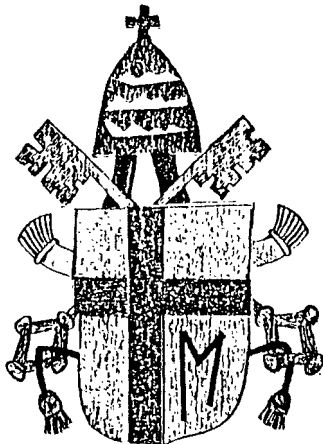


sommario



DOLENTIUM HOMINUM
ANNO I - N. 2
1986

**RIVISTA DELLA
PONTIFICIA COMMISSIONE
PER LA PASTORALE
DEGLI
OPERATORI SANITARI**

Comitato di Redazione

✠ FIORENZO ANGELINI, Direttore
P. JOSÉ 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
P. VITO MAGNO R.C.I.
ING. FRANCO PLACIDI
PROF. GOTTFRIED ROTH

Collaborano in redazione

P. DAVID MURRAY M.ID.
MARIA ANGELES CABANA M.ID.
P. DOMWICUS CONRAD O.H.

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

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 nella
Tipografia Poliglotta Vaticana

EDITORIALI

- 5 **Il vangelo della sofferenza**
Card. Andrzej Maria Deskur
- 8 La cooperazione sanitaria con i paesi
in via di sviluppo
Dott. Halfdan Malher
- 12 Gesù tra gli infermi. E la Chiesa?
José L. Redrado OH
- 14 La missione della Chiesa nel mondo della salute
P. Calisto Vendrame, M.I.
- 18 Operatori sanitari polacchi
in difesa della dignità umana
- 21 Le professioni della sanità, la guerra e la pace
Joseph Joblin, S.J.
- 24 Riflessi salutari della assistenza psicologica
e spirituale
Prof. Ferruccio Antonelli
Prof. Boris Luban-Plozza

MAGISTERO DELLA CHIESA

- 30 L'eutanasia è un crimine al quale non si può
cooperare o consentire
Lo Stato che finanzia l'aborto concorre
all'esecuzione di una sentenza di morte
- 31 La vita umana, anche se debole e sofferente, è
sempre uno splendido dono della bontà di Dio
- 32 Ogni malato è degno di rispetto e di amore
- 33 Grande cosa il lavoro, ma l'uomo è più grande:
è sacro!
La fame di milioni di uomini ci obbliga ad una
missione di servizio
- 34 Rispetto assoluto della persona umana per essere
collaboratrice di vita
- 35 Nessuno può ignorare i fanciulli che oggi stanno
morendo
- 36 Madri colombiane, difendete sempre la vita

ARGOMENTI

DIFESA DELLA VITA E DELLA PERSONA

- 38 **La persona e la vita**
Mons. Elio Sgreccia
- 42 **I diritti del nascituro**
P. Abelardo Lobato, O.P.
- 46 **Alcuni aspetti della eutanasia**
Prof. Krzysztof Szczygiel
- 48 **L'accanimento terapeutico: considerazioni etiche**
Mons. Dionigi Tettamanzi

TESTIMONIANZE

- 54 **Le religiose sanitarie in Spagna**
Sr. Encarnación Orden, H.C.
- 57 **Santi medici anàrgiri**
✠ Miroslaw S. Marusyn
- 58 **I Rogazionisti**
P. Vito Magno, R.C.
- 60 **S. Giovanni di Dio e S. Camillo De Lellis:**
ciò che vale

INCONTRI

- tre interventi di S.E. Mons. Fiorenzo Angelini*
- 62 **Viviamo in modo sano: tutti ne guadagneremo**
- 63 **Medici cattolici in Africa**
- 65 **Messaggio ai «Fatebenefratelli» di Spagna**
- 65 **Un viaggio negli Stati Uniti**
P. José L. Redrado, O.H.
- 67 **Il farmacista davanti alla bioetica**
Dr. Ph. Jean Dreano

NOTIZIARIO

70 / Attività della Pontificia Commissione / 72 / Il primo volume dell'«Index» / 74 / Premio per «l'umanizzazione della medicina» a S.E. Mons Angelini / 77 / Informazioni dal mondo.

I DISCORSI DI M. PIETRO ANDREA MATTHIOLI

SANESE. MEDICO CESAREO.
ET DEL SERENISSIMO PRINCIPE
FERDINANDO ARCHIDUCA D'AUSTRIA &c.

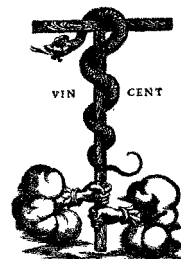
Nelli sei Libri

Di Pedacio Dioscoride Anazarbo della materia Medicinale.
DAL SVO ISTESSO AVTORE RICORRETTI.
ET IN PIV DI MILLE LVOGHI AVMENTATI.

Con le Figure tirate dalle naturali & vne Plante, & Animal, & in numero molto maggiore, che le altre per auanti stampate.

Con due Tavolette copiosissime l'vna à ciò, che in tutta l'opera si contiene: & l'altra alla cura di tutte le infirmità del corpo humano.

CON PRIVILEGIO DEL SOMMO PONTEFICE,
della Illustrissima Signoria di Venetia, & d'altri Principi.

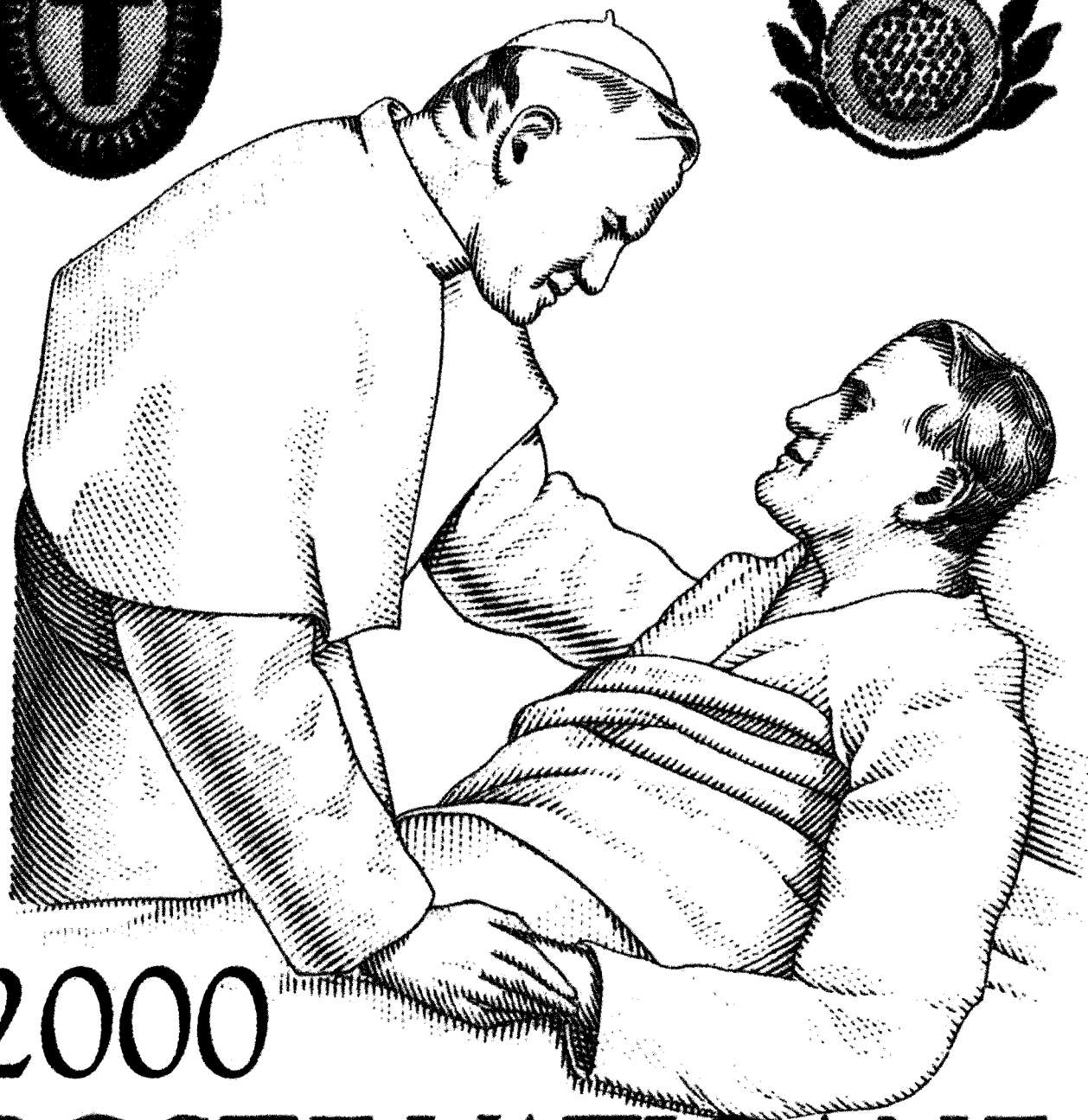
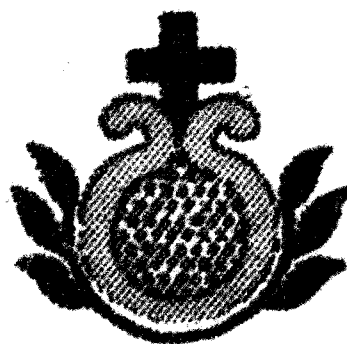
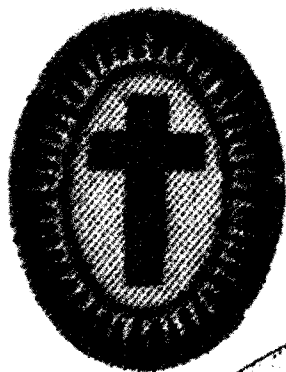


IN VENETIA. M D LXXXI.

Appresso gli Heredi di Vincenzo Valgrifi.

«I Discorsi» di Pietro Andrea Gregorio Mattioli, dal quale abbiamo tratto le illustrazioni per questo numero di «Dolentium Hominum», è stato uno dei libri più diffusi nel sedicesimo secolo. Questa edizione, che è del 1581, raggiunse le 32.000 copie. La prima edizione era uscita a Venezia nel 1554 per stampare uno dei manuali medici più autorevoli nell'antichità: i sei libri di medicina di Dioscoride Anazarbo che circolavano manoscritti. La fama dei «discorsi» del Mattioli era talmente grande, che da ogni parte del mondo pervenivano al medico senese descrizioni di nuove piante medicinali e metodi di cura. Nelle varie edizioni che si succedettero fino al 1581 il Mattioli apportò migliaia di variazioni e aggiunte, costituendo una rivista scientifica di aggiornamento ante litteram. Il grosso volume contiene, nelle 1300 pagine, centinaia di illustrazioni di botanica medicinale.

1886-1986 PROCLAMAZIONE A SANTI
PATRONI DEGLI OSPEDALI E DEGLI INFERMI



2000

POSTE VATICANE

I.P.Z.S.-ROMA-1986

A. CIABURRO

Le Poste Vaticane hanno commemorato con 3 francobolli il centenario (1886-1986) della proclamazione dei santi Camillo de Lellis e Giovanni di Dio come «patroni degli ospedali e degli infermi». Il francobollo, che mostra Papa Wojtyla al letto di un malato, riproduce gli stemmi degli Ordini ospedalieri, fondati dai due santi: i «Camilliani» e i «Fate-bene-fratelli».

TEREBINTHO.



il vangelo della sofferenza

La Chiesa è fedele, in ogni tempo, all'annuncio del messaggio salvifico di Gesù. Tuttavia, nel suo costante sforzo di rispondere — nelle diverse epoche della storia — alle istanze ed alle attese degli uomini, la Chiesa privilegia di volta in volta particolari aspetti dell'annuncio.

Al tramonto dell'Impero romano, fu la Chiesa a salvare il patrimonio della cultura classica e, più tardi, sorsero accanto alle cattedrali le prime scuole ed università dell'evo medio. Gli esempi si potrebbero moltiplicare.

C'è un aspetto, però, dell'attenzione della Chiesa all'uomo che ne accompagna l'intera sua storia: si tratta appunto di quell'aspetto che Giovanni Paolo II, nel Motu proprio «*Dolentium homi-*

num» qualifica come «parte integrante della missione della Chiesa», vale a dire la sua sollecitudine per chi soffre. (*Dolentium Hominum*, 1)

Un'ampia definizione della Lettera apostolica «*Salvifici doloris*» di Giovanni Paolo II reca per titolo: «Il Vangelo della sofferenza». La definizione di tale Vangelo è chiaramente formulata con le seguenti parole: «I testimoni della Croce e della risurrezione di Cristo hanno trasmesso alla Chiesa e all'umanità uno specifico Vangelo della sofferenza. Il Redentore stesso ha scritto questo Vangelo dapprima con la propria sofferenza assunta per amore, affinché l'uomo non muoia, ma abbia la vita eterna (cf. Gv 3, 16). Questa sofferenza, insieme con la viva parola del suo insegnamento, è diventata una fonte abbondante per tutti coloro che hanno preso parte alle sofferenze di Gesù nella prima generazione dei suoi discepoli e confessori, e poi in quelle che si sono succedute nel corso dei secoli». (*Salvifici doloris*, 25).

Dicendo «Vangelo della sofferenza», noi diciamo che il soffrire, accettato come disegno di Dio, servito come incarnazione del Figlio di Dio, nostro fratello, può trasformarsi in fattore di santificazione, addirittura in inno alla vita.

In tutta la sua storia la Chiesa, anche colmando vistose lacune della società civile e carenze legislative, si è adoperata per l'assistenza non solo spirituale, ma sanitaria agli infermi ed a coloro che soffrono. Tale assistenza, però, non è mai stata fine a se stessa, né occasione di alimentare illusioni in chi riponga speranza esclusivamente nella guarigione. Lo spiega il Santo Padre nella

«*Salvifici doloris*», scrivendo: «Il Vangelo della sofferenza significa non solo la presenza della sofferenza nel Vangelo, come uno dei temi della Buona Novella, ma la rivelazione, altresì, della forza *salvifica* e del *significato salvifico* della sofferenza nella missione messianica di Cristo e, in seguito, nella missione e nella vocazione della Chiesa». (*Salvifici doloris*, 25)

Intuizione di Pastore, ma anche riprova di una sensibilità umana vivissima. Tanto che la prima «uscita» dal Vaticano di Giovanni Paolo II, a sole ventiquattro ore dalla sua elezione a Pontefice, non fu aperta da un corteo, né scortata da fiammanti uniformi. Egli raggiunse, candido tra i camici bianchi dei medici e degli operatori sanitari, il Policlinico Gemelli, per visitare gli infermi ivi degenti. Non salì ma scese e si piegò come il Buon Samaritano.

La stessa esperienza personale del Santo Padre lo ha portato, per provvidenziale disegno di Dio, ad essere protagonista di sofferenza santificata, dopo il gravissimo attentato di cui è stato oggetto. Udienze pontificie, pellegrinaggi nei vari paesi del mondo, sono per il Papa continuata occasione di incontrare gli infermi, di farsi per loro portatore di sostegno e di speranza.

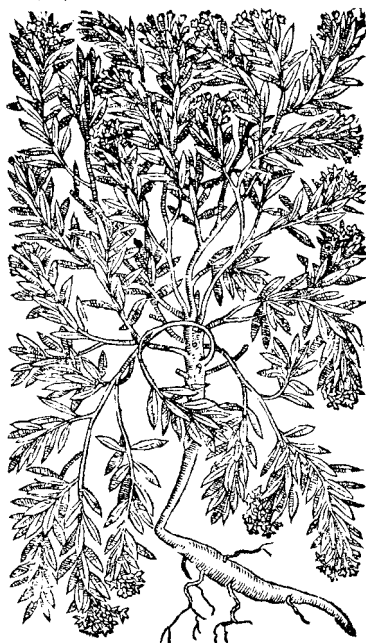
Primo pontefice nella storia della Chiesa, Giovanni Paolo II ha dedicato al tema della sofferenza il più ampio ed autorevole dei documenti del magistero papale; la Lettera Apostolica «*Salvifici doloris*» (11.02.1984) è una esauriente trattazione, in chiave di insegnamento pontificio, del problema della sofferenza umana e del suo significato cristiano.

Un anno dopo la promulgazione di questo documento, il Papa istituiva la Pontificia Commissione per la pastorale degli Operatori sanitari.

Una attenta lettura del documento istitutivo «*Dolentium hominum*» di questo dicastero pontificio post conciliare, dimostra come la Pontificia Commissione non sia semplicemente un organismo burocratico, né si riduca ad una ulteriore struttura, sia pure necessaria, all'interno dell'impegno della Chiesa nel campo della sanità e della salute. Nel Motu Proprio «*Dolentium hominum*» il Papa si preoccupa di ricordare i presupposti dottrinali — biblici, teologici, di tradizione — della sollecitudine della Chiesa per gli infermi. Quindi prende atto del dato storico della presenza di innumerevoli istituzioni sanitarie cattoliche nel mondo. Ma — ammonisce il Papa — il progresso della scienza e della tecnica in medicina, la socializzazione dell'assistenza sanitaria, i nuovi problemi posti in materia di difesa e di promozione alla vita, chiamano in causa la testimonianza immediata ed efficace della nostra fede. La Pontificia Commissione ha compiti assai precisi assegnati dal Pontefice e garantiti dalla preparazione, dall'efficienza e dalla generosità dei componenti di questo organismo.

Ogni politica sanitaria pone problemi di etica generale e di morale cristiana in particolare. La Chiesa, sacramento di salvezza, è depositaria, portavoce e testimone di valori che sono in grado di rispondere costruttivamente a questi problemi. La tempestiva pubblicazione del Catalogo delle istituzioni sanitarie cattoliche operanti in tutto il mondo provoca una edifi-

CNIORO DEL MATTHIOII.



ARMENIACO



cante sorpresa: la Chiesa è presente in maniera massiccia in campo sanitario. La sua predicazione è sovente preceduta dal contatto con coloro che soffrono, sull'esempio di Gesù che, piegandosi sui malati, predisponva le folle ad ascoltare e ad accogliere il suo insegnamento.

L'istituzione di un organismo di coordinamento, di animazione, di promozione e di diffusione dei principi essenziali dell'etica cristiana nel vastissimo campo della sanità e della salute rappresenta un evento storico. Ed è certamente «segno dei tempi» che a farsi promotore di tutte queste iniziative sia un Pontefice che, per esperienza personale e per storiche vicende della sua terra, ha conosciuto così da vicino la sofferenza, la prova, il valore della santificazione della sofferenza.

Il nostro tempo rischia molto più concretamente di portare l'umanità, o larghissime fasce di essa, a sperimentare forme persino collettive di indicibile sofferenza. La calamità della fame, la denutrizione, le malattie sociali endemiche; le guerre locali che, ogni giorno, sterminano popolazioni; l'incubo della devastazione atomica, ripropongono in termini universali l'originario e perenne interrogativo sul senso del dolore umano. O la sofferenza ha un significato costruttivo, o è assurda e intrinsecamente orientata a generare disperazione. Il Cristianesimo è la sola religione che abbia indicato la fonte della liberazione e della salvezza nella santificazione del dolore, poiché dalla passione e dalla morte di Cristo discende la salvezza del mondo. Questo è il Vangelo, ed è un Vangelo della sofferenza.

Non perché insegni all'uomo ad accettare stoicamente il dolore, a considerarlo una fatalità od un oscuro nemico, ma perché dalla condizione cosmica ed umana della sofferenza ci insegna a trarre un motivo di amore.

Ce lo ricorda, in questi giorni, il Santo Padre con la nuova enciclica sullo Spirito Santo: «Se il peccato, rifiutando l'amore, ha generato la 'sofferenza' dell'uomo, che in qualche modo si è riversata su tutta la creazione, lo Spirito Santo entrerà nella sofferenza umana e cosmica con una nuova elargizione di amore, che redimerà il mondo» (*Dominum et vivificantem* 39).

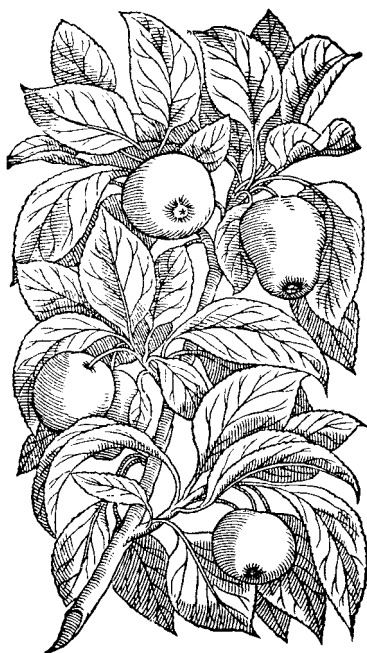
Questa visione e proposta evangelica è alternativa al paganesimo di ogni tempo: un paganesimo oggi incarnato nel materialismo, il quale delinea un orizzonte dei valori e dei fini strettamente legato all'interpretazione come «materia» di tutta la realtà. Questa concezione considera il Vangelo della sofferenza come una specie di «illusione idealistica», ma poi — come dimostrano le nuove paure ed i nuovi incubi dell'umanità — il materialismo è impotente di fronte al bisogno di motivata speranza che sale dal cuore di ogni uomo e, soprattutto, da coloro che soffrono.

Ogni visione materiale dell'uomo traccia un quadro di morte. La visione e la proposta cristiana delinea un quadro di vita, che lo Spirito traduce in certezza in quanti ne accolgono l'impulso (*Dominum et vivificantem*, 57). Questa certezza chiamiamo «Vangelo», cioè Buona Novella, annuncio liberatore.

CARD.
ANDRZEJ MARIA DESKUR
Membro della Pontificia Commissione
per la Pastorale degli Operatori Sanitari

SANGVINO.





la cooperazione sanitaria con i paesi in via di sviluppo

Viviamo, penso, in un mondo molto arido. Se guardiamo alla crisi economica degli anni '30 e la confrontiamo con la situazione politica dei paesi attualmente colpiti dalla crisi economica, vi riscontriamo fenomeni analoghi: disoccupazione, abbandono forzato delle abitazioni da parte di tante persone che restano senza un tetto, senza cibo; malattie indotte dalla stessa crisi economica. Fermandoci a tale confronto, dobbiamo tuttavia constatare che, allora, quale fosse il

regime politico dei paesi colpiti dalla crisi, si aveva una maggiore sensibilità per le sofferenze degli altri, ci si prendeva maggiore cura. La crisi economica attuale non colpisce soltanto paesi fiorenti come l'Italia o come il mio paese — un paese piccolo e prospero come la Danimarca — ma aggredisce in maniera violenta i paesi in via di sviluppo. Lo ha rilevato anche il Ministro degli Esteri italiano On. Giulio Andreotti, parlando di «circolo vizioso») del sottosviluppo, della malattia, della povertà, dell'analfabetismo, dell'atrofia sociale, mentre la sofferenza che ne scaturisce viene trasmessa da una generazione malata ad un'altra generazione malata. Orbene, considero arida una società che trascura valori sociali e spirituali, che pure siamo tutti concordi nel ritenere essenziali per una ordinata ed armonica convivenza umana.

Perciò credo che oggi la nostra società sia veramente molto malata. Una società tendente a credere nei soli valori materiali, nella quale tutti bramano più ricchezza, più macchine, più alimenti, più sesso. Una bramosia accesa e sostenuta dai mezzi di comunicazione di massa.

Recentemente mi trovavo a Londra con il Ministro Degan e, insieme, abbiamo parlato del dramma dei giovani e del problema della tossicodipendenza. Perché questi giovani fuggono dalla società?

Io credo che ciò awenga perché essi si sentono ignorati ed esclusi dalla società; e la tossicodipendenza è soltanto uno dei parametri per misurare l'aridità e la freddezza della società in cui viviamo.

Oggi non dobbiamo limitarci a riflettere sulla sola contrapposizione Est-Ovest, ma sull'antitesi Nord-Sud.

Certo, quando si guarda alla prima, viene spontanea la citazione di Kipling, sebbene riferita a contesto diverso: «L'Est è l'Est e l'Ovest è l'Ovest; i due non si incontreranno mai».

Viviamo oggi sotto una minaccia reale, poiché i missili possono scontrarsi sulle nostre teste; ovviamente ciò provocherebbe la fine della civiltà, e nessuno dovrebbe più preoccuparsi della *salute per tutti nell'anno 2000*. Ma c'è una situazione — quella di cui stiamo occupandoci — che è altrettanto pericolosa quanto la minaccia delle bombe nucleari: una situazione che è la dimostrazione palmare dell'aridità della nostra società, voglio dire l'ingiustizia umana data dalla discriminazione tra *quelli che hanno e coloro che non hanno*.

Non parlo di questo in chiave ideologica o politica. Allo stato attuale — dopo diversi anni di dialogo Nord-Sud, di dialogo tra «quelli che hanno» e «quelli che non hanno» — non abbiamo alcun dialogo. Tutto si riduce a due monologhi paralleli. Di qui la pertinenza della citazione tratta da Kipling.

Fortunatamente, almeno in seno all'Organizzazione Mondiale per la Sanità, non è mancato il dialogo tra Nord e Sud e tra Est e Ovest. Gli Stati membri sono riusciti ad accordarsi, in maniera unanime, su quanto ho umilmente proposto come uno degli obiettivi sociali più nobili del nostro secolo: *la salute per tutti nell'anno 2000*.

Per capire la portata di questo obiettivo occorre comprendere la definizione di salute contenuta nella Carta dell'OMS. In forza di tale definizione, tutti devono poter godere del livello più alto possibile di benessere fisico,

sociale e spirituale. Non si tratta soltanto di assenza di malattia. Ovviamente, parlare di salute per tutti nell'anno 2000 non significa che nessuno si ammalerà, né significa che ci saranno medici e paramedici per tutte le malattie, bensì che le nostre risorse, quali che siano, dovranno essere distribuite con criteri più umani di quanto lo siano oggi. Significa la possibilità di crescere meglio, di invecchiare meglio, di morire con dignità. Significa che la salute deve cominciare in casa, nella scuola, sul posto di lavoro, perché è qui che essa viene compromessa. Significa che ciascuna persona avrà un enorme potere di influenza sulla propria salute. Naturalmente è nostro compito aiutare tutti a rendersi conto che ciascun essere umano è protagonista della difesa, della salvaguardia e della promozione della salute.

Considero circostanza di grande rilievo e di importanza decisiva che siano presenti, l'On. Giuio Andreotti, il Ministro della Sanità Sen. Costante Degan, un rappresentante della Chiesa Cattolica Mons. Fiorenzo Angeiini, il Direttore generale del Dipartimento per la collaborazione e lo sviluppo Dott. Salteo. Fattore decisivo, infatti, per il raggiungimento dell'obiettivo *salute per tutti nell'anno 2000*, è la collaborazione da parte di tutti per assicurare alle singole famiglie e alla comunità sociale la possibilità di rendersi conto delle loro potenzialità, poiché la salute è proprio questo: farsi consapevoli delle proprie potenzialità spirituali, fisiche, intellettuali e sociali. Questo è il concetto di salute per tutti: un sistema dal quale attingere energia, poiché il nostro compito, il nostro dovere sacro — come professionisti sa-

nitari — è quello di dare alla gente la possibilità di sviluppare le proprie potenzialità. Credo che tutti si rendano conto che fino ad oggi, noi che abbiamo il privilegio di esercitare la professione medica, ci siamo occupati in larga misura soltanto di prestare rimedi ai danni alla salute provocati da comportamenti sbagliati. Si tratta certamente di un dovere rilevante, ma insufficiente. Se guardiamo ai nostri amici che soffrono nei paesi in via di sviluppo, constatiamo che il loro primo problema è la mancanza di cibo: abbiamo cioè grandi comunità umane che devono lottare contro la mancanza di cibo e, contemporaneamente, contro ogni tipo di parassiti (vermi, batteri, virus ecc.). Eppure disponiamo di

molti mezzi per combattere i parassiti in questa battaglia condotta da uomini, donne e bambini alla ricerca di cibo. Sappiamo infatti che possiamo vaccinare i bambini e compiere molti progressi per la loro salute. Se, ad esempio, riusciamo a vaccinare ed a proteggere i bambini contro il morbillo in modo da ridurre la loro resistenza, i bambini potranno avvalersi del cibo in maniera diversa. La malaria e tutte le malattie tropicali sono sempre in agguato contro l'uomo che deve lottare alla ricerca di un elemento essenziale e vitale come il cibo che, in tale contesto, è innanzitutto cibo materiale, ma anche — come tutti sappiamo — cibo spirituale.

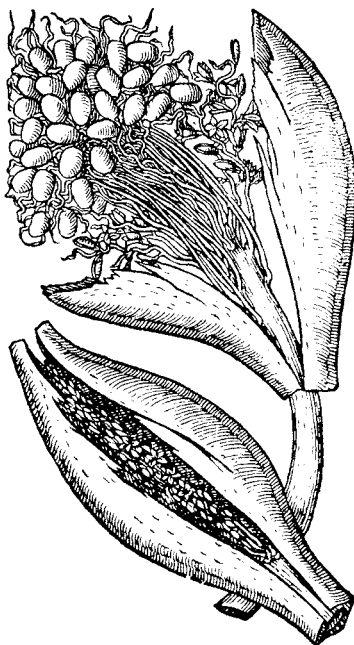
Se un bambino, infatti, va a scuola dopo aver sofferto decine di volte di dissenteria, malaria ed altre malattie, non sarà in grado di ricevere una buona formazione scolastica. Questo bambino non riuscirà a portare avanti quella formazione vitale che sviluppa le sue potenzialità intellettuali.

Orbene, noi siamo in grado di aiutare i nostri amici nei paesi in via di sviluppo in questa battaglia contro un ambiente ostile alla crescita delle potenzialità individuali.

Ma torniamo a quanto dicevo prima, e cioè alla situazione che porta noi medici esclusivamente a «rimediare».

Prendiamo ad esempio l'Africa, e precisamente il Kenia, sul quale disponiamo, sin dall'inizio del secolo, di ottime statistiche: allora, ad esempio, non esistevano malattie cardiache, vascolari, diabete. Queste patologie, passate oggi in primo piano, allora non esistevano perché non si teneva un comportamento sbagliato nei confronti dell'ambiente. E questa è la

D A T T O L I.



seconda categoria di malattie dovute ad un comportamento errato dell'uomo verso l'ambiente.

È importante, quindi, non soltanto riparare i danni provocati da tale comportamento sbagliato, ma educare le famiglie e le comunità a ridurre l'errore del comportamento. E impressionanti statistiche americane dimostrano oggi come le cose possano cambiare riguardo alle suddette malattie se il comportamento verso l'ambiente viene mutato. Si tratta di un atteggiamento decisivo per il progetto salute per tutti *nell'anno 2000*, iniziato con la promozione della salute e non con la riparazione dei danni.

Ciò ha un significato tutto particolare per i paesi in via di sviluppo. La promozione della salute considera prioritaria l'assistenza sanitaria di base intesa ad educare le popolazioni affinché siano esse stesse a decidere del loro destino.

La presenza di persone tanto autorevoli, mi spinge ad una digressione. Sino ad oggi — e mi rivolgo al Ministro On. Andreotti ed al Ministro plenipotenziario Salleo — la salute è stata considerata come qualcosa di costoso, un settore di consumo, mai come parte integrante dello sviluppo. Vi invito a venire con me in Africa, in Asia ed in molti paesi dell'America Latina; e vi chiedo: ((Pensate si possa avere sviluppo, quando metà dei villaggi sono afflitti da malattie di ogni genere?)). Credo, dunque, sia importante che nel concetto di salute convergano tutti i settori dello sviluppo. In altri termini, la salute deve far parte dello sviluppo socio-economico.

Non ritorno al concetto di sviluppo spirituale, di cui ho già detto. È chiaro che

l'energia delle persone resta il fattore più importante, e l'energia non viene da cose morte. Il petrolio è importante, ma l'energia dell'uomo resta la parte più importante dello sviluppo. Senza l'energia dell'uomo, si possono stanziare somme enormi per lo sviluppo, applicare le tecnologie più avanzate, ma le cose non cambieranno. Non si avrà sviluppo, senza la mobilitazione di tutta l'energia fisica, spirituale e sociale dello sviluppo. La salute contribuisce allo sviluppo e ne beneficia. Di qui la necessità di dare priorità all'istruzione. Subito dopo viene l'alimentazione e, in terzo luogo, servizi igienici ed acqua. Sebbene non si tratti di tre priorità propriamente sanitarie, esse sono fondamentali e vitali per assicurare la sopravvivenza.

In Africa compiamo cose straordinarie e sensazionali. Certo possiamo salvare i bambini, ma come salvarli lasciandoli nella miseria? È questo che vogliamo fare come uomini e come cristiani. Penso di no.

Ecco perché credo che il concetto di salute sia di far sì che le famiglie e le comunità sopravvivano non in condizioni di miseria, ma siano poste in grado di sviluppare le loro potenzialità ed escano dalla povertà.

Non possiamo, nella storia dello sviluppo, retrocedere di 40 anni, compiendo azioni vistose, ma dagli effetti trascurabili. Se vogliamo risolvere i problemi dello sviluppo in modo serio, dobbiamo cominciare dalla promozione della salute nelle fasi della prevenzione della malattie, della cura e della riabilitazione.

Penso che anche in questa sala non manchino persone scettiche, poiché l'Italia non sarà diversa da altri paesi in-

dustrializzati dove si sente ripetere che il progetto salute per tutti è un'utopia. Di fronte a questo cinismo, si può fare ben poco per l'attuazione di un progetto impostato sulla persona umana. Ma sono convinto che se qualcuno dei presenti è disposto a prendere l'aereo o l'elicottero ed a trasferirsi, per esempio, in qualunque zona dell'Africa, dell'Asia, dell'America Latina con l'intento, poniamo, di cambiare una determinata situazione sanitaria o di sviluppo nell'arco di cinque anni, credete forse che sogni l'impossibile, e non invece una cosa del tutto fattibile?

Alcuni di noi, in realtà, hanno lavorato in condizioni impossibili, ma sappiamo che il contributo unitario di energia umana, spirituale e intellettuale può compiere miracoli. Per questo, nel progetto salute per tutti *nell'anno 2000*, abbiamo messo l'accento sull'importanza di una effettiva volontà politica nazionale espressa in modo tale che, quando i responsabili degli Stati Membri tornano a casa, dopo aver pronunciato discorsi altisonanti in assemblee mondiali, passino ad attuare quanto hanno detto nell'ambito dell'OMS. È questa la cosa più difficile, poiché altra cosa è predicare a Ginevra in sede OMS, altra cosa affrontare la realtà politica del proprio paese. A livello governativo, è necessario l'impegno di tutti per sostenere le persone, aiutarle a tradurre nelle realtà nazionali le politiche collettive.

E come inciso, alla presenza di Mgr. Angelini, dico che parlavo sinceramente poco fa quando mi riferivo ai «miracoli». Credo che possiamo asserire questo di tutte le organizzazioni ecclesiali.

Qui siamo di diverse for-

mazioni: alcuni siamo dei paesi nordici, quindi di formazione protestante; altri da paesi diversi e forse hanno formazione cattolica. Ma penso che tutti noi, di qualsiasi formazione siamo, ci rendiamo conto che queste e i loro operatori sanitari, hanno fatto dei «miracoli» di cui possiamo contare a decine di migliaia gli esempi, lavorando in condizioni impossibili e con scarsissimi mezzi finanziari.

Hanno dimostrato che quando si ha una valida motivazione, si può allora operare il «miracolo».

Chiunque conosca la dottrina sull'esistenza sanitaria di base ne risconterà l'affinità con l'operato delle organizzazioni ecclesiali.

Credo che se continueremo ad avere fiducia nell'uomo e se abbandoneremo ogni atteggiamento di indifferenza e cinismo in questo mondo attraversato da aridità, riusciremo a mobilitare l'energia necessaria per cambiare il mondo.

Vorrei concludere ricordando che, 25 anni fa, ho avuto l'onore di lavorare a Roma, presso l'Istituto Carlo Forlanini, dove venne organizzato uno dei primi corsi internazionali sulla tubercolosi. È per me un onore ritrovarmi a Roma e credo che con il Governo italiano, le organizzazioni non-governative ed anche la Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori sanitari, avremo nuove possibilità di lavorare insieme per mobilitare ogni tipo di energia sociale, fisica, spirituale ed intellettuale di cui è largamente ricca l'Italia. Sono sicuro che noi e i nostri amici nei paesi in via di sviluppo saremo sostenuti da un grande spirito di iniziativa.

Una cosa, tuttavia, dob-

biamo evitare: lo sviluppo non può essere ottenuto per procura. Il sostegno ai nostri amici deve mirare ad aiutarli a raggiungere l'autosufficienza, a farsi protagonisti del loro sviluppo. Non si danno accorciatoie per lo sviluppo. Credo che molti di noi — ed io appartengo a questa categoria — abbiamo in passato commesso l'errore di illuderci di poter attuare lo sviluppo per conto altrui, anziché mettere questi paesi nella condizione di raggiungere da soli il loro sviluppo. Sono convinto che, con le prospettive positive esistenti in Italia nel campo della cooperazione internazionale sanitaria, si possa fare molto. Le possibilità di andare avanti sono enormi.

Mons. Angelini, sia nell'incontro di ieri sera che in quello odierno, ha più volte ribadito la necessità di umanizzare la medicina. Scienza e tecnica sono importanti in medicina, ma devono saldarsi al cuore. La sfida che sta davanti ad ogni paese europeo, compresa l'Italia, è di recuperare un'impostazione umanitaria della medicina affermando il concetto di medicina per la salute. Auspico che nel 2000 avremo più cattedre della salute che di medicina. Alcune facoltà già sono state istituite in due paesi europei. Sono facoltà sanitarie con docenti illuminati, consapevoli che non basta la medicina a migliorare la qualità della salute.

Se, ad esempio, guardiamo all'Italia ed alla sua collaborazione con i paesi in via di sviluppo, registriamo risultati positivi. Basti pensare ai programmi congiunti per i farmaci essenziali. Inutile dire quanto sia rivoluzionario per un medico — me compreso — il concetto di farma-

ci essenziali. Spero che voi tutti seguitate al riguardo i lavori di gruppo di esperti dell'OMS.

Se non foste d'accordo, ancora una volta vi prego di comunicarlo all'OMS. Sappiamo che con poche centinaia di farmaci essenziali possiamo risolvere il 95% dei problemi dei paesi in via di sviluppo.

Sappiamo anche di poter ottenere questi farmaci essenziali con una spesa inferiore ad un dollaro procapite. Ma, in primo luogo, dobbiamo raggiungere una perfetta collaborazione tra le organizzazioni interessate.

Vorrei cogliere l'occasione per esprimere la mia più profonda gratitudine per il crescente impegno dell'Italia nella linea della cooperazione con l'OMS, sia nel settore governativo che in quello non-governativo.

DR. HALFDAN MALHER

Direttore Generale dell'O.M.S.

Istituto Superiore di Sanità (Roma) in occasione del Convegno su «Cooperazione sanitaria italiana coi Paesi in via di sviluppo» 20.3.1986

PHILLIREA.





Gesù tra gli infermi. E la Chiesa?

Di Gesù presente tra gli infermi, il Vangelo ci offre una testimonianza ricchissima. Il comportamento del Signore, oltre che efficace, è anche emblematico di ciò che la Chiesa è chiamata ad operare per assolvere la sua missione. È sufficiente annotare tre aspetti: l'atteggiamento di Gesù, il segno-significato delle guarigioni da lui compiute, la sua presenza tra i poveri e i malati.

È abituale, nel Vangelo, vedere Gesù circondato dagli infermi: zoppi, sordi, ciechi, paralitici, lebbrosi, muti, dementi (Mt 11, 5; 12, 22; 9, 33; Mc 7, 32; 9, 14, 29). Il Vangelo precisa che Cristo percorreva tutta la Galilea, insegnando e sanando ogni infermità e sofferenza... La folla ne era ammirata, ed

esclamava: «Ha fatto bene ogni cosa: ha dato l'udito ai sordi, la parola ai muti». (Mc 7, 37)

Le guarigioni operate da Gesù hanno sempre un valore di «segno»: la guarigione è un segno messianico associato all'annuncio del Regno. Tale indole di «segno» è costante nel Vangelo: — quando Gesù espelle i demoni, il segno è quello della sua vittoria su Satana (Mc 1, 23; 5, 1; Lc 8, 2); — quando moltiplica i pani (Gv 6), lo fa per anticiparci l'idea del vero Pane: «Io sono pane venuto dal cielo»; — quando guarisce i ciechi, è per indicare che Egli è la luce che illumina (Gv 9, 1; 1, 9); — facendo risorgere Lazzaro (Gv 11), afferma di essere la risurrezione e la vita.

La presenza di Gesù tra gli infermi, infine, è esempio da imitare: «Ciò che avrete fatto ad uno dei miei fratelli più piccoli, lo avrete fatto a me» (Mt 25, 40); «Neppure un bicchier d'acqua resterà senza ricompensa» (Mt 10, 42); «Venite, benedetti dal Padre mio, poiché avevo fame, ecc.» (Mt 25).

La presenza della Chiesa tra gli infermi. Si possono, al riguardo, sottolineare alcuni particolari aspetti: l'esplicito mandato ricevuto da Cristo; il valore apologetico dell'attività caritativa della Chiesa; il dato storico della sollecitudine della Chiesa per i sofferenti; l'atteggiamento della Chiesa, oggi; la missione della Chiesa; alcuni eventi significativi del nostro tempo.

La Chiesa ha ricevuto da Cristo un esplicito mandato. La Chiesa è sacramento di Cristo, continuatrice della sua opera salvifica; dal Signore ha ricevuto una missione universale. «Andate, insegnate a tutte le genti...» (Mt 28, 19, 20). Tale mandato prende corpo in campo sani-

rio in questi termini: convocò i Dodici e diede loro potere e autorità sui demoni e per guarire le infermità. Li inviò a predicare il Regno ed a ridare la salute agli infermi. (Mt 10, 1; Lc 9, 1). I Dodici partirono ed ovunque predicarono il Vangelo ed operarono guarigioni (Lc 9, 6): cacciarono molti demoni, unsero con olio molti infermi e li curarono (Mc 6, 13).

È questo lo spirito che deve animare le comunità ecclesiali, soprattutto quanti sono a diretto contatto con i luoghi di sofferenza e di cura.

L'attività caritativa della Chiesa ha una funzione apologetica. Ai messi del Battista, Cristo risponde attraverso le sue opere: «Dite a Giovanni ciò che avete visto e udito: i ciechi vedono, gli zoppi camminano...» (Lc 7, 22). Parlando di Lui, la folla guardava al suo operato: «Ha fatto bene ogni cosa».

Anche la testimonianza della Chiesa primitiva discende dalle opere: ((Guardate come si amano)).

Il dato storico conferma che la Chiesa è stata all'avanguardia nell'essere presente tra quanti sono nel bisogno. Si deve alla Chiesa la prima organizzazione sanitaria, con la creazione di ospedali, ospizi, luoghi di cura e di assistenza per ammalati ed orfani.

Concili e Sinodi — come quelli di Cartagine (309 d. Cr.) e di Tours (567 d. Cr.), ordinarono di costruire, vicino alle chiese, luoghi di accoglienza per poter assistere bisognosi, infermi, vedove.

San Basilio, vescovo di Cesarea di Cappadocia, intorno al 370 d. Cr., creò un complesso chiamato «Basiliade»: una vera e propria istituzione ospedaliera con infermeria, reparto per rifugiati, ospedale, lebbrosario. In questo periodo sorgono diverse forme

ospedaliero: lo xenodochio (ospizio destinato ad accogliere pellegrini, viandanti ed esiliati); il nosocomio (ospedale); l'orfanotrofio (per bimbi orfani); il gerontocomio (ospizio per anziani). Nel quarto secolo già era efficiente tale sistema ospedaliero. San Benedetto, nel capitolo LIII della sua Regola, prescrive: «Si abbia maggior cura nell'accogliere i poveri, poiché in loro si accoglie Cristo in maniera più particolare che non nei ricchi e nei potenti».

In questo periodo, meritano apprezzamento le infermiere dei monasteri e la «Campanella per gli smarriti», destinata a raccogliere i pellegrini sperduti per i boschi.

Santi come San Ferdinando, San Luigi re di Francia, Carlo Borromeo, Giovanni di Dio, Camillo de Lellis, Vincenzo de Paoli; istituzioni a favore degli infermi, come quelle dei Ministri ospedalieri di San Giovanni di Dio, le Sorelle della Carità, le Suore dei Poveri, di Sant'Anna, le Suore infermiere del Sacro Cuore di Gesù e molte altre, rappresentavano, all'interno della Chiesa, una testimonianza viva.

Quale maggiore merito può presentare la storia umana, quali iniziativa più convincente se non quella che, sull'esempio di Cristo, continua nella Chiesa? Nessun'altra religione è in grado di presentare fatti che parlino con tanta chiarezza e persuasività.

Quale atteggiamento della Chiesa oggi? Ci si potrebbe chiedere: la Chiesa che ha assolto così bene funzioni di supplenza quando lo Stato non era in grado di soddisfarle, ora che tali funzioni sono state assunte dalla società civile, non può forse

correre il rischio di una presenza spiritualmente meno ricca, meno dinamica, meno trascinate? Ha sempre una forza adeguata di proposte? Come è sentita la presenza della Chiesa nel mondo del lavoro, dei giovani, della scuola? Quali problemi ci interpellano pastoralmente in campo sanitario poiché creano tra la gente smarrimento, inquietudine, insicurezza e persino sfiducia nelle istituzioni?

Uno dei compiti pastorali della Chiesa è di illuminare, con la sua presenza, i grandi interrogativi che l'uomo oggi si pone nei diversi campi della vita associata. In campo sanitario, come non rilevare il progresso della tecnica, il suo sviluppo sempre più vorticoso ed il suo influsso sulle persone? Dov'è la Chiesa, quale la sua influenza, la sua guida illuminante? Non dobbiamo permettere che non resti, come deve essere per sua natura, un settore peculiare di vasta, profonda e fruttuosa evangelizzazione.

Per *missione*, la Chiesa, serve e continuatrice dell'opera di Cristo, tra gli infermi, deve essere fedele a questo servizio: deve aiutare il malato, cercare di dare un senso alla vita di chi soffre («C'è tra voi chi è infermo», Gc 5, 14). La Chiesa deve contribuire alla creazione di condizioni che aiutino a vivere, deve denunciare ogni attentato alla vita, privilegiare i valori della comprensione, dell'ascolto, del servizio, dell'amore.

Una Chiesa che voglia essere presenza di Gesù, deve essere testimone del suo amore, della sua vita e della sua azione salvifica, e tutto questo con grande fedeltà allo Spirito, al nucleo del messaggio evangelico, con attenzione ai segni dei tempi. E proprio essendo fedele a ciò

può illuminare la realtà, integrare i valori, essere umile e accanto ai poveri.

Senza ignorare i suddetti interrogativi e pur consapevoli di alcune carenze della presenza della Chiesa oggi, è doveroso sottolineare lo sforzo in atto, in questi ultimi anni, in campo sanitario, all'interno della Chiesa: sia da parte di istituti religiosi ospedalieri e di associazioni, sia con la creazione di organismi diocesani e nazionali di pastorale sanitaria, senza dire della ricca produzione bibliografica in materia, ecc.

Speciale risalto e significato assume la presenza stessa del Papa in questi ultimi anni, specialmente di Giovanni Paolo II che ha vissuto personalmente un'esperienza così carica di dolore e di sofferenza, a seguito dell'attentato. Un'esperienza che lo ha ancor più avvicinato a quanti soffrono. Lo stesso Santo Padre ha offerto in dono alla Chiesa una profonda meditazione sul dolore con la Lettera apostolica «Salvifici doloris»; egli ha intuito che la Chiesa deve consolidare ed «aggiornare» questa presenza nel mondo della sanità e della salute. A tale scopo ha istituito la Pontificia Commissione per la Pastorale degli operatori sanitari. E tutto questo perché la Chiesa deve imitare Cristo, così vicino all'uomo che soffre; deve far sentire la sua presenza di fronte ai grandi interrogativi che la medicina pone all'uomo di oggi. Presenza animatrice, coordinatrice, dal momento che l'iniziativa individuale — afferma il Papa — non è sufficiente. Occorre un lavoro solidale, intelligente, programmato, costante e generoso: esso faciliterà un miglior annuncio del Vangelo.

JOSÉ L. REDRADO, OH



la missione della Chiesa nel mondo della salute

aspetti pastorali, etici e politici

Introduzione

Come vedete dal titolo, il mio intervento va oltre l'argomento dell'Ospedale Cattolico. Vuole essere un invito a riflettere sull'orizzonte più ampio della missione della Chiesa nel quale esso si situa e va compreso.

Dovendo tener presente la situazione internazionale e disponendo soltanto di 15 minuti, con il solo scopo di avviare il dialogo, mi terrò

necessariamente sul generale, tentando di non essere generico. Cercherò di chiamare l'attenzione su alcuni punti che ritengo essenziali per i lavori di questa mattina.

Missione della Chiesa

In primo luogo deve essere chiaro il diritto e il dovere della Chiesa di essere presente nel mondo della salute, se vuole essere fedele alla missione ricevuta da Cristo: "Predicate il Vangelo, curate gli infermi".

Cristo è venuto perché l'uomo abbia la vita e possa vivere in pienezza (cf. Gv. 10, 10). Che la sua missione non si dovesse limitare alla sfera spirituale è evidente nelle pagine del Vangelo, dove appare sempre circondato da una folla di malati di ogni genere. "Gesù andava attorno per tutte le città e i villaggi... predicando la buona novella del Regno, e sanando ogni malattia e infermità" (Mt 9, 35). Anzi, la cura dei malati costituiva un segno della sua messianicità (cf. Mt 11, 3-5).

Perciò, anche se non sempre ha saputo sfruttare tutta la forza di salvezza racchiusa nella sua missione, la Chiesa ha sempre rivendicato il servizio all'uomo infermo come suo preciso dovere e diritto inalienabile (AA 8c).

Nuove sfide

Nel mondo della sofferenza la Chiesa ha voluto sempre essere la luce di Cristo che illumina e l'espressione dell'amore di Dio che apre i cuori alla speranza.

Oggi la Chiesa si trova dinanzi ad una realtà profondamente cambiata, divenuta grande e complessa, che ben merita il nome di mondo della salute. Se il mondo della salute è sempre stato lo spec-

COTOGNO.



chio della società, oggi lo è più che mai e continua a porre alla Chiesa nuove sfide che essa non può assolutamente affrontare con metodi antichi.

Con il progresso scientifico e tecnologico, è cresciuta nell'uomo la coscienza del suo potere anche sulla vita e sulla morte. Quello che una volta era lasciato alla Provvidenza, al destino e alla religione, oggi la società lo assume come suo compito primordiale. Vivere e sfruttare tutte le opportunità che una vita sana può offrire sembra costituire l'aspirazione suprema dell'uomo d'oggi. Tutto è finalizzato a curare la propria salute e a mantenersi in forma, per essere efficienti e godere del benessere. Le scoperte nei diversi campi del sapere e ingenti risorse economiche sono messe a servizio della salute. I luoghi di cura sono divenuti posti avanzati della scienza e della tecnologia. Un po' dovunque lo Stato va assumendo, come suo diritto e suo dovere, la cura della salute dei cittadini, con i limiti che tutti sappiamo.

Così la Chiesa ha perso il suo ruolo di protagonista della salute e rischia di perdere anche la sua missione evangelizzatrice se non adotta nuove forme di presenza in questo vasto settore della società, più consone con la nuova realtà.

Essere presenti

Nel suo ruolo specifico di annunciatrice della Parola di Dio e portatrice della salvezza di Cristo a tutta la società, la Chiesa deve estendere la sua presenza oltre quella tradizionale delle opere assistenziali proprie e proclamare, e possibilmente costruire, il Regno di Dio entro e dal di dentro di tutto il grande e

complesso mondo della salute.

Per arrivare alle coscienze delle persone che li svolgono la propria attività, non sono sufficienti interventi sporadici, da "out-sider". In questo mondo in cui si procede per metodo sperimentale, difficilmente saranno recepiti orientamenti che partono dal di fuori, dettati da principi filosofici e religiosi. È soltanto a partire dalla realtà che li si vive, dalla conoscenza del contesto socio-culturale e delle grandi linee che presiedono al progresso e influenzano l'ethos del mondo della salute, che si può inserire il messaggio evangelico che tutto illumina e trasforma, che rischiarla le coscienze, che interPELLA e converte.

È solo così che la Chiesa, nella sua missione evangelizzatrice, può essere coscienza critica nella comunità sanitaria, farsi difesa dell'uomo e promotrice dei valori umani e della qualità di vita.

Impegno sociale dei laici

Tutto ciò non è possibile senza un impegno sociale e politico dei laici cattolici. Un grande male denunciato dal concilio Vaticano II è il divorzio tra la pratica religiosa e la vita, ossia la privatizzazione del cristianesimo, che in certi paesi arriva al culmine di permettere ai dittatori di eliminare innocenti e allo stesso tempo recitare devotamente il rosario, credendo magari di prestare un servizio a Dio.

Di qui l'urgenza di una evangelizzazione del vero cristianesimo, che vada al fondo del cuore dell'uomo, che lo apra non solo a Dio ma anche al prossimo, che non stacchi mai la religione dalla vita, dai valori umani, dalla solidarietà con il popolo, che

LOTO D'AFRICA.



faccia assumere tutte le implicazioni sociali e politiche della fede.

Una Chiesa che si alienasse dalla problematica della società perderebbe il suo ruolo di orientamento. Le sue battaglie per la vita sarebbero perse in partenza, osteggiate dagli stessi cattolici.

Soltanto la presenza di cristiani lucidi e coerenti può impedire che il mondo diventi una società-laboratorio, dove impera il narcisismo, la ricerca di prestigio e di godimento e dove la persona che non produce e non consuma è emarginata.

Dimensione etica

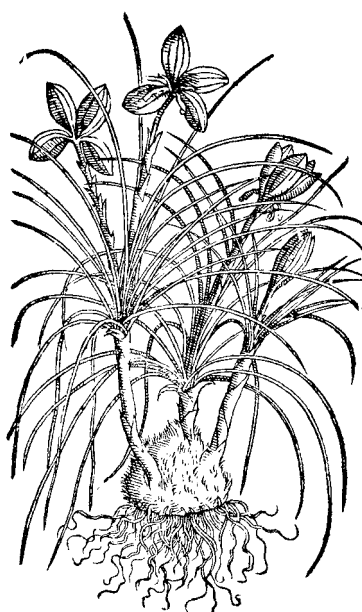
Il campo della salute è il luogo dove avvengono i fatti decisivi per la vita dell'uomo, dove si nasce e si muore, dove si vivono esperienze che segnano fortemente il corpo e lo spirito e determinano svolte profonde nel genere di vita in società e spesso negli atteggiamenti psichici e spirituali delle persone. Lì è pure il luogo dove i problemi etici e morali si pongono in forma più acuta, urgente e sempre nuova, dal momento che il progresso della scienza e della tecnica mette a disposizione dell'uomo nuove possibilità sia per vivere sia per morire, sia per prolungare una vita con accanimento terapeutico, sia per interromperla al suo nascere, sia per impedire il concepimento, sia per ottenerlo a qualunque costo.

Una tentazione difficile da vincere è quella di dettare norme a partire da principi che sono evidenti solo per chi ha una visione di fede. Non si costruisce un edificio a partire dal terzo piano. C'è tutto un lavoro di scavo per arrivare in fondo al cuore, alla roccia ferma dell'io profondo, dove l'uomo si trova

S E N A



CROCO FIORITO.



solo con il suo Creatore e dove decide il suo destino.

Solo quando l'uomo si situa con una visione vera e un atteggiamento libero e responsabile nel suo rapporto con Dio e con gli altri, è possibile un discorso su punti particolari di etica professionale, medica o meno.

D'altra parte non si può fare a meno di tutto l'apporto delle scienze umane, della cultura tipica e soprattutto dell'ethos del mondo della salute, della verità dell'uomo (non soltanto della verità sull'uomo).

In una società pluralista che si incontra e si confronta nel crocevia della salute, il dialogo interdisciplinare che tenga conto dei diversi concetti dell'uomo e del suo destino è la migliore via per gettare la luce del Cristo su tutta la problematica umana che scoppia intorno alla vita e alla salute.

Ma è tutta la visione e l'atteggiamento della società nel suo vivere quotidiano che prepara l'uomo ad affrontare i problemi che si pongono in forma drammatica quando la vita è in pericolo. Di qui la necessità di tutta una evangelizzazione che non si limiti alle mura dell'ospedale. L'uomo deve imparare come vivere e come morire in modo umano e cristiano ancora prima di varcare le soglie del luogo di cura.

Implicazioni politiche

Come conseguenza dello sviluppo della medicina e della presa di coscienza del diritto del cittadino all'assistenza sanitaria, il mondo della salute è diventato parte essenziale della politica di una nazione, con tutti i vantaggi e con tutti gli svantaggi che ciò può significare.

Se la civiltà di un popolo si misura dal suo atteggiamento

verso i più deboli, possiamo dire che la politica della salute è il metro più adeguato per misurare tale atteggiamento. La mortalità infantile, la cura verso gli handicappati e gli anziani, la media di vita sono tutti indici che parlano più forte di tutti i discorsi dei dittatori del mondo.

Senza una politica globale ispirata ai valori umani, a niente servono le realizzazioni sporadiche, anche se eccellenti. In un paese del terzo mondo il cui governo dittatoriale faceva professione di fede cristiana ma non esitava a far scomparire gli avversari politici, c'era — finanziata dal regime — una istituzione per minorati tra le più riuscite del mondo, che lasciava di stucco i visitatori e gli specialisti di altre nazioni. Era una mostra permanente del contrario di ciò che esisteva nella nazione.

Una politica ispirata ai valori umani e cristiani si propone in primo luogo la salute per tutti. Quello che si vede in genere è l'applicazione delle risorse nel senso inverso delle necessità.

Soprattutto nei paesi del terzo mondo, i bisogni in materia di salute possono essere così schematizzati:

80% necessità di cure primarie (negli ambulatori e dispensari),

15% di cure secondarie (nei luoghi di cura generali),

5% di cure terziarie (nei luoghi di cura di alta specializzazione).

Le risorse invece vengono così applicate; l'80% per cure terziarie e il 5% per cure primarie, invertendo in tal modo la piramide delle necessità del popolo.

Si può anche dire che in molti paesi sono più numerosi i medici (forse anche cattolici) dove c'è il denaro che dove sono i malati.

È una vergogna che in molte parti del mondo si continui a soffrire e a morire di malattie da molto debellate dalla scienza; che si continui a soffrire e morire per mancanza di cibo e medicinali, quando somme ingenti di risorse economiche sono spese per fabbricare strumenti di morte, armi di ogni genere, che arrivano, quelle sì, in abbondanza ai paesi della fame.

Un paese entra in via di sottosviluppo umano e cristiano quando alla politica del bene comune nel mondo della salute subentra la politica partitaria. Allora i luoghi di cura per i malati diventano luoghi di guadagno e clientela politica per sani. Si perde la nozione dello scopo del servizio sanitario e si assumono (o si fanno assumere) operatori sanitari senza alcu-



na vocazione per questo servizio eminentemente umano, che esige intelligenza ed esige cuore. Di conseguenza succede negli ospedali quello che si vede e qualcos'altro che non si vede.

Certo, ci sono anche altri motivi del degrado del servizio nel mondo della salute, non ultimo la meschinità con cui regimi di prestigio pagano il personale ospedaliero e passano all'amministrazione ospedaliera, soprattutto di ospedali di beneficenza, quanto devono.

Ecco alcuni aspetti politici che rendono difficile la missione della Chiesa e delle sue

opere; aspetti che si aggravano enormemente quando i regimi politici sono ostili alla religione cristiana, quando impongono leggi cui l'operatore sanitario in coscienza non può obbedire.

Dimensione sacramentale

L'evangelizzazione soltanto è completa quando la vita di fede, vissuta nell'amore e nella speranza, è celebrata nella liturgia. Essa è come il vertice di tutta l'azione pastorale e allo stesso tempo ne costituisce la sorgente di luce e di forza.

Tentazione frequente nella pastorale ospedaliera è trattare i malati come si trattano i fedeli che frequentano le nostre chiese. Se questi costituiscono il 20% della popolazione, l'80% dei malati sono tra quelli che non hanno una pratica religiosa e non sanno cosa siano e a che cosa servano i sacramenti. Data la situazione psicologica dei malati, il proporre in certo modo è già imporre. Il rispetto della libertà del malato è il primo atteggiamento che apre il suo cuore all'azione di Dio.

Nella celebrazione liturgica poi si dovranno evitare due estremi; il voler attuare una liturgia pensata per i sani, come se la stanza di degenza fosse una cattedrale; oppure banalizzare il gesto sacramentale, svuotandolo della sua dimensione comunitaria.

È inoltre da tener presente che i luoghi di cura esigono una preparazione specializzata da parte degli operatori pastorali, che siano capaci di capire la situazione, di comprendere il malato, e che siano creativi.

P. CALISTO VENDRAME

*Superiore Generale
dei Ministri degli Infermi
(Camilliani)*



operatori sanitari polacchi in difesa della dignità umana

Afferma Giovanni Paolo II: «La sofferenza del prossimo, di un altro uomo uguale a me, provoca di solito in chi non soffre un sentimento di disagio. Nasce spontanea la domanda: perché lui, e non io? Non bisogna eludere questa domanda, che è fondamentale espressione di solidarietà umana. Penso che proprio da questo sentimento di solidarietà abbia avuto origine e sviluppo la medicina e l'idea del servizio sanitario fino ai nostri tempi»).

Prosegue il Santo Padre: ((Dobbiamo porci di fronte all'uomo che soffre per riconoscere dinnanzi a lui e, pos-

sibilmente, insieme con lui, tutta la dignità, anzi direi, tutta la maestosità della sofferenza.»

Quale dunque il ruolo degli operatori sanitari nell'affermare la dignità della sofferenza? Certamente, nessun'altra situazione della vita, quale la malattia e la stessa morte, esigono la salvaguardia delle dignità della persona umana. L'assolvimento di tale compito, tuttavia, richiede spazio di libertà per l'operatore sanitario e, nel contempo, impegno della società affinché il servizio sanitario possa avvalersi di efficiente organizzazione e di larghi investimenti. L'uomo debilitato, impedito, spesso non in grado di controllare le proprie principali funzioni fisiologiche ha un particolare bisogno dell'aiuto degli altri. Compito degli operatori sanitari è aiutarlo a conservare la propria dignità, anche nelle fasi più difficili e fino alla morte. Il paziente deve poter avvertire che la sua persona e la sua sofferenza sono per noi destinatari privilegiati del nostro impegno; deve sentirsi amato e rispettato. Non sempre ciò accade nei nostri ospedali ed ambulatori. Anche noi operatori sanitari siamo il prodotto dei tempi che hanno generato l'attuale società. Può accadere che la nostra stessa dignità sia soffocata dal rigore del sistema, dalla burocrazia, da chi sta sopra di noi, da finalità di lucro, da insufficienze personali. Stremati come tutti dai meccanismi quotidiani che affliggono ogni cittadino (code per gli acquisti, inadeguatezza dei trasporti, lentezza degli uffici amministrativi dove ciascuno è un numero), arriviamo già stanchi sul luogo di lavoro e tendiamo a riversare sugli altri le frustrazioni che avvertiamo. Non ri-

spettati, tendiamo a non rispettare gli altri. Awiene, così, che nei nostri ambulatori trattiamo i pazienti come anche noi siamo stati trattati, e non per cattiva volontà, ma per stanchezza, sfiducia e paralizzante senso di impotenza. Ovviamente può anche accadere che tra noi ci siano persone non adatte al nostro lavoro. Ci riferiamo a quanti non amano la gente e provano ripugnanza verso i malati. È molto difficile insegnare a qualcuno la simpatia o addirittura l'amore verso un'altra persona, ma da ognuno si può esigere il rispetto per il prossimo ed un retto atteggiamento verso la persona amata. Al riguardo può essere decisivo l'esempio dato, nei nostri ambienti, dal primario, dalle sorelle infermiere e dai colleghi.

Ai problemi suelencati deve aggiungersi l'inadeguatezza delle nostre strutture sanitarie: insufficienza di locali idonei, di attrezzature, strumenti, medicinali, biancheria, materiale per medicazioni, ecc. La scarsità di posti letto negli ospedali provoca spesso tragedie e dolorose controversie e persino dilemmi morali. Molte volte accade che un malato, dovendo restare in ospedale più a lungo di quanto necessario, ostacoli l'ingresso di un caso urgente e prolunghi la sosta in corsia del paziente accettato in eccedenza, provocando l'ennesimo rimprovero del primario al medico di turno. I malati che si affollano davanti agli ambulatori, i malati sistemati su letti aggiunti precariamente, i malati che mangiano in discutibili condizioni sanitarie per mancanza di personale addetto alle pulizie, sono fenomeni quotidiani e avvilenti. Nasce, allora, negli operatori sanitari una indifferenza da assuefa-

zione, che poi si trasforma in aggressività che non ha come oggetto i responsabili di questa situazione, ma i pazienti.

Indifferenza verso i malati

Le conferme sono fenomeno quotidiano: l'infermiera che amministra il farmaco senza rivolgersi all'infermo; l'impiegato dell'accettazione e il medico che respingono la richiesta perché il paziente è di altra circoscrizione o perché reputano tale compito non di loro competenza. I pazienti che, in cerca di una informazione adeguata, vagano da un ufficio all'altro, sempre più irritati, stanchi e sgomenti, senza che la loro condizione provochi interesse di chicchessia. Ogni giorno incontriamo nei labirinti ospedalieri o negli ambulatori persone anziane sperdute nella vana ricerca di un ufficio, di uno studio. È raro che qualcuno indichi loro la strada o che li accompagni alla porta giusta. Le domande dei pazienti sono spesso evase con un'alzata di spalle o con un gesto liquidatore.

Ha ricordato il Papa: «L'uomo contemporaneo è minacciato dalla insensibilità spirituale e persino dalla morte della coscienza. La morte della coscienza è più profonda del peccato; essa è l'uccisione della coscienza del peccato»).

La generale insensibilità è spesso accompagnata dal mancato rispetto del segreto professionale. Il concetto di segreto medico, noto sin dai tempi di Ippocrate, e componente essenziale del concetto cristiano di diritti inviolabili della persona umana, viene spesso compromesso a causa della superficialità e della avventatezza. Talvolta sono le stesse disposizioni ammini-

strative ad essere in contrasto con la legge che garantisce il segreto: eccessiva facilità di decodificare i numeri statistici indicati sui certificati medici; rilascio di certificati su semplice richiesta amministrativa; informazioni attinenti ai pazienti rilasciate senza il consenso dei sanitari agli inquirenti, ecc. Il segreto è infranto anche quando gli operatori sanitari parlano ad alta voce delle condizioni dei malati in presenza di terzi, di testimoni, o rivolgono al paziente, nel compilare l'anamnesi, domande intime senza curarsi di chi sta ad ascoltare.

Morte e dignità della persona umana

Le condizioni familiari e sociali, una eccessiva fiducia nella possibilità della guarigione, una sorta di «negazione della morte» fanno sì che la maggioranza delle persone non muoia nel proprio ambiente familiare, circondate dai loro cari, bensì in reparti anonimi o addirittura nei corridoi degli ospedali. L'inefficacia della terapia induce sovente nel medico e negli operatori sanitari la tendenza a sfuggire il paziente in fin di vita, ad evitarlo, con il pretesto che la loro presenza è necessaria ed utile accanto a chi può ancora guarire. Il paziente si sente abbandonato e sperimenta una dolorosissima solitudine.

I medici che hanno studiato la psicologia dei morenti sanno bene che molti di questi desiderano conoscere la reale condizione in cui versano; presa coscienza della morte ineluttabile, non hanno altro conforto che nell'essere circondati da persone amorevoli. È importante la presenza di un medico che disponga di un po' di tempo, di

un'infermiera affettuosa, di una portantina che abbia tatto e delicatezza, del sacerdote che rechi il conforto religioso e accenda la speranza. Troppo spesso accade che il trasferimento del malato nella stanza ben nota a tutti o l'apertura del paravento equivalgano alla lettura di una sentenza di morte, alla quale forse è anche rassegnato o lo sarebbe, se essa non fosse accompagnata dalla condanna all'abbandono, alla solitudine, al disinteresse altrui ed alla interruzione di un aiuto e di un sollievo alle sue sofferenze.

Mentre si intraprendono tentativi anche eroici per salvare singoli organi ed arti, non possiamo trascurare l'integralità dell'essere umano, il suo corpo e la sua anima. Senza dubbio si ricordano di questa verità coloro che consentono contatti praticamente illimitati dei malati con i rispettivi familiari. E bisogna riconoscere che ciò si verifica in maniera crescente.

Diritti del medico e diritti del malato

Talvolta i medici pretendono di poter esercitare sul malato un dominio egemone, fino a privarlo del diritto all'autodeterminazione. È questo un problema complesso, ma sottovalutare il diritto fondamentale della persona umana all'autodeterminazione può aprire la strada a sperimentazioni sul malato ambigue e pericolose. Nei paesi industrializzati ad alta tecnologia, si parla sempre più frequentemente di disumanizzazione della medicina, allorché soprattutto il rapporto del medico con il malato viene trasferito dal medico al computer o ad altra macchina. Anche la più sofisticata attrezzatura è soltanto un mezzo nelle mani

del medico e non prende in considerazione né la psiche del paziente, né la sua dignità.

Si potrebbe pensare che da noi, in Polonia, la mancanza di un alto grado di tecnologia consenta all'intuito ed alla perizia del medico di formulare una diagnosi e di fissare una cura tenendo conto delle reali condizioni fisiche e psicologiche dell'infermo. In altre parole, privilegiando il contatto diretto medico-malato, operatore sanitario-malato, avremmo una medicina più umana. La situazione concreta sopra descritta non lascia adito a illusione, ed è necessaria un'azione energica per modificarla.

Se intorno a noi la dignità umana viene calpestata, noi, cui è stata affidata la tutela dell'uomo malato, della sua salute, della sua vita e della sua morte, dobbiamo difendere e salvaguardare questa dignità. L'uomo che si rivolge a noi, oltre che essere posto in grado di ricevere le prestazioni possibilmente più qualificate, dovrebbe sentirsi circondato da affettuosa cura, da simpatia e da rispetto.

Testimonianza all'ammalato

Lasciandoci, il malato dovrebbe sentirsi quello che veramente è: una persona umana creata ad immagine e somiglianza con Dio.

Quali vie, a nostro avviso, potrebbero portare a un miglioramento della situazione? La cosa più urgente ed importante è di formare le persone meno sensibili e quanti si apprestano a divenire operatori sanitari sul significato della dignità umana e quale deve essere il comportamento per non calpestarla.

È necessario un modello di comportamento quotidiano. Esempi cui guardare sono

quei medici e quelle infermiere di grande autorità professionale e prestigio morale che, spesso, formano una vera scuola di deontologia medica. È noto che laddove il primario e il direttore dell'ambulatorio o della clinica sono persone di esemplare comportamento, la dignità del malato ed il rispetto dei principi etici essenziali — indipendentemente dalle condizioni oggettive — vengono salvaguardati. In tali luoghi il bene del malato è considerato prioritario, il suo interesse sempre più importante di quello del medico, della scienza e persino della società. Il bene della persona umana non può essere subordinato a nulla, tanto meno a interessi di gruppi, a pressioni politiche o di altro genere.

È proprio l'esistenza di persone o gruppi di persone all'altezza della loro missione a far sì che i malati nutrano fiducia nei medici e negli operatori sanitari, malgrado il generale scadimento di valori morali.

Purtroppo permane il dubbio, non infondato, che non siano e che non saranno queste persone a decidere dell'indirizzo del nostro servizio sanitario, e ciò per diverse ra-

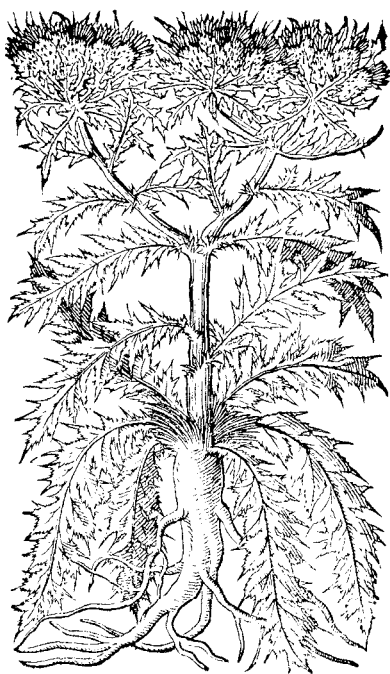
gioni, solitamente di natura politica.

Un esempio ammirevole di idonea assistenza sanitaria è offerto da sempre dalle religiose. Quante sono impegnate nel servizio agli infermi hanno finito per imporre uno stile di comportamento creando un'atmosfera quanto mai proficua per le giovani apprendiste infermiere. Dove sono presenti le suore, medici e personale sanitario si guardano da atteggiamenti scorretti o irrispettosi. Quando le suore dovettero ritirarsi, si è verificato il cambiamento descritto. Una nuova immisione delle religiose, dei religiosi nei luoghi di assistenza e di cura, negli ambulatori, in mezzo al personale laico, potrebbe gettare nuovamente le basi per una più idonea assistenza sanitaria, intesa alla salvaguardia ed alla promozione della dignità umana.

Infine, occorre ribadire la necessità di uno sforzo personale. Forse sono poche le persone vicine al ((Movimento per la Civiltà dell'Amore)), che possano influire sulla elaborazione dei programmi di studio per infermiere e medici, sulla formulazione delle leggi e della normativa amministrativa. Ognuno di noi, invece, può operare nel microcosmo del proprio reparto, istituto o consultorio. Ciò richiede l'assunzione di determinati propositi e l'impegno di attuarli concretamente. Soltanto un chiaro e credibile esempio personale potrà trascinare gli altri. Da noi dipende creare quell'atmosfera di lavoro che costringa, di fatto, gli altri ad interrogarsi sulla insufficienza del loro comportamento e sulla necessità di migliorarlo alla luce dei principi di etica e di deontologia medica irrinunciabili.

M.P.





le professioni della sanità, la guerra e la pace

Lo studio della responsabilità degli operatori sanitari di fronte alla pace e alla guerra è di recente data. Si è inserito in una tradizione sviluppata dalla teologia cattolica: quella della limitazione della violenza e delle inutili sofferenze personali che essa comporta. La responsabilità attuale del personale sanitario in relazione alla guerra e alla pace può essere considerata in questo momento sotto tre aspetti: la protezione legale della salute in tempo di guerra, la partecipazione delle professioni sanitarie alle attività militari, la protezione della salute come politica della pace.

I. La protezione legale della salute in tempi di guerra.

a) *Preistoria della questione.* La teologia cattolica, da Sant'Agostino e dal Medioevo, ha cercato sempre di diffondere l'idea che si dovesse risparmiare qualsiasi sofferenza inutile, durante le operazioni di guerra, sia alle popolazioni civili che ai combattenti. La ragione di ciò è semplice: se il fine di una guerra legittima è l'armonia ristabilita tra gli uomini — «le guerre si fanno con un fine di pace... la pace è il fine perseguito e desiderato nelle guerre» (1) — il fatto di infliggere pene senza ragione sarebbe contrario al fine proposto; si susciterebbero rancori, e si inciterebbero le vittime a difendersi e ad entrare nel meccanismo della violenza.

Questa fondamentale posizione ha ispirato molto presto i concili provinciali, come quello di Charroux, nell'anno 989; questo concilio lanciò l'anatema contro quelli che si appropriano dei beni dei poveri. Più tardi il Concilio Laterano condannerà nel 1139 le nuove armi omicide, come le catapulte.

Questa prima propensione umanitaria delle comunità cristiane sarà integrata nella teoria della guerra giusta che proibisce tra altre cose nel campo delle operazioni, (*jus in bello*) ogni attentato contro i non-combattenti e ogni violenza sproporzionata al fine che si vuole raggiungere.

Tali regole fondamentali erano imposte in nome della morale in funzione di una concezione generale dell'uomo che era quella che il Cristianesimo faceva prevalere. Non avevano ricevuto nessuna espressione giuridica nel diritto internazionale.

b) *Un nuovo modo di vedere la violenza.* La situazione cambiò completamente quando le concezioni nazionaliste dello stato si imposero in Europa in favore della Rivoluzione francese e delle guerre napoleoniche. La mentalità laica che da allora si estendeva, diminuiva quell'esigenza morale su cui si era basata la teologia classica nel momento in cui nuove armi estendevano il campo della violenza assassina. Come contropartita, si sviluppava l'idea pacifista: le prime società di pace dell'era moderna vennero fondate a Boston e a Londra nel 1816 e il loro primo congresso ebbe luogo a Parigi nel 1849. Pio IX accolse questo movi-

mento d'opinione; tale Pontefice di fatto aveva dichiarato: «Che Gesù Cristo faccia cessare le guerre di ogni parte del mondo» o «È necessario che sparisca la guerra e sia estirpata dalla faccia della terra» (2).

Erano necessarie queste precisazioni per ricordare il clima in cui si produsse il primo intervento tra governi di importanza per l'umanizzazione della guerra. Napoleone III aveva intrapreso una guerra nel 1859, in alleanza con il Piemonte per salvaguardare l'indipendenza dell'Italia, minacciata dall'Austria. A Solferino questa fu sconfitta. Uno svizzero, Henry Dunant, che stava viaggiando in questa regione, a motivo delle sue relazioni con gli ufficiali dello Stato Maggiore francese, si trovò coinvolto nei combattimenti. «Colui che percorra questo immenso teatro di combattimenti della vigilia — scriveva — troverà ad ogni passo, in mezzo ad una confusione senza eguali, disperazioni incredibili, e ogni tipo di sofferenza». «Mi vidi preso — aggiungeva — dal repentino desiderio di attuare senza indugio e fare tutto quello che fosse nelle mie possibilità per soccorrere in qualche modo quella massa di feriti che ne avevano così grande necessità» (3). Ottenne quindi dall'imperatore la seguente concessione: «I medici o chirurghi dell'esercito austriaco fatti prigionieri avrebbero ricevuto la libertà senza condizione, curando i feriti secondo la loro discrezione»; inoltre i prigionieri gravemente feriti sarebbero stati riconsegnati al nemico senza scambio di ostaggi (4).

Dunant fu quindi il punto di partenza della Conferenza diplomatica di Ginevra che decise di creare il *Comitato Internazionale della Croce Rossa* e adottò la prima Convenzione internazionale del diritto umanitario (1864) la quale prevede tra l'altro, la protezione del personale sanitario quella dei civili che abbiano soccorso i feriti, la concessione di un salva-condotto ai militari gravemente feriti e l'esibizione di un segno distintivo per gli ufficiali e impiegati sanitari così come per le ambulanze e gli ospedali militari.

Il testo della Convenzione del 1864 è stato aggiornato e ampliato al termine della seconda guerra mondiale durante una Conferenza Internazionale sul diritto umanitario che ebbe luogo a Ginevra nel 1949; e fu completato da due protocolli nel 1977.

L'adozione della convenzione di Ginevra nel 1864 non fu possibile se non per la preesistenza di un diritto umanitario abituale in Europa. Allora apparve la necessità di dare una forma la più legale possibile agli obblighi degli Stati che si basano solamente sui principi generali dell'umanità. La Dichiarazione di San Pietroburgo del 1868 riveste una particolare e significativa importanza in questo senso. Stabilisce, di fatto, il principio secondo il quale, posto che l'unico obiettivo legittimo in una guerra è quello di debilitare la potenza militare dell'avversario, l'impiego di armi che aggravino inutilmente le sofferenze dei feriti o che provochino ferite che portino ad una morte inevitabile debba essere prosritto; per tale ragione da allora furono proibiti alcuni tipi di proiettile (5). Alcuni anni dopo, le Conferenze dell'Aia del 1899 e del 1907 raccolsero questo principio e stabilirono le nuove applicazioni.

Il secolo XIX aprì un nuovo cammino per la protezione della salute in tempo di guerra. È certo che gli Stati sono sempre più preoccupati di limitare le conseguenze inumane delle armi che inventano, tanto di più in quanto esse sono sempre più omicide. Accordi e negoziati si susseguono intorno a questo tema; si riferiscono alle armi nucleari, chimiche, biologiche, spaziali, incendiarie, armi di frammentazione, armi con meccanismo ad orologeria. (6)

II. Partecipazione delle professioni sanitarie nelle operazioni (di guerra)

La Convenzione del 1864 ha organizzato la protezione del personale sanitario che apporti il suo soccorso ai feriti di un esercito durante le operazioni. Si potrebbe perciò pensare che tutto sia stato previsto riguardo a questo punto.

Lo sviluppo della guerra totale ha d'altra parte riproposto recentemente nuovi problemi per il personale sanitario, sulla sua partecipazione alla messa a punto di nuove armi, e sull'esperienza e servizi ai prigionieri.

Pio XII toccò il tema sulla nuova forma di responsabilità del personale sanitario, nel discorso diretto ai medici militari, il 19 ottobre del 1953 e in una allocuzione al Congresso mondiale dei medici del 30 settembre del 1954.

a) La guerra A.B.C. Il Papa si domanda in che misura il medico possa porre la sua scienza e la sua

attività al servizio della guerra A.B.C. Ricordando che non si può mai collaborare ad una ingiustizia, neanche per salvare il proprio paese, conclude che «il medico non può collaborare quando questo tipo di guerra costituisce un'ingiustizia». Non precisa né la chiave di lettura né le condizioni concrete che permettono di decidere al riguardo; si tratta infatti di situazioni complesse di cui infine la coscienza deve decidere in funzione della sua formazione, dei dati di cui dispone e delle direttive dell'autorità.

b) Questa questione viene riproposta di nuovo nell'allocuzione del 1954; Pio XII, questa volta, rapporta la guerra A.B.C. con la grandezza delle conseguenze che comporta. La sua opinione è in perfetta armonia con quelle che attualmente la Chiesa manifesta sulla dissuasione: da una parte non esclude *a priori* che si possa pensare a eventuali ricorsi a tali mezzi tuttavia sottolinea che, se «il mettere in pratica questo mezzo comporta un'espansione così notevole del male da sfuggire al controllo totale dell'uomo, la sua utilizzazione deve essere rifiutata in quanto immorale» (7). In conseguenza di questi principi, Pio XII non esclude che un medico — nei limiti prefissati — possa lecitamente collaborare alla preparazione di una guerra A.B.C.; però non dissimula la sua ripugnanza di fronte a questa possibilità: «Si preferisce non vedere il medico impegnato in un impegno di tal genere; troppo è in contrasto con il suo dovere primordiale: soccorrere e curare, non ledere né uccidere» (8).

c) La tortura. Un gran numero di Stati utilizza al giorno d'oggi la tortura e chiede a professionisti della salute di collaborare in questo campo. La posizione della Chiesa si deduce in questo senso dagli stessi principi espressi in precedenza. Giovanni Paolo II, nel suo discorso all'ONU nel 1979, rifiutò categoricamente l'esperienza dei campi di concentramento e tutto ciò che con essi abbia relazione: «ogni forma di tortura od oppressione, fisica e morale, praticata da qualsiasi sistema e in qualsiasi luogo». La collaborazione del personale sanitario a queste pratiche — tra l'altro realizzate su prigionieri — è quindi, assolutamente contraria alla morale cristiana. (9)

Essa si armonizza con quella che si sta manifestando come regola comune di umanità. L'ONU, nel 1984, ha adottato una *Convenzione*

contro la tortura e altre pene o trattamenti inumani o degradanti, che ha anche l'intenzione di eliminare questa pratica dal comportamento normale delle società. Nell'articolo 10 si chiede che l'insegnamento e l'informazione relativa alla tortura sia parte integrante della formazione del personale sanitario. Ciò suppone un segno dell'evoluzione di fronte a cui noi ci troviamo: si è passati dalla protezione del personale sanitario per la realizzazione dei suoi scopi tradizionali, all'affermazione della sua diretta responsabilità nella promozione del diritto alla salute durante le ostilità; questa promozione è divenuta inoltre condizione di pace.

III. La promozione della salute come politica di pace.

Il punto che qui trattiamo è nuovo: la responsabilità attiva dei corpi professionali nella società diviene imperativa nelle nostre società industrializzate se queste vogliono svilupparsi armonicamente.

Questa nuova attitudine delle professioni tecniche è sorta dapprima tra coloro che operano nella ricerca scientifica, quando essi scoprirono con triste sorpresa le conseguenze che i politici e i militari travevano dalle loro scoperte. La loro preoccupazione si basava sul fatto che «l'orientamento dello sviluppo scientifico verso la soddisfazione delle necessità militari continua ad essere un grave ostacolo per l'armonia delle relazioni tra scienza e l'uomo» (10); cioè è dire che questa non è messa al servizio dell'unione ma della divisione. Scienziati riuniti dall'Accademia pontificia delle Scienze sono giunti alla conclusione che la scienza viene utilizzata per fini non pacifici, dichiarando che ora esiste per tutti gli scienziati il dovere di impedire l'uso perverso delle scoperte e di affermare che il futuro dell'umanità dipende dall'accettazione da parte di tutte le nazioni dei principi morali che trascendono qualsiasi altra considerazione (11).

Appare in questo senso una nuova forma di responsabilità da parte delle professioni nel corso della evoluzione della società. Per un professionista, l'obbligo di tener in conto le connessioni che possono esistere nella sua collaborazione tecnica sulla verità delle relazioni umane, conduce a una nuova visione di esse; non più il contratto tra individui, in cui le obbligazioni mutue sarebbero fissate da questo, ma una realtà or-

ganica in cui tutti i membri hanno il dovere della solidarietà.

Le professioni sanitarie sono direttamente implicate in questa evoluzione. La prima forma che detta l'imperativo di solidarietà per esse, si ritrova in qualche maniera espresso da Pio XII nel suo discorso del 1954 quando dice: «il fatto di voler negare al nemico il soccorso medico e lasciarlo morire, sarebbe un'aberrazione del giudizio e del cuore)). La pratica di questo principio nel contesto attuale ci sembra che solleciti il richiamo all'attenzione degli addetti alle professioni sanitarie su tale aspetto della responsabilità, come d'altra parte richiese la convenzione sulla tortura. Ugualmente, si raccomanderà al personale sanitario di penetrare al massimo questa realtà che fa della promozione della salute per tutti un elemento prioritario delle politiche nazionali e un fattore di pace.

Le brevi osservazioni qui esposte hanno preteso mostrare nell'anno **della Pace** proclamato dalle Nazioni Unite, che la pace concerne in prima linea le professioni sanitarie e offre ai suoi membri l'occasione di rinnovare la loro forma di partecipare alla vita sociale.

JOSEPH JOBLIN S.J.

Assistente ecclesiastico del CICIAMS

(1) SANT'AGOSTINO, De Civitate Dei, XIX, 12.

(2) PIO IX, Enc. Cum *sancta* Mater, 1859.

(3) Citato da F. PASSY in una conferenza nella scuola di medicina di Parigi nel 1867 e riprodotto in F. PASSY *La pace e l'insegnamento pacifista*, Parigi, Alcan 1904, p. 245.

(4) H. DUMANT, *Mémoires*. Lausanne l'Âge d'homme 1971, pp. 35-36.

(5) *IBIDEM*, p. 37.

(6) J. GOLDBLAT, *Agreements for Arms Control. A Critical Survey*, Sipri London, Taylor and Francis 1982, p. 120.

(7) Allocuzione — Congresso Mondiale di Medicina, 30 settembre 1954.

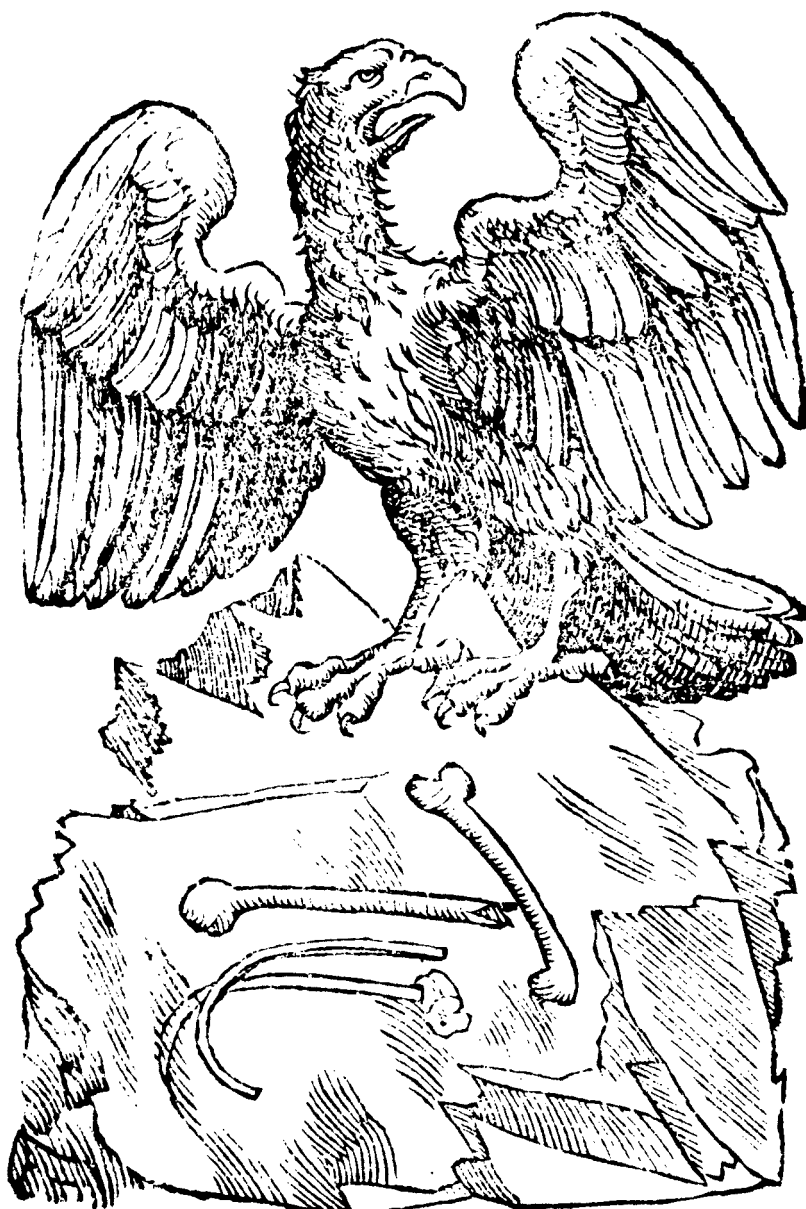
(8) *IBIDEM*.

(9) Pio XII, discorso nel 6° Congresso Internazionale di diritto penale, 3 ottobre 1953; Giovanni Paolo II, discorso nell'ONU, 1979. Fra gli interventi più importanti di Giovanni Paolo II su questo tema occorre sottolineare anche: il discorso rivolto ai giuristi cattolici italiani dal 6 dicembre 1980, l'allocuzione (distribuita) ai partiti democratici-cristiani di gennaio 1982 e l'Omelia in Citta di Guatemala il 7 marzo 1983.

(10) Il libro di PETER PRINGLE e JAMES SPIGELMAN, *The nuclear Varons a diskus book* published by Avon Books 1983, p. 578; prova bene come i scienziati che hanno dato origine alla bomba, come Einstein, hanno tentato subito di fermare il processo che avevano contribuito a lanciare; per es. pp. 254, 255, 418.

(11) F. Russo in *Informations CCIC* (Centro Cattolico Internazionale di cooperazione con l'UNESCO), 1985/30, p. 2.

OSSIFRAGO.





riflessi salutari dell'assistenza psicologica e spiritua

C'è sempre un momento, almeno uno, nella storia di ogni essere umano, in cui l'uomo scopre l'immensità della sua dimensione, o, per meglio dire, la sua dimensione spirituale.

Il momento è quello della malattia, specie se dolorosa e inabilitante. L'ottica dell'esistenza si stravolge: d'improvviso, il ritmo convulso di una vita realistica e sovrimegnata cede il passo al riposo tota-

le, al silenzio, alla solitudine, le condizioni ideali per ritrovare se stessi, recuperare un'autenticità forzosamente trascurata, percepire la voce del proprio spirito.

Il paziente sembra giacere assopito, sicché nessuno lo disturba, ma in realtà vive un'esperienza insolita e affascinante: come in un sogno segue il proprio spirito, finalmente riscoperto, librarsi in uno spazio infinito e irreale, dove i ricordi si confondono con i progetti, il bene col male, il passato con futuro.

La parentesi può durare un istante o più ore. Vari pazienti mi hanno raccontato quest'esperienza, vissuta con sentimenti ora di estasi ora di angoscia, questa presa di coscienza della propria spiritualità, questa percezione di essere particelle dell'infinito.

La riferisco a voi perché anche voi possiate farne oggetto di una meditazione, certamente utile alla vostra professione e ai vostri assistiti.

Mi è stato chiesto di esporvi le mie riflessioni sugli effetti terapeutici dell'assistenza spirituale e psicologica. Mi è parso opportuno introdurre l'argomento precisando che parlare di spiritualità ai tempi d'oggi, pur così intrisi di materialismo, non è affatto un'utopia. La spiritualità, pur se apparentemente soffocata dalle esigenze del quotidiano, riaffiora spontaneamente nell'ora del dolore, anche in un lettino del più squallido degli ospedali.

L'assistenza spirituale è perciò tutt'altro che una forzatura: è solo la risposta, quanto mai ragionevole, ad una precisa esigenza dei malati, il vero aiuto che l'utenza richiede.

Vediamo come e perché la spiritualità si può configurare come un momento della terapia.

Spiritualità e psicoterapia

La fragilità della nostra vita emotiva emerge ad ogni impatto con qualunque evento negativo. Una delusione, una sconfitta, un lutto, una perdita di ruolo o di prestigio, un "no", una malattia (specie se dolorosa e inabilitante) sono momenti patogeni, cioè scatenatori di una patologia che può restare sul piano psichico della depressione come può somatizzarsi in disturbi psicosomatici più o meno gravi.

Ma l'equilibrio emotivo non cambia solo in peggio. Purtroppo le emozioni negative sono le più frequenti, perciò è di loro che si parla più spesso. Però esistono, per fortuna, anche emozioni positive, parimenti capaci di influenzare lo stato psicofisico migliorando la sensazione di benessere o addirittura guarendo eventuali disturbi. Nell'esperienza di ogni medico di famiglia ci sono decine di casi clinici scatenati da un dolore ma anche decine di casi guariti da una gioia.

La cosa non stupisce: se c'è una strada in salita, che porta dal dolore alla malattia, è logico che ce ne sia un'altra, in discesa, che porta dal piacere alla salute. Di recente si è pure individuata la base biochimica di questo binario: c'è una "sostanza P" (P sta per *pain*-dolore) che produce e trasmette il dolore nelle stesse stazioni sinaptiche delle cellule nervose dove transitano anche i vettori del piacere, quali le endorfine.

Per gli studiosi non credenti certi miracoli registrati nei vari santuari sono spiegabili in termini puramente psicobiologici. Queste parole non sono affatto riduttive: i miracoli possono pure spie-

garsi come frutto di una carica emotiva straordinaria, ma ciò non esclude, anzi tutt'altro, la straordinarietà dell'emozione e quindi un intervento sovranaturale che per i credenti è palese.

Ogni tanto si viene a sapere di persone che si tolgono la vita dopo aver appreso o capito di essere affette da un male inguaribile. A loro va tutta la nostra pietà. Ma non tanto la pietà per un fratello disperato, quanto la pietà per la disperazione di un fratello. La disperazione è un termine disumano, nel senso che un uomo vero, tra tutti gli animali l'unico ad essere nobilitato dal fatto di essere stato creato a somiglianza di Dio, ha la speranza, e quindi l'ottimismo, profondamente conaturato nella sua personalità. Il suicidio da cancro è un declassamento, è l'abdicazione del re del creato.

Qui non si parla di religiosità, ma di spiritualità. Non è la stessa cosa. La spiritualità comprende la religiosità la quale ne costituisce una sorta di regolamento o di strutturazione. La religiosità è l'affiliazione ad una religione; la spiritualità è solo la credenza in un destino umano che trascende la vita terrena e cioè che ha un seguito dopo di essa.

Perché l'uomo sovrasta gli animali? Molti animali sono più potenti di lui. L'uomo, per esempio, non ha le ali di un uccello, né il veleno di un cobra, né la forza di un elefante, né la velocità di una gazzella. Ma ha lo spirito.

Rinnegare lo spirito significa disporre di una gran somma di denaro ma bruciarla. Questo sì che è vero suicidio, se non proprio follia.

Viceversa, la spiritualità è un caposaldo dell'esistenza. Ogni psichiatra può dire

quanto spesso ha sentito i depressi gravi, quelli in cui il suicidio è una minaccia costante e angosciata, dire: "L'avrei fatta finita da tempo se non avessi la fede". In un congresso sul suicidio lo svedese Otto mi disse che ormai, sul suicidio, sappiamo tutto meno una cosa: perché il suicida si toglie la vita. Potremmo aggiungere che un'altra cosa che sappiamo con certezza è che l'unico antidoto sicuro del suicidio è la fede quale espressione di spiritualità.

In campo psicoterapico il concetto di spiritualità si è molto sviluppato.

Cominciò Jung opponendo una dimensione religiosa al materialismo pansessualista di Freud.

Ha proseguito Frankl, con la sua logoterapia che considera l'uomo fatto di corpo, psiche ma anche di anima.

Continuano alcune scuole americane che sostengono e praticano il ruolo psicoterapico della religione, come la meditazione trascendentale, sulla scia di millenarie dottrine orientali (Zen e yoga) oggi rivisitate e aggiornate.

Da non dimenticare l'esistenzialismo fenomenologico tedesco per cui la nevrosi è espressione di uno "smarrimento" e la guarigione è ottenibile mediante la scoperta e l'accettazione di un nuovo senso da dare alla propria esistenza, un senso che trascende il presente e si proietta in un futuro che va oltre la propria esperienza terrena.

La spiritualità, come emozione, è un momento terapeutico di grande valore in tutte le manifestazioni della patologia umana.

Sotto l'influsso della spiritualità, ogni dolore, fisico e morale, assume dimensioni sopportabili.

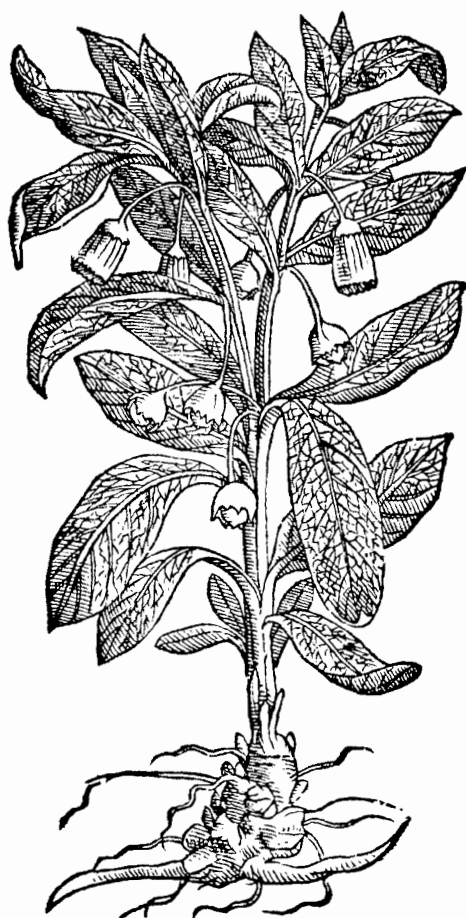
CHAMELEON BIANCO



SOLATRO HORTOLANO.



VNALTRO SOLA. SONNIFERO.



SOLATRO SONNIFERO



HERBA BELLA DONNA



Psicologia del dolore

Il dolore è il motivo più frequente delle consultazioni mediche. Perciò è il massimo problema di ogni operatore sanitario, a livello sia diagnostico che terapeutico.

In genere, la diagnosi è facile; il dolore localizzato scatena pressoché automaticamente tutte le ricerche consentite dalla moderna e sofisticata tecnologia sicché, quasi sempre, la diagnosi emerge dai dati strumentali. Il medico non ha più bisogno del classico "occhio clinico", gli basta essere uno zelante "ragioniere della salute" e leggere con attenzione la collezione dei referti.

Il vero problema consiste nella terapia. Certi casi sono semplici anche se gravi: il medico delega il farmaco specifico o il bisturi del chirurgo a risolvere il caso, e spesso tutto si risolve nel migliore dei modi.

Ma ci sono tanti altri casi magari clinicamente non gravi, ma di estrema complessità, dove il dolore è dominante ma non comprensibile né eliminabile. È il dolore-malattia, ben diverso dal dolore-sintomo. Intendo il dolore cronico curabile ma inguaribile. Un pessimo compagno di viaggio.

Evitiamo gli inutili equilibrismi nel distinguere il dolore dalle sofferenze o nel dividere il dolore in fisico e morale.

Sotto il profilo psicologico il dolore è una realtà costante e pesante, qualunque siano le sue variabili letterarie: un evento che sconvolge la vita, annulla il presente, condiziona il futuro.

Le cause lontane sono sempre di secondaria importanza. Un femore si può fratturare sciando, o cadendo dalle scale, o altro: che im-

porta? L'immobilità, il gesso, il fastidio sono uguali. Così il dolore è sempre tale, indipendentemente dalle cause, siano esse patologiche o esistenziali.

Il problema del dolore ha vastità planetarie: si può ben parlare di un "pianeta dolore". Ma la realtà clinica impone di ricondurre sempre il dolore del singolo alla sua condizione personale. Il medico, e così la cerchia dei familiari e degli amici, talvolta può far poco contro il dolore, ma può fare molto in favore di chi soffre.

Disquisire sul dolore è facile. C'è chi lo definisce una perfetta miseria (Milton) e chi una catarsi purificatrice (Strauss).

Qualcuno sostiene che il dolore veramente sopportabile è solo quello degli altri e chi, come Manzoni, dichiara che "il dolore insostenibile non esiste" perché c'è un'altra dimensione che permette di poter accettare qualsiasi evenienza guardando sempre con ottimismo verso il futuro, sia esso terreno o no.

Se esiste un dolore-malattia è necessario escogitare strumenti per curarlo. I "dolorologi" lo fanno di continuo, proponendo sia analgesici che delicati interventi chirurgici. E gli psicologi?

La componente psicologica nella terapia del dolore è così preponderante che chiunque si dedica al trattamento del dolore agisce da psicologo quale che sia la sua funzione professionale.

Parlare del dolore è parlare dell'uomo. Il dolore è una delle esperienze che assimilano gli uomini in una non utopica uguaglianza, come il nascere e il morire. Tutti i viventi hanno sperimentato il dolore e tutti sanno come lo si sopporta meglio o peggio a seconda dello stato d'animo,

delle circostanze, della personale struttura caratteriale. Questo significa che il dolore può essere gestito, interpretato, finalizzato. Beato chi ha il dono della fede sicché può accettare la volontà di Dio, e procedere sereno perché, come dice la Bibbia, "il Signore è alla mia destra e non potrò vacillare".

Per gli altri, tocca al medico curante alternare alle ricette parole di sollievo e di speranza.

Certi dolori non hanno un perché, non hanno scopo, sembrano una tortura immeritata. Inutile gabellarli come mezzi di redenzione e santificazione: ben pochi malati sono così avanzati sulla via della fede da poter capire questo linguaggio.



Ha ragione Leriche quando dice "dobbiamo rinunciare all'idea che il dolore sia utile; esso è in ogni caso un dono avvelenato; degrada l'uomo e lo fa ammalare di più; è un dovere del medico impedirlo con ogni mezzo possibile".

Ma tra questi "mezzi" c'è anche il colloquio psicoterapico, l'invito a sottoscrivere un ottimismo intelligente ed una ragionevole rassegnazione, l'apertura ad una visione universale della propria esistenza.

E cioè, spiritualità, senso di essere particelle dell'infinito.

Disponibilità del paziente

A questo punto nasce, scettico ma spontaneo, l'interrogativo se il malato sia disposto ad accettare un colloquio sul piano psicologico e spirituale.

Lo è, qualunque sia il suo credo ideologico, qualunque sia stata la sua vita sino al momento in cui la malattia l'ha riportato, bruscamente o delicatamente, a contatto con la sua spiritualità.

L'esperienza della malattia, della spedalizzazione, del pericolo, è una porta che si spalanca nel vuoto. Il verbo "morire", tanto per fare un esempio, rientra nel lessico da cui lo si era escluso; rientra nei confini della realtà, da cui lo si era espulso per scarmanza.

Nella fase della malattia il cedimento di un organo mette in crisi l'organismo intero: il disturbo di un singolo apparato diventa malessere generale. La malattia può essere anche soltanto organica ma non può non coinvolgere pure lo psichismo. Psiche e soma sono sempre legati, nella buona sorte e nella cattiva.

Ora non perdiamo tempo a rispolverare le definizioni della psiche. Qui, per psiche, intendiamo lo spirito, l'anima, l'io, quel meraviglioso patrimonio di sentimenti e di energie di cui ciascuno è sempre orgoglioso e geloso.

Geloso al punto di temere un po' psichiatri e psicologi (e perciò, finché possibile, tenerli a distanza) perchè li si accredita di capacità di comprensione tali da scoprire eventuali lacune. Si teme lo psicologo come si teme l'ispettore fiscale: entrambi sono visti come potenziali profanatori della "privacy".

Ma la malattia, ogni malattia, induce il paziente ad una certa regressione. Cioè lo

riporta a livelli infantili, di debolezza e di dipendenza, quindi di bisogno, di aiuto. I pregiudizi cadono, gli atteggiamenti abituali cambiano. Si diventa improvvisamente diversi. Basta pensare a dei personaggi prototipi di gestori del potere, p. es. un generale o un manager o un padre-padrone o un arcigno professore di liceo, eccetera, e immaginarli in barella in attesa del loro turno al reparto di radiologia, o in pigiama, pallidi e disfatti, su un lettino d'ospedale. Nulla che possa rovesciare un' "immagine" in modo più sconvolgente e repentino.

C'è naturalmente la possibilità — per fortuna — che tutto finisca bene, che il paziente torni guarito al suo ruolo, che quella brutta avventura finisca come finisce, al risveglio, un incubo terrifico, ma qui siamo già nel futuro, nella speranza.

Fermiamo il film sul fotogramma delle degenze: il "grande" uomo nei panni, sia pure transitori, di un "ometto" smarrito e bisognoso.



Lo smarrimento può essere solo capito e pietosamente ignorato. Il bisogno può e dovrebbe essere soddisfatto.

Ecco il momento in cui un'assistenza psicologica e un'assistenza spirituale toccano l'acme della solidarietà umana e recano un giovamento almeno pari a quello dei tradizionali strumenti terapeutici.

Magari, si tratta di un malato che è stato sempre restio ai rapporti con psicologi e preti. Adesso, in corsia, non lo è più. Anzi mostra una disponibilità impreveduta. È sintonizzato su una diversa lunghezza d'onda.

Morirà? Si può morire in tanti modi: tremando di terrore, imprecaando, maledicendo, ma anche "vivendo" e cioè accettando, con mesta trepidazione certo, ma anche con fiduciosa speranza, quel momento tante volte recitato nel "credo" domenicale: "aspetto la vita dal mondo che verrà".

Sopravviverà? Medici e familiari glielo augurano di tutto cuore, e così psicologi e cappellani. La vita è un passaggio, ma è anche un dono, da salvaguardare finché umanamente possibile.

Il paziente che sopravvive ad una grave esperienza patologica in cui ha avuto la ventura di sperimentare un'adeguata assistenza psicologica e spirituale, sopravviverà in modo più sereno, più maturo, più salutare; arricchito in quella spiritualità che aveva trascurato proprio per inseguire un'altra ricchezza, ad un tratto rivelatasi evanescente.

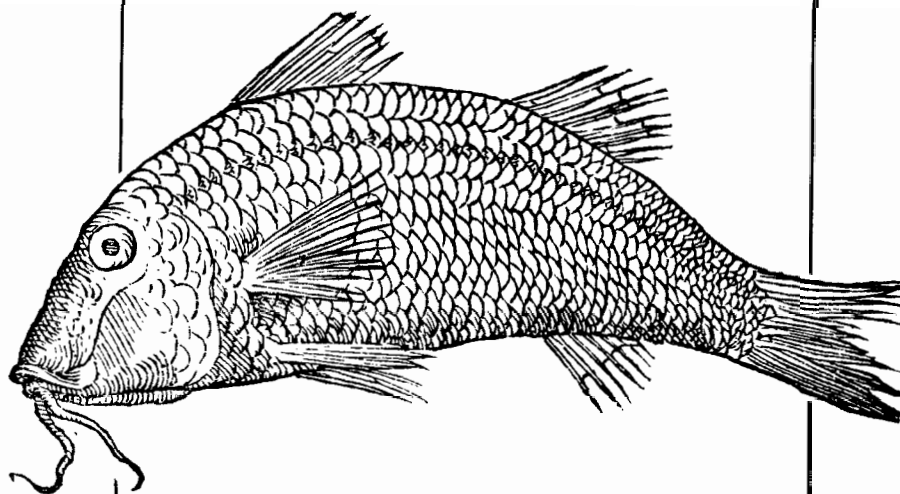
PROF.
FERRUCCIO ANTONELLI
*Presidente della Società Italiana
di Medicina Psicosomatica*

PROF.
BORIS LUBAN-PLOZZA
*Presidente dell'Unione Europea
di Medicina Sociale*

il magistero della Chiesa

DAI DISCORSI DI GIOVANNI PAOLO II

M V L L O .



L'EUTANASIA È UN CRIMINE AL QUALE NON SI PUÒ COOPERARE NÉ CONSENTIRE

(A due gruppi di lavoro promossi dalla Pontificia Accademia delle Scienze, 21 ottobre 1985)

Scienziati e fisici sono chiamati a porre la loro capacità ed energia al servizio della vita. Essi non possono mai, per nessuna ragione e in nessun caso, sopprimerla. Per tutti coloro che hanno un vivo senso del valore supremo della vita umana, credenti e non-credenti, l'eutanasia è un crimine al quale non si deve cooperare in alcun modo, né si deve accettare. Scienziati e medici non devono considerarsi i padroni della vita, bensì i suoi esperti e generosi servitori. Solo Dio che creò la persona umana con un'anima immortale e salvò il corpo umano con il dono della risurrezione è il Signore della vita.

È compito dei dottori e degli operatori medici dare al malato il trattamento necessario a curarlo e che lo aiuterà a sopportare le sue sofferenze con dignità. Persino quando il malato è incurabile, egli non è mai intrattabile: qualsiasi sia la sua situazione deve essere fornita per lui un'appropriata cura.

Tra le forme utili e lecite di terapia c'è l'uso di sostanze analgesiche. Sebbene alcune persone siano in grado di accettare la sofferenza senza alleviamento, nella maggioranza della gente il dolore diminuisce la forza morale. Tuttavia, se consideriamo l'uso di queste, è necessario osservare l'insegnamento contenuto nella Dichiarazione emessa il 4 giugno 1980 dalla Congregazione per la dottrina della fede: «Le sostanze analgesiche che causano uno stato di incoscienza necessitano di una speciale considerazione. Poiché una persona non solo deve essere in grado di soddisfare i suoi doveri morali e i suoi obblighi familiari, ma deve anche prepararsi con piena coscienza all'incontro con Cristo».

Il medico non è né il signore della vita, né il conquistatore della morte. La morte è un inevitabile fatto della vita umana, e l'uso di mezzi per evitarla deve prendere in considerazione la condizione umana. Riguardo l'uso di mezzi ordinari e straordinari la Chiesa si esprime nei seguenti termini nella Dichiarazione che ho già menzionato: «Se non ci sono altri rimedi sufficienti è permesso, con il consenso del paziente, ricorrere a mezzi forniti dalle tecniche mediche più avanzate, anche se questi mezzi sono ancora in sperimentazione e non privi di rischi... È anche permesso, con il consenso del paziente, interrompere questi trattamenti dove non si riescano ad ottenere i

risultati separati. Per una tale decisione occorre però prendere in considerazione i desideri ragionevoli del paziente e delle loro famiglie, così come i consigli dei medici competenti in materia... È anche lecito accontentarsi dei normali metodi che la medicina può offrire. Quindi nessuno può imporre ad un altro l'obbligo di ricorrere ad una tecnica che è già in uso ma che porta rischi o è gravosa... Quando la morte inevitabile è imminente, invece dei mezzi usati, è permesso in coscienza prendere la decisione di rifiutare forme di trattamento che assicurerebbero solo un precario e pesante prolungamento della vita».

Il diritto di ricevere un buon trattamento e il diritto di poter morire con dignità richiede risorse umane e materiali, a casa e in ospedale, che garantiscano il confronto e la dignità del malato. Coloro che sono malati e soprattutto i morenti non devono mancare dell'affetto dei loro familiari, della cura dei dottori e infermieri, del sostegno dei loro amici.

Sopra e al di sopra di tutti i conforti umani, nessuno può trascurare di vedere l'aiuto enorme dato ai morenti e alle loro famiglie dalla fede di Dio e dalla speranza in una vita eterna. Vorrei quindi chiedere agli ospedali, ai dottori e soprattutto ai parenti, specialmente nel presente clima di secolarizzazione, di rendere facile al malato il venire a Dio, poiché nella sua malattia fa esperienza di nuove domande e ansie alle quali solo Dio può dare risposta.

LO STATO CHE FINANZIA L'ABORTO
CONCORRE ALL'ESECUZIONE
DI UNA SENTENZA DI MORTE

(Udienza ai Rappresentanti del «Movimento per la Vita», 25 gennaio 1986)

La vita costituisce uno di quei valori essenziali, per la cui tutela e promozione la società stessa esiste e si articola nelle sue strutture. Nessuno può apprezzare tale valore quanto il cristiano, il quale crede in un Dio che si rivela non come il «Dio dei morti, ma dei vivi, perché tutti vivono per lui» (Lc 20, 38); un Dio che, per rinnovare il volto e il cuore dell'umanità, ha inviato sulla terra il proprio Figlio, nel quale è la sorgente stessa della vita (cfr. Gv I, 4; 16, 6 ecc.).

(...) L'eliminazione della vita del nascituro è oggi, purtroppo, un fenomeno assai diffuso nel mondo, perfino in nazioni di millenarie

tradizioni cristiane, come l'Italia. Finanziato col contributo del denaro pubblico, è facilitato dalle leggi umane con un insieme di argomentazioni, di cui, in verità, non è difficile vagliare l'inconsistenza e la capziosità.

In realtà l'aborto è una grave sconfitta dell'uomo e della società civile. Con esso si sacrifica la vita di un essere umano a beni di valore inferiore, adducendo motivi spesso ispirati da mancanza di coraggio e di fiducia nella vita e talora da desiderio di un malinteso benessere. E lo Stato, anziché intervenire — com'è sua missione — a difender l'innocente in pericolo, prevenendone la soppressione e assicurandone, con mezzi adeguati, l'esistenza e la crescita, autorizza ed anzi concorre all'esecuzione di una sentenza di morte.

È questa una delle conseguenze più preoccupanti del materialismo teorico e pratico, che, negando Dio, finisce per negare anche l'uomo nella sua essenziale dimensione trascendente, che è un frutto dell'edonismo consumisti — che pone nell'interesse immediato il fine dell'attività umana.

La Chiesa non ha mancato d'intervenire con chiarezza e vigore per denunciare l'aborto sia come grave offesa alla legge di Dio, unico Signore della vita, sia come violazione del diritto primario e intoccabile della persona umana a esistere.

Essa continuerà ad intervenire per convincere gli uomini a ricollocare alla base della società i valori morali fondamentali, senza dei quali non si può costruire una convivenza veramente civile. La civiltà, infatti, si misura innanzitutto dal rispetto e dalla promozione della vita in tutto l'arco dell'esistenza umana.

LA VITA UMANA,
ANCHE SE DEBOLE E SOFFERENTE,
È SEMPRE UNO SPLENDIDO DONO
DELLA BONTÀ DI DIO

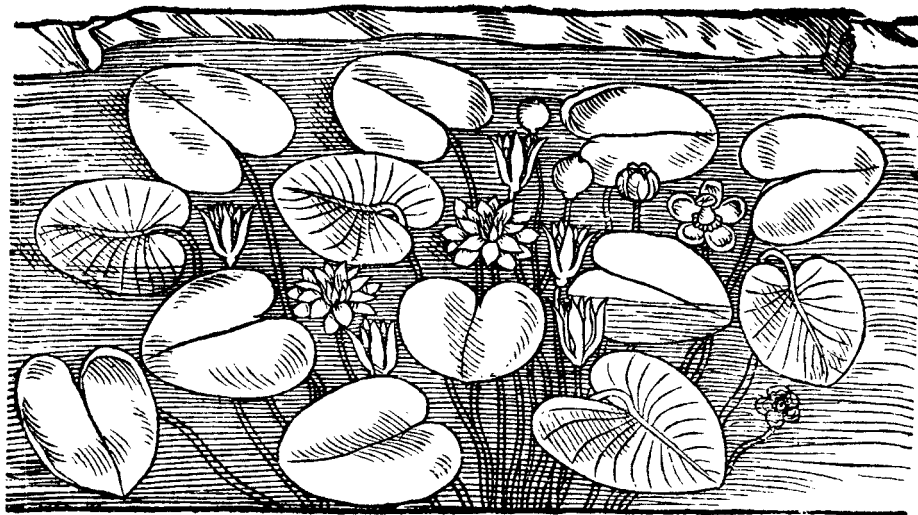
(Ai partecipanti al Seminario Internazionale «Pro Vita», 1° marzo 1986).

In molte parti del mondo il movimento per la vita si oppone nella società ad altre correnti di opposti orientamenti. In tale contesto il consiglio di San Paolo in questa Lettera ai Romani è particolarmente rilevante per voi. Egli scrive: «Non siate conformi a questo mondo, ma siate trasformati dal rinnovamento della vostra mente, perché possiate capire ciò che è il volere di Dio, ciò che è buono, accettabile e perfetto» (Rm 12, 2). Ciò di cui si ha bisogno è il coraggio di parlare della verità chiaramente e con fermezza, ma mai con astio o irriverenza verso qualcuno. Dobbiamo essere fermamente convinti che la verità rende le persone libere (cfr. Gv 8, 32).

Questo non è solo un tentativo di persuasione o uno sfoggio di personale eloquenza, anche se ciò potrebbe comunque essere di aiuto, ma è la verità stessa, fonte prima della libertà e della giustizia. Essere per la vita quindi, difendere il diritto alla vita, significa schierarsi per la verità, specialmente per la verità riguardante la dignità che ci è data da Dio e l'importanza di ogni essere umano. È molto incoraggiante vedere quanti uomini di buona volontà in ogni parte del mondo abbracciano coraggiosamente la verità sostenendola con fatti e con convincenti ragioni scientifiche e morali.

Elogio il vostro desiderio di incoraggiare e

N I M P H E A I . E T I L .



di promuovere una collaborazione tra tutti gli uomini e gruppi coinvolti nel movimento per il diritto alla vita. Ed è solo attraverso sforzi comuni e attraverso una reale solidarietà che gli obiettivi desiderati potranno essere raggiunti. La vostra *organizzazione* si interessa giustamente ad un gran numero di problemi relativi alla vita umana. Allo stesso tempo però capisce la necessità di mettere a fuoco alcuni di essi che domandano urgente attenzione e azione, come il peccato dell'aborto, dell'infanticidio, dell'eutanasia e della contraccezione, ognuno dei quali è intimamente sentito e trattato dall'insegnamento della Chiesa. *Qualsiasi* sforzo e tentativo da voi intrapreso deve essere l'espressione di una vera filosofia sulla vita basata sul credo che Dio è il Signore e il creatore di ogni vita.

Sapete che la Chiesa condivide i vostri interessi. Essa ritiene una parte importante della sua *missione* lavorare per la protezione e per la dignità della vita umana, opponendosi alla mentalità *anti* vita che minaccia le ragioni dell'esistenza dei diritti umani. Come ho affermato nella mia Esortazione Apostolica sul ruolo della famiglia cristiana del mondo moderno: «La Chiesa crede fermamente che la vita umana, anche se debole e sofferente sia, sempre uno splendido dono della bontà di Dio. Contro il pessimismo e l'egoismo che proiettano un'ombra sul mondo, la Chiesa si schiera per la vita: in ogni vita umana essa vede lo splendore di quel "Sì", di quell'"Amen", che è Cristo stesso. Al "No" che assale e affligge il mondo, la Chiesa replica con il suo vivo "Sì", difendendo così il mondo e l'esistenza umana da tutti coloro che cospirando contro questa, la danneggiano» (n. 30).

OGNI MALATO È DEGNO DI RISPETTO E DI AMORE

(Visita all'Ospedale romano «San Carlo di Nancy», 16 marzo 1986).

Io vi invito anche a confidare nel grande amore di Cristo verso chi soffre. «Questa vita che vivo nella carne io la vivo nella fede del Figlio di Dio, che mi ha amato e ha dato se stesso per me» (Gal, 2, 20). Dio «mi ha amato», e, ricco di misericordia, ha voluto stabilire una *più* intima comunione con noi, proprio là dove la nostra natura umana riscontra il suo limite e la sua fragilità, nella sofferenza, e lo ha fatto mediante il suo Figlio crocifisso.

Dio ama, dunque, chi è povero ed è malato e, mentre l'uomo sarebbe tentato di considerare degna di essere vissuta solo la vita che produce, che trasforma il mondo, che è efficiente, Egli, nel Figlio suo, ci istruisce sull'amore verso chi soffre; e ci aiuta a considerare, in tal modo, che l'uomo nella sofferenza si dimostra maggiormente capace di esprimere i valori umani dello spirito, come l'amicizia, l'affetto, la cooperazione nell'amore, tutte quelle qualità, cioè, che nel dolore e nel bisogno sono maggiormente esaltate e *più* profondamente capite. Io desidero perciò chiedervi di considerare i momenti della vostra sofferenza come una misteriosa vocazione. «La sofferenza è anche una chiamata a manifestare la grandezza morale dell'uomo, la sua maturità spirituale» (cfr. Salvifici doloris, n. 22); ma è altresì un invito della provvidenza ad avvicinarsi di *più* al Crocifisso, a capirlo, a condividerne il mistero. Sentitevi vicini a Dio nelle vostre croci e sappiate offrirle con Cristo a Dio Padre perché il reale contributo del vostro sacrificio generi preziosi momenti di grazia per l'umanità e per la Chiesa. Con la meditazione della passione di Cristo troverete la forza di trasformare il momentaneo peso della malattia in un'oblazione santificante.



GRANDE COSA IL LAVORO.
MA L'UOMO È PIÙ GRANDE: È SACRO!

(Ai lavoratori di Prato, 19 marzo 1986)

La priorità dell'uomo è il cardine attorno al quale deve muoversi l'intera organizzazione del lavoro.

Grande cosa è il lavoro. Ma l'uomo è incomparabilmente più grande.

L'uomo è sacro. E questa sacralità richiede di essere riconosciuta e professata in ogni circostanza, anche nell'ipotesi che il singolo soggetto se ne sia reso indegno. La sacralità umana è inviolabile e irrinunciabile.

3. La sacralità è la radice da cui nascono tutte le prerogative umane; quelle che formano il mistero della personalità individuale; quelle che dell'uomo fanno un membro costitutivo del tessuto sociale.

(...)

Coerenza vuole che il valore della vita sia professato in assoluto, senza intermissioni, dal concepimento nel grembo materno fino al suo spegnersi naturale. Il primo germoglio è sacro quanto l'ultimo respiro. L'uno e l'altro richiedono il sommo del rispetto e della tutela.

(...)

L'uomo è sempre la prima ricchezza. Dallo stadio iniziale a quello finale. Il grado di civiltà di un popolo si misura sull'atteggiamento da esso assunto verso coloro che personificano le due parabole della vita: quella ascendente e quella discendente.

LA FAME DI MILIONI DI UOMINI CI OBBLIGA
AD UNA MISSIONE DI SERVIZIO

(Ad una delegazione ecumenica dell'Etiopia, 24 marzo 1986)

La terribile esperienza della carestia che il vostro Paese ha subito per parecchi anni, ha toccato le coscienze di molta gente e l'ha indotta ad aiutare il popolo etiopico. La Chiesa cattolica, attraverso vari mezzi e a differenti livelli è stata e continuerà ad essere parte di questo generoso sforzo. È uno sforzo vitale non solo per il vostro Paese che non è ancora completamente libero da questo flagello della carestia, ma anche per i Paesi vicini all'Etiopia e altri Paesi del mondo. Spero che la missione della vostra delegazione qui e nei diversi Paesi che state visitando, possa aiutare a assicurare questa gente che è stata spinta a divi-

dere con i suoi fratelli e sorelle nel bisogno e può trarre da essi un grado di generosità molto profondo.

Voi avete fatto questa visita a nome dei cristiani dell'Etiopia. La vostra è una delegazione ecumenica. Questa è la prova vivente che «la cooperazione tra tutti i cristiani esprime vivacemente quel legame che già li unisce e pone in chiaro rilievo la fisionomia di Cristo» (Unitatis Redintegratio, 12).

Noi sappiamo giustamente che fin dai primi tempi della Chiesa il mutuo sostegno e la condivisione con coloro che erano nel bisogno erano gli interessi vitali dell'apostolo Paolo, il quale vide queste cose come un segno e un criterio dell'unità tra le comunità cristiane. I Cristiani di oggi cercano insieme il sentiero che li condurrà ad un'unità più grande tra di loro. Essi fanno ciò in uno spirito di rispetto e mutua fiducia, ed in obbedienza alle parole di Cristo che nell'Ultima Cena pregò per l'unità di tutti i suoi seguaci (cfr. Gv. 17, 21). La tragica situazione di milioni di esseri umani che muoiono di fame costringe tutti noi ad una missione di servizio. Servendo i poveri e dividendo con loro perveniamo ad una più completa comprensione vicendevole, noi approfondiamo il nostro mutuo rispetto e ciò prepara la strada che conduce all'unità dei Cristiani (cfr. Unitatis Redintegratio, 12).



(Alla « Federazione Ordini Farmacisti Italiani », sabato
26 aprile 1985)

Per tali ragioni la Chiesa, che pone al centro delle sue preoccupazioni e cure pastorali il mistero della grandezza e della miseria dell'uomo, comprende ed apprezza adeguatamente l'apporto del vostro specifico lavoro all'impegno comune. Essa fin dall'alba della sua fondazione ha considerato il servizio agli ammalati come parte integrante della sua missione. E se oggi, in ossequio alle direttive del Concilio Vaticano II, invita i cristiani e tutti gli uomini a collaborare con i settori della cultura e della scienza, lo fa perchè sia assicurata la piena e integrale promozione umana (GS. 61).

Per queste ragioni io stesso, venendo incontro a un'esigenza largamente sentita, ho voluto costituire l'11.2.1985 una speciale « Pontificia Commissione per la pastorale degli operatori sanitari », al fine di stimolare e coordinare le attività delle diverse forze operanti nell'ambito della Chiesa, seguire gli orientamenti programmatici e le iniziative concrete dei vari Paesi, coglierne le implicazioni per la pastorale.

Nei miei vari viaggi apostolici, specie nei Paesi emergenti, non mi stanco di ripetere che il mondo della sanità è un luogo di lotta per l'uomo, dove la tecnologia tende a prendere sempre più spazio e non sempre a salvaguardia dei diritti della persona.

La sofferenza, la malattia, la morte sono eventi « umani » fondamentali, e la preoccupazione primaria di tutti deve essere quella di collaborare a vicenda per risolvere i problemi in modo umano.

Aiutare l'ammalato a superare con dignità la propria prova è certamente il servizio che l'umanità aspetta dalla scienza, dalla tecnologia e dalla farmacologia. Ma ciò non sarà possibile senza una visione chiara del rispetto assoluto verso l'essere umano, che trascende da solo il valore di tutte le realtà materiali.

È questo il punto costante di riferimento, da non perdere di vista, se si vogliono evitare conseguenze che degenerano nella tragedia dei grandi mali sociali, oggetto del vostro impegno di studio.

Nella concezione cristiana l'uomo, creato a immagine di Dio, è l'espressione più alta della vita dell'universo. Egli è finalizzato a Dio e l'universo finalizzato all'uomo. Come il Creatore di tutte le cose ha immesso nei segre-

ti della natura forze nascoste da scoprire per trarne i mezzi di protezione e di sviluppo della vita, così ha scritto anche nella stessa natura umana i principi delle norme universali di comportamento, che non sono lasciate all'interpretazione dell'arbitrio soggettivo né alle variazioni della mentalità corrente.

Esistono valori e diritti essenziali connessi con la dignità e il destino supremo della persona umana, a cominciare dal diritto primario della vita, che va difesa in ogni momento dell'arco della sua esistenza, oggi più che mai minacciata dal suo accendersi fino alle ore del suo tramonto. Rispettare tali norme è farsi collaboratori di vita, altrimenti si diviene operatori di morte.

LA SCIENZA E LA FEDE NON SONO CONTRAPPOSTE

(Ai partecipanti del XXV Congresso Internazionale di Oftalmologia, 5 maggio 1986)

« La scienza e la fede non si contrappongono; non ho alcun bisogno di insistere davanti a voi. Sia il Concilio Vaticano II, nella Costituzione Gaudium e Spes, che il Magistero, lo hanno a più riprese affermato. L'esperienza degli scienziati e dei credenti, e direi anche degli stessi scienziati credenti, lo manifestano tutti i giorni nel nostro mondo moderno. La scienza e la fede, ciascuna con il proprio obiettivo e i metodi specifici, sono al servizio dell'uomo. Sia l'una che l'altra convergono per il suo bene. Mi soffermo piuttosto, sulla necessità, nella quale si trova la medicina oggi, di restare ben salda alla centralità dell'uomo stesso, alla persona umana.

Si tratta in effetti di evitare due ostacoli. Da una parte, la medicina ha dovuto accettare una specializzazione sempre più accentuata e diffusa; era legittimo, era una condizione del suo progresso, ed è proprio il caso dell'oftalmologia.

Ma lo specialista non dovrà mai trascurare una visione integrale della persona, che in un complesso insieme di corpo e di spirito.

D'altra parte, l'organizzazione attuale dell'attività medica rischia spesso di compromettere il rapporto personale con il paziente, trasformandosi in una assistenza anonima, burocratica, basata sui dossiers. Ho già avuto occasione di rimarcare questi pericoli, invitando i medici a non dimenticare l'unità della persona, e ad umanizzare sempre più le prestazioni del loro servizio professionale (vedi

per esempio, il discorso ai membri dell'Associazione Medica Mondiale del 30.X.1983).

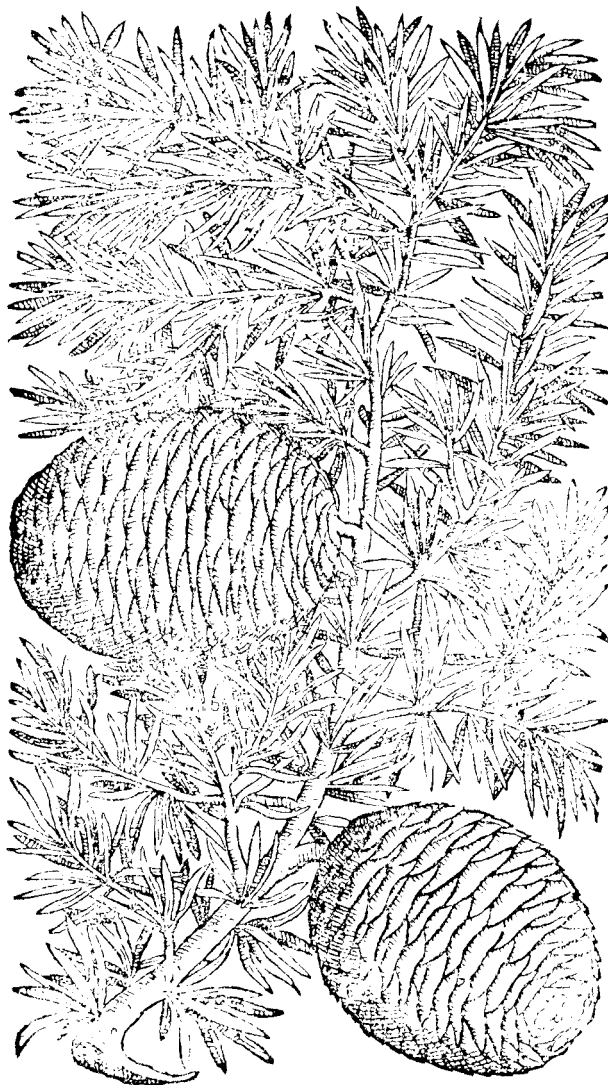
... Nel simbolismo della vista, Cristo rivela il mistero della salvezza e tutela dell'uomo. La facoltà di "vedere", non riguarda solamente il corpo, ma anche e soprattutto lo spirito. Cristo ha spesso rimproverato ai Farisei la loro cecità spirituale; si è lamentato di quelli che avevano gli occhi e non vedevano (cfr. Mt. 13, 13). Egli è la luce vera che illumina il mondo, e non teme di dire: "Colui che mi segue, non camminerà nelle tenebre" (Gv. 8, 13).

... In questo senso il compito degli oftalmologi supera l'ambito puramente umanitario; essi collaborano, a loro modo, alla costituzione di un mondo nuovo. Con Cristo, crediamo che questo nuovo mondo, abbozzato qui con le guarigioni corporali e con quelle spirituali, troverà la sua piena realizzazione nell'aldilà, per mezzo della grazia di Dio.

Allora l'uomo troverà finalmente la sua liberazione e la sua salvezza integrale; tutte le sofferenze spariranno; non avrà più bisogno della luce del sole perché tutti saranno avvolti dalla luce di Dio, e lo vedranno faccia a faccia (cfr. Ap. 22, 5; Co. 13, 12).

Ogni progresso nella vista corrisponde al desiderio più profondo dell'uomo: vedere il meraviglioso mondo della creazione, e vedere finalmente l'Autore di tutto ciò».

CEDRO MAGG. DEL MONTE LIBANO.



35

NESSUNO PUÒ IGNORARE I FANCIULLI
CHE OGGI STANNO MORENDÒ

(UNICEF — Giornata Internazionale dell'Infanzia,
lunedì 19 maggio 1986)

Oggi viene celebrata la Giornata universale dell'infanzia: la vostra festa cari ragazzi che mi ascoltate.

È per me un grande piacere salutarvi, in voi vedendo e salutando anche i bambini di tutto il mondo.

Il Papa vi ama. Ma ancor più vi ama Gesù. A chi cercava di tenere i fanciulli un po' lontani da lui, per evitargli il possibile fastidio della loro festosità, egli disse: «Lasciate che i fanciulli vengano a me!». Andate quindi sempre a Gesù con tanta fiducia.

Sono grato ai vostri genitori ed educatori, e agli organizzatori di questa celebrazione in nome dell'UNICEF, perchè mi hanno offerto l'occasione di un incontro che mi dà tanta gioia.

Questo gioioso incontro mi è occasione

propizia per ricordare ancora una volta che per tutti è dovere importante e urgente accogliere, rispettare, amare i bambini, assicurare che la loro vita fiorisca in piena salute. Perché la vita dei bambini deve allietare tutti i Paesi del mondo: perché non si può celebrare la festa dei bambini, quando sia vicina la strage della fame, della malattia, della morte.

Mi è stato recapitato il messaggio portato dal giovane maratoneta africano, che ora è in mezzo a voi. È un messaggio importante. L'urgenza di un immediato aiuto a chi maggiormente ha bisogno, alle popolazioni e in particolare ai bambini dei Paesi d'Africa, deve essere sentita da tutti.

Nessuno può ignorare i fanciulli che stanno oggi soffrendo, che stanno oggi morendo. La Chiesa è con loro ed è per loro. Ad essi il mio commosso abbraccio. E a tutti un grido d'implorazione: è una parte preziosa dell'umanità che sta soffrendo e sta morendo!

Resta valida per tutti i tempi la parola di Cristo: «Ciò che avete fatto a uno di questi piccoli lo avete fatto a me!» (Mt. 25, 40).

Che ogni bambino possa nascere e vivere fiorendo in tutte le sue dimensioni, quella fisica, quella morale, quella spirituale.

Bambini di Roma, bambini d'Italia, bambini di tutto il mondo: che il Signore vi benedica!

Voi tutti che con tanto merito vi preoccupate del bene dei bambini: che il Signore vi benedica!



MADRI COLOMBIANE DIFENDETE SEMPRE LA VITA

(Nella S. Messa celebrata venerdì 4 luglio '86 nello Stadio di Cali, Colombia)

L'Apostolo dice: «la pace di Cristo regna nei vostri cuori». Queste parole dobbiamo applicarle con non minor vigore dottrinale al cuore, al nucleo di ogni associazione, movimento o istituzione, e in definitiva alla società in quanto tale.

Ma non dimentichiamo che tutte queste cerchie di persone si nutrono della comunità familiare da cui scaturisce, si irrobustisce e si consolida la civiltà dell'amore. Quando l'istituzione familiare vacilla o viene meno, i vincoli della solidarietà si allentano, si alimenta la disgregazione, laddove l'armonia e la pace sono il clima più propizio per il bene comune, e in ultimo le cellule basilari della società estenderanno il loro stato patologico a tutto l'organismo sociale.

Se la pace di Cristo non regna nel cuore stesso della famiglia e della società, i popoli non solo perderanno forza e vigore, ma si perderà anche il rispetto per la vita e per la dignità umana. Ho voluto ricordarlo nella mia recente enciclica *Dominum et vivificantem*: «Si è rivelata sempre più a tutti la grave situazione di vaste regioni del nostro pianeta... Si tratta di problemi che non sono solo economici, ma anche e prima di tutto etici. Senonché, sull'orizzonte della nostra epoca si addensano "segni di morte" anche più cupi; si è diffuso il costume... di togliere la vita agli esseri umani prima ancora della loro nascita o anche prima che siano arrivati al naturale traguardo della morte» (n. 57).

Madri colombiane! Sposi responsabili! Difendete sempre la vita. Ricordate come Gesù volle essere riconosciuto da Giovanni Battista quando era ancora nel ventre materno, si rallegrò e sussultò di gioia dinanzi alla sua presenza nel seno verginale di Maria.

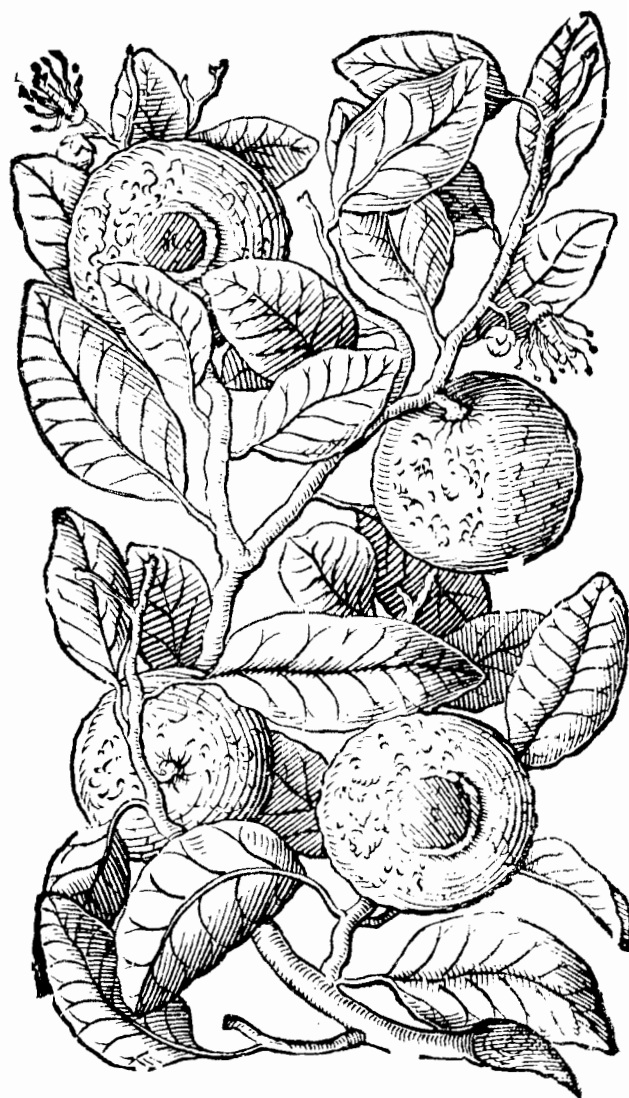
Sposi e padri di famiglia, difendere la dignità dell'amore è difendere la società. Minacciano la famiglia le ideologie e le istituzioni che a livello psicologico o con qualsiasi altra forma di coazione spingono la coppia e inducono le persone ad ostruire le fonti della vita e a negare di accogliere con amore una nuova esistenza.

La paternità e la maternità responsabili sono prova di amore e di servizio alla pace e alla vita.

Amatissimi colombiani, se non ci decidiamo ad estirpare dai nostri cuori queste spine pungenti, che soffocano nel suo germe il dinamismo della vita, della cultura e della civiltà, la nostra società, l'umanità intera, arriverà ad una progressiva atrofizzazione della coscienza di tutti i suoi membri e delle sue istituzioni, abbagliati da ingannevoli modernismi a falsi progressi che negano la verità sull'uomo e tendono a vedere in Dio un ostacolo e non la fonte della liberazione, la pienezza del bene. Ecco la falsa libertà che invece di costruire la pace e la civiltà dell'amore genera solo amarezza e desolazione (cfr. Ibid 37-38).

argomenti

POMI DI ADAMO.



**difesa
della vita
e difesa della
persona**

la persona e la vita

Le discussioni in tema di eutanasia e di trapianti di organi hanno portato alla attenzione dei medici e nelle discussioni dei moralisti con accenti di attualità una sottile distinzione tra "vita" e "vita umana", distinzione che va sottoposta ad una congrua riflessione.

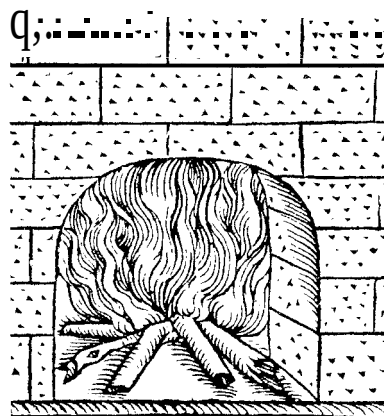
Il nocciolo della teoria è che sarebbe possibile individuare un momento della morte della persona diverso da quello della cessazione della vita biologica nel moriente. A questo scopo si identifica la persona con la capacità di relazione con il mondo esterno, così che, qualora la capacità di relazione sia stata definitivamente compromessa, in genere per un qualche fatto traumatico cerebrale, la persona dovrebbe ritenersi morta, anche se ci fosse ancora vita biologica nell'organismo umano, più o meno sostenuto dai mezzi di rianimazione. Per espiantare un organo sarebbe sufficiente constatare la morte della «persona» e in generale, al di fuori del trapianto, prolungare la assistenza in questi casi sarebbe da considerare come trattamento inutile di un cadavere.

Le conclusioni non si fermano qui, perché qualche altro va oltre e deduce un'ulteriore conseguenza: se la persona non esiste più quando la vita di relazione con il mondo esterno è compromessa, vuol dire che la persona non esiste ancora quando questa vita di relazione non c'è ancora; perciò l'embrione non sarebbe da definire persona in atto, ma ((personalità potenziale)).

la controprova scientifica e biologica starebbe nel fatto che la vita di relazione dipende direttamente dalla integrità della corteccia cerebrale e dei lobi dell'encefalo: laddove questi siano compromessi, la vita di relazione ha termine e si cade in una forma di «vita vegetativa persistente)), da considerare equivalente alla morte della persona; nell'embrione, ovviamente, questi centri non sono ancora formati e allora si dichiara che questo fatto costituirebbe un motivo per definire l'embrione semplicemente ((personalità potenziale)). Non tutti i difensori di questa distinzione tra vita umana e vita della persona giungono alla conclusione di legittimazione dell'aborto e della soppressione sugli embrioni, ma sono costretti ad uno sforzo non sempre persuasivo.

Un dato neurofisiologico, cioè la funzione dell'encefalo superiore, condiziona la vita di relazione; questa, a sua volta, condizionerebbe il concetto di persona: la vita umana precederebbe questo «non ancora persona» e potrebbe continuare anche dopo quella che «era già persona»).

In questo modo, quei malati che vengono definiti in coma irreversibile, dovrebbero essere dichiarati clinicamente morti; gli embrioni, quando ancora non è formato il sistema nervoso centra-



le, non sarebbero uomini a pieno diritto.

Su queste affermazioni è necessario portare alcune riflessioni, sia per rispettare la vita umana sia per onorare la persona, ma anche per chiarire il dato scientifico.

Lasciamo da parte il fatto del «coma irreversibile», sulla cui irreversibilità bisogna avere dati certi e obiettivi, che sono possibili alla scienza di oggi, ma che richiedono molta precisione, specialmente in certe patologie.

Quello che va chiarito anzitutto è che non è esatto definire la persona semplicemente come capacità di relazione): certamente l'essere personale tende ad esprimersi nella relazione sociale e ambientale, e, d'altro canto, dalla relazione socio-ambientale riceve stimolo e crescita; tuttavia non è la relazione che costituisce l'essere persona, ma, al contrario, è l'essere personale che costituisce la relazione, nella misura in cui l'organismo fisico lo permette. Nella teoria «relazionale» della persona, nota come teoria della ((relazione costitutiva)), si nasconde una filosofia fenomenologista della realtà ed una negazione della realtà ontologica della persona. La proposta di questa teoria era già stata fatta in tema di aborto. Bisogna riaffermare che la dignità dell'essere e il suo valore precedono l'espressione relazionale: l'essere umano ha tutto il suo valore sia nell'embrione o nel feto sia nel morente e, ancor più, evidentemente, nel malato mentale.

La compromissione per malattie dell'encefalo o per traumi encefalici della corteccia cerebrale può togliere la capacità percettiva, e la mancanza per qualche tempo dell'afflusso di sangue al cervello può determinare la irre-

versibile funzionalità dei centri di relazione, ma questo fatto non basta, da solo, a definire la morte della persona umana.

Un'ulteriore osservazione va fatta a proposito della stessa distinzione tra «vita umana» e ((persona umana)): è una distinzione che nasconde degli equivoci e che non regge, a nostro avviso, da un punto di vista antropologico. Nell'individuo umano, come in ogni vivente, non possono coesistere diversi «atti esistenziali»); nell'uomo non esistono l'uomo-pianta, l'uomo-animale e l'uomo-razionale; esso è unico. Un unico atto esistenziale attua e informa tutte le forze vitali: quelle biologiche, quelle psichiche e quelle spirituali, dirigendole all'unità dell'individuo e di quel determinato individuo-uomo: la nutrizione, la respirazione, la sensibilità sono attuate e dirette ad un unico fine e ad un unico progetto, il progetto individuale di una determinata persona. Le fasi di sviluppo non ancora raggiunte o le compromissioni per malattia possono impedire l'una o l'altra delle funzioni, ma finché c'è vita in atto, in senso unitario e unificativo, quella è vita di un solo soggetto, della persona umana. La prima fase successiva alla fecondazione nell'embrione è già vita di un individuo, di un essere unico e irripetibile, soggetto umano, che attua se stesso mobilitando al suo interno e nel suo finalismo ogni tipo di vitalità.

L'ontogenesi non ripete cioè la filogenesi: tutto quello che è vita nell'uomo è orientato alla vita dell'uomo singolo, della persona umana nella sua individualità.

Una riflessione allora s'impone anche sul concetto di vita e conseguentemente sulla definizione della morte.

La vita è definita dai biologi come ne-entropia o neghentropia e cioè come il contrario della legge dell'entropia: le energie nel vivente, invece che degradarsi e disperdersi, si concentrano, si unificano e si esaltano dal livello inferiore, fisico-chimico, verso quello superiore biologico. In termini filosofici la riflessione, a partire da questo fatto procede più oltre e, razionalmente, si definisce la vita come ((capacità di azione immanente)): il vivente è quell'essere che è sorgente e termine della propria attività, il vivente costituisce se stesso e agisce attingendo dentro di sé sia la scaturigine delle forze sia il progetto del proprio operare.

A seconda del livello di autonomia e di ampiezza-superiorità di questa attività, si distinguono le varie forme di vita. Il vegetale ha un'attività immanente che si limita ad eseguire il progetto e a riprodurlo; l'animale ha un'autonomia maggiore e raggiunge un livello superiore, perché, oltre a crescere e riprodursi, ha un'attività percettivo-sensoriale che gli permette di essere determinato nelle proprie attività in rapporto alla varietà delle forme percepite; l'uomo oltrepassa in maniera trascendente questo livello attingendo ad una sorgente di autocoscienza, intelligenza e libertà che è e rimane immateriale anche quando unifica e mobilita tutte le forze disponibili nell'organismo biologico e che è lo spirito creato.

Propriamente parlando — bisogna notare bene questo fatto — non esiste la vita, ma il vivente, perché la vita non esiste se non per effetto e in funzione di un'unità organizzata e gerarchica: esistono i singoli viventi. È per questo motivo che le leggi biologiche

non sono perfettamente uguali alle leggi fisiche; in ogni vivente la legge ha una variante individuale, tanto più rimarchevole quanto più elevata è la forma di vita. Si dice in medicina che esistono i malati e non le malattie; allo stesso modo esistono i singoli viventi in ognuno dei quali le forze vitali sono unificate nella irripetibile individualità conferita dall'atto esistenziale di ognuno. Nel caso della vita umana esiste il singolo uomo, la singola persona umana, vertice e sorgente di tutta la vitalità.

Da queste considerazioni emerge una conseguenza chiara: il vivente è **vivo** perché e fintanto che esiste un'unità vitale attiva che pervade l'organismo vivente e le sue parti.

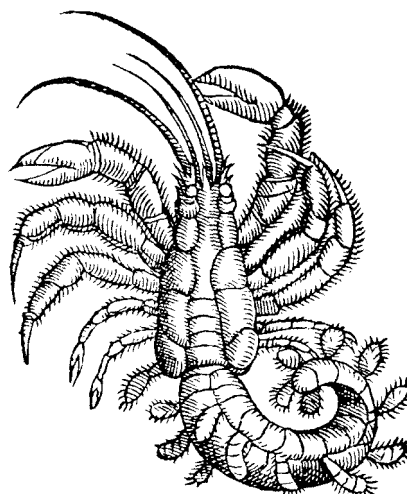
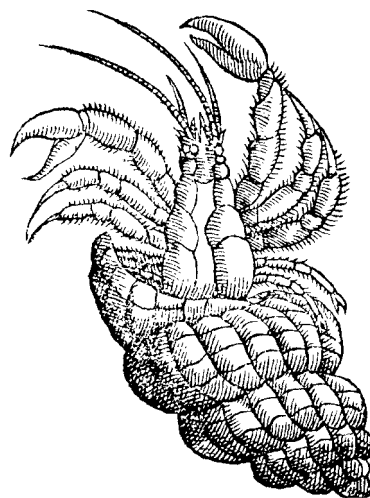
L'embrione è soggetto vivente perché ha un'unità convergente e progettuale volta alla realizzazione dell'individuo; la funzione unificante si serve, come ci dice la scienza, del codice genetico nella vita embrionale, nell'adulto si serve dei centri dell'encefalo più interno (bulbo-tronco encefalo) come affermano i fisiologi: quello che è essenziale, perché possa esistere quel vivente, è che si determini un orientamento unitario delle funzioni vitali.

Può capitare che un arto sia separato e quindi perda la vita, mentre l'individuo mantiene la sua vitalità unitaria; può capitare che l'individuo come unità sia morto, ma nei singoli organi continui per qualche tempo un residuo di vitalità diffusa e decentrata: nel primo caso è morto l'arto e vivo il soggetto, nel secondo caso è morto il soggetto ed ancora in qualche modo è vitale l'organo. Sta alla scienza definire, e non alla fi-

losofia, la vita e l'integrità dell'organismo; allo stesso modo sta alla scienza medica stabilire quando l'organizzazione unitaria della vita è cessata e per quali segni e parametri tale rilevazione è possibile. Il fatto che in questa ultima condizione vitale, che è definibile con il concetto di morte clinica, rimanga una certa vitalità negli organi e nelle cellule che li compongono e che in essi la vitalità diffusa si spenga lentamente; costituisce una condizione di una certa integrità residua degli organi e dei tessuti suscettibili di prelievo per il trapianto, che non è in contraddizione con la definizione di morte individuale, quando cioè l'individuo come tale non è più capace di una propria organica e unitaria vitalità coordinata e immanente.

Le conclusioni che si possono trarre da quanto abbiamo detto sono le seguenti:

a) Vita dell'individuo e vita della persona nell'individuo umano iniziano il ciclo vitale insieme e insieme attraversano la crisi della morte, oltre la quale rimane la vita propria dello spirito e, per quello che ci dice la Rivelazione, rimane il dono della Risurrezione. Propriamente parlando è lo spirito, creato da Dio, che anima e vivifica il corpo, dal primo istante del concepimento fino alla sua morte, rendendolo «corpo umano»), a servizio della persona e per l'espressione della persona. È da questa fonte di energia, che è lo spirito, che il corpo attinge la vitalità che si esprime in senso biologico e integralmente umano: finché c'è vita biologica c'è presenza dello spirito, c'è la vita della persona. Cadono a proposito le parole del S. Padre pronunciate al Congresso Internazionale dei moralisti il



Non è gran tempo, che si sono incominciate à ritrovare le vere Vipere in Italia per li manifesti segnali, che si son veduti ne i parti loro. Imperoche consigliandosi alcuni medici, che sono stati vaghi di rintracciarle, per havere il vero modo di comporre la tanto desfiata theriaca, con questi ciurmadori di banca, che fanno le profissioni delle serpi, n'hanno prese delle pregne: le quali poscia loro hanno partorito i viperini nelle scatole, dove le



10 aprile 1986: «È pertanto necessario che la riflessione etica si fondi e si radichi sempre più profondamente su una vera antropologia e questa, ultimamente, su quella metafisica della creazione che è al centro di ogni pensare cristiano» (da «L'Osservatore Romano») 11/4/1986, pag. 4).

b) Perché la persona si definisca morta non basta dire che sia irre recuperabile la vita di relazione, ma è altresì necessario che sia cessata la vita dell'organismo nella sua unitaria e centralizzata coordinazione. Questo si verifica, secondo le acquisizioni attuali della scienza medica soltanto quando vi è la compromissione strutturale e funziona-

le, non soltanto della corteccia e dei lobi cerebrali, ma anche del tronco e bulbo dell'encefalo.

Si può perciò affermare che la vita individuale della persona nella sua unità termina con la compromissione totale strutturale e funzionale, dell'encefalo nella sua globalità.

c) Il fatto che dopo questo evento, accertato con i parametri idonei, rimanga una certa integrità di organi esecutivi — come il cuore — che sono provvisti di una relativa e provvisoria riserva di energie, specie quando tali energie sono sostenute dalle macchine di respirazione e circolazione forzata, e non più modulate e unificate all'ence-

falo, consente sì di prelevare gli organi idonei al trapianto, prima della loro compromissione cellulare, ma non costituisce più segno di una vita vera e propria né in senso organico né in senso personale.

d) I parametri di morte clinica, perciò, per quello che la scienza afferma sulle condizioni di vita biologica, dovranno accertare la compromissione definitiva, strutturale e funzionale, dell'encefalo nella totalità delle sue parti (corteccia, lobi, tronco, bulbi) e non dovranno limitarsi a constatare la impossibilità della vita di relazione.

MONS. ELIO SGRECCIA
Professore di Bio-Etica
all'Università Cattolica del S. Cuore
Roma

i diritti del nascituro

L'insieme di riflessioni qui esposte ha lo scopo di suscitare una coscienza vigilante, capace di difendere i diritti dell'essere umano nel primo periodo della vita, dalla fecondazione sino alla nascita. Partendo dalla situazione attuale del problema, e con l'aiuto di alcuni principi orientativi, si formulano alcuni diritti fondamentali che devono essere riconosciuti e dovrebbero essere tutelati dalla legge.

Nascituro è un neologismo necessario. È un vocabolo che viene dal latino *nasciturus* per indicare l'essere umano già concepito ma non ancora nato. Nascituro è l'essere umano in via di nascere. Non soltanto ha in sé il significato del futuro, ma implica anche un certo diritto di venire alla luce come gli altri uomini. L'uso di questa parola non è ancora comune, ci sono alcuni che l'utilizzano in latino. La necessità di una nuova parola viene imposta dalla stessa realtà. Ogni giorno si avverte sempre di più l'importanza di fare attenzione e conoscere fino in fondo i principi e il processo individuale. L'intelligenza umana tende, per sua inclinazione naturale, ai principi in qualsiasi livello della realtà. Tutta la sua conoscenza si poggia sui principi. Si possiede la affermata esperienza che un piccolo errore nel principio diventa grande nella conclusione (1). La scienza moderna ha scoperto ogni giorno meglio l'origine dell'individuo umano. Conosciamo un po' meglio questo itinerario meraviglioso delle prime tappe della vita, anche se rimangono aperti ancora molti interrogativi. Forse per carenza di precisione, nella conoscenza abbondano i nomi per definirlo: bambino, fanciullo, figlio, sono nomi più generici; zigoto, blastocito, morula, embrione, feto, hanno un significato più preciso. Nascituro, invece, li include tutti con sufficiente ampiezza, unifica tutte le tappe e riguarda l'essere umano, di cui in realtà si tratta.

Può sembrare pretenzioso trattare dei *diritti umani* dell'essere umano ancora non nato. Siamo abituati a considerare la nascita come il punto di partenza perché l'essere umano sia soggetto di diritti. Si può dire che è ancora recente la

Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo del 1948. In verità dobbiamo dire che, in gran parte, si riduce ad essere solo una dichiarazione che ancora non è stata tradotta nella realtà della vita umana. E con tutto questo non crediamo che sia uno sproposito impostare la questione dei diritti umani del nascituro, ma un dovere verso il quale si deve attendere con urgenza. I diritti umani, per essere una certa espressione della legge naturale, scritta in tutti gli uomini, per sé, non ammette eccezioni. Si estende a tutti gli uomini, non per essere nati in una città come Atene o Roma, come succedeva nell'antichità, ma per il semplice fatto di essere uomini. E devono abbracciare tutto l'arco dell'umana esistenza.

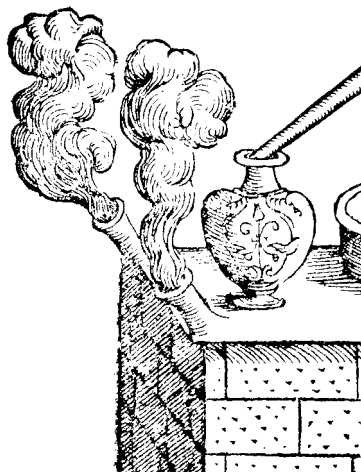
Inoltre, i diritti umani che sono una conquista e una espressione della umanizzazione di una determinata cultura, che ha per questo raggiunto un certo livello di maturità della coscienza e il livello dello sviluppo umano, ambedue si pongono oggi come prova per una maggiore attenzione ai più deboli, a coloro che hanno bisogno di protezione e ausilio della legge per il solo fatto di essere uomini e non riescono a far valere la propria forza nel conflitto sociale. Così la donna, così quando si tratta del malato, dell'handicappato, del bambino. Tutto ciò invita a prestare attenzione al nascituro, il quale è l'essere umano più tenero e delicato, affidato alla cura dei genitori e della società.

L'attenzione ai piccoli, ai deboli, agli infermi, è il segno privilegiato della maturità della coscienza umana. In coloro che non si possono far valere da soli troviamo la strada privilegiata per onorare l'umanità dell'uomo, per riconoscere la sua elevata dignità. Nella coscienza cristiana risuonano le parole del vangelo che chiedono particolare attenzione ai bambini e ai piccoli, perché Gesù Cristo ha voluto identificarsi con loro in maniera speciale: «Ogni volta che avete fatto queste cose a uno solo di questi miei fratelli più piccoli, l'avete fatto a me» (Mt 25, 40). Oggi abbiamo la certezza che l'individuo umano è costituito tale, non per la nascita, ma per la fecondazione. Arriva per tanto il momento di riportare i diritti umani della nascita allo stesso principio della vita umana e applicarli a questo periodo iniziale del *homo viutor*. Così assume senso pieno parlare dei *diritti del nascituro*.

1. I primi passi

La situazione attuale di questo argomento è per lo meno sconcertante e angosciata per una coscienza retta che stima sul serio la dignità umana. Ci sono due fatti tipici del nostro tempo che hanno esasperato la coscienza fino al limite intollerabile. Uno è il disprezzo del nascituro che si manifesta nell'aborto provocato direttamente. Questo fenomeno presenta due aspetti inumani che aggravano il fatto stesso: la coscienza e la mentalità abortista che si è diffusa come una piaga, e la legalizzazione dell'aborto, anche se si hanno attenuanti o si pretenda di trovarle. Non riusciremo mai a credere che ai nostri giorni si possano sacrificare attraverso l'aborto tanti milioni di essere umani, i quali sono l'espressione più limpida dell'innocenza (2). L'altro fattore tipico del momento presente riguarda il potere della scienza e della tecnica applicata al nascituro. È un potere, come tutto l'umano, ambivalente. È meraviglioso quando si usa per la retta promozione della vita umana, per dominare tutte le situazioni pericolose che attraversa l'esistenza. Però è terribile quando questo potere si pone al di sopra delle norme etiche e fa dell'essere umano semplice oggetto di sperimentazione.

Tuttavia la coscienza cristiana ha ottenuto negli ultimi anni magnifici araldi. Se il problema dei diritti umani è in ritardo nel penetrare in quest'ambito, si può affermare che, iniziando dalla *Pacem in Terris* di Giovanni XXIII, nel 1963, è riuscito a trovare una profonda connessione col Vangelo. Nel campo della difesa della vita, nessuna voce è tanto chiara e coraggiosa come quella della Chiesa. Giovanni Paolo II è stato ricono-



sciuto come il campione dei diritti umani nel nostro tempo. Nei documenti emanati dal suo Pontificato troviamo la voce della coscienza umana che chiede specifico riconoscimento dei diritti del nascituro. Basta citare qui l'art. 4 della Carta dei diritti della famiglia: «La vita umana deve essere rispettata e protetta assolutamente fin dal momento della concezione» (10).

Alla sua voce si sono unite le Conferenze Episcopali. Di fronte alla legalizzazione dell'aborto in Spagna, la Conferenza Episcopale elevava la sua voce chiedendo riconoscimento dei diritti del *nasciturus* (11). Nel 1984 i vescovi di Victoria (Australia) esigevano riconoscimento di «essere umano» per il feto e ricordavano le significative parole di R. Edwards: «L'embrione è un microscopico essere umano nello stato precocissimo del suo sviluppo». Perciò tutta la vita umana ha dignità e diritti, ha valore oggettivo e intrinseco. E questo lo possiede per essere umano «microscopico o macroscopico, bambino, adulto, anziano, Caucasic, Negroide o Asiatico» (12). I Vescovi tedeschi riuniti in Fulda nel 1985 fanno una dichiarazione chiedendo la protezione per il bambino prima della sua nascita, perché «è un essere umano che cresce nel seno della sua madre e continua la sua crescita dopo la nascita» (13).

La stessa coscienza di protesta di fronte alla situazione intollerabile e di richiesta del riconoscimento dei diritti del nascituro affiora in molteplici testimoni particolari. Due teologi presentano la loro testimonianza davanti ad un Comitato parlamentare nell'USA, il P. Richard A. McCormick SJ, e il P. Donald McCarthy, nel 1984. Per quest'ultimo l'embrione è un individuo distinto che possiede la natura umana e quindi la sua dignità e i suoi diritti chiedono che venga trattato come se un giorno potesse giungere ad essere Presidente (14). In questa stessa direzione Salvino Leone ha elaborato un decalogo dei «diritti dell'embrione», come risposta adeguata alla situazione di questa delicata questione, che mette in prova la nostra capacità di comportamento umano (15).

Queste voci significano la nuova coscienza, però rimangono ancora affogate dal clamore di una moltitudine di persone che pensano il contrario, o cadono nel vuoto a causa della sordità di cui è malata la voce della coscienza dell'uomo del nostro tempo (16). Sono voci

che hanno più segno che effettività. Richiedono maggiore appoggio.

2. Primi principi

La soluzione della questione sui diritti del nascituro dipende da un principio radicale: che sia realmente una persona. Solo la persona umana è soggetto di diritti. Lo stesso concetto di persona può essere preso a vari livelli e di forme diverse. Conviene ricordare che si tratta di un concetto filosofico con una profondità metafisica da dove partono le proiezioni che immettono nell'ambito morale e nell'ambito giuridico. È necessario ritornare alla coscienza della realtà personale nel suo più profondo livello, tanto lontano dalla mentalità attuale che vive nella superficie senza penetrare nelle profondità. Tommaso d'Aquino ci aiuta con la sua chiarezza concettuale ad una comprensione adeguata alla persona: «Persona significa una certa natura che ha un certo modo di esistenza. La natura che include la persona nel suo significato è quella che ha maggiore dignità fra tutte le nature, cioè la natura intellettuale secondo il suo genere. In analoga maniera il modo di esistere, che implica la persona, è il più degno, ossia, qualcosa che esiste di per sé» (17). Applicata all'essere umano, la persona indica l'essere singolare esistente con l'autonomia che gli compete, e con la natura umana che riceve. Perché la persona è una totalità singolare, nell'umano esige avere tutto ciò che costituisce l'uomo.

Non c'è uomo senza corpo. Non c'è uomo senza anima. Non c'è uomo se non nell'unità sostanziale di entrambi e un'esistenza che solo si esercita nel singolare. Quando si realizza veramente tutto ciò nell'uomo? Si è discusso molto sulla questione del momento dell'infusione dell'anima nel corpo. L'anima è creata immediatamente da Dio, ed è Dio che la crea e la infonde. (18). Quel momento è al di sopra delle osservazioni umane, e mai sarà accessibile all'esperienza. Per cui è stato possibile mantenere due opinioni su questo argomento: quella di Aristotile che Tommaso d'Aquino fa propria, per il quale l'anima richiede una materia organizzata e perciò viene infusa fin dal principio (20).

Le scarse conoscenze dell'antichità sul principio della vita umana non permettevano andare oltre. Oggi abbiamo altri elementi di so-

luzione. Sappiamo che l'essere umano acquista il suo carattere d'individuo unico fin dalla fecondazione, ha la sua certa autonomia, e svolge proprie operazioni come essere vivente della specie umana. Si può dunque dire con certezza che il nascituro, fin dalla fecondazione, è individuo umano; non è oggetto, è persona e quindi ha i diritti della persona. L'ontologia dell'essere personale fonda l'ordine etico e giuridico. Questa deve essere la strada per l'attribuzione dei diritti umani del nascituro.

Nell'ordine dell'essere conviene ricordare tre principi: quello dell'individuazione attraverso la materia, quello del divenire e trasformarsi in tappe successive dello sviluppo temporale, e quello della totalità che implica sempre un soggetto umano. Oggi è un'evidenza per la scienza, come afferma Lejeune, che l'individuo acquista la sua singolarità genetica e biologica fin dalla fecondazione o fusione dei due nuclei delle cellule dell'ovulo e dello sperma. L'anima umana si individualizza in ordine ad una materia concreta, come sostiene l'Aquinate, e si crea quando si infonde in essa, e sin dal primo momento si può dire che «contenga» il corpo, piuttosto che sia «contenuta» da esso (21).

Il divenire dell'essere umano non conosce salti, ma tappe ben programmate negli elementi del codice genetico. Le tappe sono ben diverse, ma in tutte, dal primo momento all'ultimo dell'esistenza, persiste l'identità del singolo. E questa riguarda ciascuna delle cellule come tutto l'individuo: ben compatto in se stesso, ben differenziato da tutto il resto (22). L'uomo, come ogni essere vivente, è e si sviluppa. Svolge le sue potenze in un movimento costante dalla potenza all'atto, dalla realtà alla possibilità, dalla naturalezza alla libertà e alla storia. E lo fa sempre come totalità, come soggetto autonomo che è indipendente nel suo essere e nel suo operare, anche se è un essere in relazione. All'essere umano non dà la sua dignità e il suo valore né la cronologia, né le funzioni, ma l'ontologia personale che possiede sin dal principio. Sempre è soggetto, ed in nessun momento della sua traiettoria vitale può essere soltanto oggetto (23).

Nell'ordine etico tutto proviene dall'essere personale. Nell'essere umano valgono prima di tutto gli atti dell'uomo, l'azione della natu-

ra; poi gli atti umani, nell'ambito della libertà. Ed ogni momento, la sua dignità umana esige rispetto e considerazione umana. Quest'attitudine deve essere riconosciuta a tutti gli uomini, ed a tutto l'umano, anche alla corporeità (24). Questa dignità aumenta nella visuale della fede, che sa con certezza che l'uomo, ogni uomo, è immagine di Dio, e che ogni essere umano risponde in definitiva a un progetto di Dio per questo essere singolare umano, unico e irripetibile (25).

Nell'ordine giuridico la legge positiva è chiamata ad ordinare la vita umana in tale maniera che si ottenga il bene comune che si trova nella promozione delle persone. E se non riesce ad evitare tutti i mali, né correggere tutti gli abusi, deve evitare quelli maggiori che attentano contro l'essere umano, soprattutto contro la vita. E questo deve essere tanto a livello della comunità umana universale con il **diritto delle genti**, o la legge dell'umana convivenza, quanto nell'ordine della comunità nazionale che ha il suo statuto di diritto, maggiormente nei moderni stati di diritto, che hanno tutta la loro forza e il loro fondamento nei diritti delle persone che formano questa comunità a livello nazionale (26). Ogni legge che è contraria ai diritti che appartengono all'uomo per natura non ha, in verità, la forza della legge, che è «norma della ragione promulgata da chi detiene la cura della comunità» (27).

Tutti questi principi sono impliciti nella definizione dei diritti del nascituro. L'aspetto giuridico è un'esigenza dell'ordine etico che caratterizza tutto l'umano, e ciò ri-

sulta dal fondamento ontologico dell'essere personale che è patrimonio di ognuno dei soggetti umani, sin dal primo momento della loro esistenza fino all'ultimo. L'esistenza umana singolare si fa presente nel mondo e si esercita nella corporeità, e nella temporalità.

3. Diritti primari

Nelle proclamazioni e dichiarazioni dei diritti umani da parte del pensiero cristiano e concretamente nella Chiesa Cattolica, che ne è diventata la maggiore difenditrice negli ultimi anni, ci sono due note che emergono di fronte alle altre dichiarazioni: da un lato il fondamento nell'essere personale, come già ha fatto Giovanni XXIII nella *Pacem in Terris*, e dall'altro una **gerarchia** dei diritti, poiché non tutti possono vantare lo stesso rango d'inclusione nella legge naturale dalla quale sgorgano e nella coscienza umana nella quale si manifestano. Perciò nessuno di questi mai possono essere violati, come il diritto alla vita, ed altri possono ammettere ritardo nella loro applicazione, perché richiedono prelievi condizioni che ancora non ci sono, come il diritto di una determinata nazione all'insegnamento superiore di tutti i cittadini. È evidente che il diritto alla vita del nascituro è un diritto primordiale perché da esso derivano tutti gli altri. E perché in queste circostanze è il più minacciato. Ma non è l'unico. Una dichiarazione dei diritti del nascituro nel momento presente, guidata dalla norma etica del buon legislatore che favorisce la promozione del bene comune, che è il bene di tutte le persone della comunità ed evita i mali più gravi ed i rischi che sono una realtà in queste circostanze, deve andare molto più avanti. Il **Rapporto Warnock** in Inghilterra, elaborato come risposta per rendere possibile una regolazione giuridica suscita tanti problemi quanti ne risolve. E la coscienza cristiana non ha potuto tacere davanti ad esso (28). Io qui non voglio fare una enumerazione dettagliata dei diritti, ma solo aprire piste e creare una coscienza intorno ad essi. E tutto ciò nella brevità obbligata di alcune note.

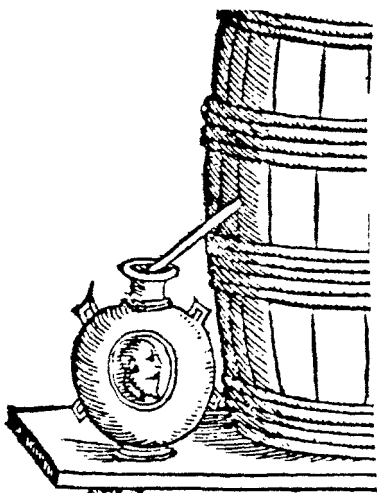
Credo che possiamo raggruppare i diritti del nascituro in tre prospettive complementari, tutte protese a rispettare, conservare e proteggere la **vita singola** che è di fatto sacra ed inviolabile. È vita della quale nessuno può disporre. Viene

da Dio ed a Dio è destinata fin dal primo momento dell'esistenza terrena. La prima angolazione si riferisce **all'origine** del nascituro che deve essere pienamente umana, la seconda **allo sviluppo della vita** ricevuta che deve essere favorita nella sua dimensione di vita individuale, e la terza riguarda **le relazioni** di dipendenza che il nascituro ha verso le altre persone.

I diritti del soggetto nascituro in rapporto con la **sua origine** sono: il **venire all'esistenza attraverso un processo naturale nella famiglia**, il mantenere il **patrimonio genetico non adulterato né manipolato**, e il **riconoscimento della sua individualità umana**. L'uomo deve essere frutto naturale dell'unione dell'uomo e della donna nel matrimonio. Perché ha diritto ad avere i suoi genitori, ad essere ricevuto in una famiglia e ad essere aiutato nel processo della maturazione umana, attraverso l'educazione (29). Questo diritto esclude qualsiasi sperimentazione di fecondazione artificiale FIV o FIVET. Gli altri due diritti escludono ogni esperimento di embrioni e ogni intervento che non tende ad essere aiuto e protezione per la vita individuale già in cammino. La scienza deve essere al servizio della vita e non al contrario (30).

I diritti del nascituro in **relazione allo sviluppo** della sua personalità nella tappa più delicata della sua esistenza sono quelli che lo proteggono nella sua propria vita e lo aiutano a realizzare il progetto della natura. Ha **diritto alla vita**, ed a una **vita umana** fin dal primo momento. Nessuno lo può condannare a morire, né per esigenze di esperimenti, né perché è un peso per altre persone. Ha diritto **alla salute**, inteso nel senso ampio della prevenzione delle malattie che in questo periodo raggiunge il massimo grado e di curare le tare che possa avere. Ecco dove lo sviluppo della scienza può mettersi al servizio dei diritti silenziosi del nascituro, in definitiva dell'uomo. Il **diritto alla Protezione** contro i pericoli che lo minacciano in questa civiltà dell'edonismo. Il diritto alla promozione integrale deve cominciare, fin dal principio (31).

I diritti che nascono **dalla sua relazione con gli altri**, dato che fin dal principio è un essere umano fra esseri umani, si riferiscono in primo luogo alla madre, e alle persone che per qualsiasi motivo entrano in relazione personale con lui, alla società. Il nascituro ha il diritto di



avere una madre, dalla quale riceve aiuto nella sua vita, e amore materno, tanto importante per l'equilibrio psichico di tutta la persona. Pertanto, diritto ad **essere accettato** e curato. Per i diritti del nascituro, la madre deve essere aiutata in tutto ciò che ha bisogno in relazione a suo figlio. Il nascituro ha diritto ad esigere dalle persone che entrano in relazione con lui di **essere trattato con dignità**, come essere umano, in tutte le manifestazioni e circostanze, senza che in nessun momento si veda degradato alla condizione di oggetto, cosa e merce. Finalmente, ha diritto, da parte della società, ad una legislazione che offra **garanzie di vita umana** e non permetta nessuna pratica contro i suoi diritti (32).

I **diritti del nascituro** esigono nel nostro tempo una urgente **proclamazione**, come espressione di maturità della coscienza, e chiedono una **tutela efficace**, perché nessuno osi attentare contro la vita di coloro che, per uno speciale intervento di Dio creatore, e per una forza creativa dell'uomo, sono chiamati personalmente all'esistenza.

**P. ABELARDO LOBATO
OP.**

Professore nella
Università San Tommaso
Roma

NOTE

- (1) ARISTOTILE, De *Coelo*, I, p. 5 a 271.
- (2) CICCONE LINO, Non uccidere, Ares, Milano 1984 p. 54 e ss. Si calcola che sono molti milioni coloro che muoiono all'anno a causa dell'aborto, fra 30 e 40.
- (3) Tale è il tema e il titolo della Rivista «Projet», sett. ott. 1985.
- (4) C. CAPRILE, Il Papa e il diritto alla vita, «La Parola», Roma 1981. Giovanni Paolo II fa una coraggiosa denuncia contro la mentalità abortista e cerca di suscitare una nuova coscienza che affermi il diritto alla vita.
- (5) S. TOMMASO, ST, I-II, 91, 2.
- (6) Il testo si trova nel volume antologico dei documenti, Mammasono qui, La Parola, Roma 1978, pp. 118-121.
- (7) «I diritti di ogni bambino alla vita fin dal momento del concepimento devono essere riconosciuti e i governi devono accettare l'obbligo di provvedere alla realizzazione di questi diritti»). Cf. F. MANTOVANI, Le manipolazioni genetiche: *profili* penali, Justitia, 1985, p. 300.
- (8) *Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe*, 33 session ordinaire: Recommendation 934 (1982). Cf. testo della Rivista «Medicina e Morale», 1984, pp. 93-96.
- (9) Consiglio d'Europa. Conferenza dei Ministri di Vienna, 1985. Risoluzione n° 3: sur *les droits de l'homme et le progrès scientifique dans les domaines de la biologie, de la médecine et de la biochimie*. Testo in *H/Inf*, 1985, I, pp. 133-134. La presentazione di questa raccomandazione la fece il ministro Badinter, il quale difese la possibilità di giungere nella pratica fino dove permetteva la scienza. Il giorno 4 di marzo del presente anno c'è stata a Parigi una interpellanza parlamentare del Consiglio d'Europa su «L'utilizzazione degli embrioni umani con fini terapeutici, scientifici, industriali o commerciali».
- (10) Carta dei diritti della *famiglia*, presentata dalla Santa Sede a tutte le persone, istituzioni e autorità interessate nella missione della famiglia nel mondo contemporaneo. 22 ottobre del 1983. Tra le fonti di questo articolo 4, si enumerano, *Gaudium et spes*, 51. *Familiaris consortio*, 26. *Humanae vitae*, 14 e il Discorso di Giovanni Paolo II all'Accademia Pontificia delle Scienze del 23 ottobre 1982.
- (11) Derecho a la *vida del nasciturus*, Dichiarazione della Commissione Permanente dell'Episcopato spagnolo. Testo in *Vida nueva*, n° 1479, 18 maggio 1985.
- (12) Testo ne L'Osservatore Romano del 19 maggio 1984.
- (13) Testo in *Anime e corpi*, n° 123, gennaio-febbraio 1986, pp. 103-106.
- (14) Testo in La Documentazione cattolique, n° 1883, del 4/11/1984.
- (15) LEONE SALVINO, I diritti dell'*embrione*, (Medicina e Morale), 1985, pp. 583-603.
- (16) LOMBARDI VALLAURI LUIGI, Manipolazioni genetiche e diritto, Justitia, 1985, pp. 1-32.
- (17) S. TOMMASO, De *Potentia*, q. 9a, 3.
- (18) S. TOMMASO, ST I 90, 2.
- (19) S. TOMMASO, ST I, 118, 2 ad 2: «Sic igitur dicendum est quod anima intellectiva creatur a Deo in fine generationis humanae, quae simul est et sensitiva et nutritiva, corruptis formis praeexistentibus».
- (20) SKOLLET A., *Animation* in DCT, M.H. CONGOURDEAU, *Communio*, 1984, pp. 103-116; X. THEVENOT, Le statut de l'*embryon humain*, «Projet», 1985, pp. 45-56, H. SEIDL, Zur *Geistseele in menschlichen Embryo nach Aristoteles*, Albert d.Gr. und Thomas v. Aquin. Ein *Diskussionbeitrag*. Atti del II Congresso della SITA, Roma, 1986, in corso di pubblicazione.
- (21) S. TOMMASO, In De Anima, I, lect. XIV, n. 206.

(22) JÉRÔME LEJEUNE, Generica, etica e manipolazioni, «Medicina e Morale», 1985, pp. 565-576.

(23) TETTAMANZI DIONICI, Problemi morali circa alcuni interventi sui *feti/embrioni* umani, «Medicina e Morale», 1985, pp. 23-43.

(24) SGRECCIA ELIO, La bioetica: gli orizzonti e i principi *fondamentali*, «Anime e corpi», n° 121, 1985, pp. 451-470.

(25) GIOVANNI PAOLO II, *Redemptor Hominis*, 13 e 14. L.F. LADARIA, La *concepción del hombre* come *imagen* de Dios y su *reinterpretación* en Cristo, «Miscelanea Comillas», 1985, pp. 383-399. A. PLÉ, *Chaque homme est singulier*, «Le Supplement», pp. 379-391.

(26) RAMIREZ SANTIAGO O.P., *Deberes morales* con la comunidad *nacional* con el Estado, Madrid, 1962.

(27) S. TOMMASO, ST, I-II, 90, 4. J. MARI-TAIN, Nove lezioni sulla legge naturale, Jaca Book, 1984.

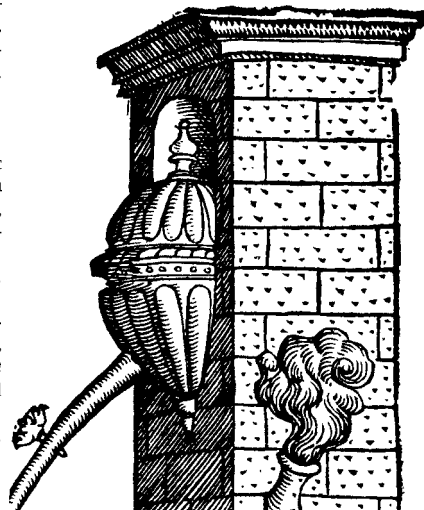
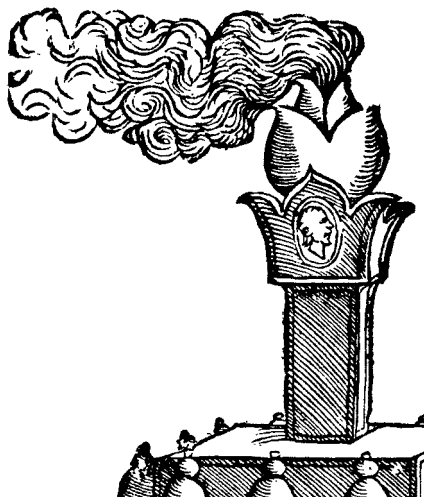
(28) La Commissione dell'Episcopato Cattolico inglese elaborò un Commentario: *Comments on the Warnock Report. On human fertilization and embryology*. Testo in «Medicina e Morale», 1985, pp. 138-180.

(29) S. TOMMASO, In *IV Sent.* dist. 26, q.1., art. 1: «Non enim intendit natura solum generationem eius (prolis), sed traductionem et promotionem usque ad perfectum statum hominis, in quantum homo est, qui est virtutis status».

(30) GIOVANNI PAOLO II, *Discorso* ai membri dell'Associazione Medica Mondiale. Testo in *L'Osservatore Romano*, 30 ottobre 1983.

(31) SERRA A., *Fondamenti biologici del diritto alla vita del neoconcepito*, Jus, 1975, pp. 343-365.

(32) GIOVANNI PAOLO II, *Discorso* ai medici partecipanti in un Convegno sulla «Tutela della salute della gestante e del concepito». Testo ne L'Osservatore Romano, 13 ottobre 1985.



alcuni aspetti della eutanasia

Introduzione

La vita umana è la base di tutti i beni, la fonte e condizione di ogni attività dell'uomo e di ogni forma della coesistenza sociale (7). La morte è la fine dell'esistenza biologica dell'uomo. Essa si presenta in modo diverso per ogni persona che affronta questo problema esistenzialmente. Gli uni attendono la morte con pazienza, nella tranquillità e fiducia, gli altri con la paura ed incertezza, altri ancora si ribellano contro «l'ultimo assurdo»). Sia per il medico, che per l'ammalato è importante guardare con coraggio al problema della morte e interrogarsi onestamente sul suo significato (3, 6).

In questo articolo vorrei concentrare la mia attenzione sul termine della vita biologica dell'uomo e sul ruolo del medico in relazione alla vita dell'infermo.

Per la elaborazione di questo articolo ho sfruttato le mie esperienze mediche, in quanto, prima di studiare la teologia, ho operato per 25 anni nei reparti di chirurgia, neurotraumatologia, chirurgia-toracica e oncologia.

Il concetto cristiano della vita

La concezione cristiana della vita ammette che l'uomo è un essere creato ad immagine di Dio, redento da Cristo e chiamato all'immortalità. È un essere psico-fisico e costituisce un'unità dell'anima e del corpo (9). L'uomo deve considerare il suo corpo buono e degno di rispetto in quanto creato da Dio e destinato alla risurrezione nell'Ultimo Giorno. Solo Dio-Creatore è il Signore della vita dell'uomo e della sua integrità. «Sia che viviamo, sia che moriamo siamo dunque del Signore» (RM 14,8).

Il dovere della medicina è stare al servizio della persona umana e della sua dignità tenendo presente

che l'uomo è unico e trascendente. Essa deve ricordarsi dell'integrale visione dell'uomo la quale, in conseguenza dello sviluppo delle diverse scienze, può essere facilmente soppiantata dalle concezioni parziali. In base a verità parziali sull'uomo alcune scuole consigliano le loro soluzioni e danno le indicazioni pratiche riguardo al comportamento da tenere oppure come procedere nei suoi confronti. Tali concezioni divergono fondamentalmente dalla cristiana visione della vita. Attraverso queste non-integrali concezioni dell'uomo lui stesso diventa più l'oggetto delle determinate tecniche che il soggetto responsabile del suo agire. (3).

La medicina di fronte alla vita

La medicina sta a salvaguardia della vita umana, dal suo concepimento fino alla fine del pellegrinaggio terreno, fino alla fine della biologica funzione dell'organismo. Ogni medico giura: «Terrò l'assoluto rispetto per la vita umana dal momento del suo concepimento e perfino sotto minaccia non permetterò di usare la mia scienza medica contro i diritti dell'umanità» — *dal giuramento d'ippocrate approvato dall'Assemblea Generale delle Mondiali Società Mediche nel 1948 a Ginevra* (3). I medici cattolici vedono l'ammalato alla luce della concezione cristiana della vita, ed anche molti medici non-cattolici accettano alcune verità di questa concezione.

La medicina di fronte alla morte

Non è possibile separare la questione del corpo da quella dello spirito, perché l'uomo costituisce un'unità corpo-anima (3, 4, 9): è dunque così che dobbiamo considerarlo al momento della morte. Il medico non può vedere solamente ed esclusivamente l'aspetto biologico o patofisiologico dei processi, ma deve rammentare anche i bisogni dell'anima e così guardare all'infermo affidato alla sua cura. (3, 6).

L'eutanasia

Praticare l'eutanasia consiste nel compiere un'azione che è causa di morte, o nell'astenersi dal compierla, intrapresa con l'intenzione di causare la morte, allo scopo di eliminare ogni dolore. L'eutanasia è situata dunque sul livello delle in-

tenzioni e dell'applicazione dei metodi (1, 6, 7, 8, 10). Nel concetto dell'eutanasia incontriamo una azione che mira alla morte dell'uomo. Per determinare più esattamente il ruolo del medico di fronte alla morte dell'infermo si pone la domanda: che cosa è la morte per la medicina contemporanea? Il Gruppo di lavoro istituito dalla Pontificia Accademia delle Scienze, nell'ottobre 1985, ha stabilito che, sulla base della scienza contemporanea, si considera morta la persona che ha perso in modo irreversibile tutte le facoltà che integrano e coordinano ogni funzione fisica e mentale (5). Ogni azione mirante a raggiungere tale stato, intrapresa sia per un motivo di compassione o per desiderio dell'ammalato o per opera di un gruppo di uomini con motivi sociali, è eutanasia. Nella definizione del Gruppo di lavoro una certa difficoltà può procurare la constatazione dell'irreversibilità dei cambiamenti avvenuti nel sistema nervoso centrale. Sulla base della scienza medica contemporanea si ammette che la registrazione elettroencefalografica delle correnti funzionali del cervello (EEG) è l'esame per mezzo del quale si può constatare l'irreversibilità dei mutamenti avvenuti nel cervello. È richiesto di fare due registrazioni elettroencefalografiche a distanza di 6 ore. Il diagramma indicante la mancanza dell'attività elettrica del cervello è indice di avvenuta morte dell'uomo (5).

Le operazioni di rianimazione e l'eutanasia

Alla luce di questa discussa definizione della morte, la questione se l'interruzione del funzionamento dell'apparecchiatura di rianimazione è eutanasia o no, prende un nuovo significato. L'elemento decisivo che può determinare tale interruzione è la morte del cervello, ossia gli irreversibili cambiamenti nel cervello e solo essi possono essere una indicazione decisiva per spegnere l'apparecchiatura di rianimazione — dunque dopo la constatazione della morte dell'infermo. Non è eutanasia l'interrompere il funzionamento dell'apparecchiatura di rianimazione che mantiene le funzioni vegetative del morto (5), dal quale possono essere per es. prelevati gli organi necessari per fare un trapianto. Perché, per ottenere un organo interno idoneo alle esigenze della chirurgia dei tra-

pianti, si interviene dopo la morte dell'uomo, non c'è qui una interruzione della vita umana biologica.

La selezione degli infermi

In relazione allo sviluppo della tecnica medica e con l'uso di nuovi metodi di terapia, nasce un nuovo problema riguardo all'eutanasia: se l'ordine di successione della cura e la selezione degli ammalati è una forma di eutanasia o no. Ora si tratta di definire quale sia il criterio che bisogna seguire per stabilire tale ordine. Sembra che ogni criterio, al di fuori di quello dell'esperienza di un medico dall'elevato livello etico, conterrà una valutazione della vita. Sia il criterio di età, che quello economico o eugenico, sia quello di autorità o di posizione sociale, conterrà sempre un elemento della valutazione della vita umana, del quale nessun uomo è competente. Tale valutazione sarebbe un entrare nel merito delle competenze del Creatore. Il medico, stabilendo un ordine di successione della cura, non valuta la vita come tale, ma soltanto il grado della possibilità di condurre dati malati in salvo.

L'esperienza medica

Il medico cattolico intende il concetto dell'esperienza medica alla luce della concezione cristiana della vita. Il papa Giovanni Paolo II, rivolgendosi ai medici, ha detto: «Il ricercatore appartiene al divino piano della creazione. Dio ha voluto che l'uomo sia il re del creato. A voi, chirurghi, specialisti operanti nei laboratori e medici-internisti Dio ha concesso questo onore, permettendo a tutte le forze della vostra intelligenza di cooperare all'opera della creazione, inaugurata nel primo giorno dell'esistenza del mondo» (3).

L'etica medica

Accanto all'esperienza si esige dal medico cattolico un alto livello etico. Con l'etica e soprattutto con l'etica professionale il medico deve entrare in contatto durante i suoi studi. Purtroppo, le scuole superiori di scienze mediche non sempre mostrano la dovuta cura in questo campo. Inoltre i principi sui quali si basa l'esposizione dell'etica sono talvolta molto lontani dall'etica cattolica e in questo caso intendo l'etica che tiene conto della concezione cristiana della vita. Il medico giovane, il ricercatore im-

para l'etica professionale dai suoi colleghi più esperti ed è fortunato se lavora in un ambiente dove il valore etico è tenuto nella dovuta considerazione. Il problema dell'insegnamento dell'etica professionale dei medici deve essere una grande sollecitudine della Pastorale del Servizio sanitario (2).

I mezzi proporzionati e sproporzionati

Il dovere del medico è aiutare l'infermo utilizzando a questo scopo tutta la sua conoscenza, i moderni mezzi tecnici che stanno al servizio della medicina e tutto ciò che sta a sua disposizione per l'assistenza in quel determinato ambiente. Ora sorge il problema se bisogna e fino a che punto è necessario, ad ogni prezzo, con fatica sproporzionata e con il coinvolgimento di molte persone, impegnarsi quando l'esperienza medica non vede molte probabilità di risultati positivi. In conformità all'etica cattolica siamo obbligati ad aiutare utilizzando i mezzi ordinari o meglio proporzionati (7), e siamo moralmente dispensati dall'impiego dei mezzi sproporzionati. Bisogna concentrare l'attenzione sul fatto che il concetto del mezzo straordinario, sproporzionato è un concetto relativo, dipende dal grado dello sviluppo della medicina in ogni singolo ambiente. Per es. può esserci un ambiente dove anche la somministrazione di un farmaco per via endovenosa è un mezzo straordinario, mentre in molti altri è un mezzo usuale (6, 7, 10).

Conclusione

Lo straordinario e impetuoso progresso della scienza medica implica la necessità di nuove riflessioni etiche. Da una parte lo sviluppo della tecnica al servizio della medicina, una più esatta conoscenza della fisiopatologia dei fenomeni biologici e i nuovi mezzi farmacologici a disposizione, e dall'altra lo sviluppo della chirurgia dei trapianti e dell'immunologia ci pone sempre più spesso davanti a nuove e talvolta complicate situazioni etiche. Per orientarsi nei problemi attuali bisogna incessantemente seguire il progresso della medicina e, considerando la concezione cristiana della vita, valutare le situazioni etiche in cui l'uomo si trova (3).

KRZYSZTOF SZCZYGIEL
Professore di Medicina Pastorale nella
Pontificia Accademia di Cracovia

BIBLIOGRAFIA

1. *Dizionario Enciclopedico di Teologia Morale*. Edizioni Paoline - 1981 pp. 380-386
2. GIOVANNI PAOLO II. *Dolentium Hominum. Litterae Apostolicae Motu Proprio quibus constituitur. Pontificia Commissio de Aposrolatu pro Valetudinis Administris* - Ed. Vat. 1986
3. GIOVANNI PAOLO II. *All'Associazione Medica Mondiale*, 29 Ottobre 1983, «L'Osservatore Romano», Nr. 10, Ottobre 1983.
4. GÜNTHER ANSELM. *Chiamata e risposta. Una nuova teologia morale* - Ed. Paoline, 1976, t. III
5. PONTIFICIA ACCADEMIA DELLE SCIENZE. *Dichiarazione della morte*. «L'Osservatore Romano», 30 Ottobre 1985
6. PERICO GIACOMO. *Problemi di Etica Sanitaria* - Ed. Ancora, Milano 1985, pp. 113-137
7. SACRA CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE. *Dichiarazione sull'Eutanasia*. Eutanasia - Ed. Piemme 1985 p. 78
8. SŁOWNIK TEOLOGICZNY. *Red. Ks. A. Zuberbier*. Wyd. Księgarnia Sw. Jacka, Katowice 1985, t. I
9. SOBÓR WATYKANSKI II. *Konstytucje - Deklaracje - Dekrety* - Edition du Dialogue, Paris 1967, pp. 533-657.
10. SPINATI SANDRO. *Documenti di Deontologia e etica medica* - Ed. Paoline, 1985, pp. 33, 53



Riassunto

L'autore, dopo aver dato i principi della concezione cristiana della vita, mette in risalto che la medicina, curando, deve salvaguardare la dignità della persona umana. Poi fa conoscere l'atteggiamento della medicina riguardo alla vita e alla morte. Discute sul problema dell'eutanasia alla luce: della dichiarazione della morte elaborata dalla Pontificia Accademia delle Scienze (ottobre 1985), dei criteri della selezione dei malati da curare, del ruolo dell'esperienza medica e dell'etica professionale, infine dei mezzi proporzionati e sproporzionati applicati nell'assistenza al malato.

l'accanimento terapeutico: considerazioni etiche

48

Tra i problemi medico-morali che vengono sollevati in questi ultimi tempi si pone anche quello del cosiddetto «accanimento terapeutico». A porlo è, anzitutto, lo stesso sviluppo scientifico-tecnico: con gli enormi progressi della medicina, oggi è possibile ritardare a lungo, sempre più a lungo, la morte, ricorrendo sia alla rianimazione sia alla conservazione artificiale della vita. È possibile, quindi, «accanirsi» nei confronti di un malato o in fase terminale o in situazione d'irreversibilità. Ora, se una simile possibilità è legata al progresso tecnologico, la sua messa in atto cade oggi nel contesto delle discussioni circa l'eutanasia: di qui l'immediato pericolo che si sviluppino gravi confusioni e insidiosi fraintendimenti. In realtà, alcuni amano accostare tra loro l'eutanasia e l'accanimento terapeutico, ravvisandovi un profondo legame «culturale», nel senso di interpretarli come «segni» di una comune, anzi identica «volontà di potenza» da parte dell'uomo: sia con l'eutanasia che con l'accanimento terapeutico.

l'uomo intende affermare il suo «potere» sulla morte o affrettandola/anticipandola (eutanasia) o ritardandola/posticipandola (accanimento terapeutico).

Senza negare che si diano rapporti tra l'eutanasia e l'accanimento terapeutico, si deve pur rilevare, con estrema chiarezza, che almeno sotto il profilo obiettivo obbediscono a due logiche diverse, così diverse da risultare contrastanti, antitetiche: l'eutanasia è comandata dalla logica della morte procurata, l'accanimento terapeutico è comandato dalla logica della vita, della vita ad ogni costo. Proprio per questa sostanziale diversità qualitativa non può essere minimamente accettato quel rifiuto dell'accanimento terapeutico invocato con il «diritto a morire con dignità» inteso nel senso dei fautori dell'eutanasia. Infatti, non ha alcun senso parlare di «diritto» là dove l'uomo non è né padrone né arbitro della propria o dell'altrui morte. Così come non ha alcun senso parlare di «dignità» là dove la morte procurata a se stessi o agli

altri contraddice radicalmente il «valore» di ogni esistenza umana, anche la più provata e la più infelice. In questo contesto, il termine «dignità» è falso e falsificante, perché nasconde la cruda e inquietante verità dell'uomo che si fa giudice ed esecutore d'una condanna di morte. Siamo, come si vede, all'eutanasia «mascherata» da nobili parole: ma pur sempre eutanasia vera e propria.

Morire con dignità umana e cristiana

Chiarita la distinzione tra eutanasia e accanimento terapeutico, prendiamo quest'ultimo in diretta ed esplicita considerazione. Fondamentale e decisivo ci sembra essere, anzitutto, il contesto entro cui si può e si deve sviluppare una riflessione etica sull'accanimento terapeutico: è il contesto del morire «umano».

Proprio questa è la prospettiva assunta dal noto documento della Congregazione per la Dottrina della Fede: «È molto importante oggi

proteggere, nel momento della morte, la dignità della persona e la concezione cristiana della vita contro un tecnicismo che rischia di divenire abusivo. Di fatto, alcuni parlano di 'diritto alla morte', espressione che non designa il diritto di procurarsi o farsi procurare la morte come si vuole, ma il diritto di morire in tutta serenità, con dignità umana e cristiana. Da questo punto di vista, l'uso dei mezzi terapeutici talvolta può sollevare dei problemi» (Dichiarazione sull'eutanasia, 5 maggio 1980).

Il punto verte sul morire «umano». Certo, la morte è per l'uomo un «evento inevitabile»: egli è per definizione un ((mortale)), e sotto questo aspetto è del tutto assimilabile ad ogni altro essere vivente destinato alla morte, come il vegetale e l'animale. Ma l'uomo è «uomo» anche di fronte alla morte e nella morte stessa: questa da ((evento inevitabile)) e chiamata a divenire per l'uomo un «fatto personale», un fatto da assumere e da «vivere» (vivere la morte!) da uomo, ossia coscientemente e liberamente, dunque responsabilmente. In questo senso, morire «con dignità umana» significa affrontare la morte con serenità e coraggio, come parte integrante e irrinunciabile dell'esistenza dell'uomo, come momento riassuntivo e perfezionativo dell'intera vita umana: per questo la morte esige d'essere «vissuta», accolta e partecipata in consapevolezza e libertà responsabile. Giustamente il documento della Congregazione s'appresta a completare la frase: con dignità umana «e cristiana»). In realtà, il credente scopre nella morte la partecipazione al mistero pasquale di Gesù Cristo crocifisso e risorto, il passaggio dalla vita terrena a quella eterna, il trasferimento dalla casa degli uomini alla casa del Padre: una fede, questa, che domanda di essere vissuta come una coerente accoglienza della morte.

Da qui deriva la legittimità, anzi, la necessità della **cura al morente**, il cui principio etico fondamentale si risolve nel **favorire la dimensione propriamente umana del morire**. Curare il morente significa, dunque, aiutarlo a morire con dignità umana e cristiana. Ma, a sua volta, tale cura dev'essere «umana». Leggiamo ancora nel documento sopra citato: «Ciascuno ha il dovere di curarsi e di farsi curare. Coloro che hanno in cura gli ammalati devono prestare la loro opera con ogni diligenza e somministrare quei

rimedi che riterranno necessari o utili. Si dovrà, però, in tutte le circostanze, ricorrere ad un rimedio possibile?».

Come si vede il documento indica i due problemi morali in gioco: da un lato quello di alleviare le sofferenze del malato grave o morente con l'impiego di analgesici; dall'altro quello della rinuncia o del rifiuto del cosiddetto «accanimento terapeutico».

Non ci sono dubbi circa la liceità morale, e in alcuni casi circa lo stesso dovere morale, di **alleviare le sofferenze** del malato grave o del morente con la somministrazione di analgesici e narcotici, anche se comportano il pericolo di abbreviarne la vita: si somministrano non per affrettarne la fine, ma per lenire la sofferenza, anche se è prevedibile che, come effetto collaterale, portino ad una fine più rapida. Com'è noto, il magistero di Pio XII ha già dato ampia e precisa risposta ai diversi quesiti etici sollevati dall'uso degli analgesici. Ci restringiamo a rilevare soltanto come sia del tutto inaccettabile la riduzione dei malati gravi **all'incoscienza** con il **ricorso sistematico** alle droghe, molte volte, indubbiamente, per compassione, ma spesso anche più o meno deliberatamente per evitare a quanti s'accostano al malato — medici, infermieri, parenti — il rapporto spesso così difficile e faticoso con chi è vicino alla morte. Non è più il bene della persona malata che in questo caso viene ricercato, bensì un'equivoca protezione dei sani dentro una società che ha paura e fugge la morte.

Più delicata e peraltro ineludibile è, invece, la chiarificazione sul secondo problema: quello appunto del cosiddetto «accanimento terapeutico».

Un prolungamento precario e penoso della vita

Ancora una volta, i criteri fondamentali per un giudizio etico vengono chiaramente indicati dal documento citato: «È lecito interrompere l'applicazione di tali mezzi (mezzi messi a disposizione dalla medicina più avanzata, anche se sono ancora allo stadio sperimentale e non sono esenti da qualche rischio), quando i risultati deludono le speranze riposte in essi. Ma nel prendere una decisione del genere, si dovrà tener conto del giusto desiderio dell'ammalato e dei suoi familiari, nonché del parere

dei medici veramente competenti; costoro potranno senza dubbio giudicare meglio di ogni altro se l'investimento di strumenti e di personale è sproporzionato ai risultati prevedibili e se le tecniche messe in opera impongono al paziente sofferenze e disagi maggiori dei benefici che se ne possono trarre. È sempre lecito accontentarsi dei mezzi normali che la medicina può offrire. Non si può, quindi, imporre a nessuno l'obbligo di ricorrere ad un tipo di cura che, per quanto già in uso, tuttavia non è ancora esente da pericolo o è troppo onerosa. Il suo rifiuto non equivale al suicidio: significa piuttosto o semplice accettazione della condizione umana, o desiderio di evitare la messa in opera di un dispositivo medico sproporzionato ai risultati che si potrebbero sperare, oppure volontà di non imporre oneri troppo gravi alla famiglia o alla collettività. **Nell'imminenza** di una morte inevitabile nonostante i mezzi usati, è lecito in coscienza prendere la decisione di rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita, senza tuttavia interrompere le cure normali dovute all'ammalato in simili casi. Perciò il medico non ha motivo di angustiarsi, quasi che non avesse prestato assistenza ad una persona in pericolo».

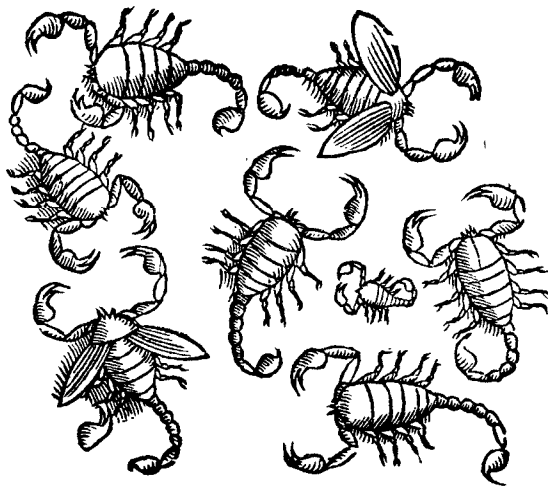
Il testo ci sembra particolarmente prezioso, perché ci aiuta a definire con criteri oggettivi il cosiddetto accanimento terapeutico, sia a farne la corretta applicazione.

Tra i **criteri oggettivi** secondo cui definire il cosiddetto accanimento terapeutico ci sembra di dover ricordare: 1. **L'inutilità** o inefficacia sotto il profilo della terapia (a tale criterio si riconnette, contenutisticamente, quello dell'irreversibilità o della morte cerebrale). Già alla luce di questo primo criterio risulta contraddittoria la stessa espressione di ((accanimento terapeutico)), precisamente perché non conduce alla terapia; 2. **La penosità** o gravosità sotto il profilo del malato, che rischia d'essere posto in condizioni di ulteriori sofferenze od anche di umiliazione profonda. Alla luce di questo criterio il termine di «accanimento terapeutico» svela la triste realtà d'essere un accanimento non sulla malattia, bensì sul malato. In questo senso, alcuni parlano di «violenza» terapeutica; 3. **L'eccezionalità** degli interventi e/o mezzi terapeutici: sono dei mezzi che i moralisti del passato

qualificavano come «straordinari» e che oggi si preferiscono definire «sproporzionati»: è evidente che questo terzo criterio è soggetto di fatto all'evoluzione in rapporto al tempo e allo spazio: mezzi un tempo e in certi paesi «sproporzionati», oggi e da noi (paesi sviluppati) sono da definirsi mezzi «proporzionati». Comunque questo terzo criterio precisa meglio quello dell'inutilità: il trattamento risulta inutile nonostante la sua eccezionalità.

Definito il cosiddetto «accanimento terapeutico», occorre poi applicarne i criteri oggettivi detti al caso concreto. Un'applicazione questa non sempre facile, da farsi comunque in «scienza e coscienza» da parte dei medici competen-

SCORPIONE TERRESTRE.



L A N E.



ti: «È difficile dire quando un'azione terapeutica è utile o inutile, e quando da 'atto medico' si può trasformare in quello che viene definito accanimento terapeutico. Certamente per il medico è un grosso problema, e credo che debba veramente agire in 'scienza e coscienza' quando deve decidere sull'utilità o sull'inutilità di un atto medico, e se deve continuare la terapia o no» (Prof. Paolo Mantegazza, in «Corriere Medico», nov. 1984, p. 9).

Nel non facile compito di applicare al singolo paziente i criteri oggettivi detti, il medico procederà all'insegna della competenza professionale e della sapienza umana, ricorrendo, se è il caso, ad un pare-

re e giudizio collegiali, senza dimenticare la possibilità di errore in senso sia diagnostico sia prognostico. È ovvio che l'eventuale decisione di sospendere i trattamenti inutili e penosi non potrà né dovrà mai significare l'abbandono del malato: gli si dovranno somministrare le cure ordinarie, e ancor più gli si dovrà assicurare una presenza di condivisione nell'agonia e nella morte.

Non possiamo tacere la tentazione cui può soggiacere il medico d'indulgere all'accanimento terapeutico in taluni casi. Se eccezionale sembra il caso tipicamente politico (di solito il riferimento è ai casi di Franco e Tito), meno eccezionali possono essere i casi legati o alla richiesta dei parenti o al desiderio

Ars moriendi et vivendi

Vorremmo chiudere queste veloci considerazioni etiche sul cosiddetto «accanimento terapeutico» con qualche accenno propriamente culturale. Anche per questo problema particolare, come per gli altri, diventa decisiva, per il suo approccio e per la sua soluzione, la prospettiva culturale generale che l'uomo assume di fronte alla vita e alla morte, alla salute e alla malattia.

In tal senso il medico sa bene che egli è chiamato a «curare» sempre, non invece a «guarire» sempre. Sotto questo aspetto si danno i malati inguaribili, non i malati incurabili. Ora, nella cura, quale

dice — «non c'è più nulla da fare!».

Per tutti il contesto culturale adeguato è dato dalla sapienza e dall'umiltà di una ri-educazione al senso della morte. Si tratta di riscoprire e di rilanciare l'*ars moriendi*, una pedagogia quindi che faccia posto alla morte e ai suoi significati umani.

A sua volta l'*ars moriendi* costituisce un capitolo fondamentale e irrinunciabile dell'*ars vivendi*, una pedagogia che faccia cogliere la vita, dal primo all'ultimo istante e in ogni condizione, come dono e compito che Dio affida all'uomo perché l'uomo lo accolga e lo adempia come espressione e realizzazione dell'amore a Dio e ai fratelli. In questo senso, sia il vive-

IL MELE.



LATTE, CASCIO, ET BOTVRO.



della sperimentazione. Ma né l'uno, né l'altro caso legittimano un vero e proprio accanimento terapeutico: non il primo, perché risulta profondamente ingiusto verso i parenti (che verrebbero illusi), verso gli altri (che verrebbero privati di mezzi e cure utili o necessarie), verso se stessi (verrebbe sfigurata la vera fisionomia della professione medica), senza dire della prima e fondamentale ingiustizia, quella che colpisce il paziente stesso; non il secondo caso, perché la ricerca scientifica — sia pure a fini terapeutici — non è affatto «il» valore supremo, ma costituisce «un» valore solo se e nella misura in cui si pone al servizio della persona, di ogni e singola persona.

contenuto fondamentale e onnicomprensivo della missione del medico, rientra anche il momento dell'agonia e della morte del paziente. Si potrebbe persino dire che rientra «soprattutto» questo momento. Vi rientra in quanto il medico è sollecitato ad intervenire con l'aiuto scientificamente e tecnologicamente più adeguato ed efficace. Ancor più vi rientra in quanto il medico è sollecitato ad intervenire con la presenza e la condivisione umana e spirituale, al di là dell'aiuto tecnico. Questo è da riaffermarsi di fronte al pericolo di una «fuga», prima psicologica che spaziale, da cui il medico può essere tentato di fronte all'ammalato dichiarato «spacciato», per il quale — si

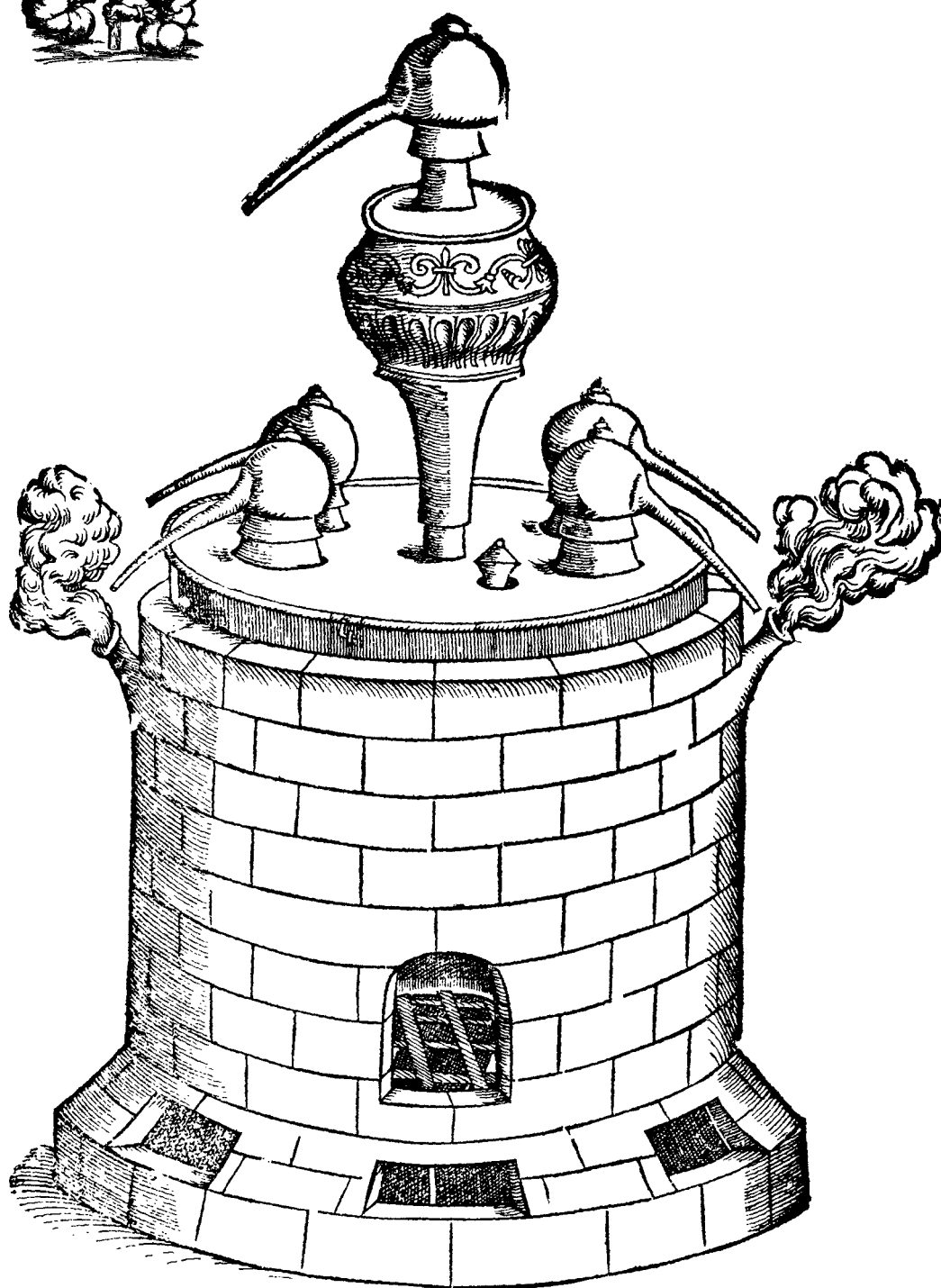
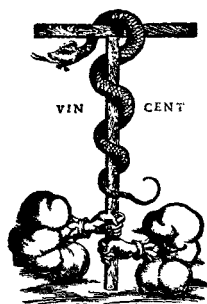
re sia il morire rivelano il loro ultimo significato nell'essere «via all'amore». È la semplice e stupenda convinzione che l'apostolo Paolo ha manifestato scrivendo ai cristiani di Roma: «Nessuno di noi vive per se stesso e nessuno muore per se stesso, perché, se noi viviamo, viviamo per il Signore; se noi moriamo, moriamo per il Signore. Sia che viviamo, sia che moriamo, siamo dunque del Signore» (Rm 14, 7-8).

23 maggio 1986

MONS. DIONIGI TETTAMANZI
Docente di teologia morale e pastorale
al Seminario di Milano

DEL MODO DI DISTILLARE LE ACQUE DA TUTTE LE PIANTE.

Et come vi si possino conseruare
i loro veri odori & sapori.



testimonianze



le religiose sanitarie in Spagna

Una necessità un desiderio

Le Religiose Sanitarie di Spagna, nel 1950, hanno sentito la necessità di costituirsi in Associazione per unificare gli sforzi ed unire i criteri.

Inoltre la Santa Sede esitava a creare un organismo simile a quello già esistente in Italia (FIRO); allo stesso tempo però, le invitava a partecipare al Congresso di Infermiere Cattoliche che si doveva svolgere a Roma.

Così è nata l'ARAS (Associazione di Religiose Ausiliarie Sanitarie) approvata nel 1952.

Due fatti e una sola realtà

La Conferenza Spagnola di Religiose nasce nel Dicembre 1953, per cui la preesistente associazione ARAS diventa la FEDERAZIONE SPAGNOLA DELLE RELIGIOSE SANITARIE, alla quale l'approvazione definitiva, come Federazione, arriverà da Roma soltanto nel 1970, causa ritardi amministrativi.

La FERS

Gli statuti la definiscono come «Organismo di Diritto Pontificio, con personalità giuridica propria, formato dalle Superiori Maggiori degli Istituti Religiosi Femminili e società di vita apostolica, dedicati in Spagna, a delle attività sanitarie in una qualsiasi delle sue forme, parziale o totale, in rappresentanza di queste persone morali» (Statuti FERS, art. 1).

I suoi fini, rispettando lo spirito, l'autonomia e le forme proprie di ogni Istituto, sono soprattutto la promozione e il rinnovamento continuo della vita religiosa nel campo sanitario, secondo il pensiero della Chiesa e per il servizio del popolo di Dio (CFR. PC 23).

Chi la costituisce?

Vi appartengono, libere e spontaneamente, 64 Congregazioni. Questo comporta un totale di circa 13000 Religiose Sanitarie, rappre-

sentate da 112 Superiori Maggiori. Schematicamente così rappresentare:

64 CONGREGAZIONI

626 comunità sanitarie

Il totale dei centri sanitari nel paese è di 1090 (1)

700 comunità geriatriche

Il totale dei centri geriatrici nel paese è di 1271. (1)

(1). Dati del 1984.

Si stanno compilando quelli più recenti.

Un dato importante può essere segnalato: le Congregazioni Religiose Femminili hanno in proprio meno di 50 centri sanitari. Mentre 200 delle residenze per anziani sono di loro proprietà.

Quali sono le principali attività?

Una parte importante della sua attività è orientata verso la formazione e informazione dei suoi membri, nel campo professionale come nel campo pastorale. Nel corso degli anni, la FERS non ha fatto economia di sforzi affinché le religiose siano all'altezza della domanda professionale sanitaria nel paese. Per molti anni, le religiose sono state le sole «professioniste» del paese nel campo dell'infermeria e, quindi, pioniere nella formazione e lo sviluppo di questa carriera.

A questo scopo sono state create scuole di infermiere, mentre parallelamente funzionavano unità di insegnamento generale e di base per le suore prive di istruzione, e scuole di ausiliarie infermiere per coloro che non potevano seguire la carriera di infermiere. La FERS creò anche la scuola di formazione complementare «Santa Maria», la quale, fra le scuole di responsabili del paese, era la migliore. Furono aperte altre scuole: di ostetricia, per analisti... I cambiamenti avvenuti nel paese hanno avuto un contraccolpo sulla vita religiosa sanitaria, per cui la sua presenza è diminuita, ma è diminuita soprattutto la sua influenza in alcuni posti. Era anche questa un'esigenza del Concilio. Tuttavia, attualmente ci sono circa 8.000 religiose che si dedicano agli ammalati nel campo ospedaliero e nel servizio a domicilio, e più di 5.000 che lavorano nel servizio agli anziani.

Si può dire che realmente non esistono religiose non preparate per la funzione che svolgono. La FERS ha dedicato non pochi sforzi per legalizzare le condizioni di la-

voro delle religiose, fissando i contratti e convegni adatti. Dal 1982, la FERS intensificò i suoi sforzi per la formazione pastorale dei suoi membri, ed è per questo che tra le altre, creò una scuola di Pastorale Sanitaria, con il sostentamento dell'Istituto Superiore di Scienze Religiose e Catechesi. Nell'arco di tre anni ci si forma nelle materie più importanti, e per il migliore esercizio del loro compito di evangelizzazione nel campo della salute. Sebbene è certo che questo compito le sia sempre appartenuto, soprattutto per le esigenze della Evangelii Nuntiandi, è stato fatto sì che anche per questo compito sia necessaria una formazione specifica. Anche se in un campo ristretto è la prima scuola del genere che esiste nel paese.

Con la consapevolezza dei progressi e le nuove scoperte nel campo della bioetica, durante questi ultimi 5 anni, la FERS ha fatto uno sforzo molto grande per formare i suoi membri in questo senso. Ciclicamente si effettuano dei corsi e dei seminari in tutta la Spagna. Sono condotti dai migliori specialisti nel settore.

Come è organizzata la FERS

Come ogni aggregazione di religiose in Spagna, la FERS è stata una tra quelle che hanno sempre avuto la migliore organizzazione, tanto per ciò che riguarda la struttura, che per il suo funzionamento. L'assemblea delle Superiori Maggiori si riunisce in sessione ordinaria ogni due anni, nella quale si effettua una revisione della vita della federazione e nello stesso tempo si traccia il programma per le attività future. Tale programma sarà attuato da un comitato di Superiori Maggiori eletto all'interno dell'Assemblea.

Il lavoro quotidiano della federazione è assicurato da un segretario permanente diretto dalla segreteria generale, e da altre religiose e/o laici.

Le strutture regionali e provinciali della FERS sono state considerevolmente rafforzate dopo il 1982. L'esecutivo è stato decentralizzato in seguito ad una migliore centralizzazione dei criteri.

I presidenti di queste Delegazioni Regionali formano anche il comitato di governo, così come la Presidente Nazionale della FERS è membro di diritto dell'Unione del-

le Superiori Maggiori del paese (CONFER).

All'interno del segretariato permanente, ci sono delle commissioni di lavoro specializzate che studiano aspetti concreti del mondo della salute e degli anziani.

Il rapporto con altri organismi nazionali ed internazionali.

In tutte le sue strutture, la FERS è membro del Segretariato di Pastorale Sanitaria.

Collabora strettamente con tutti gli organismi civili che le richiedono questa collaborazione, e con tutti quelli di ordine ecclesiastico.

Attualmente si è formata una Commissione mista alla Federazione di Religiosi Sanitari.

Fa parte di tutte le organizzazioni collegiali sanitarie nelle quali si trovano i suoi membri, e anche delle associazioni di Scuole per Infermiere che esistono nel paese. È membro dell'Associazione per lo sviluppo ospedaliero; membro della Tecnoclinic.

È membro della Caritas nazionale.

A livello internazionale fa parte del CICIAMS, con il quale collabora strettamente; partecipa ai suoi congressi europei e mondiali apportandovi le proprie esperienze.

Nel 1982, con decreto del Bollettino ufficiale dello Stato, fece parte della Commissione Nazionale per l'Assemblea Mondiale sull'invecchiamento, alla quale partecipò in quanto membro attivo, a Vienna.

È presente in Guinea Equatoriale con una partecipazione di 37 religiose sanitarie in qualità di aiuto al terzo mondo (In seguito ad una petizione espressa dal governo spagnolo come aiuto a questo paese dopo la caduta di Macias).

Prospettive future

La FERS ha realizzato studi approfonditi sulla vita religiosa sanitaria nel paese. Ne è risultato che in genere l'età media delle religiose è elevata, a causa dello scarso afflusso di nuove leve, ma ciò non impedisce, a questo collettivo, di proseguire la propria attività. Esso si trova in più del 50% dei centri sanitari, e in circa il 70% dei centri geriatri, dove si impegna nel

mantenere la sua presenza, spesso ostacolata dalle istituzioni governative.

Perciò il mantenere la presenza della FERS nel mondo della sanità, (seguendo le norme odierne del lavoro, poiché non si può in un'altra maniera), è divenuto uno dei principali impegni in questi ultimi anni così difficili per il nostro paese. E allo stesso tempo il cercare di aprirsi a nuovi campi come l'assistenza di base raccomandata dalla OSM a tutti gli Stati. Sono molte, infatti, le religiose che oggi lavorano nel campo rurale svolgendo questa attività.

La religiosa sanitaria ha piena consapevolezza che il mondo della sanità è «una piattaforma di potere» ambita da molti.

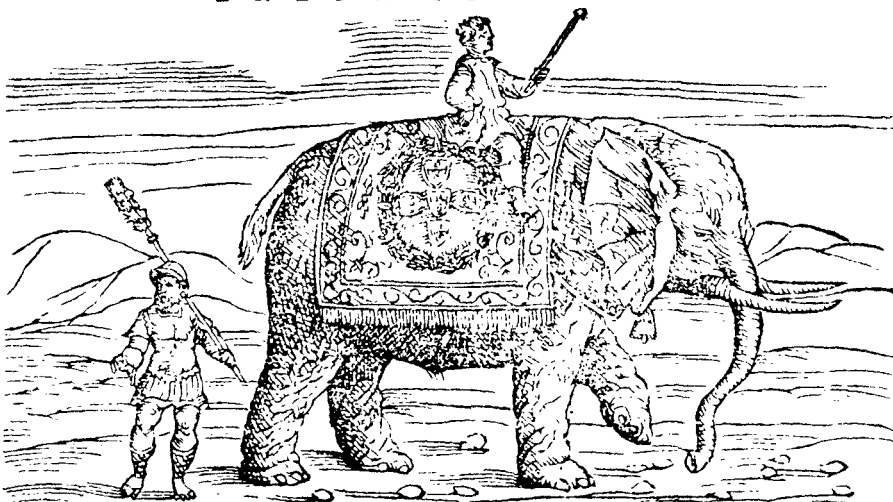
Ma lei desidera soltanto che i malati siano curati come persone, e che i loro diritti siano rispettati, e che gli anziani possano terminare i loro giorni «dignitosamente»...

Per questo e solo per questo la FERS accetta qualunque sfida, da ovunque essa provenga, e alla quale si risponderà: «**Che ci lascino servire, che esigano da noi il servire**».

SR. E. ORDEN, HC
Segretaria Generale FERS

imperocché la lunghezza
de i passi loro auan-
za di gran lunga la ve-
locità de i passi de gli
huomini. V'irano di frò-
di, & di frutti di alber-
ne è così grosso albero,
che non rompano con
il naso loro. Crescono fi-
no all'altezza di sedi-
ci palmi. & però colo-
ro, che non son vsi a ca-
uallarli, si contaminano,
come fanno in su le
nani coloro, che non son
vsì in mare Sono sfena-
ti, ne si posson ritenere
con alcuna sorte di briglia. Il perche sempre si lasciano con la testa in libertà. Ma per essere obidientissimi, & per

E L E P H A N T E.



OLIVO DI BOHEMIA.



santi medici anàrgiri

La liturgia bizantina conosce varie, ma anche ben precise, categorie di Santi: Angeli, Profeti, Apostoli, grandi Gerarchi e Dottori ecumenici, Martiri, Monaci, taumaturghi Anàrgiri. I più insigni e noti Anàrgiri sono: Cosma e **Damiano**, **Ciro** e **Giovanni**, **Panteleimon** ed **Ermolao**.

La parola greca **anàrgirossignifica**: senza denaro, che non riceve denaro, che esercita gratuitamente un'arte o un mestiere. Anàrgiri vengono chiamati dalla Chiesa bizantina i santi che, secondo gli scritti agiografici, esercitano la medicina senza retribuzione. Nel rito bizantino della preparazione delle oblate si fa memoria dei «santi e taumaturghi anàrgiri Cosma e **Damiano**, **Ciro** e **Giovanni** e di tutti i santi **anàrgiri**». Ma in pratica il titolo è riservato ai ss. Cosma e **Damiano** i quali sono anàrgiri per eccellenza ed antonomasia. I santi Cosma e **Damiano** subirono il martirio a **Ciro**, città episcopale di **Teodoreto** (458) che li ricorda e li chiama «illustri atleti e generosi martiri». Ivi era la loro basilica, celebre nell'antichità, dalla quale il culto si diffuse per tutto il mondo: e per molti luoghi in misura così larga da farli considerare santi locali.

Progressivamente presso gli orientali si perse la nozione dell'unitarietà di questo «gruppo» e furono quindi celebrati molti «gruppi» fittizi, ognuno con una propria festa. Nel **Martirologio Geronimiano** sono commemorati come martiri in giorni e in luoghi diversi, ma si tratta sempre degli stessi. Presso i latini la festa è il 27 settembre: tale data si basa sui sacramentali romani e sembra che in origine fosse il giorno commemorativo della dedizione della basilica a loro intitolata nel Foro Romano. L'elogio riportato nel **Martirologio Romano** ha per autore **Usuardo**. Sono considerati protettori dei medici.

Secondo la **passio**, Cosma e **Damiano**, nati in Arabia, si sarebbero recati in Siria per apprendere le scienze e in special modo la medicina. Stabilitisi a **Egea**, città della Cilicia, vi esercitarono l'arte medica, mostrandosi cristiani coraggiosi e utilizzando la loro professione per fare proseliti. Durante la persecu-

zione di **Diocleziano**, nel 303, furono arrestati da **Lisia**, governatore della Cilicia, il quale, dopo aver fatto loro soffrire molti tormenti, li fece decapitare. I corpi furono portati in Siria e sepolti a **Ciro**. L'imperatore **Giustiniano**, guarito da una pericolosa malattia per l'intercessione dei due martiri, fece ingrandire e fortificare la città di **Ciro**.

Lo stretto commercio di Roma con l'Oriente fece conoscere ai romani i due santi e probabilmente tale conoscenza si estese per la coeva traslazione delle reliquie. Papa **Simmaco** dedicò loro un oratorio vicino alla basilica di S. Maria Maggiore. Il papa **Felice IV** (526-530) sotto il governo di **Amalasunta**, regina dei Goti, ebbe in dono due fabbricati da lui richiesti per trasformarli in un santuario dedicato ai due santi. La fabbrica maggiore era il cosiddetto *templum Sacrae Urbis*, sede del catasto romano, dove stava la pianta **marmorea** di Roma. L'altro era il tempio che **Massenzio** aveva edificato in onore di **Romolo**, il figlioletto morto nel 307. Il magnifico mosaico del sec. VI rappresenta Cristo in mezzo a nubi rossastre con aspetto solenne, maestoso, quasi da giudice. Procedono verso di lui, con viva movenza della persona e delle vesti, i santi martiri. Gli apostoli **Pietro** e **Paolo**, di maggiori dimensioni, li presentano al Salvatore. Ai lati compaiono san **Teodoro** e papa **Felice IV**. L'iscrizione, tuttora esistente, attesta che l'aula di Dio è dedicata ai due martiri, medici orientali venuti al popolo quasi speranza di salute. I loro nomi furono accolti nel canone della Messa romana: essi sono gli ultimi santi ai quali sia stato concesso questo onore. Accanto ad essi, nel rispettivo luogo del canone, si trova, oltre gli Apostoli e i martiri romani, **Cipriano** di **Cartagine**. Essi rappresentano la Chiesa orientale, **Cipriano** la Chiesa africana.

A Roma altre chiese e monasteri erano dedicati ai due santi: basta ricordare il celebre monastero di S. Cosma **in Mica** in Trastevere e quello **adpraesepe**. Il loro culto si diffuse molto anche nel Lazio: basta ricordare come il monastero di S. Clemente, fondato da San Benedetto a **Subiaco** sui ruderi della villa **Neroniana** a destra dell'**Aniene**, ai tempi dell'abate **Onorato** prese il nome dei due nostri martiri.

Nella prima metà del sec. V sorsero a Costantinopoli due chiese in loro onore; una terza e una quarta

furono erette sotto l'imperatore **Giustino**. Si trovano chiese a loro consacrate in Cappadocia, in **Panfilia**, a Gerusalemme, a Edessa. Al numero delle chiese, come ulteriore testimonianza del culto loro reso, si deve aggiungere, dal sec. V in poi, la frequenza dei nomi di **Cosma** e **Damiano** portati dai cristiani. La basilica di Costantinopoli era un santuario nazionale dove accorrevano malati per chiedere guarigione. Qui avveniva il rito dell'**incubazione**: i malati passavano la notte in chiesa dove si addormentavano. Durante il sonno, i santi venivano a curarli, ora facendo una operazione chirurgica, i cui effetti si notavano il giorno dopo, ora applicando un impacco fatto con olio e cera, ora suggerendo vari rimedi da prendere per essere guariti.

Parlare dei santi «anàrgiri» significa parlare del miracolo della gratuità. Questi santi ben avevano compreso la verità forse più radicale del Cristianesimo: Dio ci salva per amore. Non v'è più traccia di una religione che ripercorre in termini spirituali le stesse cose dell'accumulo che contraddistingue i meccanismi umani della nostra società. Il cristiano non darà mai la scalata al monte santo di Dio, per rubarvi, come **Prometeo**, il fuoco della felicità. Non più, dunque, conquiste del Paradiso, né raffinate alchimie soteriologiche capaci di ottenere l'effetto desiderato, né contabilità spirituali in cui Dio sia la controparte di una transazione mercantile. Sibbene, invece, la coscienza del dono ricevuto, l'ammirata dossologia dei salvati, che riconoscono, quale primo dovere morale, il ringraziamento per il dono, l'**«eucaristia»**, festa di gratuità.

Soltanto da questa coscienza gioiosa di una salvezza, quale dono nuziale dello Sposo alla sua sposa, la Chiesa, comunità dei convocati al banchetto, ove vino e latte sono offerti, secondo la visione isaiana, senza che il danaro determini il diritto: neppure, e tantomeno, il diritto all'eterna felicità, soltanto da questa coscienza nasce insopprimibile un bisogno di transattività: la coppa ricolma del vino inebriante dell'**Amore** trabocca del suo nettare, lo comunica in una unica festa di gioia, lo partecipa nella convivialità — immagine, si noti bene, privilegiata, dall'escatologia cristiana e del suo grande «pegno» eucaristico —. La certezza del dono ricevuto si fa esigenza di farne

parte a quanti condividono la medesima umana avventura.

E il battesimo, «ventre e tomba»), morte e vita, riversa le proprie acque di salvezza sui fratelli che attendono, come i discepoli di Emmaus, che un pellegrino li incontri, nel cammino di un imbrunire solitario, per spezzare il pane della Parola e della fraternità, che è poi il pane del senso, del valore della vita.

In quella medesima gratuità i corpi, afferrati nell'abbandono del sonno, venivano, come si è visto, risanati nella basilica **costantinopolitana** dagli **anàrgiri** insonni, strumenti di quella medesima sovrana generosità, che vede nella guarigione del corpo, come per il paralitico del Vangelo, il sacramento di un cuore guarito e nel letuccuccio finalmente trasportato dal rinnovato vigore fisico, l'entusiasmo tutto nuovo di una vita che ricomincia, di una speranza che si fa audace utopia di un mondo ogni giorno riplasmato dall'inesausta creatività dello Spirito.

Su quelle orme i monaci, anche essi, come gli angeli, «ignari del sonno», si sono fatti nella storia ministri di questa salvezza ricevuta e donata: dai grandi pellegrinaggi agli **eremi** di Scete nella ricerca di se stessi, alla **città** di Basilio, ove la consuetudine con la celeste **Gerusalemme** contemplata nel mistero liturgico si fa tangibile progetto di un ambiente diverso per un'**umanità** guarita, alla inesausta sete d'Assoluto, inesaurevolmente saziata dai silenzi d'ascolto e dalle poche parole di Sapienza degli starez russi, il messaggio degli «anàrgiri», icone di gratuità, continua a comunicarsi, fino ai nostri giorni, simbolo eternamente vivo del rapporto inscindibile che unisce grazia e guarigione, dono e salvezza. Ed è così che in Etiopia i deserti della fame e della sete rifioriscono, per quanto è dato all'umano sforzo di realizzare, per l'inesausta opera di sempre nuovi «anàrgiri»; e nelle sterminate terre dell'**India**, pullulanti di vita e di speranza, altri «anàrgiri», negli ospedali, nei **lebbrosari**, negli «ashram» della morte, offrono ai fratelli ciò che ha ammaliato la loro esistenza: la prova inconfutabile, caparbia di fronte ad ogni avversità, che anche oggi si può realizzare il dolce esigentissimo invito del Signore: «Gratuitamente avete ricevuto, gratuitamente date».

✠ MIROSLAV. S. MARUSYN
*Segretario della Congregazione
per le Chiese Orientali*

i Rogazionisti

Le Congregazioni religiose dei padri Rogazionisti e delle Figlie del Divino Zelo hanno da poco superato i cento anni di vita. Infatti l'8 settembre 1882 ed il 4 novembre 1883, il P. Annibale Di Francia — del quale è in corso la causa di beatificazione — apriva a Messina i primi suoi due orfanotrofi, uno maschile e l'altro femminile. Nascevano nel quartiere più malfamato della città siciliana ed a crearli era un uomo, marchese di nascita, che dopo aver lasciato ogni cosa ed essersi consacrato interamente a Dio, dava inizio ad un'opera che vede oggi i suoi figli e le sue figlie presenti in tutti e cinque i continenti ed in otto nazioni (Italia, Spagna, Stati Uniti d'America, Brasile, Argentina, Filippine, Rwanda e Australia), con centri vocazionali e di spiritualità, istituti **educativo-assistenziali**, istituti per sordomuti, centri di formazione professionale, parrocchie, seminari, scuole, collegi, centri sociali, iniziative culturali ed editoriali.

Un carisma di servizio

Lo specifico dei Rogazionisti, come vuole il loro stesso nome, è dato dall'impegno ad attuare l'invito evangelico del «Rogate», cioè della preghiera per le vocazioni. Ma sin dalle origini il nucleo **vitale** di questa missione venne, per così dire, incarnato dal fondatore di un'opera sociale che, nel suo tempo, non mancò neppure di suscitare «scandalo», avendo di mira un aspetto della promozione umana che muoveva dagli ultimi, raccolti ed assistiti nel più miserabile e ghettizzato dei quartieri di una città.

Lo strettissimo legame tra preghiera per le vocazioni ed attenzione al mondo della sofferenza e della emarginazione ha portato a parlare di due anime del Rogate: la preghiera ed il sociale. In realtà si tratta di due facce di un medesimo ideale. Infatti, l'ambito del Rogate non è circoscritto alla preghiera per le vocazioni sacerdotali e religiose — anche se può evidenziarla —, bensì alla preghiera al Padre affinché mandi alla messe, che è il suo Regno, operai che lavorino ad esso, quale che sia la loro condizione, il loro stato, il loro compito all'interno della comunità ecclesiale e della società. Né la promozione umana è soltanto impegno per la liberazione dell'uomo dai bisogni materiali e dalle malattie; è quella integrale liberazione che abbraccia ogni forma di privazione, limitazione, offesa, disconoscimento dei diritti umani fondamentali o del loro concreto esercizio.

Superano le quindicimila unità i giovani di ambo i sessi che i Rogazionisti e le Figlie del Divino Zelo assistono oggi in ogni parte del mondo. Ed in tale servizio, l'attenzione a chi soffre è prioritaria, poiché non può aversi promozione umana se non muovendo dall'uomo che soffre.

Valorizzare la sofferenza

Il Di Francia, che si è spento nel 1927, ha avuto la sorte provvidenziale per un fondatore di istituti religiosi, di accompagnare per quasi mezzo secolo la crescita e lo sviluppo della sua opera. Sin tuttavia dalla stesura delle prime regole per i suoi figli e le sue figlie spirituali, indicò la necessità di guardare alla sofferenza ed all'infermità non soltanto come ad un male da sanare, ma come ad occasione da valorizzare, come a prova dalla quale uscire umanamente e spiritualmente più maturi. Questo taglio positivo impresso alle sue opere ha reso possibile un loro costante **adeguamento** alle esigenze dei tempi, una loro intrinseca capacità di sorgere e svilupparsi in ogni parte del mondo rispondendo alle esigenze particolari e locali specifiche. Sarebbe lungo elencare tutte queste opere. Basti un cenno a quelle più **emblematiche**.

Non deve tuttavia dimenticarsi che il Di Francia, mentre dava avvio ad alcune iniziative particolari, era attento ai problemi più generali della sofferenza. Decisivo, infatti, fu l'aiuto prestato da lui e dai suoi

figli in occasione del terremoto del 1908 a Messina ed a Reggio Calabria, come pure l'assistenza assicurata ai feriti della prima guerra mondiale.

Accanto agli «ultimi»

Compie 35 anni il grande istituto per sordomuti che, a Messina, sorge sull'antico colle di Rocca Guelphonia accanto al monumentale tempio di Cristo Re. Dalla sua fondazione ad oggi ha ospitato schiere di bambini sordomuti, donando loro la parola e l'inserimento nella società. Attualmente ospita circa 120 alunni e, a loro beneficio, dispone dei reparti di scuola materna, scuola elementare, scuola media e corsi professionali per dattilografi. Nello stesso istituto funziona un corso biennale di specializzazione per insegnanti di non-udenti, con quasi un centinaio di iscritti. Analogo istituto, per handicappati dell'udito, sorge ed opera a Palermo. Questo istituto sebbene più recente di quello di Messina, non è meno importante ed attivo. Alle attività specifiche a favore degli audiolesi, aggiunge una particolare cura nel seguirli anche fuori dell'istituto, con una efficiente associazione degli ex-allievi.

Non poco ci sarebbe da dire an-

che del Brasile, dove la presenza rogazionista va da Passos a Porto Alegre, da Bauru a Sao Paulo, da Criciúma a Brasilia, a Curitiba, al Parà ... con attività vivaci anche nelle favelas.

Nelle Filippine, alla periferia di Manila, i rogazionisti sono presenti da alcuni anni e la loro attività pastorale è accompagnata da diretta e vivace azione di promozione umana nei popolosissimi quartieri della metropoli asiatica, ferita da tragici contrasti.

La più recente opera a favore degli ultimi può considerarsi il Centro Sanitario Mugombwa, inaugurato il 7 ottobre 1985, nel Rwanda e che si aggiunge a due altri già esistenti. Sin dal giorno della sua apertura, l'attrezzato Centro accoglie in media ogni giorno fra i 200 e i 230 ammalati. Un'opera nata per rispondere ad una necessità indilazionabile, dato il numero elevatissimo di persone, soprattutto bambini, colpite dalla malaria, da dissenteria endemica, da broncopolmoniti e da infezioni di vario genere.

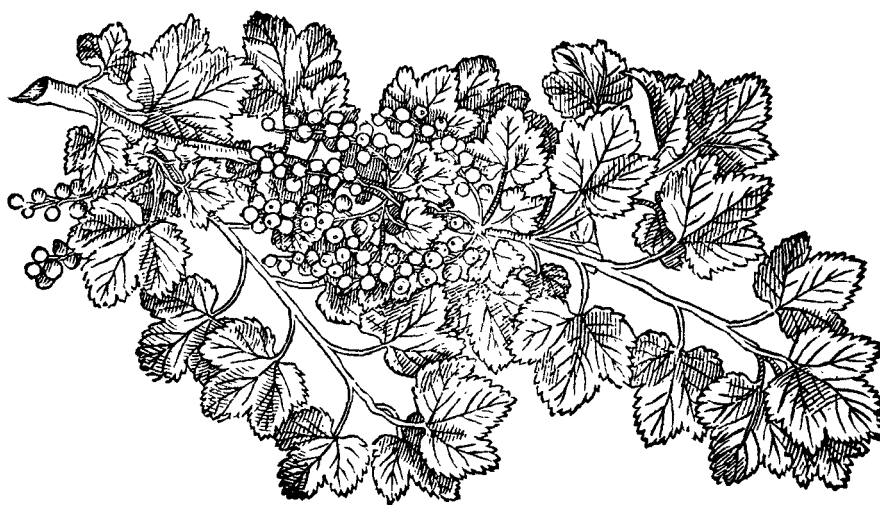
Già da qualche anno, tuttavia, nel Rwanda, opera anche un «Centro nutrizionale P. Annibale Di Francia», frequentato mensilmente da circa 1500 mamme che, insieme ad aiuti alimentari, ricevo-

no una essenziale educazione igienico-sanitaria circa la gestazione ed i primi anni di vita del bambino. Il Centro si propone, in tal modo, di porre un argine alla grande piaga della mortalità infantile che affligge tanti paesi del Terzo Mondo e, specialmente, dell'Africa.

L'impegno rogazionista nel campo dell'assistenza agli infermi, ai poveri, agli emarginati, non è occasionale, ma intende rispondere all'attuazione del carisma originario impresso dal Di Francia alla sua istituzione. La stessa preparazione al sacerdozio ed alla vita religiosa dei candidati alla vita rogazionista, associa alla spiritualità del «Rogate», come preghiera per le vocazioni, la formazione alla sensibilità per i problemi posti dal dovere della promozione umana. Non è una risposta di oggi ad un problema di oggi, ma una risposta che accompagna l'ormai secolare storia dei Rogazionisti. Ovunque essi siano presenti, si sforzano di coniugare la preghiera per le vocazioni con l'impegno sociale, specie nei confronti degli ultimi. Perché, dove l'uomo soffre non solo nello spirito, ma anche nel corpo, è davvero ultimo.

P. VITO MAGNO, R.C.

*Direttore del
Centro Vocazionale
«ROGATE», Roma*



S. GIOVANNI DI DIO E S. CAMILLO DE LELLIS CIÒ CHE VALE



La serie dei tre francobolli emessi dalle Poste Vaticane per commemorare il centenario della proclamazione dei santi Camillo De Lellis e Giovanni di Dio patroni degli ospedali e degli infermi.

La vicenda di S. Giovanni di Dio (Montermor-o-Novo, Portogallo, 1495 - Granata 1550) e di quelle che, proprio nel loro convulso svolgimento, presentano una logica linearità. Soldato di ventura, pastore, vagabondo, venditore ambulante: manca poco a rendere completo e inequivocabile il sommario di una vita caotica, priva di senso, profondamente inquieta. E, ad un tratto, dopo un tumultuoso giorno, ascoltando la parola di un grande come Giovanni di Avila, la sofferta conversione: finalmente tutto viene visto in una luce più chiara, che impietosamente boccia ciò che non vale e addita ciò che vale.

In questa prospettiva assume una luce tutta particolare e profondamente attuale la scelta di Giovanni di Dio di dedicarsi all'apostolato della sofferenza: eloquente segno di un orizzonte completamente mutato, che sceglie di assumere nella sua integrità proprio la condizione di sofferenza e povertà che maggiormente incarna la provocatorietà dei valori a rovescio delle beatitudini: chi più soffre viene da Dio posto nella gioia, chi piange viene da Dio consolato, chi ha fame viene da Dio saziato, chi è povero riceve da Dio il tesoro incorruttibile: e San Giovanni è «di Dio» perché di Dio che prende a

cuore la situazione dell'uomo si mostra docile strumento.

Finalmente, dopo anni perduti a cercare di nascondere a sé ciò che veramente vale, una parola definitiva viene accolta: fate bene, fratelli. Questo è il grido che andrà ripetendo per le strade di Granata, questo è il programma attorno a cui crescerà uno degli ordini ospedalieri più illustri per carità e dedizione. La provocazione delle beatitudini continua oggi nel mondo con l'Ordine Religioso da lui fondato: i Fatebenefratelli.

Nonostante la loro freddezza, qualcosa a volte anche le date possono dire. Non può incuriosire il fatto che la data di morte di un grande dell'assistenza agli infermi come S. Giovanni di Dio corrisponda a quella di nascita di un altro apostolo della sofferenza: S. Camillo De Lellis (Bucchanico, Chieti, 1550 - Roma, 1614). Forse, segno ammonitore di una esigenza che ha bisogno costantemente di essere affermata, e che ha bisogno sempre di qualcuno che, pur da una situazione di estrema umiltà e povertà, la ribadisca con forza: l'attenzione agli ammalati in tutta la loro condizione, sia fisica che spirituale, segno dell'impegno per il Regno di Dio e testimonianza di un autentico umanesimo.

La vita di S. Camillo De Lellis,

al di là del concreto impegno di vita che fino ad oggi si perpetua nell'ordine dei ((Ministri degli Infermi)) da lui fondato, assume un significato certamente emblematico. Anche lui, come prima S. Giovanni di Dio, soldato di ventura inquieto, conduce una vita dissipata, ma nel suo cuore torna con insistenza il sentimento di Dio e il bisogno di pace interiore alla cui ricerca l'aveva educato la madre. E ciò che potrebbe restare vaga aspirazione, diventa concreta e drammatica esperienza: il soldato di ventura, da dispensatore di morte, diviene sofferente ammalato.

Ecco il momento fondamentale per ridimensionare la propria presunzione, per riscoprire la profondità della vocazione cristiana, per avere il coraggio di divenire, da soldato sottoposto, condottiero, ma di coloro che non conoscono armi ma solo la carità, la sensibilità cristiana, la coscienza di quanto sia esigente l'essere cristiani.

incontri

CARPINO.



“Viviamo in modo sano: tutti ne guada- gneranno”

Il tema cui si richiama, quest'anno, la celebrazione della Giornata Mondiale della Sanità, enuncia una verità evidente. Si tratta, tuttavia, di una evidenza che, interpretata nel contesto della reale situazione sanitaria del mondo, suggerisce più di una opportuna riflessione. La Chiesa che — come ha ricordato recentemente anche il Santo Padre — ha sempre considerato la pastorale sanitaria come parte integrante della sua missione, non può che sottoscrivere l'auspicio implicito nel tema di questa Giornata.

Vorrei limitarmi a due considerazioni di fondo, che mi pare debbano ritenersi presupposti irrinunciabili per un miglioramento veramente costruttivo della situazione sanitaria mondiale.

Non è pensabile, né sul piano nazionale né su quello internazionale, l'attuazione di una efficace politica sanitaria, se non in condizioni di pace sociale e di pace tra i popoli. La salute è insieme frutto e causa di pace tra gli uomini.

Intervenendo recentemente a Madrid, alla Conferenza che vedeva riuniti i massimi responsabili della sanità dei paesi del Gruppo di «Contadora», osservavo che l'impegno sui problemi della salute può portare ad operare congiuntamente anche paesi che si ispirano a politiche, regimi, ideologie diverse e persino contrapposte. I problemi della sanità e della salute, per la loro assoluta priorità, se affrontati insieme, possono tradursi in fattore di avvicinamento tra i popoli e quindi in fattore di pace.

L'aspirazione a sempre migliori condizioni sanitarie si iscrive direttamente in quella universale fede nella vita che è il massimo e più efficace elemento di aggregazione e di partecipazione, proprio perché tocca problemi che accomunano l'umanità.

Il dato, però, più serio e grave è costituito dall'urgenza che, intorno ai problemi della salute, i popoli si incontrino. Non siamo, infatti, di fronte ad una situazione sanitaria mondiale che semplicemente richieda un passo avanti, muovendo da un accettabile stato di cose. In realtà, intere aree geografiche ed intere popolazioni sono tuttora private di quell'assistenza sanitaria che è diritto umano fondamentale. Ecco perché l'espressione «tutti ne guadagneranno») inclusa nel tema di questa Giornata non ha come referente uno stato di cose che possa considerarsi sufficiente, sia pure nel minimo, bensì una situazione segnata da enormi carenze e non rinviabili necessità.

Una seconda considerazione mi viene suggerita dalle parole: «Viviamo in modo sano.»

È nota la definizione di salute formulata dall'Organizzazione Mondiale per la sanità. Ma credo che, oggi più che mai, sia importante guardare ai problemi della sanità e della salute entro la cornice di una sua più compiuta definizione.

Ha ricordato Giovanni Paolo II parlando ad un Congresso di Medici: «La Chiesa sa bene che il male fisico imprigiona lo spirito, così come il male dello spirito asservisce il corpo».

Non si affronteranno adeguatamente i problemi sanitari del mondo se si prescindere da una nozione di salute che consideri il benessere, lo stare bene, come pieno equilibrio e maturo sviluppo dell'uomo nelle sue prerogative fisiche, psichiche e spirituali. Il discorso cade necessariamente sulla difesa dei valori che sono alla base di ogni vera ed efficace politica sanitaria. Primo tra tutti i valori, la difesa, la promozione, la celebrazione della vita: di tutta la vita e della vita di tutti dal suo concepimento fino al suo naturale tramonto.

Anche di fronte ai problemi gravissimi provocati dalla complessità delle situazioni, dallo squilibrio tra incremento demografico e disponibilità di risorse alla stessa gerarchia di priorità in campo di politica sanitaria, mai può essere accettata una strumentalizzazione dell'uomo, una discriminazione all'interno della società, una programmazione che implichi pregiudizio del diritto fondamentale alla vita.

L'inquietudine che attraversa il mondo, i fenomeni della violenza, della diffusione della droga, alcune leggi crudeli dello sviluppo economico, dimostrano che alla base di

una autentica, efficace e costruttiva politica sanitaria deve essere la fede in alcuni valori, la cui salvaguardia e garanzia di salute.

Star bene, quindi, è traguardo che comprende la salute fisica e quella più integrale di tutto l'uomo, il suo sviluppo, la sua crescita e la sua maturazione in un ambiente anch'esso sano. Ogni nozione di progresso, quindi, che preveda offesa alla natura, degrado dell'ambiente, accresciuti rischi per i singoli e le collettività, è riduttiva e lesiva della nozione di salute.

In altre parole, non è possibile prevedere né operare efficacemente per migliori condizioni di salute dell'umanità senza l'assunzione e la difesa di alcuni valori morali, che il Cristianesimo non soltanto recepisce, ma promuove, arricchisce e validamente sostiene. Si tratta dei valori della fraternità, della disponibilità, del servizio, della partecipazione, della condivisione. Non si opera per la salute dell'uomo senza amare l'uomo. E non si ama l'uomo, se nel prossimo non si riconosce un fratello che, come noi e insieme a noi, ha diritto alla salute ed alle condizioni di vita che possono garantirla.

Il «guadagno», infatti, cui si riferisce il tema di questa Giornata, è guadagno di umanità, conquista di valori umani universali. In questo impegno, oggi come in passato, la Chiesa intende essere vicina a quanti operano per la sanità e la salute. Lo è per mandato istitutivo, per fedeltà alla sua missione di sempre.

✠ FIORENZO ANGELINI
Pro-Presidente



Accra, Febbraio 2-6-1986

medici cattolici in Africa

Sono particolarmente lieto di partecipare a questo primo Congresso panafricano dei Medici Cattolici. Non posso che esprimere il più vivo plauso sia per l'iniziativa in se stessa, sia per la nutrita e significativa agenda di questo Congresso.

Ritengo che il plauso sia tanto più motivato, in quanto a farsi promotrice di questo primo Congresso panafricano dei Medici cattolici è la giovanissima Associazione del Ghana, divenuta membro della Federazione Internazionale dei Medici Cattolici tre anni fa, in occasione della celebrazione a Roma del nostro XV Congresso internazionale.

Il tema del Congresso e i diversi argomenti da esso affrontati vanno al cuore stesso delle finalità prioritarie di una Associazione di Medici cattolici e sono in piena consonanza con le finalità della Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari, che ho la gioia e l'onore di rappresentare. Protagonisti della promozione di una cultura della vita, i Medici cattolici sono consapevoli che l'efficacia della loro azione dipende dal massimo di coesione, partecipazione e coordinamento della loro testimonianza. Soltanto

così, infatti, questa testimonianza può farsi matrice di una sempre più allargata opinione circa il valore prioritario della vita nella difesa e nella promozione della sanità e della salute.

Il medico e l'operatore sanitario cattolici non propongono né difendono una nozione di vita vincolata a principi confessionali. Il professare la fede cristiana, l'assumere a propria guida le direttive del magistero della Chiesa cattolica consolida e dà efficacia al diritto-dovere naturali di difendere e di promuovere la vita. Ed è certamente sintomatico che, nell'età dei maggiori progressi della scienza e del trionfo della tecnologia, sia divenuto urgente recuperare l'istanza naturale che esige una cultura di vita contro i rischi di una cultura di morte.

La visione cristiana e cattolica della vita, della sua difesa e della sua promozione, non solo recepisce la legge naturale, ma l'arricchisce attraverso una più stretta saldatura dei valori materiali e spirituali, essendo la redenzione di Cristo assunzione dell'umano nel divino, trasfigurazione del corpo nella prospettiva della incorruttibilità e quasi visualizzazione dello spirito nel corpo santificato.

Servire, dunque, la vita ed operare per la salute è accettazione del dato di fede più universale e, quindi, pedagogicamente più valido, poiché tutti, con la salute, cercano la vita. Senza fede nella vita, ogni altro credo manca di fondamento, proprio perché la prima, più universale ed anche più accessibile rivelazione di Dio ce lo svela come Autore della vita.

I medici e gli operatori sanitari cattolici, in questo urgente e irrinunciabile servizio,

non si pongono contro né prescindono dall'impegno dei colleghi che non condividono la fede cristiana: si mettono accanto ad essi, sicuri di poter muovere dal comune intento di difendere e di promuovere una cultura della vita.

Con felice intuito, l'Associazione Medici cattolici del Ghana si è resa conto che il primo passo da compiere è quello della cooperazione dei medici e degli operatori sanitari cattolici di tutto il continente africano e del coordinamento della loro azione.

So per personale esperienza quale laborioso impegno comporti l'organizzazione di un congresso internazionale, specie se si considera che, nel continente africano, sono ancora pochissime le associazioni nazionali di medici cattolici. Tanto più, quindi, va apprezzata e sostenuta la vostra iniziativa, la quale non mancherà della dovuta risonanza.

Sappiamo bene che, specie in un continente ed in nazioni in cui la religione cristiana e le comunità ecclesiali sono giovani e, sovente, rappresentano soltanto una minoranza, la professione della nostra fede attraverso l'esercizio di una determinata professione, esige particolare attenzione al patrimonio culturale locale, viva sensibilità alla gerarchia dei problemi da affrontare e da risolvere. Non c'è dubbio, tuttavia, che i problemi vastissimi e complessi attinenti la salute siano quelli che meglio e prima costituiscono un efficace richiamo all'unità delle forze, alla convergenza delle iniziative. Medici ed operatori sanitari possono e devono soprattutto costituire un fattore di presa di coscienza a livello di pubblica opinione, facendosi mediatori di quella cultura della vita, senza la quale non

è pensabile alcun vero progresso.

Mi si consenta di affermare che, sotto questo aspetto, voi siete in una posizione privilegiata, in quanto è la stessa pressante domanda di vita, di sanità, di urgente miglioramento delle forme di prevenzione e di assistenza a chiedere ad alta voce cooperazione e coordinamento. Chiamati, perciò, ad essere protagonisti, lo sarete in forza delle stesse situazioni che, giorno dopo giorno, dovete affrontare.

Amo ripetere che la istituzione della Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari è stata, per la Chiesa, un evento storico. Posso assicurare che le attese suscitate dalla creazione di questo dicastero sono andate oltre ogni più lusinghiera previsione. La Pontificia Commissione vuole esclusivamente rappresentare uno strumento di servizio, a livello universale, per quanti sono impegnati nello sconfinato campo della sanità e della salute. Il primo Catalogo delle istituzioni sanitarie cattoliche operanti nel mondo che verrà pubblicato nei prossimi giorni sarà certa-

mente, per la gran parte degli operatori sanitari e per quanti sono impegnati nella pastorale sanitaria, una gioiosa ed inattesa sorpresa. La prospettiva, che non soltanto auspichiamo ma che intendiamo promuovere, di un maggiore coordinamento di tutte queste forze, è carica di grandi promesse. Non potremo veramente operare insieme, se prima non ci saremo conosciuti. E, in questo senso, la mia presenza tra voi è insieme assicurazione che i risultati di questo Congresso andranno oltre l'evento in se stesso e supereranno i confini del continente africano.

Le finalità ascritte al vostro Congresso sono le nostre finalità. Vi siete proposti di stabilire una linea-guida di comportamento per i medici cattolici; di mettere in grado i medici cattolici di far conoscere ai loro colleghi non cattolici ed al più vasto pubblico il fondamento etico e cristiano della vostra azione; infine, intendete avvalervi dell'occasione di questo Congresso per favorire il nascere di Associazioni nazionali di Medici cattolici nel continente africano.

Le suddette finalità dimo-

strano che la vostra Associazione ha raccolto, con tempestività ed entusiasmo, il nucleo dei compiti assegnati alla Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari. Di questa pronta e generosa risposta all'invito del Santo Padre sarò lieto di farmi portavoce per aditarla ad esempio.

Il mio augurio più sincero è che non desistiate di fronte alle inevitabili difficoltà; che sappiate, nel nome dei valori primari, superare ogni divergenza, anche se motivata; che il richiamo all'unicità di una cultura della vita si traduca in fattore di unità del vostro operare. Amo ripetere che il massimo che si può fare da soli è assai meno del minimo che si può fare insieme. La nostra qualifica di cattolici è letterale richiamo alla universalità della fede e dei principi etici che professiamo. A questa unità sapranno guardare con fiducia anche coloro che non condividono la nostra fede religiosa, ma che certamente condividono quanto si compie al servizio della vita.

✠ FIORENZO ANGELINI
Pro-Presidente





messaggio ai Fate- benefratelli di Spagna

Reverendi Padri Capitolari, con grande gioia abbiamo ricevuto la notizia del Vostro Capitolo provinciale in Spagna. Questo importante avvenimento stimola la Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari ad essere presente in qualche modo e a inviarvi i migliori auguri.

Il Capitolo è una circostanza straordinaria per le Vostre Province, e specialmente per Voi che, questa volta, lo celebrate come Capitolo interprovinciale.

Desideriamo che lavoriate con molto entusiasmo e responsabilità; il Vostro compito come fratelli di San Giovanni di Dio è ricco e significativo per la Chiesa e per il mondo.

Consapevoli della responsabilità che pesa su di Voi, Vi incontrate per riflettere su un tema della massima importanza e attualità, quale è la potenza della presenza delle Vostre comunità negli impegni sanitari e la ricerca di nuovi inserimenti. Nessuno meglio di Voi sa quanto sono cambiati gli ospedali e la medicina in generale. Tutto questo influisce sulla vita non solo del personale sanitario, ma anche di quello religioso, nelle Vostre comunità, nel Vostro stile di vita. Vi auguriamo, quindi, un lavoro responsabile ed equilibrato, con una visione del futuro che metta in rilievo i grandi valori della vita per

coloro che, con una vocazione così sublime, sono consacrati.

Questi sono egualmente i desideri del Santo Padre Giovanni Paolo II, tanto vicino all'uomo che soffre e alle Istituzioni Sanitarie; Egli ci ha offerto una meravigliosa riflessione con le Encicliche «*Salvifici Doloris*» e «*Dolentium Hominum*», e la istituzione della nuova Pontificia Commissione, frutto tutto ciò della Sua esperienza di dolore, e animata da molte persone, tra le quali ci siete anche Voi.

Desidero egualmente esprimere il mio fraterno saluto al Priore Generale, Frà Pierluigi Marchesi, presente tra Voi ed al quale mi unisce un affetto speciale per il suo instancabile dedicarsi al servizio e all'animazione degli impegni sanitari; egli stesso è membro della nostra recente Pontificia Commissione e sa con quanta fede abbiamo pregato e lavorato per vederla realizzata.

Questo saluto che intendo farVi giungere come Pro-Presidente della Pontificia Commissione viene avallato e rinforzato dal fatto che da più di trenta anni mi dedico alla pastorale degli infermi, e soprattutto dalla mia figura di Fratello di San Giovanni di Dio, unito a Voi dal Documento di Fratellanza che mi ha concesso il Vostro Ordine: questo è pertanto un saluto da fratello a fratelli.

Voglio essere latore di questi e altri desideri per mezzo del carissimo P. Redrado, nominato dal Papa Segretario della nostra Pontificia Commissione ed alla quale si è unito con tanto entusiasmo e gioia; voglio far risaltare questa nomina come una delicatezza del Santo Padre verso l'Ordine ospedaliero di San Giovanni di Dio che sempre ha saputo essere pioniere nel servizio agli infermi e che ora riceve questo nuovo incarico nella persona di uno dei suoi membri.

Il P. Redrado, che sarà presente alle giornate capitolari, potrà spiegarvi più diffusamente quale è lo spirito che anima la nostra Pontificia Commissione, gli obiettivi che dobbiamo tener presenti, i lavori già iniziati e le relazioni che desideriamo tenere con le persone e le Istituzioni che, come la Vostra, si dedicano al mondo sanitario.

Raccomandiamo al Signore tutti questi impegni e chiediamoGli che il Suo spirito animi i Vostri lavori.

Fraternamente.

28 aprile 1986

✠ FIORENZO ANGELINI
Pro-Presidente



un Maggio di lavoro negli Stati Uniti

(18 - 27 giugno 1986)

«Un viaggio, il contatto diretto con le persone e le istituzioni di un paese valgono più di mille lettere». Centinaia di volte Mons. Angelini ha pronunciato queste parole; ed io ho avuto modo di verificarne l'esattezza.

Il viaggio che abbiamo realizzato negli Stati Uniti, e precisamente a Chicago, New York e Washington, aveva lo scopo di conoscere la realtà sanitaria e pastorale di questa nazione.

Abbiamo iniziato il viaggio Mons. Angelini ed io, rispettivamente Pro-Presidente e Segretario della Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari; durante il viaggio si sono uniti a noi i Professori Manni e Splendori, Consulitori della nostra Commissione.

Sono state giornate molto intense, arricchite dall'incontro con le persone e le istituzioni sanitarie.

Abbiamo avuto contatti con la Chiesa degli Stati Uniti, soprattutto attraverso i Signori Cardinali di Chicago e di New York: Joseph Bernardin e John O'Connor, e del Nunzio Apostolico Mons. Pio Laghi, e di numerosi sacerdoti responsabili di aree apostoliche nel campo sanitario, sia per ciò che riguarda la pastorale come per la bioetica.

A tal proposito il nostro dialogo è stato aperto e sincero, facendo

conoscere il ruolo della Pontificia Commissione, il modo come questa ha operato fino ad oggi e le prospettive future.

Numerosi sono stati i contatti con gruppi e istituzioni; ne riporto alcuni più significativi.

1. Chicago

A Chicago ospiti del Cardinale Arcivescovo, particolarmente sensibile ai problemi della pastorale sanitaria, abbiamo partecipato al 38° simposio NCCA (National Clergy Council on Alcoholism).

Questo simposio si svolge ogni anno, ed è organizzato da una Federazione di sacerdoti ex alcolisti; vi partecipano sacerdoti, religiose, e alcuni laici ex alcolisti. Mons. Angelini vi è intervenuto con una conferenza che è stata seguita con molto interesse.

Abbiamo partecipato, anche, alla celebrazione Eucaristica, atto solenne di chiusura, presieduta dal Cardinal Joseph Bernardin.

Sempre a Chicago abbiamo visitato tre grandi ospedali cattolici: *Loyola University Hospital*, *Santa Maria de Nazaret* e il *Holy Family Hospital*.

Oltre alle visite propriamente dette, ci siamo interessati della organizzazione pastorale e della vigente politica sanitaria. Soprattutto abbiamo preso atto del grande sviluppo degli studi circa i problemi di Bioetica: eccellenti le spiegazioni del Prof. David C. Thomasma del «Loyola University».

2. New York

Domenica 22 ci siamo incontrati con il Cardinal O'Connor, nella Cattedrale di San Patrizio.

Abbiamo preso parte alla celebrazione delle ore 10; la cattedrale era gremita, una fervente partecipazione... in America del Nord la gente segue l'omelia del «suo» pastore con straordinario interesse.

Dopo la S. Messa abbiamo salutato il Signor Cardinale preparando un incontro pomeridiano.

Si è interessato del nostro viaggio e degli sviluppi dell'attività della Pontificia Commissione, della quale Egli stesso è autorevole membro.

A New York siamo andati a visitare i centri «*St. Vincent Hospital*» e «*St. Claret's Hospital*».

Nel primo ci hanno fornito dati importanti che abbiamo appreso con grande interesse. Ci hanno offerto una colazione di lavoro, poiché vi hanno preso parte una quin-

dicina di persone, dirigenti dello stesso ospedale, ai quali abbiamo potuto illustrare la funzione della Pontificia Commissione.

Nel *St. Claret's Hospital* il nostro interesse si è concentrato su 30 malati colpiti da AIDS. Abbiamo potuto comprovare il lavoro che si realizza in questa unità; lavoro che iniziò nel novembre 1985 e che si è prestato già a più di 1000 infermi. Ci siamo interessati delle tecniche, degli aspetti umani, religiosi e morali.

Abbiamo anche visitato il centro fondato da Madre Teresa di Calcutta, a New York, per le persone affette da AIDS in fase terminale. Un centro piccolo, ma molto animato. Ha 14 posti letto e 4 religiose. Le suore aiutano umanamente e religiosamente i colpiti da AIDS a trascorrere gli ultimi giorni della loro esistenza. Si respira un'aria di serenità e di pace.

3. Washington

Nella capitale degli Stati Uniti, ultima tappa del nostro viaggio, ci attendevano quattro incontri importanti:

— Visita al *The National Institutes of Health (NIH)* dove sono inclusi 60 centri di salute (cancro, diabete, artrite, infezioni, ecc...); ci hanno dato un'ampia informazione sui vari centri, noi ci siamo soffermati sulla divisione del cancro.

— Visita all'Istituto di bioetica *Kennedy (Kennedy Institute of Ethics)*. Gran parte del giorno 26 lo abbiamo trascorso lì, accompagnati dal Dr. Pellegrino, direttore dell'istituto, e da altri professori.

Il centro Kennedy si ispira a questa realtà. Ci siamo interessati ai grandi problemi che l'istituto studia, alla sua collaborazione con il governo, al modo in cui le varie materie vengono impartite agli alunni, etc... Da parte nostra abbiamo illustrato ai professori la particolare rilevanza e l'interesse che ha la Pontificia Commissione per tutti questi problemi e il suo contributo attraverso adeguate pubblicazioni.

— Come corollario del viaggio, abbiamo assistito alla consegna del premio conferito a Mons. Angelini dalla prestigiosa Università Cattolica di Washington (*Georgetown University of Washington*). Questo premio viene concesso a persone o istituzioni che hanno contribuito alla umanizzazione della medicina (*The Humanity in Medicine Award*). La cerimonia si è svolta in

grande intimità e serietà, in presenza di circa 45 personalità, rappresentanti la medicina, l'università e la diplomazia, con un austero quanto meticoloso programma.

Sempre a Washington ci siamo incontrati con l'Arcivescovo Mons. Pio Laghi, Pro Nunzio Apostolico; l'incontro è stato molto proficuo per lo spiccato senso pastorale, per la fraterna amabilità, per la esemplare disponibilità e per la completa e profonda conoscenza che il Presule ha del grande Paese dove tanto degnamente rappresenta il Papa.

Non possiamo non ricordare l'ambasciatore d'Italia negli Stati Uniti, il Dott. Rinaldo Pettrignani, e la sua signora dei quali siamo stati ospiti l'ultimo giorno della nostra permanenza in U.S.A.

Infine voglio ringraziare il Prof. Emanuele Mannarino per la costante collaborazione dimostrataci; egli aveva organizzato il nostro viaggio nei minimi particolari, restando presente in tutte le visite e manifestazioni. Dinamico, esperto dell'ambiente, sicuro, puntuale, cordiale.

Si potrebbe concludere questa cronaca con le seguenti parole: abbiamo raggiunto la finalità che ci eravamo proposti prima di intraprendere il viaggio; abbiamo fatto cioè conoscere le finalità e il lavoro della Pontificia Commissione e abbiamo allargato le nostre conoscenze attraverso relazioni con persone e con istituzioni sanitarie che hanno assicurato la migliore collaborazione con il nostro Dicastero.

JOSÉ L. REDRADO, OH
Segretario



il farmacista davanti alla bioetica

La Federazione Internazionale dei Farmacisti cattolici si è riunita per il suo 18° congresso internazionale a Bruges (Belgio), il 7, 8 e 9 settembre 1985 sul tema: Il farmacista davanti alla Bioetica.

Nel corso dei lavori, il Congresso ha preso coscienza dell'importanza delle situazioni nuove e dei gravi problemi etici sollevati in particolare nel campo del «Medicamento» dal progresso delle scienze e dall'evoluzione della società.

Per questo il comitato esecutivo della FIPC, riunito a Parigi il 25 gennaio 1986 ha ritenuto necessario rendere pubbliche le raccomandazioni seguenti stabilite in riferimento alla morale naturale e agli insegnamenti biblici ed evangelici.

In questo testo la FIPC ricorda l'idea essenziale che il «medicamento» è concepito, fabbricato e distribuito per essere un rimedio contro la malattia e la sofferenza, al servizio dell'uomo, e che non può essere in nessun caso utilizzato per nuocere alla vita o per distruggerla.

Dopo aver ricordato qualche principio generale, il testo esamina quattro casi in cui il farmacista può essere più direttamente implicato:

- la sperimentazione del farmaco sull'uomo sano o malato.
- la distribuzione dei prodotti contraccettivi
- l'impiego nella medicina di tessuti fetali
- il ruolo del farmacista nell'aiuto ai moribondi ed il suo atteggiamento nei confronti dell'eutanasia.

A questo proposito la FIPC ricorda che nulla può obbligare i farmacisti, come ogni altro essere, ad agire contro la loro coscienza in materia di vita e di morte, e reclama di conseguenza il diritto alla clausola (obiezione) di coscienza, riconosciuta in generale al personale medico-sanitario.

“ Il testo delle raccomandazioni ” della FIPC

I. La federazione internazionale dei farmacisti cattolici:

— ritiene indispensabile richiamare le definizioni del farmaco elaborate dalla CEE e i Codici europei della Sanità:

— riafferma che la missione essenziale del Farmacista nella sanità e di garantire la qualità e l'efficacia dei farmaci nonché la sicurezza dei pazienti, e in particolare di fare attenzione che il medicamento sia impiegato unicamente per il servizio della vita e il miglioramento dell'individuo sofferente.

— constata che il farmaco, destinato fondamentalmente ad essere un prodotto curativo, può essere utilizzato per il male, come veleno o sviato dal suo impiego normale, per incoscienza o volontà deliberata, come droga, come mezzo di fuga, di dominio ecc...

— prende atto del fatto che l'evoluzione attuale delle mentalità nelle società, dominate spesso dalla sola idea del benessere individuale, faccia sorgere delle esigenze nuove, che vanno molto al di là del tradizionale diritto alla salute (interpretazione larga del diritto alla cura promossa in particolare dalla tradizione cristiana).



Si possono citare, tra le altre come rivendicazioni:

- il diritto alla libera disposizione del proprio corpo.
- il diritto alla procreazione.
- il diritto di darsi o di farsi dare la morte, ecc.

Queste esigenze che vogliono attribuire all'uomo un potere di vita o di morte su lui stesso e sugli altri, lasciano intravedere, dietro apparenze positive, un atteggiamento che nega la persona, la relazione con gli altri, la relazione con Dio, e per noi cristiani, la relazione con Gesù Cristo.

II. Inoltre la FIPC raccomanda a tutti i farmacisti preoccupati dell'etica professionale e messi a confronto oggi con situazioni nuove:

— di esercitare la loro professione nella ricerca del rispetto totale della dignità umana, nel rispetto della sua decisione, considerata in un atteggiamento d'amore, qualunque sia la sua povertà fisica, morale e sociale, conseguenza o no della sua malattia, del suo handicap o della sua marginalizzazione;

— di non fare niente che possa mettere in pericolo la vita o la salute e, in particolare, di considerare che è loro dovere di rifiutare la vendita di farmaci, quando essi vengano ricercati per un uso deviato dalla loro finalità terapeutica;

— di considerare come dovere assoluto di mantenere e sviluppare la loro competenza partecipando alle diverse forme di formazione permanente e di sorvegliare rigorosamente la loro vita professionale privilegiando l'aspetto etico piuttosto che quello economico;

— di essere attenti e vigilanti su tutto quello che riguarda l'impiego di novità terapeutiche, e in particolare di quelle che possono agire modificando le funzioni fisiologiche o i comportamenti psico-somatici;

— di avere, presso il pubblico, un ruolo continuo di informatore, nel posto di lavoro come nel proprio ambiente di vita, in particolare controllando «l'automedication» e assicurando la «pharmaco-vigilance», affinché si possa dare un'informazione onesta e accessibile sul farmaco, senza nascondere i rischi né le conseguenze possibili per chi lo usa;

— di partecipare ai diversi comitati etici riguardanti il medicamento (e se necessario di crearli) e di seguire da vicino, in una struttura adeguata, i prodotti che sono allo studio nella industria farmaceutica, per

incoraggiare anche delle ricerche a finalità non esclusivamente di profitto;

— di poter esercitare l'obiezione di coscienza nel caso estremo dove, contrariamente alla sua finalità, il medicamento sarebbe usato per tentare alla vita, anche sotto il pretesto di mettere rimedio a delle « situazioni di necessità ».

Spetta a loro collettivamente d'operare presso i poteri pubblici perché questa clausola sia loro riconosciuta.

III. *La FICP insiste più particolarmente presso i cristiani che esercitano delle professioni farmaceutiche:*

— perché, con gli altri operatori sanitari cristiani, si riuniscano per confrontare le loro esperienze scientifiche, per uno scambio di informazioni, per esporre le loro convinzioni e per costituire dei centri di riflessione etica capaci di elaborare dei criteri decisionali per le situazioni conflittuali con la bio-tecnologia, nelle quali la dignità della vita umana sia messa in pericolo;

— perché facciano conoscere la loro opinione presso le loro organizzazioni professionali, affinché queste le presentino presso i poteri pubblici;

— perché partecipino all'elaborazione di una mentalità che si preoccupi dell'Uomo, in una società che ha perduto in gran parte i suoi valori morali e religiosi, perché siano comprese le prese di posizione della Chiesa e dei Cristiani, in materia di Bio-etica.

IV. *In applicazione di questi principi generali*, il comitato esecutivo della FICP propone alle associazioni di farmacisti cattolici che la compongono, come anche all'insieme dei farmacisti preoccupati dai gravi problemi etici attuali i seguenti orientamenti:

1. *Riguardo alla sperimentazione del Farmaco sull'uomo* la FICP:

— riconosce la necessità scientifica, sociale ed economica di tale sperimentazione nella ricerca terapeutica, a condizione esplicita che essa venga effettuata nella chiarezza e nel rispetto totale dei diritti della persona umana e della morale:

— domanda a tutti i farmacisti, universitari, industriali, operatori ospedalieri, chimici che partecipano direttamente o indirettamente a questi esperimenti di applicare le 10 prescrizioni del codice di Nonnberga (1947), come anche le raccomanda-



zioni delle conferenze di Helsinki, Tokio e Manila.

La FICP propone loro di prendere in considerazione le parole di Sua Santità Giovanni Paolo II: « Il malato è una persona responsabile che deve essere chiamata a collaborare al miglioramento della sua salute e al recupero della sua guarigione; egli deve essere messo in condizione di poter scegliere personalmente e non di subire la scelta degli altri »;

— insiste sull'importanza dei comitati etici ai quali saranno sottoposti i protocolli di prova che devono tenere conto:

- delle garanzie preliminari della sperimentazione in vitro e in vivo;
- del valore scientifico del progetto;
- di una valutazione comparativa dei rischi e dei vantaggi per i malati che verranno così curati;
- del consenso libero e cosciente dei pazienti o dei volontari sani.

Le prove « contre placebo » o « en double aveugle » devono rimanere eccezionali.

— Ricorda:

- agli industriali farmaceutici che i prodotti sperimentati in tal maniera siano sottoposti agli stessi controlli di qualità e sicurezza previsti per gli altri prodotti farmaceutici;
- ai farmacisti ospedalieri la necessità di tenersi informati delle speri-

mentazioni che hanno luogo nei servizi di cui hanno la responsabilità;

- ai farmacisti di laboratorio che, a livello della farmaco-vigilanza, la sperimentazione sull'uomo li riguarda e ciò implica una adeguata formazione.

2. *Riguardo alla contraccezione* la FICP:

— constata che, insieme alle sostanze a scopo contraccettivo, dei prodotti nuovi chiamati « pillole del giorno dopo » agiscono sull'annidamento mentre altre posseggono apertamente proprietà abortive e sono utilizzate come tali.

— ricorda a questo proposito:

- che la missione della coppia, essenzialmente di « paternità e maternità responsabile » si esercita sia attraverso la determinazione riflettuta e generosa di aumentare una famiglia numerosa, sia attraverso la decisione presa per gravi motivi e nel rispetto della legge morale, di evitare temporaneamente o anche per un tempo indeterminato, una nuova nascita (*Humanae Vitae*).

• che è dovere del farmacista, pur rispettando la libertà delle persone, di stabilire un dialogo, quando è possibile, e che non rischia d'essere percepito come un abuso di potere o come una contro testimonianza. È suo compito infatti d'attirare l'attenzione degli utilizzatori sulla differenza fondamentale che esiste tra i modi di azione dei prodotti bloccanti l'ovulazione (anticoncezionali) e dei prodotti o degli oggetti che impediscono l'annidamento (contragestivi), che allo stato attuale delle conoscenze, possono essere equiparati alle sostanze abortive.

— augura in particolare che le informazioni date al corpo medico e al pubblico (letteratura e confezione) siano esplicite riguardo all'azione di questi prodotti;

— crede opportuno che davanti a queste conseguenze gravi, ogni farmacista ha la responsabilità di prendere la posizione che giudicherà la più portatrice di speranza per le persone interessate;

— che, tuttavia, i farmacisti implicati (titolari, proprietari, gestori o assistenti) hanno il diritto di non avere gli stocks di questi prodotti o oggetti e di rifiutarne la vendita, appoggiandosi alla clausola di coscienza nel caso che fossero utilizzati come abortivi.

3. *Riguardo all'impiego di tessuti fetali a scopo terapeutico:*

L'impiego di tessuti fetali per curare malattie di deficienza immuni-

taria permette di ottenere dei risultati ricchi di promesse terapeutiche. Ciò non dovrebbe lasciare indifferente il farmacista, anche se non è direttamente interessato, ma deve avere un ruolo di informatore del pubblico e partecipare alla formazione del suo giudizio.

Se i tessuti fetali non sono ancora, nel senso giuridico del termine, un farmaco, essi agiscono come un medicamento, a scopo di guarigione. Ma il loro attuale metodo di produzione non può non porre alla coscienza dei gravi problemi morali, che la FIPC ha il dovere di ricordare.

Dopo aver preso conoscenza, nel corso del congresso, delle 10 regole formulate dal Comitato d'Etica dell'Università Claude Bernard e degli ospedali civili di Lione (Francia) — documento del 29 marzo 1983, citato nell'annesso — la FIPC approva l'insieme di queste regole che tendono a separare bene l'utilizzazione dei tessuti fetali dalla loro «produzione», a partire dall'interruzione della gravidanza.

Ma se l'utilizzazione dei tessuti fetali provenienti da aborti spontanei non pone problemi diversi da quelli dei trapianti d'organo provenienti da cadaveri, è ben diverso il caso quando si tratta di aborti provocati.

L'argomento secondo il quale questi sarebbero avvenuti comunque, senza profitto per nessuno, viene spesso avanzato, ma la buona coscienza che potrebbe derivarne per decidere questi aborti, nulla toglie al suo carattere intrinsecamente perverso e non può dargli una giustificazione.

La FIPC naturalmente condanna formalmente ogni impiego di tessuti fetali umani come materia prima di prodotti cosmetici per un interesse puramente commerciale.

4. Riguardo all'eutanasia

La FIPC riafferma il suo attaccamento indefettibile al valore di ogni vita umana, anche debole.

La FIPC, dopo aver ascoltato gli interventi di testimoni appartenenti alle diverse attività professionali della sanità e volendo rispondere a delle questioni precise, raccomanda ai farmacisti:

— di adottare un atteggiamento di simpatia verso l'ambiente del malato e di contribuire così alla preparazione psicologica di questi e della sua famiglia per affrontare l'ultima prova;

— d'assicurare, nel più breve tempo possibile, la fornitura di tutti i

prodotti destinati ad alleviare le sofferenze degli ultimi momenti per permettere al malato di morire nella dignità.

— di dare in maniera accessibile le informazioni tecniche necessarie al buon uso delle medicine prescritte.

— di avvalersi della clausola di coscienza, citata sopra, per rifiutare la preparazione e la vendita di prodotti tossici, richiesti su prescrizione medica, di cui è manifesto senza ambiguità il carattere mortale, anzi omicida.

11 Codice di Norimberga 19 Agosto 1947

Il Codice di Norimberga prescrive il rispetto delle seguenti regole nel caso di esperimenti umani.

1. È assolutamente essenziale ottenere il consenso volontario del malato.
2. L'esperimento intrapreso deve essere suscettibile di fornire risultati importanti per il bene della società che nessun altro metodo potrebbe dare.
3. L'esperimento deve essere intrapreso alla luce della sperimentazione animale e delle conoscenze le più recenti sulla malattia studiata.
4. L'esperimento dovrà essere concepito per evitare ogni costrizione fisica e morale.
5. Nessun esperimento dovrà essere intrapreso se comporta il rischio di morte o d'infermità, tranne forse se i medici stessi partecipano all'esperimento.
6. Il livello di rischio preso non dovrà mai superare quello corrispondente all'importanza umanitaria del problema posto.
7. Tutto dovrà essere fatto per evitare ogni effetto secondario a lungo termine dopo la fine dell'esperimento.
8. L'esperimento dovrà essere diretto da persone competenti. Il più alto livello di assistenza e di competenza sarà esigito durante tutte le fasi dell'esperimento.
9. Durante tutta la durata dell'esperimento, il malato volontario avrà la libertà di decidere di bloccare l'esperimento se questo procura una difficoltà mentale o fisica, e se in qualche modo la continuazione dell'esperimento gli sembra impossibile.
10. Lo sperimentatore deve prepararsi a bloccare l'esperimento in ogni momento, se egli ha delle ragioni per ritenere, in buona

fede, e dopo aver consultato il parere dei più competenti, che la continuazione dell'esperimento rischia di portare alla morte o ad una infermità i malati.

Comitato etico dell'università Claude Bernard e degli ospedali civili di Lione.

Il Comitato etico dell'università Claude Bernard e degli ospedali civili di Lione, riunito il 29 marzo 1983, ha esaminato i problemi sollevati dai trapianti di tessuti fetali.

Questi trapianti sono etici nella misura in cui:

1) esiste una collaborazione morale di proseguire le cure per mezzo di trapianto di tessuto fetale specialmente in bambini che la società non ha il diritto di privare di una reale possibilità di guarigione.

2) Le seguenti regole vengono rispettate:

— Utilizzazione di tessuti fetali (prelevati su feti non vitali e non viventi) solo per degli scopi scientifici e terapeutici;

— Indipendenza tra le équipes responsabili delle interruzioni di gravidanza e le équipes che utilizzano i tessuti fetali;

— Assenza di incitamento a usare delle tecniche di interruzione della gravidanza meno inoffensive per la madre;

Assenza di giustificazione dell'interruzione della gravidanza sia da parte del medico come della donna, per questa possibilità d'utilizzazione dei tessuti fetali;

— Proibizione di realizzare dei trattamenti *in vivo* per lo studio del loro effetto giudicato sul feto dopo l'interruzione della gravidanza;

— Assenza di sopravvivenza artificialmente prolungata di feti e dei fini di prelevamento;

— Assenza di realizzazione di una fecondazione *in vitro* destinata a ottenere tessuti fetali utilizzabili;

— Proibizione del commercio di tessuti fetali.

— Proibizione di utilizzare i prelevamenti se ad interruzione di gravidanza avvenuta la donna, informata, si oppone;

— Creazione di strutture che sorvegliano la raccolta e la distribuzione di tessuti fetali secondo le necessità, e formazione di Comitati Etici.

DR. PH. JEAN DREANO

Presidente della Federazione Internazionale
dei Farmacisti Cattolici

Attività della Pontificia Commissione

IN POLONIA SU INVITO DELLA CONFERENZA EPISCOPALE

Dal 22 al 26 maggio il Pro-Presidente della Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari Mons. Fiorenzo Angelini, accompagnato dal Prof. Franco Splendori, consultore della medesima Commissione, si è recato in Polonia dietro invito della Conferenza Episcopale Polacca.

Lo scopo della visita era quello di illustrare le finalità e gli scopi della Commissione medesima; presentare la Rivista «*Dolentium Hominum*» e l'INDEX dell'Ecclesiae Instituta Valetudini Fovendae Toto Orbe Terrarum; partecipare al 50° anniversario di svolgimento degli esercizi spirituali degli Operatori Sanitari (Sacerdoti, medici, infermieri, tecnici, ecc.) della Polonia che si teneva nel Santuario Mariano di Czestochowa.

Una prima riunione, giovedì 22, si è svolta presso la sede della Conferenza Episcopale, presente l'Arcivescovo Dabrowski, Segretario della Conferenza Episcopale Polacca, e il Vescovo Adam Dyczkowski, Ausiliario della Diocesi di Wrocław (Breslavia) e protettore vescovile per la Pastorale Sanitaria Nazionale, ed altri operatori.

Il giorno seguente, venerdì 23, in un incontro di lavoro svoltosi con il Cardinale Primate Glemp, nella sua abitazione, sono stati ulteriormente presentati ed esaminati tempi e modi riguardanti la realizzazione di una efficace pastorale sanitaria.

Il Cardinale Primate ha, tra l'altro, ricordato ancora una volta come l'attuale Pontefice Giovanni Paolo II ha sempre dedicato una particolare attenzione alla pastorale sanitaria, da Sacerdote, da Vescovo, da Cardinale, ritenendola realtà fondamentale della sua generale attività.

Nel pomeriggio di venerdì 23 maggio, la visita è continuata nella città di Wrocław (Breslavia) ove, nella residenza del Cardinale Gulbinowicz, sono state ampiamente esaminate concrete proposte di collaborazione reciproca, alla presenza dei tre Vescovi Ausiliari, e di autorevoli rappresentanti del Clero locale.

Dopo l'incontro, il Pro-Presidente ha rilasciato un'intervista al giornale bisettimanale cattolico arcidiecevano «*Mnove Zycie*» (La nuova vita), subito dopo, con il Cardinale, si è recato in visita all'Ospedale Municipale di Breslavia, consegnando in dono un bronco-endoscopio.

La visita è proseguita per l'Ospedale Municipale di Trzebnica, ove opera anche un medico italiano, il fiorentino Dott. Santini, il quale ha presentato agli ospiti, descrivendola dettagliatamente, l'attività altamente specializzata che lì si svolge e che consiste sia nella ricostruzione di arti colpiti da gravissimi infortuni, sia in trapianti di parti delle dita delle mani, in particolare del pollice.

A tarda sera, un incontro-dibattito con circa 40 medici cattolici dei locali ospedali, con i quali sono stati ampiamente discussi i problemi riguardanti una corretta realizzazione di pastorale sanitaria cristianamente ispirata, con particolare riguardo soprattutto ai problemi dell'aborto e dell'eutanasia.

Al termine, è stata consegnata una moderna apparecchiatura SINCRON per la microchirurgia dell'occhio, molto apprezzata da tutti i presenti.

Sabato 24 maggio, insieme a Mons. Dyczkowski, il Pro-Presidente si è recato a Czestochowa per prendere parte al Convegno spirituale e pastorale.

Nel pomeriggio, nel Santuario ove è venerata la Madonna Nera di Czestochowa, il Pro-Presidente

Mons. Fiorenzo Angelini ha tenuto un'Omelia ai presenti.

Alle ore 21 si è svolto il pio esercizio della Via Crucis (oltre 5000 persone) che, nonostante una pioggia torrenziale, ha proceduto con esemplare devozione di quanti vi partecipavano. La S. Messa nel Santuario ha concluso la giornata.

Domenica 25, durante la S. Messa celebrata sempre nel Santuario, il Pro-Presidente all'Omelia ha particolarmente approfondito alcuni aspetti riguardanti la spiritualità della pastorale per gli operatori sanitari.

Alle 10,30, nel salone papale Giovanni Paolo II, alla presenza di alcune migliaia di operatori sanitari, Mons. Fiorenzo Angelini ha ampiamente illustrato gli obiettivi e gli scopi della Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari. Infine sono stati affrontati anche alcuni argomenti di bioetica particolarmente emergenti oggi nel mondo.

È stato infine presentato sia il primo volume dell'INDEX riguardante il ((Censimento delle strutture sanitarie nel mondo ove lavorano operatori cattolici)) che il primo numero della rivista «*Dolentium Hominum*»;

I medesimi argomenti sono stati poi ripresi in una relazione svolta dal Prof. Franco Splendori, che accompagnava il Pro-Presidente in questo viaggio di lavoro.

Dopo un solenne pontificale celebrato nella basilica superiore dinanzi a circa 5000 operatori sanitari, il Convegno si è concluso con un incontro finale nel Santuario, dinanzi al quadro della Madonna miracolosa. L'impegno assunto da tutti i presenti è stato quello di far propria la volontà del Papa, cioè realizzare una presenza più incisiva e più qualificante nella Pastorale della Salute nella Chiesa della Polonia.

CONTATTI COI VERTICI O.M.S.

Il Pro-Presidente del nostro Dicastero ha preso parte, su invito del Ministero degli Esteri Italiano, al Convegno da questi organizzato sul tema «*Cooperazione Sanitaria Italiana coi Paesi in via di sviluppo*», il 20 marzo u.s. e tenuto presso l'Auditorium dell'Istituto Superiore di Sanità in Roma.

L'incontro di studio e programmazione, oltre alla utilità di dare una chiara visione della realtà sanitaria, e delle urgenti necessità di una buona parte del mondo, ha anche offerto l'occasione di incontrare il Dott. H. Mahler, Direttore Generale della «Organizzazione Mondiale della Sanità» il cui intervento è integralmente riportato su altra parte di questa Rivista.

Il Convegno è stato anche occasione per un invito ufficiale del Dott. Mahler a Mons. Angelini per un incontro a Ginevra, presso la sede dell'O.M.S. nella prima decade di ottobre p.v.

L'incontro viene preparato in accordo con la Missione Permanente della S. Sede presso le Nazioni Unite e le Istituzioni Specializzate a Ginevra.

DALLA CHIESA ORTODOSSA

Accompagnato dal Reverendo Dimetri Salachas, Consulatore del Segretariato per l'Unione dei Cristiani, la mattina di sabato 5 aprile u.s. ha fatto visita al Pro-Presidente della nostra P. C., Iannis Michail Hadjiphotis, Direttore di «Ecclesiastici Alithia», il giornale della Chiesa Ortodossa di Grecia, e capo dell'ufficio Stampa del Santo Sinodo.

Il colloquio è stato cordiale e fraterno, con particolare attenzione al settore della salute, e con l'esame di alcune idee per iniziative comuni da attuare in un prossimo futuro, che esigono — naturalmente — uno studio più approfondito e una articolazione più sistematica.

Su tutti gli argomenti toccati la convergenza è stata totale e d'ambo le parti si è convenuto che lavorare insieme a *difesa della vita* e per il rispetto della *dignità dell'uomo malato*, è un ottimo mezzo per conoscersi meglio e favorire l'unità dei cristiani. Il Dr. Hadjiphotis ha richiesto al nostro ufficio un'ampia documentazione riguardante il Magistero del Papa sulla non-accettabilità dell'aborto, per potersene servire nel suo Paese. Il nostro ufficio ha potuto fornire una importante rac-



colta degli interventi del S. Padre sul grave problema.

Molto gradito ed apprezzato il primo numero della nostra Rivista «*Dolentium Hominum*».

IL PRESIDENTE DEGLI OSPEDALI CATTOLICI D'INDIA

Durante il suo soggiorno romano, è venuto a farci visita nel mese di aprile u.s., il reverendo Dr. Ferdinand Kayavil della Infant Jesus High School di Quilon (India), Presidente degli Ospedali Cattolici dell'India.

La presenza della Chiesa nel settore della salute in questo grande paese è molto forte e ben organizzata.

Lo scambio di notizie e di idee è stato molto interessante per conoscere i problemi emergenti per le strutture sanitarie cattoliche anche in India, e per delineare possibili azioni comuni.

Al Reverendo P. Kayavil sono stati messi a disposizione cento abbonamenti alla nostra Rivista, da assegnare a persone e centri sanitari interessati all'azione pastorale della salute della Chiesa Indiana.

IL RESPONSABILE DEL ST. PAUL AUDIO VISUAL DI TOKYO

Il Reverendo P. Paul M. Makiyama della Società S. Paolo, responsabile della St. Paul Audio Visual, e della Catholic Press Center di Tokyo, è venuto a farci visita sulla fine del mese di aprile.

Il religioso paolino, già in cordiali rapporti di conoscenza con l'Ecc.mo Pro-Presidente, ha voluto conoscere più da vicino il campo d'azione del giovane Dicastero Pon-

tificio, i suoi scopi e la sua operatività.

Il colloquio ha portato ai primi atti d'una utile collaborazione per la diffusione in Giappone — tramite la St. Paul Audio Visual — delle produzioni e stampa della P. C., per una capillare e più vasta conoscenza della Cultura della Salute della Chiesa Cattolica.

Successivamente è stata definita questa collaborazione affidando ad esso in particolar modo la diffusione e la distribuzione della nostra rivista quadrimestrale, e dell'INDEX delle strutture sanitarie cattoliche nel mondo. Un grato e caldo grazie ai Religiosi Paolini del Giappone per questa preziosa fraterna disponibilità.

DALL'IRLANDA: L'ASSISTENTE ECCLESIASTICO DEL CICIAMS

L'Assistente Ecclesiastico Nazionale del CICIAMS dell'Irlanda, il Rev. Henry Devlin, è venuto in visita alla Pontificia Commissione per un primo contatto diretto.

L'incontro, improntato a cordiale e fraterno scambio di idee e proposte, è stato utile per avere una immediata conoscenza dei problemi più urgenti che gli Operatori Cattolici della Salute d'Irlanda affrontano nel quotidiano lavoro.

U.S.A.: INCONTRO ECUMENICO SULLA SALUTE

Della delegazione ufficiale che ha partecipato al meeting organizzato dal 20 al 26 aprile u.s. in Atlanta (Georgia, USA), dalla «Christian Medical Commission» del Consiglio Ecumenico delle Chiese, ha preso parte il Prof. Emanuele Mannarino, quale rappresentante del nostro Dicastero.

L'importante e specifico meeting, che aveva come tema dominante la *salute dell'uomo* — e che costituisce anche un ottimo momento di incontro per approfondire il dialogo ecumenico — aveva come interlocutore costituzionale da parte della Chiesa, il Segretariato per l'Unità dei Cristiani, i cui vertici hanno richiesto al nostro Dicastero l'invio di un proprio rappresentante, realizzando quanto è descritto nel Motu Proprio costitutivo «*Dolentium Hominum*».

Siamo di questo ad essi grati, ed esprimiamo anche da queste pagine il nostro cordiale grazie all'E.mo Cardinale G. Willebrands, Presidente, e al Rev.mo P. Pierre Duprey P.A., Segretario.

GERUSALEMME: CONGRESSO INTERNAZIONALE SULL'EPILESSIA

A Gerusalemme si terrà dal 10 al 13 aprile 1987 il XVII Congresso Internazionale sull'epilessia, anche questo a carattere Ecumenico.

Il nostro Dicastero su invito del Segretariato per l'Unione dei Cristiani ha designato quale suo rappresentante il Prof. Luigi Gigli, giovane medico e ricercatore scientifico presso la II^a università di Roma «Tor Vergata», il quale ha già preso parte alle riunioni preparatorie.

PRESENTAZIONE DELL'INDEX AL SANTO PADRE

Il 18 aprile u.s., il S. Padre ha ricevuto in udienza il Pro-Presidente, S.E. Mons. Fiorenzo Angelini, per la presentazione della prima copia del I° Volume del catalogo delle Strutture Sanitarie della Chiesa nel mondo, «*Ecclesiae Instituta Valentudini Fovendae Toto Orbe Terrarum INDEX*».

Il Papa ha avuto parole di apprezzamento e di stima, e si è detto felicemente sorpreso nel vedere realizzata una pubblicazione non semplice e non facile, come può essere la raccolta e l'assemblaggio di notizie riferentesi a circa ben 13.000 Istituzioni Sanitarie presenti in 5 continenti.

Con l'Ecc.mo Presule erano i giovani medici che hanno saputo elaborare i migliaia di dati e le notizie che quasi giornalmente sono giunte alla nostra P.C., coordinati dall'Ing. Franco Placidi.

Il Santo Padre ha salutato uno per uno i giovani medici interessandosi ai loro problemi e alla loro vita.

SALA STAMPA DEI, VATICANO: PRESENTAZIONE DELL'INDEX

Giovedì 24 aprile u.s. è stato presentato alla stampa internazionale l'INDEX delle strutture sanitarie. Riportiamo quanto la Radio Vaticana ha trasmesso in quello stesso pomeriggio:

«Ad appena 14 mesi dalla istituzione, il più giovane organismo della Santa Sede, la Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari, sta realizzando con entusiasmo gli scopi per cui è stato creato ed è dinamicamente lanciato verso iniziative di grande rilievo.

Un bilancio di questo primo anno

di vita e un giro di orizzonti sulle prospettive future sono stati tracciati questa mattina, nella Sala Stampa della Santa Sede, dal Pro-Presidente della Commissione, l'arcivescovo Fiorenzo Angelini, assistito dal Segretario, Padre José Luis Redrado dei Fatebenefratelli, e dal sotto-Segretario Padre Felice Ruffini, camilliano, nonché dal Prof. Franco Placidi, docente di Organizzazione sanitaria alla Cattolica, che ha diretto l'équipe dei giovani medici la quale ha curato il Catalogo — appena uscito — delle istituzioni sanitarie della Chiesa del mondo.

Anzitutto è stato fatto conoscere al mondo, tradotto in sei lingue, attraverso le conferenze episcopali e gli Istituti religiosi, il «motu proprio» «*Dolentium Hominum*» istitutivo della Commissione. Poi è stata avviata l'importantissima e indispensabile opera di rilevazione su



scala mondiale di tutte le forze ecclesiali operanti nel settore della sanità, da cui è scaturito il Catalogo presentato venerdì al Santo Padre, un'iniziativa veramente storica perché finora mai intrapresa, che — seppur non ancora completa e bisognosa di futuri aggiornamenti — fa conoscere la diffusa presenza della Chiesa nel mondo della sofferenza da sempre. Inoltre sono stati presi contatti con i massimi organismi operanti nel mondo sanitario a livello internazionale, prima fra tutti l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Quanto alle prospettive, Mons. Angelini ha detto: «Una grande buona volontà, una grande passione, un grande entusiasmo a continuare in questa impresa così importante», ed ha annunciato un prossimo congresso delle Facoltà cattoliche di medicina di tutto il mondo, e ad ottobre, in luogo del consueto corso di studio su «Medicina e morale», una Conferenza Internazionale su «Il farmaco a servizio della persona», con la partecipazione di tre Premi Nobel e diversi accademici pontifici.

Dall'esperienza di tanti anni — oltre 30 — in questo settore, mons. Angelini ha detto di aver tratto la convinzione che la fede veramente universale, quella che accomuna tutti gli uomini, al di là e al di sopra di ogni ideologia e persino di ogni religione, è la fede nella vita, nella salute. In questa fede c'è una convergenza assoluta. Dal punto di vista pastorale, mons. Angelini ha ripetuto un'idea che gli è particolarmente cara e cioè che il vero tempio dell'umanità, assai più delle chiese e delle basiliche, è l'ospedale: è lì che la Chiesa può aspettare le anime, le quali si aprono con grande facilità, non per paura o per convenienza, ma perché sono obbligate a riflettere, forse per la prima volta, fuori del turbine della vita quotidiana.

PRESENTAZIONE DELL'INDEX AL GRANDE PUBBLICO

La presentazione della Rivista «*Dolentium Hominum*» e dell'INDEX al grande pubblico, e in modo particolare a quanti sono interessati al settore della sanità, è stata fatta il pomeriggio del 16 maggio u.s., nell'Auditorium del «Consiglio Nazionale delle Ricerche» in Roma.

All'affollata assemblea hanno parlato i Ministri On. Giulio Andreotti, degli Esteri, e On. Costante Degan, della Sanità, che hanno

messo in risalto segnatamente la grande utilità dell'INDEX anche per il mondo laico. Da esso infatti si può rapidamente avere uno spaccato delle patologie più insistenti e delle necessità più diffuse, particolarmente dei Paesi in via di sviluppo costituendo un ottimo mezzo di consultazione per quei Governi che hanno da tempo in attività un Ufficio per la Cooperazione Internazionale per la difesa e il recupero della salute in quei Paesi.

Toccanti parole di ringraziamento al S. Padre per la costituzione di questa Pontificia Commissione hanno completato l'incontro, che ha avuto un ottimo successo.

COPENHAGEN: AL WHO DELL'EUROPA

Il 27 maggio us. S.E. Mons. Angelini a Copenhagen (Danimarca) ha partecipato ai lavori della WHO dell'Europa ed ha avuto un incontro col Direttore di questa, dr. Asvall e con i direttori di vari Dipartimenti.

Il comunicato diramato dall'ufficio stampa della «*World Health Organization, Regional Office for Europe*» è stato il seguente: «*Umanizzazione della medicina: Una collaborazione più stretta fra la Commissione Pontificia e la WHO in Europa*».

L'Ufficio Regionale per l'Europa ha ricevuto la visita da S.E. l'Arcivescovo F. Angelini, Pro-Presidente della Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari. Questa visita segue quella che fece il Dott. J.E. Asvall, Direttore Regionale, a Sua Santità il Papa Giovanni Paolo II nel mese di aprile passato.

Nel discorso di ricevimento, il Dott. Asvall ha sottolineato il fatto che la OMS e la Commissione Pontificia hanno un obiettivo comune riguardo alle questioni sanitarie, soprattutto nel campo della cura medica. Il Dott. Asvall ha dichiarato che la tecnologia medica non può essere il solo mezzo di curare i malati e che ora più che mai è importante un atteggiamento più umano e psicologico.

L'Arcivescovo Angelini ha messo l'accento su questa necessità di umanizzare la medicina, dicendo che la sanità è una delle aree più importanti dove si può lavorare insieme indipendentemente dal paese, cultura, ideologia e religione.

In seguito a questa riunione è stato deciso di ricercare possibili vie di collaborazione tra la Commissione

POMIDI ADAMO.



Pontificia e la OMS che coinvolgono diverse organizzazioni, istituzioni ed esperti per proporre dei principi fondamentali per l'umanizzazione della medicina.

Ad una colazione di amicizia nella stessa sede del WHO, ha partecipato anche l'Ecc.mo Nunzio Apostolico in Danimarca, Mons. Henri Lemaitre.

La giornata si è conclusa con la visita a due istituzioni sanitarie moderne lo «*Herley County Hospital*» e lo «*Hvidovre Hospital*».

BURKINA FASO E NIGER: VISITA DELLA CONFERENZA EPISCOPALE

Venuti a Roma per la «visita ad limina», i Vescovi di Burkina Faso e del Niger sono venuti a farci visita martedì 10 giugno u.s.

Con il Card. Paul Zoungana, Arcivescovo di Ouagadougou, e il Presidente della Conferenza Episcopale S.E. Mgr A. Titianma Sannon, Vescovo di Bobo-Dioulasso, erano presenti tutti i Vescovi di quella regione episcopale, il Segretario della medesima conferenza, e il responsabile per la Fondazione «Giovanni Paolo II».

L'incontro, articolato in tre distinti momenti — scambio di idee, preghiera, agape fraterna — è stato molto cordiale ed utile per approfondire la conoscenza dei problemi della Chiesa africana, e progettare una linea di collaborazione reciproca.

Dall'analisi fatta insieme dei molti problemi che ha la giovane Chiesa di questa regione episcopale africana, abbiamo avuto conferma che la Pastorale della Salute è molto sentita dai suoi Vescovi. Questo ci ha fatto molto piacere perché si è avuto ulteriore conferma che da essi la Pontificia Commissione avrà sempre una fraterna e attiva collaborazione nella realizzazione del servizio che il S. Padre le ha affidato.

All'incontro hanno preso parte il Segretario, P. José Luis Redrado, OH, e il Sottosegretario, P. Felice Ruffini, M.I.

VISITA DEL CARDINAL HENRYK GULBINOWICZ

Mercoledì 16 luglio us., è venuto a farci visita il Cardinale Henryk Roman Gulbinowicz, Arcivescovo di Wrocław (Polonia).

Con spirito fraterno e squisita cortesia ha inteso così ricambiare la recente visita che il Pro-Presidente gli aveva fatto nel mese di maggio, durante il viaggio in Polonia, come in altra parte riferiamo più distesamente.

Il Cardinale ha rinnovato le espressioni di gratitudine della chiesa polacca per le concrete dimostrazioni di solidarietà cristiana e di sincera partecipazione al loro piano pastorale sanitario, che vengono dalla nostra Pontificia Commissione, ed ha avuto parole di ringraziamento indirizzate al S. Padre per la provvida ed ispirata istituzione che ha donato a tutta la Chiesa.

Erano presenti all'incontro i PP. José Redrado OH e P. Felice Ruffini MI, Segretario e Sottosegretario del nostro Dicastero, i Professori C. Manni e F. Splendori, nostri Consulitori, e l'On. Ziantoni, Assessore alla Sanità della Regione Lazio.

MEDICINAE AD HUMANITATEM INFORMANDAE

Washington a S.E. Mons. Angelini il premio «Umanità nella medicina»

Dal 18 al 27 giugno us., S.E. Mgr Angelini e il P. Redrado, rispettivamente Pro-Presidente e Segretario della Pontificia Commissione, hanno realizzato una visita negli Stati Uniti d'America. A loro si sono uniti i Professori C. Manni e F. Splendori, Consultori del nostro Dicastero. A parte la cronaca più ampia del viaggio.

Qui vogliamo riportare per intero il comunicato diffuso dalla *Radio Vaticana* venerdì 27 giugno us., in riferimento al Premio assegnato al Pro-Presidente dalla «Georgetown University»:

"WASHINGTON. - Sempre più specializzata, con sempre maggiori pericoli di sclerosi burocratica, la medicina rischia un po' in tutto il mondo di disumanizzarsi, di non rispettare il malato nella sua entità di essere umano: partendo da questo grido d'allarme, una delle più prestigiose e antiche università degli Stati Uniti — la «Georgetown University» di Washington — ha istituito un nuovo premio biennale per «L'umanità nella medicina», che

ieri è stato solennemente consegnato all'Arcivescovo Fiorenzo Angelini nella capitale statunitense. Pro-Presidente del più recente «Dicastero» del Vaticano, la Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari, l'Arcivescovo Angelini ha 70 anni e da 32 si occupa di problemi connessi con il mondo della medicina: ha avuto un ruolo-chiave in progetti sanitari avviati dalla Chiesa cattolica in paesi in via di sviluppo, ha scritto libri, saggi e articoli sulla pratica e deontologia medica alla luce del magistero ecclesiastico. La Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari è stata creata un anno e mezzo fa dal Papa e ad essa l'Arcivescovo Angelini ha deciso di devolvere completamente i 20 mila dollari che accompagnano il «Humanity in medicine award» dell'Università washingtoniana. Alla cerimonia di consegna del premio al presule italiano hanno assistito, tra gli altri, il Pro-Nunzio apostolico negli Stati Uniti, l'Arcivescovo mons. Pio Laghi, e l'ambasciatore d'Italia a Washington, Rinaldo Petignani."

ECCLESIAE INSTITUTA
VALETUDINI FOVENDAE
TOTO ORBE TERRARUM.
INDEX.

Romae. Pontificia Commissio de
Apostolatu pro Valetudinis Admini-
stris. 1980, 1. 156 p., Ill.
L. 70.000 -

Questo *Catalogo delle istituzioni sanitarie* che, nel mondo, vedono impegnata la Chiesa nel campo della sanità e della salute, è la prima pubblicazione del genere nella storia della Chiesa.

Scopo e indole della pubblicazione.

Sin dalla sua costituzione - 11 febbraio 1985 - la Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari ha ritenuto urgente procedere ad un censimento delle opere e delle organizzazioni sanitarie sostenute, direttamente o indirettamente, dalla Chiesa in ogni parte del mondo. Fu perciò preso immediato contatto con le Conferenze episcopali, con i responsabili degli istituti religiosi maschili e femminili nonché di tutti gli altri organismi cui fanno capo le attività sanitarie cattoliche. Lo spoglio del materiale pervenuto ha portato a registrare numerose voci che rappresentano, certamente, soltanto parte di quelle esistenti.

Si è preferito privilegiare la tempestività della pubblicazione rispetto alla sua completezza, nel motivato convincimento che la diffusione e la conoscenza di questo strumento di lavoro favoriranno l'invio di ulteriori informazioni da parte di quanti possono averle mandate incomplete e di nuovi dati da parte di chi ancora non lo avesse fatto.

Il desiderio della Pontificia Commissione di mettere a disposizione, in tempi editorialmente strettissimi, questo prezioso strumento di consultazione, risponde ad una duplice esigenza: far conoscere a tutta la Chiesa, ed anche oltre di essa, quanto nella Chiesa si compie in campo sanitario; in secondo luogo, favorire coesione, coordinamento e collaborazione fra tutte le organizzazioni sanitarie cattoliche operanti nel mondo. Auspicio, questo, caldamente formulato dal Santo Padre Giovanni Paolo II, nel Motu proprio istitutivo della Pontificia Commissione.



Questo primo censimento avrà periodici aggiornamenti, certamente facilitati dalla struttura e dalle caratteristiche del volume.

Struttura e caratteristiche del volume.

Il formato è di cm. 17 x 24. Presentazione ed Avvertenze in sei lingue: latina, inglese, francese, italiana, spagnola e tedesca. La suddivisione generale e quella interna a ciascuna parte è rigorosamente alfabetica. Ciò allo scopo di facilitare la consultazione.

- Le istituzioni sanitarie censite sono suddivise, alfabeticamente, per continente (Africa, America, Asia, Europa, Oceania); all'interno di ciascun continente sono suddivise, sempre alfabeticamente, per nazione e, all'interno di ciascuna nazione, per città o località dove si trovano. Il continente americano, dato il numero molto elevato di istituzioni sanitarie è stato suddiviso in: America settentrionale, America centrale e America meridionale.

- Il Volume, quindi, è praticamente distribuito in cinque parti o sezioni, quanti sono i continenti. Ciascuna parte o sezione è preceduta da una *carta geografica* del continente illustrato. Nella carta geografica gli stati sono individuati con il nome della capitale; la colorazione dell'area significa che da tali stati sono pervenute informazioni per il censimento. Affianca la cartina un indice-elenco delle città o località censite.

- All'interno di ciascuna nazione si hanno cinque gruppi o parti:

- elenco delle città o località da cui sono pervenute le informazioni;

- elenco degli istituti religiosi presenti nelle istituzioni sanitarie censite;

- elenco delle città o località con la descrizione delle istituzioni sanitarie presenti (numero e tipologia);

- descrizione delle singole istituzioni sanitarie: tipo, denominazione, indirizzo, informazioni di carattere organizzativo-tecnico-amministrativo (La denominazione in genere è riportata nella lingua locale);

- elenco degli istituti religiosi con indicazione, per ciascuno, delle città o località in cui sono presenti e del tipo di struttura sanitaria in cui operano.

Contenuto dell'opera.

Alcuni dati complessivi possono fornire un'idea esauriente del contenuto del volume.

- Le nazioni dalle quali sono pervenute informazioni per il censimento sono 167 su un totale di 227, e cioè il 74%. In numero e percentuale per continente: AFRICA, 47 nazioni su 53 (89%); AMERICA SETTENTRIONALE, 52 nazioni su 52 (100%); AMERICA CENTRALE, 11 su 22 (50%); AMERICA MERIDIONALE, 13 su 15 (87%); ASIA, 23 su 43 (54%); EUROPA, 15 su 32 (46%); OCEANIA, 6 su 12 (50%).

Da rilevare: le nazioni con il maggior numero di istituzioni sanitarie censite sono, in ordine decrescente: ITALIA (1.656); INDIA (824); USA (702); BRASILE (570); ZAIRE (396); TANZANIA (289); FRANCIA (220), ecc.

- Il numero complessivo delle città o località dalle quali sono pervenute informazioni sulla presenza di istituzioni sanitarie cattoliche è di 7.579.

- Gli istituti religiosi maschili e femminili, di diritto pontificio e diocesano, operanti nelle strutture sanitarie elencate assommano a circa 500.

- Le istituzioni o strutture sanitarie censite ammontano a 12.448, così distribuite per continente: AFRICA 1877; AMERICA SETTENTRIONALE 1364; AMERICA CENTRALE 60; AMERICA MERIDIONALE 1286; ASIA 2333; EUROPA 5201; OCEANIA 327.

- Nella suddivisione per tipologia risulta che le istituzioni sanita-

rie censite e classificate con la denominazione di "ospedale", così come è indicato nelle fonti, costituiscono la maggioranza (4.880). La denominazione di ospedale non è, però, univoca nei diversi Stati. Seguono, nell'ordine: case per anziani, inclusi i gerontocomi (2.504), ambulatori e dispensari (2.060), case di cura (1.706), centri di riabilitazione fisica e psichica (314), ecc.

— Gli ospedali, quindi, rappresentano il 39% delle istituzioni sanitarie censite nell'INDEX. Dei 4.880 elencati, il 36,15% è in EUROPA, il 20,25070 in ASIA, il 17,5% in AMERICA SETTENTRIONALE, ecc.

— Gli ospedali, dei quali attraverso le informazioni contenute nel catalogo può essere desunta la proprietà di istituti religiosi maschili e femminili, delle diocesi e di congregazioni, istituzioni ed ordini di religiosi o di religiose, sono il 59% del totale censito (circa 2.900). Distribuiti per continente, gli ospedali di proprietà presentano la seguente mappa: AFRICA 62%, AMERICHE 78%, ASIA 91%, EUROPA 21%, OCEANIA 71%. Le alte percentuali che si registrano nei continenti con molti paesi emergenti sono dimostrativi della intensa presenza della Chiesa e dell'impegno missionario. Nell'Europa la maggiore presenza dello Stato nel servizio sanitario fa registrare un abbassamento del valore percentuale.

• In appendice al volume una scheda o modello-guida (Mod. A) da utilizzare per l'invio di informazioni integrative del censimento o per segnalare eventuali errori o modifiche.

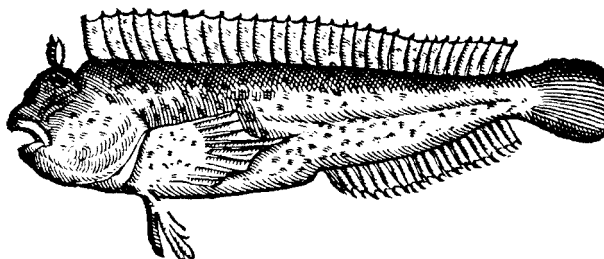
Criteri di consultazione.

In apertura dell'INDEX, a pag. 32-33, ed in apposito segnalibro allegato, il lettore può trovare una *legenda* di abbreviazioni (cf. anche pag. 18, 20, 22, 26 e 28) relative alla tipologia delle strutture sanitarie censite, nonché alcune lettere, sigle, simboli attinenti determinati dati.

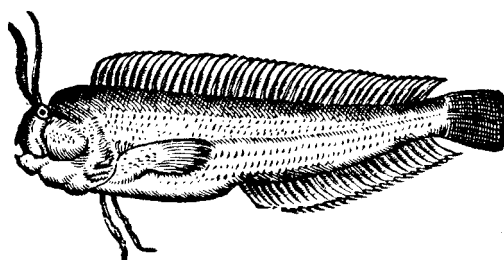
L'INDEX, oltre ad offrire una particolareggiata informazione di insieme, consente una rapida ricerca di dati relativamente alle istituzioni sanitarie censite. Conoscendo semplicemente la nazione o stato dove si trova una determinata struttura sanitaria cattolica, basterà cercarne la località nell'indice generale a fine del volume (pp. 1.107-1.156) e si troverà il rinvio alla pagina che ne tratta.

Discorfi del Matthioli

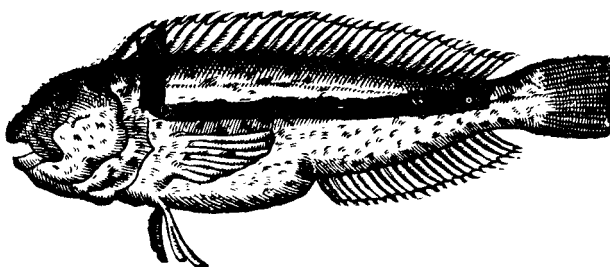
G O B I O III.



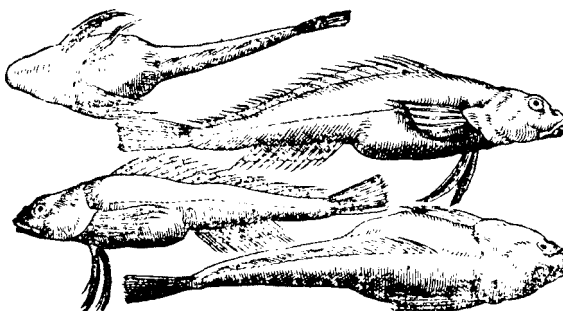
G O B I O IIII.



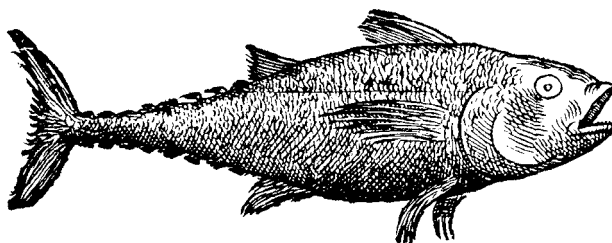
O O B I Q VI.



MARSIONI OVERO GHIOZZI:



T O N N O .



informazioni dal mondo



SPAGNA

Madrid

Giornata del Malato

«Gli infermi ci evangelizzano» è stato il tema su cui si è basata la Giornata del Malato 1986. È stata un'occasione molto importante per realizzare una catechesi ai «sani» sul mondo del dolore, sul significato che hanno gli infermi nella comunità cristiana, pregare per loro e raccogliere la loro testimonianza ricca ed evangelizzante. In occasione di questa giornata — 4 maggio 1986 — la Chiesa Spagnola ha inviato un messaggio particolare ai cattolici soffermandosi e sottolineando il posto che occupano gli infermi all'interno della comunità cristiana.

Nella stessa giornata, il Segretario Nazionale della Pastorale Sanitaria ha presentato un assortito materiale specifico (depliant, posters, testi per la celebrazione), proiettato ad un grande fine: «perché la Chiesa si lasci evangelizzare dagli infermi».

«Juventudes hospitalarias»

Un'interessante iniziativa è sorta a Madrid per l'animazione della gioventù e per la pastorale vocazionale. Inquadrate nell'associazione «Grupo Granada», le «Juventudes hospitalarias» sono «un gruppo di giovani cristiani al servizio della chiesa tramite il carisma dell'ospitalità, e aperti alla misericordia».

Questa nuova associazione è nata sotto l'animazione e l'organizzazione dei Fatebenefratelli, dei Camilliani, delle Religiose del Buon Pastore, delle Religiose di Sant'Anna, delle Missionarie dell'Immacolata e dell'Istituto Secolare Pro Ecclesia.

L'orientamento dell'associazione, di ambito nazionale, è chiaramente rivolto al mondo dei malati, della sofferenza e degli emarginati. Le sue attività sono: convivenze periodiche, «giornata della famiglia», preghiera di gruppo settimanale, Pasqua missionaria ospedaliera, campi estivi di servizio socio-sanitario, settimana di approfondimento cristiano, ecc.

Barcellona: Commissione per la promozione dei diritti umani degli infermi

All'interno della delegazione diocesana di pastorale sanitaria di Barcellona si è costituita una commissione per la promozione dei Diritti Umani degli ammalati. In questa commissione lavorano un gruppo di professionisti coordinati dal Dott. Francisco Moreno.

Gli scopi di detta commissione sono i seguenti:

1 - Favorire la attitudine evangelica del professionista cristiano affinché il suo rapporto con l'infermo e con i suoi familiari sia basato sulla comprensione, il rispetto e la solidarietà; rifiutando ogni tipo di paternalismo e manipolazione.

2 - Operare nei centri universitari, scuole di direzione e amministrazione ospedaliera, scuole di formazione professionale, parrocchie, ecc... per conseguire la formazione corretta di persone, movimenti e gruppi che operino con infermi.

3 - Lavorare insieme ad associazioni che promuovono il riconoscimento dei diritti umani sia in campo civico che sociale, incidendo particolarmente nel campo dei diritti degli infermi. A tal fine si utilizzeranno i mezzi di comunicazione sociale e il prospetto (opuscolo) edito dalla «Generalitat de Catalunya». È au-

spicabile che questo progetto di umanizzazione si identifichi nelle strutture sanitarie.

4 - Stimolare i religiosi, le religiose, i cappellani dei diversi centri, i movimenti e le associazioni di infermi e per gli infermi, e tutte le comunità della Chiesa, affinché il fulcro dell'attività pastorale e professionale sia incentrato sui diritti della persona inferma.

COLOMBIA

Bogotà: Seminari di umanizzazione

Il Centro Camilliano di Pastorale della Salute di Bogotà, il cui direttore e animatore è il P. Adriano Tarraran, continua a mostrarsi molto attivo. Nel programma sono previsti, per il periodo febbraio-maggio, ben quindici seminari di utilizzazione, la cui durata singola è di tre giorni. Questi corsi avranno luogo in diverse città della Colombia (Medellin, Acacias, Cartagena, Barranquilla e Bogotà).

Il P. Adriano è stato il presidente del comitato della pastorale della salute per la visita apostolica di Giovanni Paolo II in Colombia.

AUSTRIA

Posti di lavoro negli ospedali cattolici

Secondo recenti statistiche, in Austria, negli ospedali cattolici, ben 11.618 posti di lavoro dipendono da congregazioni religiose:

2.500 sono religiosi, il resto è personale laico ed è regolarmente retribuito da religiosi.

Questi posti di lavoro riguardano 25 ospedali con 1.400 letti, e 75 ospizi con 2.500 anziani.

INDIA

Un missionario con i lebbrosi

Il missionario polacco, Padre Ernesto Schiappa, della Società del Verbo Divino, lavora da ben 13 anni, quasi ininterrottamente, al servizio dei lebbrosi.

Attualmente vive con circa 200 malati di lebbra nel lebbrosario dell'Amore di Dio, costruito da lui a Ratlam.

Ora si propone di portare a termine un piano ancora più arduo per la riabilitazione dei lebbrosi: una ini-

ziativa di non facile realizzazione perché i lebbrosi, anche se guariti, sono raramente reinseriti nella società indiana. Padre Schiappa lavora da circa 6 mesi per l'apertura di una nuova residenza, o casa-famiglia, sempre nella città di Ratlam, per accogliere i lebbrosi costretti ancora all'isolamento, nel quale erano stati confinati durante la malattia.

PARIGI

Vaccino contro l'AIDS: più lungo e penoso del previsto

Come comunicato nella II Conferenza Internazionale sull'AIDS, che si tiene a Parigi e riunisce più di 2.000 esperti di tutto il mondo, scienziati nord americani stanno già sperimentando su scimpanzé un tipo di vaccino contro la Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS).

I primi risultati, certamente, non si otterranno prima della fine di questo anno; e anche se risulteranno positivi avranno bisogno di un lungo periodo di sperimentazione.

Il cammino verso il vaccino contro l'AIDS sembra essere più lungo e penoso di quanto alcuni studiosi pensavano.

STATI UNITI

Washington: Cura domiciliare per bambini raccomandata come possibilità di copertura sanitaria

I programmi di assicurazione privata per la salute forse potranno pagare in un prossimo futuro sofisticati trattamenti medici a domicilio per malati gravi o bambini disabili, grazie ad un progetto di legge presentato dalla Segreteria Generale della Conferenza Episcopale Cattolica degli Stati Uniti.

Mons. Daniel F. Hoyer, in una lettera inviata alla Commissione per l'Educazione ed il Lavoro della Camera, ed alla Commissione per le Risorse Umane del Senato, ha chiesto che il progetto di legge venga in particolare modo appoggiato per gli ammalati al di sotto dei 21 anni, degenti in casa, piuttosto che per quelli degenti in ospedale.

La legge, S. 1793, potrebbe aiutare quelle famiglie con bambini che, per mantenersi in vita, sono dipendenti dalla tecnologia medica. Mol-

te assicurazioni private vogliono pagare tali trattamenti solo quando fatti negli ospedali.

Mons. Hoyer aggiunge: «Noi crediamo che i bambini siano curati meglio nelle loro famiglie, quando ciò può essere realizzato attraverso progressi nelle tecniche di cura a domicilio, ed istruite dalle assicurazioni pubbliche e private)). Sebbene tutte le famiglie non riescano a sopportare lo stress della cura domiciliare, Mons. Hoyer dice che «coloro che desiderano farlo, avranno il nostro pieno appoggio ed assistenza pratica, così come l'assicurazione per la salute coprirà quei servizi essenziali previsti a domicilio».

Nuove presenze dei Camilliani

- La casa dei camilliani a Durwald's Glen, ubicata tra Milwaukee e Madison, si è trasformata in centro di spiritualità e in casa di ritiro, particolarmente orientata a prevenire e recuperare coloro che sono dipendenti dall'alcool e dalla droga e ad aiutare le loro famiglie.

La finalità è di offrire un luogo ricco di pace e di verde per basare il recupero sulle loro risorse spirituali.

- Il P. Richard O'Donnell ha promosso e organizzato, rispettivamente al St. Joseph's Hospital di Milwaukee e a Chicago, come presidente della regione settima dell'associazione nazionale di cappellani, due incontri sull'etica con le seguenti tematiche:

- etica e spiritualità;
- ritirare o rifiutare l'alimentazione e i fluidi, un dilemma etico.

Tra gli altri conferenzieri era presente il rev. Richard McCormick, gesuita e professore all'università di etica del Georgetown University a Washington, considerato uno degli specialisti di etica in America.

ITALIA

Roma: L'assistenza ai malati in mare attraverso l'etere

Seicentossessantuno pazienti assistiti, quattrocentocinquanta consulenze fornite in materia di trasporto aereo in territorio metropolitano, di traumatizzati e malati gravi. 9415 messaggi ricevuti e trasmessi. È l'attività svolta dal CIRM, Centro Internazionale Radio Medico, nel 1985. L'Ente, sorto a Roma nel 1935, fornisce assistenza via radio ai marittimi imbarcati su navi di qual-

siasi nazionalità, su tutti i mari. I servizi sono assolutamente gratuiti.

Le richieste di soccorso giungono al CIRM attraverso una rete di telecomunicazione costituita da una stazione radio, l'IRM, e da un centro telescriventi. In concomitanza operano una larga serie di radiostazioni. Esse coprono un territorio che va dall'Atlantico al Pacifico, dall'U.S. Coast Guard alla Globbs Radio di Manila.

L'assistenza viene fornita dal medico di guardia il quale prescrive le opportune cure e si mantiene in contatto con il paziente, sino alla guarigione e allo sbarco. Tale procedura consente il riscontro della diagnosi di probabilità, confermata nella maggior parte dei casi. Ove ve ne sia necessità, il Centro è in grado di avvalersi dell'opera di una équipe di specialisti, fra cui numerosi direttori di cliniche universitarie e primari ospedalieri.

Sono le cifre a comprovare il valore dell'impegno del CIRM. Dalla fondazione, l'attività è progressivamente aumentata. È passata dalle diciotto assistenze del 1935 alle mille degli ultimi anni. Dal 1956 sono stati curati trentunomila pazienti. Il servizio di telecomunicazioni — che funziona regolarmente in italiano, francese, inglese — ha ricevuto oltre 280 mila messaggi e le missioni di soccorso svolte in collaborazione con la Marina e l'Aeronautica sono state duemila. Duemilacinquecento sono stati gli interventi in territorio metropolitano e nelle piccole isole del Mediterraneo.

Le fonti di finanziamenti per le attività del CIRM, diretto dal professor Nino Rizzo, sono garantite dai Ministeri della Marina Mercantile e delle Poste e Telecomunicazioni. Vi contribuiscono anche enti privati. È grazie a tali emolumenti che il Centro realizza i propri obiettivi, da cui gli derivano i consensi ottenuti in ambito nazionale e internazionale.



UGANDA

Una donna per la vita

A Opit, piccolo villaggio del Nord Uganda, esiste un centro di riabilitazione per bambini handicappati. Vi lavora la suora ugandese Korina Aceng, che così presenta il suo lavoro:

«Il Polio-Centre di Opit è sorto nel 1970, per opera di un missionario comboniano, p. A. Soldà, che iniziò con l'erigere un piccolo edificio per accogliere alcuni ragazzi poliometitici. Suo scopo era di provvedere alla loro istruzione scolastica e di insegnare piccoli lavori come il cucito così da renderli autosufficienti e in grado di guadagnarsi da vivere.

Ho incominciato ad occuparmi di bambini handicappati nel 1979, di ritorno dal mio soggiorno di tre anni in Italia, dove il vescovo di Gulu e la madre generalizia della mia congregazione mi avevano mandato per studiare fisioterapia con lo scopo di organizzare poi a Opit un vero e proprio centro di cura e riabilitazione dei bambini poliometitici.

Le radici di questa mia specifica vocazione sono remote.

Fin da piccola ho sempre avuto una predisposizione particolare per i più poveri, specialmente i bambini, gli orfani, gli ammalati. Quando, entrata nella congregazione di Maria Immacolata e divenuta maestra ho iniziato ad insegnare nella scuola, mi sono resa conto di quanto fosse grave e importante il problema dei bambini handicappati.

Per il futuro il problema più grave ed urgente del Polio-Centre è quello dello spazio: nell'84 ho avuto 290 richieste di bambini da ospitare, ho potuto accettarne solo 47 e con grande fatica. Di qui la necessità di costruire un nuovo edificio, più spazioso e dotato di un minimo di attrezzature: una palestra per fisioterapia, un laboratorio di falegnameria e di cucito, un'officina in cui costruire gli apparecchi ortopedici, un letto per ogni bambino, e chissà, magari anche una piccola biblioteca... I miei ragazzi ed io ci siamo subito messi all'opera iniziando a preparare i mattoni e a raccogliere sassi e sabbia d.

GHANA

Koforidua: 25 anni di attività

Nell'ottobre 1985 si sono compiuti giusto 25 anni dacché i Fatebnefratelli della Provincia Castigliana iniziarono la loro attività sanitaria nell'Ospedale missionario di Koforidua, nel Ghana, il cui ambulatorio aprì infatti i battenti il 7 ottobre 1960.

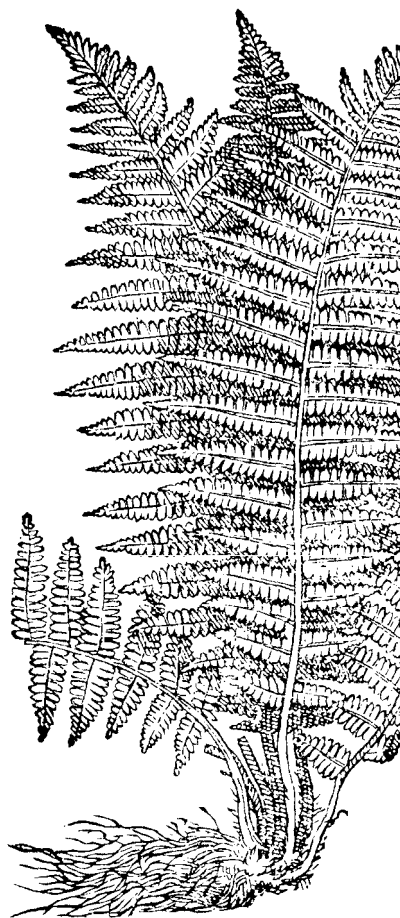
Il nome Koforidua è la forma sincope di un proverbio Ashanti che in italiano potremmo tradurre: «a pancia vuota non si scalano alberi». Si racconta infatti che il primitivo villaggio nacque dall'insediarsi di una tribù che vi giunse estenuata dopo un lungo girovagare: il loro capo avrebbe voluto far sostare la sua gente in cima alla ripida collina che domina Koforidua, ma essi preferirono accamparsi dov'erano, ripetendogli con insistenza il suddetto proverbio, che suggerì poi il nome della località, dalla quale finirono per non spostarsi più.

Koforidua dista 90 km dalla capitale del Ghana, Accra, che è andata accrescendosi soprattutto in questi ultimi venti anni, fino a sfiorare i centomila abitanti.

La prima pietra dell'Ospedale di Koforidua, che è intitolato a San Giuseppe, venne posta dai Fatebnefratelli il 14 aprile 1959 e l'inaugurazione ufficiale avvenne il 4 gennaio 1964, ma s'è già detto che l'attività ambulatoriale iniziò nel 1960 ed i ricoveri già fin dal 1961.

Nato specificamente come presidio di ortopedia infantile, l'ospedale di Koforidua conserva tuttora questa fisionomia specialistica, anche se il suo raggio d'azione va estendendosi anche ad altri settori. Attualmente la Pediatria ha 42 letti, di cui 30 per l'ortopedia e 12 per la Medicina; vi sono poi i Reparti degli adulti, con 54 letti per gli uomini e 34 per le donne e sono ripartiti anch'essi tra l'ortopedia, la Chirurgia e la Medicina. Complessivamente ci sono 130 letti e nel 1984 si sono avuti 1.449 ricoveri con 47.817 giornate di degenza. Nonostante le condizioni disperate in cui giungono solitamente i malati, abituati a rivolgersi al nostro Ospedale solo in seconda istanza, quando cioè hanno verificato l'insuccesso delle terapie empiriche degli stregoni, la mortalità nel 1984 è stata di soli 150 casi, di cui 89 in bambini sotto i cinque anni. Nel Blocco Operatorio durante il 1984 sono stati eseguiti 744 interventi di Ortopedia e 328 di Chirur-

D R I O P T E R I.



gia Generale. I soggetti sottoposti a Fisioterapia nel 1984 sono stati 345 e per loro sono state allestite 513 protesi ortopediche.

Notevole anche l'attività ambulatoriale, che nel 1984 ha registrato 139.685 visite, di cui 51.296 erano casi nuovi. Purtroppo il progressivo degrado della rete viaria del Ghana, una volta la più sviluppata dell'Africa Occidentale, rende sempre più difficoltoso l'afflusso della popolazione agli ambulatori dell'Ospedale e pertanto in questi ultimi anni sono stati attivati tre ambulatori distaccati, funzionanti una volta alla settimana, con un afflusso mensile in ognuno di circa 500 persone, essi sono situati ad Akrofufu, distante 82 km., a Ban-so, distante 35 km., ed a Kwabeng, distante 66 km.

Il Parlamento stesso, del resto, avrebbe formulato la richiesta della creazione di un'apposita fondazione europea per l'AIDS finalizzata all'organizzazione di vaste campagne europee per la lotta alla malattia.

Nel 1986, comunque, 650.000 ECU sono già stati devoluti per il finanziamento di progetti relativi all'AIDS, inclusa la creazione di una banca dati e lo scambio di informazioni scientifiche (ISIS)

EUROPA

Cee: finanziamenti per la ricerca sull'AIDS

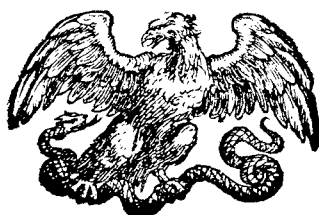
La Commissione Europea ha recentemente avanzato la proposta di un triplice programma destinato al finanziamento della ricerca e dello sviluppo nel campo della prevenzione e del trattamento dell'AIDS (Sindrome da Immuno Deficienza Acquisita) da svilupparsi nel biennio 1987-89.

La prima parte del programma, il cui ammontare è calcolato in 400.000 ECU (370.000 dollari), verterà sul controllo e la prevenzione della malattia e coinvolgerà 29 istituti disseminati nei 12 Paesi Membri.

La seconda parte del progetto (2.375 milioni di ECU) è invece relativa alla ricerca di base e vedrà impegnati 52 istituti presenti nei Paesi Membri e negli Stati Uniti.

Il completamento del programma sarà invece sancito dalla ricerca clinica sull'AIDS (III parte del progetto), per la quale è previsto un finanziamento di 480.000 ECU e la partecipazione di 34 istituti di ricerca nei 12 Paesi Membri, in Svizzera e negli Stati Uniti.

L'annuncio del programma ha fatto seguito — secondo quanto precisato — all'adozione, da parte del Parlamento Europeo, di una risoluzione (11 Marzo u.s.) nella quale si richiede espressamente alla Commissione di assegnare una priorità alla ricerca sull'AIDS nell'ambito del nuovo programma per la ricerca medica varato per il biennio 1987-89.



PONTIFICIA
COMMISSIO DE APOSTOLATU PRO VALETUDINIS
ADMINISTRIS

ECCLESIAE INSTITUTA VALETUDINI FOVENDAE TOTO ORBE TERRARUM

INDEX

Fin dalla sua costituzione, l'11 febbraio 1985, la Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari avvertì la necessità e l'urgenza di costruire una mappa di tutte le istituzioni sanitarie della Chiesa nel mondo, quale doveroso contributo alla conoscenza di un settore mai completamente esplorato e quale strumento fondamentale di lavoro per l'esercizio delle sue stesse funzioni istituzionali. Alla completezza del catalogo è stata preferita la pubblicazione immediata, sia pure parziale, a dimostrazione della sua urgente necessità. Esattamente un anno dopo, la Pontificia Commissione, per la fattiva collaborazione delle Conferenze Episcopali, per la pronta risposta dei responsabili di molti istituti religiosi maschili e femminili che operano nella sanità e per la partecipazione di vari organismi sanitari cattolici, è in grado di offrire, per i tipi della Tipografia Poliglotta Vaticana, il primo risultato di quell'impegno, la cui portata è testimoniata dall'insieme di informazioni fino ad oggi raccolte dai cinque continenti e che hanno dato la possibilità di catalogare 12.500 istituzioni.

Continuano intanto a pervenire notizie di altre istituzioni sanitarie della Chiesa da ogni parte del mondo. Questo materiale di aggiornamento a breve scadenza di tempo sarà presentato in ulteriori volumi dell'« Index ».

Le istituzioni sanitarie presenti nel catalogo sono suddivise per continente e, all'interno di esso, per nazione e quindi per città o località di appartenenza. Di ogni istituzione si sono individuati la tipologia sanitaria, la denominazione e l'indirizzo completo e, ove è stato possibile, una serie di informazioni di carattere organizzativo-tecnico-amministrativo.

L'ordine alfabetico è dominante nell'impianto dell'opera al fine di facilitarne la consultazione.

Il catalogo verrà posto in vendita dal mese di marzo 1986 e potrà essere richiesto presso la Pontificia Commissione - Città del Vaticano, oppure presso i suoi uffici di Via della Conciliazione, 3 - 00193 Roma.

Edizione in cinque lingue:
italiano, francese, spagnolo, tedesco, inglese
12.500 Istituzioni censite

Volume 17 × 24 - pagg. 1156

6 tavole a colori

Confezione: cartonato con copertina in tela canapa
L. 70.000