Organizzazione Mondiale della Sanità, OMS

Nota: I dati qui riuniti si riferiscono a situazioni comprese tra gli anni 1982-1985.

a) *Coinvolgimento della comunità cristiana.* Lo ha detto Giovanni Paolo II nel suo messaggio ai malati durante la sua prima visita in Spagna: « Per una maggiore efficacia della pastorale sanitaria, tutta la comunità cristiana deve sentirsi chiamata a questo compito ». (« In questo campo hanno uno spazio particolare gli organismi ecclesiali o religiosi, le associazioni e i movimenti secolari cattolici; poi le parrocchie, chiamate a dare vita a gruppi specifici di apostolato e di volontariato per l'aiuto agli infermi. In tal modo la comunità cristiana renderà presente, in questa nostra società sempre più secolarizzata, l'amore cristiano D.

b) *L'infermo come protagonista.* « Nella Chiesa gli infermi, attraverso la loro testimonianza, devono ricordare agli altri le cose essenziali e soprannaturali e dimostrare che la vita mortale dell'uomo viene redenta dal mistero della morte e della risurrezione di Cristo » (*Re 5-7*).

L'infermo ci spinge a correggere la nostra scala di valori. L'infermo non ci invita ad un comportamento superficiale né strumentale. Ci ricorda la verità di fondo della nostra vita, ci spinge a riconoscere ed accettare il fatto della morte e ci porta al fondo della nostra fede. In Spagna, il Papa ha detto che abbiamo bisogno del malato: « Voi siete per noi una costante lezione che ci invita a dare la

giusta dimensione a tanti valori e forme di vita. Per meglio vivere i valori evangelici e sviluppare la solidarietà, la bontà, l'aiuto e l'amore ».

### c) *Rinnovamento sacramentale*

« Negli ultimi decenni, la celebrazione del sacramento agli infermi è andato soggetto a profonde trasformazioni. Da una parte abbiamo assistito al progressivo superamento del sacramentalismo e, dall'altra, ad una considerevole diminuzione nella richiesta dei sacramenti. Entrambi i fenomeni, unitamente alla riforma liturgica, hanno favorito una migliore comprensione dei sacramenti ed una ricerca più attenta di modelli di celebrazione adeguati al contesto sanitario, luogo secolarizzato e pluralista. Attraverso la riconciliazione, l'Unzione degli infermi e l'Eucaristia, si aiuta il malato a vivere il significato pasquale della malattia. L'importanza di questi strumenti dell'amore redentivo del Signore richiede da parte dell'agente di pastorale, un impegno speciale ». (Cf. Commissione vescovile di pastorale (Spagna): « L'Assistenza religiosa nell'ospedale », Madrid 1987, n. 68).

d) *Una pastorale della vita.* Ho avuto l'opportunità di conoscere l'impegno generoso, pieno di sacrificio, gioioso di tante religiose e religiosi, soprattutto in Africa, in India, in America Latina. La presenza « coerente e sostenuta dalla

fede» è un autentico segno di pastorale, di salvezza; il Regno si fa presente, cresce in forza della consacrazione e della vita. E la grande forza della Chiesa, soprattutto nei Paesi poveri, allorché i segni sono più chiari, meno ambigui.

e) *La salute, luogo di incontro.* Al riguardo le esperienze sono innumerevoli. Scoprire che la salute, la malattia, l'ospedale, il malato... sono un luogo o momento di incontro universale, dove cadono le barriere, la diversità delle lingue, le ideologie politiche e religiose... Luogo universale, comune a tutti, piattaforma, biglietto da visita... Non è forse qualcosa di grande? Non è forse un mezzo a disposizione della Chiesa e che è necessario che la riconosca e la metta in azione? Nelle chiese locali abbiamo insistito molto su questa idea che si tratta di una mediazione di primo ordine. Inoltre, è l'esempio più ricco che abbiamo dallo stesso Gesù che era sempre in contatto con il malato-inviato a dare la Buona Novella ai poveri (Lc 4,18): poveri di denaro, di intelligenza, di risorse umane, di salute...

f) *Apertura universale.* La Chiesa non è Roma, non è la Spagna, non è l'Austria, non è l'Europa. La Chiesa è più grande, è universale. Ciò vuole dire che essa è in molti luoghi, è composta di molte persone, molte ideologie, molte culture. Questa varietà e questo contrasto sono una vera ricchezza e ci aiuta a scoprire che non esiste un solo modello di pastorale; ci aiuta a renderci conto che ciò che può andar bene in un posto, in un altro non va bene e non serve. Questa esperienza, vivace e contrastata, ci rende meno rigidi e più universali.

g) *In comunione con il magistero della Chiesa.* «L'ufficio di interpretare la Parola di Dio, scritta o trasmessa, è affidato al Magistero della Chiesa... e aderendo a questo deposito (Tradizione e Scrittura), il Popolo di Dio persevera nell'insegnamento degli Apostoli (Dei Verbum, 10) «nella frazione del pane e nella preghiera» (Atti 2,42), in unità con i suoi Pastori.

L'obbedienza cristiana «sia al Magistero solenne della Chiesa o al suo Magistero ordinario e universale, ossia quello che è manifestato dalla comune adesione dei fedeli sotto la guida del sacro Magistero» (can. 750) favorisce la *Communio Ecclesiae*, in quanto viva espressione della sua unità.

La comunione pastorale non è un vago sentimento. Si tratta di una «realtà organica, la cui anima è la Carità» (*Lumen gentium*,

*Nota praevia*, 2). Chiamandoci all'obbedienza — anche a costo di grandi sacrifici — la Chiesa, Madre e Maestro, vuole insegnarci una verità profonda, e cioè, l'amore della Chiesa, che è sinonimo della sua unità. Qui si intravede l'essenza stessa del mistero della Chiesa, in quanto «sacramento o segno e strumento dell'intima unione con Dio e dell'unità di tutto il genere umano...» (*Lumen gentium*, 1). Qui si trova il fondamento teologico del dovere di mantenere sempre la comunione con la Chiesa» (can. 209).

Il nostro Pontificio Consiglio della pastorale per gli Operatori sanitari, istituito da Giovanni Paolo II, tra le sue finalità ha quella essenziale di salvaguardare e animare, nelle Chiese particolari, questa comunione con il Magistero della Chiesa, nel vasto settore della vita, della salute, della malattia e della morte che, oggi, costituiscono interrogativi tanto delicati (*Dolentium hominum*, 6).

## VI. Scendere al concreto

Si può camminare soltanto se si sa a che punto ci si trova. Nel campo della pastorale sanitaria, in questi ultimi anni, è stato compiuto ovunque un notevole cammino; in alcuni luoghi più che in altri; c'è dove è stato messo l'accento sull'aspetto organizzativo e dove in quello delle idee; altrove in quello della vita e, perché no?, c'è anche dove qualcuno ha saputo coniugare una cosa e l'altra. Comunque c'è ancora molto da scoprire e da fare. Ci sono ancora luoghi, però, dove si deve cominciare; in altri è poco tempo che si è cominciato a camminare, mentre altri hanno già al loro attivo diversi anni di riflessione e di attività.

In questa proiezione verso il futuro e secondo la mia esperienza di questi tre ultimi anni, vorrei sottolineare le seguenti necessità:

— Creare a livello di ciascuna Conferenza episcopale un gruppo coordinatore che animi questo settore pastorale, non essendo sufficiente nominare soltanto un vescovo responsabile;

— Formazione di «maestri di Pastorale sanitaria», avvalendosi dell'Istituto Camillianum di Roma che conferisce la laurea in Pastorale sanitaria.

— Avvicendamento degli attuali agenti di Pastorale sanitaria.

— Formazione e animazione di un volontariato al servizio della Pastorale sanitaria.

— Prendere in considerazione questo settore pastorale nella formazione e nei programmi dei seminaristi. Il prossimo Sinodo dei Vescovi (1990) tratterà della formazione sacerdotale e potrà essere

una buona occasione al riguardo; il nostro Dicastero ha preparato e inviato una riflessione sul tema, come ha fatto per il precedente Sinodo sui Laici.

— Tutte queste riflessioni ci spingeranno ad un vero cambiamento: ad accentuare l'aspetto di evangelizzazione accanto a quello di sacramentalizzazione, ad utilizzare le nuove tecniche di organizzazione, programmazione, direzione, ascolto, dialogo; in materia c'è una grande carenza a livello universale.

— Condurre anche una seria riflessione sulle Istituzioni religiose sanitarie nella Chiesa; sono convinto che si tratta di una forza immensa, ma poco «sfruttata»; occorre scoprire nuovi valori, nuove presenze, nuovi stili di azione.

— Formazione dell'agente pastorale nella bioetica; la presenza pastorale in campo sanitario non può prescindere da ciò; credo vada formandosi una nuova mentalità e che la creazione di Centri di Bioetica e di Comitati a livello ospedaliero sarà di aiuto.

— Infine, non dimenticare che la Medicina e le scienze affini conoscono una trasformazione rapida. Perciò, le persone di Chiesa impegnate in campo sanitario non devono perdere il treno. Si tratta di un valore pastorale di inalterata attualità.

## Bibliografia

ENRIQUE D. DUSSEL. *Historia de la Iglesia en América Latina*. Mundo Negro Esquila Misional, Madrid 1983; Celam Sideat, «Hacia un mapa pastoral de América Latina». Bogota 1987; WALDMANN PETER, *América Latina*. Barcelona, Herder 1984; GLALIAND GERARD-J-P- RAGEAU, *Atlas estratégico y geopolítico*. Alianza Editorial, Madrid 1984; GIRARDO LIONEL, *Centroamérica entre dos fuegos*. Ed. Norma, Bogotá 1984; Unicef, *Dimensiones de la Pobreza en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile 1982; IRIARTE GREGORIO, *Esquemas para la interpretación de la realidad*. Ed. Sempas, La Paz 1985; *Informe a los países no Alineados* Fidel Castro. *La crisis económica y social del mundo*. Ed. Oveja Negra, Bogota 1983; REDRADO JOSE, *La presencia cristiana en clínicas y hospitales*. PPC, Madrid 1969, «Dolentium hominum. La Chiesa nel mondo della salute». Rivista del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori sanitari, Città del Vaticano; *Selare*, n. 38, marzo 1989. Numero monografico sulla sanità in America Latina (Fratelli di San Giovanni di Dio), Bogotá; *Labor hospitalaria*. Rivista di pastorale sanitaria. Fratelli di San Giovanni di Dio, Barcellona (Spagna).

## STATI UNITI

### Tre grandi città, due obiettivi

Dall'11 al 17 settembre 1989 S.E. Mons. F. Angelini e P. José Luis Redrado, Presidente e Segretario del Pontificio Consiglio hanno compiuto un viaggio pastorale con un programma intenso di incontri a livello ecclesiale e politico ma soprattutto per visitare i malati di AIDS accolti in alcuni importanti ospedali cattolici.

New York: accompagnati da Mons. James Cassidy sono stati visitati gli infermi di AIDS negli ospedali: St. Claret's, St. Vincent's e Terence Cardinal Cooke Health Care Center. In questa città ci sono stati incontri con gruppi di Medici Cattolici e di Operatori Sanitari di vari settori dell'assistenza. Altro importante incontro è stato quello al Collegio Medico di Valhalla di cui Mons. James Cassidy è attivo Cancelliere.

Un ricordo particolare merita l'incontro con la NIAF, la prestigiosa associazione degli italiani negli USA con il suo dinamico Segretario Generale Avv. Gajarsa.

Boston: sono stati visitati, oltre il Mass General Hospital, l'ospedale di S. Elisabetta e quello di S. Margherita. Anche in questa grande città la presenza è stata caratterizzata dalla visita ai malati di AIDS ma anche da importanti incontri con personalità socio-sanitarie riferiti sempre alla particolare attività del Pontificio Dicastero per la sanità e la salute. L'incontro con i massimi responsabili dell'ARES Serono hanno completato la permanenza a Boston, permanenza rapida ma assai intensa ed efficace ai fini del lavoro del Dicastero.

Washington: la visita ai malati di AIDS nella « casa della pace » di Madre Teresa di Calcutta ha lasciato un ricordo di particolare commozione. La comunità delle benemerite religiose ha partecipato alla Celebrazione Eucaristica presieduta dall'Ecc.mo Mons. Pio Laghi, Pro-Nunzio Apostolico negli Stati Uniti il che ha significato momenti di profonda commozione

tra infermi e le anime generose che spendono la loro vita per la più fraterna, cristiana condizione delle loro non comuni sofferenze.

Nella città di Washington intensa è stata l'attività per incontri con personalità politiche della sanità, e con alcuni scienziati, incontri finalizzati a prossimi e futuri sviluppi dell'attività istituzionale del nostro Pontificio Dicastero.

I principali incontri sono stati con:

— Dr. Louis W. Sullivan, Ministro della Sanità degli Stati Uniti;

— Dr. David Nexon, Consigliere in campo sanitario del Senatore Edward Kennedy;

— Dr. Cohen, Consigliere del Comitato per l'Energia ed il Consumo alla Camera dei rappresentanti;

— Dr. Timothy Westmoreland, Assessore del sub-comitato per la Sanità e l'Ambiente;

— Dr. Bill Roper, Consigliere del Presidente Busch per la sanità; con lui abbiamo visitato la Casa Bianca, residenza del Presidente;

— Dr. Robert Gallo, direttore del laboratorio di biologia cellulare all'istituto nazionale per la ricerca sul cancro di Bethesda;

— Dr. Edmund Pellegrino, direttore del centro di studi superiori di etica all'università di Georgetown (Washington);

— Dr. Robert K. Gray, presidente del consiglio di amministrazione della compagnia internazionale per le pubbliche relazioni;

— Dr. Erminio Costa, direttore della Fidia nell'istituto Georgetown per le neuroscienze.

È doveroso ricordare l'impegno per la riuscita del nostro viaggio i professori A. Turano, G. Frajese e dott. C. Florimonte.

Il consuntivo di questa nuova visita pastorale nelle suddette grandi Archidiocesi Statunitensi è stato non soltanto positivo ma ricco di una nuova grande esperienza necessaria particolarmente alla preparazione della Conferenza Internazionale sull'AIDS tenuta in Vaticano dal 13 al 15 novembre.

Visite ed incontri preparati con affettuosa ed esperta premura dai Cardinali Arcivescovi O'Connor, Law e Hickey e dall'Ecc.mo Pro-Nunzio Apostolico Mons. Pio Laghi. La viva riconoscenza è cordiale e doverosa. Il loro interessamento è preziosa partecipazione alla realizzazione dei desideri e della volontà di Giovanni Paolo II a servizio della sofferenza nel mondo.

## BOGOTA

(Colombia)

### « Chiesa e salute in America Latina »

Dal 2 al 6 ottobre - 1989, si è svolto a Bogotá un Incontro su « Chiesa e Salute in America Latina » organizzato dal Celam e dalla Fiamc (Federazione Internazionale di Medici Cattolici, settore America Latina) a cui hanno preso parte rappresentanti di undici Paesi.

Il Pontificio Consiglio per la Salute è stato rappresentato dal Segretario P. José Luis Redrado, e da uno dei Consulenti, il Prof. Franco Splendori.

Alla Prolusione, pronunciata da Mons. Augusto Aristizabal, Vescovo responsabile della Pastorale Sanitaria Colombiana, ha fatto seguito il P. Redrado che ha letto il messaggio inviato a nome del S. Padre, dal Cardinale Casaroli, il quale dopo un saluto ai partecipanti ha invitato tutti ad una azione pastorale concreta nel mondo della sanità, già carente per mancanza di mezzi e di aiuti ma ricco di entusiasmo e di speranza.

Hanno preso, poi la parola Mons. Guillermo Melguizo, segretario aggiunto del Celam e il dott. Hugo Obiglio, vice presidente della Fiamc.

Durante l'incontro sono stati focalizzati 3 punti:

1 - « conoscere la realtà della salute in America Latina ». È stata una riflessione su grandi problematiche, si è partiti dalle realtà locali già elaborate precedentemente dai vari gruppi nelle proprie nazioni ed approfondite in due conferenze: « Salute e Società in America Latina » e « Evangelizzazione e Pastorale della Salute »; la prima presentata dal dott. Juan Jacoba Munoz, ex ministro della sanità in Colombia, la seconda dal P. Redrado.

2 - Al secondo punto sono state « le grandi Sfide » cioè la Chiesa di fronte all'etica, alla medicina, alla psichiatria ed alla farmacologia, ai minorati, agli anziani, ai malati terminali, ai trapianti di organo... Una riflessione profonda ed illuminatrice sia per i contenuti che per lo scambio di esperienze.

3 - Le parole « risposte, cosa fare adesso e da qui » hanno caratterizzato il terzo punto: umanizzazione e pastorale, associazio-

ne di medici cattolici e dottrina del magistero pontificio.

Proposizioni e raccomandazioni sono state fatte dal Celam e dalla Conferenza Episcopale di America Latina alla Fiamc e ad altre organizzazioni di medici cattolici.

È importante ricordare che non si deve vedere l'incontro limitato a quei giorni ma in tutto il suo significato:

« La presa di coscienza verso il futuro ».

Credo che i partecipanti sono tornati nel proprio Paese arricchiti dalle molteplici attività svolte ed incoraggiati per una azione più intensa. Gli orizzonti sono ampi e molte sono le difficoltà, però è grandissima la speranza.

## ROMA

### Due incontri importanti

#### 1. VII simposio dei vescovi d'Europa

Si è svolto a Roma dal 12 al 17 ottobre il VII Simposio dei Vescovi d'Europa su: « Atteggiamenti contemporanei davanti alla nascita e alla morte: una sfida per l'evangelizzazione », organizzato e coordinato dal Consiglio delle Conferenze Episcopali d'Europa (CCEE), il cui Presidente è il Cardinale Carlo Maria Martini, Arcivescovo di Milano.

Vi hanno preso parte circa 25 Vescovi, ed alcuni Segretari delle Conferenze, rappresentanti dei religiosi, dei sacerdoti e dei laici, esperti e rappresentanti dei diversi Dicasteri della Curia romana; ha rappresentato il nostro Dicastero il Segretario P. José Luis Redrado.

Il Simposio si è articolato in tre importanti conferenze: « Il principio e la fine della vita », « La nascita e la sua evangelizzazione », « Gli atteggiamenti contemporanei davanti alla nascita e alla morte: una sfida per l'evangelizzazione »; ad ognuna delle quali ha fatto seguito un dibattito in aula ed una riflessione per gruppi.

Le Conferenze, la magistrale introduzione, e soprattutto le conclusioni brillantemente esposte dal Presidente, Cardinal Martini, sono stati i contenuti dottrinali offerti ai partecipanti.

Possiamo dire che il Simposio ha fatto uno sforzo per chiarire alcuni concetti e, soprattutto è servito di riflessione ai Rettori delle Chiese locali d'Europa sui due aspetti importanti della nostra società, momenti privilegiati

per l'evangelizzazione: la nascita e la morte.

Ultimo atto del Simposio è stata la visita al Santo Padre. Il Papa Giovanni Paolo II ha diretto ai Vescovi e agli altri partecipanti un discorso, invitandoli ad annunciare Cristo, Signore della vita, consapevoli che, nello stesso tempo, si lotta per l'Uomo. Riportiamo alcuni punti più significativi del discorso:

- « La questione della nascita e della morte ha un'importanza chiave. Proprio per questo la sfida all'evangelizzazione, che essa contiene, deve ritenersi decisiva »;

- « La Chiesa ha il compito di portare l'uomo di oggi a riscoprire la piena verità su se stesso, per recuperare il giusto atteggiamento nei confronti della nascita e della morte »;

- « Solo la logica dell'amore che si dona, non quella della tecnica che fabbrica un prodotto, si addice alla persona, perché solo la prima ne rispetta la superiore dignità »;

- « Nella luce del mistero pasquale, il cristiano è in grado ormai di interpretare e di vivere la sua morte in prospettiva di speranza »;

- « La società civile ha il dovere di garantire mediante la legge il diritto alla vita per tutti e il rispetto di ogni vita umana fino al suo ultimo istante »;

- « Ancora una volta, lo sforzo dell'evangelizzazione in vista della salvezza eterna si rivela determinante per l'autentica promozione dell'uomo della terra ».

#### 2. Visita ai malati di AIDS

Domenica 22 ottobre il Pontificio Consiglio aveva in programma di visitare varie strutture e di accoglienza per malati di AIDS a Roma.

S.E. Mons. Fiorenzo Angelini e P. Redrado, accompagnati dai professori Carlo Perucci e Franco Splendori, hanno visitato le Unità di malati di AIDS di tre centri sanitari: Policlinico Gemelli, Policlinico Umberto I ed Ospedale Spallanzani, e tre « Case di accoglienza »: Casa Padre Monti (coordinata dai Figli dell'Immacolata Concezione), Villa Glori e Casa Don Orione (due centri coordinati dalla Caritas diocesana).

Le strutture possono essere così differenziate: negli ospedali oltre al ricovero riservato ai malati in fase acuta, vi è il day-hospital e l'ambulatorio; mentre le « Case di accoglienza » sono riservate ai malati in fase intermedia e sono sempre in contatto con le unità ospedaliere.

Con questa visita la nostra esperienza si è arricchita del contatto con gli infermi, che abbiamo salu-

tato uno ad uno, e del dialogo aperto e cordiale con il personale che li assiste: medici, infermieri, volontari... A Villa Glori abbiamo anche condiviso il pranzo con gli ammalati; una occasione che ci ha permesso di dialogare con maggiore facilità e conoscere più profondamente la generosità, la donazione e la gioia delle persone che si dedicano al servizio di questi infermi.



# Notizie dal mondo

## AFRICA

### L'epidemia dell'AIDS mobilizza i medici euro-africani

Soltanto una mobilitazione generale che superi le frontiere nazionali potrà permettere di contenere, e poi di ridurre, l'epidemia dell'AIDS. Di fronte alla gravità del virus e alle sue implicazioni socio-economiche, si è creata in Africa una rete di Medici euro-africani chiamata *Organizzazione Pan-Africana nella lotta contro l'AIDS*, con la missione di:

- ampliare la rete di Medici lungo il territorio africano
- permettere che questi specialisti possano condividere le loro esperienze e le loro conoscenze riguardo alla malattia, e possono coordinare la loro azione.

## STATI UNITI

### Nel duemila la « pillola della memoria »?

Gli scienziati americani guardano il futuro con molto ottimismo. Due di loro, i Prof. Erminio Costa dell'Istituto Fidia della Georgetown University e Thomas Crook della Memory Assesment Clinic affermano che siamo sulla buona strada che permetterà di mettere a punto farmaci che imitino i processi e le sostanze naturali da cui dipende il buon funzionamento del nostro « archivio cerebrale ». I centri di ricerca stanno lavorando su questi farmaci del futuro e già ne hanno realizzato alcuni a base di fosfatidilserina, un componente naturale delle membrane neuronali che pare dia buoni risultati.

## PARIGI

### Il fumo è il nemico da sconfiggere

Il Comitato Europeo dell'OMS è convinto che si debba rafforzare la lotta contro il fumo. Perciò dovranno essere applicate meglio le risoluzioni approvate su questo tema osservando le direttive in merito alla produzione, vendita e promozione pubblicitaria del tabacco.

# riviste

Abbiamo ritenuto opportuno offrire ai nostri lettori un elenco di riviste, alcune delle quali si ricevono nella redazione di Dolentium Hominum.

Abbiamo selezionato quelle che più si rivolgono al mondo sanitario, dividendole in quattro gruppi ed abbiamo indicato la lingua nella quale sono stampate.

Vorremmo con ciò offrire un servizio ai nostri lettori.

## I. TEMI DI TEOLOGIA, DI PASTORALE E DI ETICA

### Lingua spagnola

#### Labor Hospitalaria

Hermanos de San Juan de Dios  
Carretera de Esplugas s /n  
08034 Barcelona  
Spagna

#### Revista Selare

Carrera 8, n. 17-45 Sur  
Bogotá D.E.  
Colombia

#### Proyección

Apartado 2.002  
18080 Granada  
Spagna

#### Selecciones de teologia

Llaseres, 30  
08190 San Cugat del Vallés  
Spagna

#### Corintios XIII

San Bernardo, 99 bis  
28008 Madrid  
Spagna

#### Moralia

Felix Boix, 13  
28036 Madrid  
Spagna

### Lingua italiana

#### Medicina e morale

Largo Francesco Vito, 1  
00168 Roma  
Italia

#### Anime e Corpi

OARI Ed. Salcom  
21010 Brezzo di Bedero (Va)

#### Sanare Infirmos Ospedale San Raffaele

Via Olgettina, 60  
20100 Milano  
Italia

#### Insieme per servire

Via C.C. Bresciani, 2  
37124 Verona  
Italia

## Medicina e missioni

Unione Medico Missionaria  
Italiana  
37024 Negrar  
Italia

## Kos

P.za della Repubblica, 9  
20121 Milano  
Italia

## « Etica degli Affari »

Via Tiziano, 11  
20145 Milano  
Italia

## La sapienza della Croce

Piazza S. Giovanni e Paolo  
00184 Roma  
Italia

## Missione Salute

Via F. Nava, 31  
20159 Milano  
Italia

## Anthropotes

Ist. Giovanni Paolo II  
Piazza S. Giovanni in Laterano,  
4  
00120 Roma  
Italia

## Civiltà dell'amore

Piazza S. Giovanni, 1  
50100 Firenze  
Italia

### Lingua francese

## Medecine de L'homme

5, Avenue de l'Observatoire  
Paris  
Francia

## Religieuses dans les professions de Santé

106, rue du Bac  
75341 Paris  
»Francia

## Aumoneries des Hopitaux - AH

106, rue du Bac  
75341 Paris  
Francia

## Presences et perspectives en santé mentale

B.P. 226  
35011 Rennes  
Francia

## AMIL

Dr. Th. Mangiapan  
Bureau Médical  
65100 Lourdes  
Francia

## Laennec

médecine - santé - éthique  
Centre Laennec  
12, rue d'Assas  
75006 Paris  
Francia

Lingua inglese

"International review"  
The Human Life Center  
University of Steubenville  
Steubenville  
USA

Lingua tedesca

Ethik in der Medizin  
Springer Verlag  
Heidelberger Platz 3  
D-1000 Berlin 33

Arzt und christ  
Vierteljahrszeitschrift für  
medizinisch-ethische  
Grundsatzfragen  
Schwabenverlag  
Senefelderstr. 12  
D-7302 Ostfildern

## II. TEMI SOCIALI

Lingua spagnola

Documentacion de pastoral  
**social**  
Calle 26 No. 27  
48 Piso 60 A.A. No. 12309  
Bogotá  
Colombia

**Sociedad** / familia  
Francos Rodriguez 51 Chalet 44  
Apartado 50.996  
28020 Madrid  
Spagna

**Revista** de Treball Social-RTS  
Portaferisa 18, 1, 1a  
08002 Barcelona  
Spagna

Lingua italiana

Il delfino  
Via Ambrosini, 129  
00149 Roma  
Italia

Lacio Drom  
Centro Studi Zingari  
via dei Barbieri, 32  
00186 Roma  
Italia

Medicina sociale  
Corso Bramante, 83-85  
C.P. 491  
10126 Torino  
Italia

Aggiornamenti sociali  
Piazza S. Fedele, 4  
20121 Milano  
Italia

« Psicologia Sociale »  
Via Rimini, 25  
00182 Roma

Lingua francese

Recherches  
63, rue Balard  
75015 Paris  
Francia

Lingua tedesca

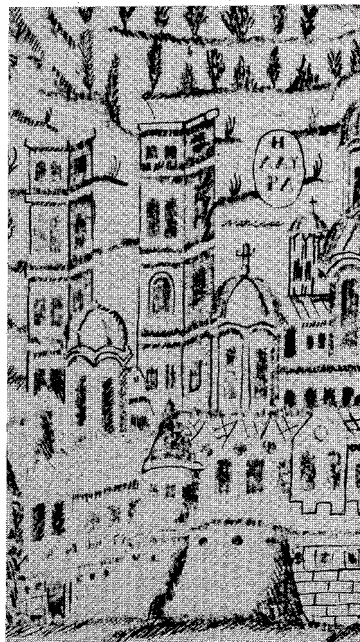
Medizin, mensh. Gesellschaft  
Enkerverlag  
Postfach 101254  
D-7000 Stuttgart

Medizinsoziologie  
Zeitschrift der deutschen Gesel-  
schaft für  
Medizinische Soziologie  
Expres Edition  
Postfach 110263  
D-1000 Berlina

## III. TEMI PROFESSIONALI

Lingua spagnola

Todo Hospital  
Mare de Dèu del Coll, 14  
08023 Barcelona  
Spagna



**Revista** de Medicina  
Universidad de Navarra  
Apartado 396  
31080 Pamplona  
Spagna

**Revista** de enfermeria « **Rol** »  
San Elias, 31-33  
08006 Barcelona  
Spagna

Lingua italiana

Ospedalità privata  
Via Lucrezio Caro, 67  
00193 Roma  
Italia

Tecnica ospedaliera  
Via Moscova, 46/9A  
20121 Milano  
Italia

Lingua francese

**L'Hopital** à Paris  
Service de la Documentation  
at des Archives  
7, rue des Minimes  
75003 Paris  
Francia

Recueil international  
de Legislation **sanitaire**  
OMS  
1211 Geneve 27  
Suisse

Lingua inglese

Health Action  
Post Box No. 2126  
Gunrock Enclave  
Secunderabad 500 003  
India

Health Progress  
4455 Woodson Road  
St. Louis, Mo 63134 - 0889  
USA

Lingua tedesca

Medizintechnik  
Gentner Verlag  
Postfach 101742  
D-7000 Stuttgart

Biomedizinische Technik  
Gemeinschaftsorgan der  
deutschen österreichischen und  
Schweizer Gesellschaft  
für biomedizinische Technik  
Schiele und Schumm  
Markgrabenstr. 11  
D-1000 Berlina

IV. TEMI DI INFORMAZIONE

Juan Ciudad  
San Juan de Dios, 1  
41080 Sevilla  
Spagna

Riv. « Fatebenefratelli »  
Ospedale S. Giuseppe  
Via S. Vittore, 12  
20123 Milano  
Italia

Lingua spagnola

Rafagas hospitalarias  
Arturo Soria 204  
28043 Madrid  
Spagna

Informacion y **noticias**  
Curia Provincial  
Hermanos S. Juan de Dios  
Ctra. Esplugas s / n  
08034 Barcelona  
Spagna

CIC  
Religiosos Camillos  
Sector Escultores 11-1  
28760 Tres Cantos  
Spagna

**Boletín** informativo  
Curia Provincial  
Herreros de Tejada, 3  
28016 Madrid  
Spagna

Lingua italiana

Camilliani - informazioni e studi  
Centrum Informationis  
Camillianum  
Piazza della Maddalena, 53  
00186 Roma  
Italia

Vita ospedaliera  
Fatebenefratelli  
Via Cassia, 600  
00189 Roma  
Italia

Sprazzi di luce  
Via Benedetto Menni, 2  
01100 Viterbo  
Italia

Aris  
Piazza S. Giovanni e Paolo, 13  
00184 Roma  
Italia

Lingua inglese

Camillian  
National Ass. of Catholic  
Chaplains  
3257 S. Lake Dr.  
Milwaukee, WI 532078  
Usa

Medicus Mundi Internationalis  
P.O. Box 1547  
6501 BM Nijmegen  
The Netherlands

Lingua tedesca

Medizinische erfahrungen  
Pharma Vergags Dienstleistungs  
Handels GmbH  
Gunezhainer Weg 4  
d-8222 Ruppolding

Therapie der gegenwart  
Verlag Urban und Vogel  
Lindwurmstrabe 95  
D-8000 Munchen 2

