sommario

DOLENTIUM HOMINUM
ANNO I - N. I

RIVISTA DELLA PONTIFICIA COMMISSIONE PER LA PASTORALE DEGLI 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. JÉRÔME LEJEUNE
DON VITO MAGNO R.C.I.
ING. FRANCO PLACIDI
PROF. GOTTFRIED ROTH

Direzione, Redazione, Amministrazione:
Città del Vaticano
Tel.: 6530845, 6530793, 6530798, 6530841

Pubblicazione quadrimestrale

Abbonamento L. 30.000
(estero $ 25 o importo equivalente in valuta locale) compresa spedizione

Una copia L. 10.000
(estero $10 o importo equivalente in valuta locale) compresa spedizione

stampato dalla
Tipografia Poliglotta Vaticana

PRESENTAZIONE

5 Per un nuovo servizio
✠ *Fiorenzo Angelini*

EDITORIALI

7 Homo quidam
Card. Eduardo Pironio

11 I dottori davanti a Gesù
Jérôme Lejeune

12 Significato storico-teologico del Motu proprio «Dolentium hominum»
✠ *Fiorenzo Angelini*

14 L'attesa del mondo sanitario
Pier Luigi Marchesi

16 Difesa e promozione della vita umana
Carlo Caffarra, Bonifacio Honings, Edouard Harnel

21 Dar da mangiare agli affamati
Card. Paul Zoungrana

24 Cristo medico dei corpi e delle anime
Gottfried Roth

29 Il testo del Motu proprio «Dolentium hominum»

MAGISTERO

33 Dai discorsi del Santo Padre

ARGOMENTI / I FARMACI PER LA VITA

38 Etica e profitto dei medicamenti
Bruno Silvestrini

41 Progetto «un farmaco per l'uomo»
Mario Racco

42 L'uso razionale dei farmaci
Duilio Poggiolini

43 I farmaci orfani
G.B. Marini-Bettòlo

45 Etica e farmaci
Jean-Pierre Schaller

TESTIMONIANZE

50 La Chiesa vive nelle sue opere ospedaliere
Giulio Andreotti

51 La cooperazione sanitaria internazionale
June Bergstrom

52 La «World Health Organization»
Leo *Kaprio*

53 Il programma di controllo della lebbra
Amires Fusco da *Silva*

54 Ero malato e tu mi hai visitato...
Madre Teresa di Calcutta

55 Il «punto cruciale))
J.A.J. Stevens

56 Centomila infermiere
Kathleen Keane

57 «Per la persona umana nella sua globalità»
Eugénie Bahintchie

58 Tra gli «alcoolisti anonimi))
P. William J. Clausen

59 Negli Istituti di cura e di riposo
A. *Janseen*

INCONTRI

61 Intervento di S.E. Mons. Fiorenzo Angelini alla Conferencia de Madrid Contadora

PROFILI DI LAICI

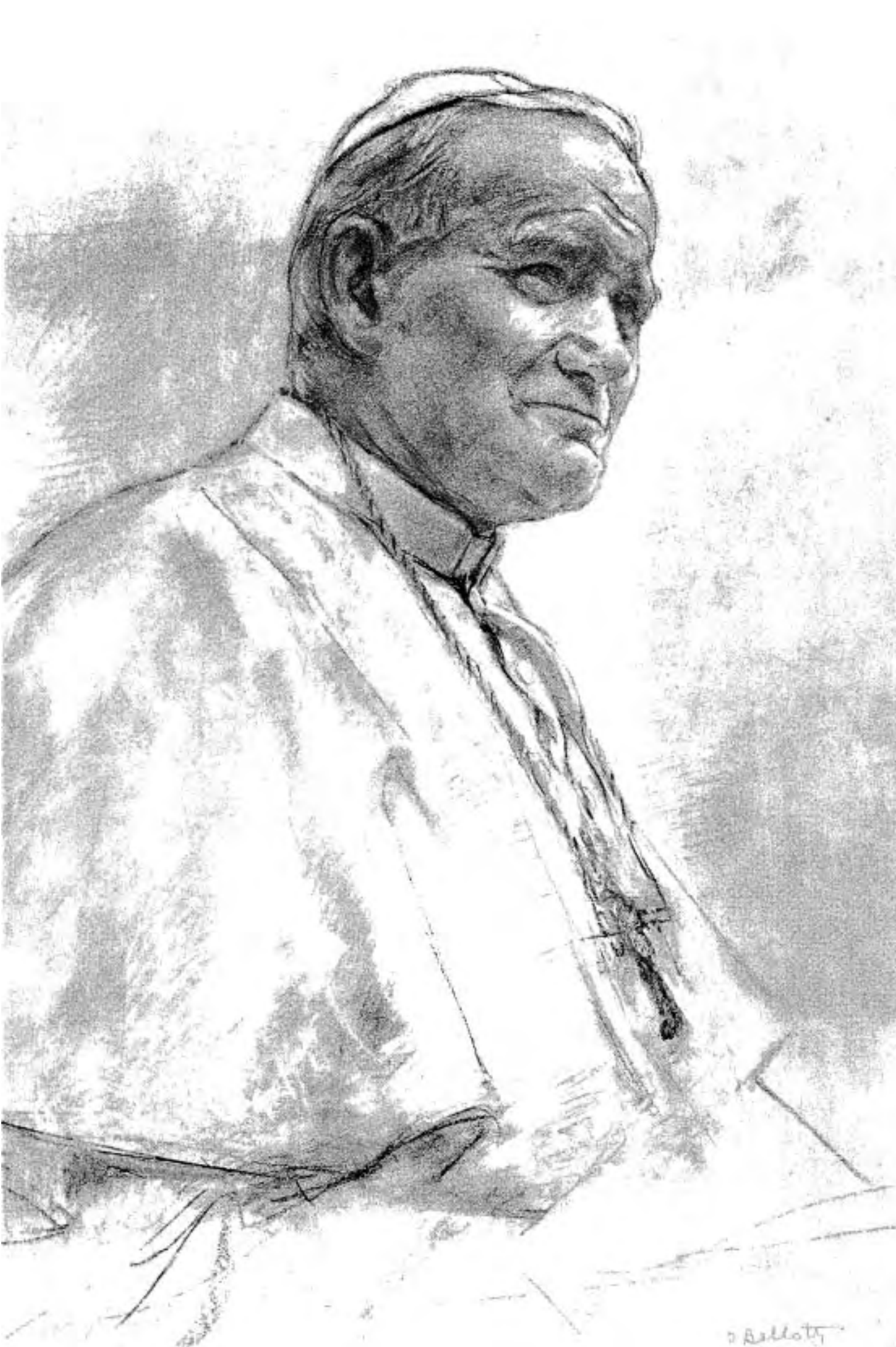
63 Marcello Candia

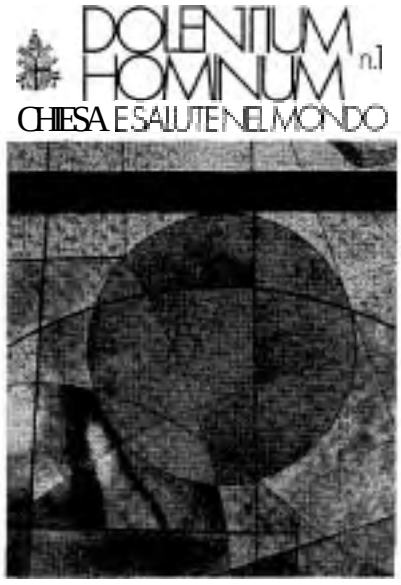
65 Albert Schweitzer

NOTIZIARIO

9 / Nomine pontificie; **67** / Attività della Pontificia Commissione; 70 / Informazioni dal mondo;
71 / Una lettera dei ginecologi madrileni.

Foto copertina: *Vetrata di fra Costantino Ruggeri*


D Bellotti



PRESENTAZIONE

per un nuovo servizio

Un anno fa, l'undici febbraio **1985,** Giovanni Paolo II istituiva la Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori sanitari. Assumendo il titolo dalle parole iniziali del documento istitutivo del nuovo dicastero, esce oggi il primo numero della rivista quadrimestrale «Dolentium hominum». La nuova effemeride vuole essere concreta e fattiva dimostrazione dell'intento prioritario della Pontificia Commissione di porsi come strumento di contatto diretto di cooperazione e di coordinamento di quanti e tra quanti, Vescovi, sacerdoti, religiosi e laici nella Chiesa, sono impegnati nell'area sterminata della sanità e della salute.

Tra i compiti essenziali della Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori sanitari — secondo il *Motu proprio* «*Dolentium hominum*» — è quello di ((diffondere, spiegare e difendere gli insegnamenti della Chiesa in materia di sanità, e favorirne la penetrazione nella pratica sanitaria)). La rivista, quindi, è strumento di conoscenza delle diretti-

ve del magistero pontificio e di quello dei Vescovi, organo di collegamento di tutte le organizzazioni e istituzioni sanitarie del mondo cattolico, palestra di dibattito dei problemi medico-morali più attuali, mezzo di attenta e verificata informazione. La contestuale edizione in cinque lingue (italiana, inglese, francese, tedesca e spagnola) ha suggerito il titolo latino della testata, con il sottotitolo plurilingue di «Chiesa e salute nel mondo». Sezioni e rubriche del periodico vedono la cooperazione di esperti delle materie trattate.

Destinata a quanti, nel mondo cattolico, operano in campo sanitario, la rivista potrà sostenersi soltanto con la partecipazione attiva di tutti. Per tale motivo si sollecita la più vasta cooperazione, affinché il nuovo periodico sia realmente specchio e riflesso di quanto si fa, nella Chiesa, per la sanità e per la salute.

Sin dal suo nascere, la Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari ha avviato un contatto diretto, e che vuole essere costante con tutte le Conferenze episcopali, molte delle quali, non avendolo ancora, hanno già proceduto alla nomina del Responsabile per la pastorale sanitaria; ha contattato tutti gli istituti religiosi maschili e femminili impegnati nel settore, le associazioni e organizzazioni specialmente internazionali di medici e di operatori sanitari. La risposta è stata lusinghiera e, nel contempo, sorprendente. Perciò, per iniziativa della Pontificia Commissione, insieme al primo numero della Rivista, uscirà il primo *Catalogo generale* delle istituzioni sanitarie della Chiesa nel mondo. Un prezioso strumento di conoscenza e di lavoro, se si considera che esso riunirà nomi, indirizzi e indicazioni di strutture sanitarie che vedono direttamente impegnata la Chiesa.

Come è caratteristico di ogni iniziativa al suo sorgere, anche la nostra rivista periodica è animata dal vivo desiderio di crescere. Perciò, sin dal primo numero, e per i temi trattati e per l'indole della loro presentazione, ci si è attenuti alla massima apertura. È questo il senso, ad esempio, di alcuni contributi collettivi, redatti da più persone con visioneunitaria, prova concreta di un sano pluralismo di apporti. Non è difficile immaginare — data anche l'edizione plurilingue — lo sforzo richiesto sia per favorire la tempestività dell'iniziativa sia per assicurarne la serietà. Mentre, perciò, il ringraziamento più vivo va a coloro che hanno prestato la loro preziosa opera alla preparazione e alla formazione di questo primo numero, l'invito più caloroso è rivolto ai moltissimi che potranno dare il loro diretto contributo: ai Vescovi, al clero, ai religiosi, ai medici, ai paramedici, agli esperti, a tutta la vastissima famiglia sanitaria, punta avanzata della pastorale ecclesiale che, nel servizio agli infermi, ha la sua esemplare qualificazione.

La rivista deve essere sostenuta e diffusa; è nata per rendere un servizio. Non si chiede che di aiutarci a prestarlo.

✠ FIORENZO ANGELINI
Pro-Presidente
della Pontificia Commissione
per la Pastorale degli Operatori Sanitari

Roma, 11 febbraio 1986

homo quidam...

(cfr. Lc. 10, **29-37)**

La magnifica Esortazione Apostolica sul valore salvifico del dolore umano (*Salvifici Doloris*) termina riproponendo la parabola del Buon Samaritano. È bene leggerla di nuovo in una dimensione contemplativa e di impegno. Contemplare, prima di tutto, Gesù che è il "Buon Samaritano" inviato dal padre per "curare le nostre malattie"; avere, inoltre, una forte capacità contemplativa per scoprire ed assumere ogni giorno il dolore degli uomini, nostri fratelli: "va' e fa' anche tu lo stesso". Impegnarci, poi, a realizzare quello che abbiamo contemplato: servire Cristo scoperto nel povero, nel malato, nel bisognoso.

La parabola del Buon Samaritano si trova nel Vangelo di S. Luca (che è l'unico che la riporta), tra due episodi e due temi molto significativi: l'incontro del dottore della legge con Gesù, e la proposta del "comandamento principale" da una parte, e dall'altra l'accoglienza di Marta e Maria a Gesù e le parole misteriose di Gesù: "Maria ha scelto la parte migliore". La parabola del Buon Samaritano parte dal comandamento dell'amore e conclude con le esigenze dell'accoglienza e della contemplazione. Come per indicarci che il servizio ai malati (di cui ci occupiamo ora direttamente) è un modo concreto di realizzare il comandamento principale, e che suppone sempre un sereno atteggiamento d'orazione, una contemplazione profonda, una disponibilità d'accoglienza. Descriviamo un poco di più la ricchezza del contesto dove la parabola del Buon Samaritano è situata.

Il dottore della Legge domanda a Gesù sulla Vita: "Maestro, cosa devo fare per avere in eredità la Vita Eterna?". Si tratta della pienezza della vita, già qui, nel tempo, ma che si completerà nella eternità: cosa devo fare per vivere, affinché la mia vita non diminuisca ma si conservi e cresca? Possiamo tradurre la domanda anche in questo modo: cosa devo fare per guarire ed essere felice? Oppure: cosa posso fare per i miei fratelli che soffrono? Gesù gli ricorda quello che è scritto nella Legge: "Amerai il Signore tuo Dio, con tutto il tuo cuore, con tutta la tua anima, con tutte le tue forze e con tutta la tua mente, e il prossimo tuo come te stesso". Amare Dio sopra tutte le cose: centrare la vita in Dio, fare di Dio l'unico oggetto delle nostre preoccupazioni e della nostra ricerca, l'unica sorgente della nostra gioia, il termine definitivo del nostro cammino. "Solo Dios basta", diceva S. Teresa di Gesù. Ma proprio per questo, occorre amare il prossimo come noi stessi. È la conseguenza immediata dell'amore verso Dio; è la sua concreta manifestazione; non possiamo dire che amiamo Dio, che non vediamo, se non amiamo il prossimo che vediamo e coloro coi quali viviamo insieme (Cfr. 1 Gv. **4, 20).** Il comandamento principale è uno solo e indivisibile: amare Dio e, per lui il prossimo; o amare il prossimo perché in lui abbiamo scoperto Dio e lo serviamo.

Alla fine della nostra vita noi saremo giudicati sull'amore. È Gesù stesso che si identifica con il povero: l'affamato, lo straniero, il nudo, il prigioniero (Cfr. Mt. **25, 31-46).** "Tutto quello che avete fatto a uno di questi miei fratelli più piccoli l'avete fatto a me... ogni volta che non avete fatto queste cose a uno di questi miei fratelli più piccoli, non l'avete fatto a me".

Occorre una grande fede ed una profonda capacità contemplativa per scoprire Gesù nel malato e servirlo.

La parabola del Buon Samaritano conclude con questa esortazione di Gesù al dottore della Legge che gli aveva chiesto della Vita e del prossimo: "Va' e anche tu fa' lo stesso".

Immediatamente S. Luca introduce l'incontro di Gesù con Marta e Maria (Lc. 10, **38-42).** Noi non possiamo fermarci in una riflessione particolareggiata dell'incontro; però possiamo sottolineare quello che segue: Marta accoglie Gesù nella sua casa e lo serve, mentre Maria, seduta ai piedi del Signore, ascolta la sua Parola. Quello che Gesù rimprovera non è il suo atteggiamento di accoglienza e di servizio, ma la sua inquietudine e la sua agitazione; cioè, la sua mancanza di unità interna e, quindi, la sua dispersione in molte cose. Quello che Gesù loda in Maria non è la sua passività nell'aiuto o la sua insensibilità di fronte ai lavori di sua sorella, ma l'atteggiamento contemplativo di Maria che è la sorgente dell'accoglienza e del servizio. Solo chi è capace di "ascoltare la Parola del Signore" nel silenzio del cuore, diventa per gli altri fratello che accoglie e che serve. Il Signore chiede di essere totalmente Marta e totalmente Ma-

ria, simultaneamente Marta e pienamente Maria.

La parabola del Buon Samaritano ci insegna, per questo, quanto segue: soltanto colui che osserva ''il comandamento principale" dell'amore può dare il suo tempo e le sue cose agli altri; e soltanto chi "ascolta la Parola del Signore" è capace di accogliere nella sua casa il fratello che soffre ed impegnarsi nel suo servizio.

* * *

La parabola del Buon Samaritano risponde alla seconda questione del dottore della Legge: "E chi è il mio prossimo?"

Gesù risponde: ''*un uomo* scendeva da Gerusalemme a Gerico...'' Quello che è importante è che quest'uomo non ha un nome concreto: è semplicemente "*un uomo*". Ma non è che si tratti di un anonimo qualsiasi che non interessa, ma invece, perché quest'uomo porta il nome concreto di tutti gli uomini bisognosi che noi troviamo ogni giorno sul nostro cammino. Più ancora: "questo uomo comune" — spogliato di tutto, ferito e semimorto — ha un nome molto concreto. Si chiama Gesù di Nazaret. Nel senso profondo dell'espressione di Pilato: "Ecco l'uomo" (Gv. **19, 5**). Gesù assume e sintetizza l'umanità sofferente, tutta l'umanità, ciascuno degli uomini spogliati, feriti, semimorti; lui vive con loro in modo sorprendente e ci si manifesta tramite il dolore. Ci invita a scoprirlo e a fermarci. "Chi è il mio prossimo?". Tutto l'uomo che si trova sul mio cammino e ha bisogno di me: il nome, la razza, la religione non importano. Non perdiamo il nostro tempo cercando di saperlo, non passiamo accanto a lui con disattenzione. Ci interessa soltanto una cosa: che quest'uomo è un povero e ha bisogno di me, e che si chiama Gesù.

Una seconda riflessione è questa: quale fu l'atteggiamento del Buon Samaritano? Prima di tutto: *fermarsi*. Il sarcerdote e il levita l'avevano visto, ma "l'evitarono" e continuarono il proprio cammino. Ognuno aveva la sua fretta e le sue preoccupazioni. Solo il samaritano "gli si fece vicino". Non è possibile passare lontano — e ancor meno "evitare" — di fronte al dolore e al bisogno di un qualsiasi uomo. Bisogna avere il coraggio e la forza di fermarsi e avvicinarsi.

Il Signore aggiunge dopo: "*e vedendolo ebbe compassione*". Questo è un secondo atteggiamento umano: assumere con generosità il dolore e la povertà degli altri, condividere le loro sofferenze ed offrire loro il sollievo della nostra vicinanza e del nostro amore. Ci sono delle situazioni di dolore che noi non possiamo risolvere, ma possiamo, almeno, condividerle. Come ci fa bene sapere che qualcuno ci aiuta a soffrire in silenzio!

Il Buon Samaritano, infine, ''*fasciò le sue ferite mettendoci olio e vino; poi caricatolo sopra il suo giumento, lo portò a una locanda e si prese cura di lui*".

Donò tutto quanto aveva, anche il suo denaro. Ma, soprattutto, donò se stesso, donò il proprio tempo, il tempo di cui aveva bisogno per le sue cose, per il suo lavoro, per la sua famiglia. In questo momento quello che importava era questo "uomo comune", quest'uomo che soffriva.

Grande insegnamento per noi che viviamo avari del nostro tempo! **A** che serve il tempo che guadagniamo se non siamo capaci di perderlo per sollevare il dolore dei fratelli? Che felicità prova l'uomo quando sa che la sua vita è donata silenziosamente per rendere meno profonda la sofferenza degli altri!

C'è qualcosa che vorrei ancora sottolineare: il Buon Samaritano *partecipa la sua compassione all'albergatore: "prendi cura di lui"*. È la pienezza traboccante della nostra compassione: comunicarla agli altri affinché anche loro facciano lo stesso. È esattamente quello che Cristo ci propone al termine della parabola: "Va' e fa' anche tu lo stesso".

Di nuovo ci raccogliamo qui in atteggiamento contemplativo e di impegno. La parabola del Buon Samaritano è valevole per tutti, ma è particolarmente significativa per gli Operatori della Pastorale Sanitaria (medici, infermieri, religiosi, laici impegnati nel campo della sanità). Ogni malato ci porta una nuova rivelazione di Cristo: "Ero malato e mi avete visitato". Questo spiega il senso di venerazione e rispetto, ancora più di adorazione che i Santi avevano quando assistevano un malato (pensiamo, per esempio, a S. Camillo de Lellis e al Beato Benito Menni).

''Fa' questo e vivrai", "Va' e fa' anche tu lo stesso". È una doppia esigenza di Gesù: amare intensamente Dio ed il prossimo, e scoprire che il prossimo è questo ''*uomo comune*" che Dio mette provvidenzialmente sul nostro cammino e attraverso le sue piaghe Gesù ci si rivela e comunica quotidianamente.

EDUARDO Card. PIRONIO
Presidente

nomine pontificie

In data 19 gennaio 1986 sono state rese note le nomine pontificie del Segretario, del Sottosegretario, dei Membri e dei Consultori della Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari. Ne riportiamo qui l'elenco completo.

Il Santo Padre ha nominato Segretario della Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari il Reverendo Padre José Luis Redrado Marchite, O.H.

Il Santo Padre ha nominato Sottosegretario della Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari il Reverendo Padre Felice Ruffini, M.I.

Il Santo Padre ha nominato Membri della Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari:

le Loro Eminenze Reverendissime i Signori Cardinali:

— Paul Zoungrana;
— George Basil Hume;
— Ricardo J. Vidal;
— John J. O'Connor;
— Andrzej Maria Deskur.

Le Loro Eccellenze Reverendissime i Monsignori:

— Eduardo Martinez Somalo, Arcivescovo titolare di Tagora, Sostituto della Segreteria di Stato;

— Alberto Bovone, Arcivescovo titolare di Cesarea di Numidia, Segretario della Congregazione per la Dottrina della Fede;

— Miroslav Stefan Marusyn, Arcivescovo titolare di Cadi, Segretario della Congregazione per le Chiese Orientali;

— Vincenzo Fagiolo, Arcivescovo emerito di Chieti e Vasto, Segretario della Congregazione per i Religiosi e gli Istituti Secolari;

— José T. Sanchez, Arcivescovo emento di Nueva Segovia, Segretario della Congregazione per l'Evangelizzazione dei Popoli;

— Antonio M. Javierre Ortas, S.D.B., Arcivescovo titolare di Meta, Segretario della Congregazione per l'Educazione Cattolica;

— Jean-François Arrighi, Vescovo titolare di Vico Equense, Vice Presidente del Pontificio Consiglio per la Famiglia;

— Edward Bede Clancy, Arcivescovo di Sydney;

— Antonio Quarracino, Arcivescovo di La Plata, Presidente del CELAM;

Rev. P. Henri Forest, S.I., Sotto-Segretario del Pont. Consiglio «Cor Unum»;

Sig. Prof. Jérôme Lejeune, Accademico Pontificio;

Rev. Fr. Pierluigi Marchesi, Priore Generale dell'Ordine Ospedaliero di S. Giovanni di Dio;

Rev. P. Calisto Vendrame, Superiore Generale dei Chierici Regolari Ministri degli Infermi;

Rev.da Sr. Ana Margarita Duzan, Superiora Generale delle Figlie della Carità;

Rev.da Sr. Maria Eneide Martins Leite, Superiora Generale delle Francescane dell'Immacolata Concezione;

Rev.da Sr. Catherine Dwyer, Superiora Generale delle Suore Medico-Missionarie di Maria;

Sig. Dott. Chicot J. Vas, Presidente della FIAMC;

Sig.na Kathleen Keane, Presidente del CICIAMS;

Sig.ra Dott. Jean Dreano, Presidente della FICEP;

Sig. Michel Falise, Presidente della FIUC;

Sig.na Claude Trontin, Responsabile dell'AIMH;

Sig. Conte Géraud Marie Michel de Pierredon, Grand'Ospedaliero dello SMOM;

Sig. Dott. Marcello Sacchetti, Presidente dell'Ospedale Bambino Gesù.

Il Santo Padre ha altresì nominato Consultori della medesima Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari:

Mons. Carlo Caffarra;
Mons. James P. Cassidy;
Mons. Pietro Parducci;
Mons. Elio Sgreccia;
Mons. Dionisio Tettamanzi;
Rev. Jean-Pierre Schaller;
Rev. P. Eugenio Bronzetti, O.F.M. Cap.;
Rev. P. Bonifacio Honings, O.C.D.;
Rev. P. Joseph Joblin, S.I.:
Rev. P. Kevin O'Rourke, O.P.;
Rev. P. Emilio Spogli, M.I.;
Rev.da Sr. Marcella Cavallari, S.O.M.;
Rev.da Sr. Margaret John Kelly, S.C.;
Rev.da Sr. Maria Angela Schrudde, S.I.F.;
Sig. Dott. Giuseppe Astegiano;
Sig. Prof. Alessandro Beretta Anguissola;
Sig. Prof. Rino Cavalieri;
Sig. Dott. Antonio Cicchetti;
Sig. Dott. Bryan A. Curtin;
Sig. Prof. Pietro de Franciscis;
Sig. Prof. Domenico Di Virgilio;
Sig.ra Eugénie Bahintchie;
Sig. Prof. Jacques Lafourcade;
Sig.ra Agnes Lai Pong Chong;
Sig. Prof. Corrado Manni;
Sig. Prof. Ermanno Manni;
Sig. Prof. Hornykiewcz Oleh;
Sig. Pedro Ridderplat;
Sig. Prof. Clemente Robles;
Sig. Prof. Gottfried Roth;
Sig. Prof. Bruno Silvestrini;
Sig. Prof. Franco Splendori;
Sig. Dott. Krzysztof Szczygiel;
Sig. Prof. Juan de Dios Vial Correa;
Sig. Prof. Robert L. Walley;
Sig. Dott. John St. G. Warmann.

Segretario:

P. José Luis Redrado Marchite O.H.

Nato in Pustiñana (Spagna) il 19 marzo 1936.
Ordinato Sacerdote 1'11 luglio 1965.
Laureato in Teologia.
Direttore della Scuola Apostolica di S. Giovanni di Dio in Pamplona (1965-1967).
Direttore del Segretariato provinciale e generale di Pastorale.
Consigliere Provinciale (1968-1971).
Cappellano degli Infermi in vari Ospedali della Spagna.
È membro del Segretariato Nazionale Spagnolo di Pastorale Sanitaria dal 1978.
Direttore del Segretariato di pastorale della Provincia di Aragona (1971-1982).
Autore di molti studi e articoli di pastorale sanitaria.
Direttore di numerosi corsi di studio regionali e nazionali.
Direttore della Rivista "Labor hospitalaria".

Sottosegretario:

P. Felice Ruffini M.I.

Nato il 2 settembre 1935 ad Arzano (Napoli).
Ordinato Sacerdote il 6 luglio 1958.
Laureato in Teologia.
Giornalista pubblicista.
1958-1968. Ha ricoperto vari incarichi: Cappellano degli Infermi in alcuni grandi Ospedali.
1974. Superiore e Direttore del Santuario S. Camillo in Bucchianico (Chieti); Consigliere Provinciale del suo Ordine (1977-1980); Delegato Vescovile di Chieti per la pastorale dei malati, dei medici e degli infermieri; Incaricato Regionale della Conferenza Episcopale Abruzzese-Molisana per la Consulta della Sanità della CEI.
1980. Superiore della Comunità dei PP. Cappellani nell'Ospedale S. Camillo di Roma. Vicario Provinciale e I" Consigliere nel suo ordine (1982-1986).
Segretario della Consulta diocesana e regionale della pastorale sanitaria; membro dei Consigli Presbiterale e Pastorale di Roma.

i dottori davanti a Gesù

Come sarebbero sorpresi i Dottori della legge ascoltando il Bambino che parla con autorità!

I dottori dei nostri giorni, voglio dire i dottori in medicina, trarrebbero profitto dall'andare alla sua scuola!

Certo, la genetica ci dimostra che durante la fecondazione è presente tutta l'informazione necessaria e sufficiente per definire il nuovo essere umano. E noi sappiamo anche che nessuna informazione entra successivamente in questo germe fecondato.

Ogni embrione della nostra specie è un essere per la sua natura, ed è umano per le sue qualità. La scienza riassume tutto questo dicendo semplicemente che è un essere umano.

A questa verità evidente alcuni obiettano che non possono essere usate queste due parole: essere umano. Infatti, dicono, un essere umano esiste soltanto quando un embrione raggiunge un tale grado di organizzazione, un tale grado di prove che ci permette di dargli questo titolo. Essi non contestano la realtà, ma dicono che il rispetto verso l'embrione dev'essere rapportato al suo grado di autonomia.

Si sentirebbero imbarazzati nell'ammettere che così essi catalogano gli uomini in classi arbitrarie, rispettando questa e manipolando quella. Da qui il loro rifiuto della parola giusta che impedirebbe loro ogni aggressione ingiusta, come l'aborto nel molto giovane oppure l'eutanasia nel molto anziano.

È proprio qui che i dottori dovrebbero ascoltare la lezione di Gesù.

Il più illustre dei medici, colui di cui l'opera rimane il best-seller di tutte le categorie — è di S. Luca che parlo — ci rivela in alcune parole la meraviglia della più tenera infanzia.

Rileggere la Visitazione.

Quale era l'età del piccolo profeta che sussultò in Elisabetta quando Maria, portando Nostro Signore, si è avvicinata?

Sei mesi nell'utero. S. Luca da buon medico ci precisa questo particolare; l'Angelo d'altronde aveva lui stesso detto questo a Maria.

Ma quale età aveva allora la forma umana di Gesù?

S. Luca non lo dice ma nota semplicemente che fin dall'annunzio dell'Angelo, la Vergine si è affrettata per andare da sua cugina: Maria festinavit.

In questo paese di Galilea le distanze non sono molto grandi e i viaggi non sono lunghi sia andando con l'asino, che a piedi.

Nel momento della Visita, la forma umana di Gesù era quindi incredibilmente giovane, soltanto di qualche giorno, forse una settimana... E tuttavia Giovanni, il piccolo profeta, più grande di lui di sei mesi, sussulta al suo arrivo!

Se i dottori dei nostri giorni rileggessero questo vangelo comprenderebbero con il cuore che la scienza non li inganna quando li forza, con la ragione, a riconoscere che l'Essere comincia con il concepimento.

Come i magi, come ogni uomo, i dottori hanno tutto da imparare alla scuola di Gesù.

JÉRÔME LEJEUNE
Professore di Genetica medica nell'Università di Parigi
Membro della Pontificia Accademia delle Scienze

significato storico-teologico del motu proprio «dolentium hominum»

Il significato storico-teologico dell'istituzione della Pontificia Commissione per la pastorale degli operatori sanitari è richiamato concisamente in apertura del Motu proprio «Dolentium hominum». Citando l'Esortazione apostolica «Salvifici doloris», il Santo Padre ricorda la strettissima connessione tra missione di Cristo e della Chiesa e sua attenzione al mondo della sofferenza.

La motivazione teologica spiega ed illumina il dato storico della presenza della Chiesa accanto a chi soffre ed accanto a coloro che sono al servizio di chi soffre.

Vi è infatti una connessione di rigore tra vita della Chiesa e suo impegno verso i sofferenti e gli ammalati.

Connessione che, sempre, ha assodato fede e scienza, amore verso i malati e sforzo per migliorare e incrementare gli strumenti e le forme di assistenza e di cura.

Vorrei dire che il fondamento teologico spiega l'iniziativa precorritrice della Chiesa la quale, per prima, avviò la socializzazione dell'assistenza sanitaria, trasformandola da privilegio di pochi a diritto e possibilità di tutti.

**

Occorre, tuttavia, evitare una interpretazione riduttiva del nesso che lega la missione della Chiesa alla sua fattiva e costante presenza nel mondo della sofferenza.

Occorre, cioè, evitare il rischio di guardare a tale fenomeno come ad una benemerenza della Chiesa da annoverarsi tra i suoi meriti storici, quasi che oggi, nel nostro tempo e nella società attuale, i suoi compiti fossero o cessati o sminuiti, data la socializzazione della medicina e l'assunzione, da parte delle strutture civili, di un impegno che, in passato, fu pressoché esclusivo della Chiesa.

Altro rischio è quello di considerare il significato storico della presenza della Chiesa nel campo della sanità e della salute come nettamente separato dal significato teologico. Entrambi, invece, procedono associati ed interagiscono attivamente.

In altre parole, la Chiesa non sarebbe Chiesa se disattendesse chi soffre e non si facesse carico di una adeguata preparazione e motivazione cristiana da parte di coloro che assistono gli infermi.

È merito e, vorrei dire provvidenziale destino dell'attuale pontefice, aver sottolineato con rigore ed insistenza quasi quotidiana il rapporto tra vita della Chiesa e attenzione al mondo della sofferenza.

Un'antologia dei passi tratti dai documenti e dai discorsi di Giovanni Paolo II riguardanti i malati e gli operatori sanitari già potrebbe occupare diversi volumi. Come, infatti, il Santo Padre volle avviare il proprio pontificato affidandolo al sostegno della preghiera e della dedizione dei sofferenti, così ha continuato e continua a farlo, sollecitato in questo da quella drammatica esperienza che Gli ha consentito di avere come cattedra di magistero lo stesso luogo di sofferenza e di cura dove venne ricoverato tra la vita e la morte.

Concisamente: una lettura teologica attuale della missione della Chiesa spiega l'attualità storica del suo essere presente accanto ai malati ed agli operatori sanitari.

Ci si deve chiedere, tuttavia: come essere presenti oggi? Secondo quali criteri, forme, indirizzi, efficacia?

Nel Motu proprio «Dolentium hominum» il Papa dice espressamente che «lo sviluppo e la peculiare configurazione che hanno assunto nella odierna società i servizi socio-sanitari, la mentalità e gli orientamenti che caratterizzano le attività e le politiche sanitarie, aprono alla Chiesa e, in particolare modo ai cristiani impegnati in tali strutture e servizi, nuove prospettive ed insieme pongono nuove questioni, sollecitando forme rinnovative di qualificata presenza)).

Le *nuove prospettive* attengono il dato storico, le *nuove questioni* coinvolgono il significato teologico.

L'istituzione della nuova Pontificia Commissione per la pastorale degli operatori sanitari risponde ad entrambe le istanze e lo fa con un taglio sorprendentemente nuovo ed originale.

Innanzitutto viene ribadito che ci sono aspetti dell'assistenza sanitaria che, oggi come in passato, non sono derogabili alla società civile né da essa assumibili. Non si affronta adeguatamente la malattia, se si prescinde dal coglierne la valenza spirituale e soprannaturale. E su questo punto la comunità ecclesiale, nella sua integralità, è chiamata in prima persona ed a tutti i livelli, a farsene carico.

In secondo luogo, si può rilevare che il documento istitutivo della Pontificia Commissione insiste più sul servizio alla sofferenza e quindi sugli operatori sanitari, che non sugli infermi. La pastorale sanitaria, che il Papa ha così felicemente descritto attraverso la riproposta della figura evangelica del Buon Samaritano, mira a far capire la sofferenza attraverso il servizio ad essa. La sofferenza, gli infermi sono un dato di fatto, una realtà oggettiva, mentre l'assistenza appropriata e finalizzata a coloro che soffrono può mancare od essere inadeguata, specie di fronte alle istanze del progresso della scienza medica e dei problemi sociali e morali che tale progresso induce. Ed è proprio qui che la Chiesa, abbracciando esigenza storica ed istanza teologica, intende operare con massima partecipazione ed impegno nell'unica finalità di servire in Cristo gli infermi.

Cristo, in una società che tendeva all'emarginazione classista dell'infermo, privilegiò l'approccio ai malati nel dare il suo annuncio di salvezza.

La Chiesa, chiamata a seguire le orme di Cristo, tanto più deve farlo oggi in una società che, almeno astrattamente ed in virtù delle leggi che la regolano, destina alla sanità ed alla salute tanta parte delle sue risorse, favorisce l'inserimento sociale dei deboli, esalta e valorizza la terza età, estende la medicina preventiva, sollecita l'educazione sanitaria.

Parallelamente, quindi, al dato storico di una società che si fa sempre più consapevole dei diritti del malato reale e potenziale, la Chiesa ribadisce il suo compito istituzionale, teologicamente fondato, di incrementare la pastorale sanitaria attraverso il coordinamento delle istituzioni e dei cristiani impegnati in questo settore.

Come sempre accade, tuttavia, ogni progresso scientifico, sociale e culturale, porta in maggiore evidenza le verità di fondo soggiacenti.

Il progresso della medicina in quanto servizio alla vita, alla persona nella sua integrità psico-fisica e spirituale, postula un equivalente consapevolezza dei compiti pastorali che devono accompagnare l'assistenza medica.

E se mi è consentita una riflessione che non ritengo una forzatura, vorrei dire che l'insistenza del Motu proprio «Dolentium hominum» sulla necessità e l'urgenza di un maggiore coordinamento tra istituzioni, gruppi e persone che ispirandosi alla fede cristiana, sono al servizio di chi soffre, si colloca sulla linea della *communio*, cioè di quella partecipazione che è comunione non soltanto in senso di cooperazione, bensì di ecclesialità. Gli operatori sanitari sono chiamati a collaborare facendosi comunità ecclesiale al servizio del valore umano fondamentale, primario e insieme trascendente, che è la vita.

Il significato storico, quindi, del Motu proprio «Dolentium hominum» sta soprattutto in questo rinnovato impegno della Chiesa nell'essere accanto a chi soffre secondo le esigenze caratterizzanti del nostro tempo. Il significato teologico è quello di aver approfondito, in sintonia con tali esigenze storiche, l'indole propria della sua missione, per continuare a rispondere a queste esigenze in termini di crescita e di attualità.

✠ FIORENZO ANGELINI

l'attesa del mondo sanitario

Alla notizia, tanto attesa, della istituzione della Commissione Pontificia per la Pastorale degli operatori sanitari, l'euforia per la novità, che copre una vera ansietà dell'intero mondo sanitario, specie cattolico, può averci indotto a focalizzare l'attenzione soprattutto sull'ultima parte del documento istitutivo, quella cioè relativa alle funzioni e ai compiti del nuovo organismo.

Nel corso di una rilettura meditata del documento, si affacciano alla mente i problemi che da un decennio stringono, in una specie di morsa, gli ospedali cattolici e religiosi in particolare, causati dalla radicale evoluzione della medicina generale e della assistenza sanitaria in particolare, e dalle relative legislature dei vari paesi europei; problemi ulteriormente acuiti dalla mancanza assoluta di orientamenti, in tutto il settore, nei paesi in via di sviluppo.

La tradizionale opera di supplenza degli istituti religiosi nel campo dell'assistenza sanitaria sta pressoché esaurendosi in tutte le aree del mondo (fatti salvi i paesi missionari), e la conseguente competitività con gli ospedali statali o privati induce a vere tentazioni di abbandono per svariate e fondamentali ragioni che impediscono il concreto perseguimento dei fini istituzionali dei centri ospedalieri.

Ragioni che si possono sommariamente riassumere nel costante processo di rarefazione di investimenti nelle opere ospedaliere; nel numero delle vocazioni; nella parcellizzazione operante oggi nel mondo della sanità: nel vuoto della dimensione apostolica creato dalla evoluzione tecnologica e sociologica, che getta un'ombra sullo stesso carisma degli istituti se non si ha il coraggio della conversione.

Evidentemente, l'elencazione dei problemi esistenti potrebbe protrarsi ulteriormente, ma ciò rischierebbe di indurre ad una lettura riduttiva della preziosa lettera apostolica «Dolentium hominum», soprattutto perché le preoccupazioni della Chiesa e del suo Supremo Pastore non possono e non debbono ridursi alle sole istituzioni cattoliche o religiose, ma vanno estese a tutto il mondo sanitario. E ciò con pieno diritto e dovere, perché se «la gloria di Dio è l'uomo vivente)), noi partecipiamo alla funzione primaria del popolo di Dio, che è quella di renderGli amore e gloria perenne, ogni volta che la nostra azione, e soprattutto l'azione pastorale della Chiesa, ha per obiettivo di restituire all'uomo, ferito dalla malattia nel suo tessuto fisico, psichico e morale, le condizioni esistenziali che ne facciano realmente un ((essere vivente)) con una risposta operativa atta a portare quel ((sacramento di salvezza» che è la Chiesa nella storia dell'uomo.

Nella parte centrale del documento si fa preciso riferimento alla *concezione della persona umana:* l'atto terapeutico è tale se tale concezione riconosce e rispetta.

1. «Di fatto, la Chiesa nel corso dei secoli ha fortemente avvertito il servizio dei malati ***e*** dei sofferenti come parte integrante della sua missione)).

Altre confessioni hanno agito da stimolo per la scienza medica, ma il Cristianesimo ha dato un impulso veramente ineguagliabile alla attenzione del singolo e della collettività verso il malato, all'unione di sollecitudine umana, di sollievo terapeutico e di carità, dapprima in età medievale, attraverso le istituzioni monastiche, e poi attraverso i nosocomi pubblici e gli Ordini Ospedalieri.

2. «Nel suo approccio agli infermi e al mistero della sofferenza, la Chiesa è guidata da una precisa *concezione della persona umana e del suo destino nel piano di Dio».*

Questa visione tuttavia non è stata sempre presente nella pratica medica e nella Chiesa stessa.

Mentre, infatti, la ricerca medica inizia oggi a riscoprire gli intrinseci e complessi rapporti tra psiche e soma, anche la Chiesa per un certo periodo ha guardato con una certa diffidenza agli studiosi dell'animo umano, della psiche, in contrasto con la pratica degli Ordini Ospedalieri.

La precisa concezione della persona umana passa attraverso una riconciliazione con il sapere psicologico e psicoanalitico, che, lungi dal minacciare fede e scienza, mira a comprendere le vicis-

situdini dell'animo umano che attraversano ogni persona, sia essa in buona salute ma soprattutto se malata.

3. La persona umana è una costruzione unica e originale; essa avviene al prezzo di arresti, crisi, sofferenze e a volte di malattie vere e proprie.

4. Per andare oltre la medicina scientifica, occorre toccare d'essenza della condizione umana in questo mondo».

Il mondo delle persone sofferenti è molto più vasto di quello che si presenta alla medicina. La persona non è solo l'organismo, ma è psichismo, è rapporto interpersonale, rapporto col trascendente, con il mondo del lavoro, quello economico, politico, con la cultura, i pregiudizi, la storia del gruppo di appartenenza, ecc.

Come ci si può avvicinare allora alla persona senza una profonda fiducia e dimestichezza con le scienze del trascendente, dell'uomo, oltre che con quelle naturali?

Il Cristianesimo deve farsi carico di questa missione, senza paura, senza ritardo. Perché in questo modo recupera l'antico e promuove il nuovo, senza dover cristallizzarsi in posizioni meramente di giudizio e di controllo sospettose nei confronti delle ricerche e delle intuizioni umane.

5. Il Cristianesimo deve avere la forza di comunicare che *nessun medico guarisce alcuno* se questi non è in grado, in modo più o meno consapevole, di collaborare al progetto di rimozione degli ostacoli che si oppongono alla sua salute. Nessun uomo, nessun medico ha il potere di guarire un altro uomo! *L'io del paziente*, corporeo, istintuale, psicologico, spirituale, è un *partecipante attivo* all'opera di riparazione del benessere perduto.

E allo stesso tempo nessun uomo può, deve togliere la vita ad un'altra persona, perché la vita e morte sono parte del mistero e per il Cristianesimo vita e morte appartengono a Dio.

6. Con questa visione della persona umana cambia anche la direzione e la collaborazione della medicina e gli atteggiamenti degli operatori sanitari.

Anche la malattia ha bisogno di essere considerata in modo nuovo: non sempre come qualcosa di estraneo da estirpare, ma anche come un segnale, un allarme se non un tentativo di autocorrezione.

7. Il secondo paragrafo del documento ruota attorno all'antropologia cristiana, con particolare accentuazione dell'unità somatico-spirituale dell'uomo.

Se questo è il compito culturale a cui la Chiesa vuol partecipare, *la ricerca e la formazione emergono in primo piano.*

In questo senso merita una particolare sottolineatura l'impegno alla formazione degli operatori sanitari cristiani, indicato nel documento come uno degli obiettivi di questa nuova attenzione della Chiesa al mondo della sanità.

L'invito papale ad una maggiore intesa tra i vari organismi che operano oggi — a nome della Chiesa — nel mondo della sanità, con particolare riguardo al sostegno, alla promozione, alla intensificazione delle necessarie attività di studio, di approfondimento e di proposta, mi pare che in chiave pastorale e testimoniante possa essere letto così:

— è *generoso ma socialmente poco efficace* oggi agire individualmente;

— alla resistenza organizzata di politiche sanitarie talvolta disumane bisogna opporre efficaci *organismi alternativi* liberamente

Il Palazzo ***del*** *Laterano in Roma in una pianta* ***del*** *1625*

espressi dalla comunità civile ed ecclesiastica;

— non è tanto necessario creare dei «*fronti unitari)?* nazionali ed internazionali, ma piuttosto creare un *collegamento organico* a due sensi che consenta la fruizione — da parte di tutti — della ricchezza progettuale che proviene dalle diversità sociali e dai vari carismi;

— occorre evitare lo spontaneismo (anche se generoso), la concorrenzialità, il narcisismo di bandiera, per far posto ad un attivo collegamento e coordinamento;

— evitare impostazioni solo in chiave di pura sanitarizzazione dei problemi ma creare il presupposto di collegamento e di coordinamento con gli operatori sanitari e le componenti sociali che determinano la politica della sanità;

— il coordinamento, per essere vitale, dovrà tracciare l'ipotesi di un piano di *lavoro pluriennale* con ((gruppi di lavoro ad hoc», con dimensione verificabile e modificabile, per assolvere i delicati impegni di ricerca e di proiezione;

— per gli istituti religiosi si rende necessaria la ricerca per un passaggio di interventi di ((professionalità)) al campo «vocazionale» nel ruolo di ((uomini di Dio» portatori di una dimensione apostolica testimoniante la rivoluzione d'amore del Cristo di Nazaret;

— in passato può essere stato urgente e meritorio costruire ospedali cristiani. Oggi la Chiesa indica come prioritario l'impegno a formare gli operatori perché siano, con scienza e coscienza, all'altezza della nuova cultura della salute che bisogna creare.

Fra PIERLUIGI MARCHESI

Priore Generale degli Ospedalieri di S. Giovanni di Dio - Fatebenefratelli
Membro della Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari

difesa e promozione della vita umana

«Se volessimo sapere non solo che siamo uomini, ma quali siano sani e quali malati, forse che la gente ci sarebbe buona maestra? No. E la prova che sono malvagi maestri di tali cose l'avresti a vederli in disaccordo? Sì. E allora! Ti sembra adesso che sulla giustizia e sulla ingiustizia degli uomini e delle cose la gente sia tutta d'accordo con se stessa o fra loro? Assolutamente no... anzi. Non ti sembra che in tali questioni soprattutto sia in disaccordo? Proprio qui. Così, credo che tu non abbia mai visto né udito uomini di opinione così contrastante sulla salute o la malattia tanto da battersi ed ammazzarsi gli uni contro gli altri per queste cose. No certo» (PLATONE, *Alcibiade primo*, VIII). Le domande e le risposte di questo dialogo tra Socrate ed Alcibiade dimostrano che circa l'uomo si pone la domanda: ma chi sono? Io, che ormai secondo tutti, credenti e non credenti, sono il punto di riferimento di tutto quanto esiste sulla terra (cf. *Gaudium et Spes*, 12). In effetti, la «causa dell'uomo» è divenuta di difficile soluzione e quanto segue intende offrire alcune riflessioni in vista di una risposta.

1. Diagnosi di una situazione

La difficoltà che la cultura contemporanea dimostra nel suo prendersi cura dell'uomo è dovuta in primo luogo alle molteplici difficoltà che essa avverte quando tenta una risposta alla domanda su *chi* è l'uomo. Le difficoltà nascono, a nostro parere, dall'aver smarrito alcuni sentieri principali che possono introdurci dentro la verità dell'uomo. Questi sentieri (erano) sono soprattutto tre: l'esperienza metafisica, l'esperienza etica e l'esperienza religiosa. A ragion veduta abbiamo parlato di «esperienza». Non si tratta, infatti, di una mancanza di informazione su ciò che è stato scritto ieri e oggi di metafisica e di etica. Si tratta di un'*attenzione* che l'uomo è chiamato a prestare *a se stesso:* ad alcune domande che abitano nel suo spirito, naturalmente. Disattenderle può essere solo effetto di una voluta distrazione da se stesso. Sono la domanda metafisica, la domanda etica e la domanda religiosa.

La domanda metafisica, in primo luogo. Fu Carnap a scrivere che «i metafisici sono musicisti senza talento musicale)). Il sarcasmo esprime assai bene una domanda essenziale della cultura contemporanea. La riflessione

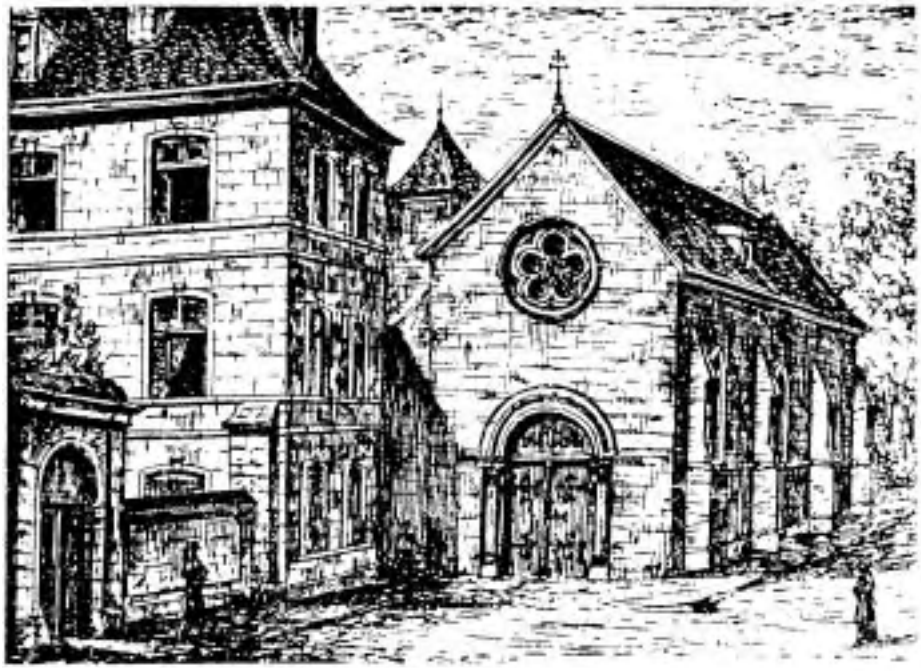
filosofico-metafisica deve essere connessa all'ambito della ((espressione artistica» e non all'ambito della «cognizione intellettuale)), dalla quale ogni discorso non scientifico deve essere bandito come estraneo. Un pensare, dunque, quello metafisico, che non mostra la verità delle cose, ma serve solo ad esprimere sentimenti ed emozioni che sono propri di ciascuno e, dunque, incomunicabili. Questa riduzione può sostenersi solo ad una condizione. La condizione che la realtà conosciuta dalla scienza sia tutta la realtà: che l'intero sia esaustivamente conoscibile solo dalla scienza. Ma questa semplice affermazione coimplica che l'affermante abbia compiuto la prova che l'intero come tale coincida con l'intero conoscibile scientificamente. Che abbia cioè posto la domanda: l'intero come tale è ciò che la scienza come tale può conoscere? che è già precisamente la domanda metafisica come tale. Lo «scientismo» anche nelle sue forme più scaltrite, racchiude sempre in sé una contraddizione e, pertanto, può essere solo voluto (irrazionalmente) e non pensato.

Con queste semplici riflessioni abbiamo già formulato la domanda metafisica. Essa riguarda certamente la nostra quotidiana esperienza — o meglio: ciò che la nostra quotidiana esperienza ci mostra — ma su questa pone la domanda, letteralmente, radicale, riguardante la sua spiegazione ultima. È la domanda seguente: il «tutto» della nostra quotidiana esperienza è sufficiente da sé solo a dare ragione di se stesso? oppure: esso, nella sua insufficienza intrinseca, lascia aperta la via ad un «ulteriore)), ad un «altro da sé»? È come si vede la domanda se l'intero universo dell'essere si riduce a ciò di cui abbiamo (possiamo avere) esperienza diretta ed immediata oppure se in questo universo esiste una «regione» di cui non abbiamo (non possiamo avere) un'esperienza diretta ed immediata. In una parola: la domanda metafisica è la domanda sul Trascendente, nel senso più rigoroso del termine.

Questa domanda ha due proprietà uniche. In primo luogo, essa è ineliminabile, nel senso che non ammette via di uscita, neutralità: esige una risposta. La decisione di ignorarla costituisce già una risposta. Decidere di ignorare il Trascendente, di non pronunciarsi sulla sua esistenza o non è già negazione del Medesimo. In secondo luogo, e di conseguenza, il senso della vita dell'uomo cambia totalmente a seconda della risposta a questa domanda. Se, infatti, l'uomo è completamente chiuso dentro questo \mondo, egli ha come suo primo dovere di rifiutare — come distruttivo di se stesso — ogni proposta che tenti di farlo sporgere sopra di esso: momento di questa storia, non possiede in sé alcunché che lo possa rinviare oltre essa. Una cultura che ignora questa domanda o che semplicemente non ne è toccata è inevitabilmente una cultura che avrà una cura dell'uomo tesa semplicemente a renderlo un felice abitatore del tempo, non un chiamato all'eternità.

La domanda metafisica è — come si vede — strettamente connessa colla domanda etica: l'una, alla fine, non può porsi senza porre contemporaneamente l'altra. Se immediatamente la domanda etica emerge nella coscienza di ogni uomo come domanda su ciò che devo fare per nonperdere me stesso, essa è portatrice, gravida di una duplice esperienza spirituale: l'esperienza di un assoluto ed incondizionato dovere; l'esperienza della possibilità, inscritta nell'essere umano stesso, di perdere se stesso. Riflettiamo brevemente su ciascuna di esse.

Prestando attenzione a ciò che accade in noi, quando viviamo l'esperienza di un «dovere da compiere)), vediamo che siamo posti di fronte ad un incondizionato, ad un assoluto. «Ciò che» ci è chiesto, ci viene chiesto non in nome di



Ospedale di Santo Spirito a Besançon

una qualche utilità che a noi potrebbe provenire dal compierlo o da qualche piacere che ne ricaveremo. Utilità e piacere possono mancare del tutto. Esso ci viene chiesto, poiché esso merita/non merita *in se stesso e per se stesso* di essere fatto/non fatto. Un atto di ingiustizia non deve essere fatto semplicemente perché non è *degno* di essere fatto: non possiede *nessun* titolo all'esistenza. Non merita, per sua natura stessa, di essere compiuto. Attraverso e nell'esperienza del dovere si ha la percezione di un universo dell'essere che possiede in se stesso una sua intrinseca bellezza, una sua intrinseca bontà e preziosità che esige un rispetto assoluto. Non riconoscere questo universo è un atto privo di senso completamente: l'atto che ci è chiesto è essenzialmente un atto di riconoscimento di esso. Questa riflessione perde la sua apparente astrattezza, se facciamo ulteriormente attenzione all'esperienza etica.

«Ciò che» è chiesto dal dovere morale è un *atto* della persona: è la persona che è interpellata incondizionatamente ed assolutamente. Sotto pena di tradire la *verità* del suo stesso essere persona: un atto di ingiustizia distrugge chi lo compie, non, in primo luogo, chi lo subisce. Per questo è meglio esserne vittima che esecutore. E, così, nella ed attraverso l'esperienza del dovere, la persona percepisce se stessa, vede se stessa come soggetto collocata in una *dignità* singolare ed unica: la dignità di chi deve riconoscere, divenire partecipe di quella bellezza, bontà che le appare come valore assoluto.

> «... ove la volontà s'attenga all'ordine oggettivo degli enti, e così si faccia buona, ella s'innalza alle cose eterne, giacché l'ordine degli enti è eterno; e da tanta altezza domina sublime su tutte le temporali cose» (A. ROSMINI, *Antropologia in servizio della scienza morale*, Roma-Stresa 1981, p. **472).**

Ma in questa stessa esperienza, la persona umana scopre, inscritta in se stessa, la possibilità di perdersi, poiché «sente» che la sua libertà **può** rifiutare il suo assenso al Valore. La persona può perdere *se stessa*, per guadagnare il mondo intero (cf. *Mt* **16,** 26).

Dunque, quando la persona umana ha la percezione del bene (morale), essa vede «qualcosa» di essenzialmente diverso da quando vede qualcosa che le è *utile* e/o *piacevole*. L'utilità non denota nessun valore in sé; è utile ciò che serve per l'altro. E lo stesso vale per ciò che piace. Una cultura, dunque, che censura la domanda etica è inevitabilmente una cultura che ha una visione utilitaristica dell'uomo. La «cura» che in questa cultura l'uomo avrà di se stesso sarà, pertanto, una cura tesa a dare all'uomo solo ciò che gli è utile e/o piacevole. Una cura, dunque, preoccupata non solo *dell'essere* della persona, ma del suo *avere.*

Sigilli di ospedali di Santo Spirito (sec. XVI)

La domanda etica — come quella metafisica con cui è inestricabilmente connessa — è costretta, alla fine, a sfociare in quella religiosa. Per una ragione fondamentale che può essere espressa in due modi. La possibilità della libertà umana di rinnegare il Valore è una imperfezione, un limite inscritto in essa, dal quale essa cerca di essere liberata. Alla fine, la libertà liberata è la salvezza dell'uomo, poiché l'uomo è veramente salvato quando ha superato il rischio di perdere non ciò che ha, ma ciò che è. Non di abbandonare ciò che possiede, ma la verità stessa del suo essere. Ed il peccato è questo male supremo: un male cioè di cui non se ne può pensare uno maggiore. Poiché anche il male di essere privato eternamente della visione del Volto di Dio non è paragonabile al male del fatto che l'uomo non sia degno a causa precisamente del suo peccato di avere questa visione. Ed ancora. Questa possibilità della libertà umana pone il problema del destino *finale* dell'intero universo creato in quanto è affidato alla medesima libertà dell'uomo. Da questa duplice costatazione sorge nell'uomo la domanda di una *salvezza eterna*, una domanda che solo Dio può accogliere. Una cultura, dunque, che censura la domanda religiosa diviene alla fine una cultura della disperazione, così come una cultura che censura la domanda etica diviene alla fine una cultura della supremazia delle cose sull'uomo ed una cultura che censura la domanda metafisica diviene alla fine

una cultura del non senso. Disperazione, evasione e non senso non sono forse le linee fortemente caratterizzanti la cultura in cui viviamo? E la cura che in essa si ha'dell'uomo non è prevalentemente una cura preoccupata di far tacere nell'uomo le tre domande fondamentali?

2. *La Chiesa e la cura dell'uomo*

Può sembrare fuorviante tutta questa riflessione che abbiamo compiuto finora in ordine allo scopo preciso di questo studio, dare inizio ad una pubblicazione che sia organo ufficiale dell'impegno istituzionale della Chiesa nel mondo della medicina. In realtà, così non è.

La Chiesa è stata istituita da Cristo per rispondere alla domanda di salvezza dell'uomo. Essa è stata voluta unicamente per questa salvezza. Sarebbe, tuttavia, un grave errore ritenere che la salvezza cristiana riguardi una non meglio identificata dimensione (della persona) che sia separata da altre. È l'uomo ***come tale*** che è salvato. Essa, la Chiesa, col suo Vangelo e coi suoi Sacramenti libera l'uomo dal non senso e dalla disperazione che ne segue, dal peccato e dalla perdita che in esso l'uomo subisce di se stesso, dalla morte col dono della Vita eterna. La sua esistenza non ha altra ragione.

La storia, d'atra parte, mostra che fin dagli inizi la Chiesa si è profondamente impegnata nella cura dell'uomo ammalato. Gli Ospedali (come le Università) sono invenzioni della Chiesa. Ha tradito se stessa in questo impegno? o, quanto meno, ha supplito lacune, disimpegni e disinteressi di altri? Solo chi ha una visione e dell'uomo e del Cristianesimo unilaterale e, dunque, astratta può, alla fine, pensare questo.

Ospedale del,Salvatore ***(da una*** *pianta di Roma del 1576)*

È *l'uomo* (ammalato) che la Chiesa vede nel malato. Cioè una persona umana ferita in una dimensione essenziale del suo essere personale, la dimensione corporea e/o psichica. E, pertanto, essa, la Chiesa, vede in questa situazione, la malattia, una conseguenza che può trovare la sua spiegazione ultima nei peccato. È ovvio che questa connessione non è affermata come valida in ogni e singolo caso (cf. *Gv*). La malattia appartiene a questo mondo non in quanto esso è uscito dalle mani creatrici di Dio, ma in quanto è opera delle mani peccatrici dell'uomo. In questo senso, l'impegno della Chiesa vuole mostrare la sua missione di prolungare nel mondo la potenza salvifica del Cristo stesso. Ciò non toglie nulla al fatto che questa lotta sia e debba essere condotta con mezzi elaborati, inventati dal sapere e dalla ricerca umani. Al contrario: innalza questo impegno.

Proprio perché affidata a questi mezzi, questa lotta può fallire e la malattia risultare, alla fine, vincente. Ma vincente su che cosa? sull'uomo sofferente? A guardare le cose con occhio non superficiale, in realtà l'uomo, anche in questo caso, viene salvato se egli vive la sua sofferenza come partecipazione al mistero della Redenzione.

Abbiamo in questo il motivo più profondo della presenza della Chiesa nel mondo della sanità e della malattia, poiché esso si connette direttamente, immediatamente con l'atto redentivo di Cristo, da cui la Chiesa trae continuamente la sua vita.

L'atto redentivo, infatti, è, nella sua essenza, un atto di condivisione piena di parte del Verbo della condizione umana. Vissuta nell'obbedienza al Padre. «La realtà del peccato non può venir mutata in irrealtà da un decreto esterno di Dio. Il Figlio di Dio doveva prenderla su di sé per espiarla nell'abbandono della Croce. Ma questo non poteva accadere semplicemente dall'esterno. Non avrebbe corrisposto alla dignità della natura umana, se questa fosse stata trasferita in un altro stato come un oggetto senza vita; molto più si addiceva invece che nell'opera della massimamente libera grazia di Dio non mancasse il sì della cooperazione umana. Per questo allo stadio di colpa in cui finora si trovava, l'umanità viene portata dal Redentore in un nuovo stato riconciliato con Dio: lo stato della Croce, nella quale essa, grazie alla libera grazia della Croce stessa, viene posta nella condizione di cooperare alla completa redenzione

e di percorrere la strada verso lo stato finale celeste insieme col Redentore» (H.U. VON BALTHASAR, ***Gli** stati di vita del cristiano,* Milano 1985, p. **113).**

L'atto redentivo di Cristo va, giunge fino *alle radici* del male umano sia ed in primo luogo del male morale sia del conseguente male fisico e psichico. Esso, infatti, sottoponendosi anche alla morte — che di quel male è la sintesi totalizzante — lo prende su di sé, ma in un atteggiamento umano-spirituale opposto a quello che lo ha generato: l'obbedienza al Padre. In questo modo, il male morale è vinto alla sua radice e le conseguenze di questo, gli altri mali, possono essere vissute, cambiandone sostanzialmente il significato: come accettazione ed offerta per la completa redenzione del proprio corpo e del mondo.

In questa prospettiva, nella prospettiva della Redenzione, si vede come l'eventuale assenza della Chiesa dal mondo della malattia, priverebbe l'uomo ammalato (ed il mondo stesso) di quella luce che gli fa scoprire la verità più profonda di quello stato in cui si trova.

D'altra parte si comprende come in una cultura di cui abbiamo tentato uno schizzo diagnostico nel punto precedente questa presenza sia tendenzialmente mal sopportata: tanto più quanto più la Chiesa è fedele alla sua identità specifica. In detta cultura, la malattia, e la morte, di cui la malattia è sempre in un qualche modo un segno precursore, è considerata unicamente come un «problema» da risolvere e non come un «mistero» nel quale l'uomo stesso è *messo in questione,* nelle radici del suo stesso essere. È questo «essere messo in questione)) che esige dalla Chiesa una vicinanza all'ammalato.

Dentro questa prospettiva generale, la Chiesa non poteva non preoccuparsi di elaborare, nel corso della sua storia, anche e di conseguenza *un'etica della medicina.* È questo un fatto che merita oggi un'attenzione particolare.

È stato detto giustamente che la medicina è la più umana delle scienze della natura, la più scientifica delle scienze umane. Con questa affermazione, si sottolinea l'incontro fra l'esigenza di un sapere rigorosamente scientifico e l'esigenza di non dimenticare mai, neppure per un momento, che la medicina ha sempre a che fare con una *persona umana:* con un soggetto avente un valore assoluto in sé e per sé. L'equilibrio fra le due esigenze non è facile né in teoria né in pratica. Per varie ragioni. Una sperimentazione, utile per accrescere le proprie cognizioni diagnostiche ma di nessuna utilità per quell'ammalato, si giustifica alla luce della prima esigenza, ma non alla luce della seconda. E gli esempi potrebbero essere moltiplicati. L'etica della medicina esprime quel complesso di norme morali che assicurano alla medicina, nel suo momento teorico e nel suo momento pratico, di essere precisamente rigorosamente scientifica e pienamente umana. Questa Rivista, che comincia con il presente numero, entrerà certamente nella trattazione di singoli problemi specifici. Non è questo il momento di farlo ora. Ci accontenteremo di alcune riflessioni generali.

La prima. Le due esigenze di cui ho parlato non sono, strettamente parlando, coordinabili. La prima, quella della scienza, deve essere subordinata alla seconda, quella dell'etica. Dal momento che il sapere scientifico non è un valore assoluto, nel senso che ad esso debba essere sacrificato anche il rispetto che è dovuto ad *ogni* e *singola* persona umana. È vero che, come si obietterà, la scienza, in questo caso, è per il bene dell'uomo. Si deve, tuttavia, risottolineare che *nessuna* persona umana può essere *usata* come mezzo, sia pure per il più nobile degli scopi. *Ogni* persona ha un valore intangibile di fine. Ed anche che la momentanea impossibilità da parte della medicina di vincere una malattia fisica o psichica non può essere equiparata — come male — al male morale di mancare di rispetto ad una persona. Il male morale è infinitamente superiore a qualsiasi altro male, poiché — se volessimo usare il vocabolario pascaliano — esso si oppone all'ordine della carità.

La seconda. L'esigenza del rispetto, assoluto ed incondizionato, dovuto ad ogni persona umana acquista una particolare urgenza nei due momenti più importanti della sua storia: quello del suo concepimento e quello della sua morte. Questo spiega la particolare attenzione che la Chiesa ha riservato, nella sua riflessione etica, a questi due momenti della nostra storia. Nel primo, infatti, la Chiesa — ma non solo, ogni animo religioso — venera la presenza di un atto creativo di Dio ed il «luogo» in cui esso accade deve essere santo. Di qui il rifiuto della contraccezione, della sterilizzazione e dell'aborto e l'affermazione del valore della procreazione responsabile. Nel secondo, l'uomo esce dalla storia per collocarsi definitivamente nell'eternità, davanti a Dio.

CARLO CAFFARRA
Preside dell'Istituto «Giovanni Paolo II» per gli studi su Matrimonio e Famiglia

BONIFACIO HONINGS O.C.D.
Professore di Teologia Morale nella Pontificia Università Gregoriana

EDOUARD HAMEL S.J.
Professore di Teologia Morale nella Pontificia Università Gregoriana

dar da mangiare agli affamati

Introduzione

Non posso non ricordare l'appello solenne che Giovanni Paolo II lanciò al mondo intero proprio da Ouagadougou, il 10 maggio 1980: «Io mi faccio, qui, voce di quelli che non hanno voce, voce degli innocenti che sono morti perché loro mancava l'acqua e il pane; voce dei padri e delle madri che hanno visto morire, senza comprendere, i loro figli, o che vedranno per sempre nei loro figli i segni lasciati dalla fame che hanno sofferto; voce delle generazioni future, che non devono più vivere sotto questa minaccia terribile che pesa sulle loro vite. Rivolgo questo appello a tutti!)).

Già Paolo VI nell'enciclica «Populorum progressio» aveva scritto con molta gravità: «I popoli della fame interpellano, oggi, in maniera drammatica i popoli dell'opulenza. La Chiesa sussulta di fronte a questo grido d'angoscia e chiama ognuno a rispondere con amore del suo fratello)).

Nella stessa enciclica, Paolo VI aveva anche detto, che «l'uomo non è veramente uomo che nella misura in cui, padrone delle sue azioni e giudice del suo valore, è lui stesso autore del suo progresso)).

Una situazione drammatica

Questi appelli accorati dei due vicari di Cristo nascono da un dato di fatto: la situazione socio-economica vissuta oggi dalle popolazioni del così detto Terzo Mondo, da uomini e donne, di tutto il mondo e dell'Africa in particolare, costituisce un grave attentato alla immagine di «Figlio di Dio», voluta dal Creatore in ogni persona umana. Questo attentato si realizza soprattutto a causa della povertà che presenta molte facce, ma di cui noi vogliamo ricordare particolarmente la fame e la conseguente vulnerabilità di fronte a tutte le malattie.

a) *Vittime della fame*

Il deficit alimentare in crescita da quindici anni, mantiene nella sottoalimentazione, secondo le ultime valutazioni (aprile 1983), 500 milioni di bambini dell'Africa, dell'Asia Sud-Est, del Medio Oriente e dell'America del Sud. Ogni anno muoiono di fame 9 milioni di bambini.

La notizia diventa più drammatica se si pensa che la diminuzione della produzione alimentare, nel Terzo Mondo, continua a scendere. Nel 1984 la crescita della produzione globale dei cereali è stata soltanto del 2,5% contro il 3,1% dei quindici anni precedenti.

Nonostante che l'Africa sia un paese essenzialmente agricolo, le sue importazioni di cereali, in vent'anni sono aumentate del 300%. Secondo l'ultimo rapporto della F.A.O. (Organizzazione delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura), le probabilità che l'Africa, entro il 2000, arrivi all'autosufficienza alimentare sono molto deboli.

b) *Vittime della malattia*

Già nel 1978, l'O.M.S. indicava che praticamente il 90% degli esseri umani del Terzo Mondo non possono essere curati normalmente. Nei trenta paesi meno avanzati del mondo, c'è un medico ogni 17 mila abitanti, mentre nel Canada ce ne sono due per ogni mille. Nell'Africa la situazione è spesso al di sotto della media indicata.

Tutti sappiamo che la salute o l'assenza delle malattie, il più delle volte, dipende dalla quantità e dalla qualità dell'alimentazione; dalla sua conservazione e dal controllo a cui sono sottoposti l'acqua potabile ed i rifiuti; e che essa è, inoltre, in rapporto al numero dei medici, delle medicine e degli ospedali.

Tutte queste condizioni costano caro e suppongono una infrastruttura industriale che la maggioranza dei nostri paesi non hanno.

Una cifra che l'O.M.S. divulgava nel 1980 ci faceva conoscere che, nel Terzo Mondo, un miliardo di vittime sono causate soltanto dalle seguenti **6** malattie: paludismo o malaria, bilharziosi, filariosi, laishmaniosi,

malattia del sonno, lebbra. Cinque di questi flagelli sono dovuti a un parassita (la lebbra è di origine batterica).

Le informazioni fornite successivamente, nel maggio 1982, per ciascuna delle cinque malattie parassitarie sono veramente impressionanti:

Il paludismo infieriva in 107 paesi minacciando 1,8 miliardi d'individui: 215 milioni dei soggetti ne erano infetti in maniera permanente. La cifra annuale dei nuovi casi ammontava a 150 milioni.

La bilharziosi infieriva in 73 paesi ed il numero complessivo delle persone infette era stimato in 200 milioni.

Le filariosi (onchocercosi e filariosi linfatica) colpivano diverse centinaia di milioni d'essere umani.

La trypanosomiase africana (malattia del sonno) rappresentava una grave minaccia per 45 milioni di persone.

Per *le leishmaniosi,* la O.M.S. presentava la cifra di 400 mila nuovi casi ogni anno [GETNY J.P., *Les Africains et leurs parasites,* in *Une Jeune Afrique Bis, 9* (1985), p. VIII].

A queste gravi malattie dobbiamo aggiungere *l'anchilostoma,* detta anche «anemia tropicale)) e *la dissenteria* sotto diverse forme. La siccità significando mancanza d'acqua obbliga la popolazione a consumare acque malsane ed infette.

L'una e l'altra malattia determinano debolezza fisica ed intellettuale e arrestano lo sviluppo dell'uomo in tutti i settori.

Tra le malattie della nutrizione sono in diminuzione quelle dovute alla carenza delle vitamine, ma la malnutrizione in se stessa e la mancanza delle proteine, costituiscono già una grave situazione di non difesa di fronte alle infezioni.

La questione della malnutrizione ha una grande importanza in modo particolare nei riguardi dei bambini. In certe regioni dell'Africa più del 40% dei bambini sono malnutriti. Ciò significa ch'essi, alla presenza di un virus o di un battere cadranno malati molto più facilmente degli altri, e che l'infezione, una volta dichiarata sarà grave. Così il morbillo, per esempio, che è una malattia benigna dell'infanzia nei paesi sviluppati, è una malattia mortale per bambini africani. Per i bambini, la malnutrizione produce come un circolo vizioso, poiché questi, reso debole di fronte alle infezioni, moltiplica gli episodi infettivi e a ciascuno di tali episodi, la febbre, la disidratazione, i vomiti, la diarrea, la mancanza di appetito aggraveranno il suo stato nutrizionale già precario e lo renderanno ancora più debole di fronte ad una nuova infezione.

In questo quadro, oltre le infezioni parassitarie di cui abbiamo parlato, un'attenzione particolare merita l'infezione respiratoria acuta, poiché essa, pur essendo giudicata non preoccupante dai parenti e dai responsabili della salute, uccide un terzo dei bambini che muoiono tra un anno e i cinque anni.

Il quadro che abbiamo tracciato ci dice chiaramente che i problemi sanitari dei due terzi dell'umanità sono ancora lontani da una soluzione.

Servire Dio difendendo l'uomo

I fattori che concorrono a mantenere irrisolta questa situazione sono da una parte il clima tropicale di questi paesi che favorisce la moltiplicazione dei vettori delle malattie infettive; dall'altra la povertà che impedisce di creare le infrastrutture necessarie per combattere la fame e le malattie.

Qual, è il compito dei cristiani nei riguardi di questo problema? La risposta all'interrogazione l'abbiamo nel Vangelo, in tutto il vangelo, in ogni pagina del vangelo. In esse noi incontriamo un Gesù che si interessa dei malati e ad essi restituisce la salute, restituisce anche la vita. Sfamare la gente, guarire i malati, restituire la vita ai morti fa parte del suo piano di salvezza.

Così, ancora oggi, di una Chiesa, di una cristianità che non fosse capace di incidere in maniera significativa nei problemi del proprio tempo, bisognerebbe dire che ella non s'è ancora veramente impiantata nel suo popolo.

I motivi per rispondere ai bisogni dei nostri fratelli con una solidarietà effettiva li abbiamo all'interno stesso della nostra fede.

a) *La collaborazione nel piano di Dio*

Paolo VI, nella sua celebre enciclica «Populorum progressio», afferma esplicitamente come Dio, creando l'uomo, l'ha fatto un essere in sviluppo, autonomo e solidale allo stesso tempo, con Dio stesso e tra gli uomini (cf. *Populorum progressio*, 15).

Lo sviluppo è lì presentato come orientato, e l'orientazione è Dio stesso, poiché, creato ad immagine di Dio, l'uomo deve vivere superando i suoi limiti per essere «immagine di Dio», sacramento di Dio sulla terra. Il salmista dice che l'uomo è stato creato poco meno che un Dio (*Sal 8,* 6). In altre parole, essendo egli creato ad immagine di Dio, porta in sé una vocazione divina che definisce e costituisce la sua vera dignità. Anche ferito dal peccato, l'uomo continua a portare, nell'intimo del suo desiderio e della lotta per una vita più umana, le impronte del suo Creatore, che non ha mai cessato di amarlo. Dio è all'origine, durante e al termine del suo essere uomo e del suo essere al

mondo. È Dio che nella dinamica del suo Atto di continua creazione, dà orientamento, significato e consistenza all'esistenza umana.

Come afferma Paolo VI, l'uomo è così chiamato a svilupparsi, cioè, a impegnare la sua intelligenza e la sua libertà nella continuazione dell'opera del Creatore, a maturare in se stesso i germi di vita divina, e a realizzare la sua vocazione di immagine di Dio. È come dire che il progetto e lo sforzo dell'uomo per realizzarsi, le sue scelte sociali, i suoi modelli di sviluppo, non potranno sbocciare se non in conformità con le intenzioni creatrici di Dio.

Ma Dio non ha creato l'uomo solitario, l'ha creato solidale e comunitario: «Maschio e femmina lo ha creato)). La comunità dell'uomo e della donna è la prima espressione della società. L'uomo è colui che condivide con me l'immagine di Dio, la vita di Dio; è il mio partner alla tavola dell'amore del Creatore.

Creando l'uomo a sua immagine, Dio, che è trinitario, cioè comunitario, vuole ch'egli viva a sua immagine, come un essere d'amore, come una persona che si apre agli altri, che incontra gli altri, che si mette in relazione e organizza la propria vita in comunione con gli altri. L'uomo è costitutivamente un essere sociale aperto agli altri.

b) *L'uomo figlio di Dio e fratello dell'uomo in Gesù Cristo*

Il Santo Padre, nella sua lettera «Redemptor hominis» ha ricordato a tutta la cristianità come con la venuta di Gesù queste verità siano divenute storicamente verificabili, poiché in lui Dio è divenuto accessibile all'uomo (cf. *Gaudium e spes*, **22;** *Redemptor hominis,* 13).

A questo livello di solidarietà, si scorge già il fondamento cristologico del rapporto necessario della fede con la realtà umana, e del necessario sviluppo dell'essere-uomo in collegamento con la sua vocazione originale. È lo Spirito del Cristo che ormai deve invadere tutta la persona umana e ispirare tutte le sue decisioni e aspirazioni (cf. *Redemptor hominis,* 10).

Questuanti per l'ospedale di di S. Spirito (dal «Liber Regulae»)

In questo contesto appare il carattere essenzialmente umano della venuta del Cristo e del suo ministero di salvezza. Ormai niente d'umano è estraneo al Verbo fatto uomo. È come dire che l'uomo, definito come essere-in-sviluppo, è raggiunto e guidato da Gesù Cristo Salvatore, nella sua determinazione e crescere e combattere tutte le situazioni contrarie alla sua dignità, e nella ricerca delle condizioni più favorevoli al suo autosviluppo.

Da partner dell'uomo, l'uomo diviene fratello dell'uomo in Cristo, figlio del medesimo Padre. Primogenito di una moltitudine di fratelli, il Cristo fa l'uomo sacramento dell'uomo e incontro di una medesima immagine di Dio. Divenire figli di Dio ci fa fratelli degli altri figli e ciò comporta il dovere di fraternità tra tutti gli uomini.

Ecco perché il Cristo domanda con insistenza di stabilire delle relazioni d'amore con gli altri, d'organizzare dei rapporti umani favorevoli al divenire storico di ciascuno, secondo la propria dignità e il proprio destino: «Amatevi gli uni gli altri come io vi ho amati».

L'amore fraterno ormai costituirà l'espressione caratteristica del nostro essere uomo: la qualità della nostra umanità sarà misurata dalla nostra capacità d'amare; ciò che darà significato e valore alla nostra esistenza, alla nostra esperienza d'uomo, sarà la carica d'amore di cui saremo capaci (cf. *Redemptor hominis,* 10).

Sviluppo e corresponsabilità

Da questi principi possiamo dedurre che lo sviluppo non consiste soltanto nel ridurre la povertà e nell'eliminare la fame, ma piuttosto, come diceva Paolo VI, consiste nel «costruire un mondo in cui ogni uomo, senza esclusione di razza, di religione, di nazionalità, possa vivere una vita pienamente umana, affrancata dalle servitù che gli vengono dagli uomini.. .; un mondo dove la libertà non sia parola vana e dove il povero Lazzaro possa assidersi alla stessa mensa del ricco)). Nello stesso contesto Paolo VI ci avverte che il problema va superato anzitutto in noi stessi, con una ferma decisione in favore di una solidarietà attiva (cf. *Populorum progressio,* **47).**

Alcune indicazioni concrete

Gli ostacoli allo sviluppo armonioso di un paese possono provenire da strutture economiche e sociali inadatte o da condizioni naturali difficili: lontananza dai centri, rilievi montagnosi, mancanza di vie di comunicazio-

ni, siccità del clima ecc.; ma possono provenire anche dal cuore dell'uomo: uso egoistico del danaro o del diritto di proprietà, aiuti interessati e condizionanti da parte dei paesi ricchi ai paesi poveri. È di fronte a questi ostacoli che diviene urgente l'applicazione dei principi ricordati.

Ogni paese ed ogni regione deve beneficiare di una sufficiente attenzione dei governi e della comunità internazionale, perchè ogni paese e ogni regione ha diritto alle infrastrutture indispensabili per l'inizio del proprio cammino.

Spesso la gravità della situazione, come quella alimentare attuale della regione saheliana, impone uno sforzo di portata inedita, capace di chiamare a raccolta tutte le forze e tutti i mezzi disponibili nel tentativo di risolvere una situazione arrivata ai limiti del sopportabile.

L'aiuto alimentare non può e non deve divenire un'istituzione, un qualche cosa di cui questi popoli avranno eternamente bisogno. Si deve lavorare per fornire le strutture capaci di condurre all'autosufficienza alimentare. Tutto questo suppone una formazione e la responsabilizzazione dell'uomo.

La sfida è diretta a tutti gli uomini di buona volontà, ma particolarmente al mondo contadino che per sfruttare debitamente quelle zone dovrebbe riorganizzarsi secondo una nuova mentalità.

Quando si lavora con un popolo per ricostruire la sua base produttiva e lo si associa in progetti di sviluppo ben concepiti e bene amministrati, esso riacquista fiducia ed è capace di costruire a lungo termine, nonostante il bisogno pungente di pane quotidiano.

Card. PAUL ZOUNGRANA

Arcivescovo di Ouagadougou
(Burkrna Faso)

Cristo medico dei corpi e delle anime

Giovanni Paolo II, in due Lettere Apostoliche — la «Salvifici doloris» del 1984 e la «Dolentium hominum» del 1985 — ha illustrato problemi che, nella Chiesa, sono stati sempre avvertiti vivamente sin dal giorno in cui Gesù disse: «Ero infermo e mi avete visitato)). Il Santo Padre ha parlato ampiamente del significato cristiano della sofferenza umana (1984) e, con un «Motu proprio))(1985), ha istituito una Pontificia Commissione per la pastorale degli Operatori sanitari.

Il Papa ha redatto questi scritti avvalendosi anche della propria personale esperienza del dolore. Si tratta di testi che abbracciano il campo religioso-pastorale e medico-sanitario, guardando allo stretto rapporto tra salute e salvezza. Sotto questo aspetto, perciò, essi costituiscono preziose fonti per la Medicina pastorale: fonti scritte basandosi sull'esperienza personale-esistenziale della sofferenza e del dolore fisico e che, quindi, coinvolgono teologia e medicina in una duplice angolazione: quella del servizio che la medicina può offrire alla teologia ed alla pastorale e quella del servizio che la teologia e l'etica possono prestare alla medicina teorica e pratica.

Il significato dei due scritti è essenzialmente più vasto di quello di un trattato medico-pastorale sul dolore umano.

Nelle pagine che seguono si guarderà più da vicino agli aspetti medico-pastorali dei due scritti. Aspetti che sono, insieme, di teoria e di prassi.

Infine, si aggiungeranno alcune considerazioni suggerite dal pensiero e dal linguaggio del Papa.

Due volte nel titolo, e con significativa insistenza, ricorre la parola «dolor», al singolare ed al plurale, nelle sue forme declinate; assai più raramente si trovano, nei due documenti, i termini «aegritudo», «infirmitas» e «morbus»; analogamente per i participi «dolens», «dolentes», ecc., per i quali, solo occasionalmente, vengono usati i relativi participi «patiens», «patientes», «aegrotans», «infirmus». Sebbene la nozione di dolore sia chiaramente definita, il sostantivo è talvolta strettamente associato all'aggettivo «humanus». Il Papa guarda all'ambito del dolore umano in molteplici dimensioni e spiega particolareggiatamente il suo pensiero. Dolore (dolor) e malattia (morbus) non sono sinonimi intercambiabili. Il dolore è qualcosa di assai più vasto della malattia (*Salvifici doloris*, 5). Il Papa distingue tra dolore fisico e dolore morale richiamandosi alla duplice dimensione dell'es-

sere umano, per cui la sofferenza fisica è dolore del corpo, mentre la sofferenza morale è «dolore dell'anima». La dimensione psichica del dolore, la sofferenza soggettiva, può accompagnare l'una e l'altra forma di dolore, sia quello fisico che quello morale. La sofferenza in senso psicologico si manifesta come dolore, tristezza, delusione, abbattimento e persino disperazione (*ibid.* 7).

Questa poliedrica visione del dolore discende da una pluridimensionale visione dell'uomo, nella quale la dimensione psicofisica dell'uomo, il corpo e l'anima nella loro individualità e interdipendenza, il rapporto delle singole persone con gli altri, ma anche il rapporto tra l'Io umano ed il Tu divino (F. Ebner, R. Guardini) sono visti come unità, la cui rottura può portare all'infermità. Questa concezione dell'uomo è proprio quella della Medicina pastorale, secondo la quale i fattori individuali-corporei, biologico-caratteriali, psicologici, sociologici e religiosi (pneumatologici, spirituali) sono legati in una unità gerarchica. Perciò il Papa distingue la sofferenza fisica nella sua componente psicologica e il dolore morale come sofferenza di natura spirituale che ha i suoi riflessi negativi sul corpo; sottolinea, poi, nelle sue riflessioni, anche quella problematica fisico-spirituale che è fondamentale per una nozione compiuta della medicina. L'infermità, nella sua interezza, discende da elementi oggettivi e da una componente soggettiva. Il Papa, quindi, nella parte introduttiva del Motu proprio «Dolentium hominum», definisce l'ambito della medicina riferendosi agli aspetti psicosomatici della malattia: «La malattia e la sofferenza, infatti, non sono esperienze che riguardano soltanto il sostrato fisico dell'uomo, ma l'uomo nella sua interezza e nella sua unità somatico-spirituale. È noto, del resto, come talora la malattia che si manifesta nel corpo abbia la sua origine e la sua vera causa nei recessi della psiche umana» *(Dignitatis humanae, 2)*.

Il concetto chiave delle due Lettere apostoliche è il «dolor» come sofferenza umana: in parte si ricorre a sinonimi (dolens, patiens, aegrotans), in parte a concetti strettamente delimitati, alla cui somma corrisponde il concetto di infermità umana: aegritudo, aegrotatio, infirmitas, morbus, passio, con qualche accentuazione, talvolta nel contesto.

Per un comune dialogo tra teologia e medicina — al quale dà il suo contributo, su base scientifica, a partire dalla fine del XVIII secolo, il crescente affermarsi della medicina pastorale — è assai utile un raffronto con l'attuale linguaggio.

In uno schema base sui rapporti tra malattia, malati, medici e società, ricorrono i seguenti concetti[2]: la malattia come dato clinico, *nosos* e come sostrato patologico, *pathos*. La malattia è insanitas, quando il malato è oggetto di cura medica, è infirmitas quando è oggetto di assistenza sociale. La insalubritas è malattia in quanto motivo di intervento della società, occasione di pubbliche misure. «La malattia è per il malato l'occasione o la causa del suo bisogno di aiuto. La malattia è per il medico una particolare frattura dell'ordine della condizione umana sotto l'aspetto fisico, psichico o psicofisico. La malattia è per la società — che non prescinda dall'etica medica — motivo di misure pubbliche di politica sanitaria. Il malato è per il medico oggetto e occasione di aiuto medico. Il malato è per la società oggetto e motivo di aiuto sociale)). Il concetto di

malattia si colloca nel contesto logico delle seguenti componenti: ((Soggettivobisogno di aiuto del malato; rottura dell'ordine interno delle condizioni fisiche, spirituali o fisico-spirituali; necessità di assistenza medica o di assistenza clinica; infine, necessità dell'aiuto del prossimo e della società da parte del malato, il suo bisogno sociale di aiuto (assistenza), ecc.».

Abbiamo qui una visione della malattia per la quale, come scienza umana, la medicina si dichiara competente.

Tuttavia, nel più recente passato, si incontrano in medicina concezioni dell'uomo che spingono verso la dimensione religiosa; una più ampia visione dell'uomo che ha portato al sorgere ed al costituirsi della medicina pastorale, già 200 anni fa come oggi. L'armonia della condotta e degli atteggiamenti morali è considerata necessaria per una compiuta concezione della salute.

La totalità personale propria all'uomo (spirito come anima del corpo, corpo come mediatore dello spirito: **E.** Coreth) rappresenta, per la medicina pastorale, una maniera opinabile di guardare ai problemi fisici e spirituali, ma conferma come la Medicina pastorale sia in grado di affrontare scientificamente l'ambito dei problemi che vedono associate malattia e colpa, salute e salvezza e che chiamano in causa la forza salvifica della sofferenza, il significato della sofferenza umana.

Il rapporto tra malattia e colpa è molteplice: vi è malattia che discende da colpa personale o da colpa altrui, ma c'è anche malattia del tutto indipendente da qualsivoglia colpa personale, legata invece alla frattura della struttura psicofisica dell'uomo. «L'uomo soffre a causa del male, che è una certa mancanza, limitazione o distorsione del bene» (*Salvifici doloris*, 7), «Non ogni sofferenza è conseguenza della colpa, né ogni sofferenza ha carattere di punizione)) *(ibid.* 11) «La sofferenza è sempre una prova» ***(ibid.*** 23), «una chiamata alla virtù» *(ibid.* 23), «essa deve servire a ricostituire nell'uomo il bene» *(ibid.* 27).

Il concetto del «dolor humanus», che le Lettere apostoliche del Papa descrivono esemplarmente, ha un preciso riscontro nel concetto di «dolor interior» che costituisce un concetto chiave nell'Opera omnia di Tommaso d'Aquino. Tommaso d'Aquino dedica all'argomento quattro quaestiones ed affronta il problema dell'essenza, della causa e dell'effetto e dei mezzi di salvezza; e si pone anche il problema del suo carattere morale. Perviene così ad una spiegazione esauriente del concetto.

Sigillo dell'Ospedale di Toul (sec. X V)

La sofferenza, in quanto vissuta consapevolmente, è passio animae; se la causa è nel corpo, essa è dolor corporis, ma la reazione dolorosa (motus doloris) è propria dell'anima (in anima); in quanto è passio (fatica, poena) del corpo, viene chiamata, richiamandosi ad Agostino, malattia (aegritudo).

In 35,2 Tommaso si chiede se la stessa tristezza sia come la sofferenza. Se chiamiamo tristezza quella sofferenza che ha la sua origine nella sensibilità interiore, si tratta di una precisa forma di sofferenza. La tristezza può rapportarsi al passato, al presente ed al futuro, mentre il dolore fisico ha riferimento soltanto al presente.

In 35,7, Tommaso distingue tra dolore o sofferenza esteriore ed interiore. Il primo (dolor exterior) prende origine da una causa che contrasta con il benessere fisico in cui consiste la vita. La sofferenza interiore (dolor interior) nasce dall'idea dell'esistenza di un male. Entrambi possono anche abbinarsi. Anche la sofferenza interiore può essere contro la vita. Le alterazioni fisiche, tuttavia, sono più facilmente provocate dalla sofferenza esteriore.

Questa interpretazione tomistica trova eco fedele nelle Lettere apostoliche del Papa. Tommaso si chiede se l'aspirazione all'unità (nell'uomo) sia causa di (interiore) sofferenza, e risponde che la sofferenza derivante dall'aspirazione all'unità è nell'idea di pienezza della natura *(Summ. theol.,* I-II^{ae}, 36, **4,** ad 1).

Si tratta di idee a noi familiari: la guarigione, come restitutio ad integrum, la malattia come perdita dell'umana integrità.

L'integrità ferita porta alla sofferenza in quanto consapevolezza di questo avvenuto disordine, nella quale è

insita, come forza sanante, l'aspirazione alla ricostruzione dell'ordine infranto. Il dolore interiore e il dolore umano trascinano con sé una forza sanante.

Tommaso distingue diversi strumenti di liberazione dal dolore (interiore): la gioia, le lacrime, il conforto degli amici, la meditazione della verità, ma anche il riposo e le abluzioni (I-II^{ae}, quaestio **38)** [3]. La varietà di questo concetto terapeutico comprende tutte le possibilità di un processo in grado di curare e di guarire, sia le terapie mediche che quelle pastorali. Ecco quindi una ulteriore eco della «Salvifici doloris» e della «Dolentium hominum».

* *

Infine c'è da rilevare che la Medicina pastorale è essenzialmente anche etica medica. L'invito del Papa al rispetto per coloro che soffrono, il richiamo alla dignità dell'uomo e al dovere del curare e del consolare, della partecipazione umana al dolore degli infermi, tracciano chiaramente l'ambito della medicina pastorale.

Sia nella «Salvifici doloris» che in «Dolentium hominum» il Papa si richiama incessantemente al grande Medico, come amavano fare i padri della Chiesa, ma anche Ildegarda di Bingen e Paracelso; si richiama a Cristo che era sensibile a ogni umana sofferenza, sia a quella del corpo che a quella dell'anima (*Salvifici doloris,* **16).**

La medicina pastorale abbraccia, in tale dimensione, sia il proprio ambito di dottrina e di ricerca sia l'etica medico-sanitaria inglobando il campo della pastorale sanitaria (dei sacerdoti), degli operatori sanitari cristiani e della medicina cristiana.

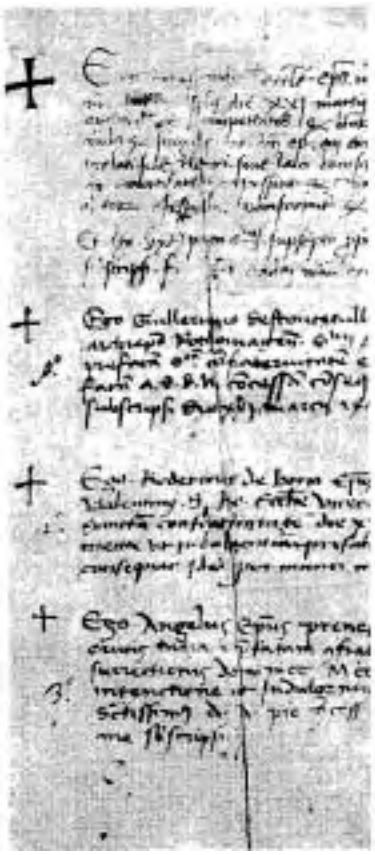
La medicina pastorale è l'insieme scientifico di tutto questo nella articolazione professionale delle discipline esistenti che scientificamente saldano, in questo premuroso servizio (cura), l'esempio operante di Cristo medico, quale è stato e quale continua ad essere.

Dr. GOTTFRIED ROTH
Docente di Medicina Pastorale
Presidente dei Medici Cattolici Austriaci.

[1] GOTTFRIED ROTH, *Cura dolentium hominum christiana.* Relazione tenuta a Roma il 28 maggio 1985.

[2] KARL ROTHSCHUH, *Der Krankheitsbegriff,* in *Hippokrates* 43 (1972), 3-17.

[3] **TOMMASO** D'AQUINO, *Summa theol.* I-II^{ae}, 35-38.



Bolla di Sisto ***IV*** *di istituzione di Confraternita Ospedaliera*

prospectus mediæ partis ma
aulæ Nosocomii

«dolentium hominum»

LETTERA APOSTOLICA
«MOTU PROPRIO»
CON LA QUALE SI COSTITUISCE
LA PONTIFICIA COMMISSIONE *
PER LA PASTORALE
DEGLI OPERATORI SANITARI

* Con la riforma della curia romana (Costituzione apostolica "Pastor bonus", 28 giugno 1988), la Commissione pontificia diventa Pontificio Consiglio della pastorale per gli operatori sanitari.

1. È noto il vivo interesse che la Chiesa ha sempre mostrato per il mondo dei sofferenti. In ciò non ha fatto, del resto, che seguire l'esempio molto eloquente del suo Fondatore e Maestro. Nella Lettera Apostolica «Salvifici doloris» dell'11 febbraio 1984, ho rilevato che «nella sua attività messianica in mezzo a Israele Cristo si è avvicinato incessantemente al mondo dell'umana sofferenza. Passò "facendo del bene", e questo suo operato riguardava, prima di tutto, i sofferenti e coloro che attendevano aiuto» (n. 16).

Di fatto, la Chiesa nel corso dei secoli ha fortemente avvertito il servizio ai malati e sofferenti come parte integrante della sua missione e non solo ha favorito fra i cristiani il fiorire delle varie opere di misericordia, ma ha

pure espresso dal suo seno molte istituzioni religiose con la specifica finalità di promuovere, organizzare, migliorare ed estendere l'assistenza agli infermi. I missionari, per parte loro, nel condurre l'opera dell'evangelizzazione, hanno costantemente associato la predicazione della Buona Novella con l'assistenza e la cura dei malati.

2. Nel suo approccio agli infermi e al mistero della sofferenza, la Chiesa è guidata da una precisa concezione della persona umana e del suo destino nel piano di Dio. Essa ritiene che la medicina e le cure terapeutiche abbiano di mira non solo il bene e la salute del corpo, ma la persona come tale che, nel corpo, è colpita dal male. La malattia e la sofferenza, infatti, non sono esperienze che riguardano soltanto il sostrato fisico dell'uomo, ma l'uomo nella sua interezza e nella sua unità somatico-spirituale. È noto del resto come talora la malattia che si manifesta nel corpo abbia la sua origine e la sua vera causa nei recessi della psiche umana.

Malattia e sofferenza sono fenomeni che, se scrutati a fondo, pongono sempre interrogativi che vanno al di là della stessa medicina per toccare l'essenza della condizione umana in questo mondo (cf. *Gaudium et spes*, 10). Si comprende perciò facilmente quale importanza rivesta, nei servizi socio-sanitari, la presenza non solo di pastori di anime, ma anche di operatori, i quali siano guidati da una visione integralmente umana della malattia e sappiano attuare, di conseguenza, un approccio compiutamente umano al malato che soffre. Per il cristiano, la redenzione di Cristo e la sua grazia salvifica raggiungono tutto l'uomo nella sua condizione umana e quindi anche la malattia, la sofferenza *e* la morte.

3. Nella società civile il settore dei servizi socio-sanitari ha conosciuto, negli anni recenti, una importante e significativa evoluzione. Da un lato, l'accesso all'assistenza e alle cure sanitarie, riconosciuto come un diritto del cittadino, si è generalizzato, determinando di conseguenza l'ampliamento delle strutture e dei vari servizi sanitari. Dall'altro, gli Stati, per poter far fronte a queste esigenze, hanno costituito appositi Ministeri, varato legislazioni «ad hoc» e adottato politiche con specifiche finalità di ordine sanitario. Le Nazioni Unite, dal canto loro, hanno dato vita alla Organizzazione Mondiale della Sanità.

Questo vasto e complesso settore concerne direttamente il bene della persona umana e della società. Proprio per questo esso pone anche delicate e non eludibili questioni, che investono non solo l'aspetto sociale ed organizzativo, ma anche quello squisitamente etico e religioso, perché vi sono implicati eventi «umani» fondamentali quali la sofferenza, la malattia, la morte con i connessi interrogativi circa la funzione della medicina e la missione del medico nei confronti dell'ammalato. Le nuove frontiere, poi, aperte dai progressi della scienza e dalle sue possibili applicazioni tecniche e terapeutiche, toccano gli ambiti più

delicati della vita nelle sue stesse sorgenti e nel suo più profondo significato.

4. Da parte della Chiesa pare anzitutto importante un'opera di più organico approfondimento delle sempre più complesse problematiche che gli operatori sanitari debbono affrontare, nel contesto di un maggior impegno di collaborazione fra i gruppi e le attività corrispondenti. Esistono, oggi, molteplici organismi che impegnano direttamente i cristiani nel settore della sanità: oltre e accanto alle Congregazioni e Istituzioni religiose, con le loro strutture socio-sanitarie, vi sono organizzazioni di medici cattolici, associazioni di paramedici, di infermieri, di farmacisti, di volontari, organismi diocesani e interdiocesani, nazionali e internazionali sorti per seguire i problemi della medicina e della salute. Si impone un migliore coordinamento di tutti questi organismi. Nella mia Allocuzione ai medici cattolici, il 3 ottobre 1982, avevo delineato questa necessità: «Per far ciò non è sufficiente un'azione individuale. Si richiede un lavoro di insieme, intelligente, programmato, costante e generoso e questo non soltanto nell'ambito dei singoli Paesi, ma anche su scala internazionale. Una coordinazione a livello mondiale potrebbe consentire infatti un migliore annuncio ed una più efficace difesa della vostra fede, della vostra cultura, del vostro impegno cristiano nella ricerca scientifica e nella professione)) *(Insegnamenti,* **V,3** [1982] p. 674).

5. Tale coordinamento deve, in primo luogo, essere inteso 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 nello svolgimento della loro professione. Esso sarà volto, poi, a meglio sostenere, promuovere e intensificare le necessarie attività di studio, di approfondimento e di proposta in rapporto ai menzionati problemi specifici del servizio sanitario, nel contesto della visione cristiana del vero bene dell'uomo. In questo campo sono oggi aperti delicati e gravi problemi di natura etica, circa i quali la Chiesa ed i cristiani devono coraggiosamente e lucidamente intervenire per salvaguardare valori e diritti essenziali connessi con la dignità ed il destino supremo della persona umana.

6. Alla luce di queste considerazioni, e sostenuto dal parere di esperti, sacerdoti, religiosi e laici, ho disposto di costituire una *Pontificia Commissione per la Pastorale degli operatori sanitari,* che funga da organismo di coordinamento di tutte le Istituzioni cattoliche, religiose e laiche, impegnate nella pastorale degli infermi. Essa sarà collegata col Pontificio Consiglio per i Laici, del quale sarà parte organica, pur mantenendo una sua propria individualità organizzativa ed operativa.

I compiti della Commissione saranno i seguenti:

— stimolare e promuovere l'opera di formazione, di

studio e di azione svolta dalle diverse O.I.C. nel campo sanitario, nonché dagli altri gruppi, associazioni e forze che, a diversi livelli e in vari modi, operano in tale settore;

— coordinare le attività svolte dai diversi Dicasteri della Curia Romana in relazione al mondo sanitario e ai suoi problemi;

— diffondere, spiegare e difendere gli insegnamenti della Chiesa in materia di sanità, e favorirne la penetrazione nella pratica sanitaria;

— tenere i contatti con le Chiese locali ed, in particolare, con le Commissioni Episcopali per il mondo della sanità;

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

La Pontificia Commissione sarà presieduta dal Cardinale Presidente del Pontificio Consiglio per i Laici e sarà animata da un gruppo di coordinamento con a capo un Pro-Presidente (Arcivescovo) e un Segretario (senza carattere vescovile).

Spetta al presidente di dirigere le Assemblee plenarie dei Membri e Consultori. Il Presidente inoltre sarà preventivamente informato circa le decisioni di maggiore importanza e sarà tenuto al corrente dell'attività ordinaria della Commissione.

Sarà compito del Pro-Presidente promuovere, animare, presiedere e coordinare le attività organizzative e operative della Pontificia Commissione.

I Membri e Consultori, da me nominati, rappresenteranno:

a) alcuni Dicasteri e Organismi della Curia Romana (Segreteria di Stato; Congregazioni per la Dottrina della Fede, per le Chiese Orientali, per i Religiosi e gli Istituti Secolari, per l'Evangelizzazione dei Popoli e per l'Educazione Cattolica; Pontifici Consigli Cor Unum e per la Famiglia; Pontificia Accademia delle Scienze);

b) l'Episcopato (Commissioni Episcopali per il mondo della sanità);

c) gli Ordini religiosi ospedalieri;

d) il laicato (rappresentanti delle O.I.C. ed altri gruppi e associazioni che operano nel campo sanitario e nel mondo della sofferenza).

Nell'adempimento della sua missione, la Pontifica Commissione potrà domandare la collaborazione di esperti e costituire Gruppi di lavoro «ad hoc» su questioni determinate.

Vaticano, 11 febbraio 1985.

IOANNES PAULUS PP. II

Ospedale di Vaucouleurs Croce delle questue

il magistero della chiesa

Dal portale dell'Ospedale di S. Tommaso in formis (sec. XIII)

Dai discorsi del Santo Padre

La pubblicazione del Motu proprio «Dolentium hominum», che affronta il tema del rapporto di responsabilità della Chiesa con il mondo della pastorale sanitaria, non è stato di certo un episodio isolato nel pontificato di Giovanni Paolo II. Fin dall'inizio egli ha manifestato una considerazione tutta particolare verso il mondo dell'umana sofferenza e di conseguenza una speciale sollecitudine pastorale verso gli operatori impegnati in una causa tanto nobile: la causa della vita.

A ROMA

ANCHE IL DOLORE HA UN SENSO

Anche la malattia, qualsiasi genere di malattia, fa parte del mistero della salvezza e del progetto della Provvidenza, a cui nulla sfugge. Fate in modo di superare le barriere e i limiti del tempo e del luogo, per vedere ogni situazione umana, e perciò soprattutto la prova nella prospettiva dell'eternità, verso cui tutti siamo chiamati e camminiamo. Fate in modo che in questo centro ospedaliero si senta uno spirito di amicizia e di famiglia, nonostante le difficoltà continuamente emergenti, la pressione del lavoro e delle esigenze, la stanchezza per certi servizi assillanti e opprimenti (Al personale sanitario del Centro traumatologico ortopedico di Roma, ***4,*** *23 marzo 1985).*

IN OLANDA

ACCETTARE IL PROGETTO DELLA SALVEZZA

Il Verbo divino, incarnandosi, ha portato la verità e la salvezza, ma non ha eliminato il dolore; ha assicurato la presenza dello Spirito consolatore, affinché chi crede in lui possa accettare totalmente il progetto della salvezza, abbandonandosi con fiducia alla Provvidenza e testimoniando così che proprio nel dolore si vede il valore e il conforto della fede: «Prendete la vostra croce e seguitemi!... Venite a me voi tutti che soffrite e siete affaticati, ed io vi consolerò» (cf. Lc *9, 23;* Mt *11, 28). Nei momenti del dolore e nei luoghi della sofferenza, dobbiamo sempre ricordare che Dio ha altri criteri di valutazione e che stima e valorizza ciò che* è *accettato e compiuto nel silenzio, nell'umiltà, nel nascondimento, nella forzata inattività* (Ai malati e agli handicappati, 3, *13 maggio 1985, L'Aia).*

IN LUSSEMBURGO

COLLABORATORI DELLA REDENZIONE

Attraverso la vostra stretta unione con Cristo, la vostra sofferenza assume una nuova grande dimensione: diventa un prezioso contributo all'opera di redenzione di Dio. Questa è *la lieta novella che Cristo, l'unto di Dio, annunzia a voi nella vostra prova e nella vostra tribolazione. Ha proclamato l'anno della misericordia del Signore e promesso ai prigionieri la liberazione, ai ciechi la vista e agli oppressi la libertà. Anticipa già oggi il compimento di queste promesse della fine dei tempi togliendo a queste sofferenze la loro insensatezza e assenza di speranza* (Ai malati e agli handicappati ***4,*** *15 maggio 1985, Lussemburgo).*

IN BELGIO

LA GRAZIA DELL'AMORE

Tutti noi qui rispettiamo la vostra sofferenza fisica, forse la vostra angoscia morale, i vostri perché, il mistero del vostro cammino spirituale nella prova. E normale, è legittimo, che facciate, con l'aiuto di chi vi circonda, tutto ciò che è *in vostro potere, in potere della scienza e della tecnica mediche, per cercare di guarire, per vincere gli ostacoli e le limitazioni dai quali* è *colpito il vostro corpo. Allo stesso tempo, vi invito a confidare la vostra angoscia a Dio Padre a Cristo, attraverso Maria; a domandargli più che la rassegnazione, e ancor più che il coraggio della lotta, la grazia dell'amore e della speranza. Guardate con fede la croce di Cristo; strumento d'immensa sofferenza, essa* è *soprattutto il segno d'un immenso amore, e la porta aperta sulla risurrezione, che* è *la risposta definitiva del Dio d'amore al suo Figlio prediletto* (Agli ammalati, *6, 21 maggio 1985, Banneux).*

A ROMA

AI MINISTRI DELLA SANITÀ DEL CENTRO AMERICA E PANAMA / GRUPPO CONTADORA

Non posso fare a meno di incoraggiarvi nel vostro lodevole impegno per migliorare i livelli della sanità in Centro America e Panama, come uno dei primi servizi alla dignità delle persone, sempre nel rispetto delle norme etiche che regolano un ambito tanto importante e delicato dell'attività umana. È *questo un campo che la Chiesa stima moltissimo e nel quale perciò non tralascia di proclamare i principi morali che indirizzano alla difesa, alla tutela e alla promozione della vita, alla sua qualità, alla completa attenzione per la persona nei suoi aspetti spirituali, psichici e corporali, perché ogni essere umano non* è *solo l'espressione massima della vita sulla terra, ma* è *anche riflesso di Dio.*

(27 novembre 1984, Roma)

ALL'AMERICAN CENTER SOCIETY

Una delle più intense forme di sofferenza che la persona umana, a livello psicologico, può sperimentare, deriva dalla tentazione di rinunciare alla speranza: speranza in una eventuale o possibile guarigione, speranza nella propria capacità di superare una particolare malattia, speranza nella possibilità di ritornare ad una vita normalmente felice e produttiva. La lotta della vostra associazione, condotta su scala mondiale, contro il cancro, offre immensa speranza a

migliaia di uomini, donne e bambini in tutto il mondo. Voi offrite la promessa di un futuro più luminoso a coloro che conoscono per esperienza personale le molte frustrazioni e i conflitti che nascono dalla sofferenza umana.

(I° giugno 1984)

AL LEBBROSARIO DI SORODKO, COREA

All'indicibile angoscia della domanda «perché io?» Gesù offre la risposta vivente della sua morte sulla croce, poiché egli soffrì esclusivamente per gli altri, offrendosi in un amore senza fine. È da allora anche noi «portiamo sempre nel nostro corpo la morte di Gesù, perché anche la vita di Gesù si manifesti nel nostro corpo» (2 Cor *4, 10). In questo modo possiamo capire come la sofferenza di Cristo, la morte e la risurrezione, il suo atto salvifico d'amore sia veramente* la fonte della dignità di ogni sofferenza, *così come la promessa della gloria futura che sta per esserci rivelata.*

(4 maggio 1984)

SALUTO AI BAMBINI INFERMI DI COSTA RICA

L'infermità e il dolore si sono impossessati del vostro fragile corpo, e non vi permettono di condurre la vita che sarebbe propria della vostra età, circondati gioiosamente dai vostri genitori e amici. Perciò ha voluto venire a visitarvi il Papa, vostro amico, che tante volte pensa a voi e prega per voi. Affinché riceviate tutti i giorni l'affetto e le attenzioni di cui avete bisogno, attraverso i vostri genitori e familiari, i medici e tutto il personale ausiliario, che pure saluto e incoraggio a proseguire nel servizio a voi con autentico spirito di dedizione a chi soffre.

(3 marzo 1983)

IN PERÙ

RICONCILIAZIONE

Gesù si accostò agli ammalati con amore e tese loro la sua mano misericordiosa, affinché ravvivassero la loro fede e anelassero più profondamente alla piena salvezza. *Guarì molti (cf.* Mc *1, 34), ma soprattutto elevò il dolore ponendolo al servizio della sua redenzione. Questo atteggiamento che Gesù ci ha raccomandato d'imitare con le visite agli ammalati (cf.* Mt *25, 36), è uno dei lineamenti di un cuore cristiano. Ci è lecito sostenere che l'attenzione ed il servizio prestati a chi è ammalato sono tratti distintivi di un popolo cristiano. In tale servizio che esige sacrificio, risplende la più alta virtù: la carità* (Ad ammalati ed anziani, *2, 4 febbraio 1985, Callao).*

L'ABORTO È UNA SCONFITTA DELL'UOMO

L'introduzione della legislazione permissiva dell'aborto è stata considerata come l'affermazione di un principio di libertà. Domandiamoci invece se non sia il trionfo del principio del benessere materiale e dell'egoismo sul valore più sacro, quello della vita umana. Si è detto che la Chiesa sarebbe stata sconfitta perché non è riuscita a far recepire la sua norma morale. Ma io penso che, in questo tristissimo e involutivo fenomeno, chi è stato veramente sconfitto è l'uomo, è la donna. È sconfitto il medico, che ha rinnegato il giuramento e il titolo più nobile della medicina, quello di difendere e salvare la vita umana; è stato veramente sconfitto lo Stato «secolarizzato», che ha rinunciato alla protezione del fondamentale e sacrosanto diritto alla vita, per divenire strumento di un preteso interesse della collettività, e talora si dimostra incapace di tutelare l'osservanza delle sue leggi permissive (Allocuzione al VI Simposio dei Vescovi d'Europa, *11 ottobre 1985).*

IMPEGNO PROMOZIONALE PER LA VITA

Salvate l'uomo non ancora nato dalla minaccia dell'uomo nato, che si arroga il diritto di toccare ed uccidere la vita di un bambino nel grembo materno! (Discorso in occasione della visita in Liechtenstein, *8 settembre 1985).*

INDIA

CALCUTTA 3 FEBBRAIO 1986: DOPO LA VISITA A NIRMAL HRIDAY ASHRAM

Cari fratelli e sorelle,
sono grato a Dio che la mia prima sosta in Calcutta sia stata a Nirmal Hriday Ashram, nel luogo che testimonia il primato dell'amore.

*Quando Gesù Cristo insegnava ai suoi discepoli come avrebbero potuto dimostrare maggiormente l'amore verso di lui, ha detto: «In verità vi dico, ogni volta che avete fatto queste cose a uno solo di questi miei fratelli più piccoli, l'avete fatte a me» (*Mt *25, 40).*

Per mezzo di Madre Teresa e le Missionarie della Carità, e per mezzo di tanti altri che hanno servito qui, Gesù è stato amato profondamente in quelli che la società spesso considera «gli ultimi dei fratelli».

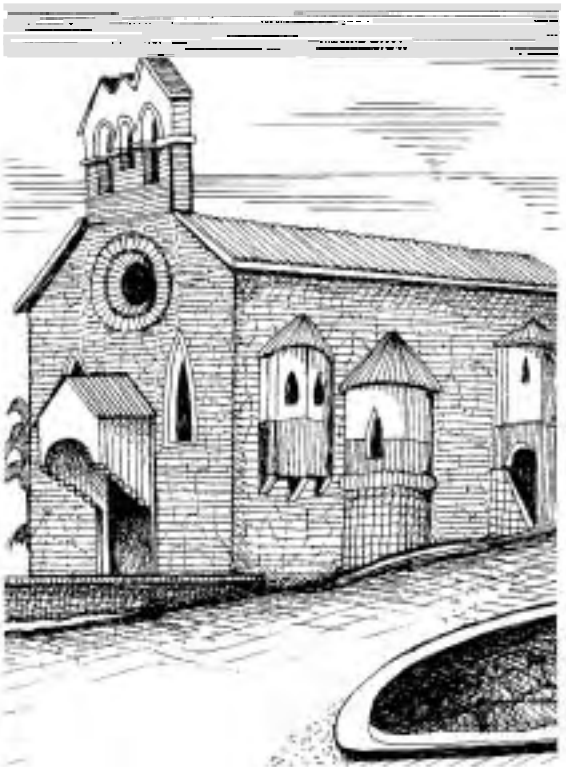
Nirmal Hriday è un luogo di sofferenza, una abitazione familiare con angoscia e dolore, una casa per gli abbandonati e i morenti. Però allo stesso tempo Nirmal Hriday è un luogo di speranza, una casa costruita sul coraggio e sulla fede, una casa dove re-

gna l'amore, un focolare ricolmo di amore.

In Nirmal Hriday, il mistero della sofferenza umana incontra il mistero della fede e dell'amore. In questo incontro si fanno sentire le domande più profonde dell'esistenza umana. Il corpo sofferente e lo spirito gridano: «Perché? Qual è il motivo della sofferenza? Perché devo morire?». E la risposta viene data spesso senza parole ma attraverso espressioni gentili e compassionevoli, piena di onestà e di fede: Io non posso pienamente rispondere alle vostre domande; io non posso togliere tutto il vostro dolore. Però di questo sono sicuro: Dio vi ama con un amore infinito. Siete preziosi ai suoi occhi. In Lui vi amo anch'io. Perché in Dio siamo veramente fratelli e sorelle.

Nirmal Hriday proclama la profonda dignità di ogni persona umana. La cura amorosa che è qui manifestata testimonia alla verità che il valore della persona umana non si misura dalle capacità o talenti, dalla salute o dall' infermità, dall' età o ideologia o razza. La nostra dignità umana viene da Dio nostro Creatore, nella cui immagine tutti noi siamo stati creati. Nessuna entità di privazione o sofferenza potrà togliere questa dignità, per cui siamo sempre preziosi agli occhi di Dio.

L'apostolo S. Giovanni ci dice: «Il nostro amore non deve essere di parole ma coi fatti e nella verità» (1 Gv 3,18). Che queste parole di S. Giovanni siano vere per ciascuno di noi. Che l'amore coraggioso e la fede viva che troviamo qui a Nirmal Hriday inspiri in noi lo stesso amore reale e operante.



Gorizia, Santo Spirito sul Colle del Castello

INDIA
PREGHIERA RECITATA A NIRMAL HRIDAY

Onnipotente ed eterno Dio,
Padre dei poveri,
Conforto degli ammalati,
Speranza dei morenti,

Il Tuo amore guida ogni momento della nostra vita.

Qui, a Nirmal Hriday, in questo luogo di attenta cura per i malati e per i morenti, noi innalziamo le nostre menti e i nostri cuori a te in preghiera. Noi Ti lodiamo per il dono della vita umana e specialmente per la promessa della vita eterna.

Noi sappiamo che tu sei sempre vicino ai cuori spezzati e bisognosi e a tutti i deboli e sofferenti. Dio di tenerezza e compassione, accetta le preghiere che offriamo per i nostri fratelli e sorelle malati.

Accresci la loro fede e fiducia in Te. Confortali con la Tua amorosa presenza e, se questa è la Tua volontà, restituisci loro la salute, dona rinnovata forza nel corpo e nello spirito.

O Padre amoroso, benedici coloro che stanno morendo, benedici tutti quelli che stanno per incontrarsi faccia a faccia con Te. Noi crediamo che Tu hai reso la morte passaggio alla vita eterna.

Mantieni i nostri fratelli e sorelle morenti nel Tuo amore e conducili salvi alla vita eterna con Te.
O Dio, sorgente di ogni forza, guarda e proteggi coloro che curano i malati e assistono i morenti.

Dona loro uno spirito coraggioso e gentile.
Sostienili nei loro sforzi a portare conforto e salute.

Fai di loro un segno sempre più splendente del Tuo amore sanante.

O Signore della vita e fondamento della nostra speranza, riversa le Tue abbondanti benedizioni su di loro e sopra tutti coloro che vivono, lavorano e muoiono a Nirmal Hriday.

Riempili della Tua pace e grazia. Lascia loro vedere che Tu sei un Padre amoroso, un Dio di misericordia e compassione. Amen.

(3 febbraio 1986)

argomenti

i farmaci per la vita

etica e profitto dei [illegible]camenti

La salute è una delle esigenze fondamentali dell'uomo, accanto al bisogno di cibo, di certezza di diritti e dei pochi altri beni che sono veramente essenziali per la qualità della vita. Rispetto a questi ultimi, la salute presenta tuttavia delle differenze sottili, ma sostanziali, derivanti dalla sua caratteristica di essere un valore assoluto, che non richiede qualificazioni o spiegazioni e che in qualche modo precede e condiziona tutti gli altri.

L'etica che è coiinaturata alla medicina, deve applicarsi anche alla realizzazione,produzione e distribuzione dei medicamenti; anzi, con la scoperta dei vaccini, degli antibiotici e degli altri farmaci moderni che sono capaci di salvare la vita di milioni di persone, queste attività hanno assunto un'importanza talmente rilevante che dovrebbero essere assoggettate ad un codice etico se possibile ancora più rigoroso. I primi grandi protagonisti di queste scoperte, a cominciare da Lind che descrisse gli effetti degli agrumi nello scorbuto e da Jenner che dimostrò il valore della vaccinazione antivaiolosa, erano ben consci dell'esistenza di questo codice etico e si uniformavano ad esso naturalmente, senza particolari problemi. Essi erano generalmente degli scienziati isolati, in grado di accumulare da soli le conoscenze di base necessarie per realizzare nuovi medicamenti e di passare rapidamente dalla fase teorica a quella applicativa, spesso effettuando la prima sperimentazione su se stessi o sui loro familiari. Poiché le loro scoperte richiedevano mezzi modesti, erano uomini liberi, senza condizionamenti esterni e, quindi, in grado di seguire le motivazioni umanitarie che li ispiravano. Le cose non sono cambiate per buona parte del secolo scorso. Claude Bernard, allievo dei grande Magendie, aveva a sua disposizione un laboratorio che oggi farebbe sorridere qualunque studente di medicina, ma ciò nonostante pose le basi per molte delle successive scoperte farmacologiche studiando sistematicamente gli effetti di svariate sostanze chimiche sui principali sistemi fisiologici. Pasteur, pur operando in condizioni analoghe, con le sue osservazioni microbiologiche anticipò gli sviluppi moderni della terapia antinfettiva. Con questi mezzi modesti, ed ubbidendo a motivazioni umanitarie, i grandi scienziati del passato hanno realizzato farmaci importanti, alcuni dei quali conservano inalterata la loro validità: la morfina, il chinino, i salicilati, i prototipi degli anestetici generali ed altri.

Già nella seconda metà del secolo scorso cominciano tuttavia ad avvertirsi le prime avvisaglie di importanti trasformazioni. Soprattutto in Germania, alcuni scienziati si collegano con l'industria chimica che è in grado di fornire un grande numero di nuove molecole. Studiandole sistematicamente, essi scoprono l'esistenza di una correlazione tra struttura chimica ed attività farmacologiche, aprendo così la strada alle sintesi guidate. Questo tipo di ricerca si dimostra molto produttivo, ma richiede la disponibilità di laboratori, chimici e biologici, sempre più grandi e dispendiosi. Molte delle scoperte successive avvengono in questo nuovo contesto: la novocaina, il veronal, il salvaran, e quindi, tra le due guerre mondiali, antimalarici di sintesi, il DDT, i sulfamidici ed altri farmaci ancora. Ben presto si avverte l'esigenza di studi biologici più approfonditi, soprattutto al fine di cautelarsi dai rischi degli effetti tossici che a volte i nuovi medicamenti esercitano sull'uomo. La tragedia della talidomide rivela bruscamente le vere, drammatiche dimensioni di questo problema e da allora nessuna sostanza viene più somministrata all'uomo se non è stata prima studiata in laboratorio non solo sul piano tossicologico, ma anche sotto tutti gli altri aspetti che possono in qualche modo influenzarne l'attività: le caratteristiche fisico-chimiche, le proprietà farmacologiche generali e biochimiche; la farmacocinetica ed il metabolismo; le forme farmaceutiche e così via. Col tempo queste verifiche diventano sempre più complesse, fino a richiedere la collaborazione di specialisti delle più diverse discipline ed a raggiungere costi astronomici. Inoltre, esse si trasformano in un banco di prova rigoroso, che respinge la maggior parte delle migliaia di sostanze che ogni anno vengono studiate in vista di un potenziale impiego terapeutico.

La realizzazione di un nuovo medicamento diventa così un'impresa paragonabile, per i suoi costi e per la sua complessità scientifica e tecnologica, ad una conquista spaziale. Essa richiede la collaborazione di scienziati, ricercatori e tecnici dotati deiie più svariate competenze, dalla medicina all'ingegneria, e grandi capacità organizzative e gestionali. Il costo di un nuovo medicamento raggiunge di conseguenza valori elevati, compresi tra i 50 milioni di dollari di alcune stime ed i 500 di altre che, più realisticamente delle prime, prendono in considerazione la produttività globale dei laboratori di ricerca. Questi ultimi richiedono investimenti annui compresi tra 50 milioni di dollari all'anno, che alcuni considerano il valore soglia, e 500 ed oltre. La loro produttività oscilla tra un medicamento per anno, che è l'eccezione, ed uno ogni 5-10 anni, che è piuttosto la regola. Questi dati confermano, per altra via, l'attendibilità delle stime sopra fornite sul costo dei nuovi medicamenti. Impegni economici così rilevanti sono alla portata solo di enti pubblici o di industrie multinazionali. Tuttavia, i primi non hanno mai avuto successo nella ricerca di nuovi medicamenti, per una serie di ragioni che sarebbe troppo lungo analizzare in questa sede. Si è quindi fatta avanti l'industria farmaceutica, che ben presto ha acquisito un ruolo decisivo nella realizzazione e, conseguentemente, nella produzione e nella distribuzione dei medicamenti.

La figura solitaria dello scienziato che realizzava i farmaci con pochi mezzi ed era spinto da motivazioni umanitarie è così scomparsa. Ad essa si è sostituita quella di un'industria avanzatissima sul piano scientifico e tecnologico e dotata di grandi risorse economiche. Questa trasformazione ha comportato alcune conseguenze di grande importanza. Nell'esaminarle noi ci soffermeremo sulla ricerca e sulla realizzazione dei medicamenti, tralasciando la fase produttiva e distributiva non perché meno importanti, ma solo perché il discorso si farebbe troppo lungo e complica-

to. La prima e più appariscente di tali conseguenze è stata quella di un poderoso impulso al progresso terapeutico. In pochi decenni sono stati messi a punto medicamenti talmente efficaci, che la medicina ne è risultata trasformata. Sono state poste le basi, con gli immunosoppressori, gli antibiotici ed i moderni anestetici generali, per i recenti successi della chirurgia. La disponibilità di medicamenti più sicuri ed efficaci ha sostanzialmente migliorato la qualità della nostra vita.

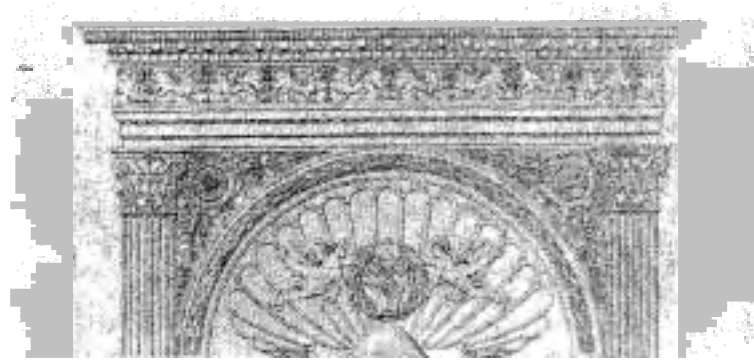
Col passare degli anni questa spinta innovativa non si è attenuata; al contrario, si continuano a scoprire nuovi medicamenti ed alcuni di essi non sono certamente meno importanti di quelli del passato. Nello stesso tempo, sono emersi alcuni fenomeni negativi e tanto più preoccupanti, in quanto sembrano insiti nella stessa natura dell'industria farmaceutica. Le scelte di fondo appaiono sempre più pesantemente condizionate da fattori economici, piuttosto che da quelle motivazioni etiche ed umanitarie che erano precedentemente alla base del progresso terapeutico. Questo non è sorprendente. Abbiamo visto che il costo della ricerca scientifica necessaria per realizzare nuovi medicamenti ha raggiunto valori altissimi. Per continuare a sostenerne l'onere, le industrie farmaceutiche sono quindi costrette a sviluppare medicamenti redditizi. Nei paesi ad alto tenore di vita esse si orientano prevalentemente verso le malattie diffuse, trascurando quelle rare indipendentemente dalla loro gravità. Per lo stesso motivo vengono trascurate le malattie tipiche dei paesi in via di sviluppo perché, sebbene colpiscano ed uccidano milioni di persone, non costituiscono un mercato abbastanza ricco. Alcuni di questi medicamenti potrebbero essere facilmente realizzati sulla base delle conoscenze scientifiche correnti, ma non vedono la luce per motivi esclusivamente economici. Di essi, detti «orphan drugs» o farmaci orfani, si parla estesamente in un altro articolo

A questo punto appare evidente che lo sviluppo dei medicamenti è ormai governato non più dall'etica tradizionale della medicina, ma dalla logica dell'industria. La prima tende a privilegiare il diritto alla salute al di sopra di qualunque altro tipo di interesse; la seconda privilegia piuttosto l'efficienza intrinseca del sistema industriale, che così si assicura la sopravvivenza al di fuori di interventi di tipo assistenzialistico. Andando oltre, si può affermare che una certa immoralità della situazione attuale non consiste nel fatto che l'industria farmaceutica rispetta il suo specifico codice di comportamento. Ispirando le sue decisioni a motivazioni umanitarie, l'industria farmaceutica finirebbe per essere schiacciata dai costi della ricerca scientifica: in questa maniera non solo non sarebbe più in grado di realizzare alcun medicamento, ma fallirebbe.

I medicamenti possono essere restituiti alla loro etica tradizionale solo da interventi degli Stati, o meglio ancora, delle Comunità Internazionali. Le normative finora emanate riguardano prevalentemente la sicurezza dei medicamenti, dove si sono fatti progressi importantissimi. I tempi appaiono ora maturi per interventi di più ampio respiro, al fine di condizionare le scelte strategiche di fondo dell'industria farmaceutica. Due provvedimenti, peraltro in linea con quanto già comincia a delinearsi in qualche paese, sarebbero probabilmente sufficienti: primo, dare priorità assoluta all'esame dei medicamenti destinati a malattie altrimenti incurabili o, comunque, particolarmente gravi; secondo, rendere possibile la realizzazione dei farmaci destinati a malattie rare o a forme morbose limitate ai paesi poveri attraverso meccanismi di incentivazione economica, per esempio sotto forma di commesse governative.

Un altro aspetto dei problema, riguarda la posizione di monopolio che alcune aziende, generalmente di livello multinazionale, stanno assumendo nel campo dei medicamenti. Le origini di questo fenomeno sono facilmente comprensibili, se solo si ricorda che il costo di un centro di ricerca è generalmente superiore a 50 milioni di dollari per anno. Poiché per ragioni economiche la ricerca scientifica non può mediamente incidere sul fatturato per oltre il 10 per cento, essa finisce per essere riservata alle aziende che hanno fatturati superiori a 500 milioni di dollari. Attraverso la ricerca, esse controllano poi anche la produzione e la distribuzione dei medicamenti. Ciò spiega perchè in quasi tutti i paesi le multinazionali controllano ormai oltre il 50 per cento del mercato dei medicamenti. Delle aziende nazionali, quelle piccole e medie tendono a scomparire e le altre a diventare, con qualche eccezione, semplici distributori su licenza dei medicamenti realizzati dalle multinazionali. Questo fenomeno ha delle applicazioni che meritano di essere attentamente valutate. La medicina, ed assieme ad essa i medicamenti che ne costituiscono una componente sempre più importante, era parte della cultura di ciascun popolo e si sviluppava insieme ad essa. In questa nuova situazione, essa dipende invece da un apporto esterno e quindi rischia di non soddisfare le esigenze specifiche di ciascun paese. I paesi in via di sviluppo sono un caso emblematico, ma non unico. Non solo non viene fornita una risposta adeguata alle loro necessità specifiche, ma l'apporto

Monete anglosassoni (sec. I) per il «Romescott» (Musei Vaticani)



dall'esterno di farmaci estranei alla loro cultura ha spesso creato nuove difficoltà. Ad esempio gli antibiotici hanno contribuito a ridurre drasticamente la mortalità infantile, ma troppo spesso mancano le condizioni elementari per assicurare ai bambini sopravvissuti un'esistenza dignitosa. Il problema si pone, seppure in termini diversi, anche per paesi come l'Italia, dove ad un livello scientifico e tecnologico relativamente elevato non corrisponde un numero sufficiente di aziende farmaceutiche di dimensioni adeguate per sostenere il confronto con le multinazionali a livello della ricerca scientifica. La soluzione a questo problema potrebbe venire dalla stessa dinamica interna del sistema. I centri di ricerca delle grandi aziende multinazionali hanno mostrato durante questi ultimi anni più propensione alla ricerca applicata, che a quella di base. Questo è facilmente comprensibile.

Quando la realizzazione di un farmaco comporta investimenti di centinaia di milioni di dollari, è naturale che si cerchi di ridurre al minimo le incognite ed i rischi di insuccesso. Sotto questo profilo forniscono molte più garanzie le conoscenze consolidate, che non quelle recenti. Di qui la tendenza a sviluppare i cosiddetti «me too drugs», cioè medicamenti di tipo ripetitivo. La situazione dei piccoli laboratori di ricerca è diversa. Mentre essi non hanno alcuna possibilità di competere con i grandi laboratori nella ricerca applicata, dove il successo dipende innanzi tutto dalla grandezza, la ricerca di base li vede invece favoriti. Le loro piccole dimensioni favoriscono l'affiatamento tra i ricercatori, la collaborazione col mondo accademico, la tensione intellettuale e allentano i vincoli ed i condizionamenti commerciali. Su questo fertile terreno germoglia la ricerca di base. Analogamente a quanto avviene in altri settori produttivi avanzati, anche in quello farmaceutico i piccoli centri di ricerca hanno così mostrato una insospettata vitalità, realizzando con mezzi relativamenti modesti farmaci di grande importanza medica. A titolo di esempio, due medicamenti italiani hanno in questo momento una posizione preminente in settori terapeutici particolarmente avanzati, quello cioè dei tumori e della depressione.

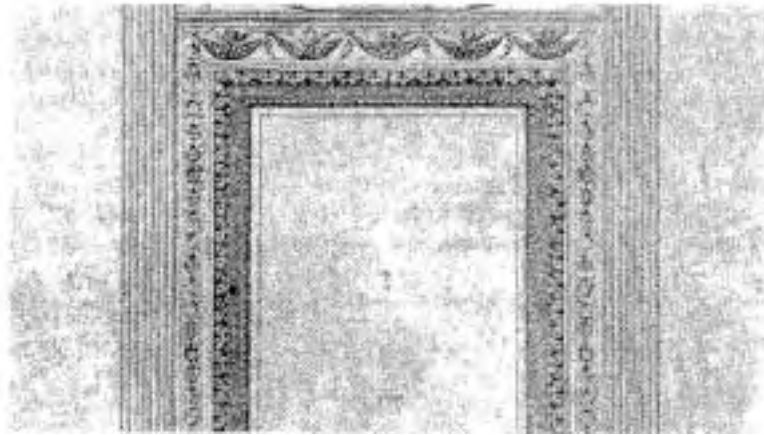
La riscoperta del valore delle dimensioni a misura d'uomo nella ricerca scientifica è interessante anche perché riapre il discorso dei paesi in via di sviluppo, che altrimenti sarebbero stati privati di qualunque ruolo attivo nel progresso della medicina. Non solo essi possono rientrare in gioco, ma si aprono nuove prospettive alla collaborazione con i paesi sviluppati e, in particolare, coi centri che attuano la strategia di ricerca di cui si è sopra fatto cenno. In prospettiva, la soluzione di molti problemi medici dei paesi in via di sviluppo potrebbe venire molto più da iniziative tendenti al riconoscimento delle loro necessità specifiche ed alla valorizzazione delle loro capacità, che non dai programmi tradizionali di assistenza, miranti unicamente ad assicurare la disponibilità dei cosiddetti farmaci essenziali. L'«Action programme» dell'OMS va in questa direzione ed è auspicabile che in questo senso si muova anche la Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari affidata alle cure di Mons. Fiorenzo Angelini. Chi stende queste note ha avuto il privilegio di partecipare ad uno di questi programmi di collaborazione, che è stato citato nel rapporto dell'assemblea generale dell'OMS nel 1982.

Spero di essere riuscito, attraverso queste note, a delineare il processo che nel giro di pochi decenni ha trasformato il mondo dei medicamenti, attribuendo all'industria farmaceutica un ruolo di straordinaria importanza, ma determinando nello stesso tempo il tramonto dell'etica che governava in precedenza questo settore. Molti gridano allo scandalo, dimenticando che senza queste trasformazioni la maggior parte dei grandi medicamenti della nostra epoca non esisterebbe. Spero di essere riuscito a mostrare come le attuali carenze o degenerazioni del sistema farmaceutico potrebbero essere finalmente corrette non solo attraverso appropriati interventi pubblici, ma anche valorizzando ulteriormente i centri di ricerca che si muovono in un'ottica e con una strategia diversa.

L'autore di queste note crede in un mondo migliore, nel quale non solo la medicina, ma tutte le scienze possano svilupparsi senza dover rinnegare i principi etici fondamentali. La realizzazione di questo mondo dipende da tutti noi.

BRUNO SILVESTRINI

Professore di Farmacologia e Furmacognosiu nella Università degli Studi «La Sapienza» di Roma



Portale dell'Ospedale di Santo Spirito ***(sec.*** *XV)*

progetto «un farmaco per l'uomo»

La cultura di «umanizzazione» della medicina sviluppatasi negli ultimi anni ha coinvolto solo marginalmente il problema del rapporto tra farmaco e paziente, rapporto che continua ad essere visto prevalentemente in termini di «spesa» e di «costi». Se appare evidente la necessità di regolare in modo efficace il problema della spesa, va comunque sottolineato il rischio che tali interventi si risolvano in una semplice «spartizione» degli oneri tra Stato e cittadino, privilegiando, come è già altre volte accaduto, il momento della «contabilità» rispetto a quello della verifica dei bisogni e della qualità delle offerte.

Chiunque si occupi a qualsiasi titolo di problemi sanitari non può non riconoscere il carattere di straordinarietà del bene-farmaco, avvertendo l'esigenza che vi sia per esso un regime particolare, vincolato alla creazione di una nuova filosofia che scelga il concetto di «utilità per il paziente» come parametro fondamentale.

Da numerosi studi e dal confronto con i problemi tuttora esistenti nel settore della regolamentazione dei farmaci, emerge la necessità di sviluppare una politica «globale» del farmaco che tenga conto dei numerosi fattori ad esso imprescindibilmente connessi.

L'impostazione di un rapporto corretto con l'uomo-«paziente» trova le sue radici nel rispetto di tre fondamentali caratteri che rendono il farmaco adatto all'uomo, «per l'uomo)): efficacia, sicurezza, qualità. Tutti e tre questi caratteri debbono essere perseguiti se si vuol tener fede alla ricerca di quella salute cui fa costantemente riferimento l'OMS, e cioè quella salute che non è solo eliminazione del sintomo o assenza di malattia, ma punta all'equilibrio fisico e psichico, all' armonica integrazione di corporeità e spiritualità.

Il farmaco «per l'uomo» è quello che pur avendo come fine immediato il risanamento a livello molecolare non perde di vista questo bisogno di equilibrio, ampliando ed «innalzando» il concetto di terapia al di là della semplice somministrazione.

Qualità, sicurezza ed efficacia, unite a concrete opportunità di sviluppo della ricerca e di costante aggiornamento rappresentano un punto di incontro, un momento unificante del rapporto tra medico e paziente, uniti nella richiesta di soluzione del problema centrale del rapporto, nella ricerca del prodotto che consenta al medico di lottare contro la patologia e al paziente di risanare.

Reclamare a gran voce sicurezza, scientificità e ricerca non è però sufficiente per dare soluzione al problema farmaco: una volta individuati gli ideali da perseguire è necessario che essi possano integrarsi con innumerevoli altre esigenze apparentemente in contrasto l'una con l'altra.

Il farmaco, nella sua essenzialità, se da un lato sollecita una risposta non solo scientifica, ma anche squisitamente etica, al dilemma «uomo-paziente)), si trova d'altro canto assoggettato a punti di vista e pressioni spesso divergenti, che derivano dalla particolare funzione di «bene pubblico)) da esso esercitata.

Spesso inoltre, si è creduto di poter risolvere queste contraddizioni con soluzioni da «arrembaggio» arbitrarie, limitate e limitanti, inefficaci anche perché ristrette negli angusti e ormai inidonei ambiti nazionali.

È proprio quest'ultima considerazione che rende auspicabile un confronto a livello regionale e mondiale, fra esperti in grado di illustrare i problemi e le esigenze dei diversi «gruppi» coinvolti nel discorso farmaco, per far emergere orientamenti e soluzioni che, unificando e ricomponendo le diverse problematiche, risultino concretamente applicabili nei diversi contesti economici, culturali, sociali e politici senza mai dimenticare quelli morali.

Sei sono gli osservatori che qualificano il dibattito sul farmaco e dei quali occorre tener conto per una impostazione equilibrata di questo particolare «tema-salute»:

— lo *Stato,* che intervenendo nella regolazione del mercato farmaceutico deve espletare il suo dovere tenendo però anche presente il peso del problema farmaco come elemento di formazione della spesa pubblica e come fattore sociale, in quanto fonte di occupazione;

— la *legislazione,* che rivendica il rispetto dei canoni di sicurezza, qualità ed efficacia;

— la *ricerca,* afflitta dai costi proibitivi e da un mercato spesso aperto ad alternative limitative;

— il *medico,* che rivendica il ruolo di unico giudice della essenzialità del farmaco prescritto, scelto alla luce della particolare ((congiuntura» biofisica (età, stato del soggetto, ecc.) in cui la patologia si manifesta;

— il *paziente,* che rivolge precise richieste a ciascuno degli enti citati, ponendo il problema di un ritorno ad una «naturalità» ed «umanità» del farmaco che i problemi economici e certe enfatizzazioni della scienza fine a se stessa hanno spesso tradito.

Lo scenario fin qui descritto non è però completo.

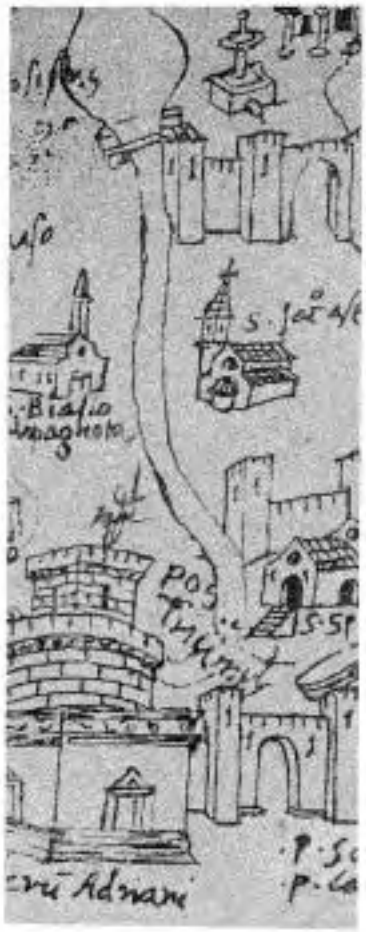
Alle tensioni socio-economiche dei Paesi industrializzati si contrappongono emergenze sanitarie ed etiche ancor più stringenti: nei Paesi in via di sviluppo il farmaco «per l'uomo» è il farmaco «per la vita», è la prestazione di base — altrove così usuale —, è la difesa primaria, indispensabile a ciascuno di noi fin dal primo esistere.

Questa è la filosofia attraverso la quale si estrinseca il progetto di umanizzazione della medicina. Un progetto che per la sua realizzazione esige la partecipazione di tutti i Paesi aperti ad un confronto ideativo sovranazionale.

MARIO RACCO

Docente di legislazione sanitaria nell'Università di Roma e nell'Istituto di ***Pastorale*** *Sanitaria*

l'uso nal dei farmaci



Si è tenuta a Nairobi dal 25 al 29 novembre 1985 la conferenza internazionale sull'uso razionale dei farmaci promossa dall'O.M.S. Ad essa hanno partecipato su espresso invito dell'O.M.S. 100 esperti provenienti da 50 Stati membri dell'O.M.S. appartenenti alle autorità di regolamentazione farmaceutica, all'industria farmaceutica, alle organizzazioni dei pazienti e dei consumatori, ai professionisti del settore sanitario, insegnanti, economisti, educatori di sanità pubblica, esperti di politica sociale ed altre organizzazioni delle Nazioni Unite.

Questa conferenza, indetta a seguito di una raccomandazione approvata in occasione dell'Assemblea mondiale della Sanità del 1984, ha formulato un complesso di proposte e raccomandazioni che saranno oggetto di un rapporto che sarà presentato dal Direttore Generale dell'O.M.S. alla prossima assemblea mondiale della Sanità che si terrà a *Ginevra nel maggio 1986.*

Avendo partecipato alla conferenza mi sembra interessante riassumere qui le principali conclusioni dei dibattiti che sono stati estremamente approfonditi ed appassionati e che hanno indubbiamente contribuito a creare quello che è stato definito «lo spirito di Nairobi» di cui ho la certezza che a breve scadenza si avvertirà la presenza e gli effetti in tutto il settore farmaceutico.

La conferenza di Nairobi può essere considerata come un evento storico in quanto per la prima volta ha riunito esperti appartenenti a paesi sviluppati e in via di sviluppo provenienti da tutto il mondo ed appartenenti a tutti gli ambienti interessati all'uso dei farmaci.

La conferenza che si è tenuta sotto il principio-auspicio dell'O.M.S. di assicurare la salute per tutti per gli anni 2000, ha cercato a fondo di individuare quei fatti e quei fenomeni che sia nei paesi sviluppati che in quelli in via di sviluppo ostacolano la realizzazione di un uso razionale dei farmaci.

La conferenza, pur con alcune sfumature e differenze, ha complessivamente riconosciuto che se il progresso farmacologico ha compiuto negli ultimi decenni sostanziali passi in avanti ed ulteriori ancor più rivoluzionarie innovazioni sono attese a breve termine con l'introduzione sempre più estesa delle nuove tecniche della bioingegneria, alcuni fenomeni non ancora ben controllati sono causa di turbativa e di malessere per l'intero settore.

La precisa individuazione di tali fatti può costituire un utilissimo spunto per permettere l'adozione, sia a livello nazionale che internazionale, degli strumenti più appropriati per correggere gli indirizzi errati.

Il panorama che esce dalla conferenza di Nairobi è estremamente vasto ed articolato; esso consente tuttavia di individuare alcuni punti fondamentali su cui procedere decisamente per ovviare alle deficienze presenti.

Un più completo coordinamento delle politiche di regolamentazione farmaceutica appare indispensabile: a ciò possono provvedere varie utili iniziative tra le quali le periodiche conferenze delle autorità di regolamentazione farmaceutica (I.C.D.R.A.). Viene segnalata l'esigenza di ridurre quanto possibile il numero di farmaci in commercio, onde consentirne un uso più attento da parte dei medici. Da più parti è stato rilevato come in tutto il mondo sia in atto una eccessiva pressione del mercato farmaceutico, anche con l'introduzione di nuovi farmaci non del tutto innovativi ed ampi dibattiti sono stati svolti sulla opportunità o meno di diffondere l'adozione della cosiddetta «clausola di necessità)) in base alla quale un nuovo farmaco può essere immesso sul mercato solo se presenti consistenti vantaggi su quelli già esistenti. Su tale argomento certo non vi è stato un atteggiamento comune tanto più che da più parti si fa rilevare come il rifugiarsi nei farmaci essenziali impedendo l'afflusso dei nuovi mediante la clausola di necessità, potrebbe costituire un ostacolo alla ricerca farmaceutica e alla realizzazione dei farmaci innovativi e come questa esigenza sia da considerarsi vitale per la salute anche perché i farmaci innovativi di oggi potranno essere i farmaci essenziali di domani.

Sembra comunque diffuso l'accordo sulla necessità che per ogni nuovo farmaco sia ben definita la sua esatta collocazione terapeutica.

La formazione, il perfezionamento e l'informazione dei medici e dei farmacisti non è soddisfacente in tutti i paesi del mondo. Ogni sforzo deve essere svolto per cambiare sostanzialmente tale sfavorevole condizione che è causa primaria di un uso non razionale dei farmaci.

È comunque in atto in tutto il mondo un conflitto ed una competizione tra promozione ed informazione sui farmaci; le iniziative per sostenere un considerevole ed autonomo ruolo di informazione vanno dovunque favorite. Dalla conferenza è risultato che ben pochi sono i paesi che posseggono degli strumenti ufficiali di informazione ai medici e che dispongono di mezzi di controllo della promozione farmaceutica esercitata dall'industria farmaceutica; tali attività debbono essere comunque potenziate dai governi sia con gli opportuni stanziamenti finanziari che con adeguate strutture se si vuol realizzare un flusso informativo veramente competitivo con i vasti mezzi promozionali dell'industria farmaceutica.

Lunghe ed appassionate discussioni hanno trattato i problemi dei paesi in via di sviluppo. È stata rilevata la carenza di informazioni sui farmaci, la scarsa sensibilità alle necessità di tali paesi anche dal

punto di vista economico, è stata auspicata una adeguata sorveglianza della politica dei prezzi, è stata ancora raccomandata l'adozione della certificazione delle esportazioni seguendo lo schema dell'O.M.S. L'esatta conoscenza degli effettivi bisogni locali è stata quindi ritenuta indispensabile per l'invio di farmaci idonei nei paesi in via di sviluppo con tempestività e continuità.

Le conclusioni della conferenza appaiono di estremo rilievo ed interesse: la relazione conclusiva dei lavori fatta dal Dott. Malher (e che sarà alla base della relazione alla prossima Assemblea dell'O.M.S.) propone una serie notevolissima di iniziative che l'O.M.S. prenderà nel campo della politica farmaceutica investendo tutti i settori in cui essa si articola (la registrazione, la revisione, l'informazione, la promozione, la farmacovigilanza, la formazione dei medici, il controllo dei prezzi, l'assistenza dei sistemi di sicurezza sociale, *le esigenze dei paesi in via di sviluppo).*

Su tutte queste materie l'O.M.S. svilupperà un nutrito programma di iniziative che consentano di coordinare e di programmare gli sforzi di tutti gli Stati membri per ottenere l'auspicato risultato della razionalizzazione dell'uso dei farmaci. Allo sviluppo di tali iniziative tutti i paesi sono chiamati.

È chiaro comunque che dopo Nairobi una svolta decisiva è stata impressa alla politica farmaceutica mondiale e che i risultati di ciò saranno progressivamente evidenti in tutto il mondo.

DUILIO POGGIOLINI

Docente di Igiene nell'Università di Roma
Direttore Generale del Servizio farmaceutico del Ministero della Sanità d'Italia

i farmaci orfani

Negli Stati Uniti un nuovo farmaco dal momento della sua ideazione, fino alla sua entrata in commercio, comprese anche le pratiche per l'approvazione da parte delle Autorità sanitarie, costa, in media, tra 50 e 60 milioni di dollari, cioè intorno ai 100 miliardi di lire. Inoltre per questo lavoro occorrono non meno di dieci anni di ricerche, sperimentazione farmacologica e clinica, etc.

Queste cifre si riferiscono naturalmente ad un principio attivo nuovo, dotato di un'attività farmacologica specifica e non già ad una sostanza risultante da piccole modifiche strutturali di farmaci già noti e tanto meno un'associazione di diversi composti già noti.

Questo notevole impegno, non solo di ricerca, di creatività e di organizzazione ma anche economico e finanziario, non può essere sostenuto che da grandi società che uniscano una larga disponibilità di capitali con una capacità realizzatrice scientifica, tecnica ed industriale, e cioè da grandi compagnie farmaceutiche spesso a carattere multinazionale.

Bisogna riconoscere che all'impegno di queste compagnie si deve se disponiamo di molti farmaci — capaci di curare molte malattie prima letali — che hanno nel presente secolo insieme al miglioramento dei fattori igienici, aumentata la vita media umana di circa trentanni.

Quali società fondate su un ampio azionariato, queste compagnie devono tendere prima di tutto al profitto e quindi a produrre quei farmaci che abbiano un mercato molto vasto ed esteso a tutto il mondo. Questo è necessario, non solo per realizzare un guadagno — che resta sempre il problema di base di un'impresa privata — ma in primo luogo per ammortare i notevoli investimenti.

Da questa realtà discendono varie conseguenze: la brevettazione o comunque la protezione del nuovo farmaco, la richiesta di un monopolio, almeno per alcuni anni, ed infine un prezzo che tenga conto di una quota di ammortamento per la ricerca.

Si comprende come la progettazione di un nuovo farmaco da parte di una ditta farmaceutica imponga una profonda analisi di mercato e degli obiettivi che si vogliono raggiungere come pure una accurata valutazione economica.

Per questo motivo verranno escluse le ricerche volte a trovare un farmaco per una *malattia rara* o non comune, poiché questo impegno, in termini economici, sarebbe negativo, in quanto il nuovo farmaco avrebbe solo un limitatissimo numero di acquirenti. Quindi non solo non darebbe un guadagno, ma nemmeno potrebbe coprire le spese di progettazione e produzione. Si verifica talvolta che un'industria abbia già un farmaco nuovo a disposizione ma che non lo produca per ragioni economiche.

Questa posizione, ineccepibile da un punto di vista economico, non è tuttavia accettabile da un punto di vista etico e morale. Questo significa che le persone colpite da malattie rare, ad es.: sclerosi multipla, malattia di Huntington, morbo di Alzheimer, idatitosi, ma-

lattia di Wilson e anche dalla recente e paventata sindrome per immuno-deficienza acquisita, l'AIDS, non possono disporre di farmaci specifici per essere curati.

Si è così definita *malattia orfana,* una malattia disdegnata dalla ricerca farmaceutica, e di conseguenza si è arrivati al termine di *farmaci orfani,* «orphan drugs», per indicare quei farmaci, che non si studiano e non si producono, per le ragioni sopra accennate.

La definizione di farmaci orfani deve a questo punto ampliarsi a tutti quei farmaci che non vengono sviluppati perché i potenziali acquirenti, che sono milioni, non hanno la capacità economica di comprarli. Si tratta dei farmaci per la prevenzione e la cura delle malattie tropicali destinati alle popolazioni dei Paesi in via di sviluppo.

Posto il problema in questi termini, cioè nel suo aspetto rigidamente economico, bisogna ora vedere come si cerca di ovviare a questa situazione per disporre anche per le malattie rare e le malattie tropicali di nuovi farmaci adeguati.

Negli Stati Uniti in questi ultimi anni, per opera di un movimento di opinione, che ha fatto grande uso di mezzi d'informazione: stampa e televisione, il Governo ed il Congresso sono stati indotti a promulgare nel **1983** una legge denominata «Orphan Drug Act».

Lo spirito della legge è quello di dare alle compagnie farmaceutiche che si impegnino in questi studi, un contributo finanziario e una serie di facilitazioni normative, soprattutto per quanto riguarda la registrazione: ad esempio la legge sui farmaci richiede per l'approvazione una certa casistica clinica che non è conseguibile nei caso di malattie rare.

La legge stabilisce ancora una definizione di malattie rare indicando quelle che, negli Stati Uniti, colpiscono meno di 200.000 persone: in questo caso lo Stato, con un'azione sociale volta a tutelare i pazienti integra con il suo contributo una ricerca che risulterebbe non economica.

I primi effetti della legge negli Stati Uniti sono stati positivi e hanno permesso di stabilire una collaborazione tra enti governativi, università, industria e associazioni volontarie che ha avuto come effetto di fare registrare in questi due anni undici nuovi farmaci orfani.

Cosa avviene nelle altre parti del mondo? Come è possibile attivare la ricerca sulle grandi malattie tropicali?

Questi temi sono stati dibattuti a Roma nella primavera di quest'anno, in una riunione dell'Accademia Nazionale delle Scienze detta dei XL, patrocinata dalla Comunità Europea, alla quale hanno partecipato esperti di varie parti dei mondo ed in particolare di Paesi in via di sviluppo.

Le conclusioni tratte dai partecipanti a questo Convegno propongono due strategie, sostanzialmente diverse, una per le *malattie rare* e una per le *malattie tropicali.*

Per le malattie rare, si raccomanda un'azione a livello di collaborazione internazionale per lo sviluppo di farmaci orfani. Quest'azione dovrebbe comprendere contributi finanziari da parte di Governi, ma anche di Fondazioni private e di Enti pubblici; facilitazioni normative per la loro approvazione e registrazione e soprattutto una strategia comune — per una adeguata programmazione che escluda iniziative parallele — tra Università, Istituti di ricerca ed Industrie, anche in vista di opportuni accordi per garantire un mercato quanto più ampio possibile.

Tutto ciò implica la scelta delle priorità e la coordinazione delle ricerche da parte della comunità scientifica internazionale.

Non è infatti possibile realizzare economicamente questi farmaci a livello né nazionale né regionale, ma solo semmai a quello mondiale, e si dovranno pertanto prevedere accordi per assicurarne la distribuzione, nella quale i singoli Stati dovranno assicurare l'equità del prezzo.

Stemma dell'Ospedale di S. Spirito a Casale Monferrato

Nel caso dei farmaci per le malattie tropicali, orfani anche questi, per mancanza da parte dei potenziali acquirenti della capacità economica di comprarli, è assolutamente necessario rilanciare la ricerca fondamentale sulle malattie che più profondamente colpiscono le popolazioni. L'organizzazione mondiale della sanità ha sviluppato da alcuni anni un programma di ricerche sulle malattie tropicali: questo va incoraggiato e potenziato. Parallelamente, d'accordo con la stessa O.M.S., bisognerebbe stabilire le priorità per la ricerca su nuovi farmaci per prevenire e curare alcune malattie. Si deve tenere presente che in alcuni casi farmaci già validi ad arginare gli effetti di alcune malattie si sono rivelati recentemente non più efficaci per fenomeni di adattamento dei parassiti e che quindi è necessario operare in tempi brevi.

È indispensabile che a questo punto venga stabilito, anche in questo caso nell'ambito di una collaborazione mondiale, un programma concreto di ricerca e sviluppo di nuovi farmaci che consentano di meglio far fronte alle grandi endemie tropicali.

Alcune cifre possono rendere conto — vedi Tabella — dell'incidenza che esse hanno sulla salute, quindi sul livello di vita, di milioni di persone, e sulle società dei Paesi emergenti.

Il problema è complesso perché non si tratta solo di un rapporto tra l'uomo e l'agente patogeno, ma anche con i vettori del medesimo e gli animali che ne costituiscono il serbatoio (reservoir). Per questo anche nuovi farmaci non sarebbero efficaci a ridurre le incidenze delle endemie, se non accompagnati o meglio preceduti da una educazione igienico-sanitario e dalla lotta contro i vettori.

Tuttavia oggi di fronte all'evoluzione di resistenza agli insetticidi da parte dei vettori, oltre che dei parassiti ai farmaci, è necessario acquisire nuove cognizioni attraverso una approfondita ricerca.

Questa si dovrebbe svolgere soprattutto nei centri di studio degli stessi Paesi in via di sviluppo che devono essere aiutati e potenziati. È necessario formare personale scientifico, tecnici specializzati, fornire strumenti avanzati e moderni e mezzi per poter svolgere un'approfondita ricerca. L'esempio del Brasile che al principio del

secolo ha sviluppato la conoscenza di numerose malattie tropicali è un esempio di quello che si può fare.

A questi centri non dovranno nemmeno mancare le tecnologie altamente specializzate, come le biotecnologie, che potranno avere un loro punto di riferimento e di formazione nei nuovi laboratori che le Nazioni Unite stanno organizzando a Trieste e New Delhi, destinati proprio ai problemi dei Paesi in via di sviluppo.

I mezzi per questa ricerca fondamentale, indispensabile premessa ad ogni serio programma per nuovi farmaci, potrebbero essere assicurati prelevando una piccola quota dei numerosi fondi che ogni Nazione del Mondo industrializzato impegna ogni anno per i programmi di cooperazione allo sviluppo.

Questi aiuti insieme alla collaborazione della comunità scientifica mondiale, che si può esprimere attraverso le Accademie delle Scienze, potrebbe offrire alla ricerca farmaceutica le basi teoriche per sviluppare nuovi farmaci ed anche nuove strategie di lotta contro queste malattie.

Si tratta in genere di programmi che richiedono tempi lunghi. È pertanto indispensabile non perdere tempo di fronte alla rinnovata aggressività di talune malattie, come la malaria per schiudere un avvenire migliore alle popolazioni del mondo emergente.

Una volta a disposizione i nuovi farmaci allora la Comunità internazionale dovrà vedere quali decisioni prendere per metterli a disposizione delle popolazioni anche se povere per prevenire, combattere e possibilmente sradicare queste malattie.

Incidenza delle malattie tropicali (Persone colpite in milioni)

Malattie batteriche
Lebbra, 10;
Tracomatosi, 500.

Malattie
Malaria, 200; Leishmaniosi, Epundia-Kalaazar; Tripanosomiasi africana, Malattia del sonno;
Tripanosomiasi americana, 20; Malattia di Chagas, Amediasi.

Elementi
Filariosi, 250;
Schistosomiasi, 200,
Bilharziosi; Oncocercosi, 20, Malattia del fiume.

G.B. MARINI-BETTÒLO
Professore di Chimica nella Università di Roma e nella Università Cattolica dei S. Cuore
Membro della Pontificia Accademia delle Scienze

etica e farmaci

Gli storici della morale amano ricordare che i filosofi indicano, con il termine «etica», la scienza che enunzia le regole che governano i costumi degli individui e che indicano in che cosa consista l'«onestà». Tale nozione, per esempio, secondo Cicerone, deve ricondursi alla *rettitudine* ed alla *giustizia.* Se si parla di farmaci, si dovrà precisare la «missione» di tali sostanze, sia nella vita dei singoli che della comunità; si dovrà mettere in risalto come tale procedimento, anch'esso, sia in linea con ciò che rende la condotta «onesta».

Con l'attuale progresso delle scienze, i problemi relativi alla medicina, alla farmacia ed alla morale sono sempre più numerosi. Un numero considerevole di tali problemi va considerato non soltanto dal punto di vista della *morale naturale,* ma anche nella prospettiva delle istanze poste dal Vangelo, il quale insegna il rispetto verso se stessi e verso gli altri.

1. etica e ricerca scientifica

Tutti i ricercatori leali mettono l'accento, in materia, su due punti precisi. Innanzitutto l'industria deve prevedere le *conseguenze degli atti* che si pongono grazie alle scoperte in corso. Si arriva al punto di chiedere agli scienziati la moratoria di un anno prima di continuare gli esperimenti, quando si preveda che questi possono avere esiti dannosi. Quindi, la ricerca cercherà di evitare ogni «strategia» che si ispiri esclusivamente al criterio *commerciale* o che verrebbe introdotta soltanto per ottenere una innovazione ad ogni costo.

I tentativi terapeutici, i nuovi mezzi di investigazione e la sperimentazione clinica sono strettamente legati al *rispetto per l'uomo.* La conoscenza scientifica non può più considerarsi lecita se viola i diritti della persona, poiché «la sperimentazione non deve essere fatta sull'uomo, ma con l'uomo che vi partecipa attraverso un atto libero e volontario)).

L'interesse del malato costituisce un criterio fondamentale per giustificare la sperimentazione di un rimedio. Il cristiano sa bene, pertanto, che non dispone di un potere assoluto sulla propria persona, in quanto l'uomo non potrebbe disporre di sé a suo piacere al punto da autorizzare una qualsivoglia manipolazione dell'integrità fisica e psichica di un individuo. A sua volta, il bene comune che, talvolta, viene chiamato in causa a giustificazione di sperimentazioni cariche di rischi, ha anch'esso i suoi limiti, poiché il pubblico potere non ha alcun diritto sull'essere fisico che fa parte della comunità. Papa Giovanni Paolo II, nel 1983, diceva ai delegati dell'Associazione medica mondiale, che un intervento terapeutico è auspicabile nella misura in cui esso tende «alla vera promozione del benessere personale dell'uomo, senza pregiudizio della sua integrità o peggioramento delle sue condizioni di vita».

2. farmaco e vita umana

Il farmaco mira a proteggere la vita e ad aiutare l'uomo a mantenere quella che chiamiamo salute, e cioè «uno stato di benessere completo, non soltanto fisico, ma anche mentale e sociale» (O.M.S.). È dunque evidente che il medico, il farmacista e quanti sono responsabili della salute non possono raccomandare o prescrivere farmaci destinati ad un uso che sia *deviato dalla loro finalità terapeutica.* Di fronte ad un nuovo farmaco, che può agire modificando — talvolta a detrimento della dignità dell'uomo — le funzioni fisiologiche o i

Roma. Chiesa di Santo Spirito in Sassia

comportamenti psicosomatici, occorre massima cautela.

Due esempi precisi possono spiegare l'impiego di farmaci contrario all'etica. I «contraccettivi» che agiscono sull'annidamento dell'embrione — per esempio le pillole, dette dell'indomani o del mese appresso — riuniscono prodotti manifestamente abortivi, come lo «sterilet», e pongono il grave problema del rispetto della vita al momento del concepimento. Alcuni farmacisti sostengono che tali pillole non si possono classificare tra i farmaci, dal momento che operano contro la vita umana.

Lo stesso deve dirsi per i cosiddetti «cocktails litici» che sono ((miscugli di droghe date a profusione in dosi tali da gettare il paziente nell'incoscienza, accelerandone il processo di morte». Un moralista, allora, accusa coloro che usano tali miscele, persino quando il malato non è in preda a gravi sofferenze. Ci si può così liberare di un paziente divenuto importuno, senza preoccuparsi del rispetto della sua libertà (P. Verspieren, SJ).

In siffatti casi, il farmaco viene usato come se l'embrione o il morente fossero un oggetto, nei confronti del quale si opera senza pensare ai *diritti della persona umana,* che sono prerogativa di ogni essere umano, uomo o donna, quale che sia l'età della sua vita.

3. farmaco che previene e che guarisce

La storia della medicina dimostra che, da oltre un secolo a questa parte, si è compresa l'importanza della prevenzione di fronte alla malattia. Si è cominciato preoccupandosi della *igiene generale,* poi della protezione farmacologica individuale, per arrivare infine alla ((prevenzione-individuazione (prévention-détection)». Quest'ultima ha un duplice scopo: trattare l'infermo quando esso è ancora curabile e isolare la persona malata per proteggere dal contagio l'ambiente che la circonda. Tale procedimento comporta un suo aspetto etico, poiché la prevenzione aiuta molto più e meglio l'essere umano ad avviarsi verso la sua fine in condizioni favorevoli.

La prevenzione ha come suo obiettivo anche la protezione materna, neo-natale o scolare, come pure quella dell'ambiente di lavoro. Il farmaco è riuscito, lentamente ma efficacemente, a sempre meglio proteggere dalla malattia e dalla morte: l'esempio dei vaccini ne è la conferma. Tuttavia, sia per quanto riguarda la prevenzione che la guarigione, è indispensabile che sia sempre esatta la *conoscenza* dei meccanismi in giuoco e delle reali cause del male. Ciò è vero sia nel campo dei tossici e delle infezioni che in quello psicologico.

Se si vuole veramente che il farmaco si affianchi ail'impegno etico, bisogna considerare come un dovere morale la conoscenza dei nuovi apporti della scienza e affidarsi ad una *formazione permanente.* Il che avviene quando l'impiego del farmaco è associato alla sollecitudine di migliorare la condizione dell'uomo nella sua vita personale e sociale.

A queste preoccupazioni deve aggiungersi quella che, oggi, è chiamata la ((vigilanza farmacologica», che mira alla ricerca ed alla prevenzione degli inconvenienti dovuti all'uso di un determinato rimedio. Se è il farmaco che deve sostenere una medicina curativa, esso deve venire controllato: si starà attenti, il più possibile, per evitare nella sua azione ogni inconveniente secondario ed ogni effetto indesiderato. Tale atteggiamento risponde alle esigenze dell'etica.

4. etica e industria farmacologica

Un po' da ogni parte, oggi, si insiste sulla necessità che le popolazioni del Terzo e del Quarto Mondo possano disporre almeno dei farmaci *più necessari.* Si è parlato di una farmacia dei poveri e si sottolinea anche il pericolo di una medicina troppo complicata, che non

sarebbe affatto adatta ai bisogni immediati di certi strati della popolazione. COR UNUM ha spesso ricordato il dovere di evitare, in certi paesi, l'apporto di rimedi troppo costosi e non adatti o non appropriati all'uso del luogo.

Da questo punto di vista, si auspica l'allargarsi di tipi di sviluppo, nei paesi meno favoriti, che siano locali, in ogni caso per una certa industria farmaceutica. È proprio in nome di queste istanze precise che si parla di *cure sanitarie primarie,* e cioè, essenziali, accessibili ovunque a tutti gli individui e a tutte le famiglie. Per arrivare a questo occorrono mezzi idonei e ad un costo accessibile per l'insieme di un paese, anche se questo è economicamente fragile.

È chiaro, allora, che si impone un'etica del farmaco, poiché ciascuno ha *diritto alla salute,* e tale diritto è una condizione della promozione umana. La morale vede in questo non soltanto un problema di carità, ma *un problema di giustizia.* Spesso il Vangelo non fa che ratificare, in nome di un principio superiore, ciò che il semplice rispetto per l'uomo indica già come la via da seguire.

5. farmaco e dialogo

Nella pubblicistica medica si insiste molto oggi sul fatto che non basta dispensare un farmaco, se poi non se ne spiega al paziente l'azione. Ciò è vero sia per il medico che per il farmacista. Attraverso questo dialogo si stabilisce un contatto psicologico che sostiene quel *rapporto affettivo* che, spesso, si attua tra il malato e coloro che lo curano. Georges Duhamel diceva che «l'atto medico è, per essenza, un atto singolare)), poiché la medicina costringe l'uomo a guardare l'uomo.

Qui non si tratta di cortesia o di compassione, bensì di un fatto scientifico, poiché i medici di ogni tendenza riconoscono l'importanza dei *rapportipsicosomatici* e sanno che il «morale» del paziente giuoca un ruolo inconfondibile nel fenomeno della guarigione. Si capisce, allora, perché uno specialista sia arrivato a scrivere: «L'esperienza quotidiana ed il semplice buonsenso dimostrano che i farmaci non possono mai essere altro che gli ausiliari di un'azione più vasta che tiene conto di questo dato evidente: è la persona tutta intiera ad essere malata, con la sua storia, il suo ambiente, i suoi Iegami affettivi e non soltanto il suo cervello» (Dr N. Bensaïd).

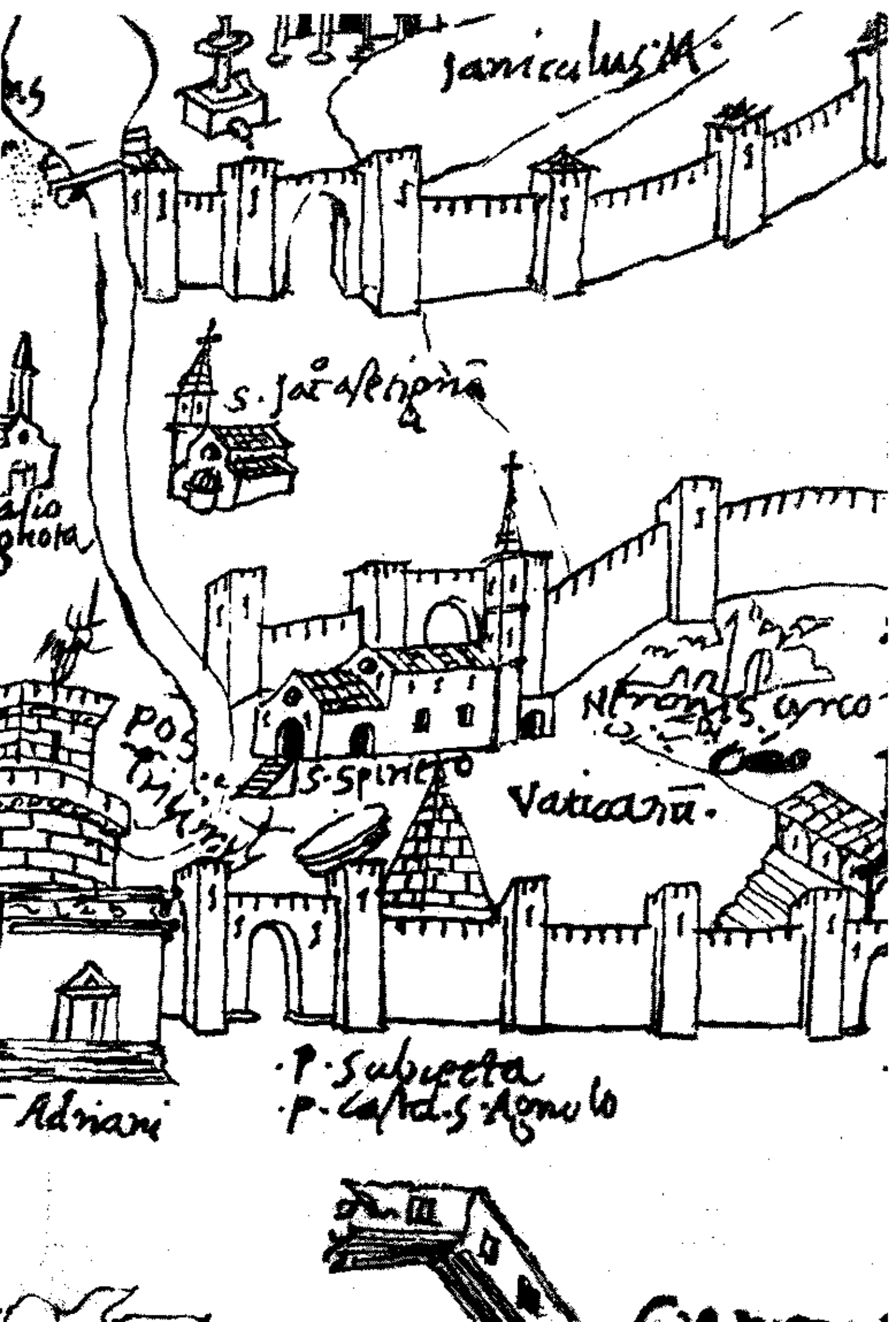
Ciò va tenuto presente nel caso degli psicotropi, ma per qualsivoglia altro rimedio, il quale — come coadiuvante — non deve essere considerato che in funzione di un procedimento più generale. Attualmente, nella letteratura medica, il paziente viene spesso indicato come un *collaboratore,* poiché ogni persona responsabile dev'essere portata a prendere parte al miglioramento della sua salute ed alla conquista della sua guarigione. Ecco perché Giovanni Paolo II, rivolgendosi ai partecipanti al XV Congresso mondiale dei medici cattolici, diceva nel 1982: «Ciascuno di voi non può limitarsi ad essere medico di un organo o di un arto, ma deve farsi carico di tutta la persona e, inoltre, dei rapporti interpersonali che contribuiscono al suo benessere)).

È in tale prospettiva che, oggi, i medici ed i farmacisti insistono sul *((contratto di fiducia»* che deve presiedere ai rapporti tra i malati e coloro che li curano. Non si tratta affatto di sentimentalismo, poiché la *realtà singolare* e la *storia personale* di ciascuno costituiscono dei valori, che la medicina non può ignorare. Infatti, la singolarità di ciascuno è data da un elemento chimico strettamente personale e da una biologia dell'io, fondata sull'individualità dei tessuti, umorale, ghiandolare e nervosa.

Com'è noto, nel febbraio del 1985, è stata creata a Roma una Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari. Tra gli altri compiti, il Santo Padre indica quello di favorire una «sempre migliore formazione etico-religiosa degli operatori sanitari cristiani nel mondo», e di «salvaguardare valori e diritti essenziali connessi con la dignità ed il destino supremo della persona umana». È in questo spirito che si deve guardare ad *un'etica del farmaco.* L'operatore sanitario non dovrà mai dimenticare che, al di là delle cure adeguate al male, l'infermo si aspetta che si sappia condividere con lui — secondo l'espressione di Giovanni Paolo II — «una visione della vita, nella quale trovi un significato anche il mistero della sofferenza e della morte».

Abbé JEAN-PIERRE SCHALLER

Consulente Ecclesiastico della Federazione Internazionale dei Farmacisti Cattolici


Janiculus
S. Jacobus
S. Spirito
Vaticanu
Adriani
P. Subiecta
P. Castel. S. Angelo

testimonianze

Questuanti per l'Ospedale di S. Spirito (dal «Liber Regulae»).

la chiesa vive nelle sue opere ospedaliere

La tendenza moderna, in sé non cattiva, di estendere le responsabilità pubbliche ed i doveri degli Stati a settori sociali sempre piu ampi può portare a due conseguenze negative: 1) la progressiva disumanizzazione del rapporto attraverso il «freddo» degli impacci burocratici e **2)** l'affievolimento dell'impegno personale e della carità privata.

Esiste quindi, comunque, l'urgenza di verificare lo *spirito* che deve egualmente animare il servizio pubblico e l'assistenza volontaristica. Per questo una struttura di coordinamento e di promozione, al centro della Chiesa, per la pastorale sanitaria deve essere salutata con apprezzamento riconoscente anche da parte degli Stati, qual che sia il loro specifico modello politico.

Semmai c'è da chiedersi perché questa struttura ancora non ci fosse, dato che il recupero della salute ha costituito la prova più evidente offerta dal magistero del Cristo e dagli apostoli e, via via nei secoli, il segno della coscienza di avanguardia nella creazione di adeguati impianti di cura. Ringraziamo il Papa sia per l'innovazione sia per aver scelto al riguardo davvero l'uomo giusto al posto giusto. Pochi giorni fa, trovandomi all'Università di Notre Dame, nello Stato americano dell'Indiana, sono stato colpito dall'insistenza con cui il Rettore Padre Heslung invitava i neolaureati a «marcare la differenza)) nelle attività che si accingevano ad intraprendere: cioè a dare evidente segno che la loro formazione non è stata come quella di tutti gli altri. Non è davvero superbia o spirito di corpo, ma la consegna di un dovere di coscienza e di restituzione di quello che Dio ci ha donato.

La storia del cattolicesimo è piena di esempi noti di apostolato di servizio; anzi l'attitudine al servizio è una componente essenziale dell'essere cristiano. La vicinanza verso chi soffre si inquadra in questa visione: e a me sembra che sarebbe incomprensibile e legittimerebbe ogni reazione la risposta al quesito sul significato della sofferenza che prescindesse dal suo aspetto salvifico. In un altro suggestivo documento (oltre quello che oggi siamo qui a commentare), la «Salvifici Doloris», il Papa Giovanni Paolo II ha spiegato, rivolgendosi ai profughi del campo thailandese di Phanat Niklom, che: «Dio non ha mai detto che la sofferenza in se stessa è un bene. Ma Egli ci ha insegnato per mezzo del Suo Figlio che le nostre sofferenze hanno valore per la salvezza del mondo».

Ho ancora dinanzi agii occhi le immagini della sofferenza del popolo libanese e la desolante agonia di un campo di battaglia. Risuona nella mia mente l'appello del Presidente Gemayel perché cessino le condizioni che provocano in quel martoriato Paese una violenza così insensata e apportatrice di tanto dolore.

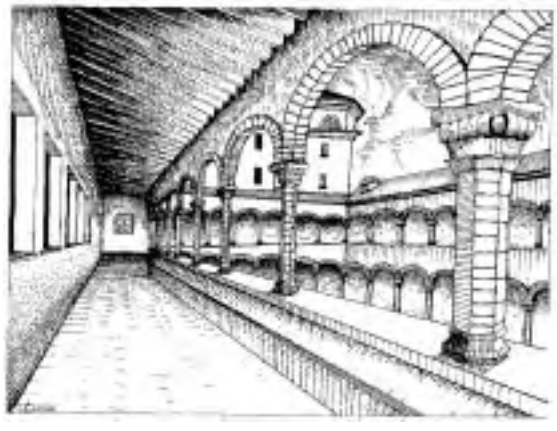
Come l'operatore sanitario — cui si rivolgeranno d'ora innanzi le cure della nuova Pontificia Commissione — ispira all'amore la sua opera verso i sofferenti così io credo che ogni cristiano debba operare perché si affermi e trovi tutela il valore della persona umana e della sua dignità. Questo è un compito che, per chi ha responsabilità di governo può sembrare di ardua realizzazione di fronte a situazioni cariche di tensione. Ma per chi possiede anche la fede le sofferenze hanno appunto un senso nella misura in cui esse vengono offerte a Dio perché siano risparmiate all'umanità le prove dell'odio fratricida e delle applicazioni di una scienza che distrugge.

Vorrei chiudere invitando la nuova Commissione a redigere un catalogo completo, possibilmente illustrato, delle centinaia di migliaia di opere cattoliche missionarie o di assistenza sanitaria ai malati, cristiani o non cristiani poco importa. Posso dire io stesso dopo quaranta anni di frequenti visite in Italia e all'estero che poche cose mi hanno colpito come il lebbrosario di Morolem, nell'Uganda, l'ambulatorio dei Camilliani sulle sponde del fiume Kwai in Thailandia, un dispensario dello Zaire e tanti altri centri analoghi.

Qualche anno fa vidi con tristezza un film a sfondo pessimista, intitolato «Africa addio». Mons. Angelini, metta allo studio un film su «La Chiesa viva» documentata attraverso le sue opere ospedaliere.

Sarà una delle benemerenze di questa Istituzione di Giovanni Paolo 11, *Il Papa venuto da lontano* ma tanto sensibile e vicino a quelle sensibilità ed ansie che sono comuni a tutti gli uomini e non conoscono differenza alcuna nel tempo e negli spazi.

ON. GIULIO ANDREOTTI
Ministro degli Affari Esteri d'Italia



Chiostro nell'Ospedale di Santo Spirito in Sassia

la cooperazione sanitaria internazionale

Sono molto onorato e felice di essere invitato a condividere questa dichiarazione di gratitudine per l'importante iniziativa del Papa di istituire questa Pontificia Commissione. Essa ha tra i suoi nobili scopi, oltre quello del coordinamento, quello 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 tale settore)).

Oggi c'è certamente un'impressionante necessità di aiuto e assistenza della malattia — sia da un punto di vista medico che sociale — e naturalmente non solo nei paesi in via di sviluppo. Due importanti programmi dell'OMS sono quelli della vaccinazione e dei «farmaci essenziali)). Questi programmi sono principalmente diretti a raggiungere la popolazione bisognosa del Terzo Mondo.

Dobbiamo renderci conto, tuttavia, che per molte delle peggiori malattie in queste aree tropicali non è disponibile nessun farmaco efficace né esiste alcun buon vaccino. I provvedimenti sanitari pubblici e l'educazione sanitaria, da soli, nelle regioni tropicali non hanno lo stesso effetto che hanno ottenuto nelle aree con clima temperato.

Nel 1975 il dott. Mahler, il Direttore Generale dell'OMS, ha creato Comitati Consultivi per la Ricerca Medica (ACMR) in tutte le sei regioni del mondo. Questi comitati sono formati da scienziati provenienti dalla maggior parte dei paesi delle rispettive regioni. I comitati hanno il compito di definire le necessità della ricerca sanitaria nella rispettiva area e riferirgliele attraverso l'ACMR generale a Ginevra. Si convenì rapidamente che l'incremento della ricerca nelle seguenti sei malattie tropicali aveva la più alta priorità, a causa della loro gravità e della mancanza di metodi terapeutici e preventivi: 1) malaria, 2) schistosomiasi, 3) malattia del sonno, 4) filariosi, 5) leishmaniosi, 6) lebbra. Molte centinaia di milioni di individui sono affetti da queste malattie ogni anno.

L'intero programma è guidato da un comitato di trenta membri, dove l'OMS, l'UNDP e la World Bank hanno ciascuno un rappresentante. Ventiquattro membri sono nominati da altrettanti governi — la maggior parte nei paesi in via di sviluppo. Tre posti sono disponibili per organizzazioni private che sostengono il programma.

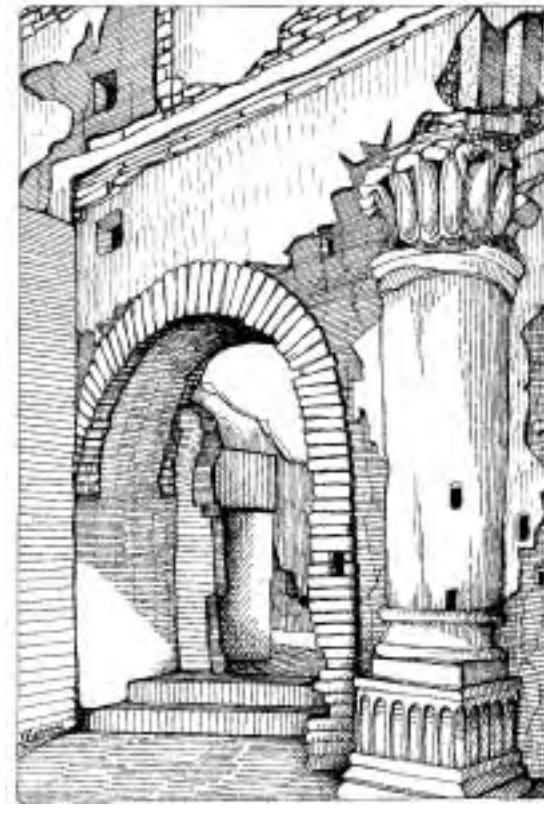
In tutto circa tremila scienziati di centoventotto paesi stanno partecipando a questi programmi: è la più grande cooperazione scientifica internazionale mai intrapresa. Comunque, c'è urgente bisogno di un maggior sostegno per le sperimentazioni cliniche estensive che ora stanno iniziando.

Certamente molti scienziati e medici cattolici stanno già partecipando a questi programmi. Comunque, sono certo che il maggiore impegno da parte della Chiesa cattolica attraverso questa nuova Pontificia Commissione porterà nuova forza a quesi importanti sforzi di ricerca a lungo termine. La salute deve essere per tutti e tutti devono cooperare per la salute.

Anche se potrebbe sembrare che le necessità sanitarie dei giorni presenti ci sopraffacciano, le attività di ricerca devono essere vigorosamente promosse in questi campi trascurati, per il bene di questa generazione e di quella futura, specialmente nei Paesi in via di sviluppo.

JUNE BERGSTROM

Premio Nobel per la Fisiologia
Membro della Pontificia Accademia delle Scienze



San Domingo. Resti dell'Ospedale di San Nicola, filiale di Santo Spirito di Roma (sec. XVI)

la «world health organization»

Sono bene al corrente dei servigi che la Chiesa ha sempre recato al mondo della malattia e della sofferenza. Questa consapevolezza fa parte dell'eredità culturale che noi medici riceviamo specialmente negli stati dell'est, spesso nelle nostre famiglie, prima ancora di studiare medicina, e della cui importanza nella nostra società ci rendiamo conto nell'esercizio della professione. Naturalmente questa presenza, in diverse circostanze, può assumere forme differenti in molte parti del mondc. Durante trent'anni di servizio nella «World Health Organization» ho avuto solo contatti positivi e molto proficui con coloro che lavorano come operatori sanitari nelle istituzioni religiose, o sono stati consulenti, anche qui in Vaticano, di questioni legate alla sanità. È per questo che saluto, a nome della «World Health Organization», la vostra decisione di istituire la Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari.

Dal **1975,** dopo la Conferenza su sicurezza e cooperazione in Europa, e notando l'interesse della Santa Sede ai problemi politici, sociali e sanitari in Europa, rappresentanti della Santa Sede sono stati invitati a partecipare in qualità di osservatori nelle Commissioni regionali europee dell'OMS o, come talvolta viene indicato, il Parlamento europeo della sanità. In diverse occasioni abbiamo avuto rappresentanti della Santa Sede presenti a quest'incontro.

Vorrei ora accennare alle attese a proposito della futura stretta cooperazione tra la Commissione e l'OMS. Ci si augura che gli operatori sanitari a servizio della Chiesa, e la Chiesa in generale, comprendano ora molto bene il valore dell'assistenza sanitaria primaria. È naturale che dal sentimento di responsabilità verso la malattia e la sofferenza ci potrebbe essere una tendenza ad orientarsi verso gli ospedali ed il ruolo assistenziale a livello ospedaliero. Tuttavia, sento che, come in ogni servizio sanitario pubblico, c'è la necessità che il personale sanitario sia ben informato dei nuovi principi dell'assistenza sanitaria primaria, che si basano su una larga collaborazione interdisciplinare, con il coinvolgimento diretto delle comunità nello sviluppo dell'assistenza sanitaria, ed un approccio più d'équipe da parte degli operatori sanitari. Se essi potessero divenire più interessati e consapevoli di quest'approccio, la Chiesa potrebbe rivestire un ruolo importantissimo mobilitando il suo «esercito» di sacerdoti, insegnanti, operatori sanitari cattolici e associazioni di laici. Con la considerevole influenza che esercita in molte parti del mondo, compresa l'area mediterranea, la Chiesa ha molte possibilità per sviluppare questa politica e questi programmi e, come desidero ripetere, la WHO sarebbe felicissima di cooperare nell'aiutare a rendere le sue molte espressioni attive promotrici dell'idea dell'assistenza sanitaria primaria.

LEO KAPRIO

già Direttore Regionale dell'O.M.S.

Cracovia Ospedale di S. Spirito

il programma di controllo della lebbra

In primo luogo desidero esprimere il gradimento e l'apprezzamento del nostro Paese per la costituzione della Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari. Questo nuovo organismo è veramente provvidenziale; mancava, infatti, un organismo per coordinare tutte le attività socio-sanitarie nella Chiesa e nel mondo, non soltanto per aiutare materialmente, ma, soprattutto, per promuovere una più profonda conoscenza e applicazione della dottrina della Chiesa e rianimare il vero spirito di amore, dal quale può nascere la vera e autentica evangelizzazione. L'importanza della nuova Commissione risulterà maggiormente considerando la situazione socio-sanitaria del nostro Paese, il Brasile.

Parlerò soltanto del territorio di Amapa. Esso si trova sotto la giurisdizione diretta del governo federale del Brasile, ed è situato nell'Amazzonia, quasi interamente a nord dell'equatore, la cui linea attraversa la capitale, Macapa. Il clima è caldo-umido. Gli abitanti dell'Amapa (circa 200.000) vivono principalmente delle attività estrattive, vegetali e minerali, le quali determinano ed allo stesso tempo delimitano il comportamento sociale delle masse lavoratrici: uomini con una preparazione tecnica molto bassa, braccianti che hanno ben poche prospettive di una migliore cultura ed alimentazione.

Dal 1965 l'Amapa ha avuto l'onore di ricevere l'aiuto del dott. Marcello Candia, un illustre industriale milanese che donò tutti i suoi beni per aiutare i poveri e gli ammalati, soprattutto i lebbrosi. La lebbra è una delle dieci più diffuse malattie in quel territorio. Il programma di controllo della lebbra, che è un programma di sanità pubblica del Governo, con l'aiuto della fondazione Marcello Candia e del Sovrano Militare Ordine di Malta, è riuscito ad intensificare ancora di più la ricerca di nuovi casi, il controllo del malato e di coloro che gli vivono vicini nell'Amapa.

Con l'aiuto di ventotto operatori, — medici, infermieri, autisti, calzolai ed aiutanti — cerchiamo di sviluppare queste attività non solo nella capitale, in cui si concentra la maggior parte della popolazione, ma anche all'interno della regione. Oltre al servizio medico ambulatoriale (non abbiamo mai avuto colonie) disponiamo di servizi di fisioterapia e calzoleria, che, accanto al chirurgo ortopedico, riabilitano fisicamente e socialmente alcuni lebbrosi che presentano complicazioni neurologiche. Si effettuano visite mediche a domicilio, e, se necessario, anche delle medicazioni, e si visitano coloro che, pur convivendo con il malato, non si presentano all'autorità sanitaria. I malati (oggi circa millequattrocento) ricevono anche appoggio morale e religioso dalle suore carmelitane. I più bisognosi ricevono cibo ed aiuto finanziario per il trasporto.

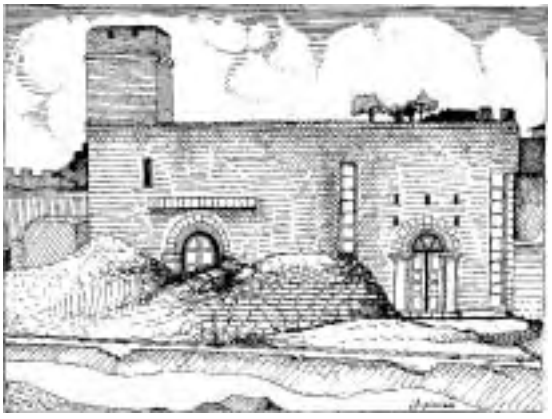
La collaborazione tra Chiesa e popolo diventa essenziale nel campo della sanità nell'Amapa, poiché, attualmente, a causa delle condizioni geografiche e data la copertura medica ed infermieristica presso tutte le piccole comunità, la figura del religioso diventa di primaria importanza. Così, molti sacerdoti posseggono già delle nozioni sanitarie da poter effettuare i primi soccorsi e riconoscere i casi piú gravi da inviare agli ospedali.

L'interazione tra benessere fisico-spirituale e sociale è imprescindibile ed ha bisogno non solo dell'appoggio medico. Il clero e le comunità cristiane possono dare un grande contributo per il raggiungimento di questo benessere. Attraverso il miglioramento delle condizioni fisiche e materiali di vita, dando del pane a chi ha fame e assistenza medica a chi è malato, potremo trovare degli esseri umani più aperti agli insegnamenti spirituali.

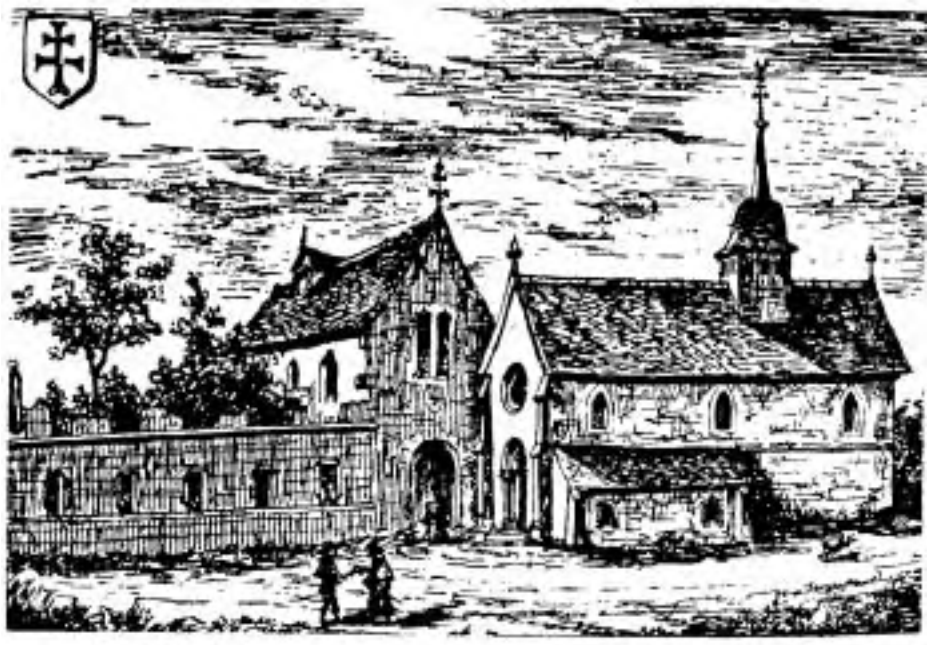
Di qui l'importanza della Commissione Pontificia per la Pastorale degli Operatori Pastorali, capace di offrire ispirazione ed orientamento a tutto il mondo della sanità che si muove attorno alla persona del malato, che deve rimanere sempre il centro di tutte le istituzioni ed attività sanitarie. Ed è soltanto quando l'amore cerca la scienza e la tecnica per servire meglio, che nel cuore del malato rinascerà la speranza. Cristo ha detto: «Sono venuto al mondo perché tutti abbiano la vita e l'abbiano in abbondanza».

AMIRES FUSCO **DA SILVA**

Medico della Fondazione «Marcello Candia» - Macapà (Brasile)



Ospedale di Santo Spirito in Ascoli



Gray
Ospedale di S. Spirito

ero malato e tu mi hai visitato...

Mi trovo qui a nome di tutti i nostri poveri, malati, moribondi, storpi, malati mentali, alcoolizzati e drogati, lebbrosi ***per ringraziare il Santo Padre che ci ha fatto questo bel regalo*** costituendo la Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari perché ora avremo altre persone che colmeranno i nostri poveri di tenero amore e di attenzioni. Questo è quello che sono i malati, i morenti, gli storpi, gli affetti da malattie mentali e non soltanto nei bassifondi, ma ovunque ci sono persone che sono veramente sole, che non hanno nessuno che si occupi di loro e che muoiono di mero scoraggiamento per mancanza di amore e di attenzioni. Ed inoltre, sono qui per ringraziare tutti voi che siete venuti qui a testimoniare tenerezza, amore e premure.

Ringraziamo il Signore anche per questa nuova speranza e questa nuova vita che daranno vita ai nostri lebbrosi.

Il Governo dell'India ci ha assegnato dei terreni che stiamo adoperando per la riabilitazione dei nostri lebbrosi. Attualmente ci occupiamo di 158.000 lebbrosi; ci sono nuova vita, nuova gioia, nuova pace in mezzo a loro. E un regalo bellissimo che il Padre... ha operato è che la paura per la vergogna di essere lebbrosi sta svanendo sempre più. Un numero sempre maggiore di persone viene, sapendo che può essere curato e viene in tempo per i propri figli e, grazie al Signore, siamo in grado di curarli, di aiutarli. E quello che io chiedo in modo particolare ai dottori ed alle infermiere è di mostrare amore e attenzioni ai pazienti e, in modo particolare, ai poveri.

Abbiamo nella nostra Casa del Moribondo persone raccolte dalle strade e soltanto a Calcutta abbiamo, raccolto 48.000 persone che avrebbero dovuto essere ricoverate negli ospedali dove, invece, sono state rifiutate. Oltre 22.000 sono morti con noi, e questo è soltanto un posto, ma in ogni luogo, anche a Roma, abbiamo una casa per i senzatetto. Abbiamo molti casi di malati mentali che vagano per le strade di Calcutta e che hanno bisogno di tenero amore e di attenzioni. Ed io vi chiedo di pregare affinché noi possiamo essere in grado di fare qualche cosa di bello per Dio, tutti insieme, e di mostrare la nostra tenerezza ed il nostro amore, perché Gesù ha detto: «Qualunque cosa voi facciate al più piccolo, l'avrete fatta a me». «Io ero malato e tu mi hai visitato)). Io pregherò in modo particolare e chiederò ai poveri di pregare per questo impegno, perché è un impegno davvero importante quello di testimoniare le premure e l'amore tenero della Chiesa per i sofferenti, perché Gesù ha detto: «Dal vostro amore sapranno che siete miei discepoli)).

Grazie.

MADRE TERESA DI **CALCUTTA**

il «punto cruciale»

J.A.J. STEVENS M.S.
Presidente dei Medici Cattolici Olandesi

Con apprezzamento e gioia salutiamo la costituzione della Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari.

Sono stato invitato a scrivere alcune osservazioni concernenti la «Dolentium hominum». Dopo di me Mr. Janseen spiegherà e chiarirà alcuni punti di particolare interesse concernenti la situazione in Olanda.

Nella discussione successiva proveremo ad indicare quali, secondo noi, potrebbero essere le possibilità di cooperare per ciascuno degli ambiti della Commissione Pontificia.

Nelle due pagine del Motu proprio, il Santo Padre ha spiegato una visione generale circa l'interesse profondo che la Chiesa ha sempre dimostrato per il mondo dei malati e dei sofferenti.

Questa visione non è limitata alla sfera delle malattie fisiche.

Nel secondo paragrafo del Motu proprio leggiamo una frase importante: «La malattia e la sofferenza sono fenomeni che, se esaminati in profondità, pongono problemi che vanno sempre oltre la medicina stessa, per toccare l'essenza della condizione umana nel mondo)). Il punto cruciale, in definitiva, è l'immagine integrale dell'uomo.

Dal punto di vista medico i grandi problemi nei quali, sia la Chiesa, sia il mondo medico, sono attualmente coinvolti sono:

la solitudine e la depressione
la mancanza di amore, l'aggressione, la violenza
lo stress
l'aborto e l'eutanasia
la dipendenza (alcool, droga)
l'inquinamento dei nostri ambienti in senso largo.

Gli operatori della Sanità oggi debbono preoccuparsi di molti problemi psichici, sociali e pastorali, dai quali deriveranno nuove domande. Li potrete trovare nella buona introduzione dell'ultimo libro di Mgr. Gijsen's: ((Trattare con la vita» (Omgaan met het leven).

Domande come:

Quale scopo guiderà l'uomo?
Come possiamo noi trattare la nostra vita e quella degli altri?
Dove possiamo trovare un ambiente reale, attuale per noi stessi e per gli altri?

Considerando questi problemi e domande, e considerando il dovere primario della Commissione Pontificia (stimolare e curare il lavoro della formazione, studio e azione), speriamo che i punti seguenti possano essere sottolineati:

1. L'immagine totale integrale dell'uomo, tenendo conto di tutti i valori della vita.
2. La visione Cattolica (c.q. Cristiana) della Società.
3. Circa i problemi non solo affermazione e rigetto ma anche consiglio e terapia, penetrando maggiormente nel mondo della sofferenza umana, seguendo l'esempio del nostro Maestro, Gesù Cristo.

Sopra:
Neuschateau
***Ospedale di S.* Spirito**

Eminenza, Eccellenze, Onorevole Ministro, Signore e Signori,

In qualità di Presidente Internazionale del CICIAMS, desidero esprimere i miei ringraziamenti per il cortese invito ad essere presente qui oggi ed avere l'onore di parlarvi.

Il CICIAMS, che ha celebrato il Cinquantesimo della sua fondazione due anni fa nel 1983, è una organizzazione di Infermiere cattoliche (O.I.C) che riunisce **69** Associazioni in tutti i continenti con oltre 100.000 membri.

È interessante notare che Infermiere ed Ostetriche dal punto di vista numerico, costituiscono la parte maggiore degli operatori sanitari di quasi tutti i paesi del mondo.

Come organizzazione Internazionale cattolica, il CICIAMS vuole:

— promuovere una visione della salute come approccio globale alla persona umana nella sua dimensione individuale e sociale;

— intendere le cure infermieristiche come aiuto alla persona perché si renda conto dei problemi della sua salute e divenga più responsabile nei loro confronti;

— partecipare allo sviluppo della comunità;

— rendere i propri membri consapevoli dei diritti fondamentali dell'uomo quali valori evangelici del tempo presente;

— incoraggiare i propri membri a collaborare con i governi e con le istituzioni sanitarie per una effettiva promozione della salute per tutti.

La fondazione della ((Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari» da parte del Santo Padre Giovanni Paolo II è considerata dal CICIAMS come un effettivo progresso.

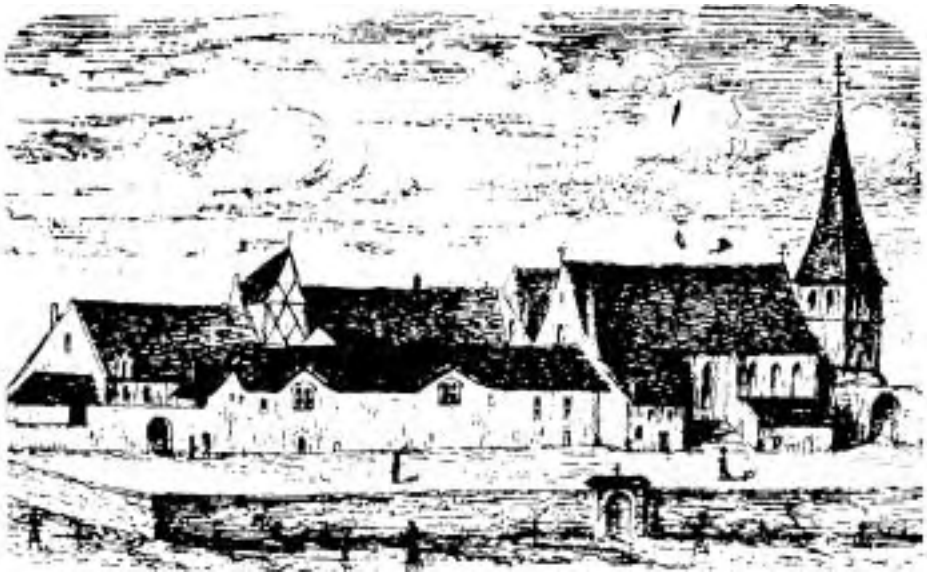
Essa costituirà un organismo di coordinamento per tutte le Istituzioni cattoliche, religiose e laiche, impegnate nella pastorale dei malati. Molte di queste Organizzazioni, pur funzionando effettivamente in modo autonomo, hanno bisogno, nel mondo di oggi caratterizzato da alta tecnologia e progresso scientifico nel campo della salute, di questo coordinamento per essere più efficienti. È opinione del CICIAMS che i nostri Comitati internazionali rafforzeranno la loro azione attraverso la cooperazione, pur mantenendo la propria autonomia come organizzazioni professionali.

Il CICIAMS inoltre guarda alla istituzione della Commissione come un passo positivo per l'affermazione dei valori cristiani di natura etico-religiosa, dai quali derivano tanto gravi problemi di coscienza per il personale sanitario.

Promuovendo ed intensificando i necessari studi di questi problemi etico-religiosi che la Chiesa e i cristiani debbono difendere, essa renderà possibile salvaguardare i diritti connessi con la dignità della persona umana.

Per questo il CICIAMS si rallegra per la istituzione della Pontificia Commissione quale ulteriore contributo da parte della Chiesa per il bene della società.

KATHLEEN KEANE
(Irlanda)
Presidente Internazionale del ***CICIAMS***



Digione:
Ospedale di S. Spirito

«per la persona umana nella sua globalità»

Mi associo ai ringraziamenti della Presidente del CICIAMS. Siamo state molto onorate per l'invito a questa assise. Ciò dimostra ancora una volta l'importanza che la Chiesa annette al mondo sanitario. Essa si è sempre chinata sulla sofferenza umana. Nostro Signore Gesù Cristo andava sempre incontro ai malati, li guariva e talvolta anche ridava la vita.

Il CICIAMS è insieme movimento apostolico e professionale e, per questa ragione, ha accolto con gratitudine la costituzione della Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari. Noi ci auguriamo che la nuova Commissione coordini e stimoli le Conferenze Episcopali Nazionali, le incoraggi ad interessarsi di più e più attivamente al mondo della salute. È un settore molto importante del laicato che non dovrebbe essere trascurato. I progressi della scienza non debbono farci perdere di vista il fatto che noi lavoriamo sulla persona umana nella sua globalità. Per mezzo del nostro lavoro, siamo in contatto permanente con le popolazioni di diverse razze, di diverse religioni e noi possiamo contribuire attivamente alla pastorale, sia nelle istituzioni sanitarie che nelle famiglie e nella comunità. Ameremo essere sostenute nel nostro lavoro dai nostri Vescovi, essere incoraggiate come professioniste, come Operatrici della salute, e ciò non è sempre il caso in alcune regioni.

Ci auguriamo e siamo persuase che la nuova Commissione ci porterà chiarimenti dottrinali per i differenti problemi che incontriamo nell'esercizio della nostra professione. Le nostre Associazioni desiderano essere riconosciute per quello che sono, cioè un gruppo di professionisti sanitari vicini al terreno di lavoro, vicini alle popolazioni, che in qualità di interlocutori possono dare un contributo specifico e concreto per la promozione della salute e per una migliore qualità di vita.

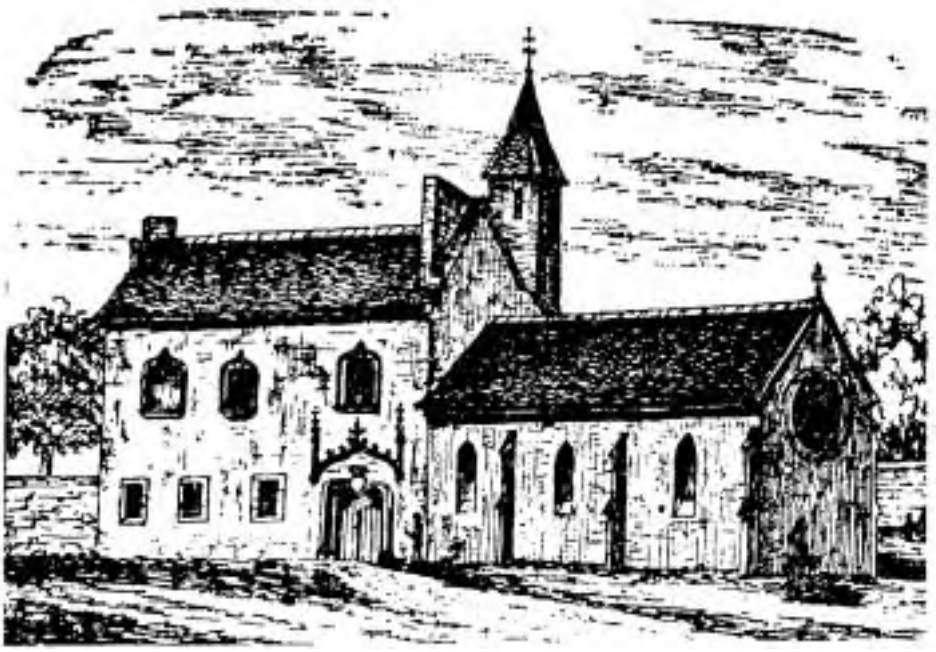
Siamo quotidianamente confrontati ai problemi che l'evoluzione rapida a livello di persona, di famiglia, di popolazione, provoca. Come la limitazione artificiale delle nascite, gli aborti, la fecondazione artificiale, ecc.

Le nostre Associazioni debbono formare Ostetriche cattoliche ben preparate ad affrontare queste differenti situazioni della vita; diritti dell'uomo alla salute, diritto alla vita nel rispetto e nella dignità secondo il progetto di Dio Creatore.

Mme EUGÉNIE BAHINTCHIE

(Costa d'Avorio)

Prima Vice-Presidente dei CICIAMS.



Dole: Ospedale di S. Spirito

tra gli «alcoolisti anonimi»

Sono il Parroco della Chiesa di San Carlo Borromeo nella Diocesi di Rockford, nell'Illinois. Il prossimo 2 Giugno saranno ventitré anni che sono stato ordinato Sacerdote. Proprio pochi anni dopo la mia ordinazione, purtroppo, io sono diventato un alcoolizzato. Per dieci anni la mia vita è stata inimmaginabile. L'alcoolismo mi ha danneggiato fisicamente, mentalmente, emotivamente e spiritualmente; l'alcoolismo stava distruggendo anche la mia missione sacerdotale. Finalmente, nel **1975,** il mio Vescovo mi ha mandato al «Guest House Sanitarium». La Guest House (Casa per Ospiti) è una vera e propria casa di apostolato fondata nel 1956 da Austin Ripley, un laico cattolico che è guarito dall'alcoolismo. In questa Casa sono stati curati più di 3.000 sacerdoti, fratelli laici e seminaristi di oltre 126 Diocesi e di oltre cinquanta Congregazioni religiose negli Stati Uniti e in altri settanta Paesi del mondo. Il personale sanitario della «Guest House» mi ha insegnato che l'alcoolismo è una malattia complessa; i medici, gli infermieri e i consultori hanno usato le migliori tecniche disponibili per aiutare la mia degenza. Sono stati loro a farmi conoscere l'Anonima Alcoolisti, che usa semplici principi spirituali per riportare l'alcoolizzato alla normalità. Mi hanno anche fatto conoscere il Consiglio Ecclesiastico Nazionale sull'Alcoolismo fondato nel 1949 dal primo sacerdote per guarire dall'alcoolismo con l'aiuto del programma dell'Anonima Alcoolisti, Padre Ralph Pfau. Questa Conferenza cattolica di Laici e Religiosi promuove l'educazione nel campo dell'alcoolismo e dei problemi relativi agli stupefacenti, così come si occupa del recupero degli alcoolizzati con l'aiuto dei Sacramenti religiosi e gli interventi dell'Anonima Alcoolisti. Questo incontro sul Motu Proprio del Santo Padre «Dolentium hominum» è una occasione per riflettere sull'importanza degli operatori sanitari nel trattamento dell'alcoolismo. Grazie alla benevolenza di Dio, alla dedizione degli operatori sanitari e ad un programma spirituale semplice, io stesso sono, e lo sono già da dieci anni, guarito.

Posso assicurarvi la cooperazione degli alcoolizzati guariti come me nel vostro lavoro nel campo della salute, perché aiutare gli altri ci rende vivi e più sani.

REV. WILLIAM J. CLAUSEN
Parroco (U.S.A)

Neuschateau:
Ospedale di S. Spirito

negli istituti di cura e di riposo

Una possibile realizzazione delle finalità della Commissione Pontificia deve essere considerata in relazione ad alcune situazioni attuali in Olanda.

1. *Assistenza e Cura*

Aiutare i sofferenti, i malati e handicappati non è solo dovere degli infermieri negli ospedali ma è anche compiuto ad un notevole livello in altri istituti dagli Operatori della Sanità.

Nelle cliniche per somatici, psicogeriatrici e pazienti subnormali come in case di riposo per anziani, vi è un alto numero di pazienti che necessitano di aiuto. Il prestare cura ed aiutare i pazienti handicappati e malati, richiede uno sforzo integrale e permanente da parte degli operatori negli Istituti come sopra menzionato.

2. *Gli Istituti*

In Olanda un relativo alto numero di pazienti sono curati e trattati in tali istituti. Questi istituti hanno conosciuto vari cambiamenti nella struttura e nelle funzioni durante gli ultimi venticinque anni.

— Gli istituti sono giuridicamente indipendenti e oggi non sono amministrati dalla Chiesa e da Congregazioni.

— Molti di essi hanno rifiutato il titolo cattolico sia formalmente sia di fatto, benché spesso la direzione e i lavoratori sono ancora cattolici.

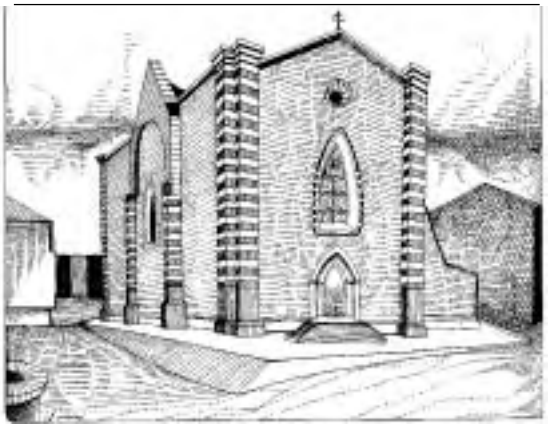
All'interno degli istituti si registra una pluralità di confessioni sia dei pazienti che degli Operatori.

Negli istituti esiste spesso un grande distacco, ma anche una tensione tra la direzione e la realtà quotidiana.

Il promuovere l'identità confessionale nella cura e trattamento degli Operatori della Salute è considerata come una cosa importante e difficile.

Essi sono convinti che in una società pluralista — riconoscendo i diritti sociali fondamentali di ognuno — sono necessari il mutuo rispetto e la discussione.

Solo in una tale società possono rendersi conto dei valori personali.



Orvieto.
Portale dell'antica
Chiesa dell'Ospedale
di S. Spirito

3. *Rinnovamento di formazione e cambiamento di mentalità*

Durante gli ultimi anni il programma di formazione è completamente cambiato.

— Vi sono nuove professioni e professioni già esistenti hanno subito cambiamenti sostanziali.

— La struttura e la direzione degli istituti di formazione hanno abbandonato il ritmo tradizionale, allontanandosi dalla Chiesa e dalle Congregazioni.

— Nella formazione è cambiata l'identità confessionale: da ideali religiosi statici si è passati alla ricerca dei valori e ruoli della umanità Cristiana.

4. Malgrado sviluppi negativi, molti operatori stanno *promuovendo valori Cristiani* nella cura e trattamento, a livello dei lavoratori stessi, a livello della direzione degli istituti e a livello della organizzazione nazionale. Tutti questi gruppi vogliono migliorare il dialogo con la nostra Chiesa e i nostri Vescovi.

DRS. **A.** JANSEEN
Presidente dell'Associazione
degli Ospedali **Cattolici** *olandesi.*

Conferencia de Madrid Contadora/Salud para la Paz en Centroamérica y Panamá

La conferenza di Madrid del *25-27* novembre 1985, rappresenta il punto di arrivo e la prima verifica di un progetto varato nell'83 ad opera dei ministri degli Esteri del gruppo Contadora (il gruppo, cioè, nato nell'80 allo scopo di mediare i conflitti centroamericani, e di cui fanno parte Colombia, Panama, Venezuela e Messico) e di quelli del Belize, Guatemala, Costa Rica, El Salvador, Honduras e Nicaragua.

Il piano «Salute per la pace», elaborato dai ministri della Sanità della regione in collaborazione con la Pan American Health Organization/OMS (PAHO), si compone di quasi 300 progetti (40 progetti regionali e *256* progetti complementari nazionali) che individuano sette aree prioritarie dei bisogni di salute: rafforzamento dei servizi sanitari; sviluppo delle risorse umane; cibo e problemi nutrizionali; farmaci essenziali; controllo della malaria e delie altre malattie tropicali; mortalità infantile; acqua e servizi sanitari.

Alla conferenza ha partecipato l'Arcivescovo Fiorenzo Angelini quale rappresentante della S. Sede.

Riportiamo il testo del suo intervento nel corso dei lavori.

«Sono lieto di prendere parte, a questa Conferenza, il cui scopo è di ottenere sostegno al Piano elaborato dai Ministri della Sanità della regione del Centro America, facenti capo al "Gruppo di Contadora".

La finalità del Piano, indicata nel ravvisare le "necesidades prioritarias de salud en Centroamérica y Panamá", è giustamente motivata considerando tale scopo come ponte e fonte per la pace, la solidarietà e la comprensione tra i popoli di questa vitale regione del continente nuovo.

La Chiesa condivide — come ebbe a dire Giovanni Paolo II il **27** novembre 1984, incontrando i ministri della Sanità del Centro America — "la vostra preoccupazione di servire l'uomo, di elevare la sua qualità di vita, di eliminare o ridurre, per quanto possibile, le cause della mortalità e della malattia in alcuni settori della popolazione'".

L'urgenza primaria del vostro Piano pur avendo di mira gravi e non differibili problemi sanitari, si salda efficacemente con l'esigenza, non meno avvertita, di favorire tra i Paesi del Centro America la pace e la cooperazione e, attraverso il sostegno della comunità internazionale, di allargare la solidarietà tra i popoli della terra.

Come voi tutti apertamente riconoscete, la sanità e la salute sono universalmente intese come bisogno primario e costituiscono un fattore di incontro obbligato, indipendentemente dalle differenze ideologiche e dai contrasti politici; anzi, una cooperazione che muova da convergente attenzione ai problemi sanitari è sicuro presupposto di una sempre più allargata solidarietà.

Mi sembra poi sia motivo di compiacimento la relativa rapidità con cui il Piano ideato poco più di due anni orsono si è tradotto in un programma concreto, con l'individuazione di sette aree prioritarie di intervento, articolato questo in circa 300 progetti, di cui 40 per l'intera area e **256** per Paese.

Le aree individuate si iscrivono tutte nell'ambito della difesa, della tutela e della promozione della vita, della sua qualità, intesa come attenzione alla persona umana nei suoi aspetti e valori spirituali, psichici e corporali.

Da sempre la Chiesa guarda a questi problemi con viva sollecitudine ed il recente dicastero pontificio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, di cui partecipo la responsabilità, vuole appunto incrementare l'impegno dei cristiani nel servizio all'uomo che soffre e la cui vita è posta in rischio dalla mancanza o dalla insufficienza delle strutture e dell'assistenza sanitaria.

Il nostro tempo conosce in maniera quasi esasperata una contraddizione, che lo sviluppo dei mezzi di comunicazione di massa rendono ancor più paradossale. Mentre da una parte le rapide conquiste della scienza medica consentono la piena socializzazione dell'assistenza sanitaria, dall'altra si assiste ad un crescente squilibrio nella distribuzione delle risorse e nella loro destinazione. Le diffidenze e le divisioni tra i popoli comportano non soltanto costi estremamente elevati, ma assorbono risorse con le quali, in tempo relativamente breve, si potrebbe affrontare la gravissima situazione sanitaria di tante parti del mondo. Non c'è paese al mondo che non riconosca l'urgenza prioritaria di risolvere questa situazione e la storia insegna che, incontrandosi nel servizio all'uomo, l'umanità potrebbe imboccare la strada della pace e della concordia definitive.

Il vostro Piano è un esempio concreto, fattivo, tempestivo di come si possa efficacemente optare per questa scelta di civiltà in un tempo in cui la pace non ha più alternative.

L'auspicio, la collaborazione, il sostegno della Chiesa si collocano su questa linea, mai tuttavia dimenticando che la questione sanitaria comporta servizio all'uomo ed a tutto l'uomo, nella sua integralità corporale e spirituale. Servizio, poi, a tutti gli uomini, senza distinzione né discriminazione, poiché si tratta di servizio e difesa alla vita dal momento del suo concepimento e in tutte le sue espressioni: nel suo nascere, nel suo crescere, nel suo naturale tramonto, nel suo affermarsi come riflesso della vita di Dio.

Le aree di intervento che il vostro Piano ha individuato e nelle quali intende intervenire, sollecitando la cooperazione della comunità internazionale, sono realmente prioritarie e si pongono come premessa di un generale miglioramento delle condizioni di vita delle popolazioni interessate. Perciò la Chiesa è accanto a voi, intende sostenere il vostro sforzo e, nel contempo, chiede di essere aiutata a darvi soluzione in una linea e secondo una visione dell'uomo, che ne difendano a pieno diritto la dignità. La Carta universale dei diritti dell'uomo, nella quale tutti i popoli ed i governi del mondo si riconoscono, pone il diritto alla salute a fianco del diritto alla vita. I problemi sanitari, quindi, sono una domanda di vita che sale dai più deboli verso i più fortunati. Rispondere a questa domanda è muoversi nella direzione di un vero, sicuro e auspicato incontro tra gli uomini, tra tutti gli uomini. Servire la vita è servire la pace, la quale non sarà né possibile né duratura, ove non assicuri né sostenga, con concrete e risolutive iniziative, le prioritarie necessità dell'uomo».

✠ FIORENZO ANGELINI
Pro-Presidente
della Pontificia Commissione
per la Pastorale degli Operatori Sanitari

PROFILI DI LAICI / MARCELLO CANDIA

Marcello Candia nasce a Napoli nel **1926,** da genitori milanesi. Il padre era da dieci anni titolare di un'azienda per la produzione di anidride carbonica. Conduce quindi la propria giovinezza in un'atmosfera benestante, ma la madre lo educa fin dall'inizio all'attenzione e alla carità verso i poveri. Mentre frequenta la facoltà di chimica (la laurea lì brillantemente conseguita sarà presto affiancata da altre due: una in biologia, l'altra in farmacia), collabora con il padre alla gestione dell'azienda, compiendo numerosi viaggi all'estero. A ventun'anni, visita il Brasile, e rimane fortemente impressionato dalle miserissime condizioni della popolazione.

Contemporaneamente a questo tirocinio industriale, frequenta i frati cappuccini di Milano impegnati nell'assistenza e nel riscatto dei poveri, degli abbandonati, dei senza-casa.

Nel **1946** sostituisce il padre nella direzione dell'azienda, mettendo in luce le sue doti di intelligenza e di coraggio. Nonostante il crescere dei suoi impegni di lavoro, non tralascia le attività assistenziali. Nello stesso anno fonda anzi l'ALAM (Associazione Laici per l'Aiuto alle Missioni), impegnata nel raccogliere fondi per il sostegno delle missioni nei paesi più poveri. I1 contatto con il PIME (Pontificio Istituto Missioni Estere) lo porta intanto a più diretta conoscenza della penosa situazione della regione amazzonica del Brasile.

Dall'ottimo andamento dell'attività industriale egli frattanto trae lo stimolo per nuove e più intense iniziative umanitarie. Si arriva così al **1957,** l'anno da lui ritenuto fondamentale per la sua definitiva scelta di vita. Su invito di mons. Aristide Pirovano, vescovo di Macapà, compie un viaggio in Brasile per rendersi personalmente conto della gravità della situazione: «Lì sentii che era arrivato il momento di buttarmi personalmente nell'opera caritativa e missionaria». In questo modo concretizza insieme al vescovo il progetto di costruire a Macapà un ospedale «tutto brasiliano)).

Senza fretta e da buon industriale prepara accuratamente il terreno per assicurare la buona riuscita dell'opera. Nel **1961** infine, ottenuto un terreno dal governo brasiliano, posa la prima pietra dell'Ospedale-Scuola San Camillo e San Luigi (sono i nomi dei genitori, alla cui educazione attribuirà sempre il maggior merito di tutta la sua opera). L'Ospedale, cui vuole affiancata una scuola per infermieri, rapidamente diventa un modello imprescindibile di efficienza e avanguardia tecnica per tutta la regione.

Con equilibrio e generosità matura intanto la decisione di dedicarsi completamente all'attività missionaria. Nel **1965** aliena tutto **il** suo patrimonio e parte per il Brasile. Rievocando il momento di questa scelta dirà: «Ho lasciato tutto e son partito dietro a Lui, il Signore del mondo. E sono approdato a Macapà. Alla domanda che mi sentivo dentro: "Signore dove abiti?", ebbi risposta: "Abito qui, tra questi poveri". Ed è iniziata l'avventura dell'ospedale di Macapà».

Da questo momento diventa difficile tenere il conto delle numerose, coraggiose e innovative iniziative assistenziali di cui egli è promotore. Nel **1966** fonda un Centro sociale per gli ospiti del lebbrosario governativo. Nel **1972** sorge accanto all'ospedale di Macapà un padiglione con attrezzatura specializzata per la cura e la prevenzione della lebbra: è questo il segno della fine dell'avvilente e disumana segregazione di centinaia di malati. Due anni più tardi fonda un secondo Centro sociale a Sant'Antonio del Prata. Del **1976** è l'inaugurazione dell'Istituto di dermatologia a Macapà. L'anno successivo nasce la Casa di preghiera Nostra Signora della Pace e il Piccolo Carmelo del Bambin Gesù, dove quattro monache alternano la vita di preghiera all'assistenza dei lebbrosi. Nel **1982** il già avviato servizio di assistenza a domicilio diventa ancora più capillare con l'adozione di un battel-

lo in grado di risalire il delta amazzonico.

Siamo così a ridosso degli ultimi mesi della sua vita. Già da tempo era malato di cuore e le apprensioni per la sua salute erano grandi. Ma improvvisamente lo colpisce in Brasile un tumore al fegato. Ritornato subito in Italia, muore il 31 agosto del 1983, affidando la prosecuzione della sua opera alle due Fondazioni Dottor Marcello Candia di Milano e di Lugano.

È forte la tentazione di usare formule come d'imprenditore della carità)) per definire la figura di Marcello Candia. In effetti, sembra davvero che la non comune efficienza, intelligenza e tempestività della sua opera molto debbano alla mentalità manageriale ereditata da anni di gestione industriale. Questo aspetto della sua personalità non dovrebbe tuttavia farci dimenticare l'aspetto fondamentale della sua opera. Nel pensare con mentalità imprenditoriale l'assistenza, egli non fece altro che rispondere ad una precisa vocazione caritativa con tutta la sua persona, con le sue possibilità, con naturalezza e senza mistificazioni. Più che sfruttare la facile analogia di un imprenditore dell'industria che divenne imprenditore della carità, sarebbe più giusto parlare — così, semplicemente — di un uomo che ha lasciato nella sua vita tanto spazio a Dio al punto di diventare docile strumento della sua carità. A metterci in guardia ancora di più su questo aspetto è lui stesso, quando ricorda a proposito del suo soggiorno amazzonico:

«Appena ho cominciato a vivere con loro e come loro, mi sono reso conto che non contava che io fossi stato un ricco, un industriale, e che ora fossi un organizzatore più o meno efficace a loro vantaggio. A loro interessavo io, io com'ero, come sono, un uomo che li ama e sta con loro sino alla fine della vita, senza storie, senza coccarde all'occhiello».

Se proprio di ((industriale della carità)) volessimo parlare, dovremmo ammettere che un'industrialità assai strana sarebbe stata la sua: un'industrialità che rinuncia in partenza ai grandi progetti all'insegna della risoluzione totale, che al contrario preferisce mettersi umilmente accanto ai poveri, ai malati, agli ultimi, ai diseredati, a coloro che sono senza speranza: non per far loro solo una compassionevole elemosina — forse un po' di maniera — ma per annunciare la possibilità di dare un senso nuovo alla vita, di valorizzare al di là di ogni muta disperazione il dolore, di riscoprire l'inappannabile dignità dell'uomo. Come ebbe a dire lui stesso, stare «in ginocchio accanto a chi rischia di morire, intanto che scienziati, poteri, regimi, economisti e sociologi discutono senza fine sui "massimi sistemi'' della giustizia».

Da qui deriva certamente la sua forte coscienza di essere radicalmente insufficiente di fronte alle necessità di cui di persona veniva a contatto e nelle quali di persona si coinvolgeva nella maniera più totale e coraggiosa. Tale sentimento non potrebbe non sorprendere in un personaggio che proprio dell'efficienza, della prudente continuità, dell'intelligente preveggenza fece la bandiera della propria opera. Non potrebbe non sorprendere se prescindessimo dalla profondità della sua esperienza di cristiano. Chi proclamava «Io non sono nulla, io non sono nessuno)), era lo stesso che pronunciava questa ardente confessione di fede, rivelando così le ragioni più profonde del suo operare:

«È lo Spirito che rinnova tutte le cose; è lo Spirito che ci mostra il Cristo che vive nel fratello più povero e sofferente che cammina nella speranza della risurrezione; è lo Spirito che rinnova il Volto di Cristo nell'uomo inserito nel mistero pasquale. È questo Cristo che noi vogliamo servire, adorare, amare; è questo Cristo che Maria offrì al Padre sulla croce che con Lei adoriamo e serviamo, chiedendo al Padre che dia pace a tutti: pace attraverso lo sviluppo, attraverso la giustizia, attraverso la sofferenza, pace soprattutto attraverso l'amore)).

Non è forse questo il senso più profondo della medicina? Certo una medicina che sappia andare oltre la semplice cura corporale per interessarsi della persona in quanto tale, riconoscere nella sofferenza una condizione che, pur nella sua carica drammatica rivelante la fragilità dell'essere umano, può diventare mezzo di redenzione, via per una nuova scoperta del valore e dello scopo della vita. E una medicina che è lecito aspettarsi praticata anche da chi, come Marcello Candia, medico non era.

In questo senso, tra i suoi pensieri più sinceri e significativi possiamo sicuramente annoverare le ultime parole pronunciate qualche giorno prima di morire, ormai nella precisa consapevolezza di star vivendo le ultime ore. Quando ormai va definitivamente scomparendo ogni umano orizzonte di impegno e si rivela la definitiva prospettiva del senso ultimo della vita, della sofferenza, della morte, ci giunge un ultimo messaggio carico di fede e umanità:

«Oggi sono stato visitato da due medici assai competenti e molto bravi anche sul piano umano. Li avevo qui davanti.. . li vedevo tanto dedicati e molto interessati al mio bene. E io pensavo: in fondo, tutto questo — lo si sappia o no — è amore che proviene da Dio ed è quel che veramente conta!».

In questo orizzonte, ogni parola in più sarebbe di troppo.

Nato a Kaiserberg, in Alsazia, nel 1875, iniziò a studiare teologia e filosofia a Strasburgo, Berlino, Parigi. La sua grande intelligenza e propensione per gli studi umanistici l'avrebbe portato in poco tempo ad ottenere la laurea in filosofia (1899) e quella in teologia (1900). Due anni più tardi conseguì la libera docenza in teologia nella facoltà teologica di Strasburgo, segnalandosi soprattutto come studioso della vita e del pensiero di Gesù e di Paolo. Contemporaneamente perfeziona i suoi studi di musica, che l'avrebbero fatto conoscere soprattutto come originale studioso dell'opera di Bach e geniale interprete della sua musica.

Tale intensa attività culturale si congiunse ben presto con la scoperta di una singolare vocazione all'apostolato. Già impegnato in attività catechetiche, nel 1896 aveva promesso a se stesso che a partire dai trent'anni avrebbe dedicato la propria vita al servizio dei fratelli. Questa intuizione si sarebbe precisata nel 1904, quando, leggendo la relazione di una congregazione missionaria francese sulla penuria dei medici nel Gabon, decise che là avrebbe esercitato il suo apostolato: «Quando ebbi finito di leggere ripresi tranquillamente il mio lavoro; la mia ricerca era finita».

Un anno dopo quindi, mentre continua con passione e successo i suoi studi su Bach e prosegue la sua attività di ambito organista, decide di iscriversi alla facoltà di medicina, dove, dopo sei anni di faticoso studio, consegue la laurea. Nel 1912 così, accompagnato dalla moglie, parte per l'Africa tropicale, per mettersi al servizio della popolazione completamente abbandonata a sé. In poco tempo riesce con indefesso lavoro a organizzare un centro medico a Lambaréné, che diviene subito il punto di riferimento più importante per la gente alla quale si impegna a trasmettere una nuova fiducia nella vita.

Arriva nel frattempo la prima guerra mondiale, che lo costringe ad interrompere la sua attività di medico e a subire la prigionia di un campo di concentramento francese. È allora che, riflettendo sulla sua esperienza e sull'assurdità della guerra, elabora l'idea che l'accompagnerà per tutta la vita: il «rispetto per la vita». Finita la guerra, si preoccupa di reperire i fondi per poter proseguire la sua opera a Lambaréné: il ricavato di conferenze di argomento filosofico e di concerti gli permette di saldare i debiti e di ripartire nel 1924 per l'Africa. Costretto a ricominciare da zero, si mette all'opera con la sua solita passione durante tre lunghi ed estenuanti anni di continua attività tra i suoi malati.

Tornato in Europa, è ormai una celebrità. Riceve il premio Goethe nel 1928, mentre continua la sua opera di diffusione degli ideali umanitari al servizio dei quali si è dedicato. Lo scoppio della seconda guerra mondiale sarà una tragica conferma della necessità del primato del «rispetto della vita». Mentre si susseguono i riconoscimenti (Legion d'onore nel 1948, premio Nobel per la pace nel 1952), egli continua a lavorare, come aveva promesso, «fino all'ultimo respiro)). Muore a Lambaréné nel 1965.

Trovare nella vita di Albert Schweitzer un punto unificatore non è facile. Come, per esempio, definirlo globalmente un «filantropo» senza rischiare così di rinchiudere la sua vicenda nei canoni di un umanitarismo di maniera? È forse più proficuo andare alle radici della sua formazione.

I primi studi di Schweitzer, come detto, furono di teologia. Attraverso di essa fu condotto ad un esame rigoroso e spassionato della vita e del messaggio di Gesù. Alcune volte, le conclusioni che si vedeva costretto a tirare non corrispondevano alle attese della religiosità contemporanea. Tuttavia, fin dai

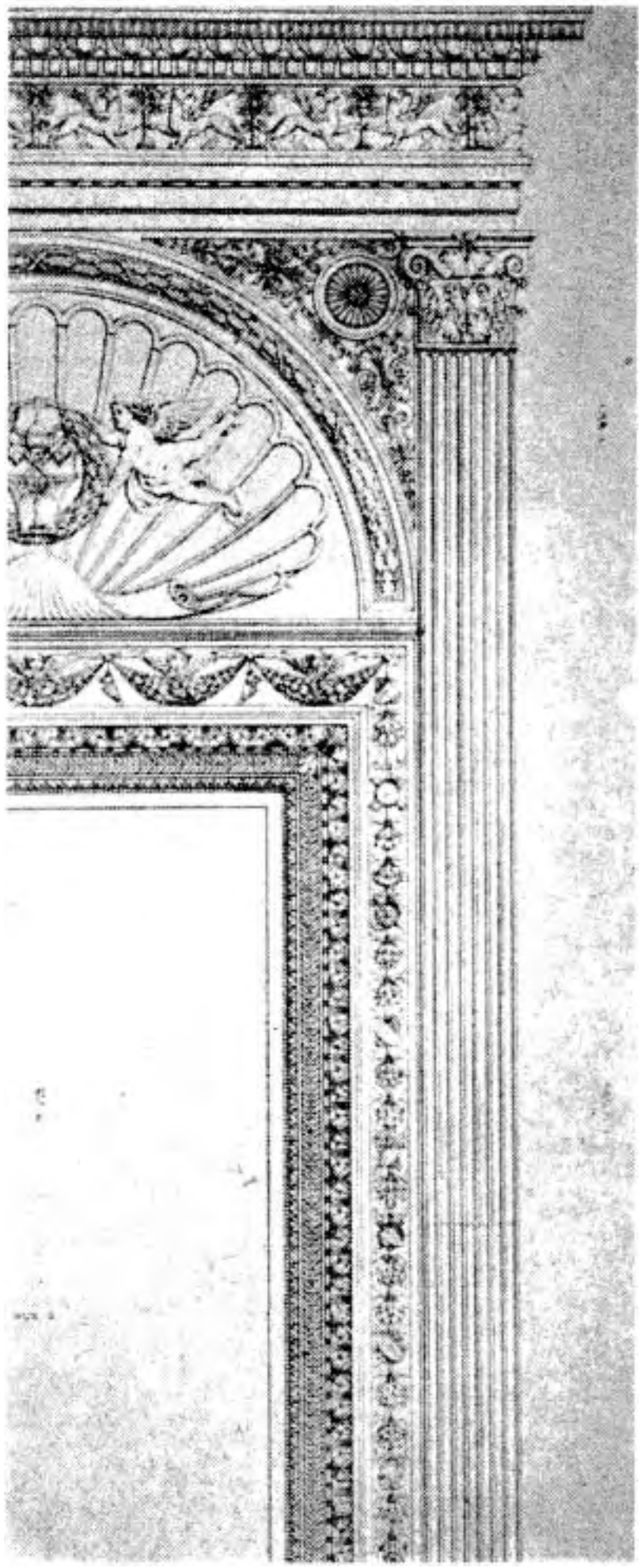
primi studi egli era convinto che «la ricerca della verità rende più forti», anche se essa non fa piacere. È questo il medesimo criterio di onestà intellettuale che lo porterà a maturare la sua radicale scelta di carità verso gli uomini: si trattava solo di tirare le conseguenze, pur in mezzo a incomprensioni, a ostacoli, a incertezze. **A** questo proposito scriverà:

«Nessuno capisce che l'aspirazione di servire l'amore annunciato da Gesù può spingere un uomo fuori dalla sua strada? Eppure, quando lo leggono nel Nuovo Testamento lo trovano giusto)).

Forse è proprio da questo atteggiamento che possiamo comprendere la carica provocatoria della vicenda di Albert Schweitzer: non grandiose iniziative, non plateali mobilitazioni, non originali ricerche filosofiche (anzi, ad uno sguardo appena critico la «filosofia» di Schweitzer rischia facilmente di apparire banale). Semplicemente, lasciarsi compromettere fino in fondo dalle esigenze morali che sono ormai patrimonio spirituale dell'umanità: in altre parole, essere uomini del proprio tempo, ed esserlo con passione.

La scelta di svolgere il proprio ministero tra i malati di Lambaréné assume allora una ben precisa connotazione. Non è soltanto la compassione, ma l'intuizione che proprio dove la vita sembra più offesa e negletta, dove la piena affermazione della dignità umana deve fare i conti con le situazioni più povere materialmente e spiritualmente, apparentemente senza speranza, è là che va affermata la possibilità di una vita più responsabile, di una esistenza più umana. C'è una esperienza di vita da trasmettere a chi non ha neanche più la forza di attendere un messaggio di salvezza. C'è un vuoto di solitudine da colmare. C'è un dolore che è da amare perché anch'esso può divenire segno della predilezione divina.

C'è chi ha detto che Albert Schweitzer, in un epoca di sempre maggiore specializzazione, è stato l'ultimo genio universale. Sotto il profilo culturale, di certo c'è del vero: siamo di fronte ad un personaggio che sotto questo profilo non può non stupire. Ma ancora più importante è l'aspetto morale della sua universalità: questo così semplice principio del «rispetto per la vita» egli ha dimostrato che può davvero essere la strada per dare un volto nuovo e più umano alla terra.



attività della pontificia commissione

SPAGNA
Incontro
col Vescovo Incaricato
della Pastorale Sanitaria

Il 21 maggio 1985, il Pro-Presidente Mgr. F. Angelini e il Prof. Gian Luigi Gigli si sono recati a Barcellona per incontrare presso l'ospedale Pediatrico dei Fatebenefratelli, S. E. Mgr. Javier Osés, Vescovo di Huesca, Incaricato dalla Conferenza Episcopale per la Pastorale Sanitaria in Spagna.

Presenti il Superiore Provinciale dell'Ordine Ospedaliero San Giovanni di Dio, e altri Operatori Sanitari, il Pro-Presidente ha presentato e commentato la «Dolentium hominum», ha esaminato coi convenuti la situazione della Chiesa nel mondo sanitario spagnolo, ed ha proposto un Convegno Nazionale di Operatori Sanitari per il 1986.

Si è incontrato poi con l'Arcivescovo di Barcellona, il Cardinale Narciso Jubany Arnau.

CITTÀ DEL VATICANO
Lettura del Motu Proprio

Nell'Aula superiore del Sinodo nella Città del Vaticano, il 28 maggio '85 la nostra Pontificia Commissione ha organizzato un Simposio per la *Lettura del Motu Proprio «Dolentium hominum''*

Relazioni del Presidente della P.C. Cardinale Eduardo Pironio, del Pro-Presidente Mgr. Fiorenzo Angelini, e del Priore Generale dei Fatebenefratelli Fra Pier Luigi Marchesi. Son seguite *Testimonianze* preordinate di S. E. Dott. Giulio Andreotti, Ministro degli Esteri d'Italia; Prof. June Bergstroem, Premio Nobel per la Fisiologia e Presidente del Comitato dei Direttori della Fondazione Nobel; Prof. Leo A. Kaprio, Direttore Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Copenhagen); Prof. Roth Gottfried, Docente di Medicina Pastorale e Presidente dei Medici Cattolici Austriaci; Dr.ssa Amires Fusco da Silva, Medico della Fondazione «Marcello Candia» nell'Ospedale SS. Camillo *e* Luigi a Macapà (Amazzonia); Miss Katleen Keane, Presidente del Comité Internat. Catholique des Infirmières et Assistantes médico-sociales (CICIAMS), Infermiera Professionale (Irlanda); M.me Eugénie Bahintchie, Vice Presidente CICIAMS, Ostetrica Capo (Costa d'Avorio). Madre Teresa di Calcutta ha chiuso le *Testimonianze* con un suo intervento.

BURKINA FASO
e
COSTA D'AVORIO

Il Pro-Presidente, Mgr. F. Angelini, si è portato dal 16 al 20 luglio dell'85, in Burkina Faso e Costa d'Avorio.

A Ouagadougou ha incontrato i Vescovi della *Conferenza Episcopale del Burkina Faso e Niger* per un fraterno scambio di vedute sulla Pontificia Commissione istituita di recente dal Santo Padre, e concordando insieme linee programmatiche di reciproca collaborazione.

Ha incontrato anche il Clero Diocesano, riunito in giornate di studio su i *mass-media.* A tutti è stata offerta la pubblicazione del Motu Proprio edita dalla Pontificia Commissione in sette lingue.

Ospite del Cardinale Paul Zoungrana, Arcivescovo della Capitale, il Pro-Presidente ha visitato anche la fiorente Missione S. Camillo coi vari centri sanitari della Capitale e della savana, animata dai Religiosi Camilliani, molti dei quali hanno collaborato per anni nella Pastorale Sanitaria di Roma.

La lotta per la vita in questo Paese dell'Africa in via di sviluppo, è il primo e inderogabile impegno quotidiano. Questo il motivo del I" viaggio ufficiale del Pro-Presidente per incontrare sul posto i Pastori e le Chiese locali.

In Costa d'Avorio, il Cardinale Bernard Yago, Arcivescovo di Abidjan, ha promosso e guidato un incontro con Operatori Sanitari Cattolici, tra i quali presenti il Ministro della Sanità e Illustri Cattedratici.

Il Pro-Presidente ha presentato il Motu Proprio e ha avuto un interessante scambio di opinioni con gli intervenuti, presentando suggestioni varie per una più forte presenza cattolica nel settore sanitario, e per iniziare una reciproca valida collaborazione con la Pontificia Commissione.

Si è portato anche in visita del grande Ospedale della capitale, e della Missione dei Religiosi del Beato don Orione, dove ha visitato il Centro Sanitario per bambini handicappati e ha benedetto e posto la prima pietra di un erigendo complesso più articolato e moderno.

Cordiale e squisita ospitalità e assistenza per tutta la permanenza nella regione, da parte dell'Incaricato d'Affari *ad interim* della Nunziatura Apostolica di Abidjan, Mgr. Timothy Broglio. La fraterna assistenza personale del Rappresentante della S. Sede ha facilitato e reso più agevole il viaggio ***e*** la permanenza del Pro-Presidente della nostra Pontificia Commissione.

EUROPA

Dal 5 al 21 agosto 1985, il Pro-Presidente della nostra Pontificia Commissione ha visitato e incontrato Vescovi e Operatori Sanitari di Austria, Polonia, Germania, Olanda.

Austria: a Vienna ha incontrato S. E. Mgr. Helmut Kratzl, Amministratore della Diocesi, con un gruppo di Operatori Sanitari.

Gli incontri con Medici e Personalità Ecclesiastiche e Laiche dell'ambiente sanitario austriaco, sono stati realizzati con la collaborazione del Dr. Roth e della Dr.ssa Plechel.

Notevole risalto hanno dato la stampa e la radio viennesi alla visita di Mgr. F. Angelini, che ha incontrato alcuni giornalisti cattolici nella sede delle attività socio culturali e caritative della Diocesi. Incontrato anche il Rettore (medico) dell'Università di Vienna.

Polonia: il primo incontro è stato col Cardinale Franciszek Macharski, Arcivescovo di Cracovia, col quale si è tenuta una conversazione sulla pastorale sanitaria locale e mondiale, con riferimento continuo a quella del Papa, esercitata sempre, particolarmente fin dall'inizio del suo episcopato in Cracovia.

Il Pro-Presidente Mgr. F. Angelini, che era accompagnato da un gruppo di Medici Cattolici Italiani, è passato poi a Częstochowa dove si è incontrato col Vescovo Mgr. Stanislaw Nowak, e poi ha presieduto una solenne concelebrazione eucaristica all'altare della Madonna nel celebre Santuario.

A Varsavia gli incontri sono iniziati con la celebrazione eucaristica nella cella di S. Massimiliano Kolbe.

Presso la sede della Conferenza Episcopale Polacca, incontro con l'Arcivescovo Mgr. Bronislaw Dabrowski, Ausiliare di Varsavia e Segretario della Conferenza Episcopale, col Vescovo Mgr. Jerzy Dabrowski, Ausiliare di Gniezno, con Don Edward Sobieraj e alcuni Sacerdoti, con alcuni Medici e il Sacerdote responsabile della pastorale sanitaria, successore del Rev. Jerzy Popieusko. Al Segretario della Conferenza Episcopale è stata consegnata una moderna incubatrice, dono dei Medici Cattolici Italiani, per un ospedale.

L'incontro tra i medici polacchi e italiani si è protratto a lungo sulla istituzione del nuovo Dicastero Pontificio, sulle finalità e sugli immediati progetti di attività e servizio dei malati. La permanenza in terra polacca è durata dal 9 al 13 agosto '85.

Germania: a Berlino Ovest S. E. Mgr. F. Angelini si è incontrato col Rappresentante del Cardinale J. Meisner, assente dalla Germania, Mgr. Wolfang Haendly, Preposto del Capitolo della Cattedrale, e coi dr. Schichs Heinz, Direttore e Coordinatore della Caritas e degli Ospedali Cattolici di Berlino Ovest, e col Ministro della Sanità Senatore Ulf Fink.

Inoltre ha visitato alcuni ospedali incontrando malati, Operatori Sanitari, Suore e Cappellani.

Presso la direzione centrale della Caritas ha incontrato gli Operatori Socio-sanitari responsabili e ha visto una particolare iniziativa per la convivenza di persone handicappate adulte.

Alle visite e agli incontri succedutisi dal 14 al 17 agosto '85, sono stati sempre presenti i Delegati del Cardinale Meisner.

Olanda: nella sede della Curia presso la Cattedrale di Utrecht, il 21 agosto 1985, il Pro-Presidente si è incontrato col Vescovo Ausiliare Mgr. Johannes A. de Kok, in assenza del Cardinale Arcivescovo, col Presidente dei Medici Cattolici Olandesi, e con la Segretaria del *Secretariat of Roman-Catholic Church*, coi quali è stato approfondito il senso pastorale del nuovo Dicastero Pontificio nella prospettiva di una efficace reciproca collaborazione.

* * *

Tutti gli incontri, si sono svolti nella massima cordialità, reciproca fiducia, grande attenzione e interesse al nuovo Dicastero e al suo sviluppo, e all'espansione della sua attività.

Tutti hanno assicurato viva e responsabile partecipazione e collaborazione. Nelle singole Nazioni è stata presa molto a cuore la proposta del Pro-Presidente di un Convegno Nazionale su «Umanizzazione della Medicina)). Tema da tutti accettato, di qualunque fede religiosa o ideologia politica.

A tutti è stato consegnato il testo dei Motu proprio edito in sette lingue dalla nostra Pontificia Commissione.

BELGIO
Congresso Internazionale dei Farmacisti Cattolici

Dal 7 al 9 settembre 1985, si è tenuto a Bruges (Belgio) il XVIII Congresso Internazionale dei Farmacisti Cattolici (FIPC). Il tema del Congresso era *«Il Farmacista di fronte alla Bio-Etica»*.

Il Pro-Presidente della nostra Pontificia Commissione, ha partecipato presentando una relazione su ((Farmaci e Bio-Etica)) e consegnado un messaggio augurale del Santo Padre.

ROMA
Congresso Internazionale degli Ospedali Cattolici

Si e tenuto a Roma, presso l'Aula Paolo VI in Vaticano, dal 29 al 31 ottobre u.s., il *«Congresso Internazionale degli Ospedali Cattolici»*. Motivo dichiarato era: «La urgente necessità di una più grande comunicazione e cooperazione tra gli Ospedali e i Servizi Sanitari Cattolici... aiutare tutti i Servizi Sanitari Cattolici a realizzare il loro impegno)).

Il Congresso è stato aperto dal Cardinale Eduardo Pironio, Presidente della nostra Pontificia Commissione. S. E. R. Mgr. Fiorenzo Angelini Pro-Presidente ha presieduto parte dei lavori della giornata di chiusura. Nei suoi interventi ha messo l'accento sulla importanza del Motu proprio istitutivo della «Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari)).

Il Santo Padre ha accolto i Congressisti in particolare Udienza. Dal discorso pronunciato riportiamo il seguente passo:

«Mi è caro manifestarvi il mio compiacimento per questa iniziativa, che ritengo importante perché mette a confronto qualificati operatori nel delicato campo della salute in un contesto di conoscenza, di amicizia, di discussione, procurando loro uno stimolo ed un incoraggiamento nell'esercizio, spesso estenuante ed ignorato, della propria attività. Sono certo che i vostri incontri diretti a promuovere in forma sempre più stretta lo scambio culturale e la collaborazione tecnica e scientifica torneranno di utilità per la vostra professione e per un migliore servizio a quanti ricorrono alle vostre cure sanitarie. È appunto per incrementare tale cooperazione che l'11 febbraio scorso ho istituito una speciale Pontificia Commissione, auspicando nel Motu proprio istitutivo *"Dolentium hominum"* un migliore coordinamento di tutti gli organismi cattolici impegnati nel campo della sanità e della salute (cfr. n. 4)».

Il Congresso è stato preparato da un particolare Comitato presieduto da Mgr. James Cassidy con la Segretario Generale del dott. Marcello Sacchetti.

Terminati i lavori, sono stati indicati quali componenti del Comitato esecutivo:
per l'Europa: Sr. Attracta Shields rsm, Irlanda - P. Leonhard Gregotschmi, Austria - P. Umberto Rizzi mi, Italia. Per l'Africa: Sr. Mary Joseph, Nigeria - Mr. John W. Kweri, Kenya. Per l'Asia: Rev. John Vattamattom svd, India - Dr. Yong Whee Bahk, Korea. Per l'Australasia: Dr. Joseph Pavone. Per l'America Latina: Sr. Martha J. rea ccui, Mexico, - Dr. Guillermo Gairdara, Mexico - Reverend Cherubin mi, Brasile. Per il Nord America: Sr. Marie Bonin, Canada - Dr. John E. Curley Jr., Stati Uniti.

GHANA
I Congresso Panafricano di Medici Cattolici

Ad Accra, capitale del Ghana, si è tenuto dal 2 al 6 febbraio c.a., il «I Congresso Panafricano di Medici Cattolici». Tema del Congresso è stato «*Il Medico Cattolico nell'Africa*».

«Iniziativa d'importanza storica, ha inteso incoraggiare i medici cattolici in questo Continente a riunirsi in associazioni nazionali per poter affermare, anche collegialmente, i principi della dottrina cristiana nella loro vita professionale medica», così ha affermato il Nunzio Apostolico S. E. R. Mgr. Dias Ivan.

Il Pro-Presidente Mgr. Fiorenzo Angelini ha partecipato al Congresso portando in una lettera il Messaggio e la Benedizione del S. Padre, e trattando del «*Medico protagonista per la promozione e la difesa della vita umana*».

CANADA
Assemblea annuale della CHAC

L'Associazione Cattolica del Canada per la Salate (CHAC) organizzerà la sua annuale Assemblea dal 20 al 23 maggio p.v. presso lo Château Halifax, Nova Scotia. Il tema di quest'anno è: «*Creare alternative future nella cura della salute*». Gli argomenti posti all'ordine del giorno riguardano gli anni dall'80 al '90.

Nel campo della cura della salute molti stanno riconsiderando i modelli tradizionali, proponendo nuove strutture amministrative e ridefinendo i ruoli professionali. Questi cambiamenti saranno esaminati alla luce di una Chiesa che accentua la partecipazione dei laici, la giustizia sociale, il volontariato, la comunità e la funzione integrante degli Operatori Sanitari.

POLONIA
Incontro mensile dei medici e degli Operatori Sanitari Cattolici

Il Pro-Presidente, S. E. R. Mgr. Fiorenzo Angelini, sarà in Polonia dal 22 al 25 maggio p.v. per incontrarsi con gli Operatori Sanitari Cattolici in occasione del ritiro spirituale mensile.

Invitato dalla Conferenza Episcopale Polacca, mons. Angelini visiterà ospedali e si incontrerà con Operatori Sanitari delle città di Varsavia, Breslavia, Częstochowa.

DANIMARCA
Conferenza Internazionale su gli Infortuni sul Lavoro

Invitato dalla *World Rehabilitation Fundation (WRF)* di New York, il Pro-Presidente parteciperà alla «International Conference on Injuries in the Workplace», a Copenhagen dal 25 al 29 maggio p.v., e terrà la sua lezione su «*Etica di comportamento per la tutela della Salute del Lavoratore*».

U.S.A.
Assemblea Generale della CHA

A San Diego, in California, dal 1" al 4 giugno p.v., la *Catholic Healt Association (CHA)* degli Stati Uniti, terrà l'Assemblea Generale. Il Pro-Presidente vi prenderà parte e presenterà ai Dirigenti dell'Associazione e all'Assemblea le finalità della Pontificia Commissione e i programmi di lavoro, per una concreta e valida collaborazione.

IRLANDA
Meeting della Conferenza dei Superiori Maggiori

È in fase di preparazione un Meeting coi Religiosi che operano nel settore della Pastorale della Salute in Irlanda, dove la *Conferenza dei Superiori Maggiori d'Irlanda (CMRS)* ha recentemente istituito un Segretariato per questo settore.

informazioni dal mondo

La recente pubblicazione dell'Annuario delle statistiche sanitarie mondiali, a cura dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha offerto nuovi elementi di riflessione per la definizione di una politica sanitaria. Oltre ai consueti dati relativi alla mortalità e alla speranza di vita, sono comprese anche nuove informazioni relative alle principali malattie infantili mondiali. **A** livello generale, si può notare un significativo spostamento delle cause di mortalità verso patologie tipiche dei Paesi sviluppati, insieme al regresso delle malattie infettive o parassitarie. Fondamentale dato di riflessione è il fatto che i decessi avvengano principalmente al di sotto dei 15 anni nei Paesi in via di sviluppo, al di sopra dei *65* anni nei Paesi sviluppati.

***

Il dott. J. **E.** Aswall, direttore della regione europea dell'OMS, ha incontrato il **27** aprile S. S. Giovanni Paolo II e S. **E.** Fiorenzo Angelini, pro-presidente della Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari. Con questi, l'incontro, che ha avuto lo scopo di discutere una possibile diretta cooperazione tra la Commissione e l'OMS, è stato giudicato molto positivamente da entrambe le parti. Numerosi punti d'incontro sono stati individuati nella visione dell'uomo, nell'impegno sociale, nell'importanza data aiia preparazione scientifica e spirituale del personale sanitario.

***

I danni provocati dal tabacco stanno avendo una sempre maggiore influenza nei Paesi in via di sviluppo. Più di cento Stati sono ormai coinvolti nel progressivo diffondersi di patologie un tempo sconosciute e senz'altro da ricondurre al tabagismo: tumori, cardiopatie, malattie polmonari. **I** crescenti tassi di mortalità non hanno tuttavia ancora convinto le autorità a promuovere iniziative per controllare il fenomeno della diffusione del tabacco, i cui rischi sono per lo più totalmente sconosciuti agli stessi consumatori. Ancora più preoccupante il fatto che alla coltivazione del tabacco vengano sacrificate ingenti risorse anche da parte dei Paesi incapaci di garantire alla popolazione una alimentazione sufficiente, spesso nel tentativo di produrre una facile merce di scambio con l'estero.

***

Negli ultimi venti anni la mortalità dovuta a cancro ha subito un incremento attorno al 50%. Questo è quanto ha evidenziato un recente studio dell'OMS, che ha inoltre effettuato un'analisi differenziata secondo le diverse localizzazioni del cancro. Al primo posto figura il cancro del polmone, soprattutto nei paesi industrializzati, la cui incidenza rispetto alla globalità dei casi di cancro è aumentata del 116% per gli uomini e addirittura del 200% per le donne. Risultati positivi sono invece stati conseguiti nel cancro allo stomaco, in costante diminuzione grazie alle migliori condizioni di vita.

***

L'industria farmaceutica francese ha per la prima volta promosso un programma di ricerca e collaborazione sulla pediatria nei paesi africani francofoni. Nei primi seminari, svoltisi in Marocco, Mali, Tunisia e Costa d'Avorio, si è fatto il punto della situazione, ravvisando la necessità di definire organicamente delle priorità nel campo della sanità infantile e della collaborazione tra i diversi ruoli delle professioni sanitarie. Ridefinire il profilo professionale del pediatra, stabilire periodicamente occasioni di incontro e scambio, promuovere l'educazione sanitaria e le iniziative di prevenzione, sono state le esigenze fondamentali evidenziate.

***

Ha terminato il 15 ottobre il **suo** viaggio la «nave della pace», partita dall'Italia con venti miliardi di lire di aiuti per le popolazioni africane. La nave, messa a disposizione dalla Croce Rossa, ha effettuato lungo i due mesi e mezzo la circumnavigazione dell'Africa, consegnando direttamente a governi, campi profughi, centri sociali, ospedali e missioni la grande quantità di aiuti attentamente preparati in base alle richieste giunte. Tutte le unità periferiche della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa hanno collaborato per rendere più efficace e rapido lo smistamento di alimenti, medicinali, attrezzi e beni di consumo. Mons. Fiorenzo Angelini era intervenuto all'inizio del viaggio con la sua parola e con la sua benedizione.

***

A dicembre il programma di lotta contro l'oncocercosi (cecità dei fiumi), promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha compiuto dieci anni. Il bilancio non può che essere estremamente positivo: il 90% dell'area del bacino del Volta è ormai bonificata e adatta al ripopolamento e all'attività agricola e finora, secondo stime dell'OMS, è stata risparmiata la cecità a circa tre milioni di bambini. Il risultato è stato raggiunto grazie ad un finanziamento di 160 milioni di dollari da parte di numerosi Paesi ed istituzioni. A partire da quest'anno è previsto un ampliamento del progetto verso la Guinea, la Guinea-Bissau, il Senegal e la Sierra Leone.

***

Il consumo di tabacco o di bevande alcooliche avrebbe un ruolo soltanto secondario nell'insorgere di determinate forme di cancro, ed in particolare del cancro dell'esofa-

go. In linea è attualmente in corso una sperimentazione per verificare questa ipotesi ed individuare invece nell'alimentazione insufficiente o ipovitaminica la causa fondamentale. La ricerca si sta svolgendo in stretta collaborazione con il Centro Internazionale di Ricerca sul Cancro di Lione e, se coronata da successo, dimostrerebbe una precisa efficacia profilattica delle vitamine.

***

Il programma per la prevenzione e la cura della diarrea e della disidratazione iniziato nel 1979 in Nicaragua sta conseguendo risultati sempre più positivi. Il numero delle unità per il trattamento di reidratazione orale è progressivamente cresciuto fino a raggiungere la media di uno ogni duemila bambini di età inferiore ai sei anni, ed è stato possibile costatare un netto calo del numero dei casi di diarrea acuta per i quali si rende necessario il ricovero ospedaliero. L'iniziativa, che ha potuto giovarsi del sostegno dell'OMS e compresa in più vasto programma di assistenza materna ed infantile, ha dovuto il suo successo in gran parte ad una precisa divisione dei compiti tra le diverse unità sanitarie.

***

Recenti indagini hanno messo in evidenza la gravità dell'impatto della tripanosomiasi americana, meglio nota come ((malattia di Chagas». Diffusa in una vasta regione che si estende dal Messico ai Cile e all'Argentina, e principalmente nelle aree rurali, la malattia si propaga nelle abitazioni insalubri ed è quasi sempre associata a condizioni di miseria. Le prospettive di prevenzione si basano principalmente sull'azione di insetticidi per disinfestare le abitazioni dai vettori responsabili dell'infezione, ma gli elevati costi e le difficoltà nel raggiungere le abitazioni rurali contribuiscono a rendere difficile l'operazione. Solo una riduzione delle condizioni di miseria e un programma di istruzione sanitaria potranno definitivamente sconfiggere la malattia di Chagas.

***

Dal 1981 al 1983 il numero dei casi denunciati di malaria è sceso da 7,8 milioni a 5,5 milioni. È questa una delle cifre rilevabili dalle recenti statistiche elaborate dall'OMS. Il dato positivo va tuttavia analizzato più in particolare: accanto a regioni che hanno manifestato un netto regresso della malattia, altre non mostrano alcun accenno di miglioramento. Numerose difficoltà si oppongono infatti ad una definitiva sconfitta della malattia, non ultime quelle di natura tecnica, relative alla resistenza di numerose specie di anofele ai più comuni insetticidi conosciuti. In ogni caso, quasi 400 milioni di persone vivono in territori in cui nessun programma specifico è stato mai messo in atto e dove il rischio continua a restare alto.

Dall'elenco dei Priori dell'Ordine di Santo Spirito in Saxia dell'anno 1431

una lettera dei ginecologi madrileni

Tre ginecologi molto noti di Madrid, il dr. Rafael Botón, il dr Vazquez e il dr. Muelas sono stati trasferiti dal direttore dell'ospedale «I Ottobre)) per essersi rifiutati di collaborare in un intervento di aborto. Questo fatto ha suscitato numerose proteste da parte della maggior parte dei ginecologi madrileni che hanno scritto una lettera al presidente del governo, Felipe Gonzalez, al Ministro della Sanità, Ernesto Lluch e al Difensore del Popolo, Joaquíin Ruiz-Giménez. Il testo completo di questa lettera — pubblicata dal periodico di Madrid ABC il 26/11/85 — è il seguente:

«I sottoscriventi, professori universitari, capi di dipartimento di servizio e di équipe di Ginecologia e Ostetricia di Madrid, riuniti nell'Ordine dei Medici, espongono la loro preoccupazione di fronte alla messa in moto della legge organica di depenalizzazione dell'Aborto, e dichiarano quanto segue:

1) Come era da prevedere, l'applicazione della legge organica del

5 luglio sulla depenalizzazione di casi determinati di aborto provocato, sta creando gravi problemi che nascono dalla peculiare indeterminatezza della legge, una legge, d'altra parte, che è quasi identica a quella che pochi mesi prima il tribunale Costituzionale aveva dichiarato "non conforme alla Costituzione",

2) Peraltro né gli ordini né le istruzioni diramate successivamente dal Ministero della Sanità al fine di una opportuna applicazione di detta legge, hanno contribuito a chiarificare le situazioni che di fatto si erano potute creare.

3) Il diritto all'obiezione di coscienza che, secondo lo stesso Tribunale Costituzionale, raccolto nell'articolo **16.1** della Costituzione "esiste e può essere esercitato con indipendenza del fatto che si abbia o no dettato la sua regolamentazione", deve proteggere il medico in ogni attività possibile in relazione a pratiche abortive nel caso che egli rifiuti la loro applicazione.

4) Riferirsi al fatto che i medici degli ospedali hanno assistito da sempre le conseguenze degli aborti, benché fossero eseguiti illegalmente, per pretendere che essi debbano responsabilizzarsi del normale decorso che segue ad un aborto legalmente eseguito, è una frode destinata a coinvolgere gli obiettori di coscienza in un atto che a loro ripugna. I medici non si rifiuteranno mai di curare colui che in qualsiasi momento a causa della sua gravità ha bisogno di aiuto, sia in caso di aborto che per qualsiasi altra causa. Ma ciò che non ha senso è il fatto che in un ospedale dove si reputa che esista personale con capacità di effettuare pratiche abortistiche e liberamente disposto alle stesse, questi poi non s'assuma la responsabilità delle cure successive all'atto, e lasci che del caso si occupi personale che rifiuta moralmente questa situazione.

5) Nessuno che agisca onoratamente, basandosi sul rispetto dei propri principi etici, dovrebbe avere paura di essere tacciato di abortista o antiabortista pretendendo di mantenere occulte le sue convinzioni o le sue azioni.

6) Alcuni giorni dopo la sentenza del Tribunale Costituzionale del 15 aprile 1985, la quasi totalità dei capi di dipartimento e di servizio ospedalieri di Ostetricia e Ginecologia di Madrid, in una nota trasmessa tramite i mezzi di comunicazione, facevano notare i loro timori riguardo alla possibilità che non si rispettassero nel loro esercizio professionale i diritti di coloro che avessero deciso di accettare I'obiezione di coscienza. Quanto tale timore fosse giustificato è stato prontamente messo in evidenza dalla sospensione nelle loro funzioni dei tre colleghi ginecologi nell'ospedale "I" Ottobre". La situazione è tanto più deplorevole in quanto è stata creata da una decisione amministrativa della Direzione che lede gravemente i diritti del capo dipartimento.

7) Allo scopo che la legge sia adempiuta esattamente, la quale, almeno che non sia distorta nella lettera e nello spirito, può determinare la realizzazione di un numero molto ristretto di aborti, si devono realizzare dei servizi dove esistano medici ginecologi, anestesisti e personale sanitario disposto a tale pratica, corrispondenti unità che si occupino integralmente sia dell'effettuamento dell'aborto che dell'assistenza nel decorso e nella dimissione della paziente. Ciò senza pregiudizio per la vita e la salute della paziente, sempre protetta dai dispositivi assistenziali dell'ospedale al completo.

8) Deve rimanere chiaro che la realizzazione dell'aborto in quegli ospedali dove ci siano unità abilitate non deve perturbare il funzionamento dei servizi ospedalieri né la desiderabile e necessaria convivenza dei professionisti, né mettere in dubbio la capacità tecnica degli stessi.

Al rispetto è necessario che l'opinione pubblica sia cosciente che gli aborti, e specialmente quelli tardivi, non sono interventi banali, e che c'è da prevedere, senza che sia necessario prestare attenzione a voci che già circolano su casi determinati, che in certe situazioni si possono provocare catastrofi molto superiori ai danni che più o meno giustificatamente si pretende di evitare».