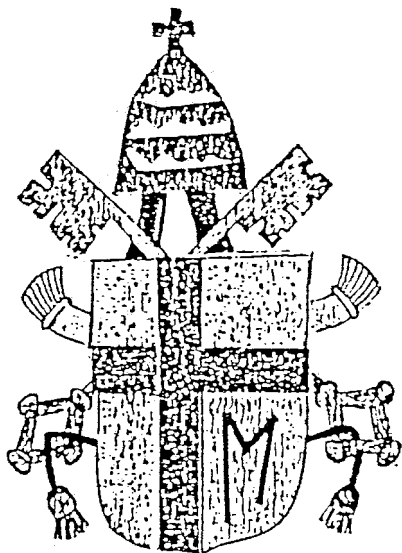




sommario

DOLENTIUM HOMINUM

N. 5 (ANNO 11 - N. 2)
1987

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
MONS. ITALO TADDEI

Collaborano in redazione

P. DAVID MURRAY M.ID.
MARÍA ANGELES CABANA M.ID.
SR. GABRIELLE MULTIER

Direzione, Redazione,
Amministrazione:
Città del Vaticano
Tel.: 650793,6530798

in copertina:
vetrata di P. Costantino Ruggeri

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 **Fede e guarigione**
Card. Jean Marie Lustiger
- 14 **«Redemptoris Mater», una enciclica
per la Chiesa in cammino verso l'anno 2000**
P. Salvatore Meo O.S.M.
- 18 **Lo Spirito di Dio consola chi soffre**
S.E. Mons. Javier Osés

MAGISTERO

- 22 **Dai discorsi del Santo Padre**
- 27 **Istruzione sul rispetto della vita nascente e
la dignità della procreazione**

ARGOMENTI

- 44 **Scienze e tecnologie nuove: quale etica?**
P. Kevin D. O'Rourke O.P., J.D., S.T.L.
- 55 **Il fattibile non è sempre agibile**
P. Bonifacio Honings O.C.D.

TESTIMONIANZE

- 60 **Un programma di assistenza pastorale in Kenia**
- 62 **Accordo in Spagna sull'assistenza religiosa negli ospedali**
- 64 **Appello del Presidente Reagan per la giornata della vita**
- 65 **Università cattolica del Sacro Cuore: documento sul consultorio familiare**
- 66 **Il dipartimento di Pastorale della salute in Messico**
- 66 **Rapporto sull'organizzazione sanitaria cattolica in Corea**
- 67 **L'assistenza sanitaria nella Repubblica Dominicana**
- 69 **I camilliani in Brasile**
- 71 **L'Istituto internazionale Camillianum**

ATTIVITÀ DELLA PONTIFICIA COMMISSIONE

- 75 **Morire in Africa, morire per l'Africa (viaggio al Benin e al Togo)**
- 76 **Scarse risorse mediche e giustizia (incontro con 150 vescovi americani)**
- 78 **Incontro ad Atene con la Chiesa ortodossa, in Polonia, in Giappone, in Svizzera, in Italia, riunioni e visite**
- 82 **Informazioni dal mondo**

Indice delle illustrazioni

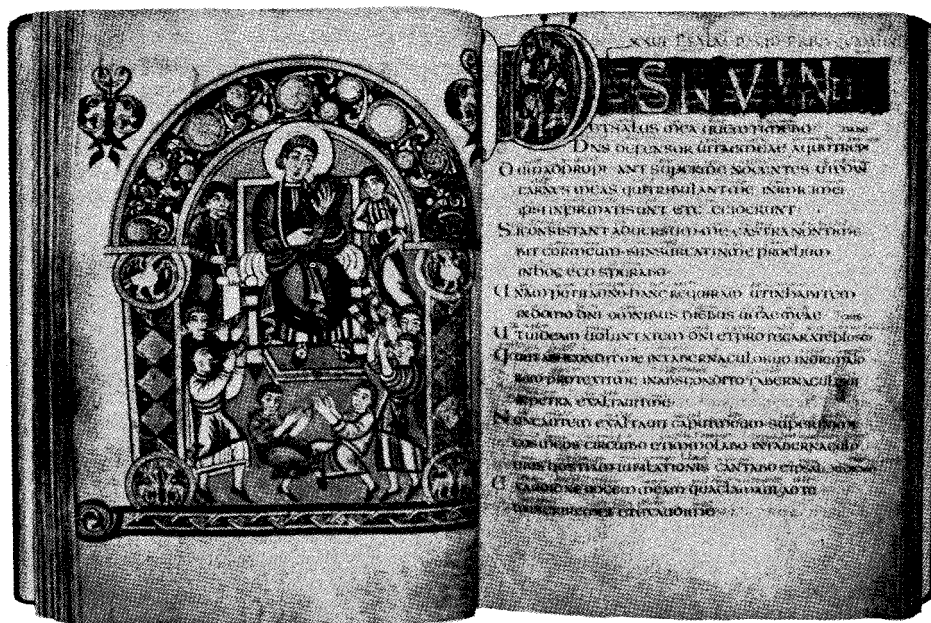
1 Pagine del Salterio dell'VIII sec. conservato al British Museum — **2** Atene Museo Bizantino XIV sec. — **3** S. Giovanni apostolo chiesa S. Neot in Cornovaglia — **4** Natività nella chiesa di S. Maria a Esslingen — **5** Annunciazione XV sec. Duomo di Milano — **6** Lo Spirito Santo XII sec., Landesmuseum, Münster — **7** Cattedrale di Friburgo, vetrata — **8** Vetrata St. Denis XII sec. Parigi — **9** Noè, vetrata Duomo di Ulma — **10** S. Cecilia, part. S. Cuniberto a Colonia XII sec. — **11** Il Martirio di S. Leodegardo, Duomo di Friburgo — **12** Banchetto inglese XV sec. Victoria and Albert Museum Londra — **13** Part. S. Cecilia nella Chiesa di S. Cuniberto a Colonia XIII sec. — **14** Angelo che suona la tromba XI sec. Cattedrale di Augusta — **15** La strage degli innocenti St. Peter di Norwich — **16** Martirio di S. Caterina in St. Guillaume, Strasburgo — **17** Torre di Babele, Museo del Duomo, Milano — **18** Salomone e la Regina di Saba sec. XVI, chiesa di S. Giovanni di Gouda — **19** S. Cecilia, Chiesa di S. Cuniberto a Colonia, XIII sec. — **20** Angeli preraffaelliti, Rottingen Paris Church, Londra — **21** Ultima cena St. Lorentz di Norimberga XI sec. — **22** S. Marco, Cattedrale di Erfurt — **23** Il Cherubino Alato, Cattedrale di Bruxelles, XVI sec. — **24** Agnello pasquale, Cattedrale di Darmstadt, XIII sec. — **25** Il serpente tenta Eva, St. Neot, Cornovaglia — **26** Rosone della Cattedrale di Notre Dame, Parigi — **27** Vetrata Abbazia di Seltingenthal, Baviera — **28** Mosè, Landesmuseum, Munster, XII sec. — **29** Trono di Salomone Landesmuseum, Münster, XVI sec. — **30** Vetrate della cattedrale di Colonia — **31** Battesimo di Cristo, S. Giovanni di Gouda — **32** Vita di Sant'Eligio, Cupola di Milano — **33** Sem, figlio di Noè, XII sec., Coro della cattedrale di Canterbury — **34** Re Salomone (part.), S. Giovanni di Gouda — **35** Brandiston Hall, Norfolk — **36** Vendemmia, XV sec. Brandiston Hall, Norfolk — **37** I miracoli di S. Nicola, Hillesden Church, Buckinghamshire — **38** Vetrata di Eaton Bishop Church, Herefordshire XIV sec. — **39** Adamo, Cattedrale di Strasburgo — **40** Ultima cena, Wiesen Kirche Soest Westfalia — **41** Dar da bere agli assetati - Chiesa di All Saint's, North Street, York — **42** Miracolo di S. Nicola, chiesa di Hillesden, Buckinghamshire, XVI sec. — **43** Il profeta Daniele, Cattedrale di Augusta, XI sec. — **44** Il rovelto ardente e Mosè, Cattedrale di Augusta, XII sec. — **45** Santa Pulcheria e S. Luca, Jakobkirche, Straubing.

Tutte le illustrazioni delle vetrate sono state tratte da « Le vetrate, tecnica e storia » a cura di Giuseppe Marchini 1977, Istituto Geografico De Agostini - Novara.

IL SANTO PADRE, DURANTE LA SUA RECENTE VISITA IN POLONIA SOSTA IN PRE-
GHIERA DAVANTI ALLA TOMBA DEL P. JERZY POPIELUSZKO.



fedele e guarigione



Introduzione: tutti mortali e malati in potenza

Come vedete, sono il primo ad essere sorpreso di trovarmi tra voi. Ho avuto la fortuna in altri tempi di frequentare molti accademici e ricercatori: so quindi quanto possa essere arido il vostro lavoro e quanta pazienza richiedano le ricerche sistematiche. Ma io vi parlo in nome di un altro tipo d'esperienza. Devo pertanto chiedervi di ascoltarmi in tutt'altro modo rispetto a quello abitualmente in uso nelle vostre comunicazioni e nei vostri dibattiti.

Il titolo della mia conferenza è lo stesso di quello della mostra organizzata in occasione del vostro congresso internazionale. Questa collezione di oggetti e di opere di epoche tanto diverse è veramente impressionante e pone non pochi problemi a chi voglia riflettervi su in maniera critica, sia esso lo storico delle scienze, delle culture, delle società, che lo psicologo, il sociologo, il filosofo o il teologo. Ma non sarà questo l'oggetto del mio intervento, né utilizzerò il registro suggerito da questa mostra, come se la fede fosse una terapia di rimpiazzo o un rimpiazzo alla terapia, che gli uni consi-

derano un placebo, mentre gli altri arrivano a sospettare la presenza di fattori non ancora identificati nella sua azione.

Tralasciando ambedue questi punti di vista, non cercherò neppure di trovare un punto a metà strada. Mi riferisco qui al campo della medicina psico-somatica che unisce o divide medici e psicologi, per non parlare dei neuro-psichiatri. Non ne nego con ciò la legittimità, ma riconosco di non esserne competente.

Come presentarvi quindi il mio intervento? Un proverbio servirà allo scopo: « Medico, cura te stesso ». Lo conoscete senz'altro, ma forse non sapete che si trattava di un proverbio corrente in Israele utilizzato da Gesù, come ci riporta San Luca, l'evangelista medico in 4,23. « Medico cura te stesso ». Non cito questo proverbio per accusarvi, bensì perché definisce, con sufficiente precisione, la situazione in nome della quale vorrei parlarvi e in cui vi invito a calarvi: l'esperienza cioè *dell'essere umano* provato dalla malattia. Tutti vi passano, presto o tardi, qualunque sia la salute di cui si gode. Sondaggi recenti pubblicati in Francia — ne ignoro il rigore scientifico — lasciano intendere che gli appartenenti al

corpo medico sono spesso i più trascurati nei confronti della propria salute e fanno a volte prova di un certo scetticismo nei riguardi delle terapie e delle farmacopree che somministrano con cognizione e zelo ai loro pazienti. Quasi che il medico non arrivi ad accettarsi come malato, imponendosi, in virtù della sua stessa missione, una specie di sdoppiamento.

Posso farvi una confidenza semi-professionale? Il prete che è una specie di terapeuta spirituale può a sua volta essere tentato di non riconoscersi spiritualmente malato. Eppure Cristo, nostro Signore e Maestro, ci insegna che potremo essere dei buoni ' guaritori ' spirituali — ossia ministri del perdono o della salvezza donati da Dio — solo se ci lasciamo anche noi guarire e perdonare dalla potenza di Dio. In altri termini, nessuno può essere un buon « terapeuta » spirituale se non accetta prima di tutto di riconoscersi peccatore per essere guarito.

Mi permetto quindi di applicare quest'analogia a coloro che, per la professione esercitata dispiegano tutte le loro energie nella ricerca di rimedi atti a mitigare le sofferenze e guarire le malattie. Non mi sembra pertanto fuori luogo proporvi una riflessione più globale sull'essere umano, nella sua esperienza della malattia e nella sua speranza di guarigione. Si tratta di un punto di vista quanto mai fondamentale: solo, infatti, grazie a un progresso immenso, la scienza permette di arrivare a terapie sempre più ad hoc. Con sempre maggior efficacia, queste ultime saranno in grado di far giungere il rimedio più idoneo ai punti sensibili dove può agire nel modo più indicato. Ciò non toglie che la malattia, incurabile o risolta, resta la malattia di un essere umano; la relazione terapeutica non può prescindere dalla presenza di un tal soggetto. Anche se una terapia si rivolge a una malattia, essa è sempre somministrata da un soggetto, il terapeuta, a un altro soggetto, il malato.

Vi è anche ben noto che la gravità di una malattia non si misura solo in base a fattori strettamente quantificabili. Ogni malattia è un'aggressione e la maniera in cui quest'ultima viene subita non è strettamente misurabile poiché s'inserisce sulla storia di un soggetto: storia personale, spirituale, sociale, esperienze, ecc.

* * *

Partiremo quindi da tre domande:

- Innanzitutto: Morire o guarire?

cercando di precisare la portata del concetto ' malattia ' e di chiarire l'equivoco ' guarire per non morire ';

- successivamente: la morte o lo scacco della guarigione?

mettendo a fuoco le esigenze e le alterazioni di questa dimensione specificamente umana della nostra vita;

- e infine: La guarigione o la vittoria sulla morte?

evidenziando le condizioni e le conseguenze d'un ' credere ' al ' possibile guarire '. Il malato ritrova così il dinamismo di vivere fino a, e compreso, l'atto del ' dover morire ' sicuramente.

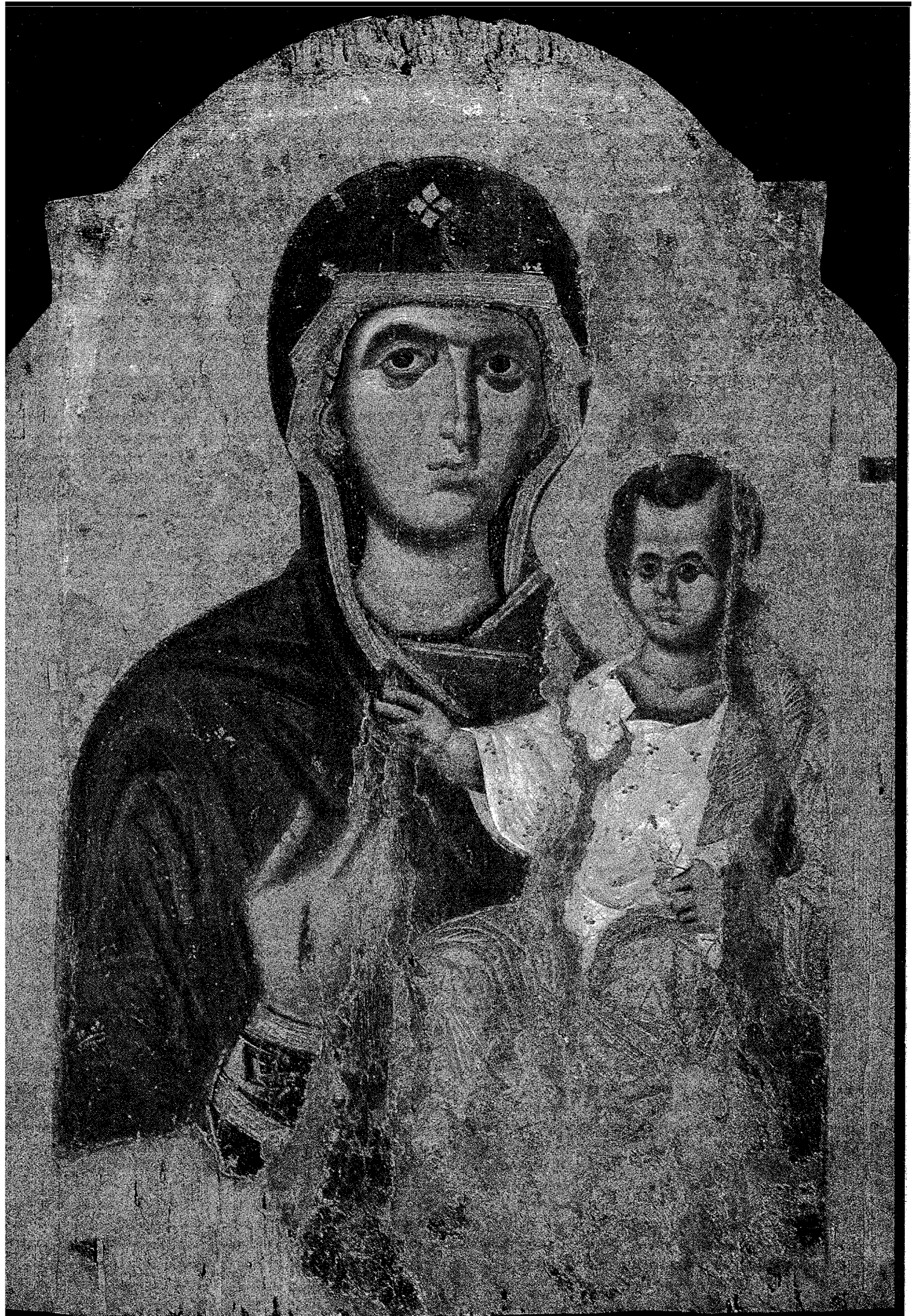
1ª parte: morire o guarire?

Che idea si fa il malato della sua esistenza corporea? E il sano della malattia?

1. - Come un meccanismo.

Il modello più correntemente ammesso, almeno implicitamente, nelle nostre civiltà tecniche, sembra essere quello della macchina. L'uomo occidentale conosce bene la macchina dato che la fabbrica e continua a servirsene. Sa che una macchina può essere difettosa e che, se si dispone di mezzi, di pezzi di ricambio e di tempo, è quasi sempre possibile ripararla, e una volta riparata o rimessa a nuovo, nulla impedisce alla macchina di funzionare. Certo si dà il caso di macchine supersfruttate, ammortizzate direbbero gli economisti, il cui costo è stato largamente rimborsato dai servizi resi. Ma che dire dei collezionisti che rimettono in funzione vecchie carrette e impiegano considerevoli energie, nonché tempo e denaro, solo per il piacere di far rifunzionare un meccanismo di per sé superato e fuori uso? In tal modo, l'uomo pensa che gli oggetti da lui stesso costruiti siano indistruttibili ovvero praticamente sempre riparabili, fintanto che esistono pezzi di ricambio!

È quindi grande la tentazione di trattare alla stessa stregua la malattia, o meglio il corpo malato: è un ' meccanismo ' che perde colpi e l'abilità del ' meccanico ', sempre più grande, man mano che conosce meglio gli ingranaggi e il funzionamento della meccanica umana, gli permette d'intervenire in modi via via più precisi ed efficaci. « Faremo il possibile ») come ricorda Garber in ' La Puissance du rationnel ' (La potenza del razionale). È sufficiente che le eventuali modifiche provocate dall'intervento terapeutico non siano peggiori delle alterazioni introdotte dalla stessa malattia (virale, cerebrale, o altra)? La legittimità della terapia deriverebbe in questo caso dalla gravità dell'aggressione patologica da guarire, puro calcolo di rendimento « meccanico ».



Poiché il medico disporrà di pezzi sempre più numerosi e sofisticati per impedire la morte, se non per assicurare sempre la guarigione (penso alle lobotomie, chemioterapie che alterano reazioni e riflessi; ai trapianti, ecc..) bisognerà pur porsi la domanda:

- A che punto fermarsi perché il malato conservi la sua identità?

- A che punto arrivare per non alterare l'identità specifica di ognuno, le sue caratteristiche umane e personali, col pretesto di strapparla alla morte?

È quanto il professor Maurice Rapin chiedeva ai lettori de Le Monde, il 27 maggio scorso, in questi termini: « Le condizioni del 'ritiro terapeutico' obbediscono a molti parametri: un domani saranno sempre gli stessi? In rianimazione, il dibattito etico è dominato dal contrasto tra la crescente disinvoltura con cui vengono risolti i problemi tecnici, e la difficoltà, ugualmente crescente, degli interrogativi circa la fondatezza di applicare tali procedure. Il timore di prolungare la vita aldilà dei limiti imposti dal 'programma biologico' di ciascuno — ossia il concetto di 'accanimento terapeutico' — è il nocciolo della questione ».

Detto questo, bisogna riconoscere che non è del tutto errato raffigurarsi la malattia e la guarigione come una 'panne', una rottura, un fallo tecnico dell'oggetto meccanico che l'uomo fabbrica e domina. In effetti, molti mali che colpivano in modo grave la salute dell'essere umano soltanto poche generazioni fa sono ormai diventati infezioni di tipo benigno, sia che le sofferenze causate da questi mali siano state considerevolmente alleviate grazie ai progressi dell'igiene, a una migliore conoscenza dei meccanismi fisiologici o a terapie più adeguate, sia che la messa a punto di un rimedio efficace permetta di guarire quasi istantaneamente l'aggressione o la disfunzione di una malattia.

In questa prospettiva, l'esperienza della malattia è quasi eliminata e la relazione del terapeuta con il malato può essere schematizzata come un « Non si preoccupi, 'sisteremo' tutto ». Agendo così, il terapeuta non fa altro che il suo mestiere. A ben vedere l'atto con cui tranquillizza il malato ha uno scopo cosciente e ammesso: l'identificazione di una malattia che egli può guarire. Tuttavia la malattia, benigna che sia qualora si disponga dei mezzi per guarirla, questa constatazione di uno 'strappo' alla salute come la definiamo volentieri, lascia intravedere un altro fattore, più o meno confuso e sottinteso questa volta, sia da parte del malato che del terapeuta: ossia che la vita umana ha un termine e che ogni 'strappetto' è

un anticipo su di uno strappo radicale. Ogni 'incidente' ricorda, come un segnale d'allarme, l'esito fatale, il termine del cammino!

Per meglio dire, il malato è un preavviso che evidenzia un dato fondamentale di ogni esistenza: ossia che essa ha un termine, che sembra completamente occultato, la malattia da cui non si guarisce: parlo della morte.

2 - La malattia non dispensa dalla morte, a prescindere dalla sua gravità o dalla sua guarigione.

Chiariamoci subito che la *malattia non dispensa dalla morte, a prescindere dalla sua gravità e dalla sua guarigione*. Certo, alcuni potrebbero trovare utile la distinzione tra le malattie che, nello stato attuale delle conoscenze, sono guaribili con buone probabilità di successo; e quelle cui, in ragione della loro natura, dei mezzi tecnici a disposizione e dello stadio attuale della ricerca, ovvero delle condizioni fisiche del soggetto, sembrerebbe quasi impossibile portare rimedio. Si tratterebbe, secondo il linguaggio corrente, di malattie o benigne o incurabili, di cui la più incurabile è la malattia mortale.

Ma questa distinzione ha poca importanza per lo scopo che mi sono prefisso. In effetti, la malattia mette in luce una delle dimensioni dell'esistenza umana che concerne tanto il malato che il sano, poiché l'essere umano inserisce la sua coscienza in una storia, di cui una delle costituenti è, come dicono i filosofi dopo Heidegger, « l'essere-per-la-morte ». L'essere-per-la-morte in sé definisce ogni uomo, sia egli sano o malato. Considerare questo dato come un mero fatto fisiologico o biologico, arrivare financo a determinare la durata di vita per cui è programmata una specie nel migliore dei casi, non rende affatto conto dell'esperienza contraddittoria propria della coscienza umana e della ragione: percepire la vita come un tutto di cui la morte è la negazione assoluta.

L'uomo è la sola specie vivente che non resiste certo alla morte, ma la cui coscienza vede la morte come un'ingiustizia. Voltaire scriveva nel suo Dizionario filosofico: « La specie umana è la sola a sapere di dover morire e a saperlo unicamente per esperienza ».

La malattia, ripeto, è — in parte — l'esperienza esistenziale e fondamentale della morte, male da cui nessuno guarisce.

Senza attendere oltre, occorre chiarire l'equivoco della guarigione. Bisogna quindi esaminare più da vicino il ruolo inevitabilmente ambiguo che rivestono terapie e guarigione.

La guarigione rischia di mascherare l'essere-per-la-morte. Per questo, se da una parte bisogna far l'elogio della guarigione della misura in cui libera da paure e fantasmi che vengono così dominati, dall'altra occorre diffidarne se serve ad addormentare la coscienza umana, allontanando da essa e neutralizzando la percezione della sua finitezza nel proprio tempo storico, annullando al contempo le domande che ne derivano: perché la morte? come non averne paura?

Non mancano certo le risposte, che vanno dalla constatazione e dalla lotta della dimensione tragica dell'esistenza umana, alla rassegnazione, la passività ovvero la negazione della sofferenza e della morte. Tuttavia prescindere da tali riflessioni e interrogativi non sarà mai un modo veramente umano e degno dell'uomo di vivere questo elemento costitutivo della nostra esistenza. Esso infatti regge più o meno coscientemente ogni azione, ogni agire dell'uomo. E bisogna ringraziare gli psicanalisti d'aver messo in evidenza come tale fattore intervenga, sicuramente, anche in colui che lo nega, lo rifiuta o lo reprime.

Ecco perché la malattia guarita può indurre in equivoco, nutrire un'illusione senza limiti. La rivendicazione del diritto di guarire ad ogni costo può, in effetti, mascherare la coscienza propriamente umana d'essere-per-la-morte. Anche guarito, l'uomo è sempre destinato a morire. Ed è preciso dovere del medico chiarire che egli non libera dalla morte. Qualsiasi 'miracolo della scienza', qualsiasi guarigione anche totale ed insperata del malato, dovrebbero essere visti come fattori che non cambiano in nulla il 'dover morire'. Qualsiasi guarigione dovrebbe quindi permettere di affrontare in modo più cosciente la morte, che è stata solo ritardata. La malattia appare come un simulacro della morte, una minaccia alla vita. Il medico che guarisce allontana la minaccia immediata, il pensiero stesso della morte. Se si limitassero a ciò, tanto il malato che il terapeuta si illuderebbero, come ho provato a precisare.

Da cosa si può dunque guarire? da una malattia, non da un'esistenza mortale. Vivere è accettare di assumere la dimensione mortale della vita, accettando con ciò che questa dimensione interroghi la coscienza umana, presentandosi come un'esperienza ineluttabile eppure indicibile, incomunicabile eppure comune a tutti, anche se rin-

chiude ognuno nella solitudine totale: l'uomo è sempre solo al momento di morire. Le terapie le più scientificamente raffinate non potranno mai diventare un mercato di illusioni sulla condizione umana, frustrandola della propria morte.

La morte, 'questa contraddizione contenuta nel midollo della nostra esistenza e che distrugge il nostro essere mortali' come dice così bene Hans Urs von Balthasar, il grande teologo contemporaneo.

Al termine di questa prima parte (la più lunga, state tranquilli!) permettetemi di citarne qualche frase per segnalare la strada da percorrere e orientare la nostra riflessione:¹

L'uomo immerge la sua sonda esploratrice in ogni essere del mondo per misurarne la profondità ed è in grado di farlo. Ma una sonda immersa nella morte non ne ha mai toccato il fondo. La morte resta il mistero che circonda l'isola della finitezza umana, impenetrabile come la sua origine di persona e di libertà. Mistero che è il marchio, stampato su tutta la sua esistenza, della sovranità di Dio su di lui. Un mistero rigoroso e misericordioso che sottrae all'uomo tanto la sua prima origine che la sua fine ultima, le quali, insieme, non possono essere altro che una relazione immediata al mistero primordiale, a Dio stesso.

Si può essere tentati di interpretare il mistero della morte attraverso mille nomi che si vogliono chiarificatori: caduta nel nulla, reincarnazione, dissoluzione del corpo, mentre l'anima è immortale ... Ma la soluzione ultima non viene data, perché l'atteggiamento ultimo richiesto è la resa al mistero. Non certo la bugia detta a se stessi per cui l'uomo si arroga il potere di disporre della propria morte, ossia il suicidio; bensì l'atteggiamento che consiste a lasciarsi *prendere*, breve o lungo, facile o doloroso che sia per noi il cammino che conduce a questo termine)).



2ª parte: La morte o lo scacco della guarigione?

1 - La coscienza della morte è il segno della trascendenza umana

Come pietra angolare per costruire questa secondaria parte, premetto l'affermazione che *la coscienza della morte è il segno della trascendenza umana*.

Pochi, credo, ricordano l'Essai sur l'expérience de la mort (Saggio sull'esperienza della morte) scritto mezzo secolo fa da un fenomenologo Landsberg. In un capitolo meraviglioso intitolato ((Intermezzo taumachico)), descrive l'uccisione del toro nell'arena per mettere a nudo i sentimenti che assalgono ogni uomo nel suo intimo. Landsberg dice: « L'uomo crede di vincere alleandosi al nemico invincibile, la morte. Ma in fondo all'anima, sa di essere lui stesso il toro e che questa lotta, la cui soluzione è tragicamente predestinata, è la sua propria lotta. Il definitivo è l'inevitabile ».

L'uomo è destinato a morire e lo sa. La vita terrestre è una vita mortale. La guarigione può mascherare il carattere ineluttabile della morte. Ma l'esperienza della malattia mette l'uomo di fronte a questa possibilità che deve pur affrontare come tale: non si può essere uomini senza essere certi di morire. La morte è la possibilità suprema che realizza tutte le altre possibilità. Come dice Heidegger, è « la possibilità di quell'impossibile » che noi non vedremo perché non ci saremo più.

La coscienza della morte, e quindi della sua minaccia, va di pari passo con ciò che fa di ogni uomo un individuo. « In effetti, scrive ancora Landsberg, non solo posseggo l'evidenza che bisognerà pur morire un giorno, ma anche che mi trovo sempre davanti la possibilità reale della morte, in ogni istante della mia vita, oggi e sempre. L'ignoranza del mio destinato è un atto in cui la morte è insieme presente e assente. « Mors certa, hora incerta » come recita l'adagio latino.

Non è tanto il pensiero dell'accadimento della morte che noi respingiamo, bensì la possibilità che governa in modo retroattivo l'intera nostra vita e riguardo alla quale dovremo pur deciderci. Se l'uomo perde la coscienza di essere destinato a morire, perde pure la capacità di schiudersi alla vita.

Perché l'uomo domina il mondo? Perché lo trascende in virtù della coscienza che ha di dover morire. Ma, cito ancora Landsberg, « la persona umana nella sua essenza non è esistenza verso la morte. Essa è indirizzata alla realizzazione di se stessa e all'eternità ».

2 - Fuga da questa idea diventata quasi un'ossessione.

Affermare che ogni vita umana ha un senso non elimina tuttavia completamente una certa *fuga dall'idea dell'essere-per-la-morte diventata quasi un'ossessione*.

Nessuno può raffigurarsi la propria morte, anzi l'idea stessa ne è così insopportabile, così dura che l'uomo la sfugge. La coscienza umana deve come forzarsi a concepirla e l'intelligenza a dimostrarsela. Certo ricorderete tutti il famoso sillogismo sezionato a lezione di filosofia: « Tutti gli uomini sono mortali - Socrate è un uomo = Quindi Socrate è mortale ».

È molto significativo che il discorso logico abbia fatto ricorso a un esempio simile per applicare una verità tanto generale a dei soggetti particolari. Di conseguenza, il fatto che Socrate sia mortale, al pari di ogni uomo, ci colpisce, ognuno in modo particolare, all'inizio del nostro essere unico al mondo.

Il pensiero della nostra morte — quest'accadimento che non vedremo e che fin da ora ricade su di noi — se non lo sfuggiamo, può diventare un'ossessione. Questa ossessione — e la paralisi che genera — va definita un avvelenamento della vita. Dobbiamo riconoscerla come una patologia spirituale di nuovo conio. Le possibilità offerte dalla terapia permettono di considerare quest'avvenimento in maniera più chiara, meno ossessiva o impaurita. La prospettiva di dover morire, vista in modo più sano e lucido permette di misurare la portata della condizione umana; di conseguenza l'arte di guarire e lo sforzo scientifico su cui si fonda, consentono di far passare la morte dal ruolo di necessità biologica, su cui non c'è niente da dire (« si muore ») a una dimensione della vita (« vivo, malato o guarito, o sempre sano, tuttavia morirò »).

3 - Deviazioni e controsensi

Questo dover morire genera *deviazioni e non pochi controsensi*.

Ciò non toglie che la morte rimane una prova, che l'uomo deve subire, o per meglio dire vivere, senza voler mai darsi la morte.

Certo, la morte che devo affrontare *de visu* è una possibilità che esula dal mio campo di decisione o di azione. Ma, possibilità che rende possibile tutto il resto, la mia stessa visione del mondo s'organizza in rapporto alla mia morte e lo stesso tempo scorre quindi per me, al *contempo* infinito e suscettibile di finire in questo istante.

Nonostante tutto, resto padrone della mia morte o della mia vita? La richiesta

dell'*eutanasia* ci obbliga a farci questa domanda. Quando arriva la vecchiaia e il degrado che essa comporta, quando è scomparsa la speranza di una vita corporea autonoma, l'eutanasia sembra stagliarsi sull'orizzonte assoluto della morte, diventando un atto con cui l'uomo vuol diventare padrone della sua propria morte. Ma ciò facendo, non si chiude forse qualsiasi possibilità di vita? Cercando l'eutanasia, l'uomo chiude la porte alla sua stessa vita, non solo alla sua morte. Distruggendo la possibilità di ricevere la morte, non distrugge solo la sua vita bensì la possibilità che lo fa uomo. L'eutanasia è la negazione dell'essere-per-la-morte e non, come una visione miope potrebbe lasciar supporre, il suo compimento. Lungi dall'essere un termine sereno di una vita integralmente accettata, diventa espressione dell'abisso più nero, della disperazione spesso nascosta sotto la serenità: l'uomo rifiuta la vita, questo dono che lo fa esistere.

Allo stesso modo, il suicidio sanziona il mio rifiuto ad accettare ancora la possibilità di sperimentare la mia libertà. Attraverso questa mia decisione, chiudo la porta in faccia a qualsiasi possibilità. Non quindi atto di autonomia o di libertà, bensì follia distruttrice che vuol rendermi per sempre schiavo del mio rifiuto. La vera dignità dell'uomo si rivela nel suo voler vivere fino in fondo accettando la morte, non nel desiderio di morire per sfuggire alla prova di una vita sminuita.

Come cristiani, osiamo dire con Hans Urs von Balthasar che « la coscienza di dover un giorno morire non deve portarci né allo scoramento né allo stordimento, bensì a dare fin da oggi la nostra vita come Gesù Cristo per saperci lasciar prendere l'ultimo giorno ».

4 - Lo scandalo della morte è scandalo per la fede.

Come cristiani, osiamo dire che lo scandalo della morte è scandalo per la fede.

L'uomo riceve la vita da Dio: è creato a sua immagine e somiglianza. Quest'atto di fede che la Rivelazione ci propone fin dalla prima pagina della Bibbia, all'inizio del libro della Genesi, mette la condizione umana in una situazione a dir poco singolare. L'uomo che si scopre vivente tra i viventi, inserito nel continuum biologico, non può accettare di essere soltanto ciò. Egli esiste, financo nella sua condizione corporea, come soggetto, come persona. La vita umana, unicamente umana, non può definirsi attraverso la coscienza che l'uomo ha di sé, in ciò che ha in comune con gli altri esseri viventi,

animali e vegetali. Come ipotesi tuttavia, questa continuità biologica è la condizione per capire dal punto di vista scientifico il corpo umano, le sue malattie e la sua capacità di guarigione. Ora il soggetto umano è l'unico tra gli esseri viventi a potersi capire. Si sa differente, soggetto personale, nello stesso istante in cui afferma la sua appartenenza a ciò che Teilhard ha chiamato la biosfera. E l'uomo può sapere, può credere che Dio è Vita, sovrana, piena nonché sorgente di Vita.

Perciò lo scandalo della morte è scandalo per la fede: come può infatti Dio, che dà la vita, permettere che la morte colpisca l'uomo, sua creatura? Quando Dio gli dà la vita, non lo chiama solo alla condizione biologica. Dio dà la vita all'uomo affinché l'uomo possa comunicare alla sua stessa vita. La vita in pienezza non è solo l'esistenza corporea, carnale, ma la capacità data all'uomo di comunicare con il Dio Vivente.

Il nostro tirarci indietro davanti alla morte è direttamente collegato alla maniera in cui viviamo la nostra vita sotto gli occhi di Dio, che i credenti definiscono santità. La Vita è infatti, secondo la fede, la comunione alla volontà e all'amore di Dio. In quest'ottica, la morte sembra ancor più un'ombra, l'ombra dell'Avversario, incomprensibile, una contraddizione che bisogna affrontare a costo di perdere tutto.



3ª parte: la guarigione o la vittoria sulla morte?

Sebbene ammalato, l'esperienza di non essere morto deve portarmi, se voglio vivere, all'atto di morire.

1 - Esperienza a contrario della morte.

Cosa implica quest'*esperienza a contrario* della morte? Così come non posso darvi la morte, non posso mai dire « sono finito », « la mia vita è finita ». Se c'è una parola che nessuno ha mai detto, è proprio « Sono morto! », mentre l'esperienza della malattia si esprime nel fatto di poter dire: « Guarirò ». Il malato è spesso l'ultimo a credere che guarirà. Egli fa l'esperienza a contrario della morte nel momento stesso in cui sperimenta che non è morto. Vive indissolubilmente l'esperienza della sofferenza, più ancora della possibilità di morire e al contempo della possibilità di guarire.

La coscienza che può avere il malato dell'avvenimento che vive, constatando in sé, nel suo stato di malato, la dualità, anzi l'interferenza tra la morte possibile e la possibilità di non morire, esige da lui da un lato passività e oblazione (« non può fare altrimenti ») e dall'altro, apertura alla possibilità di uscirne, di « risuscitare », grazie a un « atto di fede » che non è alieno dall'atteggiamento cristiano.

2 - Atto di fede in un poter vivere.

Quest'atto di fede in un poter vivere è primordiale.

Dal punto di vista strettamente antropologico la situazione del malato non è strutturalmente differente da quella del credente. Il malato deve fare una sola cosa: « credere » che potrà uscirne, che non è finita, e quindi lottare con tutte le sue forze per non allontanare l'ipotesi che può cavarsela. Mi ricordo di un vecchio colpito da una malattia rara. Veniva dato per spacciato anche se la diagnosi era stata fatta e i mezzi terapeutici disponibili. Gli ho espresso il mio affetto e quello di tutti i suoi, aggiungendo: « Ho bisogno di lei ». In ventiquattr'ore ha superato il punto critico e il terapeuta ha preso il mio posto.

Ciò è tanto più vero che l'importanza del fattore individuale, psicologico, morale, intellettuale, spirituale, in breve ciò che dà tono al malato, è viepiù riconosciuta da tutti i medici. Essi sanno che una forza alberga in alcuni sportivi di grande competizione o in un credente convinto. Tuttavia

nessun parametro riesce a render conto di questo elemento capitale, ma non quantificabile, che si introduce nell'esperienza dell'uomo malato.

3 - Morte/risurrezione.

La meditazione cristiana ha reso familiari le nozioni correlative della morte e della risurrezione. Questo rapporto di forze: morte/risurrezione invade, certo in modo più o meno evidente, il campo della malattia e travaglia, dinamizza il malato. Ciò permette di constatare come « l'atto di fede », in altre parole il riconoscimento di una coesistenza, anzi di un passaggio di un'osmosi tra sofferenza e guarigione, morte e vita, sia già operativo.

Il discorso cristiano non è riduzione a metafora dei concetti di morte o di vita, bensì la spiegazione rigorosa di ciò che si può già constatare, poiché è latente, nell'esperienza umana. La morte, per un cristiano, è addormentarsi in Cristo per potere, unito alla sua morte, aver parte alla sua Resurrezione.

Accettare la morte trasforma la morte stessa, anche se suppone resistenza e angoscia, anche se la morte rimane un enigma. Anche se ci è data come una prova, poiché nessuno sa quando e come morirà, in ogni caso viene cambiato il nostro modo di affrontare la morte biologica e storica: la nostra speranza è solida e abbiamo la grazia di poter rendere la nostra morte un'offerta, passando attraverso la morte per entrare nella risurrezione del Cristo. Il Cristo riporta al credente una liberazione dalla morte del tutto nuova, poiché promette una nascita che non sarà seguita da alcuna morte. Il cristianesimo è l'affermazione suprema di una vita vittoriosa per Gesù il Messia, il Cristo morto per i nostri peccati, risorto per la nostra vita.

Sì, come la tromba del Giudizio, risuona ai nostri orecchi la Parola della Scrittura, il grido di vittoria lanciato dall'apostolo Paolo ai cristiani del porto di Corinto: « O morte, dov'è la tua vittoria? »

O morte, dov'è la tua forza che uccide? » (1 Cor 15,55).

Sì, « se c'è una vita che in verità è la morte, c'è una morte che è in verità la Vita » (Landsberg).

* * *

2 - L'altra morte.

Esistono quindi due morti:

- la morte biologica, la morte del corpo;
- e infinitamente più grave, più pericolo

sa, la morte dell'anima che può morire in molti modi.

Da qui il grido di sconforto dell'apostolo Paolo: « Me infelice! La mia condizione di uomo peccatore mi trascina verso la morte: chi mi libererà? » (Rom. 7,24).

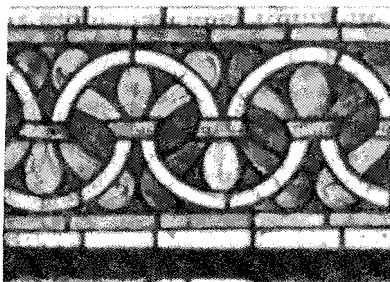
La seconda morte ci permette di ben vagliare la prima e di non averne paura. Abbiamo visto che uno degli scopi, per non dire « lo » scopo della medicina e delle scienze ad esse connesse, non è quello di sottrarci alla morte, ma di permetterci di affrontarla bene, a viso aperto.

C'è morte e morte. La morte da temere è l'altra, la « seconda morte » come scrive san Giovanni nell'Apocalisse (20,14), paragonandola a « un lago di fuoco. E chi non fu trovato iscritto nel libro della vita viene gettato anche egli nel lago di fuoco ». Si tratta della « morte-in-noi », morte spirituale che può compiere la sua opera devastatrice in un essere biologicamente vivente. È preferibile morire della prima morte e restare sani di fronte alla seconda.

La prova della morte non ci è risparmiata, ma all'uomo è data la speranza di poterla superare. Noi crediamo che essa sia un passaggio obbligato — la Pasqua — verso la Vita senza fine.

Tornando ad inserire la morte nella vita sociale, conservandola presente a noi, non vogliamo cadere nel morboso, bensì testimoniare la nostra fede nella realizzazione dell'uomo aldilà della sua finitezza biologica. Nella Chiesa noi oggi viviamo di Gesù Cristo risuscitato, lui, il « primogenito tra i morti ». E come l'apostolo Paolo ricorda al suo discepolo Timoteo (2Tim 2, 11-12), continuamente ricordiamo che « se noi moriamo con lui, con lui anche vivremo. Se con lui soffriamo, con lui anche regneremo ».

Al termine di questa conferenza e all'inizio di queste giornate in cui, per rendere meglio servizio all'uomo, a tutto l'uomo, metterete a raffronto le vostre scoperte, come pure le difficoltà e gli ostacoli incontrati, vi auguro coraggio e tenacia, nonché la fiducia necessaria per servire l'uomo. Possano la vostra competenza e la vostra esperienza incamminare l'uomo malato verso la vera guarigione.



Conclusione: « Questa malattia non porta alla morte ».

1 - La « morte » di Lazzaro

« C'era un uomo ammalato, Lazzaro di Betania. Marta e Maria, le sue sorelle, fecero avvisare Gesù: "Signore, il tuo amico è ammalato". Quando Gesù ebbe questa notizia disse: Questa malattia non porterà alla morte ». Quest'avvenimento, riferito dal solo evangelista Giovanni (11,4) accade qualche giorno prima della Passione. Gesù, lo sapete senza dubbio, ridà la vita al suo amico Lazzaro. « Risuscitando » Lazzaro, Gesù da un lato fornisce il senso compiuto di tutte le guarigioni operate di già: per questo assimila la morte di Lazzaro a una semplice malattia. D'altro canto fornisce la spiegazione della sua stessa morte.

Gesù vuol dire che, ancor prima di morire, egli è Resurrezione per la vita eterna. Ristabilendo Lazzaro morto nella sua vita finita, la sua vita terrestre, Gesù introduce la resurrezione nella vita finita, definendola come la materia della resurrezione. Questa resurrezione che sottrae per un po' Lazzaro all'annientamento naturale è segno della resurrezione per la vita eterna.

È segno della salvezza proprio come la guarigione delle malattie era il segno del perdono che rende tale salvezza possibile. Da un lato abbiamo la guarigione della malattia che porta alla morte; dall'altro la guarigione della morte stessa. Ciò significa che Gesù prende sul serio la morte, dato che essa è l'avvenimento attraverso cui può operarsi il passaggio dalla vita finita all'infinito della vita eterna. All'occhio della fede la morte biologica in un senso non è nulla: Gesù dice « Non è mortale ». Purtuttavia, essa è cruciale, in quanto è necessaria affinché il finito della vita carnale acceda all'infinito della vita spirituale.

La malattia di Lazzaro, quella che Gesù, il figlio di Dio fatto carne viene a guarire, è la malattia mortale per eccellenza, la malattia della morte che è allontanamento eterno da Dio, taglio radicale per il nostro Creatore e Padre. ²

CARD. JEAN MARIE LUSTIGER
Arcivescovo di Parigi, Francia

NOTE

¹ Cfr. Hans Urs von Balthasar Du bon usage de la mort, in *Revue catholique internationale Communio* n° IX sett. ott; 1984, pp. 71/75.

² Cfr. Philippe Cormier, Cette maladie n'est pas mortelle (Questa malattia non è mortale), in *Communio* n° IX, 5; sett. Ott. 1984, pp. 49/50.

«Redemptoris Mater» una enciclica verso l'anno duemila

14

Il Santo Padre Giovanni Paolo II nel suo discorso, alla Chiesa ed al mondo, pronunciato il 1 Gennaio 1987, annunciava l'indizione di un anno mariano (Pentecoste 1987 - Assunzione 1988) e la imminente promulgazione d'una Enciclica mariana, rapportandole strettamente l'una all'altro. Nel mondo cattolico, che ben conosce la profonda e sincera spiritualità mariana del Sommo Pontefice, che caratterizza ogni suo gesto ed ogni suo documento, la notizia non destò particolare meraviglia anzi suscitò grande entusiasmo.

Il 25 marzo c.a., festività dell'Annunciazione, nell'udienza generale concessa ai fedeli, promulgava ufficialmente l'Enciclica «Redemptoris Mater», sulla Beata Vergine Maria nella vita della Chiesa in cammino, con parole introduttive che sono estremamente significative del suo sentire e delle sue motivazioni: «Nel clima spirituale del mistero dell'Annunciazione e nella sua stessa datazione liturgica ho collocato l'Enciclica dedicata alla Vergine Maria, che avevo preannunciato il 1 Gennaio e che viene oggi pubblicata nella prospettiva dell'Anno Mariano. L'ho pensata da tempo. L'ho coltivata a lungo nel cuore. Ora ringrazio il Signore per avermi concesso di offrire questo servizio ai figli ed alle figlie della Chiesa, corrispondendo ad aspettative di cui mi erano giunti vari segnali» (Osservatore Romano, 26 marzo 1987).

Se questa Enciclica, dunque, è pubblicata nella prospettiva dell'Anno Mariano,

la sua motivazione ed il suo contenuto dottrinale e pastorale vanno ben al di là dell'occasione offerta dai significati di quest'anno. È, infatti, un documento meditato a lungo, coltivato nel cuore, sollecitato da varie parti della Chiesa, e che approfondisce i principali aspetti della presenza di Maria nell'arco della storia della Salvezza, cioè nell'intero mistero di Cristo Salvatore e Redentore della Chiesa, suo sacramento di salvezza, come Popolo di Dio in cammino nella storia. È dunque una meditazione teologica su Maria, che si sofferma su temi fondamentali riguardanti la sua presenza e la sua missione nell'opera del Redentore e nella vita della Chiesa. Una grande intuizione fa da connettivo delle varie tematiche e costituisce la linea dottrinale portante delle tre parti di questo documento: Il cammino di fede fatto da Maria nell'evento dell'Incarnazione del Verbo e nell'opera redentiva del Cristo, fino alla Pentecoste, costituisce il modello, la guida, la forza dell'«obbedienza della fede» della Chiesa in cammino verso il bimillenario della nascita di Cristo.

Questa originale intuizione mostra quanto l'attuale Pontefice sia attento ai «segni dei tempi», e senta la presenza viva di Maria nella storia della Chiesa, come una realtà significativa per il suo cammino verso il Signore che deve manifestarsi.

L'Enciclica «Redemptoris Mater» è divisa in tre grandi parti, che nei loro titoli rivelano la preoccupazione dottrinale di Giovanni

Paolo II di presentare il suo pensiero su Maria nell'ambito del grande mistero salvifico di Cristo e della chiesa, come aveva fatto il Concilio Vaticano II, nel capitolo VIII della Costituzione dogmatica sulla Chiesa, la «Lumen Gentium». La prima parte (nn. 7-24) porta il titolo: Maria nel mistero di Cristo, e propone una profonda riflessione teologica su tre espressioni bibliche: 1. L'appellativo «Piena di grazia» (Lc. 1,28) con cui l'angelo salutò Maria. L'enciclica lo interpreta approfondendolo nel contesto del celebre prologo della lettera agli Efesini: «Benedetto sia Dio, Padre del Signore nostro Gesù Cristo, che ci ha benedetti con ogni benedizione spirituale nei cieli, prima della creazione del mondo, in Cristo ...» (S. Paolo, 1,3). 2. La frase elogiativa di Elisabetta a Maria: «Beata colei che ha creduto» (Lc. 1,45). Partendo da questa lode che sottolinea l'elemento antropologico e spirituale che caratterizza la divina maternità di Maria, l'enciclica si sofferma su tutti gli episodi neotestamentari che ne mostrano la vasta e significativa portata, insistendo sul fatto che la vita della Madre di Gesù fu tutta un cammino o «pellegrinaggio» della fede e nella fede. È questo l'approfondimento più significativo del documento che ne costituisce la base e la linea dottrinale portante. 3. La parola rivolta da Gesù morente al discepolo amato: «Ecco la tua madre». Meditando su questa parola e rileggendola nell'intero contesto biblico, il S. Padre la presenta non solamente nel



suo significato di testamento di pietà filiale, ma anche in quello di « testamento » di immenso valore ecclesiale.

Questa prima parte dell'enciclica rappresenta una prolungata riflessione biblica sulla figura di Maria nel suo singolare rapporto con Cristo di Madre « piena di grazia », di generosa compagna nell'opera della Redenzione, di fedele discepolo che cammina con Lui nella fede, nell'obbedienza, nella sofferenza e nel dolore.

La seconda parte (nn. 25-37) porta il titolo: La Madre di Dio al centro della Chiesa in cammino, ed è egualmente suddivisa in tre punti. 1. « La Chiesa, Popolo di Dio radicato in tutte le nazioni della terra ». In questo l'enciclica mostra come Maria sia per la Chiesa il modello, la guida, la forza del suo pellegrinare tra « le persecuzioni del mondo e le consolazioni di Dio ». La metafora del cammino, di grande significato biblico, si rivela particolarmente feconda per illustrare la presenza di Maria nella vita della Chiesa pellegrina: La Madre del Signore precede e sostiene, guida e conforta il cammino del Popolo di Dio verso il giorno del Signore. 2. « Il cammino della Chiesa e l'unità di tutti i cristiani ». Questo punto rivela ancora una volta la particolare sensibilità ecumenica di Giovanni Paolo II.

In esso indica i diversi punti che accomunano le diverse e disunte Chiese cristiane d'occidente e d'Oriente, ed esprime la speranza che anche sulla figura di Maria si possa sviluppare un positivo dialogo ecumenico.

In questo contesto è riservato ampio spazio alle numerose testimonianze mariane delle Chiese d'oriente ed alla commemorazione del XII centenario del secondo Concilio di Nicea, e del X centenario della conversione al cristianesimo dei popoli della Antica Rus (Ucraina, Bielorussia, Russia). In queste celebrazioni, i fedeli devono unirsi nella preghiera, e, come in un pellegrinaggio spirituale, camminare con i fedeli delle Chiese orientali. 3. « Il Magnificat della Chiesa in cammino ». Questo terzo punto, che rilegge con un criterio d'attualità i significati salvifici del Magnificat della Vergine, è dedicato ad alcune istanze che emergono dal mondo contemporaneo, come il grido dei poveri e degli emarginati, i diritti degli oppressi e delle donne, l'esigenza della pace e della giustizia, e che devono trovare nella chiesa e nel Magnificat, divenuto suo canto quotidiano, una concreta soluzione di questi problemi.

La terza parte (nn. 38-50) porta il titolo: Mediazione materna, ed è egualmente suddivisa in tre punti. Il primo: « Maria, Serva del Signore », ed il secondo: « Maria nella vita della Chiesa e di ogni cristiano », sviluppano la dottrina della mediazione materna di Maria nella vita e nell'opera del Cristo, nella vita della Chiesa e di ogni cristiano. In questo l'enciclica ripropone i contenuti dottrinali promulgati dal Concilio Vaticano II, nel cap. VIII della « Lumen Gentium », utilizzando nuovamente la dicitura Mediazione materna di Maria, con una appropriata spiegazione. Questa materna mediazione è sempre subordinata e dipendente dall'unica mediazione di Cristo, unico Mediatore, Salvatore e Signore. Consiste essenzialmente nella intercessione e nella funzione materna che Maria, secondo il disegno di

Dio, svolge nella storia della salvezza e nella vita della Chiesa, senza nulla togliere o aggiungere all'unica mediazione di Cristo. Il terzo punto porta il titolo: « Il senso dell'Anno Mariano ». Con esso il S. Padre, oltre a riprendere le motivazioni che lo hanno determinato ad indire un Anno Mariano e che ha già presentato nell'Introduzione dell'Enciclica (nn. 1-6), indica precisi punti di riferimento per una adeguata celebrazione di questo Anno: Uno studio adeguato della dottrina mariana del Concilio, per una più profonda conoscenza di Maria; una celebrazione, più motivata teologicamente, delle sue festività e del suo mistero; una maggiore comunione nella fede e nella preghiera con i fratelli disuniti, specialmente con quelli delle Chiese Orientali; una particolare opzione per i poveri e gli emarginati.

L'Enciclica si conclude con un commento dell'antifona « Alma Redemptoris Mater », che è una felice parafrasi dottrinale e pastorale di questa antifona.

Al termine di questa rapida ma essenziale presentazione della struttura e dei contenuti dottrinali e pastorali dell'ultima Enciclica del Papa sulla B.V. Maria, sentiamo il bisogno di dare, a modo di conclusione, ai lettori di questa rivista, una idea sul rilievo che il Sommo Pontefice dà alla presenza ed al valore del dolore nella vita di Maria e nella vita della Chiesa. Parlando dell'« obbedienza della fede » di Maria al fianco del Cristo Redentore, fino al momento doloroso della sua morte in croce, e della medesima « obbedienza della fede » della Chiesa nel proprio doloroso cammino verso il giorno del Signore, il S. Padre, pur non soffermandosi particolarmente e diffusamente su questo aspetto, dà in varie parti del documento

il dovuto rilievo al valore salvifico dell'esperienza di fede e di dolore di Maria e della Chiesa nel loro cammino umano. Del resto Egli ne ha già parlato profondamente e diffusamente in un documento specifico, la Lettera Apostolica « Salvifici Doloris », sul senso cristiano della sofferenza umana, promulgata l'11 febbraio 1984. Perché tutti possano comprendere il pensiero di Pp. Giovanni Paolo II su questo aspetto, mi sembra doveroso riportare alcuni brani: « ... A fianco del Cristo, in primissima e ben rilevata posizione accanto a lui, c'è sempre la sua Madre Santissima per la testimonianza esemplare, che con l'intera sua vita rende a questo particolare Vangelo della sofferenza. In Lei le numerose ed intense sofferenze si assommarono in una tale connessione e concatenazione, che se furono prova della sua fede incrollabile, furono altresì un contributo alla redenzione di tutti ... Fu sul Calvario che la sofferenza di Maria Santissima, accanto a quella di Gesù, raggiunse un vertice già difficilmente immaginabile nella sua altezza dal punto di vista umano, non certo misterioso e soprannaturale fecondo ai fini dell'universale salvezza. Quel suo ascendere al Calvario, quel suo « stare » ai piedi della croce ... furono una partecipazione del tutto speciale alla morte redentrice del Figlio ... Testimone della passione del Figlio con la sua presenza, e di essa partecipe con la sua compassione, Maria Santissima offrì un singolare apporto al Vangelo della sofferenza ... Nella luce dell'inarrivabile esempio di Cristo, riflesso con singolare evidenza nella vita della Madre sua, il Vangelo della sofferenza, mediante l'esperienza e la parola degli Apostoli, diventa fonte inesauribile per le generazioni sempre nuove che si avvicen-

dano nella storia della Chiesa.

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 dolori* ~ n. 25).

Un altro brano di questa Lettera Apostolica ci aiuta ad avere una conoscenza più piena del pensiero del S. Padre sulla dimensione della sofferenza nel mistero di Maria: « ... Il divin Redentore vuole penetrare nell'animo di ogni sofferente attraverso il cuore della sua Madre SS., primizia e vertice di tutti i redenti.

Quasi a continuazione di quella maternità, che per opera dello Spirito Santo gli aveva dato la vita, Cristo morente conferì alla sempre Vergine Maria una maternità nuova — spirituale e universale — verso tutti gli uomini, affinché ognuno, nella peregrinazione della fede, gli rimanesse insieme con lei strettamente unito fino alla Croce e, con la forza di questa Croce, ogni sofferenza rigenerata diventasse, da debolezza dell'uomo, potenza di Dio » (n. 26).

Concludiamo con un'ultima frase, che ci svela tutto l'animo *mariano* del Papa e la particolare sua sensibilità di fronte al dolore umano: « Insieme con Maria, Madre di Cristo, che stava sotto la Croce, ci fermiamo accanto a tutte le croci dell'uomo d'oggi » (n. 31).

P. SALVATORE MEO, O.S.M.

*Preside della Pontificia
Facoltà Teologica « Marianum »
Roma*



5

lo Spirito di Dio consola chi soffre

18



6

Il Papa Giovanni Paolo II, come nuova perla infilata nel suo abbondante magistero, ha recentemente consegnato alla Chiesa universale una Lettera Enciclica sullo Spirito Santo, il cui titolo è: « Signore e Datore di vita » (18 maggio 1986). E così lo proclamiamo nel Credo della nostra fede.

Lo Spirito Santo è il dono supremo di Dio, dono che dà all' uomo la vita divina, lo trasforma in un nuovo uomo, penetrandolo dal suo amore fino al più intimo del suo essere, per liberarlo, purificarlo ed orientarlo verso Dio (cfr. Rom. 2, 23-25; 2 Cor. 5, 17; Gal. 6, 15).

In questo documento, profondo, che bisogna leggere con tranquillità ed attenzione, il Papa dedica un paragrafo speciale alla sofferenza umana. Comprende i numeri 39, 40 e 41.

È anche normale che in questa Lettera Enciclica il Papa Giovanni Paolo II rivolga speciale riguardo alla sofferenza dell'uomo. Tutto l'insegnamento del nostro Romano Pontefice Giovanni Paolo II è imperniato sui due cardini cruciali della rivelazione: Dio e l'uomo. Dio che per amore di Gesù Cristo, ha salvato l'uomo. (Cfr. Giov. 3, 16-17) La Redenzione di Cristo avvolge l'uomo totalmente, arrivando fino alle fibre misteriose di questo enigma che sempre inquieta l'essere umano: la sofferenza.

Non c'è da meravigliarsi che il Papa affronti nel suo magistero l'argomento della sofferenza, poiché riguarda l'essere più profondo dell'uomo e per questo rientra negli insegnamenti della Chiesa.

Inoltre il Papa Giovanni Paolo II ha dato buona prova della sua speciale sensibilità verso l'uomo che soffre. Forse affiorano istintivamente in lui le radici del suo popolo, la Polonia, che ha nel suo animo le tracce d'una lunga, triste ed ancora non finita storia di sottomissioni, sofferenze e guerre, con il conseguente trauma d'un' ansia di libertà sempre frustrata.

Come colmo della sua esperienza personale di dolore, lui stesso è stato vittima d'un attentato che lo ha portato vicino alla morte nello scenario della stessa piazza di S. Pietro a Roma.

Perciò si spiega che non ci sia nessun documento o insegnamento del Papa Giovanni Paolo II, nei quali chiaramente ed esplicitamente non pensi e non si rivolga all'uomo che soffre. Giovanni Paolo II è il Papa dei poveri, degli ammalati, degli oppressi, dei sofferenti.

Anche Dio soffre

In questa lettera Enciclica « Signore e Datore di Vita » come ho detto prima, il Papa dedica un largo spazio a questo argomento del dolore. Sono dei paragrafi densi, troppo solidi per essere assimilati con facilità.

Certo è difficile leggerli come è anche dura la stessa sofferenza umana. Vale però la pena avvicinarci al suo insegnamento perché illumina profondamente questo mistero della sofferenza umana che solo in Dio, in Cristo, il Servo Sofferente, trova senso (GS 22).

Il Papa presenta la sofferenza umana insuperabilmente congiunta al peccato. Adoperando le parole di Gesù (Giov. 16, 8), ci dirà che lo Spirito Santo ha convinto il mondo quanto al peccato,

Lo Spirito Santo, cioè, ha dimostrato a noi uomini fin dove arriva la cattiveria nel peccato.

L'abisso del male del peccato è così profondo e misterioso da potersi solo immaginare la sua gravità, la sua malizia e la sua distorsione dall'altro abisso, quello della bontà infinita di Dio.

E da Dio possiamo anche affacciarci al mistero della sofferenza, inseparabilmente congiunta al peccato.

In questo momento il Papa Giovanni Paolo II fa un coraggioso passo avanti nell'affermare che la sofferenza è penetrata fino nel cuore stesso della santissima Trinità: del Padre, del Figlio e dello Spirito Santo (n° 39).

Certo, e bisogna avvertirlo, il Papa chiarisce questa affermazione dicendo che ha sapore antropomorfo. Noi però domandiamo: tra gli uomini, quale modo di parlare di Dio non ha sempre una certa dose d'antropomorfismo?

Nel dolore sovrabbondò la grazia

L'insegnamento biblico su un Dio Padre che si commiserà, che patisce con l'uomo e per l'uomo, è molto abbondante.

Da questo dolore di Dio per il peccato del uomo sgorgherà il disegno di Dio di liberare l'uomo dal peccato per la morte sulla Croce del suo Figlio. Da questo momento in poi la stessa sofferenza umana, conseguenza del peccato e sorgente d'infelicità per l'uomo, resterà assunta nella vita e nella grazia salvifica di Dio.

Questa grazia e questa vita Gesù Cristo che la dona appunto attraverso lo Spirito Santo.

Lo Spirito Santo è lo Spirito di Gesù, lo Spirito che vive in Lui, datogli senza misura, che lo guidò lungo tutta la sua vita terrena, lo portò ad accettare il dolore della morte sulla croce e lo vivificò con la gloria pasquale della risurrezione. Così, col potere dello Spirito Santo, la sofferenza e la croce sono trasformate in Cristo: un solo amore che redime.

Uno degli enigmi che più fortemente colpiscono la coscienza dell'uomo lungo tutta la sua vita, è l'enigma della sofferenza.





8

Questa è la domanda continuamente posta e ripetuta in ogni uomo e nelle più diverse vicende del dolore; e questa domanda mai ha avuto risposta né dal intelletto umano né dalle scienze.

Neppure Dio ha voluto dare all'uomo la spiegazione razionale che appaghi la sua intelligenza, e soddisfi le ansie sul perché della sofferenza così abbondante.

Grazie però a Dio, l'uomo può trovare risposta al mistero del dolore. Ed è questo che il Papa ci ricorda nella sua Lettera Enciclica.

La risposta è Gesù Cristo (GS 22). In Gesù di Nazareth la sofferenza umana diventa, anche in noi, salvezza. E, uniti a Cristo, attraverso le nostre sofferenze, completiamo l'opera redentrice di Gesù (cfr. Filp. 3, 7-10; Col. 1, 24).

Non sprechiamo tante sofferenze

Affacciati al balcone della storia degli uomini, contempliamo il mare immenso delle sue sofferenze: quelle delle ferite del corpo e quelle delle viscere dell'anima, quelle dei bambini, quelle dei giovani; quelle che si sperimentano nella società del benessere e nei continenti della fame; quelle presenti in coloro che sono ufficialmente sani, e nei malati.

Però, nessuna sofferenza è estranea a Dio. In Cristo, per lo Spirito Santo, Dio si è fatto solidale con tutti ed ognuno dei sofferenti: là dove c'è qualcuno che soffre, creda in Dio o meno, ami il Signore o meno, lo accetti o lo rifiuti, là c'è il Cristo con il Suo Spirito compassionevole e consofferente.

E il Cristo, per l'opera dello Spirito Divino, continua a voler trasformare in amore e vita la sofferenza così abbondante. Quello che per l'uomo è sorgente d'infelicità, Dio nel suo amore lo rende fiume di vita, d'amore e di salvezza.

Sarebbe una perdita se tante sofferenze precipitassero lungo i pendii del mondo nel fiume della disperazione. Sarebbe un castigo grande se il nostro mondo fosse ogni giorno di più una valle di lacrime senza riprodurre nei suoi solchi la speranza, la vita e l'amore.

La sofferenza non è mai desiderabile: è sempre un nemico da combattere. Però alle volte è ribelle, resistente, invincibile. Tuttavia, come proclamiamo nella nostra fede, da Gesù Cristo ci è venuta una volta per tutte la garanzia della vittoria. E questo miracolo, che certo non è quello di Cana di mutare l'acqua buona in vino generoso (Giov. 2, 1-12), è tra i più grandi miracoli di Gesù.

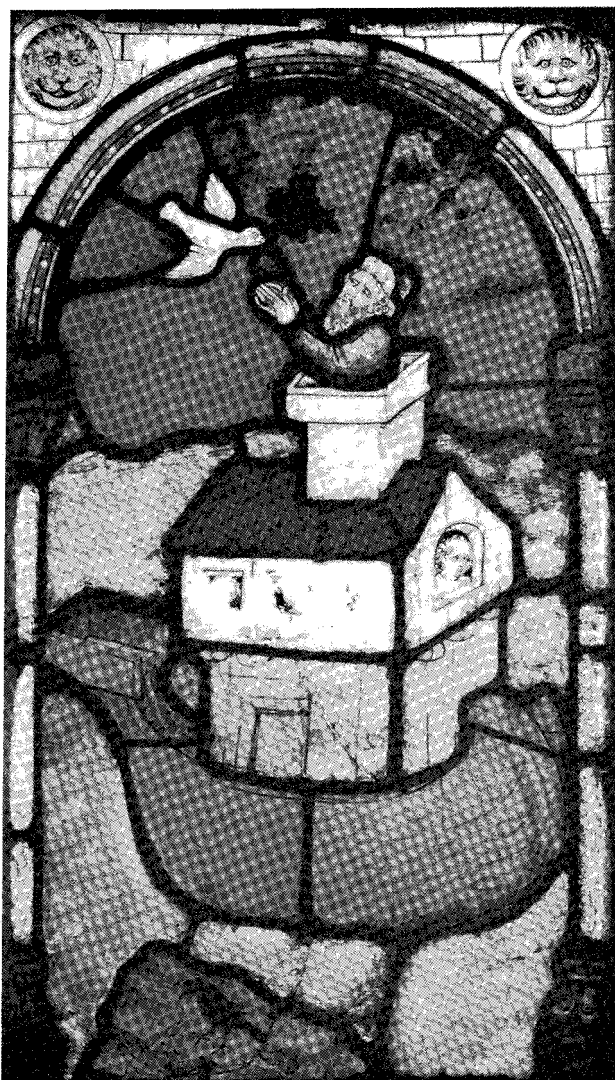
La sofferenza mai è stata, né è, né sarà buona, ma lo Spirito di Gesù fa il miracolo di convertirla in vino, che è fonte di vita, di salvezza e perfino di gioia. Perciò sin d'ora, per mettere a profitto questo insegnamento del Papa, la preghiera dell'uomo sofferente sarà anche: « Vieni, Spirito Santo ».

S.E. Mons. JAVIER OSÉS

Vescovo di Huesca

Responsabile della Pastorale Sanitaria in Spagna

il magistero della chiesa



9

dai discorsi del Santo Padre

istruzione sul rispetto della vita nascente e la dignità della procreazione

UNA CULTURA CHE VEDE L'UOMO
FARSI PADRONE DELL'UOMO
COSTITUISCE UNA MINACCIA PER
IL FUTURO DELL'UMANITÀ

Non si può non riflettere sul fatto che « l'era tecnologica », che pure offre all'uomo enormi possibilità, sta alimentando una mentalità utilitaristica e materialistica, che rischia di togliere all'uomo il gusto e la gioia della propria esistenza, il riconoscimento e il rispetto della vita altrui.

Il secolarismo, che pretende di affermare e promuovere i valori umani staccandoli dalla religione e proclamandoli autonomi da Dio, sta operando un cambiamento di mentalità e di sensibilità anche nei confronti della malattia, della sofferenza e della morte. La malattia infatti viene valutata in termini di produttività e di utilità.

Gli ospedali, le cliniche, le case di cura, diventano talvolta luoghi dove gli ammalati sono affidati alle sole risorse della tecnica e della scienza, come uniche armi di guarigione e di salvezza.

Così, spesso il malato viene relegato nell'anonimato e rimane solo con un dramma che farmaci e interventi non bastano a far superare.

3. A questi amari frutti porta una concezione che tende a negare i sacri diritti della vita umana. In questa ipotesi, l'uomo cessa di avere in sé un significato assoluto e un valore inviolabile e diventa, come tutte le altre cose, manipolabile, anzi, strumento di produzione e di consumo.

È evidente che una cultura costruita sul sottinteso dell'uomo padrone dell'uomo non può che rendere fragile e precaria qualsiasi fondazione dei diritti umani. E se tale cultura dovesse diventare quella dominante, il futuro dell'umanità sarebbe seriamente minacciato.

Purtroppo segnali di tale futuro sono già visibili nell'aborto legalizzato, nell'eutanasia, nelle manipolazioni genetiche, nella sperimentazione su embrioni umani, nella fecondazione in vitro, nella violenza fisica, ritenuta mezzo legittimo di lotta.

Questo dice quanto sia necessario ed urgente riproporre i valori della cultura cristiana la quale afferma che l'uomo è creatura pensata, voluta da Dio; che Dio e non l'uomo è la fonte e la misura del bene; che esiste un ordine morale, che trascende l'uomo.

Solo alla luce della Rivelazione e della fede cristiana i valori della persona umana, l'aspirazione al trascendente, la libertà e la responsabilità trovano il loro più profondo e vero significato.

Alla luce della Rivelazione, Dio, che è « padre », proibisce all'uomo di farsi « padrone » dell'uomo e lo impegna a rendersi fratello dei suoi fratelli.

Questi termini, semplici e perentori, mostrano la persona umana in tre sacralità naturali, che ogni retta intelligente può riconoscere, anche a prescindere da una fede religiosa.

La constatazione di questa realtà pone in risalto la necessità di un'Associazione cattolica di operatori sanitari, quale la vostra, la quale vuole riaffermare con vigore i valori trascendenti connessi con la vita umana, perché siano riconciliati in tutti e promossi con particolare amore là dove sono cancellati; e diventare una presenza qualificata e forte nelle strutture per modificarle, per armonizzarle con i tempi nuovi, per renderle più umane e rispondenti alle esigenze di una convivenza più umana e cristiana.

Ma non dimenticate che il vostro valore e l'efficacia della vostra associazione, che si qualifica come associazione cattolica, sono legati, all'impegno dei suoi aderenti ad essere, a vivere e a operare da cristiani. (..)

È necessario che gli operatori sanitari riscoprano l'importanza dell'ascolto della parola di Dio, della preghiera, della vita sacramentale, della lotta quotidiana per essere fedeli al loro Battesimo, disponibili al servizio dei fratelli e pronti a testimoniare la propria fede nel cuore delle diverse e spesso difficili situazioni esistenziali.

È necessario che essi sentano la passione per l'annuncio del Vangelo, perché esso risuoni nella sua semplice e decisiva efficacia come promessa, offerta di salvezza e di definitivo riscatto per l'uomo contemporaneo. È viva persuasione che « quanto più ci saranno laici penetrati di spirito evangelico, responsabili delle realtà ed esplicitamente impegnati in esse, competenti nel promuovere e consapevoli di dover sviluppare tutta la loro capacità cristiana spesso tenuta nascosta e soffocata, tanto più queste realtà, senza nulla perdere né sacrificare del loro coefficiente umano, ma manifestando una dimensione trascendente spesso sconosciuta, si troveranno al servizio del Regno di Dio e quindi della salvezza in Gesù Cristo ». (Evangelii Nuntiandi 70).

VEDO IN VOI IL VOLTO DI CRISTO SOFFERENTE

L'uomo dei dolori

Con particolare rispetto saluto i malati e i poveri, quelli presenti e quelli che non hanno avuto la possibilità di venire. Vedo in voi il volto dell'umanità sofferente. Penso a tutti coloro, giovani e vecchi, di tutti i Paesi, la cui vita è segnata dal dolore e dall'indigenza. Vedo in voi il volto di Cristo sofferente, l'« uomo dei dolori », che offre al Padre la sua sofferenza e la sua morte come « calice di salvezza ». Attraverso il vostro dolore avete spesso imparato ad essere più umani e più sensibili ai bisogni degli altri. Siete cresciuti così nella dignità. È per questo che Gesù poteva dire « Beati voi poveri, perché vostro è il regno di Dio. Beati voi che ora avete fame, perché sarete saziati » (Lc 6, 20-21). Questo non significa che non dobbiate cercare un'autentica liberazione dalle prove della vita. Né significa che la società possa dimenticare i suoi precisi obblighi nei vostri riguardi. Significa piuttosto che le vostre necessità non riguardano solo voi; esse sono la voce stessa di Dio che dice al mondo che verrà giudicato dal mondo in cui fa fronte a queste necessità — dalla giustizia, dalla misericordia e dall'amore che vi dimostra —. Prego perché possiate veramente sperimentare quella solidarietà efficace di cui avete bisogno. Soprattutto spero che i cittadini di questo Paese non cessino di impegnarsi finché non abbiano prevalso i valori della giustizia, della misericordia e dell'amore. Possa l'Altissimo sostenere e dare forza a tutti voi.

(Bangladesh, 19 novembre 1986
Omelia nello Stadio Ershad di Dhaka)



UNICHE SALDE BASI D'UNA CIVILTÀ: IL RISPETTO PER LA VITA UMANA DAL MOMENTO DEL CONCEPIMENTO E PER OGNI FASE DEL SUO PELLEGRINAGGIO TERRENO

Signore e Signori: noi parliamo una comune lingua di rispetto per la persona umana — sia questa persona vicinissima o in qualche angolo remoto del pianeta — ed è mia speranza che, con l'aiuto di Dio, le nostre parole e opere possano ottenere qualche effetto duraturo in difesa dei diritti umani. La sfida è immensa: promuovere a ogni livello una società giusta, che a sua volta sarà la base della vera pace; difendere i membri deboli e vulnerabili della società; eliminare il razzismo e ogni altra discriminazione ovunque la si trovi; proteggere e assistere la famiglia nei suoi bisogni; contribuire a dare lavoro ai disoccupati, specialmente ai capi-famiglia e ai giovani; e assistere tutti coloro che hanno bisogno, nella loro lotta per condurre una vita pienamente umana.

In quanto pastore di tutti i Cattolici australiani li esorto — e in realtà faccio appello a tutte le persone di buona volontà — a cooperare con i loro Governi, individualmente e nelle opportune organizzazioni, nella ricerca di questi obiettivi.

... In sintonia coi principi espressi dagli artefici della vostra Costituzione, la Chiesa non rivendica alcun trattamento istituzionale particolare. Ciò nondimeno, essa non cessa di insistere sul fatto che un giustificato pluralismo non va confuso con la neutralità nei confronti dei valori umani. Ecco perché i membri della Chiesa desiderano far uso della possibilità offerta dal pluralismo democratico, che tanto caratterizza la società australiana, per proclamare con insistenza quei valori che sono legati alla dignità e ai diritti di ciascun essere umano senza eccezione. Spero che tutti i Cattolici e tutti i vostri concittadini, vi invitino attraverso la loro voce e attraverso i loro voti a garantire che nulla venga fatto dalla legislatura per minare questi valori. Al contrario, possano questi valori divenire parte sempre più integrante del tessuto legislativo che dà forma alla società australiana.

È mia speranza che tutta la vostra attività politica contribuisca a promuovere una civiltà caratterizzata dalla compartecipazione, dalla solidarietà e dall'amore fraterno — l'unica civiltà degna dell'uomo. Le uniche salde basi di questa civiltà sono il rispetto per la vita umana dal momento del concepimento e per ogni fase del suo pellegrin-

naggio terreno, il rispetto per tutti i diritti fondamentali della persona umana, e la vera giustizia ed equità nella preoccupazione del bene comune.

(Cambera, 24 novembre 1986
in visita al Parlamento australiano)

CON LA SUA CROCE CRISTO CI HA DATO ABBONDANZA DI VITA

Tutti noi, come dice San Paolo, « portiamo sempre e dovunque nel nostro corpo la morte di Gesù » (2 Cor 4, 10). Ciò significa che nessuno di noi è immune dalla sofferenza e dalla morte, più di quanto lo fosse Cristo stesso. Ma San Paolo continua dicendo che soffriamo « perché anche la vita di Gesù si manifesti nel nostro corpo » (ibid). Scopriamo qui il mistero della redenzione.

Accettando la Croce con amore perfetto, Cristo ha vinto una volta per tutte il potere che il peccato, la sofferenza, la debolezza e la morte avevano su di noi, e ci ha dato abbondanza di vita.

Fratelli e sorelle carissimi: la Croce di Cristo ha il potere di trasformare la vita di ciascuno e di ognuno di voi in una grande vittoria sulla debolezza umana. Le limitazioni fisiche che sperimentate possono essere trasformate dall'amore di Cristo in una cosa buona e bella, e possono rendervi degni del destino per il quale siete stati creati. Il comandamento che troviamo altrove in San Paolo, di « glorificare Dio nei nostri corpi », non vale soltanto per la condotta morale di quelli che sono in buona salute. Come Gesù Cristo glorificò il Padre abbracciando la Croce con perfetto amore, così anche voi attraverso il potere di quello stesso amore potete glorificare Dio nel vostro corpo non lasciandovi sopraffare dalle difficoltà e dal dolore, non cedendo allo scoraggiamento o ad altre limitazioni.

Nella profondità della vostra vita interiore potete morire e risorgere ogni giorno con Cristo. E potete così dare una messe abbondante di grazie e di bontà, non soltanto per voi stessi e per quelli che vi sono intorno, ma anche per la Chiesa e per il mondo. Ogni volta che superate la tentazione di scoraggiarvi, ogni volta che manifestate uno spirito gioioso, generoso e paziente, voi date testimonianza di quel Regno che deve ancora

venire nella sua pienezza — nel quale saremo guariti da ogni infermità e liberati da ogni dolore (...).

Saluto con particolare stima coloro che lavorano con gli invalidi, gli handicappati e i malati, non solo qui nel Queensland ma in tutto il territorio australiano. Stimolati alla grazia di Dio, avete scelto come professionisti o come volontari di vivere come il Buon Samaritano, come colui che è vicino a tutti i bisognosi. Facendo questo voi adempite ad una missione cristiana essenziale. E la misura del vostro successo in questa missione è l'amore che portate a coloro che sono affidati alle vostre cure, e la vostra preoccupazione non solo per i loro bisogni fisici ma anche per i loro pensieri, i loro sentimenti, le loro esigenze spirituali (...).

La sacralità della vita esige anche che ci sforziamo di migliorare la qualità della vita. Deve essere fatto ogni sforzo ragionevole per garantire che gli invalidi e i malati, gli anziani ed i moribondi, gli afflitti e gli abbandonati, abbiano un punto di riferimento, perché sia data loro la possibilità di vivere con vera dignità. L'assistenza sanitaria sta diventando più sofisticata e costosa; eppure ci rendiamo sempre più chiaramente conto che la pura e semplice prestazione dei servizi non è sufficiente. Coloro che usufruiscono dei servizi devono anche partecipare concretamente alla comunità, e questo esige reciproco rispetto e disponibilità all'ascolto. Specialmente gli handicappati e gli invalidi cercano a buon diritto di essere più completamente integrati nella comunità, in quanto anch'essi hanno un importante contributo da dare agli altri. Solo lavorando insieme la comunità potrà sperare di trovare soluzioni degne del rispetto dovuto ad ogni singola persona, e degne della lunga storia di amore e di servizio vissuta da popoli di ogni fede religiosa in Australia.

(Brisbane, 25 novembre 1986
Incontro con gli ammalati al « Queen Elizabeth II Jubilee
Sport Centre »)





**VOI SIETE I MIEI AMICI SPECIALI:
OFFRITE LE VOSTRE SOFFERENZE
PER LA PACE**

Voi, cari religiose e religiosi, vi siete dedicati a portare speranza e guarigione, nel nome di Cristo, agli ammalati e ai poveri, agli anziani e ai non istruiti cioè a ogni membro sofferente della società, senza distinzioni di razza, credo o posizione sociale. Attraverso di voi la Chiesa prosegue l'opera di guarigione di Cristo. Prego affinché molti giovani uomini e donne si uniscano alle vostre file e mantengano inalterato nelle generazioni a venire il carisma di servizio agli ammalati. Il vostro posto speciale è nel Cuore di Gesù e nel cuore della Chiesa.

3. Noi tutti riconosciamo che i pazienti sono le persone più impotenti in ogni ospedale. Pertanto parlo in particolare a loro e a tutti gli ammalati e infermi in Australia.

Gli ammalati sanno per esperienza che l'infermità è uno dei problemi fondamentali dell'esistenza umana. Talvolta essa ci colpisce quando meno ce lo aspettiamo, e quando, in termini umani, meno ce lo meritiamo. Quando Gesù viaggiava da un luogo all'altro durante la sua vita terrena, gli ammalati accorrevano a lui. In lui riconoscevano un amico che li capiva. Avvertiamo che la loro sofferenza toccava profondamente il suo cuore compassionevole e amorevole. Era un costante appello al suo amore redentore.

Gesù guarì certamente i corpi di molti ammalati, ma cosa più importante, guarì anche le loro anime. Purificò i loro cuori, e trasformò il loro auto-compiacimento in una tensione verso Dio e verso il prossimo.

Cari pazienti: spero che le cure mediche saranno in grado di restituirvi la salute fisica. Ma spero e prego anche che la vostra malattia, malgrado le sue sofferenze, e con l'aiuto che ricevete, vi porti una profonda

pace nell'anima.

Per le persone di fede, il cammino della sofferenza porta diritto alla Passione, Morte e Resurrezione redentrici di Cristo: al Mistero pasquale. Il dolore non è solo un enigma e una prova. Per alcune persone è una misteriosa vocazione che esse vivono in stretta unione con le sofferenze di Gesù. L'accettazione del dolore in questo modo assume una straordinaria fecondità spirituale. San Paolo spiegava che era pronto a sopportare molto per la sua gente, e in realtà si rallegrava di ciò, perché « Completo nella mia carne quello che manca ai patimenti di Cristo, a favore del suo corpo che è la Chiesa » (Col I, 24).

Quale Pastore della Chiesa sono vicino a voi nelle vostre sofferenze. Specialmente se la vostra malattia è cronica, o addirittura incurabile vi esorto a pensare al profondo e nascosto valore del vostro dolore e della vostra impotenza. Voi dovete liberamente unire le vostre sofferenze alla Croce di Gesù Cristo, ed essere uno con lui nella sua missione redentrice. Da quella unione verrà una nuova comprensione, una nuova speranza e pace. Cari ammalati: voi siete i miei amici particolari. Vi affido a Gesù e a Maria. E vi chiedo di pregare per me, e di offrire le vostre sofferenze per la salvezza delle anime e la pace del mondo.

(Melbourne, 28 novembre 1986)

Agli ammalati visitando il « Mercy Maternity Hospital »)



**FACCIO APPELLO AL MONDO
DELLA MEDICINA: NULLA SIA
FATTO CONTRO LA VITA**

Gesù ci dice che chi si prende cura degli ammalati si prende cura di lui.

Cari membri del personale medico e amministrativo qui e in altri centri: la vostra opera è una forma privilegiata di solidarietà umana e di testimonianza cristiana. Il vo-

stro servizio si basa sul rispetto per la vita, per ogni vita umana dal momento del concepimento fino al momento della morte. Attraverso la vostra esperta e amorevole cura di ciascun paziente, attraverso il vostro impiego e sviluppo delle migliori tecniche disponibili, attraverso la vostra ricerca e programmi di educazione, siete testimoni della dignità particolare dell'ammalato. Qui al Mercy Maternity Hospital è particolarmente opportuno parlare della cura dei neonati e sottolineare il posto speciale che i bambini devono avere in ogni comunità civilizzata. Il vostro lavoro rafforza la famiglia e sostiene le madri in una società in cui le madri e i bambini non sempre hanno il rispetto che meritano. Che Dio vi benedica in questa opera.

6. Il lavoro negli ospedali oggi è più difficile e complesso di quanto sia mai stato. Gli straordinari progressi nella scienza e nella tecnologia mediche, una situazione industriale e amministrativa più complessa, vincoli finanziari e un pubblico più esigente — tutto questo richiede un sempre maggior livello di competenza e dedizione. La scienza medica ha portato benefici indicibili al genere umano. Per questo dobbiamo essere sommamente grati. Vediamo le guarigioni che operate e il bene che portate come segni dell'amore di Dio che continua tra noi.

Ma la scienza medica è una scienza di servizio, non è fine a se stessa. Mira a servire il benessere totale di ciascuno. È il lavoro di persone al servizio di altre persone. I suoi metodi e fini devono sempre essere giudicati in termini di valori umani, di diritti e responsabilità umani. Come tutte le grandi forze, essa può divenire distruttiva se impiegata per scopi sbagliati. Parlare della autonomia della scienza medica come se essa fosse indipendente da considerazioni morali ed etiche significa scatenare una forza che non può che causare gravi danni all'uomo stesso.

I portavoce dei medici cattolici devono continuare a sottolineare che medici e scienziati sono esseri umani, soggetti alla stessa legge morale degli altri, in particolare quando trattano pazienti, embrioni o tessuti umani. Voi portate nel vostro lavoro uno spirito di fede. Questo non compromette in alcun modo la vostra collaborazione con coloro che — forse in una diversa prospettiva religiosa, o senza alcuna opinione certa sulle questioni religiose — riconoscono la dignità e l'eccellenza della persona umana quale criterio della loro attività. Nel delicato campo della medicina e della biotecnologia la Chiesa cattolica non si oppone in alcun modo al progresso. Al contrario, si rallegra a ogni vittoria sulla malattia e l'infermità. La sua preoccupazione è che nulla sia

fatto contro la vita nella realtà di una esistenza concreta e individuale, per quanto debole o priva di difese, per quanto non sviluppata o poco avanzata. La Chiesa pertanto non cessa mai di proclamare la sacralità di ogni vita umana, una sacralità che nessuno ha il diritto di subordinare ad alcun altro fine, per quanto apparentemente elevato o benefico.

Faccio appello a tutti voi nel mondo della medicina e dell'assistenza sanitaria perché vi accostiate alla vostra scienza e alla vostra arte con un rispetto all'amore e alla vita quale prima e sublime condizione di tutti i diritti e i valori umani.

(Australia, 28 novembre 1986
Al Personale Sanitario e Amministrativo del « Mercy
Maternity Hospital » di Melbourne)



istruzione sul rispetto della vita nascente e la dignità della procreazione

RISPOSTE AD ALCUNE QUESTIONI DI ATTUALITÀ

PREMESSA

La Congregazione per la Dottrina della Fede è stata interpellata da diverse Conferenze Episcopali o da singoli vescovi, da teologi, medici e uomini di scienza, in merito alla conformità con i principi della morale cattolica delle tecniche bio-mediche che consentono di intervenire nella fase iniziale della vita dell'essere umano e nei processi stessi della procreazione. La presente Istruzione, che è frutto di vasta consultazione e in particolare di una attenta valutazione delle dichiarazioni di episcopati, non intende riproporre tutto l'insegnamento della Chiesa sulla dignità della vita umana nascente e della procreazione, ma offrire, alla luce della precedente dottrina del Magistero, delle risposte specifiche ai principali interrogativi sollevati in proposito.

L'esposizione viene ordinata nella maniera seguente: un'introduzione richiamerà i principi fondamentali di carattere antropologico e morale, necessari per un'adeguata valutazione dei problemi e per l'elaborazione delle risposte a tali interrogativi; la prima parte avrà per argomento il rispetto dell'essere umano a partire dal primo momento della sua esistenza; la seconda parte affronterà gli interrogativi morali posti dagli interventi della tecnica sulla procreazione umana; nella terza parte verranno offerti alcuni orientamenti sui rapporti che intercorrono tra legge morale e legge civile a proposito del rispetto dovuto agli embrioni e feti umani in relazione alla legittimità delle tecniche di procreazione artificiale.*

INTRODUZIONE

1. LA RICERCA BIOMEDICA E L'INSEGNAMENTO DELLA CHIESA

Il dono della vita, che Dio Creatore e Padre ha affidato all'uomo, impone a questi di prendere coscienza del suo inestimabile valore e di assumerne la responsabilità: questo principio fondamentale dev'essere posto al centro della

riflessione, per chiarire e risolvere i problemi morali sollevati dagli interventi artificiali sulla vita nascente e sui processi della procreazione.

Grazie al processo delle scienze biologiche e mediche, l'uomo può disporre di sempre più efficaci risorse terapeutiche, ma può anche acquisire poteri nuovi dalle conseguenze imprevedibili sulla vita umana nello stesso suo inizio e nei suoi primi stadi. Diversi procedimenti consentono oggi d'intervenire non soltanto per assistere, ma anche per dominare i processi della procreazione. Tali tecniche possono consentire all'uomo di « prendere in mano il proprio destino », ma lo espongono anche « alla tentazione di andare oltre i limiti di un ragionevole dominio sulla natura »¹. Per quanto possano costituire un progresso a servizio dell'uomo, esse comportano anche dei rischi gravi. Da parte di molti, viene espresso così un urgente appello, affinché siano salvaguardati, negli interventi sulla procreazione, i valori e i diritti della persona umana. Le richieste di chiarificazione e orientamento non provengono soltanto dai fedeli, ma anche da parte di quanti riconoscono comunque alla Chiesa, « esperta in umanità », ² una missione al servizio della « civiltà dell'amore » ³ e della vita. Il Magistero della Chiesa non interviene in nome di una competenza particolare nell'ambito delle scienze sperimentali; ma, dopo aver preso conoscenza dei dati della ricerca e della tecnica, intende proporre in virtù della propria missione evangelica e del suo dovere apostolico, la dottrina morale rispondente alla dignità della persona e alla sua vocazione integrale, esponendo i criteri di giudizio morale sulle applicazioni della ricerca scientifica e della tecnica, in particolare per ciò che riguarda la vita umana e i suoi inizi. Tali criteri sono il rispetto, la difesa e la promozione dell'uomo, il suo « diritto primario e fondamentale » alla vita, ⁴ la sua dignità di persona, dotata di un'anima spirituale, di responsabilità morale ⁵ e chiamata alla comunione beatifica con Dio. L'intervento della Chiesa anche in quest'ambito è ispirato all'amore che essa deve all'uomo aiutandolo a riconoscere e rispettare i suoi diritti e i suoi doveri. Tale amore si alimenta alle sorgenti della carità di Cristo: contemplando il mistero del Verbo Incarnato, la Chiesa conosce anche il « mistero dell'uomo »; ⁶ annunciando il Vangelo della salvezza, rivela all'uomo la sua dignità e lo invita a scoprire pienamente la sua verità. La Chiesa ripropone così la legge divina per fare opera di verità e di liberazione. È infatti per bontà — per indicare il cammino della vita — che Dio dà agli uomini i suoi comandamenti e la grazia per osservarli; ed è pure per bontà — per aiutarli a perseverare nello stesso cammino — che Dio offre sempre a tutti il suo perdono. Cristo ha compassione delle nostre fragilità: Egli è nostro Creatore e nostro Redentore. Che il suo Spirito apra gli animi al dono della pace di Dio e all'intelligenza dei suoi precetti.

2. LA SCIENZA E LA TECNICA AL SERVIZIO DELLA PERSONA UMANA

Dio ha creato l'uomo a sua immagine e somiglianza: « maschio e femmina li creò » (Gen 1, 27), affidando loro il compito di « dominare la terra » (Gen 1, 28). La ricerca scientifica di base e quella applicata costituiscono un'espressione significativa di questa signoria dell'uomo sul creato. La scienza e la tecnica, preziose risorse dell'uomo quando si pongono al suo servizio e ne promuovono lo sviluppo integrale a beneficio di tutti, non possono da sole indicare il senso dell'esistenza e del progresso umano. Essendo ordinate all'uomo da cui traggono origine e incremento, attingono dalla persona e dai suoi valori morali l'indicazione della loro finalità e la consapevolezza dei loro limiti.

Sarebbe, perciò, illusorio rivendicare la neutralità morale della ricerca scientifica e delle sue applicazioni; d'altro canto non si possono desumere i criteri di orientamento dalla semplice efficienza tecnica, dall'utilità che possono arrecare ad alcuni a danno di altri o, peggio ancora, dalle ideologie dominanti. Pertanto la scienza e la tecnica richiedono, per il loro stesso intrinseco significato, il rispetto incondizionato dei criteri fondamentali della moralità: debbono essere, cioè, al servizio della persona umana, dei suoi diritti inalienabili e del suo bene vero e integrale secondo il progetto e la volontà di Dio.⁷

Il rapido sviluppo delle scoperte tecnologiche rende più urgente questa esigenza di rispetto dei criteri ricordati: la scienza senza la coscienza ad altro non può portare che alla rovina dell'uomo. « L'epoca nostra, più ancora che i secoli passati, ha bisogno di questa sapienza, perché diventi più umane tutte le sue nuove scoperte. È in pericolo, di fatto, il futuro del mondo, a meno che non vengano suscitati uomini più saggi ». ⁸.

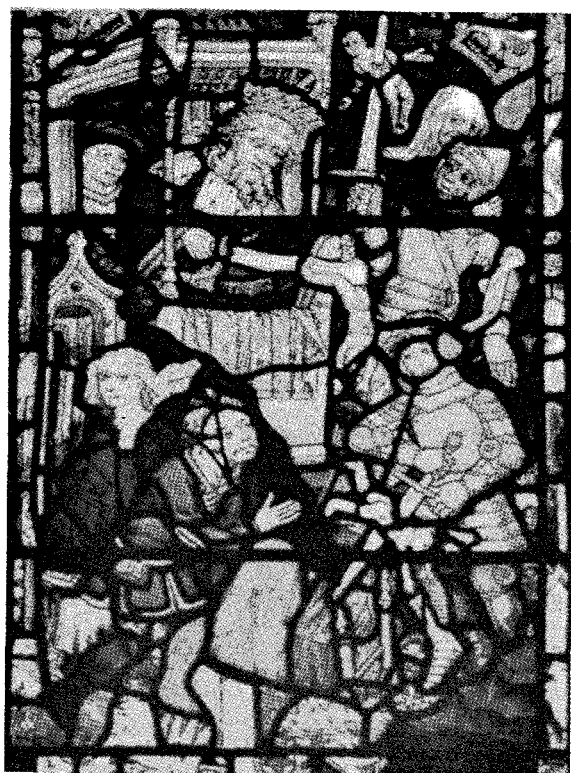
3. ANTROPOLOGIA E INTERVENTI IN CAMPO BIOMEDICO

Quali criteri morali si devono applicare per chiarire i problemi posti oggi nell'ambito della biomedicina? La risposta a questo interrogativo suppone un'adeguata concezione della natura della persona umana nella sua dimensione corporea.

Infatti, è soltanto nella linea della sua vera natura che la persona umana può realizzarsi come « totalità unificata »: ⁹ ora da questa natura è nello stesso tempo corporea e spirituale. In forza della sua unione sostanziale con un'anima spirituale, il corpo umano non può essere considerato solo come un complesso di tessuti, organi e funzioni, né può essere valutato alla stessa stregua del corpo degli animali, ma è parte costitutiva della persona che attraverso di esso si ma-

nifesta e si esprime. La legge morale naturale esprime e prescrive le finalità, i diritti e i doveri che si fondano sulla natura corporea e spirituale della persona umana. Pertanto essa non può essere concepita come normatività semplicemente biologica, ma deve essere definita come l'ordine razionale secondo il quale l'uomo è chiamato dal Creatore a dirigere e regolare la sua vita e i suoi atti e, in particolare, a usare e disporre del proprio corpo.¹⁰

Una prima conseguenza può essere dedotta da tali principi: un intervento sul corpo umano non raggiunge soltanto i tessuti, gli organi e le loro funzioni, ma coinvolge anche a livelli diversi la stessa persona; comporta quindi un significato e una responsabilità morali, in modo implicito forse, ma reale. Giovanni Paolo II ribadiva con forza all'Associazione medica mondiale: « Ogni persona umana, nella sua singolarità irripetibile, non è costituita soltanto dallo spirito ma anche dal corpo, così nel corpo e attraverso il corpo viene raggiunta la persona stessa nella sua realtà concreta. Rispettare la dignità dell'uomo comporta di conseguenza salvaguardare questa identità dell'uomo *corpore* et anima *unus*, come affermava il Concilio Vaticano II (Cost. *Gaudium et Spes*, n. 14, 1). È sulla base di questa visione antropologica che si devono trovare i criteri fondamentali per le decisioni da prendere, quando si tratta d'interventi non strettamente terapeutici, per esempio gli interventi miranti al miglioramento della condizione biologica umana ». ¹¹ La biologia e la medicina nelle loro applicazioni concorrono al bene integrale della vita umana quando vengono in aiuto della persona colpita da malattia e infermità nel rispetto della sua dignità di creatura di Dio. Nessun biologo o medico può ragionevolmente pretendere, in forza della sua competenza scientifica, di decidere dell'origine e del destino degli uomini. Questa norma si deve applicare in maniera particolare nell'ambito della sessualità e della procreazione, dove l'uomo e la donna pongono in atto i valori fondamentali dell'amore e della vita. Dio, che è amore e vita, ha inscritto nell'uomo e nella donna la vocazione a una partecipazione speciale al suo mistero di comunione personale e alla sua opera di Creatore e di Padre. ¹² Per questo il matrimonio possiede specifici beni e valori di unione e di procreazione senza possibilità di confronto con quelli che esistono nelle forme inferiori della vita. Tali valori e significati di ordine personale determinano dal punto di vista morale il senso e i limiti degli interventi artificiali sulla procreazione e sull'origine della vita umana. Questi interventi non sono da rifiutare in quanto artificiali. Come tali essi testimoniano le possibilità dell'arte medica, ma si devono valutare sotto il profilo morale in riferimento alla dignità della persona umana, chiamata a realizzare la vocazione divina al dono dell'amore e al dono della vita.



15

4. CRITERI FONDAMENTALI PER UN GIUDIZIO MORALE

I valori fondamentali connessi con le tecniche di procreazione artificiale umana sono due: la vita dell'essere umano chiamato all'esistenza e l'originalità della sua trasmissione nel matrimonio. Il giudizio morale su tali metodiche di procreazione artificiale dovrà quindi essere formulato in riferimento a questi valori.

La vita fisica, per cui ha inizio la vicenda umana nel mondo, non esaurisce certamente in sé tutto il valore della persona né rappresenta il

bene supremo dell'uomo che è chiamato all'eternità. Tuttavia ne costituisce in un certo qual modo il valore « fondamentale », proprio perché sulla vita fisica si fondano e si sviluppano tutti gli altri valori della persona. ¹³ L'inviolabilità del diritto alla vita dell'essere umano innocente « dal momento del concepimento alla morte » ¹⁴ è un segno e un'esigenza dell'inviolabilità stessa della persona, alla quale il Creatore ha fatto il dono della vita.

Rispetto alla trasmissione delle altre forme di vita nell'universo, la trasmissione della vita umana ha una sua originalità, che deriva dalla originalità stessa della persona umana. « La trasmissione della vita umana è affidata dalla natura a un atto personale e cosciente e, come tale, soggetto alle santissime leggi di Dio: leggi immutabili e inviolabili che vanno riconosciute e osservate. È per questo che non si possono usare mezzi e seguire metodi che possono essere leciti nella trasmissione della vita delle piante e degli animali ». ¹⁵

I progressi della tecnica hanno oggi reso possibile una procreazione senza rapporto sessuale mediante l'incontro in *vitro* delle cellule germinali precedentemente prelevate dall'uomo e dalla donna. Ma ciò che è tecnicamente possibile non è per ciò stesso moralmente ammissibile. La riflessione razionale sui valori fondamentali della vita e della procreazione umana è perciò indispensabile per formulare la valutazione morale a riguardo di tali interventi della tecnica sull'essere umano fin dai primi stadi del suo sviluppo.

5. INSEGNAMENTI DEL MAGISTERO

Da parte sua il Magistero della Chiesa, anche in questo ambito, offre alla ragione umana la luce della Rivelazione: la dottrina sull'uomo insegnata dal Magistero contiene molti elementi che illuminano i problemi che qui vengono affrontati.

Dal momento del concepimento, la vita di ogni essere umano va rispettata in modo assoluto, perché l'uomo è sulla terra l'unica creatura che Dio ha « voluto per se stesso », ¹⁶ e l'anima spirituale di ciascun uomo è « immediatamente creata » da Dio; ¹⁷ tutto il suo essere porta l'immagine del Creatore. La vita umana è sacra perché fin dal suo inizio comporta « l'azione creatrice di Dio » ¹⁸ e rimane per sempre in una relazione speciale con il Creatore, suo unico fine. ¹⁹ Solo Dio è il Signore della vita dal suo inizio alla sua fine: nessuno, in nessuna circostanza, può rivendicare a sé il diritto di distruggere direttamente un essere umano innocente. ²⁰

La procreazione umana richiede una collaborazione responsabile degli sposi con l'amore fecondo di Dio; ²¹ il dono della vita umana deve realizzarsi nel matrimonio mediante gli atti specifici ed esclusivi degli sposi, secondo le leggi inscritte nelle loro persone e nella loro unione. ²²

I. IL RISPETTO DEGLI EMBRIONI UMANI

Un'attenta riflessione su questo insegnamento del Magistero e sui dati di ragione sopra richiamati permette di rispondere ai molteplici problemi morali posti dagli interventi tecnici sull'essere umano nelle fasi iniziali della sua vita e sui processi del suo concepimento.

1. Quale rispetto è dovuto all'embrione umano, tenuto conto della sua natura e della sua identità?

L'essere umano è da rispettare — come una persona — fin dal primo istante della sua esistenza.

La messa in atto dei procedimenti di fecondazione artificiale ha reso possibili diversi interventi sugli embrioni e sui feti umani. Gli scopi perseguiti sono di diverso genere: diagnostici e terapeutici, scientifici e commerciali. Da tutto ciò scaturiscono gravi problemi. Si può parlare di un diritto alla sperimentazione sugli embrioni umani in vista della ricerca scientifica? Quali normative o quale legislazione elaborare in questa materia? La risposta a tali problemi suppone una riflessione approfondita sulla natura e sull'identità propria — si parla di « statuto » — dell'embrione umano.

Da parte sua la Chiesa nel Concilio Vaticano II ha proposto nuovamente all'uomo contemporaneo la sua dottrina costante e certa secondo cui: « la vita, una volta concepita, dev'essere protetta con la massima cura; e l'aborto come l'infanticidio, sono abominevoli delitti ». ²³ Più recentemente la *Carta dei diritti della famiglia*, pubblicata dalla Santa Sede, ribadiva: « La vita umana dev'essere rispettata e protetta in modo assoluto dal momento del concepimento ». ²⁴

Questa Congregazione conosce le discussioni attuali sull'inizio della vita umana, sull'individualità dell'essere umano e sull'identità della persona umana. Essa richiama gli insegnamenti contenuti nella *Dichiarazione sull'aborto procurato*: « Dal momento in cui l'ovulo è fecondato, si inaugura una nuova vita che non è quella del padre o della madre, ma di un nuovo essere umano che si sviluppa per proprio conto. Non sarà mai reso umano se non lo è stato fin da allora. A questa evidenza di sempre ... la scienza generica moderna fornisce preziose conferme. Essa ha mostrato come dal primo istante si trova fissato il programma di ciò che sarà questo vivente: un uomo, quest'uomo-individuo con le note caratteristiche già ben determinate. Fin dalla fecondazione è iniziata l'avventura di una vita umana, di cui ciascuna delle grandi capacità richiede tempo per impostarsi e per trovarsi pronta ad agire ». ²⁵ Questa dottrina rimane va-

lida e viene peraltro confermata, se ve ne fosse bisogno, dalle recenti acquisizioni della biologia umana la quale riconosce che nello zigote * derivante dalla fecondazione si è già costituita l'identità biologica di un nuovo individuo umano.

Certamente nessun dato sperimentale può essere di per sé sufficiente a far riconoscere un'anima spirituale; tuttavia le conclusioni della scienza sull'embrione umano forniscono un'indicazione preziosa per discernere razionalmente una presenza personale fin da questo primo comparire di una vita umana: come un individuo umano non sarebbe una persona umana? Il Magistero non si è espressamente impegnato su un'affermazione d'indole filosofica, ma ribadisce in maniera costante la condanna morale di qualsiasi aborto procurato. Questo insegnamento non è mutato ed è immutabile. ²⁶

Pertanto il frutto della generazione umana dal primo momento della sua esistenza, e cioè a partire dal costituirsi dello zigote, esige il rispetto incondizionato che è moralmente dovuto all'essere umano nella sua totalità corporale e spirituale. L'essere umano va rispettato e trattato come una persona fin dal suo concepimento e, pertanto, da quello stesso momento gli si devono riconoscere i diritti della persona, tra i quali anzitutto il diritto inviolabile di ogni essere umano innocente alla vita.

Questo richiamo dottrinale offre il criterio fondamentale per la soluzione dei diversi problemi posti dallo sviluppo delle scienze biomediche in questo campo: poiché deve essere trattato come persona, l'embrione dovrà anche essere difeso nella sua integrità, curato e guarito, nella misura del possibile, come ogni altro essere umano nell'ambito dell'assistenza medica.

2. La diagnosi prenatale è moralmente lecita?

Se la diagnosi prenatale rispetta la vita e l'integrità dell'embrione e del feto umano ed è orientata alla sua salvaguardia o alla sua giurisdizione individuale, la risposta è affermativa.

La diagnosi prenatale può infatti far conoscere le condizioni dell'embrione e del feto quando è ancora nel seno della madre; permette, o consente di prevedere, alcuni interventi terapeutici, medici o chirurgici, più precocemente e più efficacemente.

Tale diagnosi è lecita se i metodi impiegati, con il consenso dei genitori adeguatamente informati, salvaguardano la vita e l'integrità dell'embrione e di sua madre, non facendo loro correre rischi sproporzionati. ²⁷ Ma essa è gravemente in contrasto con la legge morale quando contempla l'eventualità, in dipendenza dai risultati, di provocare un aborto: una diagnosi attestante l'esistenza di una malformazione o di una malattia ereditaria non deve equivalere a una



16

sentenza di morte. Pertanto la donna che richiedesse la diagnosi con l'intenzione determinata di procedere all'aborto nel caso che l'esito confermi l'esistenza di una malformazione o anomalia, commetterebbe un'azione gravemente illecita. Parimenti agirebbero in modo contrario alla morale il coniuge o i parenti o chiunque altro, qualora consigliassero o imponessero la diagnosi alla gestante con lo stesso intendimento di arrivare eventualmente all'aborto. Così pure sarebbe responsabile di illecita collaborazione lo specialista che nel condurre la diagnosi e nel comunicarne l'esito contribuisse volutamente a stabilire o favorire il collegamento tra diagnosi prenatale e aborto.

Si deve infine condannare, come violazione del diritto alla vita nei confronti del nascituro e come prevaricazione sui diritti e doveri prioritari dei coniugi, una direttiva o un programma delle autorità civili e sanitarie o di organizzazioni scientifiche che, in qualsiasi modo, favorisse la connessione tra diagnosi prenatale e aborto oppure addirittura inducesse le donne gestanti a sottoporsi alla diagnosi prenatale pianificata allo scopo di eliminare i feti affetti o portatori di malformazioni o malattie ereditarie.

3. Gli interventi terapeutici sull'embrione umano sono leciti?

Come per ogni intervento medico sui pazienti, *si devono ritenere leciti gli interventi sull'embrione umano a patto che rispettino la vita e l'integrità dell'embrione, non comportino per lui rischi sproporzionati, ma siano finalizzati alla sua guarigione, al miglioramento delle sue condizioni di salute o alla sua sopravvivenza individuale.*

Qualunque sia il genere di terapia medica, chirurgica o di altro tipo, è richiesto il consenso libero e informato dei genitori, secondo le regole deontologiche previste nel caso di bambini. L'applicazione di questo principio morale può richiedere delicate e particolari cautele trattandosi di vita embrionale o di feto.

La legittimità e i criteri di tali interventi sono stati chiaramente espressi da Giovanni Paolo II: « Un intervento strettamente terapeutico che si prefigga come obiettivo la guarigione di diverse malattie, come quelle dovute a difetti cromosomici, sarà, in linea di principio, considerato come auspicabile, supposto che tenda a realizzare la vera promozione del benessere personale dell'individuo, senza arrecare danno alla sua integrità o deteriorarne le condizioni di vita. Un tale intervento si colloca di fatto nella logica della tradizione morale cristiana ». ²⁸

4. Come valutare moralmente la ricerca e la sperimentazione* sugli embrioni e sui feti umani?

La ricerca medica deve astenersi da interventi sugli embrioni vivi, a meno che non ci sia la certezza morale di non arrecare danno né alla vita né all'integrità del nascituro e della madre, e a condizione che i genitori abbiano accordato il loro consenso, libero e informato, per l'intervento sull'embrione. Ne consegue che ogni ricerca, anche se limitata alla semplice osservazione dell'embrione, diventerebbe illecita qualora, per i metodi impiegati o per gli effetti indotti, implicasse un rischio per l'integrità fisica o la vita dell'embrione.

Per quanto riguarda la sperimentazione, pre-

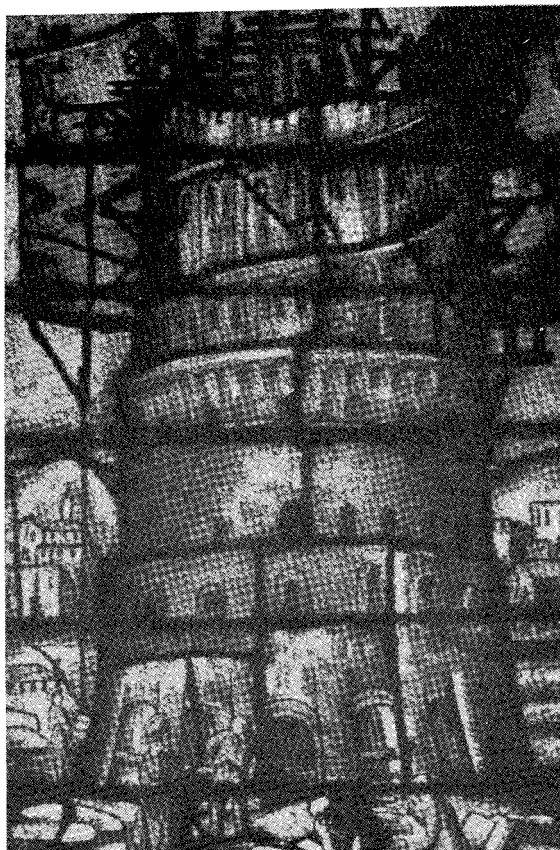
supposta la distinzione generale tra quella con finalità non direttamente terapeutica e quella chiaramente terapeutica per il soggetto stesso, nella fattispecie occorre distinguere anche tra la sperimentazione attuata sugli embrioni ancora vivi e la sperimentazione attuata su embrioni morti. *Se essi sono vivi, viabili o non, devono essere rispettati come tutte le persone umane; la sperimentazione non direttamente terapeutica sugli embrioni è illecita.*²⁹

Nessuna finalità, anche in se stessa nobile, come la previsione di una utilità per la scienza, per altri esseri umani o per la società, può in alcun modo giustificare la sperimentazione sugli embrioni o feti umani vivi, viabili e non, nel seno materno o fuori di esso. Il consenso informato, normalmente richiesto per la sperimentazione clinica sull'adulto, non può essere concesso dai genitori, i quali non possono disporre né dell'integrità fisica né della vita del nascituro. D'altra parte la sperimentazione sugli embrioni o feti comporta sempre il rischio, anzi, il più delle volte la previsione certa di un danno per la loro integrità fisica o addirittura della loro morte. Usare l'embrione umano, o il feto, come oggetto di strumento di sperimentazione rappresenta un delitto nei confronti della loro dignità di esseri umani che hanno diritto allo stesso rispetto dovuto al bambino già nato e ad ogni persona umana. La *Carta dei diritti della famiglia*, pubblicata dalla Santa Sede, afferma: « Il rispetto per la dignità dell'essere umano esclude ogni sorta di manipolazione sperimentale o sfruttamento dell'embrione umano ».³⁰ La prassi di mantenere in vita degli embrioni umani, *in vivo o in vitro*, per scopi sperimentali o commerciali, è del tutto contraria alla dignità umana.

Nel caso della sperimentazione chiaramente terapeutica, qualora si trattasse cioè di terapie sperimentali impiegate a beneficio dell'embrione stesso allo scopo di salvare in un tentativo estremo la sua vita, e in mancanza di altre terapie valide, può essere lecito il ricorso a farmaci o procedure non ancora del tutto convalidate.³¹

I cadaveri di embrioni o feti umani, volontariamente abortiti o non, devono essere rispettati come le spoglie degli altri esseri umani. In particolare non possono essere oggetto di mutilazioni o autopsie se la loro morte non è stata accertata e senza il consenso dei genitori o della madre. Inoltre va sempre fatta salva l'esigenza morale che non vi sia stata complicità alcuna con l'aborto volontario e che sia evitato il pericolo di scandalo. Anche nel caso di feti morti, come per i cadaveri di persone adulte, ogni pratica commerciale deve essere ritenuta illecita e deve essere proibita.

5. Come valutare moralmente l'uso a scopo di ricerca degli embrioni ottenuti mediante la fecondazione in vitro?



17

Gli embrioni umani ottenuti in vitro sono esseri umani e soggetti di diritto: la loro dignità e il loro diritto alla vita devono essere rispettati fin dal primo momento della loro esistenza. *È immorale produrre embrioni umani destinati a essere sfruttati come « materiale biologico » disponibile.*

Nella pratica abituale della fecondazione in vitro non tutti gli embrioni vengono trasferiti nel corpo della donna; alcuni vengono distrutti. Così come condanna l'aborto procurato, la Chiesa proibisce anche di attentare alla vita di questi esseri umani. *È doveroso denunciare la particolare gravità della distruzione volontaria degli embrioni umani, ottenuti in vitro al solo scopo di ricerca sia mediante fecondazione artificiale sia mediante «fissione gemellare».* Agendo in tal modo il ricercatore si sostituisce a Dio e, anche se non ne ha la coscienza, si fa padrone del destino altrui, in quanto sceglie arbitrariamente chi far vivere e chi mandare a morte e sopprime esseri umani senza difesa.

Le metodiche di osservazione e di sperimentazione, che causano danno o impongono dei rischi gravi e sproporzionati agli embrioni ottenuti in vitro, sono moralmente illecite per le stesse ragioni. Ogni essere umano va rispettato per se stesso, e non può essere ridotto a puro e semplice valore strumentale a vantaggio altrui. *Non è perciò conforme alla morale esporre deliberatamente alla morte embrioni umani ottenuti in vitro.* In conseguenza del fatto che sono stati prodotti in vitro, questi embrioni non trasferiti nel corpo della madre e denominati « soprannumerari », rimangono esposti a una sorte assurda, senza possibilità di offrire loro sicure vie di sopravvivenza lecitamente perseguibili.

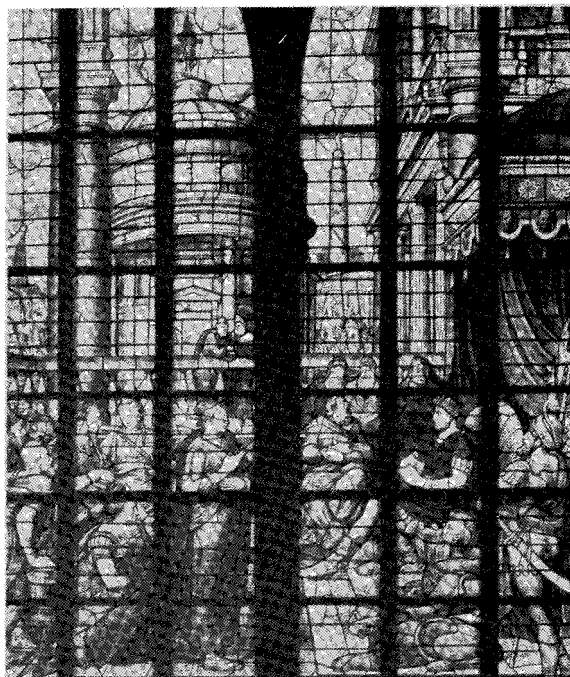
6. Quale giudizio dare sugli altri procedimenti di manipolazione degli embrioni connessi con le « tecniche di riproduzione umana »?

Le tecniche di fecondazione in vitro possono aprire la possibilità ad altre forme di manipolazione biologica o genetica degli embrioni umani, quali: i tentativi o progetti di fecondazione tra gameti umani e animali e di gestazione di embrioni umani in uteri di animali; l'ipotesi o il progetto di costruzione di uteri artificiali per l'embrione umano. *Questi procedimenti sono contrari alla dignità di essere umano propria dell'embrione e, nello stesso tempo, ledono il diritto di ogni persona di essere concepita e di nascere nel matrimonio e dal matrimonio.*³² Anche i tentativi o le ipotesi volte a ottenere un essere umano senza alcuna connessione con la sessualità mediante « fissione gemellare », clonazione, partenogenesi, sono da considerare contrarie alla morale, in quanto contrastano con la dignità sia della procreazione umana sia dell'unione coniugale.

Lo stesso congelamento degli embrioni, anche se attuato per garantire una conservazione

in vita dell'embrione — crioconservazione — *costituisce un'offesa al rispetto dovuto agli esseri umani*, in quanto li espone a gravi rischi di morte o di danno per la loro integrità fisica, li priva almeno temporaneamente dell'accoglienza e della gestazione materna e li pone in una situazione suscettibile di ulteriori offese e manipolazioni.

Alcuni tentativi d'intervento sul patrimonio cromosomico o genetico non sono terapeutici, ma mirano alla produzione di esseri umani selezionati secondo il sesso o altre qualità prestabilite. Queste manipolazioni sono contrarie alla dignità personale dell'essere umano, alla sua integrità e alla sua identità. Non possono quindi in alcun modo essere giustificate in vista di eventuali conseguenze benefiche per l'umanità futura.³³ Ogni persona deve essere rispettata per se stessa: in ciò consiste la dignità e il diritto di ogni essere umano fin dal suo inizio.



18

II. INTERVENTI SULLA PROCREAZIONE UMANA

Per « procreazione artificiale » o « fecondazione artificiale » si intendono qui le diverse procedure tecniche volte a ottenere un concepimento umano in maniera diversa dall'unione sessuale dell'uomo e della donna. L'Istruzione tratta della fecondazione di un ovulo in provetta (fecondazione *in vitro*) e dell'inseminazione artificiale mediante trasferimento, nelle vie genitali della donna, dello sperma precedentemente raccolto.

Un punto preliminare per la valutazione morale di tali tecniche è costituito dalla considerazione delle circostanze e delle conseguenze che esse comportano in ordine al rispetto dovuto all'embrione umano. L'affermarsi della pratica della fecondazione *in vitro* ha richiesto innumerevoli fecondazioni e distruzioni di embrioni umani. Ancora oggi, presuppone abitualmente una iperovulazione della donna: più ovuli sono prelevati, fecondati e poi coltivati *in vitro* per alcuni giorni. Abituamente non sono trasferiti tutti nelle vie genitali della donna; alcuni embrioni, chiamati solitamente « soprannumerari », vengono distrutti o congelati. Fra gli embrioni impiantati talora alcuni sono sacrificati per diverse ragioni eugenetiche, economiche e psicologiche. Tale distruzione volontaria di esseri umani o la loro utilizzazione a scopi diversi, a detrimento della loro integrità e della loro vita, è contraria alla dottrina già ricordata a proposito dell'aborto procurato.

Il rapporto tra fecondazione *in vitro* ed eliminazione volontaria di embrioni umani si verifica troppo frequentemente. Ciò è significativo: con questi procedimenti dalle finalità apparentemente opposte, la vita e la morte vengono sottoposte alle decisioni dell'uomo, che viene così a costituirsi donatore di vita e di morte su comando. Questa dinamica di violenza e di dominio può rimanere non avvertita da parte di quegli stessi che, volendola utilizzare, vi si assoggettano. I dati di fatto ricordati e la fredda logica che li collega, devono essere considerati per un giudizio morale sulla FIVET (fecondazione *in vitro* e trasferimento dell'embrione): la mentalità abortiva che l'ha resa possibile, conduce così, lo si voglia o no, al dominio dell'uomo sulla vita e sulla morte dei suoi simili, che può portare ad un eugenismo radicale. Tuttavia abusi del genere non esimono da una approfondita e ulteriore riflessione etica sulle tecniche di procreazione artificiale considerate in se stesse, astraendo, per quanto è possibile, dalla distruzione degli embrioni prodotti *in vitro*.

La presente Istruzione prenderà in considerazione pertanto in primo luogo i problemi posti dalla fecondazione artificiale eterologa (II, 1-3),* e successivamente quelli che sono collegati con la fecondazione artificiale omologa (II, 4-6).**

Prima di formulare il giudizio etico su ciascuna di esse, saranno considerati i principi e i valori che determinano la valutazione morale di ciascuna di queste procedure.

A. FECONDAZIONE ARTIFICIALE ETEROLOGA

1. Perché la procreazione umana deve aver luogo nel matrimonio?

Ogni essere umano va accolto sempre come un dono e una benedizione di Dio. Tuttavia dal punto di vista morale una procreazione veramente responsabile nei confronti del nascituro deve essere il frutto del matrimonio.

La procreazione umana possiede infatti delle caratteristiche specifiche in virtù della dignità dei genitori e dei figli: la procreazione di una nuova persona, mediante la quale l'uomo e la donna collaborano con la potenza del Creatore, dovrà essere il frutto e il segno della mutua donazione personale degli sposi, del loro amore e della loro fedeltà.³⁴ *La fedeltà degli sposi, nell'unità del matrimonio, comporta il reciproco rispetto del loro diritto a diventare padre e madre soltanto l'uno attraverso l'altro.*

Il figlio ha diritto ad essere concepito, portato in grembo, messo al mondo ed educato nel matrimonio: è attraverso il riferimento sicuro e riconosciuto ai propri genitori che egli può scoprire la propria identità e maturare la propria formazione umana.

I genitori trovano nel figlio una conferma e un completamento della loro donazione reciproca: egli è l'immagine vivente del loro amore, il segno permanente della loro unione coniugale, la sintesi viva e indissolubile della loro dimensione paterna e materna.³⁵

In forza della vocazione e delle responsabilità sociali della persona, il bene dei figli e dei genitori contribuisce al bene della società civile; la vitalità e l'equilibrio della società richiedono che i figli vengano al mondo in seno a una famiglia e che questa sia stabilmente fondata sul matrimonio.

La tradizione della Chiesa e la riflessione antropologica riconoscono nel matrimonio e nella sua unità indissolubile il solo luogo degno di una procreazione veramente responsabile.

2. La fecondazione artificiale eterologa è conforme alla dignità degli sposi e alla verità del matrimonio?

Nella FIVET e nell'inseminazione artificiale eterologa il concepimento umano viene ottenuto mediante l'incontro di gameti di almeno un donatore diverso dagli sposi che sono uniti in matrimonio. *La fecondazione artificiale eterologa è contraria all'unità del matrimonio, alla dignità*



19

degli sposi, alla vocazione propria dei genitori e al diritto del figlio ad essere concepito e messo al mondo nel matrimonio e dal matrimonio.³⁶

Il rispetto dell'unità del matrimonio e della fedeltà coniugale esige che il figlio sia concepito nel matrimonio; il legame esistente tra i coniugi attribuisce agli sposi, in maniera oggettiva e inalienabile, il diritto esclusivo a diventare padre e madre soltanto l'uno attraverso l'altro.³⁷ Il ricorso ai gameti di una terza persona, per avere a disposizione lo sperma o l'ovulo, costituisce una violazione dell'impegno reciproco degli sposi e una mancanza grave nei confronti di quella proprietà essenziale del matrimonio, che è la sua unità.

La fecondazione artificiale eterologa lede i diritti del figlio, lo priva della relazione filiale con le sue origini parentali e può ostacolare la maturazione della sua identità personale. Essa costituisce inoltre una offesa alla vocazione comune degli sposi che sono chiamati alla paternità e maternità: priva oggettivamente la fecondità coniugale della sua unità e della sua integrità; opera e manifesta una rottura fra parentalità genetica, parentalità gestazionale e responsabilità educativa. Tale alterazione delle relazioni personali all'interno della famiglia si ripercuote nella società civile: ciò che minaccia l'unità e la stabilità della famiglia è sorgente di dissensi, di disordine e di ingiustizie in tutta la vita sociale.

Queste ragioni portano a un giudizio morale negativo sulla fecondazione artificiale eterologa: pertanto è moralmente illecita la fecondazione di una donna con lo sperma di un donatore diverso da suo marito e la fecondazione con lo sperma del marito di un ovulo che non proviene dalla sua sposa. Inoltre la fecondazione artificiale di una donna non sposata, nubile o vedova, chiunque sia il donatore, non può essere moralmente giustificata.

Il desiderio di avere un figlio, l'amore tra gli sposi che aspirano a ovviare a una sterilità non altrimenti superabile, costituiscono motivazioni comprensibili; ma le intenzioni soggettivamente buone non rendono la fecondazione artificiale eterologa né conforme alle proprietà oggettive e inalienabili del matrimonio né rispettosa dei diritti del figlio e degli sposi.

3. La maternità « sostitutiva »* è moralmente lecita?

No, per le medesime ragioni che portano a rifiutare la fecondazione artificiale eterologa: è contraria, infatti, all'unità del matrimonio e alla dignità della procreazione della persona umana.

La maternità sostitutiva rappresenta una mancanza oggettiva di fronte agli obblighi dell'amore materno, della fedeltà coniugale e della maternità responsabile; offende la dignità e il diritto del figlio ad essere concepito, portato in grembo, messo al mondo ed educato dai propri genitori; essa instaura, a detrimento delle famiglie, una divisione fra gli elementi fisici, psichici e morali che le costituiscono.

B. FECONDAZIONE ARTIFICIALE OMOLOGA

Dichiarata inaccettabile la fecondazione artificiale eterologa, ci si chiede come valutare moralmente i procedimenti di fecondazione artificiale omologa: FIVET e inseminazione artificiale fra gli sposi. Occorre chiarire preliminarmente una questione di principio.

4. Quale legame è richiesto dal punto di vista morale tra procreazione e atto coniugale?

a) L'insegnamento della Chiesa sul matrimonio e sulla procreazione umana afferma la « connessione inscindibile, che Dio ha voluto e che l'uomo non può rompere di sua iniziativa, tra i due significati dell'atto coniugale: il significato unitivo e il significato procreativo. Infatti per la sua intima struttura, l'atto coniugale, mentre unisce con profondissimo vincolo gli sposi, li rende atti alla generazione di nuove vite, secondo leggi iscritte nell'essere stesso dell'uomo e della donna ». ³⁸ Questo principio, fondato sulla natura del matrimonio e sull'intima connessione dei suoi beni, comporta delle conseguenze ben note sul piano della paternità e maternità responsabili. « Salvaguardando ambedue questi aspetti essenziali, unitivo e procreativo, l'atto coniugale conserva integralmente il senso del mutuo e vero amore ed il suo ordinamento all'altissima vocazione dell'uomo alla paternità ». ³⁹

La medesima dottrina relativa al legame esistente fra i significati dell'atto coniugale e fra i beni del matrimonio chiarisce il problema morale della fecondazione artificiale omologa, poiché « non è mai permesso separare questi diversi aspetti al punto da escludere positivamente o l'intenzione procreativa o il rapporto coniugale ».

La contraccezione priva intenzionalmente l'atto coniugale della sua apertura alla procreazione e opera in tal modo una dissociazione volontaria delle finalità del matrimonio. La fecondazione artificiale omologa, perseguendo una procreazione che non è frutto di un atto specifico di unione coniugale, opera obiettivamente una separazione analoga tra i beni e i significati del matrimonio.

Pertanto *la fecondazione è voluta lecitamente quando è il termine di un « atto coniugale per sé idoneo alla generazione della prole, al quale il matrimonio è ordinato per sua natura e per il quale i coniugi divengono una sola carne »*. ⁴¹ *Ma la procreazione è privata dal punto di vista morale della sua perfezione propria quando non è voluta come il frutto dell'atto coniugale, e cioè del gesto specifico dell'unione degli sposi.*

b) Il valore morale dell'intimo legame esistente fra i beni del matrimonio e fra i significati dell'atto coniugale si fonda sull'unità dell'essere umano, unità risultante di corpo e anima spirituale. « Gli sposi si esprimono reciprocamente il loro amore personale nel « linguaggio del corpo », che comporta chiaramente « significati sponsali » e parentali insieme. ⁴³ L'atto coniugale, con il quale gli sposi si manifestano reciprocamente il dono di sé, esprime simultaneamente l'apertura al dono della vita: è un atto inscindibilmente corporale e spirituale. È nel loro corpo e per mezzo del loro corpo che gli sposi consumano il matrimonio e possono divenire

padre e madre. Per rispettare il linguaggio dei corpi e la loro naturale generosità, l'unione coniugale deve avvenire nel rispetto dell'apertura alla procreazione, e la procreazione di una persona deve essere il frutto e il termine dell'amore sponsale. L'origine dell'essere umano risulta così da una procreazione « legata all'unione non solamente biologica ma anche spirituale dei genitori uniti dal vincolo del matrimonio ». ⁴⁴ Una fecondazione ottenuta fuori del corpo degli sposi rimane per ciò stesso privata dei significati e dei valori che si esprimono nel linguaggio del corpo e nell'unione delle persone umane.

c) Soltanto il rispetto del legame, che esiste fra i significati dell'atto coniugale, e il rispetto dell'unità dell'essere umano consente una procreazione conforme alla dignità della persona. Nella sua origine unica e irripetibile il figlio dovrà essere rispettato e riconosciuto come uguale in dignità personale a coloro che gli donano la vita. La persona umana dev'essere accolta nel gesto di unione e di amore dei suoi genitori; la generazione di un figlio dovrà perciò essere il frutto della donazione reciproca ⁴⁵ che si realizza nell'atto coniugale in cui gli sposi cooperano come servitori e non come padroni, all'opera dell'Amore Creatore. ⁴⁶

L'origine di una persona umana è in realtà il risultato di una donazione. Il concepito dovrà essere il frutto dell'amore dei suoi genitori. Non può essere voluto né concepito come il prodotto di un intervento di tecniche mediche e biologiche: ciò equivarrebbe a ridurlo a diventare l'oggetto di una tecnologia scientifica. Nessuno può sottoporre la venuta al mondo di un bambino a delle condizioni di efficienza tecnica valutabili secondo parametri di controllo e di dominio.

La rilevanza morale del legame esistente tra i significati dell'atto coniugale e tra i beni del matrimonio, l'unità dell'essere umano e la dignità della sua origine esigono che la procreazione di una persona umana debba essere perseguita come il frutto dell'atto coniugale specifico dell'amore fra gli sposi. Il legame esistente fra procreazione e atto coniugale si rivela, perciò, di grande importanza sul piano antropologico e morale e chiarisce le posizioni del Magistero a proposito della fecondazione artificiale omologa.

5. La fecondazione omologa in vitro è moralmente lecita?

La risposta a questa domanda è strettamente dipendente dai principi ora ricordati. Non si possono certamente ignorare le legittime aspirazioni degli sposi sterili; per alcuni il ricorso alla FIVET omologa appare come l'unico mezzo per ottenere un figlio sinceramente desiderato: ci si domanda se in queste situazioni la globalità della vita coniugale non basti ad assicurare la dignità confacente alla procreazione umana. Si riconosce che la FIVET certamente non può suppli-



re alla assenza dei rapporti coniugali⁴⁷ e non può essere preferita, considerati i rischi che si possono verificare per il figlio e i disagi della procedura, agli atti specifici dell'unione coniugale. Ma ci si chiede se nell'impossibilità di rimediare in altro modo alla sterilità, che è causa di sofferenza, la fecondazione omologa *in vitro* non possa costituire un aiuto, se non addirittura una terapia, per cui ne potrebbe essere ammessa la liceità morale.

Il desiderio di un figlio — o quanto meno la disponibilità a trasmettere la vita — è un requisito necessario dal punto di vista morale per una procreazione umana responsabile. Ma questa intenzione buona non è sufficiente per dare una valutazione morale positiva della fecondazione *in vitro* tra gli sposi. Il procedimento della FIVET deve essere giudicato in se stesso, e non può mutuare la sua qualificazione morale definitiva né dall'insieme della vita coniugale nella quale esso si iscrive né dagli atti coniugali che possono precederlo o seguirlo.⁴⁸

È già stato ricordato come, nelle circostanze in cui è abitualmente praticata, la FIVET implichi la distruzione di esseri umani, fatto questo che è contro la dottrina già richiamata sulla illiceità dell'aborto.⁴⁹ Ma anche nel caso in cui si mettesse in atto ogni cautela per evitare la morte degli embrioni umani, la FIVET omologa attua la dissociazione dei gesti che sono destinati alla fecondazione umana dall'atto coniugale. La natura propria della FIVET omologa, pertanto, dovrà anche essere considerata astraendo dal legame con l'aborto procurato.

La FIVET omologa è attuata al di fuori del corpo dei coniugi mediante gesti di terze persone la cui competenza e attività tecnica determinano il successo dell'intervento: essa affida la vita e l'identità dell'embrione al potere dei medici e

dei biologi e instaura un dominio della tecnica sull'origine e sul destino della persona umana. Una siffatta relazione di dominio è in sé contraria alla dignità e all'uguaglianza che dev'essere comune a genitori e figli.

Il concepimento *in vitro* è il risultato dell'azione tecnica che presiede alla fecondazione; essa non è né di fatto ottenuta né positivamente voluta come l'espressione e il frutto di un atto specifico dell'unione coniugale. Nella FIVET omologa, perciò, pur considerata nel contesto dei rapporti coniugali di fatto esistenti, la generazione della persona umana è oggettivamente privata della sua perfezione propria: quella di essere, cioè, il termine e il frutto di un atto coniugale in cui gli sposi possono farsi « cooperatori con Dio per il dono della vita a una nuova persona ».⁵⁰

Queste ragioni permettono di comprendere perché l'atto di amore coniugale sia considerato nell'insegnamento della Chiesa come l'unico luogo degno della procreazione umana. Per le stesse ragioni il cosiddetto « caso semplice », cioè una procedura di FIVET omologa, che sia purificata da ogni compromissione con la prassi abortiva della distruzione di embrioni e con la masturbazione, rimane una tecnica moralmente illecita perché priva la procreazione umana della dignità che le è propria e connaturale.

Certamente la FIVET omologa non è gravata di tutta quella negatività etica che si riscontra nella procreazione extraconiugale; la famiglia e il matrimonio continuano a costituire l'ambito della nascita e dell'educazione dei figli. Tuttavia, in conformità con la dottrina tradizionale relativa ai beni del matrimonio e alla dignità della persona, la Chiesa rimane contraria, dal punto di vista morale, alla fecondazione omologa *in vitro*; questa è in se stessa illecita e contrastante con la dignità della procreazione e dell'u-

nione coniugale, anche quando tutto sia messo in atto per evitare la morte dell'embrione umano.

Pur non potendo essere approvata la modalità con cui viene ottenuto il concepimento umano nella FIVET, ogni bambino che viene al mondo dovrà comunque essere accolto come un dono vivente della Bontà divina e dovrà essere educato con amore.

6. Come valutare dal punto di vista morale l'inseminazione artificiale omologa?

L'inseminazione artificiale omologa all'interno del matrimonio non può essere ammessa, salvo il caso in cui il mezzo tecnico risulti non sostitutivo dell'atto coniugale, ma si configuri come una facilitazione e un aiuto affinché esso raggiunga il suo scopo naturale.

L'insegnamento del Magistero a questo proposito è stato già esplicitato: ⁵¹ esso non è soltanto espressione di circostanze storiche particolari, ma si fonda sulla dottrina della Chiesa in tema di connessione fra unione coniugale e procreazione, e sulla considerazione della natura personale dell'atto coniugale e della procreazione umana. « L'atto coniugale, nella sua struttura naturale, è un'azione personale, una cooperazione simultanea e immediata dei coniugi, la quale, per la stessa natura degli agenti e la proprietà dell'atto, è l'espressione del dono reciproco, che, secondo la parola della Scrittura, effettua l'unione "in una carne sola" ». ⁵² Pertanto la coscienza morale « non proscrive necessariamente l'uso di taluni mezzi artificiali destinati unicamente sia a facilitare l'atto naturale, sia a procurare il raggiungimento del proprio fine all'atto naturale normalmente compiuto ». ⁵³ Se il mezzo tecnico facilita l'atto coniugale o l'aiuta a raggiungere i suoi obiettivi naturali, può essere moralmente accettato. Qualora, al contrario, l'intervento si sostituisca all'atto coniugale, esso è moralmente illecito.

L'inseminazione artificiale sostitutiva dell'atto coniugale è proibita in ragione della dissociazione volontariamente operata tra i due significati dell'atto coniugale. La masturbazione, mediante la quale viene normalmente procurato lo sperma, è un altro segno di tale dissociazione; anche quando è posto in vista della procreazione, il gesto rimane privo del suo significato unitivo: « gli manca ... la relazione sessuale richiesta dall'ordine morale, quella che realizza, "in un contesto di vero amore, l'integro senso della mutua donazione e della procreazione umana" ». ⁵⁴

7. Quale criterio morale proporre circa l'intervento del medico nella procreazione umana?

L'atto medico non dev'essere valutato soltanto in rapporto alla sua dimensione tecnica, ma anche e soprattutto in relazione alla sua finalità,

che è il bene delle persone e la loro salute corporea e psichica. I criteri morali per l'intervento medico nella procreazione si deducono dalla dignità delle persone umane, della loro sessualità e della loro origine.

La medicina che voglia essere ordinata al bene integrale della persona deve rispettare i valori specificamente umani della sessualità. ⁵⁵ Il medico è al servizio delle persone e della procreazione umana: non ha facoltà di disporre né di decidere di esse. L'intervento medico è rispettoso della dignità delle persone quando mira ad aiutare l'atto coniugale sia per facilitarne il compimento sia per consentirgli di raggiungere il suo fine, una volta che sia stato normalmente compiuto. ⁵⁶

Al contrario, talvolta accade che l'intervento medico tecnicamente si sostituisca all'atto coniugale per ottenere una procreazione che non è né il suo risultato né il suo frutto: in questo caso l'atto medico non risulta, come dovrebbe, al servizio dell'unione coniugale, ma si appropria della funzione procreatrice e così contraddice alla dignità e ai diritti inalienabili degli sposi e del nascituro.

L'umanizzazione della medicina, che viene oggi insistentemente richiesta da tutti, esige il rispetto dell'integrale dignità della persona umana in primo luogo nell'atto e nel momento in cui gli sposi trasmettono la vita a una nuova persona. È logico pertanto rivolgere anche un pressante appello ai medici e ai ricercatori cattolici perché rendano una esemplare testimonianza del rispetto dovuto all'embrione umano e alla dignità della procreazione. Il personale medico e curante degli ospedali e delle cliniche cattoliche è in modo speciale invitato a fare onore agli obblighi morali contratti, spesso anche a titolo di statuto. I responsabili di questi ospedali e cliniche cattoliche, che sono sovente religiosi, avranno a cuore di assicurare e promuovere un'attenta osservanza delle norme morali richiamate nella presente Istruzione.

8. La sofferenza per la sterilità coniugale.

La sofferenza degli sposi che non possono avere figli o che temono di mettere al mondo un figlio handicappato, è una sofferenza che tutti debbono comprendere e adeguatamente valutare.

Da parte degli sposi il desiderio di un figlio è naturale: esprime la vocazione alla paternità e alla maternità inscritta nell'amore coniugale. Questo desiderio può essere ancora più forte se la coppia è affetta da sterilità che appaia incurabile. Tuttavia il matrimonio non conferisce agli sposi il diritto ad avere un figlio, ma soltanto il diritto a porre quegli atti naturali che di per sé sono ordinati alla procreazione. ⁵⁷

Un vero e proprio diritto al figlio sarebbe contrario alla sua dignità e alla sua natura. Il figlio non è un qualche cosa di dovuto e non può

essere considerato come oggetto di proprietà: è piuttosto un dono, « il più grande »⁵⁸ e il più gratuito del matrimonio, ed è testimonianza vivente della donazione reciproca dei suoi genitori. A questo titolo il figlio ha diritto — come è stato ricordato — di essere il frutto dell'atto specifico dell'amore coniugale dei suoi genitori e ha anche il diritto a essere rispettato come persona dal momento del suo concepimento.

Tuttavia la sterilità, qualunque ne sia la causa e la prognosi, è certamente una dura prova. La comunità dei credenti è chiamata a illuminare e sostenere la sofferenza di coloro che non possono realizzare una legittima aspirazione alla maternità e paternità. Gli sposi che si trovano in queste dolorose situazioni sono chiamati a scoprire in esse l'occasione per una particolare partecipazione alla croce del Signore, fonte di fecondità spirituale. Le coppie sterili non devono dimenticare che « anche quando la procreazione non è possibile, non per questo la vita coniugale perde il suo valore. La sterilità fisica infatti può essere occasione per gli sposi per rendere altri servizi importanti alla vita delle persone umane, quali ad esempio l'adozione, le varie forme di opere educative, l'aiuto ad altre famiglie, ai bambini poveri o handicappati ». ⁵⁹

Molti ricercatori si sono impegnati nella lotta contro la sterilità. Salvaguardando pienamente la dignità della procreazione umana, alcuni sono arrivati a risultati che in precedenza sembravano irraggiungibili. Gli uomini di scienza vanno quindi incoraggiati a proseguire nelle loro ricerche, allo scopo di prevenire le cause della sterilità e potersi rimediare, in modo che le coppie sterili possano riuscire a procreare nel rispetto della loro dignità personale e di quella del nascituro.

III. MORALE E LEGGE CIVILE

VALORI E OBBLIGHI MORALI CHE LA LEGISLAZIONE CIVILE DEVE RISPETTARE E SANCIRE IN QUESTA MATERIA

Il diritto inviolabile alla vita di ogni individuo umano innocente, i diritti della famiglia e dell'istituzione matrimoniale costituiscono dei valori morali fondamentali, perché riguardano la condizione naturale e la vocazione integrale della persona umana; nello stesso tempo sono elementi costitutivi della società civile e del suo ordinamento.

Per questo motivo le nuove possibilità tecnologiche, apertesi nel campo della biomedicina, richiedono l'intervento delle autorità politiche e del legislatore, perché un ricorso incontrollato a tali tecniche potrebbe condurre a conseguenze non prevedibili e dannose per la società civile. Il riferimento alla coscienza di ciascuno e all'auto-

regolamentazione dei ricercatori non può essere sufficiente per il rispetto dei diritti personali e dell'ordine pubblico. Se il legislatore, responsabile del bene comune, mancasse di vigilare, potrebbe venire espropriato delle sue prerogative da parte di ricercatori che pretendessero di governare l'umanità in nome delle scoperte biologiche e dei presunti processi di « miglioramento » che ne deriverebbero, L'« eugenismo » e le discriminazioni fra gli esseri umani potrebbero trovarsi legittimate: ciò costituirebbe una violenza e una offesa grave alla uguaglianza, alla dignità e ai diritti fondamentali della persona umana.

L'intervento dell'autorità politica si deve ispirare ai principi razionali che regolano i rapporti tra legge civile e legge morale. Compito della legge civile è assicurare il bene comune delle persone attraverso il riconoscimento e la difesa dei diritti fondamentali, la promozione della pace e della pubblica moralità. ⁶⁰ In nessun ambito di vita la legge civile può sostituirsi alla coscienza né può dettare norme su ciò che esula dalla sua competenza; essa deve talvolta tollerare in vista dell'ordine pubblico ciò che non può proibire senza che ne derivi un danno più grave. Tuttavia i diritti inalienabili della persona dovranno essere riconosciuti e rispettati da parte della società civile e dell'autorità politica; tali diritti dell'uomo non dipendono né dai singoli individui né dai genitori e neppure rappresentano una concessione della società e dello Stato: appartengono alla natura umana e sono inerenti alla persona in forza dell'atto creativo da cui ha preso origine.

Fra tali diritti fondamentali bisogna a questo proposito ricordare: a) il diritto alla vita e all'integrità fisica di ogni essere umano dal momento del concepimento alla morte; b) i diritti della famiglia e del matrimonio come istituzione e, in questo ambito, il diritto per il figlio ad essere concepito, messo al mondo ed educato dai suoi genitori. Su ciascuna di queste due tematiche occorre qui svolgere qualche considerazione ulteriore.

In diversi Stati alcune leggi hanno autorizzato la soppressione diretta di innocenti: nel momento in cui una legge positiva priva una categoria di esseri umani della protezione che la legislazione civile deve loro accordare, lo Stato viene a negare l'uguaglianza di tutti davanti alla legge. Quando lo Stato non pone la sua forza al servizio dei diritti di ciascun cittadino, e in particolare di chi è più debole, vengono minati i fondamenti stessi di uno Stato di diritto. L'autorità politica di conseguenza non può approvare che degli esseri umani siano chiamati all'esistenza mediante procedure tali da esporli ai gravissimi rischi sopra ricordati. Il riconoscimento eventuale accordato dalla legge positiva e dalle autorità politiche alle tecniche di trasmissione artificiale della vita e alle sperimentazioni connesse renderebbe più ampia la breccia aperta dalla le-

galizzazione dell'aborto.

Come conseguenza del rispetto e della protezione che vanno assicurate al nascituro, a partire dal momento del suo concepimento, la legge dovrà prevedere appropriate sanzioni penali per ogni deliberata violazione dei suoi diritti. La legge non potrà tollerare — anzi dovrà espressamente proibire — che degli esseri umani, sia pure allo stadio embrionale, siano trattati come oggetto di sperimentazione, mutilati o distrutti, con il pretesto che risulterebbero superflui o incapaci di svilupparsi normalmente.

L'autorità politica è tenuta a garantire all'istituzione familiare, sulla quale la società si fonda, la protezione giuridica alla quale essa ha diritto. Per il fatto stesso che è al servizio delle persone, l'autorità politica dovrà essere anche a servizio della famiglia. La legge civile non potrà accordare la sua garanzia a quelle tecniche di procreazione artificiale che sottraggono a beneficio di terze persone (medici, biologi, poteri economici o governativi) ciò che costituisce un diritto inerente alla relazione fra gli sposi e non potrà perciò legalizzare il dono di gameti tra persone che non siano legittimamente unite in matrimonio.

La legislazione dovrà proibire inoltre, in forza del sostegno che è dovuto alla famiglia, le banche di embrioni, l'inseminazione *post mortem* e la « maternità sostitutiva ».

Rientra nei doveri dell'autorità pubblica operare in modo che la legge civile sia regolata sulle norme fondamentali della legge morale in ciò che concerne i diritti dell'uomo, della vita umana e dell'istituzione familiare. Gli uomini politici dovranno impegnarsi, attraverso il loro intervento sull'opinione pubblica, ad ottenere su tali punti essenziali il consenso più vasto possibile nella società, e a consolidarlo laddove esso rischiasse di essere indebolito e di verni meno.

In molti paesi la legalizzazione dell'aborto e la tolleranza giuridica verso le coppie non sposate rendono più difficile ottenere il rispetto dei diritti fondamentali richiamati in questa Istruzione. Ci si augura che gli Stati non si assumano responsabilità di rendere ancora più gravi queste situazioni di ingiustizia socialmente dannose. Al contrario, c'è da auspicare che le nazioni e gli Stati prendano coscienza di tutte le implicazioni culturali, ideologiche e politiche connesse con le tecniche di procreazione artificiale e sappiano trovare la saggezza e il coraggio necessari per emanare leggi più giuste e rispettose della vita umana e dell'istituzione familiare.

La legislazione civile di numerosi Stati conferisce oggi agli occhi di molti una legittimazione indebita di certe pratiche; essa si dimostra incapace di garantire quella moralità, che è conforme alle esigenze naturali della persona umana e alle « leggi non scritte » impresse dal Creatore nel cuore dell'uomo. Tutti gli uomini di buona volontà devono impegnarsi, in particolare nell'ambito della loro professione e nell'esercizio

dei loro diritti civili, perché siano riformate le leggi civili moralmente inaccettabili e corrette le pratiche illecite. Inoltre deve essere sollevata e riconsociuta l'« obiezione di coscienza » di fronte a tali leggi. Ancor più, comincia a imporsi con acutezza alla coscienza morale di molti, specialmente fra gli specialisti delle scienze biomediche, l'istanza per una resistenza passiva alla legittimazione di pratiche contrarie alla vita e alla dignità dell'uomo.

CONCLUSIONE

La diffusione delle tecnologie d'intervento sui processi della procreazione umana solleva gravissimi problemi morali in relazione al rispetto dovuto all'essere umano fin dal suo concepimento e alla dignità della persona, della sua sessualità e della trasmissione della vita.

Con questo documento, la Congregazione per la Dottrina della Fede, adempiendo al suo compito di promuovere e tutelare l'insegnamento della Chiesa in così grave materia, rivolge un nuovo accorato invito a tutti coloro che, in ragione del loro ruolo e del loro impegno, possono esercitare un influsso positivo perché, nella famiglia e nella società, sia accordato il dovuto rispetto alla vita e all'amore: ai responsabili della formazione delle coscienze e dell'opinione pubblica, ai cultori della scienza e ai professionisti della medicina, ai giuristi e agli uomini politici. Essa auspica che tutti comprendano l'incompatibilità che sussiste tra il riconoscimento della dignità della persona umana e il disprezzo della vita e dell'amore, tra la fede nel Dio vivente e la pretesa di voler decidere arbitrariamente dell'origine e della sorte di un essere umano.

In particolare la Congregazione per la Dottrina della Fede rivolge un fiducioso invito e un incoraggiamento ai teologi e, in particolare, ai moralisti perché approfondiscano e rendano sempre più accessibili ai fedeli i contenuti all'insegnamento del Magistero della Chiesa, alla luce di una valida antropologia in materia di sessualità e matrimonio nel contesto del necessario approccio interdisciplinare. Si potranno così comprendere sempre meglio le ragioni e la validità di questo insegnamento: difendendo l'uomo contro gli eccessi del suo stesso potere, la Chiesa di Dio gli ricorda i titoli della sua vera nobiltà; solo in tal modo si potrà assicurare all'umanità di domani la possibilità di vivere e di amare in quella dignità e libertà che derivano dal rispetto della verità. Le precise indicazioni che vengono offerte nella presente Istruzione non intendono quindi arrestare lo sforzo di riflessione, ma piuttosto favorirne un rinnovato impulso, nella fedeltà irrinunciabile alla dottrina della Chiesa.

Alla luce della verità sul dono della vita umana e dei principi morali che ne conseguono, ciascuno è invitato ad agire, nell'ambito della re-

sponsabilità che gli è propria, come il buon samaritano e a riconoscere anche il più piccolo tra i figli degli uomini come suo prossimo (Cf. *Lc* 10, 29-37). La parola di Cristo trova qui una risonanza nuova e particolare: « Ciò che avrete fatto al più piccolo dei miei fratelli lo avrete fatto a Me » (*Mt* 25, 40).

Il Sommo Pontefice Giovanni Paolo II, nel corso dell'Udienza accordata al sottoscritto Prefetto dopo la riunione plenaria di questa Congregazione, ha approvato la presente Istruzione e ne ha ordinato la pubblicazione.

Roma, dalla Sede della Congregazione per la Dottrina della Fede, il 22 febbraio 1987, Festa della Cattedra di S. Pietro Apostolo.

JOSEPH CARD. RATZINGER
Prefetto

ALBERTO BOVONE
Arc. tit. di Cesarea di Numidia
Segretario



* I termini di « zigote », « pre-embrione », « embrione » e « feto » possono indicare nel vocabolario della biologia stadi successivi dello sviluppo di un essere umano. La presente Istruzione usa liberamente di questi termini, attribuendo ad essi un'identica rilevanza etica, per designare il frutto, visibile o no, della generazione umana, dal primo momento della sua esistenza fino alla nascita. La ragione di questo uso viene chiarita dal testo (cf. I, 1).

¹ Giovanni Paolo II, *Discorso ai partecipanti all'81° Congresso della Società Italiana di Medicina Interna e all'82° Congresso della Società Italiana di Chirurgia Generale*, 27 ottobre 1980: AAS 72 (1980) 1126.

² Paolo VI, *Discorso all'Assemblea Generale delle Nazioni Unite*, 4 ottobre 1965: AAS 57 (1965) 878; Encicl. *Populorum Progressio* 13: AAS 59 (1967) 263.

³ Paolo VI, *Omelia durante la Messa di chiusura dell'Anno Santo* 25 dicembre 1975: AAS 68 (1976) 145; Encicl. *Dives in Misericordia*, 30: AAS 72 (1980) 1224.

⁴ Giovanni Paolo II, *Discorso ai partecipanti alla 35ª Assemblea Generale dell'Associazione Medica Mondiale*, 29 ottobre 1973: AAS 76 (1984) 390.

⁵ Cf. Dichiar. *Dignitatis Humanae*, 2.

⁶ Costit. past. *Gaudium et Spes*, 22; Giovanni Paolo II, Encicl. *Redemptor Hominis*, 8: AAS 71 (1979) 270-272.

⁷ Cf. past. *Gaudium et Spes*, 35.

⁸ Costit. past. *Gaudium et Spes*, 15; Cfr. anche Paolo VI, Encicl. *Populorum Progressio*, 20: AAS 59 (1967) 267; Giovanni Paolo II, Encicl. *Redemptor Hominis*, 15: AAS 71 (1979) 286-289; Esort. apost. *Familiaris Consortio*, 8: AAS 74 (1982) 89.

⁹ Giovanni Paolo II, Esort. apost. *Familiaris Consortio*, 11: AAS 74 (1982) 92.

¹⁰ Cf. Paolo VI, Encicl. *Humanae Vitae*, 10: AAS 60

(1968) 487-488.

¹¹ Giovanni Paolo II, *Discorso ai partecipanti alla 35ª Assemblea Generale dell'Associazione Medica Mondiale*, 29 ottobre 1983: AAS 76 (1984) 393.

¹² Cf. Giovanni Paolo II, Esort. apost. *Familiaris Consortio* 11: AAS 74 (1982) 91-92; cf. anche Costit. past. *Gaudium et Spes*, 50.

¹³ Sacra Congregazione per la Dottrina della Fede, *Dichiarazione sull'aborto procurato*, 9: AAS 66 (1974) 736-737.

¹⁴ Giovanni Paolo II, *Discorso ai partecipanti alla 35ª Assemblea Generale dell'Associazione Medica Mondiale*, 29 ottobre 1983: AAS 76 (1984) 390.

¹⁵ Giovanni XXIII, Encicl. *Mater et Magistra*, III: AAS 53 (1961) 447.

¹⁶ Costit. past. *Gaudium et Spes*, 24.

¹⁷ Cf. Pio XII, Encicl. *Humani Generis*: AAS 42 (1950) 575; Paolo VI, *Professio fidei*: AAS 60 (1968) 436.

¹⁸ Giovanni XXIII, Encicl. *Mater et Magistra*, III: AAS 53 (1961) 447; cf. Giovanni Paolo II, *Discorso ai sacerdoti partecipanti a un seminario di studio su « La procreazione responsabile »*, 17 settembre 1983: *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, VI, 2 (1983) 562: « All'origine di ogni persona umana v'è un atto creativo di Dio: nessun uomo viene all'esistenza per caso; egli è sempre il termine dell'amore creativo di Dio ».

¹⁹ Cf. Costit. past. *Gaudium et Spes*, 24.

²⁰ Cf. Pio XII, *Discorso all'Unione Medico-Biologica « S. Luca »*, 12 novembre 1944: *Discorsi e Radiomessaggi*, VI (1944-1945) 191-192.

²¹ Cf. Costit. past. *Gaudium et Spes*, 50.

²² Cf. Costit. past. *Gaudium et Spes*, 51: « Perciò quando si tratta di comporre l'amore coniugale con la trasmissione responsabile della vita il carattere morale del comportamento non dipende solo dalla sincera intenzione e dalla valutazione dei motivi, ma va determinato da criteri oggettivi che hanno il loro fondamento nella natura stessa della persona umana e dei suoi atti, che sono destinati a mantenere in un contesto di vero amore l'intero senso della mutua donazione e della procreazione umana ».

²³ Cf. Costit. past. *Gaudium et Spes*, 51.

²⁴ Santa Sede, *Carta dei diritti della famiglia*, art. 4: *L'Osservatore Romano*, 25 novembre 1983.

²⁵ Sacra Congregazione per la Dottrina della Fede, *Dichiarazione sull'aborto procurato*, 12-13: AAS 66 (1974) 738.

* Lo zigote è la cellula derivante dalla fusione dei nuclei dei due gameti.

²⁶ Cf. Paolo VI, *Discorso ai partecipanti al XXIII Congresso Nazionale dei Giuristi Cattolici Italiani*, 9 dicembre 1972: AAS 64 (1972) 777.

²⁷ L'obbligo di evitare dei rischi sproporzionati comporta un autentico rispetto degli esseri umani e la rettitudine delle intenzioni terapeutiche. Esso implica che il medico « dovrà innanzitutto valutare attentamente le eventuali conseguenze negative che l'uso necessario di una determinata tecnica d'indagine può avere sul concepito, ed eviterà il ricorso a procedimenti diagnostici circa la cui onesta finalità e sostanziale innocuità non si possiedono sufficienti garanzie. E se, come spesso avviene nelle scelte umane, un coefficiente di rischio dovrà essere affrontato, egli si preoccuperà di verificare che esso sia compensato da una vera urgenza della diagnosi e dall'importanza dei risultati con essa raggiungibili in favore del concepito stesso » (Giovanni Paolo II, *Discorso ai partecipanti al Convegno del « Movimento per la vita »*, 3 dicembre 1982: *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, V 3 [1982] 1512). Questa precisazione sul « rischio proporzionato » va tenuta presente anche nei passi successivi di questa Istruzione, tutte le volte in cui ricorre questo termine.

²⁸ Giovanni Paolo II, *Discorso ai partecipanti alla 35ª Assemblea Generale dell'Associazione Medica Mondiale*, 29 ottobre 1983: AAS 76 (1984) 392.

* Poiché i termini « ricerca » e « sperimentazione » sono frequentemente usati in modo equivalente e ambiguo, si ritiene di dover precisare il significato loro attribuito nel presente documento.

1) Per *ricerca* s'intende qualsiasi procedimento induttivo-

deduttivo, inteso a promuovere l'osservazione sistematica di un dato fenomeno in campo umano o a verificare un'ipotesi emersa da precedenti osservazioni.

2) Per sperimentazioni s'intende qualsiasi ricerca, in cui l'essere umano (nei diversi stadi della sua esistenza: embrione, feto, bambino o adulto) rappresenta l'oggetto mediante il quale o sul quale s'intende verificare l'effetto, al momento sconosciuto o ancora non ben conosciuto, di un dato trattamento (ad es. farmacologico, teratogeno, chirurgico etc.).

²⁹ Cf. Giovanni Paolo II, *Discorso ai partecipanti a un Convegno della Pontificia Accademia delle Scienze*, 23 ottobre 1982: AAS 75 (1983) 37: « Io condanno nel modo più esplicito e formale le manipolazioni sperimentali fatte sull'embrione umano, perché l'essere umano, dal momento del suo concepimento fino alla morte, non può essere sfruttato per nessuna ragione ».

³⁰ Santa Sede, *Carta dei diritti della famiglia*, art. 4b: *L'Osservatore Romano*, 25 novembre 1983.

³¹ Cf. Giovanni Paolo II, *Discorso ai partecipanti al Convegno del « Movimento per la vita »*, 3 dicembre 1982: *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, V, 3 (1982) 1511: « Inaccettabile è ogni forma di sperimentazione sul feto che possa danneggiarne l'integrità o peggiorarne le condizioni a meno che si tratti di un tentativo estremo di salvarlo da morte ». Sacra Congregazione per la Dottrina della Fede, *Dichiarazioni sull'eutanasia*, 4: AAS 72 (1980) 550: « In mancanza di altri rimedi, è lecito ricorrere, con il consenso dell'ammalato, ai mezzi messi a disposizione della medicina più avanzata, anche se sono ancora allo stato sperimentale e non sono esenti da qualche rischio ».

³² Nessuno può rivendicare, prima di esistere, un diritto soggettivo ad iniziare l'esistenza; tuttavia, è legittimo affermare il diritto del bambino ad avere un'origine pienamente umana attraverso il concepimento conforme alla natura personale dell'essere umano. La vita è un dono che deve essere accordato in maniera degna sia del soggetto che la riceve sia dei soggetti che la trasmettono. Questa precisazione va tenuta presente anche per quanto verrà spiegato a proposito della procreazione artificiale umana.

³³ Cf. Giovanni Paolo II, *Discorso ai partecipanti alla 35^a Assemblea Generale dell'Associazione Medica Mondiale*, 29 ottobre 1983: AAS 76 (1984) 391.

³⁴ Cf. Costit. past. *Gaudium et Spes*, 50.

³⁵ Cf. Giovanni Paolo II, *Esort. apost. Familiaris Consortio* 14: AAS 74 (1982) 96.

³⁶ Cf. Pio XII, *Discorso ai partecipanti al VI Congresso Internazionale dei Medici Cattolici*, 29 settembre 1949: AAS 41 (1949) 559. Secondo il piano del Creatore, « l'uomo abbandona suo padre e sua madre e si unisce alla sua donna e i due diventano una sola carne » (*Gen* 2, 24). L'unità del matrimonio, legata all'ordine della creazione, è una verità accessibile alla ragione naturale. La Tradizione e il Magistero della Chiesa si riferiscono sovente al libro della Genesi, sia direttamente sia attraverso i passi del Nuovo Testamento che vi fanno riferimento: *Mt* 19, 4-6; *Mc* 10, 5-8; *Ef* 5, 31. Cf. Atenagora, *Legatio pro christianis*, 33: *Pg* 6, 965-967; S. Giovanni Crisostomo, *In Mattheum homiliae*, LXII. 19. 1: *Pg* 58, 597; S. Leone Magno, *Epist. ad Rusticum*, 4: *PL* 54, 1204; Innocenzo III, *Epist. Gaudemus in Domino*: *DS* 778; Concilio di Lione II, *IV* sess.: *DS* 860; Concilio di Trento, *XXIV* sess.: *DS* 1798, 1802; Leone XIII, *Encicl. Arcanum divinae sapientiae*: *AAS* 12 (1879-80) 388-391; Pio XI, *Encicl. Casti Connubii*: *AAS* 22 (1930) 546-547; Concilio Vaticano II, *Const. past. Gaudium et Spes*, 48; Giovanni Paolo II, *Esort. apost. Familiaris Consortio*, 19: *AAS* 74 (1982) 101-102; *C.I.C.*, *can.* 1056.

³⁷ Cf. Pio XII, *Discorso ai partecipanti al VI Congresso Internazionale dei Medici Cattolici*, 29 settembre 1949: AAS 41 (1949) 560; *Discorso alle congressiste dell'Unione Cattolica Italiana Ostetriche*, 29 ottobre 1951: AAS 43 (1951) 850; *C.I.C.*, *can.* 1134.

* Sotto la denominazione di « madre sostitutiva » l'Istruzione intende comprendere:

a) la donna che porta in gestazione un embrione impiantato nel suo utero e che le è geneticamente estraneo, perché ottenuto mediante l'unione di gameti di « donatori », con l'impegno di consegnare il bambino una volta nato a chi ha

commissionato o pattuito tale gestazione;

b) la donna che porta in gestazione un embrione alla cui procreazione ha concorso con il dono del proprio ovulo, fecondato mediante inseminazione con lo sperma di un uomo diverso da suo marito, con l'impegno di consegnare il figlio, una volta nato, a chi ha commissionato o pattuito la gestazione.

³⁸ Paolo VI, *Encicl. Humanae Vitae*, 12: AAS 60 (1968) 488-489.

³⁹ *Loc. cit.*: *ibid.*, 489.

⁴⁰ Pio XII, *Discorso ai partecipanti al II Congresso Mondiale di Napoli sulla fecondità e sterilità umana*, 19 maggio 1956: AAS 48 (1956) 470.

⁴¹ *C.I.C.*, *can.* 1061. Secondo questo canone, l'atto coniugale è quello per il quale il matrimonio è consumato se i suoi sposi « l'hanno posto tra loro in modo umano ».

⁴² Cf. Costit. past. *Gaudium et Spes*, 14.

⁴³ Cf. Giovanni Paolo II, *Udienza generale*, 16 gennaio 1980: *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, III, 1 (1980) 148-152.

⁴⁴ Giovanni Paolo II, *Discorso ai partecipanti alla 35^a Assemblea Generale dell'Associazione Medica Mondiale*, 29 ottobre 1983: AAS 76 (1984) 393.

⁴⁵ Cf. Costit. past. *Gaudium et Spes*, 51.

⁴⁶ Cf. Costit. past. *Gaudium et Spes*, 50.

⁴⁷ Cf. Pio XII, *Discorso ai partecipanti al VI Congresso Internazionale dei Medici Cattolici*, 29 settembre 1949: AAS 41 (1949) 560: « Sarebbe falso pensare che la possibilità di ricorrere a questo mezzo (fecondazione artificiale) possa rendere valido il matrimonio tra persone incapaci a contrarlo a motivo dell'impedimentum impotentiae ».

⁴⁸ Un questione analoga è tratta da Paolo VI, *Encicl. Humanae Vitae*, 14: AAS 60 (1968) 490-491.

⁴⁹ Cf. *sopra*, I, 1 seg.

⁵⁰ Giovanni Paolo II, *Esort. apost. Familiaris Consortio*, 14: AAS 74 (1982) 96.

⁵¹ Cf. *Risposta del S. Ufficio*, 17 marzo 1987: *DS* 3323; Pio XII, *Discorso ai partecipanti al IV Congresso Internazionale dei Medici Cattolici*, 29 settembre 1949: AAS 41 (1949) 560; *Discorso alle congressiste dell'Unione Cattolica Italiana Ostetriche*, 29 ottobre 1951: AAS 43 (1951) 850; *Discorso ai partecipanti al II Congresso Mondiale di Napoli sulla fertilità e sterilità umana*, 19 maggio 1956: AAS 48 (1956) 471-473; *Discorso ai partecipanti al VII Congresso Internazionale della Società Internazionale di Ematologia*, 12 settembre 1958: AAS 50 (1958) 733; Giovanni XXIII, *Encicl. Mater et Magistra*, III: AAS 53 (1961) 477.

⁵² Pio XII, *Discorso alle congressiste dell'Unione Cattolica Italiana Ostetriche*, 29 ottobre 1951: AAS 43 (1951) 850; *Discorso ai partecipanti al II Congresso Mondiale di Napoli sulla fertilità e sterilità umana*, 19 maggio 1956: AAS 48 (1956) 471-473; *Discorso ai partecipanti al VIII Congresso Internazionale della Società Internazionale di Ematologia*, 12 settembre 1958: AAS 50 (1958) 733; Giovanni XXIII, *Encicl. Mater et Magistra*, III: AAS 53 (1961) 477.

⁵³ Pio XII, *Discorso ai partecipanti al VI Congresso Internazionale dei Medici Cattolici*, 29 settembre 1949: AAS 41 (1949) 560.

⁵⁴ Sacra Congregazione per la Dottrina della Fede, *Dichiarazione su alcune questioni di etica sessuale*, 9: AAS 68 (1976) 86, che cita la Costit. past. *Gaudium et Spes*, 51; cf. *Decreto del S. Ufficio*, 2 agosto 1929: AAS 21 (1929) 490; Pio XII, *Discorso ai partecipanti al XXVI Congresso indetto dalla Società Italiana di Urologia*, 8 ottobre 1953: AAS 53 (1961) 678.

⁵⁵ Cf. Giovanni XXIII, *Encicl. Mater et Magistra*, III: AAS 53 (1961) 447.

⁵⁶ Cf. Pio XII, *Discorso ai partecipanti al IV Congresso Internazionale dei Medici Cattolici*, 29 settembre 1949: AAS 41 (1949) 560.

⁵⁷ Cf. Pio XII, *Discorso ai partecipanti al II Congresso Mondiale di Napoli sulla fertilità e sterilità umana*, 19 maggio 1946: AAS 48 (1956) 471-473.

⁵⁸ Costit. past. *Gaudium et Spes*, 50.

⁵⁹ Giovanni Paolo II, *Esort. apost. Familiaris Consortio*, 14: AAS 74 (1982) 97.

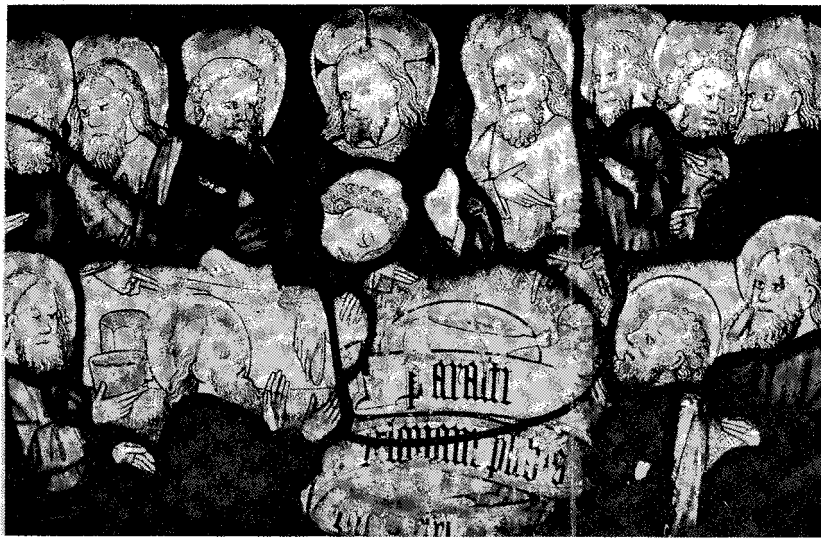
⁶⁰ Cf. *Dichiar. Dignitatis humanae*, 7.



20

***scienze e tecnologie nuove:
quale etica?***

***il fattibile non è
sempre agibile***



21

scienze e tecnologie nuove: quale etica?

Le nuove conoscenze scientifiche e la tecnologia innovativa da esse derivata hanno creato dei problemi etici molto seri nel campo della medicina e dello sviluppo umano. I saggi e gli esperti, allorché si esprimono sulle nuove conoscenze e la tecnologia innovativa, spesso dichiarano che i problemi etici da queste sollevati sono totalmente nuovi ovvero privi di soluzione.

I mezzi di comunicazione sociale, per esempio, affermano che « la tecnologia ha superato l'etica » o che la scienza moderna richiede « una nuova morale per la nuova visione dell'uomo come creatore ». La conclusione di tali affermazioni spesso porta a dichiarare che l'o-

pinione pubblica deve darsi nuovi criteri etici per affrontare la conoscenza e la tecnologia contemporanea.

Alcuni giornalisti arrivano financo ad affermare che, in vista dell'incertezza attuale nel campo etico, gli scienziati hanno il diritto di fare qualunque cosa, segnando così un ritorno alla teoria che « scienza è svincolata da qualsiasi valore » che ha quasi distrutto la civiltà nella prima metà del 20° secolo.

Ma si può dire che gli sviluppi nella scienza e nella tecnologia ci hanno lasciato totalmente privi di un orientamento per la riflessione etica? L'apparire di nuovi concetti come morte cerebrale, coma irreversibile, vo-

lontà di vivere, alimentazione artificiale, organi artificiali, ingegneria genetica, manipolazione psicologica e prolungamento della morte ci spingono forse a riprendere dal principio la riflessione etica?

L'insegnamento di Gesù e della Chiesa Cattolica non ha nulla da offrire riguardo agli sviluppi attuali e futuri della scienza e della tecnologia? Bisogna ricominciare da capo il discorso sull'etica della ricerca, della medicina e dello sviluppo umano?

Senza sottovalutare la potenzialità di cambiamento nella vita e nel comportamento umani, introdotta dalle scienze e tecnologie nuove e ammettendo che i nostri sforzi di applicare i

principi cristiani ai problemi etici occasionati dal progresso della conoscenza e della tecnologia produrranno angosce, ansie e dolori, il nostro studio vuole dimostrare che la Chiesa cattolica dà in effetti una guida e dei principi per risolvere i problemi morali derivanti dalla conoscenza e tecnologia moderna.

Senza sottovalutare la novità e la difficoltà dei nuovi problemi etici nel campo della medicina e dello sviluppo umano, desideriamo reagire alla costernazione e disperazione di certuni riproponendo la visione cattolica della persona umana, il primato della funzione spirituale e il destino eterno degli esseri umani.

Nel corso del dibattito, indicheremo cinque campi di ricerca medica e scientifica che stanno cambiando drasticamente a causa delle nuove conoscenze e tecnologie. Presenteremo inoltre alcuni principi dell'insegnamento cattolico, tanto generali che specifici, che possono servire di guida nel risolvere alcuni dei problemi etici recenti e difficili provocati dal progresso della conoscenza e della tecnologia.

Concluderemo infine sottolineando la necessità di un effettivo scambio di informazioni se si vuole che l'insegnamento della Chiesa aiuti la comunità umana a trarre profitto dalle sue nuove scoperte nel campo scientifico e tecnologico.

1. Nuovi sviluppi nel campo medico

« In anni recenti, la medicina ha compiuto significativi passi avanti che hanno aumentato in modo considerevole le possibilità di intervento terapeutico.

Ciò ha causato una lenta modifica della natura stessa della medicina, estendendo il suo ruolo dalla funzione originaria di combattere il male a quella di una promozione globale della salute dell'essere umano ». ¹ Queste parole del Papa Giovanni Paolo II riassumono non solo i cambiamenti avvenuti nelle tecniche mediche e nelle terapie, ma anche gli sviluppi della conoscenza scientifica su cui si basa la medicina. I medici non devono più attendere che si presenti la malattia, né sono limitati dalle funzioni naturali del corpo per mettere a punto le terapie. Al contrario, gli sviluppi della medicina permettono ai medici di anticipare i problemi delle malattie e il loro sorgere, nonché di limitare i loro effetti in maniera più radicale. Inoltre si può ben dire che siano aumentati i problemi che vengono considerati di tipo medico. Mentre un tempo il medico si preoccupava di curare il malato, attualmente egli tiene anche in conto i problemi sociali. Ad esempio, i medici assumono o si vedono delegare la responsabilità di limitare le armi nucleari, di combattere la sovrappopolazione e le gravidanze delle minorenni, di determinare la distribuzione di aiuti medici limitati, di eliminare i maltrattamenti infantili e altri problemi ancora che nel passato venivano sia ignorati sia assunti da altri professionisti.

Più precisamente, le tecniche e i programmi terapeutici nuovi si possono identificare in molti disparati campi della ricerca scientifica e della medicina. Questi poteri acquisiti da poco sono quanto mai cospicui nei seguenti campi e hanno portato al cambiamento menzionato



22

da Giovanni Paolo II, ossia dalla cura della malattia alla promozione della salute.

1. Sviluppi notevoli sono avvenuti nel campo della **genetica umana**. Mentre la ricerca in questo settore non ha ancora portato a pratiche terapeutiche degne di nota, la conoscenza disponibile fa presagire che ciò potrà accadere nella prossima generazione. Dagli studi del DNA, il principio chimico dell'eredità, gli scienziati sono in grado di capire lo sviluppo del genere umano che racchiude il modello dello sviluppo biologico. Le ricerche in genetica permettono agli scienziati di leggere i messaggi d'eredità contenuti nel DNA, di modificare quasi a volontà i messaggi chimici e persino di fabbricare geni totalmente artificiali che funzionano nelle cellule viventi. Sono state pure messe a punto nuove medicine e

nuove strategie per il trattamento delle malattie. Diagnosticare malattie genetiche è diventato comune, anche se le terapie per queste malattie non sono ancora compiutamente sviluppate. L'amniocentesi o l'esame delle villi permette, ad esempio, di esaminare la composizione genetica del feto e quindi di diagnosticare anomalie fisiche o mentali dovute a deficienze genetiche. La speranza del futuro tende a sostituire i geni difettosi attraverso la congiunzione di geni che debellerà malattie quali la fibrosi cistica, la distrofia muscolare o la sindrome di Down. La conoscenza acquisita tramite la ricerca genetica permette pure di modificare in modo significativo il corpo umano. Gli esseri umani staranno meglio con tre braccia, più alti o più bassi, un sistema digestivo meno complicato? Tutte queste modifiche sono possibili grazie alla manipolazione del programma genetico della persona umana. Attualmente si può analizzare il programma genetico di una persona e determinare se essa è portatrice di gravi malattie genetiche o se sarà soggetta a gravi malattie a causa della sua debolezza genetica. Per esempio, si può determinare con certezza se una donna sarà portatrice della malattia di Duchenne, una grave forma di distrofia muscolare, o se una persona di 10 o 20 anni sarà soggetta al corea di Huntington, una grave patologia neurologica che colpisce le persone più avanti negli anni.

2. La sostituzione degli organi è un altro settore che in medicina ha conosciuto radicali sviluppi. Il trapianto di organi prelevati dai cadaveri è ormai una pratica co-

mune, come pure aumentare la possibilità di successo del trapianto mantenendo la circolazione sanguigna in un cadavere dopo che si è verificata la morte del cervello. In effetti, il trapianto di organi quali cuore e fegato riesce ormai così bene che non è più considerato un esperimento. Negli Stati Uniti per esempio, le compagnie di assicurazione attualmente rimborsano questi trapianti alla stessa stregua di una appendicectomia o di una colecistectomia. Sono ancora a livello sperimentale invece i trapianti dagli animali e l'uso di organi artificiali. Negli Stati Uniti, nel famoso caso di Baby Fae, il cuore di un giovane babuino è stato trapiantato in una bambina di due settimane. A quattro uomini il cuore è stato sostituito con una macchina chiamata cuore di Jarvik. Nel caso di uso di organi animali o artificiali, si sono ma-



23

nifestati diversi problemi etici che sono stati presi in considerazione solo dopo la morte del ricevente o se quest'ultimo si è trovato a vivere una vita seriamente menomata.

3. Nuovi metodi di generare gli esseri umani sono stati del pari introdotti. Anche se la fecondazione in vitro (IVF) non è stata messa a punto negli Stati Uniti, vi sono ormai più di 100 cliniche nel paese che la praticano. Inoltre è stata pure introdotta la maternità per procura, ossia il fatto che una donna porti a termine una gravidanza dovuta a inseminazione artificiale per una coppia sposata. La fecondazione in vitro o il trapianto di embrioni sono stati accettati da molti come un mezzo accettabile per superare la sterilità di coppie sposate. Dopo aver messo a punto tecniche per generare al di fuori del grembo, gli scienziati stanno ora studiando le tecniche che permetteranno di nutrire e far crescere il feto fuori del grembo materno. Naturalmente ciò comporta una ricerca su feti ai primi stadi di sviluppo. Mentre la ricerca sui feti generati per fecondazione in vitro non è finanziata dal Governo Federale negli Stati Uniti e in alcuni stati è proibita dalla legge, essa è consentita in alcuni paesi nei primi stadi dello sviluppo fetale.

4. Il trattamento dei problemi psicologici e *comportamentali* è considerevolmente cambiato negli ultimi decenni e si prevedono cambiamenti ancor più radicali. La stretta connessione tra la funzione fisiologica e quella psicologica è stata documentata. Di conseguenza, sono state messe a punto medicine psico-attive che cambiano,

modificano o controllano la percezione, l'immaginazione o le reazioni emotive. La malattia di Alzheimer, una forma degenerativa di senilità che provoca anomalie psicologiche e comportamentali può essere dovuta alla mancanza di un enzima nel cervello. Secondo alcuni arriveremo al controllo totale delle azioni e delle reazioni umane. Come dice uno scienziato: « Aumentando la conoscenza dei rapporti tra cervello e comportamento, è probabile che arriveremo a conoscere la base neurochimica e neurofarmacologica della memoria, dell'umore, dell'aggressività, del desiderio sessuale ». ² Anche se non usano medicine psicotropiche i seguaci del behaviorismo di B.F. Skinner affermano che la libertà è solo un'illusione e che, aumentando la conoscenza delle forze ambientali, si potrà controllare e predire ogni comportamento umano.

5. Infine la capacità di prolungare la funzione fisiologica di una persona, anche dopo che è cessata la capacità cognitivo-affettiva, è considerevolmente aumentata. Alcuni definiscono questo nuovo potere come la capacità di prolungare la morte piuttosto che la vita. Respiratori, aerofori, trasfusioni sanguigne, nutrizione artificiale, antibiotici, chemioterapia per persone colpite dal cancro, possono estendere la funzione fisiologica e la « vita » delle persone assai di più di quanto sarebbe stato possibile vent'anni fa. Non è mera fantasticheria immaginare un futuro in cui la funzione fisiologica può essere continuata per molto tempo dopo che la funzione cognitiva è irreparabilmente perduta o in cui vecchi gra-

vemente delibitati possono vedersi prolungare la vita di molti anni. All'inizio della vita vi è pure la possibilità di prolungare la vita di bambini che sarebbero morti prima o sarebbero stati fatti morire. Il Governo Federale degli Stati Uniti ha emanato direttive per la cura dei bambini, che precisano che ogni bambino che lo necessiti dev'essere sottoposto a terapia per prolungare la vita, non importa quanto sia debilitato il bambino stesso. Secondo le Norme Federali la sola questione etica rilevante nel trattamento di bambini debilitati sembra essere: « è possibile prolungare la vita? »

2. Alcuni principi etici per la scienza e la tecnologia nuove

Dati questi nuovi sviluppi della medicina e della scienza, esistono norme o principi



24

pi che la Chiesa può avanzare per assistere e guidare scienziati e medici nel momento in cui entrano in una epoca che permetterà non solo di curare, ma di rifare, gli esseri umani? Possiamo dire che la scienza e la medicina sono svincolate dai valori e che tutto ciò che è possibile è anche etico? O vi sono dei limiti da rispettare?

Il nostro Santo Padre, Giovanni Paolo II, seguendo la tradizione dei suoi immediati predecessori, in molti casi ha delineato alcuni atteggiamenti e **principii** di fondo che permettono ai medici e agli scienziati di utilizzare la conoscenza e le tecniche nuove in modo **giovinevole** a tutti coloro che ne vengono toccati. « L'etica medica », afferma Giovanni Paolo II, « è essenziale e la moralità medica deve sempre essere considerata la norma del comportamento professionale ». Come principio generale per l'etica medica, il Papa Giovanni Paolo II raccomanda che scienziati e medici « rispettino la dignità della persona umana e si conformino ai valori morali che preservano la dignità della persona umana ». Il rispetto della dignità della persona umana richiede **innanzitutto** agli scienziati e ai medici di « far progredire la scienza e la medicina per il bene, di tutti ». ³ Di conseguenza il Papa Giovanni Paolo II incoraggia gli scienziati in generale e i medici in particolare a continuare ad approfondire le loro conoscenze e a sviluppare nuove tecnologie, al **contempo** spingendoli a mettere effettivamente la ricerca e la medicina al servizio degli esseri umani e non al servizio del governo, dei sani, dei ricchi o degli enti **sanitari**. È quindi necessario valorizzare la



scienza, ma gli scienziati e i medici devono acquisire una visione globale se vogliono avere una prospettiva etica. Invece di limitarsi a portare avanti la conoscenza e le nuove applicazioni mediche da essa derivate, essi devono soppesare le conseguenze del loro lavoro sugli individui e sulla società mondiale. È forse etico spendere milioni di dollari negli Stati Uniti per la ricerca volta ad incrementare l'utilizzazione degli organi animali negli esseri umani quando più della metà dei bambini del mondo non sono vaccinati contro il vaiolo e la poliomelite? Il mondo sta sempre più diventando un grosso paese e le priorità nel campo della ricerca della comunità scientifica non possono ignorare questo aspetto se si vuole che la medicina progredisca lungo le direttrici morali.

Quali altri principi etici permettono agli scienziati e ai medici « di osservare i valori morali che preservano la dignità della persona umana »? Ispirandoci al pensiero di Giovanni Paolo II e agli insegnamenti della Chiesa, cercheremo di essere più precisi nell'enunciare norme e principi che affermino soprattutto la dignità della persona umana e assicurino l'utilizzo etico della conoscenza e tecnologia più avanzate.

1. *Il principio del primato spirituale.* Allorché si prende in considerazione la dignità della persona umana, occorre sottolineare in essa la presenza della funzione spirituale (cognitivo-affettiva) e la sua primazia. ⁴Troppo spesso gli scienziati e i medici hanno una considerazione limitata della persona umana, trascurano cioè le sue funzioni spirituali e so-

ciali. Così facendo limitano e deformano al contempo il significato della parola « salute ». La salute infatti racchiude ben più della funzione fisiologica: nel suo vero significato denota l'armonizzarsi di tutte le funzioni umane: fisiologica, psicologica, sociale e spirituale. Quando scienziati e medici riconoscono le funzioni più elevate della persona, ossia la funzione sociale e spirituale, tuttavia esse non vengono considerate come campo proprio allo scienziato o al medico. L'insegnamento cattolico circa l'etica medica sottolinea come la funzione spirituale, pur non essendo l'unica funzione importante nella persona umana, ne è tuttavia la più elevata, poiché permette all'uomo di amare Dio e il prossimo e realizzare così il proprio destino umano... Inoltre la fede cattolica afferma la realtà di una vita dopo la morte a cui gli esseri umani si preparano durante l'esistenza terrena. Di conseguenza l'etica medica cattolica, pur rispettando la funzione fisiologica e psicologica, dà la primazia alla funzione spirituale e non considera la vita in questo mondo come un bene assoluto. Queste verità che trovano il loro fondamento nella fede, sono spesso accettate da scienziati e medici non cristiani. Quindi, l'insegnamento della Chiesa nel campo dell'etica medica non è eccentrico, bensì deriva dai progressi conseguiti dalla conoscenza e tecnologia laiche.

2. *Il principio del consenso ben edotto.* Un altro metodo per proteggere la dignità della persona umana è quello di insistere sul consenso edotto del soggetto o paziente, ogniquale volta ci si trovi

in presenza di ricerche o procedure mediche da applicare.⁵ Questo principio è riconosciuto da tutti coloro che prendono sul serio l'imperativo etico.⁶ Siccome i medici e gli scienziati conoscono la loro materia assai più delle persone che ricorrono a loro, vi è la tendenza da parte dei pazienti e dei soggetti sottoposti alla ricerca a dire « il dottore ne sa di più ». Quest'atteggiamento ha portato a gravi ingiustizie verso i soggetti della ricerca e i pazienti: di conseguenza deve dirsi alieno all'etica della medicina e della ricerca. Ai soggetti della ricerca e ai pazienti dovrebbe essere riconosciuto il diritto di prestare un consenso ben **edotto**, non perché sono « autonomi » come spesso deliberano alcune sentenze negli Stati Uniti, ma perché sono fatti ad immagine e somiglianza di Dio. Essendo dotati di intelligenza e di volontà, gli esseri umani sono co-creatori con Dio e sono responsabili delle loro azioni e del loro destino: di conseguenza ogni individuo ha il diritto fondamentale di acconsentire liberamente a qualsiasi ricerca o procedimento medico che lo riguardi.

3. Il principio del consenso per procura. Nei progetti di ricerca è spesso trascurata la distinzione tra consenso ben **edotto** e consenso per procura. Quest'ultimo, ovverossia il consenso dato da persona competente per un'altra che per motivi di età o di infermità è incompetente a darlo, è più limitato del consenso ben **edotto**.⁷ Se uno dà il consenso per se stesso, può sottoporsi a rischi per aiutare un'altra persona. Se a un fratello o a una sorella viene chiesto di donare un rene ad esempio, per motivi di carità

il donatore può assumere liberamente i rischi connessi al vivere con un rene solo. Oppure se una persona prossima alla morte per cancro può far incrementare la conoscenza della terapia contro il cancro partecipando a un programma sperimentale di ricerca per il bene degli altri il paziente può liberamente assumersi il peso o il dolore connesso alla sua partecipazione nel programma di ricerca. Ma nessuno ha il diritto di sottoporre un'altra persona a rischi, a danni gravi, a un peso o al dolore. Il diritto di prendere una decisione invece di un'altra persona non comprende la capacità di permettere l'applicazione di procedimenti non terapeutici sulla persona incapace. Anzi, il diritto a rispondere per una persona incapace è limitato a ciò che può essere il giovamento della persona incapace. Riconoscere un potere più esteso alla persona che acconsente per un altro significherebbe dargli potere totale sulla persona incapace, come se fosse sua proprietà, distruggendo così la dignità umana di colui per cui viene prestato il consenso.

4. Il principio della crescita spirituale. Molti invocano i principii del consenso ben **edotto** o del consenso per procura al momento di valutare la sostituzione di organi. Mentre tali principii sono senz'altro utili, occorre altresì considerare quanto l'intervento possa concorrere alla crescita spirituale del paziente.⁸ In alcuni dei casi citati, ad esempio quello di Baby Fae e dell'uso del cuore artificiale, i procedimenti miravano certamente a prolungare la « vita » della persona in questione, senza tuttavia tener conto della sua

funzione spirituale. Baby Fae, Barney Clark o William Schroeder, i primi a ricevere un cuore artificiale, avrebbero maturato spiritualmente in seguito all'intervento subito? Questa può sembrare una domanda assurda per alcuni, perché prolungare la « vita », anche se ciò significa solo prolungare la funzione fisiologica, sembra a molti uno scopo sufficiente per la medicina; tuttavia se prendiamo sul serio la dignità della persona umana, la domanda ne è la logica conseguenza. La ricerca sui feti sarebbe proposta così facilmente se si valutasse il suo uso secondo il metro del progresso spirituale della persona umana? La ricerca sulla funzione fisiologica racchiude indubbiamente molti aspetti degni della massima considerazione, ma si può definire la ricerca fisiologica come un valore assoluto? È un fine in sé? A volte il modo di pensare di un particolare gruppo sociale diventa così naturale che uno è considerato irragionevole se lo rimette in discussione. Per esempio, fino a che punto gli uomini politici prestano orecchio alle critiche sulla teoria della guerra giusta derivanti dalla natura delle armi nucleari? Sono così abituati ad accettare le armi nucleari come un genere di diplomazia internazionale che non riescono a vederle come un male **in se**. Non succede forse la stessa cosa per la ricerca e la medicina?

Se si prendessero più sul serio la crescita spirituale e il destino eterno degli esseri umani, i principii utilizzati nella valutazione morale diventerebbero norme etiche ben precise per l'uso di sistemi per il sostegno della vita. La vita dovrebbe essere

prolungata solo nel caso in cui uno sia in grado di proseguire lo scopo spirituale della vita senza troppi inconvenienti.¹⁰ I termini « vantaggi » e « seri ostacoli » che sono spesso usati nella valutazione precedente l'applicazione di sistemi per sostenere la vita, valgono solo per designare la possibilità di proseguire lo scopo spirituale della vita. Non hanno alcun valore etico nella tradizione cattolica se vengono applicati al prolungare la vita sotto il mero profilo fisiologico. La persona in coma irreversibile o in stato vegetativo continuo è ancora un essere umano, ma non abbiamo la responsabilità morale di prolungare la vita di ogni essere umano il più a lungo possibile. Alcuni medici sostengono che la vita dev'essere prolungata finché « la morte sia imminente », volendo con ciò dire che la vita dev'essere prolungata con mezzi artificiali fino al momento in cui a giudizio del medico la morte è prossima nonostante i meccanismi per prolungare artificialmente la vita. Questo modo di vedere dà preminenza alla funzione fisiologica piuttosto che a quella spirituale della persona umana considerandola il fattore dominante per determinare la rimozione dei sistemi di sostegno della vita. Quando si valutano gli sforzi per prolungare la vita, il « vantaggio » e i « seri ostacoli » sono considerati sotto l'aspetto della funzione spirituale non fisiologica.

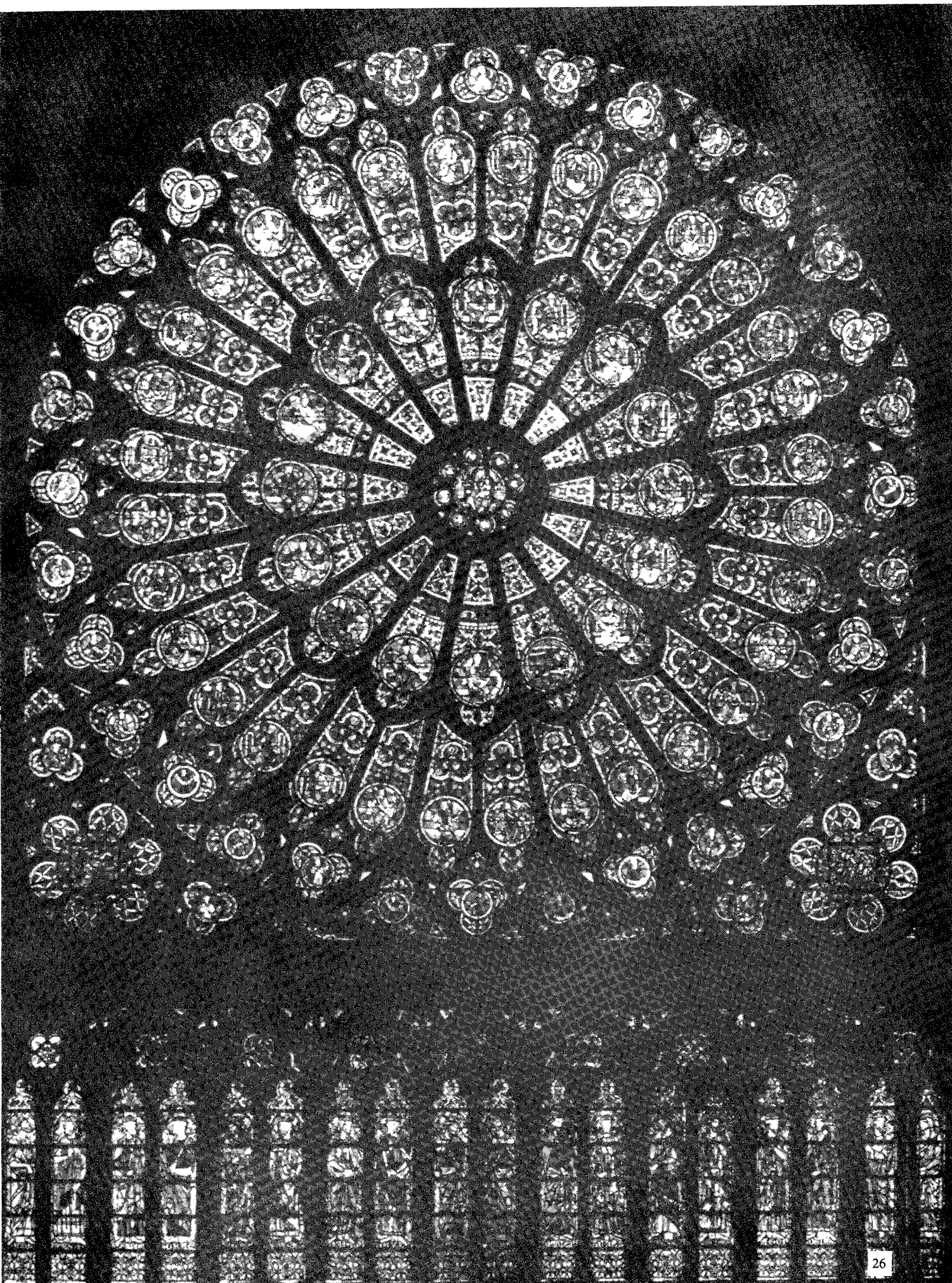
5. Il principio di dire la verità. La dignità della persona umana e il destino spirituale di tutti gli esseri umani fornisce i principii-guida in campo etico per un altro serio problema, l'uso della maggior conoscenza della

nostra costituzione genetica e la capacità di manipolare e cambiare la nostra eredità corporea ed emozionale. La questione etica derivante dalla capacità di predire con precisione l'insorgere futuro di gravi malattie o il fatto che una persona sia portatrice di una malattia verte sul punto se la persona colpita debba essere più o meno informata. Sarebbe meglio che ignorasse di essere predisposta al corea di Huntington o ad altre malattie neurologiche ineludibili? È certo che un'informazione del genere costituisce un grave peso per la persona a cui venga rivelata. Quali norme bisognerebbe osservare nel discutere tali informazioni? Forse le stesse che vengono seguite ogniqualvolta si rivela a qualcuno che è in preda a una malattia fatale.¹¹ La notizia dovrebbe essere data poco alla volta e in modo tale che il destinatario possa assimilarla a suo spirituale vantaggio. Quest'ultimo fattore — il vantaggio spirituale del destinatario — implica che la persona che dischiude l'informazione sia non solo un mero messaggero ma anche un consigliere spirituale. In altre parole, bisogna tener nella massima considerazione la funzione spirituale ovvero il destino eterno della persona ogniqualvolta si comunichino notizie di morte prossima o di probabile minorazione. La ricerca nel campo della morte rivela che le persone sono capaci di ricevere ed assimilare bene notizie cattive se esse vengono loro trasmesse in modo da rispettare la loro sensibilità.

6. Il principio della ricerca terapeutica e *non-terapeutica*. Parlando a geneticisti, Giovanni Paolo II ha fornito un altro principio etico di

grande importanza ossia la distinzione tra l'intervento terapeutico e non terapeutico.¹² Mentre gli interventi terapeutici, volti cioè a curare le malattie delle persone cui si applicano, sono in generale raccomandabili, gli interventi non-terapeutici, che cioè sono giovevoli alla comunità umana ma non alla persona implicata, sono soggetti a maggiori restrizioni. Nella ricerca terapeutica, la profonda interazione tra tutte le funzioni umane dev'essere rispettata, come pure l'unità delle funzioni umane. Ne consegue che gli interventi terapeutici richiedono il consenso, sia edotto che per procura, e vanno vagliati secondo tutti i pro e i contro.

In generale, la ricerca non-terapeutica non dovrebbe basarsi sul consenso per procura, come già detto, mentre deve rispettare il valore della persona come un bene in sé, non già come qualcosa riferita alla comunità umana, quale un mezzo a un fine. Certo, la vasta gamma di conoscenze circa lo sviluppo umano attualmente accessibile agli scienziati richiede un'attenta valutazione delle possibilità tanto terapeutiche che non, prima di intraprendere programmi di ricerca nel campo dell'ingegneria genetica.



7. Il principio della libertà.

Quando si considerano i nuovi metodi di psicoterapia e di modificazioni comportamentali nei riguardi della dignità umana, esistono alcune norme dell'insegnamento cattolico che dovrebbero orientare ogni terapia:

1) la salute mentale non è altro che la libertà psicologica basata su di una percezione e una comprensione realistica del mondo, pertanto comporta la comprensione e il controllo di sé stessi;

2) la salute mentale viene prima della questione etica di ciò che è giusto o sbagliato dato che il problema di una scelta o di una responsabilità morale può unicamente presentarsi se una persona è psicologicamente libera.¹³

Di conseguenza, per quanto concerne le medicine psicotropiche e i nuovi metodi di modificazione comportamentale, la norma deve essere il rapporto tra la funzione emozionale o psicologica e quella spirituale (cognitiva-affettiva). Quando si usino medicine psicotropiche o modificazione comportamentali, lo scopo della terapia o della ricerca psicologica deve essere la libertà umana ossia il miglior funzionamento dell'intelletto e della volontà. Per dirla in altre parole, la conoscenza e il trattamento psicologici devono mirare alla libertà umana nonché permettere alle persone di fare delle migliori scelte morali; in effetti solo se una persona è psicologicamente sana, cioè libera da neurosi e psicosi, può esistere il problema di una libera scelta morale e di un conseguente miglioramento del valore personale. Di conseguenza, nei riguardi delle medicine psicotropiche e delle modificazioni compor-

tamentali è chiaro che occorre considerare non solo l'immediato sollievo di particolari difficoltà ma anche l'effetto a lungo termine del trattamento. Una terapia non è eticamente accettabile solo perché allevia o elimina un sintomo. La maggior parte delle medicine disponibili per curare l'ansia e la tensione comportano in qualche misura un rischio di dipendenza e di assuefazione che diminuiscono la libertà e la dignità umana e vanno quindi evitati. Occorre quindi riesaminare la pratica di usare medicine psicoattive nel trattare le difficoltà psicologiche quando non vi sia una base organica o fisiologica.

Non sarebbe meglio trattare le cause dell'ansia o della depressione attraverso un'assistenza di tipo psicologico piuttosto che trattare unicamente i sintomi? Se si usano trattamenti di controllo comportamentale, divengono operative le regole del consenso ben edotto o per procura, compreso il diritto di rifiutare il trattamento. L'uso di procedimenti di controllo comportamentale volti a migliorare le capacità umani quali la memoria, l'intelligenza e le prestazioni sessuali sembrerebbe lecito quando venga dato un libero consenso, non esistano altri mezzi per raggiungere lo stesso fine e l'atto non contrasti con l'integrità della persona umana. In sé qualsiasi miglioramento dell'essere umano è moralmente accettabile e benefico. Ma nel perseguire tale miglioramento, occorre sempre tener presente che siamo fatti ad immagine e somiglianza di Dio, che siamo chiamati alla libertà. Quindi lo scopo della terapia psicologica non deve es-



sere il controllo del paziente ovvero la modificazione del comportamento fine a se stessa. Occorre molta attenzione per assicurarsi che non venga violata l'integrità di fondo della persona o che non insorga una dipendenza dalle medicine psicoattive nel corso della ricerca del miglioramento personale.

8. Il principio della co-creazione. Infine, per ciò che concerne le nuove forme della generazione umana, vi sono norme dell'insegnamento cattolico che devono guidare ricercatori e medici. La procreazione è un atto che riflette ed è provocato dall'unione spirituale e corporale dei genitori, nonché un atto di co-creazione con Dio in una maniera voluta da Dio.¹⁴ Raggiungere o separare le due azioni spirituali e corporali che portano alla generazione viola l'umanità delle persone e l'integrità umana delle loro azioni.¹⁵ Procreare al di fuori dei rapporti sessuali significa un uso scorretto dei poteri che ci sono stati dati da Dio. Ne consegue che generare per mezzo della fecondazione in vitro o dell'inseminazione artificiale diventa fabbricare un essere umano; non è più la reciproca co-creazione di due esseri che si amano e che comporta il darsi insieme anima e corpo in un atto d'amore completo dal punto di vista sia biologico che spirituale. Certo non tutte le persone di buona volontà accetteranno questa posizione. Il desiderio di una coppia sterile di avere figli viene rapidamente trasformato in un diritto naturale. Tuttavia considerando il significato della procreazione e dell'atto generativo l'insegnamento cattolico arriva ad una valutazione differente delle

forme extra coitali di generazione rispetto a quelle fornite dalla società. Se la norma etica per la generazione è l'accrescimento della dignità umana piuttosto che la produzione di un prodotto, ne consegue che la valutazione etica dei metodi tecnologici di generazione umana è diversa.

3. In contatto con scienziati e medici

L'insegnamento della Chiesa offre una guida solo ai Cattolici? Gli scienziati non rifiutano interamente tale insegnamento, poiché esso può essere spiegato e difeso dalla ragione. Tuttavia, in una società pluralista, l'insegnamento della Chiesa in se non ha rilevanza dato il poco impatto che l'autorità ha su medici e ricercatori. Quindi per presentare in maniera efficace l'insegnamento della Chiesa agli azionisti e ai medici, occorre tener presenti tre cose. Innanzitutto anche se scienziati e medici sentono molto la loro vocazione, ma svincolata da qualsiasi motivazione religiosa. Un noto sociologo della medicina afferma: « La crescita più importante nel campo della scienza e della tecnologia negli ultimi quattrocento anni da Lutero ha oscurato la concezione specificamente religiosa di quasi tutte le vocazioni. Il medico parla raramente di Dio quando esprime la sua preoccupazione per il paziente ».¹⁶ Quindi nel presentare l'insegnamento della Chiesa occorre procedere con l'umiltà e la tecnica espresse in *Gaudium et Spes*. In secondo luogo, gli scienziati e i medici hanno generalmente un modo di pensare pragmatico.¹⁷ Quindi l'aspetto principale

di qualsiasi dialogo etico dev'essere la dimostrazione che le norme etiche sono necessarie per il bene del paziente, piuttosto che discutere le teorie di autonomia o vantaggio che possono informare il consenso ben edotto

Nelle discussioni con scienziati e medici, è chiaro che si possono avanzare svariate ragioni per limitare il diritto del paziente a un consenso ben edotto. Ad esempio, alcuni professionisti insisteranno che il paziente non ne saprà mai abbastanza per dare un consenso ben edotto o che i progressi della conoscenza vengono irrimediabilmente rallentati se gli scienziati devono spiegare ed attendere il consenso dal soggetto della ricerca. Ma quando si pone la domanda pragmatica: « come proteggere il paziente o il soggetto della ricerca dal danno », le risposte degli scienziati e dei medici sottolineano il bisogno del consenso ben edotto o per procura. In terzo luogo, gli scienziati e i medici oscillano tra l'aspetto scientifico e quello umanistico come molti intellettuali contemporanei. Ma l'equilibrio tra questi due aspetti è difficile da conservare poiché, mentre la preparazione scientifica è chiara, dettagliata e specializzata, la preparazione umanistica e morale riposa essenzialmente su esempi e simboli trasmessi loro senza un'esplicita riflessione etica. Molti scienziati seguono una « morale adulescenziale » mentre perseguono una « scienza adulta ». Una formazione continua in campo morale applicata a problemi medici ed economici è primordiale per conservare l'equilibrio tra la scienza pura e le scienze umanistiche. Infatti gli



28



29

scetticismo morale e alla riluttanza ad ammettere che le norme morali non sono mere « regolette » bensì principi che obbligano in coscienza. Questi atteggiamenti sono difficilmente modificabili, per cui l'antidoto migliore appare una spiegazione logica che parta dal chiarire lo scopo della medicina (cura fisiologica e medicina preventiva che ammettono la funzione spirituale della persona). " Non mancano certo gli articoli che affrontano i problemi etici nel campo della medicina e della ricerca nei giornali più dotti. Ma molti di questi articoli avanzano principii approssimativi per una presa di decisioni etica, ad esempio il benessere psicologico della famiglia di un paziente, ovvero avanzano conclusioni prive di forza morale.

Conclusioni

In breve, al momento in cui si presentano molti nuovi problemi etici derivanti dalla nuova conoscenza e dalla tecnologia avanzata, l'insegnamento tradizionale della Chiesa continua a dare una guida per risolvere questi problemi. Diffondere l'insegnamento della Chiesa, utilizzando la saggezza della Chiesa per il bene della società, non è certo cosa facile. Ma con umiltà, pazienza e perspicacia, i rappresentanti della Chiesa possono intavolare un dialogo con i membri delle comunità scientifiche e mediche con buone probabilità di successo.

PADRE KEVIN D.
OROURKE, O.P., J.C.D.,
S.T.L.

*Direttore del Centro per l'Etica
Sanitaria
Professore di Medicina Interna
Università di St. Louis, U.S.A.*

scienziati e i medici spesso sostengono che, mentre la scienza è esatta, il discorso etico è vago, soggettivo e discutibile. ¹⁸ Questo atteggiamento porta ad un certo

NOTE

¹ « Allocution to Italian Physicians », vol. 10, num. 22 (27 ottobre 1980).

² G. Klerman, « Drugs and Social Values », *International Journal of Addiction* (maggio 1970), pag. 2-19.

³ « Allocution on Ethics and Genetics », vol. 131, num. 23 (19 ottobre 1983), pag. 386.

⁴ *Ibid.* Da vedere anche il commentario del Papa Pio XII su « Prolungamento della vita » in « *Parla il Papa* », 4: 393-398.

⁵ Pio XII, « The Intangibility of the Human Person », *The Human Body* (Boston: Società di S. Paolo, 1960, num. 358).

⁶ Il Comitato Presidenziale su Etica Medica, Rapporto Belmont: Principi Etici per la protezione dei soggetti umani nella ricerca (1978).

⁷ Pio XII « The Intangibility of the Human Person », *The Human Body* (Boston: Società S. Paolo 1960), num. 364-365.

⁸ Giovanni Paolo II « Allocution on Ethics and Genetics », vol. 13, num. 23 (17 novembre 1983).

⁹ Congregazione per la Dottrina della Fede, *Dichiarazione su l'eutanasia* (1980).

¹⁰ Pio XII, « *Prolungamento della vita* » *Parla il Papa*, 4: 393-398.

¹¹ Conferenza cattolica degli Stati Uniti, *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Facilities*, num. 28.

¹² « Allocution on Ethics and Genetics », (11 novembre 1983), num. 28.

¹³ Pio XII, « Allocution to Histopathologists », 14 settembre 1952, *The Human Body* (Boston: Società S. Paolo, 1960), num. 361.

¹⁴ Giovanni Paolo II *Familiaris Consortio*, « La famiglia cristiana », *Documenti sinodali* 22 novembre 1981), num. 28.

¹⁵ Gerarchia inglese, *In Vitro Fertilization Morality and Public Policy* (maggio 1983).

¹⁶ A. Ford et al., *The Doctors' Perspective: Physicians View Their Practice* (Cleveland: Case Western Reserve University, 1967), pag. 140.

¹⁷ *Ibid.*, pag. 144.

¹⁸ K.D. Clousen, *Teaching Bioethics: Strategies, Problems, and Resources* (Plenum Press, 1980), pag. 77.

¹⁹ E. Pellegrino, « Toward a Reconstruction of Medical Morality: The Primacy of the Act of the Profession and the Fact of Illness », *Journal of Medicine and Philosophy* (1980), 4: 32-56.



il fattibile non è sempre agibile

Il progresso delle scienze biologiche e delle tecniche biomediche dimostrano come sta crescendo la signoria dell'uomo non solo sul creato ma anche e soprattutto su se stesso. Dal dominio sulle cose della terra e dalle scoperte dello spazio, l'uomo è passato alla esplorazione del proprio essere. Il mistero dell'inizio della sua vita si sta svelando davanti a lui come un libro di sempre più facile lettura. Il sigillo del segreto della sua vita si sta rompendo. A questo punto il pericolo di passare a gesti

di « violazione » della stessa vita si fa sempre più reale; anzi, è già realtà.

L'Istruzione della Congregazione per la dottrina della Fede su « Il rispetto della vita umana nascente e la dignità della procreazione » ci fornisce la prova più convincente. ¹ Infatti, essa testimonia che diverse conferenze episcopali e singoli vescovi, teologi, medici e uomini di scienza l'hanno interpellata « in merito alla conformità con i principi della morale cattolica delle tecniche biomediche che consentono di intervenire nella frase iniziale della vita dell'essere umano e nei processi stessi della procreazione ». ²

L'uomo è riuscito, mediante varie manipolazioni tecniche o tecniche manipolatrici, di mettere le mani sul processo dell'origine della sua vita. Sembra che egli si sia completamente dimenticato di essere una creatura, del tutto speciale, di Dio, il quale lo creò « a sua immagine e somiglianza ». (*Gen.* 1, 27) Ad ogni modo, i suoi interventi in proposito sollevano gravi interrogativi di ordine morali ai quali la presente Istruzione intende dare precise e specifiche risposte.

Le poche pagine a disposizione non mi permettono di entrare nei particolari delle profonde e fondate riflessioni dell'autorevole documento. Tuttavia, seguendo l'ordine espositivo della Istruzione, cercherò di rilevare « i principi fondamentali di carattere antropologico e morale, necessari per un'adeguata valutazione dei problemi » ³ e per capire le risposte agli interrogativi: quale rispetto è dovuto all'embrione umano, tenuto conto della sua natura e della sua identità? come valutare moralmente la ricerca e la

sperimentazione sugli embrioni e sui feti umani? come valutare moralmente l'uso a scopo di ricerca degli embrioni ottenuti mediante la fecondazione in vitro? quale giudizio dare sugli altri procedimenti di manipolazione degli embrioni connessi con le 'tecniche' di riproduzione umana?

1. Criteri fondamentali per giudizi morali

La Chiesa, esperta in umanità e missionaria al servizio di una civiltà dell'amore e di un sacro rispetto della vita, ha voluto chiarire i parametri fondamentali che la morale cattolica (e non cattolica, ma semplicemente naturale) vede scaturire dal rispetto dovuto alla vita umana sin dal suo primo inizio. Si tratta soprattutto di due valori fondamentali: « la vita dell'essere umano chiamato all'esistenza e l'originalità della sua trasmissione nel matrimonio ». ⁴ Vedremo più a lungo il criterio del rispetto per la vita, perché esso fornisce il fondamento delle risposte etiche alle domande di carattere scientifico-tecnico circa gli embrioni. Poi accenneremo al criterio della originalità della procreazione di una nuova vita umana, perché questo fornisce il fondamento delle risposte etiche alle domande circa le metodiche di procreazione artificiale.

1.1. Il rispetto della vita

Per quanto la scienza e la tecnica possono costituire, e in effetti, costituiscono, un progresso a servizio dell'uomo, esse non possono da sole indicare il senso integrale della esistenza e del progresso umano. L'Istruzione stabilisce: « la scienza senza la

coscienza ad altro non può portare che alla rovina dell'uomo». ⁵ La scienza e la tecnica, « essendo ordinate all'uomo da cui traggono origine e incremento, attingono dalla persona e dai suoi valori morali l'indicazione della loro finalità e la consapevolezza dei loro limiti ». ⁶ Le tecniche in campo della biomedicina, pur avendo nel proprio ordine un'autonomia, non possono, dunque, pretendere il privilegio di una neutralità morale, soprattutto qualora vengano utilizzate o applicate alla persona umana.

Ammesso che il campo d'azione delle tecniche biomediche riguarda la soluzione dei problemi e la cura di malattie di carattere biologico e fisiologico, resta innegabile che queste tecniche toccano dimensioni costitutive dell'essere umano. La persona umana è sempre una totalità unificata, per cui il suo corpo, appunto in forza della sua unione sostanziale con un'anima spirituale, non può essere mai concepito in categorie puramente biologiche e fisiologiche. Una corretta visione antropologica esige che l'uomo venga considerato in questa sua totalità unificata di anima e corpo. Di conseguenza, ogni intervento sul suo corpo coinvolge necessariamente il suo essere persona. Ciò vuol dire che, per giudicare un intervento sull'uomo, non bastano i parametri del « fattibile tecnico », ma sono richieste le norme dello « agibile morale ». I padri del Vaticano II esprimono questa dipendenza **criteriale** della tecnica dall'etica nel bisogno che il mondo di oggi ha di uomini saggi. « L'epoca nostra, scrivono, **più** ancora che i secoli passati, ha bisogno di

questa sapienza, perché diventino **più** umane tutte le sue nuove scoperte. È in pericolo, di fatto, il futuro del mondo, a meno che non vengano suscitati uomini più saggi ». ⁷

La saggezza che giudica il valore umanizzante o meno della tecnica e della scienza consiste nel tener presente che « un intervento sul corpo umano non raggiunge soltanto i tessuti, gli organi e le loro funzioni, ma coinvolge anche a livelli diversi la stessa persona ». ⁸ Insomma, ogni intervento comporta realmente sia un significato sia una responsabilità morali.

Ora questo principio fondamentale vale anche per la prima cellula-uomo, chiamata « zigote ». Insegna il Magistero: « Dal momento del concepimento, la vita di ogni essere umano va rispettata in modo assoluto, perché l'uomo è sulla terra l'unica creatura che Dio ha « voluto per se stesso » (**Gs 24**), e l'anima spirituale di ciascun uomo è « immediatamente creata » da Dio; tutto il suo essere porta l'immagine del Creatore ». ⁹ Chi interviene sul « concepito » deve sapere che solo Dio è il Signore della vita e della morte; quindi, nessuno, per nessun motivo, può **arrogarsi** il diritto di distruggere direttamente un essere umano innocente.

1.2. **Risposte agli interrogativi**

Alla domanda sul rispetto dovuto all'embrione umano la risposta è inequivocabile: **si deve un rispetto assoluto**. Quando l'ovulo è fecondato si inaugura una nuova vita, distinta da quella del padre e della madre; ha inizio la vita di un nuovo essere umano

che si sviluppa in base alla programmazione del DNA. Pertanto a partire dal costituirsi dello zigote, il rispetto dovuto è quello che si deve ad ogni essere umano nella sua totalità corporale e spirituale. Lo afferma categoricamente il nostro documento: « L'essere umano va rispettato e trattato come una persona fin dal suo concepimento e, pertanto, da quello stesso momento gli si devono riconoscere i diritti della persona, tra i quali anzitutto il diritto inviolabile di ogni essere umano innocente alla vita ». ¹⁰

Alla domanda sulla valutazione morale circa la ricerca e la sperimentazione sugli embrioni e sui feti umani, la risposta si fonda sulla garanzia per l'integrità fisica e per la vita sia del nascituro sia della madre. Quanto alla ricerca va ancora specificato che, anche se si limita alla semplice osservazione dell'embrione, essa « diventerebbe illecita qualora, per i metodi impiegati o per gli effetti indotti, implicasse un rischio per l'integrità fisica o la vita dell'embrione ». ¹¹ Quanto alla **sperimentazione** si deve distinguere tra finalità chiaramente **terapeutica** e non direttamente **terapeutica**. Quanto alla **sperimentazione** non direttamente **terapeutica**, il giudizio morale suona: non è lecita, perché contraria al rispetto assoluto dovuto alla vita umana. Nessun motivo, per quanto nobile o utile, può essere addotto per **coonestare** ciò che è sempre contro un diritto inviolabile.

Diverso è il caso quando si tratta di terapie sperimentali a beneficio dello stesso embrione. L'intento di salvare la vita del nascituro rende lecito un tentativo estremo purché questo sia



ragionevolmente terapeutico. La morale non si oppone all'uso di farmaci o di procedure anche se queste non sono ancora del tutto convallate.

Finora abbiamo valutato domande e risposte che riguardano embrioni che sono frutti di rapporti coniugali. Adesso passiamo all'interrogativo circa l'uso, per ricerche scientifiche, di embrioni ottenuti in vitro.

La risposta della «*Donum vitae*» non lascia dubbi: «è immorale produrre embrioni umani destinati a essere sfruttati come 'materiale biologico' disponibile». ¹² Come ogni altro embrione umano, questi embrioni sono esseri umani e, quindi, esigono il rispetto dovuto ad una persona; pertanto, ridurli a semplici valori «strumentali» è direttamente contrario al dovere morale di rispettare ogni essere umano per se stesso, cioè come un valore «finale».

Sulla scia di questo principio morale si muove anche la risposta al quesito sugli altri procedimenti di manipolazione degli embrioni connessi con le tecniche riproduttive di una nuova vita umana.

Si tratta ad esempio dei tentativi o progetti «di fecondazione tra gameti umani e animali e di gestazione di embrioni umani in uteri di animali; l'ipotesi o il progetto di costruire uteri artificiali per l'embrione umano». ¹³ Infatti, questi procedimenti offendono direttamente la dignità dell'embrione quale soggetto umano; non solo, essi ledono inoltre un preciso diritto divino del nascituro. Quest'ultima ragione c'introduce nella problematica riguardante l'originalità dell'atto
31 procreativo.

2. Il diritto divino del nascituro

Affrontando gli interventi sulla procreazione umana, l'istruzione si pronuncia nei riguardi della fecondazione in vitro e «dell'inseminazione artificiale mediante trasferimento, nelle vie genitali della donna, dello sperma precedentemente raccolto». ¹⁴ Presupposto il giudizio morale negativo sulla distruzione degli embrioni «sopranumerari» e degli aborti di embrioni impiantati, per ragioni eugeniche, economiche e psicologiche, ci fermeremo soltanto sul criterio di fondo in materia di procreazione, per dedurne brevemente i giudizi morali circa la fecondazione artificiale eterologa e omologa.

2.1. La procreazione e l'unione sessuale coniugale

In virtù della dignità dei genitori e dei figli «la procreazione di una nuova persona, mediante la quale l'uomo e la donna collaborano con la potenza del Creatore, dovrà essere il frutto e il segno della mutua donazione personale degli sposi, del loro amore e della loro fedeltà», ¹⁵ Ogni nascituro, infatti, ha il diritto, da parte di Dio, ad essere concepito e portato nel grembo materno. Questo diritto di ogni nuova persona umana si concreta nel riferimento sicuro ai propri genitori, cosicché il nascituro possa «scoprire la propria identità e maturare la propria formazione umana». ¹⁶ Un tale diritto alla propria identità e maturazione esige, da parte dei coniugi, una unione sessuale che permette il riconoscimento della loro identità materna e paterna. Ecco

perché la « tradizione della Chiesa e la riflessione antropologica riconoscono nel matrimonio e nella sua unità indissolubile il solo luogo degno di una procreazione veramente responsabile ». ¹⁷ Solo nel contesto matrimoniale i coniugi trovano, nel figlio, una conferma autentica e un completamento verace della loro reciproca donazione integrale. In questa visione teologica e antropologica del matrimonio non c'è posto per una valutazione permissiva della fecondazione artificiale sia eterologa sia omologa.

2.2. No alla Fivet

Il nostro documento precisa: « il rispetto dell'unità del matrimonio e della fedeltà coniugale esige che il figlio sia concepito nel matrimonio; il legame esistente tra i coniugi attribuisce agli sposi, in maniera oggettiva e inalienabile, il diritto esclusivo a diventare padre e madre soltanto l'uno attraverso l'altro ». ¹⁸

La Fivet eterologa è, quindi, contraria non solo al diritto divino del nascituro, ma anche e particolarmente al dovere dell'unità del matrimonio e della vocazione propria, specifica ed esclusiva degli sposi-genitori. Il ricorso ai gameti di una terza persona « opera e manifesta una rottura fra parentalità genetica, parentalità gestazionale e responsabilità educativa ». ¹⁹

Penso che la stragrande maggioranza degli uomini non ha difficoltà di accettare la proibizione di questo modo procreativo che altera profondamente anche le relazioni personali all'interno della famiglia. Non si capisce invece, almeno a prima vista, perché due sposi non

possono fare ricorso alla Fivet se, mediante questa, essi sono in grado di diventare finalmente madre e padre. Molti si domandano perché non è lecito usare un progresso tecnico che mira a rendere felice una coppia diversamente « condannata » a rimanere infeconda.

L'istruzione esamina a fondo questa problematica e cerca di giustificare la sua risposta alla luce del legame tra procreazione e atto coniugale.

La dottrina relativa al legame che esiste fra il significato unitivo e il significato procreativo e fra i beni del matrimonio « chiarisce il problema morale della fecondazione artificiale omologa, poiché non è mai permesso separare questi diversi aspetti al punto da escludere positivamente o l'intenzione procreativa o il rapporto coniugale ». ²⁰

Secondo l'insegnamento della Chiesa, Dio ha voluto che ci fosse una connessione inscindibile tra i due significati dell'atto coniugale; quindi di sua iniziativa l'uomo non può rompere il significato unitivo da quello procreativo. L'atto coniugale, per la sua intima struttura, « mentre unisce con profondissimo vincolo gli sposi, li rende atti alla generazione di nuove vite, secondo leggi iscritte nell'essere stesso dell'uomo e della donna ». ²¹

Partendo da questo punto di vista morale, Giovanni Paolo II afferma che una fecondazione extra-corporea, anche quando si tratta dei due sposi, è priva dei significati e, quindi, dei valori che il linguaggio dei loro corpi e della loro unione interpersonale intende esprimere. ²² La generazione di un nuovo essere umano dev'essere il frutto di una donazione reci-

proca, specifica ed esclusiva dei due coniugi. Pertanto, ed è la conclusione del nostro documento, anche se la Fivet omologa non è gravata delle negatività della procreazione extraconiugale, la Chiesa « rimane contraria, dal punto di vista morale, alla fecondazione omologa in vitro; questa è in se stessa illecita e contrastante con la dignità della procreazione e dell'unione coniugale, anche quando tutto sia messo in atto per evitare la morte dell'embrione umano ». ²³

Spero che la luce della verità sul dono della vita umana e dei principi di ordine morali che ne conseguono possa contribuire ad agire a beneficio di una civiltà dell'amore.

BONIFACIO HONINGS
Professore di Teologia Morale
all'Università Lateranense

NOTE

¹ Congregazione per la dottrina della fede, Istruzione su il rispetto della vita umana nascente e la dignità della procreazione. Risposte ad alcune questioni di attualità. Città del Vaticano 1987. In seguito citerò Istruzione...

² Istruzione..., premessa, p. 3.

³ Ibidem.

⁴ Istruzione..., introduzione, n. 4, p. 9.

⁵ Istruzione..., introduzione, n. 2, p. 7.

⁶ Ibidem.

⁷ Gaudium et Spes, n. 15.

⁸ Istruzione..., introduzione, n. 3, p. 8.

⁹ Istruzione..., n. 5, p. 11.

¹⁰ Istruzione..., I, 1, p. 13.

¹¹ Istruzione..., I, 4, p. 16.

¹² Istruzione..., I, 5, p. 18.

¹³ Istruzione..., I, 6, p. 19.

¹⁴ Istruzione..., II, p. 21.

¹⁵ Istruzione..., II, A 1, p. 23.

¹⁶ Ibidem.

¹⁷ Ibidem.

¹⁸ Istruzione..., II, A 2, p. 24.

¹⁹ Istruzione..., II, A 2, p. 24-25.

²⁰ Istruzione..., II B 4^a, p. 26.

²¹ Ibidem.

²² Cfr. Giovanni Paolo II, Discorso ai partecipanti alla 35^a Assemblea Generale dell'Associazione Medica Mondiale, 29 ottobre 1983: AAS 76 (1984) 393; citato nell'Istruzione..., II B 4^a, p. 27.

²³ Istruzione..., II B 5, p. 30.

testimonianze



3.

Pastorale sanitaria in Kenia

*Spagna: accordo tra Stato
e Chiesa per gli ospedali*

*un appello di Reagan
per la vita*

un consultorio familiare

i Camilliani in Brasile

*Istituto internazionale per la
pastorale sanitaria*

un programma di assistenza pastorale in Kenia

60

Il Dipartimento Medico del Segretariato Cattolico del Kenya, un ramo del Consiglio Episcopale del Kenya, presieduto dal Vescovo John Mjenga, ha recentemente organizzato un numero di interessanti seminari formativi sull'Assistenza Pastorale agli Ammalati. L'idea per questa formazione emerse già un po' di anni fa ma fu abbandonata su uno scaffale perché non sembrava fosse il momento adatto.

Sorella Umberta Fumagalli, Missionaria della Consolata, Segretaria del Dipartimento Medico e Coordinatrice del programma, indicò che il suo scopo era quello di rendere gli Assistenti sanitari capaci di capire meglio la dimensione pastorale della loro assistenza e di sviluppare la sensibilità e le capacità necessarie per rispondere più efficacemente alle esigenze globali dei malati: fisiche, psico-sociali e spirituali.

L'animatore di questi gruppi di lavoro è stato P. Arnaldo Pangrazzi, un sacerdote italiano, residente a Roma, nominato supervisore della CPE dall'Associazione Statunitense dell'Educazione Pastorale Clinica e dell'Associazione Nazionale dei Cappellani Cattolici (USA).

P. Pangrazzi appartiene all'Ordine di S. Camillo, una comunità mondiale specializzata in una varietà di Ministeri per l'Assistenza sanitaria che, ultimamente, ha dato vita in Roma al CAMILLIANUM — Istituto Internazionale di Pastorale Sanitaria — il cui scopo è di occuparsi della formazione specializzata e dell'addestramento pratico nella Pastorale Sanitaria.

Informazioni sul programma sono state inviate a varie comunità religiose impegnate nell'assistenza

sanitaria, ad Ospedali e Dispensari cattolici etc. L'iniziativa è stata presentata come uno sforzo per contribuire ad una presenza più assistenziale e pastorale della Chiesa nel mondo dell'assistenza sanitaria. I partecipanti rappresentavano una serie di gruppi professionali: direttori di scuole per infermieri, coordinatori medici regionali, medici cattolici, membri del gruppo « pianificazione familiare », cappellani degli Ospedali, studenti-infermieri, personale della comunità per l'assistenza sanitaria.

Il programma consisteva in:

- tre seminari residenziali di cinque giorni ciascuno, frequentati da quaranta partecipanti per gruppo, principalmente Suore ed infermieri professionali. Essi venivano distribuiti in varie località del Kenya centrale.

- due seminari di due giorni ciascuno per settantadue infermieri impegnati nell'Ospedale Nazionale Kenyatta di Nairobi, il più grande Ospedale dell'Africa Centrale.

- un seminario di tre giorni per ecclesiastici con ventidue partecipanti.

- un seminario di un giorno per i medici, frequentato da ventitré persone.

I Titoli dei vari seminari erano:

- Assistenza Sanitaria Totale: il significato del primo comandamento (seminari residenziali).

- Ministero Pastorale per i Malati (per gli ecclesiastici).

- Rapporto sanitario con coloro che soffrono (per i medici) — Rapp. medico-paziente.

- Comprensione dei malati: necessità, sprechi, risorse e speranze (per gli infermieri dell'Ospedale Kenyatta).

Durante i 5 giorni del programma residenziale P. Pangrazzi aiutò i partecipanti a raggiungere una migliore comprensione del significato e delle implicazioni del 1° comandamento (LC 10:27), mettendo a fuoco ogni giorno una specifica dimensione dell'assistenza:

- assistenza fisica: « Amerai con tutta la tua forza »

- assistenza di relazione: « Amerai con tutta la tua mente »

- assistenza emotiva: « Amerai con tutto il tuo cuore »

- assistenza spirituale: « Amerai con tutta la tua anima »

Apprendimento sperimentale

P. Pangrazzi ha usato una metodologia che richiedeva un coinvol-

gimento personale attivo nel processo di apprendimento. Lo scopo era di aiutare i partecipanti ad integrare teoria e pratica attraverso un processo di riflessioni personali e di gruppo e di interazione. Questo accostamento sperimentale ha contribuito alla crescita dell'autocoscienza, all'emersione di una nuova penetrazione psicologica, allo sviluppo di capacità pratiche per migliorare la propria presenza ed il proprio rapporto con il malato.

Si è usata una varietà di risorse: esercizi individuali ed a piccoli gruppi, brevi letture, rappresentazione di ruoli, analisi letterali, partecipazione a grandi gruppi, analisi delle storie Bibliche scelte.

Tra gli argomenti trattati: le motivazioni del proprio coinvolgimento con il malato, comunicazione verbale e non-verbale, aiuti ed ostacoli nell'ascolto, dare spazio al sentimento, la spiritualità degli assistenti sanitari, la cultura e l'assistenza pastorale, l'apprendimento dell'identificazione delle risorse del malato.

« Il modo migliore per umanizzare le strutture di assistenza sanitaria — era solito dire il sacerdote Camilliano — è di umanizzare noi stessi. La saggezza inizia con la comprensione di se stessi ».

Attraverso gli esercizi spirituali i partecipanti sono stati aiutati a diventare più coscienti della loro identità come base per una migliore competenza professionale.

Il tono entusiastico delle valutazioni ha appoggiato la positività dell'esperienza per coloro che, essendo costantemente esposti alla sofferenza umana, sono chiamati ad essere la prova dello spirito e delle attitudini del Buon Samaritano.

Alcune valutazioni menzionavano « la nuova prospettiva » offerta dal seminario; altre ponevano l'accento su « quanto costruttiva sia l'esperienza sia professionalmente che personalmente »; altri ancora riferivano su « le nuove luci che sono state accese che aiuteranno a portare una dimensione creativa alle attività ordinarie ».

Certamente una bella canzone per non essere dimenticata ha bisogno di essere sentita ancora. È importante quindi che lo sforzo non si interrompa qui, che simili opportunità possano essere offerte su una base continuativa. Insieme al riconoscimento per Suora Umberta, che ha organizzato il programma, verso la « Missione » tedesca, che si è occupata dei fondi per esso

e P. Pangrazzi, che lo ha diretto, rimane l'augurio e la speranza che in futuro ci siano più semine e più raccolti.

P. GIAN MARCO DAL BON

Cappellano di Kenyatta, Ospedale Nazionale Nairobi, Kenya



33

Assistenza sanitaria primaria e preventiva

Alcuni dei programmi di assistenza sanitaria primaria e preventiva sono indipendenti dagli ospedali, mentre altri sono collegati ad essi. Si è ritenuto opportuno collegare alcuni di questi programmi con unità sanitarie fisse (soprattutto i progetti finalizzati di ricerca).

I servizi sanitari della Chiesa hanno un unico scopo, ovvero sia di rispettare il comando di Dio di andare ad assistere gli ammalati. Per questo fine, comunque, i servizi sanitari sono solo una parte dell'attività pastorale della Chiesa. Le attività sanitarie della Chiesa sono dirette alla totalità della persona, corpo, anima, mente. È questo aspetto dei servizi sanitari della Chiesa che li distingue dagli altri programmi di assistenza.

Contributo del dipartimento medico del SCK alla formulazione della politica sanitaria nazionale

Il Dipartimento Medico mantiene una stretta collaborazione con il Ministero della Sanità del Kenia. Negli ultimi due Piani Sanitari Nazionali Quinquennali il Dipartimento Medico è stato frequentemente consultato dai funzionari del Ministero della Sanità addetti alla programmazione. Nel corrente piano quinquennale (1984-88) il

Dipartimento Medico è stato consultato sulle sue attività di pianificazione e di assistenza sanitaria primaria, che sono tenute in grande considerazione. Inoltre il Dipartimento Medico parteciperà attivamente, coordinando i servizi sanitari cattolici nel paese, all'impostazione dei programmi del settore sanitario del piano quinquennale. Sarà opportuno menzionare qui che il Dipartimento Medico del SCK e il suo corrispettivo protestante stanno partecipando al programma integrato del Ministero della Sanità, che è parte del corrente piano di sviluppo, riguardante la salute nelle zone rurali e la pianificazione familiare.

Circa quattro anni fa il Ministero della Sanità ha istituito un Comitato Sanitario Nazionale nel quale sono rappresentati tutti gli organismi che si occupano di sanità. Questo comitato è stato visto come un luogo di scambio e di dibattito sulla politica sanitaria, e più ampiamente, di coordinamento e integrazione delle varie attività sanitarie del paese. Ha comunque avuto vita breve. È nostra speranza che questo comitato sia rivivificato e la sua importanza divenga maggiore.

Istruzione

Il Dipartimento medico del SCK coordina vari programmi di istruzione:

- corsi per infermiere generiche
- corsi di base per ostetriche
- corsi per infermiere di comunità
- corsi di abilitazione per oste-



34

triche

Essi si tengono in 12 dei nostri ospedali e sono approvati dall'Ordine delle infermiere del Kenia, nel quale il SCK è rappresentato. Il SCK si trova in prima linea nei programmi di assistenza sanitaria primaria. Grazie alla sua esperienza, il SCK ha organizzato programmi e fornisce materiali per l'addestramento e sussidi didattici sia per gli operatori dell'assistenza sanitaria primaria, sia per gli educatori sanitari.

Il SCK non gode di aiuti esterni per le sue attività di educazione, pianificazione e gestione sanitaria, ma cerca di usare solo risorse locali. Inoltre non abbiamo accesso alle informazioni sui congressi sanitari, che sono organizzati da altri enti locali e internazionali. Come pure non abbiamo accesso all'Assemblea sull'Assistenza Sanitaria Primaria, alla quale comunque vorremmo partire.

Il Dipartimento Medico organizza incontri su varie pubblicazioni concernenti la sanità. Pubblica inoltre un Notiziario trimestrale, che mette in evidenza i più recenti sviluppi delle nostre attività sanitarie. La maggior parte dei programmi sono sottoposti a revisione alla fine di ogni anno da un apposito comitato (Comitato di Revisione), formato da nostri esperti locali.

Coordinamento

Il Dipartimento Medico del SCK coordina le attività delle unità sanitarie cattoliche nel modo seguente:

- 1) mediante regolari visite a varie unità e programmi sanitari;
- 2) armonizzando ogni nuovo sviluppo o iniziativa;
- 3) attraverso scambi finanziari e di dati statistici. Questo vuol dire che abbiamo sistemi comuni per raccogliere i dati.
- 4) con incontri dei coordinatori diocesani;
- 5) con incontri generali annuali;
- 6) con seminari ed incontri di lavoro;
- 7) con relazioni annuali.

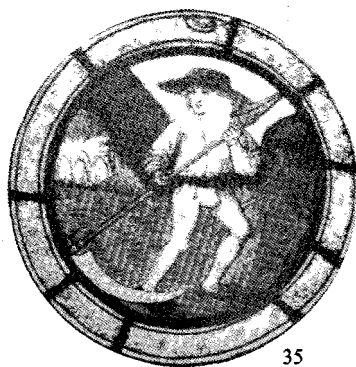
Risultati

Il Congresso Sanitario del 1979 si è tenuto subito dopo la dichiarazione di Alma Ata. Il tema princi-

pale dell'incontro è stato comunque l'assistenza sanitaria primaria. Si è evidenziato che allora pochi dei nostri ospedali e a mala pena qualche dispensario erano veramente coinvolti nell'assistenza sanitaria di base. Si è deciso che ogni unità sanitaria dovesse utilizzare gli anni successivi per partecipare ad un certo numero di attività di medicina preventiva e promozionale. In questo modo doveva partire il nuovo programma di assistenza sanitaria di base. Se guardiamo agli ultimi cinque anni, ci sentiamo molto incoraggiati in quanto tutti i nostri ospedali e centri sanitari e la maggior parte dei nostri dispensari sono coinvolti in attività di medicina preventiva o promozionale, come vaccinazioni, educazione sanitaria, pianificazione familiare. Hanno avuto inizio anche molti nuovi programmi indipendenti di assistenza sanitaria di base in unità sanitarie fisse.

Un altro risultato durante gli ultimi cinque anni è stato l'invito, giunto dal Ministero della Sanità, a partecipare per la prima volta, insieme con l'Associazione Medica delle Chiese Protestanti (P.C.M.A.: l'equivalente protestante del Dipartimento Medico del SCK) al corrente Programma Integrato di Sanità Rurale e di Pianificazione Familiare. Le due Chiese sono state congiuntamente coinvolte nella pianificazione del programma; esse inoltre coordinano l'attività di architetti e imprese di costruzione per il compimento dello stesso. Questo programma è diretto al miglioramento dei nostri dispensari in termini di assistenza, creando una rete di servizi finalizzati, ad esempio, all'assistenza sanitaria quotidiana **materno-infantile** e alla pianificazione familiare. Esso mira inoltre a trasformare alcune delle nostre scuole per infermiere generiche in corsi per infermiere di comunità.

Il terzo più importante risultato è stato integrare i servizi di pianificazione familiare naturale in molte delle nostre unità sanitarie. Molto del nostro personale sanitario è stato addestrato a prestare opera di consulenza alle madri sulla pianificazione familiare naturale. Un programma di pianificazione familiare naturale è stato realizzato dal SCK ad accettato dall'Ordine professionale delle infermiere del Kenia, per essere usato in tutte le scuole di formazione per infermiere del paese, comprese quelle statali.



35

accordo in Spagna sull'assistenza religiosa negli ospedali

Alcuni dati sanitari di base del Kenia

Superficie totale ..	569.0249 km ²
Popolazione totale (stimata al 1985	19 milioni
Densità per km ² (1980)	28
Indice di aumento naturale della popolazione.....	3,9%
Indice di natalità (1979) 53/1.000	
Indice di mortalità (1979)....	14/1.000
Spettanza di vita alla nascita (1979)	53
Indice di mortalità infantile (1979)	87/1.000
Popolazione urbana (% del totale 1979).....	14
Alfabetizzazione degli adulti (1979) Solo popolazione rurale (stimata dal Servizio integrato Rurale)	
Maschi	65%
Femmine.....	35%
Prima iscrizione a scuola (1976)	93%
Divisione per fasce d'età (1979)	
0-4.....	20,8%
5-14.....	30,3%
15,49.....	39,0%
50 e oltre	9,7%
Popolazione per medico (1977)	11.950
Popolazione per infermeria (1977)	1.120
Popolazione per infermeria (1985)	1.222

Da: Medicus Mundi Congresso di Roma 18-20, 1984.

Ordinanza del 20 dicembre 1985 che dispone la pubblicazione dell'accordo sull'assistenza religiosa cattolica in centri ospedalieri pubblici.

Ai ministri della Giustizia e della Sanità e Consumo.

Eccellenze,

In data 24 luglio 1985 e in applicazione dell'accordo tra lo Stato spagnolo e la Santa Sede su aspetti giuridici, è stato firmato l'accordo sull'assistenza religiosa cattolica in centri ospedalieri pubblici. Per dar vigore all'accordo suddetto si procede alla pubblicazione del medesimo.

In virtù dei propri poteri, su proposta dei ministri della Giustizia e della Salute e Consumo, questa Presidenza del Governo dispone:

Articolo unico — Si autorizza la pubblicazione del testo dell'accordo sull'assistenza religiosa cattolica in centri ospedalieri pubblici firmato il 24 luglio 1985.

Tanto comunico alle Eccellenze Vostre per loro informazione e gli effetti del caso.

Madrid, 20 dicembre 1985

MOSCOSO DEL PRADO
Y MONOZ

IL TESTO DELL'ACCORDO

Nel quadro giuridico della Costituzione, che garantisce la libertà di pensiero, religiosa e di culto degli individui e delle comunità e in adempimento di quanto convenuto nell'articolo IV.2) dell'accordo tra

lo Stato spagnolo e la Santa Sede su aspetti giuridici del 3 gennaio 1979, i signori ministri della Giustizia e della Santità e Consumo e il signor Presidente della Conferenza Episcopale Spagnola, debitamente autorizzato dalla Santa Sede, hanno concluso il seguente accordo:

Articolo 1°. Lo Stato garantisce l'esercizio del diritto all'assistenza religiosa dei cattolici ricoverati nei centri ospedalieri del settore pubblico (Insalud, AISNA, comunità autonome, amministrazioni locali e municipali e fondazioni pubbliche).

L'assistenza religiosa cattolica sarà prestata in ogni caso con il debito rispetto per la libertà religiosa e di coscienza, e il suo contenuto sarà conforme a quanto disposto nell'articolo 2 della legge organica 7/1980 del 5 luglio sulla Libertà Religiosa.

L'assistenza religiosa cattolica negli ospedali militari e nei penitenziari rimane ugualmente garantita e sarà retta da norme specifiche.

Articolo 2°. A tal fine, in ogni centro ospedaliero di quelli menzionati nell'articolo precedente esisterà un servizio o organizzazione volti a prestare l'assistenza religiosa cattolica e la cura pastorale ai pazienti cattolici del centro medesimo. Tale servizio sarà aperto agli altri pazienti che, liberamente e spontaneamente, ne facciano richiesta.

Potranno ugualmente beneficiare di questo servizio o organizzazione, se lo desiderano, i familiari dei pazienti e il personale cattolico del centro, sempre che lo permettano le necessità del servizio ospedaliero.

Per il miglior inserimento nell'ospedale del servizio di assistenza religiosa cattolica, quest'ultimo sarà sottoposto alla direzione generale o gestione del medesimo.

Articolo 3°. Il servizio di assistenza religiosa cattolica cui si riferisce il presente accordo disporrà di locali adeguati, come cappelle, uffici e luoghi di residenza, o, se del caso, pernottamento, nonché dei mezzi economici necessari alle sue prestazioni.

Articolo 4°. I cappellani o le persone idonee a prestare l'assistenza religiosa cattolica saranno designati dall'ordinario del luogo che informerà della nomina l'istituzione titolare del centro ospedaliero, previo adempimento delle formalità legali e regolamenti applicabili, secondo la situazione giuridica del cappellano.



36

I cappellani cesseranno dalle loro funzioni per ritiro della missione canonica o per decisione dell'istituzione titolare del centro ospedaliero secondo le norme interne del medesimo. In ogni caso, prima di procedere alla notifica della cassazione, questa dovrà essere comunicata al centro ospedaliero e all'ordinario del luogo, secondo i casi.

I cappellani cesseranno dalle loro funzioni per dimissioni, per rescissione del contratto di lavoro o in conseguenza di provvedimenti disciplinari, secondo il caso.

Quando, in virtù delle necessità del centro ospedaliero, questa assistenza religiosa è a carico di vari cappellani, l'ordinario del luogo designerà uno di loro responsabile della medesima.

Articolo 5°. Le persone che prestino servizio di assistenza religiosa cattolica svolgeranno la loro attività in collegamento con gli altri servizi del centro ospedaliero. Tanto questi come la direzione o gestione daranno loro i mezzi e la collaborazione necessari per lo svolgimento della loro missione, e soprattutto le opportune informazioni sui pazienti.

Articolo 6°. Toccherà allo Stato, attraverso la corrispondente dotazione di bilancio, il finanziamento del servizio di assistenza religiosa cattolica. Lo Stato trasferirà l'ammontare preciso all'Amministrazione sanitaria competente.

Articolo 7°. Per instaurare i necessari rapporti giuridici con il personale del servizio di assistenza religiosa cattolica, le diverse Amministrazioni pubbliche competenti alla

gestione di centri ospedalieri potranno optare sia per la firma di un contratto di lavoro con detto personale, sia per la firma di un accordo con l'ordinario del luogo, tutto ciò nel rispetto delle condizioni stabilite nel presente accordo.

I cappellani avranno i diritti e gli obblighi derivanti dal rapporto giuridico esistente, secondo le stesse condizioni del restante personale dei rispettivi centri ospedalieri.

In caso di un accordo con l'ordinario del luogo, il personale religioso beneficerà del Regime Speciale della Previdenza Sociale del Clero.

Articolo 8°. L'apertura e la chiusura di centri ospedalieri del settore pubblico porta di conseguenza l'istituzione o la soppressione del servizio di assistenza religiosa cattolica, con il personale, mezzi economici e locali connessi.

Articolo 9°. Nell'ambito stabilito dal presente accordo, le istituzioni titolari dei diversi centri ospedalieri potranno decidere con le autorità ecclesiastiche competenti le forme e i termini di una regolamentazione dettagliata dell'assistenza religiosa cattolica.

In ogni caso, le disposizioni del presente accordo saranno accolte nei regolamenti e nelle norme interne di tutti i centri ospedalieri del settore pubblico.

DISPOSIZIONE TRANSITORIA

Saranno rispettati le situazioni e i diritti acquisiti degli attuali cappellani dei centri ospedalieri del settore pubblico menzionati nell'art. 1°. In ogni caso e in qualsiasi momento, detti cappellani potranno avvalersi della presente regolamentazione.

DISPOSIZIONE FINALE

Il presente accordo entrerà in vigore il giorno 1 gennaio 1986. Madrid 24 luglio 1985

ALLEGATO I

Il numero minimo di cappellani incaricati di prestare l'assistenza religiosa cattolica in ogni centro ospedaliero pubblico sarà in relazione alla grandezza del medesimo, secondo i seguenti criteri:

Fino a 100 letti: un cappellano a tempo parziale.

Da 100 a 250 letti: un cappellano a tempo pieno e un cappellano a tempo parziale.



appello del presic Reagan per la giornata della vita

37 ***Il 18 gennaio 1987, in occasione della « Giornata nazionale della sacralità della vita umana » indetta negli Stati Uniti d'America, il Presidente Reagan ha lanciato questo messaggio al paese.***

Da 250 a 500 letti: due cappellani a tempo pieno e un cappellano a tempo parziale.

Da 500 a 800 letti: tre cappellani a tempo pieno.

Più di 800 letti: da tre a cinque cappellani a tempo pieno.

ALLEGATO II

Per la retribuzione dei cappellani dei centri ospedalieri pubblici incaricati di prestare l'assistenza religiosa cattolica, viene fissato dall'Amministrazione pubblica l'ammontare di 1.190.000 pesete annue, distribuite in 14 mensilità di 85.000 pesete. Tale retribuzione verrà aggiornata ogni anno secondo gli indici di aumento salariale dei dipendenti di detti centri ospedalieri.

ALLEGATO III

Malgrado quanto disposto nell'articolo 6°, l'obbligo finanziario relativo al servizio di assistenza religiosa cattolica continuerà ad essere a carico degli enti attualmente titolari dei centri ospedalieri pubblici. Nei centri ospedalieri che verranno creati dalle comunità autonome, autorità locali, municipali e fondazioni pubbliche, il finanziamento del servizio di assistenza religiosa cattolica sarà a carico degli enti fondatori.

Nel 1973 i bambini americani non ancora nati persero la loro protezione legale. Nei 14 anni seguenti, circa 20 milioni di bambini non ancora nati, un milione e mezzo ogni anno, hanno perso le loro vite a causa dell'aborto — in una nazione di 242 milioni di persone. Questo tragico e terribile pedaggio continua al ritmo di più di 4.000 giovani vite perse ogni giorno. Questo è un record vergognoso: ciò non concorda né con la decenza umana né con la nostra eredità Americana di rispetto per la santità della vita umana.

Il retaggio è profondamente radicato nei cuori e nella storia del nostro popolo. I nostri Padri impegnarono le loro vite, le loro fortune e il loro onore sacro nella Dichiarazione di Indipendenza. Annunciarono i loro indissolubili legami con le immutabili verità secondo cui « tutti gli uomini sono creati uguali, dotati dal Creatore di determinati Diritti inalienabili tra cui la Vita, la Libertà e la ricerca della Felicità ». Gli Americani delle generazioni seguenti hanno tenuto in grande considerazione la nostra eredità di diritti umani donati da Dio e sono stati pronti al sacrificio in favore di quei diritti, proprio come lo furono i nostri Padri.

Quei diritti sono donati a tutti ugualmente da Dio. Le prove mediche non lasciano dubbio che il nuovo essere, che si sviluppa in un grembo materno, è sia vivo che umano. Questo conferma appena

ciò che il senso comune ci ha sempre detto. L'aborto uccide i bambini non ancora nati e nega loro per sempre i diritti alla « Vita, alla Libertà e alla ricerca della Felicità ». La nostra Dichiarazione di Indipendenza ritiene che i Governi siano istituiti tra gli uomini per assicurare questi diritti e la nostra Costituzione — fondata su questi principi — dovrebbe essere letta per sancire i diritti della vita umana innocente.

Un ritorno alla nostra eredità di riverenza e protezione per la santità della vita innocente è atteso da tempo. Negli ultimi 14 anni molti Americani si sono dedicati a ripristinare il diritto alla vita e a fornire alternative di amore all'aborto affinché ogni madre scelga la vita per il suo bambino.

Dobbiamo riconoscere il coraggio e l'amore materno nel tenere il proprio bambino o scegliere per lui l'adozione. Dobbiamo poi ringraziare ed appoggiare i milioni di Americani che sono pronti ad assumersi la responsabilità di genitori adottivi. E non dobbiamo mai sospendere gli sforzi — gli appelli alle legislature e alle Corti e le preghiere all'Autore stesso della Vita — affinché ai bambini non ancora nati sia offerta ancora una volta la stessa protezione della legge di cui noi tutti godiamo.

La nostra eredità di Americani ci propone di rispettare e difendere la santità della vita umana. Con piena fiducia nella benedizione di Dio e nell'onestà del popolo americano dedichiamoci di nuovo a questo solenne dovere.

Ora, quindi, io, Ronald Reagan, Presidente degli Stati Uniti d'America, in virtù dell'autorità conferitami dalla Costituzione e dalle leggi degli Stati Uniti, proclamo Domenica 18 gennaio 1987, Giornata Nazionale della sacralità della Vita Umana. Chiamo i cittadini di questo Stato benedetto a riunirsi in quel giorno in case e luoghi di culto per rendere grazie del dono della vita e per riaffermare il nostro impegno per la dignità di ogni essere umano e per la sacralità di ogni vita umana.

In testimonianza di ciò, ho apposto qui la mia firma il 16 gennaio nell'anno del Signore 1987, e duecentoundicesimo dall'Indipendenza degli Stati Uniti d'America.

università cattolica del Sacro Cuore: documento sul consultorio familiare

La Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'università Cattolica del Sacro Cuore, accogliendo la Nota Pastorale della Conferenza Episcopale Italiana « Dopo Loreto », ha sviluppato una riflessione da una ricerca in tema di Consultorio Familiare ed ha elaborato un documento approvato, in seduta plenaria, dal Consiglio di Facoltà, presieduto dal prof. Ermanno Manni.

« 1. Il decennio della legge 405/1975, che istituiva nel nostro Paese il servizio consultoriale, la situazione socio-culturale italiana complessa e contraddittoria che si ripercuote sulle vicende della vita familiare, l'impegno della Chiesa, che è in Italia, per una organica pastorale della famiglia, hanno stimolato la nostra Facoltà a riflettere circa la sua presenza e il suo servizio nella storia del nostro Paese e della comunità ecclesiale.

La legge 405/1975, nata con lo scopo di dare una risposta ai nuovi problemi della coppia e della famiglia, ha favorito l'estensione del servizio consultoriale su tutto il territorio nazionale.

Da un esame obiettivo della vita dei consultori pubblici emerge però prevalente tendenza a privilegiare la scelta di un intervento tipicamente sanitario trascurando l'aspetto psicologico e sociale.

Tale orientamento è stato confermato da alcune leggi regionali ponendo così delle reali difficoltà, in termini di identità, di pluralismo e di partecipazione, ai consultori non promossi da enti pubblici.

L'introduzione della legge sul divorzio e alla legge sulla interruzione

ne volontaria della gravidanza hanno provocato una diffusa mentalità di disistima verso i valori della famiglia e favorito forme di disgregazione del nucleo familiare dalle conseguenze imprevedibili.

La Chiesa, che è in Italia, riflettendo sulla realtà familiare e sulle scelte pastorali più urgenti per l'evangelizzazione della famiglia, fin dal 1969 individuava nel consultorio familiare, consolidando così una esperienza già avviata nel Paese da alcuni decenni, un servizio di autentica promozione umana capace di « offrire una valida assistenza alla famiglia, specialmente nei momenti di crisi e di difficoltà, dando indicazioni per la soluzione dei problemi specifici della vita matrimoniale » (CEI, Matrimonio e famiglia oggi in Italia n. 17).

La nota pastorale « Dopo Loreto » ha non solo confermato ma incoraggiato un maggiore impegno dei cristiani verso i consultori familiari per « rovesciare la tendenza della cultura di morte » (Nota pastorale n. 33).

2. Di fronte alle attese della società italiana e all'impegno pastorale della Chiesa che è in Italia, la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'università Cattolica intende dare il suo contributo alla comprensione e al rilancio del consultorio familiare.

La negativa esperienza di molti consultori pubblici non può essere motivo sufficiente per il superamento di tale istituzione, anche perché i consultori non promossi da enti pubblici hanno sperimentato la reale possibilità di concretizzare le finalità previste dalla legge 405.

3. La Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'università Cattolica sostiene la necessità del Consultorio Familiare quale servizio specifico per la persona, la coppia e la famiglia.

In particolare, sulla esperienza del proprio Consultorio, indica una *metodologia consultoriale* che implica: una consulenza non solo medica, ma destinata anche a rispondere globalmente ai differenti bisogni della famiglia, tra cui quelli di natura psicologica, pedagogica, sociale ed etica; una *stimolazione della famiglia e dei gruppi di famiglie a prendere coscienza e a gestire le proprie risorse per la soluzione dei loro problemi*; una *interdisciplinarietà di accostamento ai singoli casi in modo da favorirne una personale e responsabile soluzione*.

4. La Facoltà di Medicina e Chi-

rurgia dell'università Cattolica riafferma la centralità della famiglia, quale luogo insostituibile « per la nascita, la crescita e la socializzazione della persona umana » e quale « cellula fondamentale » della società.

Il servizio consultoriale pertanto non solo non può essere luogo in cui la famiglia è minacciata nella sua realtà e nei suoi comportamenti, ma deve rispettare, promuovere e coinvolgere la famiglia come oggetto attivo e responsabile.

5. La Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'università Cattolica si impegna a sviluppare una costante ricerca scientifica sulla esperienza del Consultorio Familiare per comprenderne le dinamiche e i bisogni; a sostenere il Centro di Assistenza e Promozione della famiglia, articolato nei tre Servizi, di Consultorio, di Ricerca e Studi sulla Regolamentazione naturale della fertilità, di Pastorale familiare, come strumento qualificato di presenza e di azione dell'intera facoltà nella società italiana e nella Pastorale Familiare della Chiesa che è in Italia; a promuovere la formazione di futuri sanitari capaci di una testimonianza matura e rigorosa dei valori cristiani della famiglia e forniti di una adeguata preparazione a svolgere attività consultoriale.

6. La Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica sollecita un maggiore impegno di tutte le istituzioni, e in particolar modo dei Consultori Familiari, ad offrire una reale prevenzione dell'interruzione della gravidanza; programmazioni regionali che prendano in seria considerazione l'attività dei consultori non promossi da enti pubblici, senza alcuna discriminazione; il superamento di ogni forma di emarginazione degli operatori socio-sanitari che hanno deciso per l'obiezione di coscienza, distinguendo la funzione di consulenza dalla figura dell'operatore che concede l'autorizzazione per l'interruzione volontaria della gravidanza.

La Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'università Cattolica auspica che ogni famiglia italiana possa trovare un adeguato sostegno per la sua crescita globale nella verità ».



38

MESSICO: DIPARTIMENTO DI PASTORALE DELLA SALUTE STRUTTURA E PIANO DI LAVORO

1. Nella XXXVIII Assemblea della Conferenza dell'Episcopato Messicano, tenutasi a Guadalajara, Jalisco, Messico, aprile 1986, è stato creato un Dipartimento di Pastorale della Salute.

2. È un settore della Conferenza dell'Episcopato Messicano aggregato « ad experimentum » alla Commissione Episcopale di Pastorale Sociale.

3. È destinato ad offrire il suo servizio ai Vescovi Messicani nella propria pastorale diocesana.

4. I suoi destinatari sono gli agenti di Pastorale della Salute, sempre attraverso i Vescovi Diocesani.

5. Il primo passo fatto è stato quello di chiedere ai diversi Vescovi essere membri del Dipartimento. Hanno accettato Mons. Fernando Romo, Vescovo di Torreón, Mons. Francisco Ma. Aguilera Vescovo Ausiliare di messico, e Mons. Manuel Mireles Vaquera, Vescovo Ausiliare di Durango. Così anche è stato nominato come Segretario Esecutivo del Dipartimento, il Dr. Jorge A. Palencia Ramirez de Arellano (laureato alla Università di Harvard, Cambridge, EE.UU., Dottore in Psicologia Pastorale e con ampia esperienza nel campo della salute).

6. Come progetto iniziale di Lavoro è stata fatta un'analisi dell'Inchiesta sulla Pastorale della Salute, la cui risposte erano state inviate dai Vescovi del Messico. Questa analisi ha indicato le vie per organizzare ed animare la Pastorale della Salute; così anche ha evidenziato la realtà che è vissuta nelle

giurisdizioni ecclesiastiche nel campo della Pastorale della Salute. Ecco alcuni dati soltanto.

Vi sono tre grandi gruppi di organizzazione rispetto a questa Pastorale: il primo gruppo lo costituiscono le Arcidiocesi e Diocesi che l'hanno strutturata ed hanno un Comitato diocesano (v. gr. Arcidiocesi di Puebla, Guadalajara e Messico, diocesi di Tijuana, S. Cristobal de las Casas, Leon, Vicariato Apostolico de Tlahumara y Prelatura de Jesús Maria). Il secondo gruppo di Diocesi sta iniziando la sua organizzazione e il terzo manca di qualsiasi organizzazione.

Comunque, in tutte le giurisdizioni ecclesiastiche esiste, in un modo o in un altro, questa pastorale.

7. Il secondo passo è stato quello di elaborare un Primo Piano di Lavoro. Questo piano minimo di lavoro di natura provvisoria, ha dato la possibilità di presentare la realtà del campo della salute alla luce dell'Enciclica di S.S. Giovanni Paolo II « Salvifici Doloris » e del Motu Proprio « Dolentium hominum », riflettendo la grande necessità di una Evangelizzazione Integrale diretta agli agenti di Pastorale che lavorano in questo campo della salute.

Questo Primo Piano di Lavoro fu approvato dalla Conferenza dell'Episcopato Messicano, ed è iscritta nel Piano Organico di Lavoro Pastorale 1986-88 della stessa Conferenza, entro la prima area di Compiti Fondamentali (Cfr. pag. 116-120 Piano Organico).

Questo piano comprende:

a) Preparazione di un Direttorio Nazionale di Pastorale della Salute (realità-dottrina-orientamenti pratici), che sta in un momento di lettura e di analisi come pre-progetto.

b) Preparazione di un catechismo elementare con lo stesso contenuto del Direttorio ad un livello catechetico.

c) Offerta di Corsi di Pastorale della Salute alle Diocesi che lo chiedono attraverso i propri Vescovi, nella misura delle possibilità, che al momento sono limitate.

9. Inoltre, si sta completando un gruppo di Servizio alle Diocesi integrato da agenti pastorali delle medesime.

10. Il Dipartimento si è incontrato già con diverse Associazioni Nazionali rappresentative di questo settore della salute, cercando di animare la comunicazione e il dialogo per raggiungere una futura ed

ottima integrazione di tutti gli elementi di ognuna di queste organizzazioni.

I lavori, del Dipartimento si trovano all'inizio e, per tanto, i suoi servizi e i suoi rapporti stanno facendo i primi passi, che sono stati posti sotto il patrocinio di Santa Maria di Guadalupe, nostra Salute e Madre del vero Dio che ci dà la vita.

JORGE MARTINEZ
MARTINEZ
Obispo Ausiliare di Messico
Presidente del Dipartimento
della Pastorale della Salute

Dr. JORGE A. PALENCIA R. de
A.
Segretario Esecutivo del Dipartimento

COREA: RAPPORTO SULL'ORGANIZZAZIONE SANITARIA CATTOLICA

Da lungo tempo siamo in contatto con il Catholic Medical Center di Seul in Corea. Esso appartiene ed è gestito dall'Arcidiocesi di Seul. Consiste di una Scuola Medica Cattolica e di nove ospedali per le esercitazioni pratiche degli allievi. È probabilmente uno dei più grandi centri medici cattolici del mondo con annessa scuola medica.

Il 22-10-86 il Centro ha celebrato il 50° anniversario della sua fondazione. Una rappresentanza del Medical Center di Seul ha visitato l'Arcidiocesi di New York e il New York Medical College. In occasione del congresso scientifico in commemorazione del 50° anniversario del Catholic Medical Center, vi sono stato invitato, insieme con un membro della facoltà del New York Medical College, a tenere una relazione.

Abbiamo lasciato New York Sabato 19-10 e siamo arrivati in Corea Domenica 20. Abbiamo visitato la facoltà del Catholic Medical College ed alcuni dei loro ospedali. Ci siamo anche recati in aree suburbane e rurali a visitare il St. Mary's Hospital di Taejon e diversi altri ospedali molto ben organizzati e in grado di fornire un'eccellente assistenza medica. La preparazione dei medici è eccezionale. Sono tutti abilitati e con un buon curriculum di preparazione in tutto il mondo.

Il Congresso Scientifico è stato tenuto presso il nuovo St. Mary's Hospital, ricostruito in una nuova sede. La relazione aveva come tema l'etica medica in un mondo di medicina ad alta tecnologia. Il Dr.

Joseph Cimino ha parlato della formazione medica.

Abbiamo trovato la Chiesa di Corea molto forte. Ci siamo incontrati parecchie volte con il Vicario Generale e con padre Kim, il direttore del Catholic Medical Center, per discutere i problemi inerenti l'assistenza sanitaria. La Chiesa Cattolica in Corea è molto vitale e molto coinvolta nell'assistenza sanitaria. L'immagine che la Chiesa offre è probabilmente meglio rappresentata dal complesso di edifici annessi alla Cattedrale: la scuola, una sala per convegni, la residenza del Cardinale e la sede primitiva del St. Mary's Hospital.

L'immagine della Chiesa in Corea è sempre stata quella di un'organizzazione che si prende cura delle esigenze della popolazione, senza distinzione di razza colore e credo religioso.

Il vecchio St. Mary's Hospital è ora utilizzato per gli uffici direttivi dell'Arcidiocesi di Seul. Il nuovo St. Mary's Hospital sorge in un'area distante dalla Cattedrale, in un'altra parte della città di Seul.

Il Catholic Medical Center di Seul desidererebbe collaborare con l'ufficio Sanitario Arcidiocesano di New York e con il New York Medical College; vorrebbero inoltre avere scambi di studenti e visite reciproche di personale amministrativo e infermieristico, nonché assistenza per l'organizzazione di biblioteche e di progetti di ricerca in comune. Essi sono intenzionati ad instaurare una stretta collaborazione con il New York Medical College per raggiungere alcuni di questi scopi. Ciò potrebbe essere una mutua associazione, utile sia per il New York Medical College che per il Catholic Medical Center di Seul (Corea).

Ci sono stati molti incontri tra medici cattolici; essi sono riuniti in una forte associazione (Catholic Physicians Guild) che è affiliata alla Federazione Internazionale Medici Cattolici (FIAMC).

MONS. JAMES CASSIDY
*Assistente ecclesiastico della FZAMC
New York, U.S.A.*

REPUBBLICA DOMINICANA: LA NECESSITÀ DELL'ASSISTENZA SANITARIA

Sua Eminenza il Cardinal John O'Connor ha visitato la Repubblica Dominicana ed ha mostrato in-

teresse nel fornire aiuto nell'assistenza sanitaria. Ci sono oltre 500.000 Dominicani che oggi vivono nell'Arcidiocesi di New York. Si può credere che, con il loro aiuto e con la guida del Cardinale, si potrà fornire un contributo ai bisogni dell'assistenza sanitaria nella Repubblica Dominicana. Come risultato di tutto ciò, e specialmente con l'aiuto di Matilda Balaguer, nipote del presidente della Repubblica Dominicana, è stato stabilito che io e Mario Paredes fossimo ufficialmente invitati a visitare l'isola dal governo della Repubblica Dominicana e da Mons. Lopez, Arcivescovo di Santo Domingo, per vedere ciò che poteva essere fatto per aiutarli in campo sanitario.

Giovedì 16/12 siamo arrivati a Santo Domingo. Siamo stati ricevuti all'aeroporto dal ministro della Sanità e scortati al nostro hotel. Ci siamo poi incontrati con il ministro della Sanità e il suo staff per discutere i maggiori problemi dell'assistenza sanitaria. Come appare evidente, il nuovo governo sta facendo uno sforzo reale per migliorare i servizi sanitari.

Il giorno successivo ci siamo incontrati con l'Arcivescovo Lopez, l'Arcivescovo di Santo Domingo. Prima che fosse Arcivescovo ci eravamo incontrati a New York. È stato simpatico rinnovare vecchie conoscenze. Egli è un entusiasta e veramente cerca di fare ciò che può. Sa però che assumere il controllo di tutti gli ospedali sarebbe, al momento attuale, uno sforzo troppo grande per la Chiesa. Gli abbiamo suggerito quindi di iniziare con un solo ospedale, quello pediatrico, riorganizzarlo e vedere come la cosa va a finire; in seguito, se tutto ciò avrà successo, si potrà procedere oltre. Gli abbiamo consigliato che ogni cosa venga fatta dalla Chiesa locale. Egli sta portando avanti il progetto e si mantiene in contatto con il Presidente.

Abbiamo visitato tre ospedali: l'ospedale pediatrico, un grande ospedale ostetrico e un ospedale generale.

1 - L'ospedale pediatrico (Clinica Infantil) diretto dal Dr. Robert Reid Cabral

È un ospedale di 299 letti che segue approssimativamente 760 pazienti ricoverati al mese. È un ospe-

dale pubblico che si prende cura delle malattie e delle necessità dei bambini del paese. Visite di pazienti ambulatoriali: circa 11.000 per anno. Il direttore è un buon medico cattolico. Otto suore della Carità lavorano volontariamente nell'ospedale come capo reparto ed altre simili occupazioni.

2 - L'ospedale ostetrico (Hospital de Maternidad nuestra Srs. de la Altagracia).

È il più grande ospedale ostetrico della Repubblica Dominicana. Le statistiche non sono tutte attendibili ma vi avvengono circa 20.000 parti all'anno. Vi si trova anche un'eccellente divisione di neonatologia. Il direttore di quest'ultima, che ci ha già fatto visita a New York, ha incontrato alcuni dei nostri medici ed ha visitato alcune delle nostre attrezzature.

3 - L'ospedale generale per le malattie acute

È un ospedale di 200 letti. Le sue attrezzature sono molto scarse. Possiede un polmone artificiale da 50.000 dollari che non è stato mai usato perché mancano i tecnici preparati. L'impressione è che il governo stia spendendo abbastanza per l'assistenza sanitaria, ma che i fondi non siano gestiti in maniera organica. Dopo aver visitato gli ospedali ci siamo incontrati con le sorelle della Carità, che anni fa ne hanno abbandonato alcuni e ora lavorano in ospedali pubblici. La discussione è stata molto utile e si sono dimostrate interessate ad andare nell'ospedale pediatrico. Ho celebrato la Messa nella loro piccola cappella.

Dopo aver visitato i nostri ospedali abbiamo avuto incontri con l'Arcivescovo e le autorità: il Ministero della Sanità e il suo staff, il Ministro della Programmazione e il Presidente della Repubblica Dominicana Joaquim Balaguer. Ci siamo incontrati per circa un'ora per discutere della situazione dell'assistenza sanitaria. Qui riportiamo un riassunto della discussione con il Presidente:

1) Il provvedimento sanitario che più necessita a Santo Domingo è un buon sistema di distribuzione di acqua potabile.

2) Vi è un numero di medici più che sufficiente.

3) Vi è necessità di personale tecnico e parasanitario che lavori negli ospedali.

4) I farmaci sono sprecati e mal utilizzati.

5) Vi è una grande necessità di attrezzature ma soprattutto di manutenzione di quelle esistenti.

Nel dibattito, il Presidente ha affrontato il problema dei farmaci ed ha chiesto se sarebbe stato possibile acquistarli negli Stati Uniti e quindi inviarli per mezzo della Chiesa a Santo Domingo per distribuirli poi negli ospedali, dove ve ne è un grande bisogno. È chiaro che il governo sta realmente compiendo ogni sforzo in campo sanitario e ciò appare evidente a chiunque visiti gli ospedali. Ma non siamo altrettanto certi che stia ottenendo il massimo con il denaro che spende. Il Presidente si è dimostrato d'accordo con l'idea che le Chiese locali assumano il controllo e la gestione dell'ospedale pediatrico e che quindi si stia a vedere che cosa porterà il futuro.

La convinzione del Presidente era che la Chiesa dovesse gestire tutti gli ospedali. Ma io penso che al momento presente ciò sarebbe eccessivo per la Chiesa e che inoltre ci sarebbero delle opposizioni da parte di alcuni medici e di alcune autorità sanitarie. Credo che all'inizio sia meglio lavorare con il solo ospedale pediatrico. È un buon ospedale e il suo amministratore sembra essere un buon medico cattolico. Se noi fossimo in grado di apportare alcuni cambiamenti con gradualità, potremmo aiutarli a creare un ospedale di prima categoria.

Crediamo che ci sia anche bisogno di creare alcune scuole per formare un numero maggiore di infermiere e di altro personale sanitario. Poiché la sanità si è tecnicizzata c'è una maggiore necessità di tecnici, infermiere ed altro personale sanitario che si occupi delle attrezzature che questi ospedali dovrebbero avere e della loro manutenzione.

È stato anche deciso che ogni cosa debba essere fatta dalla Chiesa locale di Santo Domingo e che noi rimaniamo solo consulenti e li aiutiamo il meglio possibile. Si era pensato che potesse essere utile una collaborazione dell'ospedale

pediatrico con l'ospedale Bambin Gesù di Roma; così l'aiuto verrebbe non solo dalla Chiesa Americana, ma dalla Chiesa universale.

Come risultato di questa visita abbiamo stilato una lista delle necessità dei differenti ospedali. Il Ministero della Programmazione e il Ministero della Sanità ci hanno fornito alcune statistiche. Matilda Balaguer ha fatto uno studio su come organizzare l'assistenza sanitaria in Santo Domingo e noi ne stiamo prendendo visione. Matilda Balaguer è stata molto utile ed io penso che, se qualcosa verrà fatta a Santo Domingo, ella dovrebbe essere una delle persone più indicate a sorvegliare che tutto proceda per il meglio. L'Arcivescovo è molto soddisfatto di ciò, anche se un po' preoccupato di doversi prendere carico di troppe cose in questo particolare momento, ma certamente vuole valutare ciò che può essere fatto.

Il Presidente si è dimostrato molto ben disposto verso di noi e ci è stato molto utile e sta cercando aiuto e indicazioni da noi. È un uomo molto saggio, con grande discernimento dei problemi della situazione attuale.

Ci siamo anche incontrati con Mons. Nunez, Preside dell'Università Madre y Magistra di Santiago. Abbiamo passato un po' di tempo con lui e discusso della situazione sanitaria. Egli crede che ci sia bisogno di ospedali per questa scuola medica ed è d'accordo che il Vescovo di Santiago, che è una diocesi differente da Santo Domingo, discuta con il governo la possibilità che la diocesi prenda in gestione un ospedale per la sua scuola medica. Noi potremmo collaborare con loro, e il New York Medical College aiutarli a soddisfare le loro necessità. Siamo stati in contatto con Mons. Nunez e continueremo ad esserlo per cercare una soluzione a questi problemi.

Abbiamo stabilito di fornire loro vari materiali e ciò di cui necessitano, per vedere se fosse possibile aiutarli per mezzo dei nostri ospedali. Crediamo che sia necessario creare una fondazione nell'Arcidiocesi di New York, che potrebbe anche essere autonoma, che si occupi dell'assistenza sanitaria cattolica a Santo Domingo. Attraverso questo ente potremmo appellarci a molti cittadini e medici dominicani, che vivono qui nell'Arcidiocesi per aiutare il loro paese. Io intendo ritornare a Santo Domingo in Febbraio, più o meno nel periodo dal



39

13 al 19, con Mario Paredes, due medici del New York Medical College e l'amministratore dell'ospedale. Lo scopo di questo viaggio sarà controllare quali progressi siano stati fatti e seguirli nei loro primi passi, in modo da evitare gli insuccessi.

i Camilliani in Brasile

Fare il bene ed assistere i malati è un dovere umano e cristiano apprezzato in tutti i tempi. Il modo di farlo cambia, o meglio, deve cambiare epoca ed ambienti. È imprescindibile tener presenti le necessità locali, la situazione dell'individuo e della comunità. Le circostanze di ogni epoca e cultura non possono essere dimenticate. D'altra parte lo sviluppo tecnico-scientifico è un aspetto da non trascurare.

Il mondo moderno cambia ad una velocità difficile da seguire. Il mondo ecclesiastico, abituato alla meditazione delle verità eterne, dei dogmi indiscutibili e dei valori perenni, trova difficoltà di rendersene conto, d'accettare ed adattarsi ai richiami dei cambiamenti. Non tutti accettarono il Vaticano II. Perciò può capitare che le organizzazioni civili vadano avanti e quelle della Chiesa rimangano fermi nel tempo che fu.

Il Vaticano II ne ha ben parlato dell'autonomia delle realtà terrestri. Questa verità dev'essere sempre tenuta presente nella presa delle decisioni. Il « greco con i greci e romano con i romani » di San Paolo è di grande attualità.

Realtà ospedaliera in Brasile

La situazione dell'assistenza sanitaria ed ospedaliera nel Brasile, negli anni settanta, tanto per avere un punto di riferimento, era precaria, insufficiente e le statistiche quasi sempre si presentavano incomplete per una analisi più precisa. Gli ospedali erano mal distribuiti, sia nelle singole regioni, come anche nelle grandi città. L'amministrazione scientifica, da molto introdotta negli ospedali nord americani, si potrebbe dire, non esisteva.

La realtà rivelava che i già pochi e piccoli ospedali, soprattutto all'interno del paese e particolarmente al nord e nordest, erano gestiti più dalla buona volontà che dalla competenza amministrativa. Molti vivevano più della carità e di entrate non operazionali. La mortalità infantile era oltre il duecento per mille. La prevenzione era minima.

Le autorità hanno sempre rilasciato una bassissima percentuale della salute. Con questa realtà gli ospedali spendevano più e ne ricavano meno del necessario per fare tutto il bene che potrebbero fare.

Dinanzi a questo preoccupante panorama della salute, si ponevano delle interrogazioni: chi s'occuperebbe di questo? come cambiare la situazione? che cosa fare? con che mezzi lavorare?

Ecco che sorgono tentativi i quali, con il passare del tempo, riescono a portare dei cambiamenti importanti nel mondo ospedaliero, nell'assistenza ai malati e nella promozione della salute.

Decisione di cambiare

Coscienti di questa realtà e colpiti dalla precaria situazione, un gruppo di religiosi camilliani, il cui scopo è il lavoro nel mondo della salute, ha preso la decisione di promuovere il cambiamento. Iniziative diverse sono state portate avanti. Si è creduto fondamentale creare una coscienza portando alla luce la situazione e presentando la necessità di cambiare quella realtà. Tra l'altro è stato fatto quanto segue:

1 - Corsi d'Amministrazione ospedaliera

Nel Brasile e nell'America Latina non esistevano Facoltà per formare amministratori ospedalieri, ciò che da quarant'anni era normale negli Stati Uniti e nel Canada. Dopo due anni di pratiche presso il Ministero della Educazione ebbe inizio il primo corso del genere a San Paolo. Nel frattempo furono organizzati corsi notturni, il che è comune in Brasile, di amministrazione ospedaliera, per medici, infermieri ed altri professionisti, con durata di un anno. L'accettazione di questa modalità di studio fu grande e negli anni seguenti, gli stessi corsi furono portati in tutte

le grandi città. Sono più di 250 i corsi già realizzati, frequentati da circa 10.000 persone. Da tre anni funzionano allo stesso tempo oltre venti di questi corsi in più località del paese.

2 - Corsi per religiose

In collaborazione con la « Misereor » della Germania, furono realizzati a San Paolo 23 corsi di quattro mesi a tempo pieno, per religiose che lavorano negli Ospedali. Circa 700 parteciparono provenienti da tutto il Brasile.

3 - Corsi di salute pubblica

L'ospedale bene organizzato è importante ma ancora non è tutto. Oltre curare gli ammalati è fondamentale promuovere la salute, creando tutte le condizioni che possano favorirla. Anche sotto questo aspetto nel Brasile poco veniva fatto. Per favorire il cambiamento, si pensò di creare un'équipe specializzata, per tenere corsi ovunque.

Dopo un anno di lavoro, il gruppo era organizzato con i testi già stampati da consegnare ai partecipanti. Circa 600 ore, con durata di un anno. Oggi esistono in funzione 10 di questi corsi allo stesso tempo, rappresentando un importante appoggio alle autorità sanitarie, che le utilizzano per svolgere i loro programmi di governo.

4 - Corso per capi reparto

Non c'è dubbio che se il lavoro degli infermieri è bene organizzato, l'ospedale può reggersi meglio e il malato sarà meglio assistito. Per aiutare a raggiungere questo, furono organizzati corsi per preparare capi reparto, con durata di un anno per infermieri.

5 - Corso di specializzazione per assistenti sociali ospedalieri

Un anno per assistenti sociali con programma di studio adatto.

6 - Corso di dirigenti in amministrazione ospedaliera

È un corso a livello avanzato con durata di 2/3 anni. Si chiama anche « master ».

Questi tre ultimi sono gli unici esistenti in Brasile.

7 - Corsi di piccola durata

Per risolvere necessità più urgenti, furono fatti decine di corsi di piccola durata per il personale responsabile per i diversi settori dell'ospedale.

8 - Formazione del personale tecnico

Constatata la grande mancanza di personale qualificato per lavorare presso i malati, fu creata, con l'aiuto della « Kellogg Foundation » degli Stati Uniti, una Scuola « ad hoc ». Sono corsi per alunni a livello medio, con durata di 18 mesi. Veniva insegnata soltanto la parte specifica riguardante ogni professione. Nella Scuola vengono formati tecnici in infermeria, patologia clinica, radiologia medica, fisioterapia, massaggio, infermeria generica e del lavoro. Sono finora circa 2.000 formati, con una media di 200 all'anno. La richiesta di questi specializzati è molto alta.

9 - Consultorio od organizzazione « in loco » degli ospedali

Oltre tutti questi corsi, per orientare ed aiutare i dirigenti ospedalieri nelle loro funzioni, viene svolta da 4 anni un'altra attività; quella di organizzare gli ospedali direttamente, attraverso specialisti che vanno sul posto, studiano la situazione e lasciano le corrispondenti norme scritte. Circa una quarantina sono stati già organizzati ed altri venti lo stanno per essere allo stesso modo. Questa attività si sta sviluppando molto.

10 - Congressi annuali d'amministrazione ospedaliera

Da 15 anni vengono realizzati convegni con partecipanti provenienti da tutto il Brasile. Esiste un ente civile « Colégio Brasileiro de Administradores da Saúde » al quale liberamente si scrivono gli amministratori ospedalieri e approfittano di questi convegni anche per aggiornarsi.

11 - Cosa si insegna nei corsi

Nella Facoltà sono insegnate le discipline basi dell'amministrazione scientifica, dando sempre un rilievo all'ospedale.

Nella parte specifica viene studiata l'amministrazione dell'ospedale in sé, nella sua complessità, con tutti i suoi settori di attività. Quello che più interessa sono sempre gli aspetti amministrativi, poi l'aspetto tecnico-scientifico è compito della formazione delle singole specialità professionali, sia medica che infermieristica od altra.

Vengono studiate l'architettura ospedaliera e gli impianti, l'economia e la ragioneria, l'amministrazione e l'organizzazione d'ogni settore ed attività, dalle sale operatorie alla lavanderia, dalla sterilizzazione alla pulizia generale. Non va dimenticata l'umanizzazione dell'ospedale e l'importanza dell'etica e della morale.

La Facoltà ha una durata di quattro anni. I corsi di specializzazione durano un anno.

12 - Libri di amministrazione ospedaliera

Non esistevano libri in Brasile su questa specializzazione dell'amministrazione. Gli insegnanti hanno assunto la responsabilità di preparare testi per gli studenti. I pochi fascicoli con ridotto numero di pagine, col passar degli anni, sono cresciuti diventando libri di valore e di grande interesse.

Sono stati tradotti dall'inglese e dal francese più di una decina di libri, scelti tra i più adeguati alla realtà brasiliana. Al momento sono circa 60 libri, 30 dei quali vengono consegnati ad ogni alunno. Si è visto che questa è una pratica che aiuta molto, sia chi insegna, come chi studia.

Per scrivere questi libri furono visitati diversi ospedali all'estero, oltre molti nel paese. Si è partecipato a molti convegni internazionali, in più fu messo a disposizione letteratura americana, canadese, inglese, francese e di altri paesi.

Alcuni libri sono del tutto originali, sorti dalla realtà, dalla esperienza personale e adattati alla necessità locale.

Oltre ai libri furono creati due periodici « Vida Hospitalar » della « Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo » ed « O Mundo da Saúde » che ha cambiato nome nel '86, Hospital-Admini-

stração e Saúde ». Questi sono inviati gratuitamente a tutti gli ospedali con oltre 50 posti letto, alle autorità sanitarie, religiose e diverse scuole.

13 - Coordinazione centrale

Tutte queste attività vengono coordinate da una équipe specializzata a San Paolo sotto la responsabilità del « Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde ». Sono circa 40 professionisti specializzati dipendenti per le diverse attività.

14 - Gestione ospedaliera

Un'altra forma introdotta più di recente, è quella di assumere la gestione diretta di ospedali in differenti località, attraverso amministratori indicati e preparati a questo. Nel primo anno di attività sono già 10 gli ospedali gestiti in questo modo.

15 - Ospedali propri

Al momento dei 22 ospedali gestiti solo 5 sono stati costruiti dall'ente. Gli altri si sono avuti in donazione da diocesi, istituti religiosi od altri, che non volevano o non riuscivano più ad amministrarli. Anche il governo recentemente ha consegnato alcuni veramente bene attrezzati e nuovi.

L'amministrazione segue un sistema unico insegnato nella scuola e controllato in forma centralizzata a San Paolo, pur essendo distribuiti nelle più lontane regioni.

Accanto ad ogni ospedale, e questo è inderogabile, si organizza un settore di salute pubblica e di pastorale sanitaria.

16 - Assistenza ai più poveri

L'assistenza ai più poveri, ai « favelados », o baraccati è coordinata e promossa da settori specifici sia a Rio de Janeiro che a São Paulo. Si occupano di questo anche gli studenti delle nostre Facoltà e aspiranti alla vita religiosa.

17 - Formazione universitaria

Verificata la mancanza del personale a livello superiore, furono create le Facoltà di Amministrazione Ospedaliera e di Nutrizionisti.

Furono rievate due Facoltà per infermieri professionali, una a Rio de Janeiro e l'altra a São Paulo. Le stesse appartenevano a due Congregazioni religiose. Nell'87 ci sarà un'altra Facoltà, la « de Fonoaudiologia » a São Paulo.

18 - Pastorale sanitaria

La promozione della pastorale è fatta da un settore « ad hoc » che si occupa dell'animazione e formazione del personale, delle conferenze e dei raduni. Pubblica un piccolo periodico mensile, organizza convegni regionali ed un congresso annuale con circa 400 partecipanti da tutto il Brasile.

19 - Enti sociali indipendenti

Tutte queste attività sono realizzate sotto la responsabilità dei due enti civili indipendenti tra di loro: « Sociedade Beneficente São Camilo » creata nel 1923 e « União Social Camiliana » creata nel 1954.

La Provincia e le singole comunità religiose hanno vita indipendente da questi enti, sono organizzate sotto un ente giuridico proprio « Provincia Camiliana Brasileira ». Si è visto che questa separazione è importante, utile e non solo conveniente. Ciò rende possibile una maggiore libertà di azione a ciascuna. Qualsiasi intervento governativo nel fatto sociale non porterà danno all'ente religioso.

20 - Collaborazione dei laici

All'inizio l'insegnamento dell'amministrazione occupava un gruppo di sacerdoti. La collaborazione dei laici, soprattutto nelle nostre scuole, fu aumentando, ed oggi sono meno i sacerdoti impegnati, occupandosi al di più nella coordinazione centrale di tutto questo lavoro.

La mentalità e la filosofia cristiana viene assicurata dalla contrattazione con professionisti adatti.

Conclusione

Il molto che si è fatto e si sta facendo, è poco dinanzi alle necessità. Questa attività ha portato dei

cambiamenti in altri paesi, specialmente nell'Uruguay, dove è sorto un movimento analogo.

Queste notizie sono riportate con lo scopo di stimolare altri a fare il bene attraverso l'amministrazione nel mondo della salute, che è promozione della persona umana.

In una relazione come questa, non appaiono le difficoltà e le opposizioni che sempre ci sono. Le difficoltà sorgono sempre quando c'è da cambiare. Però guardando il passato, mirando il presente si vedono dei frutti e, voglia Dio, che siano ancora più abbondanti nel futuro, per un sempre maggior bene del malato, ragione d'essere di tutte le istituzioni della salute.

P. AUGUSTO MEZZOMO, M.I.

*Direttore della
« Faculdade de ciências
de saúde
Sgo Paolo, Brasil*

camillianum, un istituto internazionale di teologia pastorale sanitaria

L'Istituto Internazionale di Teologia Pastorale Sanitaria **Camillianum** è stato eretto e costituito con Decreto della S. Congregazione per l'Educazione Cattolica del 28 aprile 1987, nell'ambito della Pontificia Facoltà Teologica « **Teresianum** », come specializzazione in Teologia Pastorale Sanitaria.

Ha la sua sede a Roma (Largo Ottorino Respighi, 6) ed inizierà le attività accademiche nel mese di ottobre 1987.

Il **Camillianum** prende il suo nome da S. Camillo de Lellis, « uomo eletto da Dio per servire gli infermi ed insegnare ad altri il modo di servirli » (Pio XI) e crea-

tore di una « nuova scuola di carità » (Benedetto XIV). Appartiene all'Ordine dei Ministri degli Infermi (Camilliani).

La Chiesa sta compiendo un grande sforzo per rinnovare e potenziare la sua presenza nel mondo della salute. Un po' dovunque si accresce notevolmente l'interesse per la pastorale sanitaria.

Questa rinnovata sollecitudine ecclesiale ha ricevuto un importante impulso dal papa Giovanni Paolo II, specialmente tramite la lettera apostolica « **Salvifici Doloris** » e la creazione, con il motu proprio « **Dolentium Hominum** », della Pontificia Commissione per la pastorale degli Operatori Sanitari.

All'origine di questo nuovo slancio ecclesiale c'è soprattutto la consapevolezza delle sfide e delle opportunità che il mondo della salute pone oggi alla Chiesa. Nel campo sanitario infatti « sono implicati eventi umani fondamentali quali la sofferenza, la malattia e la morte » (**Dol. Hom. 3**), « fenomeni che, se scrutati a fondo, pongono sempre interrogativi che vanno al di là della stessa medicina per toccare l'essenza della condizione umana » (**Dol. Hom. 2**) e « che investono non solo l'aspetto sociale e organizzativo, ma anche quello squisitamente etico e religioso » (**Dol. Hom. 3**). L'evangelizzazione, in questo contesto, si svolge in situazioni delicate e persino drammatiche. La malattia rappresenta oggi non di rado uno dei pochi momenti d'incontro con la Parola di salvezza.

Si avverte, di conseguenza, il « bisogno di un organico approfondimento delle sempre più complesse problematiche che gli operatori sanitari devono affrontare » (**Dol. Hom. 4**). Per un'adeguata azione pastorale e per la necessaria promozione di una « nuova cultura della vita e della salute » non è più sufficiente la formazione teologico-pastorale generica. Si richiede una formazione specifica e qualificata.

È questa la risposta che il **Camillianum** intende offrire e che rappresenta una novità importante: è infatti il primo Istituto a fornire la specializzazione in Teologia Pastorale Sanitaria con il conferimento di gradi accademici.

Il **Camillianum** è un centro di ricerca e di approfondimento specifico delle tematiche attinenti alla teologia pastorale sanitaria nei suoi diversi aspetti: biblici, teologici, pastorali, spirituali, etici, psicologici, sociologici e storici.

Il **Camillianum** intende:

- preparare operatori e maestri di pastorale sanitaria mediante la specializzazione in teologia pastorale sanitaria;

- offrire un servizio di documentazione per promuovere la ricerca scientifica in teologia pastorale sanitaria;

- elaborare sussidi pastorali e curare pubblicazioni scientifiche;

- aiutare le chiese locali nell'organizzazione e nell'animazione della pastorale sanitaria.

Il Camillianum si rivolge a quanti — sacerdoti, religiosi/e, laici —

- già operano nel mondo della salute e intendono approfondire la loro preparazione e le loro motivazioni; oppure,

- desiderano ricevere una formazione specifica che li abiliti alla missione che verrà loro affidata nel campo sanitario.

- Il biennio di Licenza si articola in 4 semestri, di 13-16 ore settimanali, per un totale di 57 crediti, e termina con la Licenza in Teologia Pastorale Sanitaria.

- L'insegnamento si suddivide in:

- 18 corsi fondamentali e 2 seminari obbligatori (49 crediti);

- un tirocinio pratico con supervisione, obbligatorio per tutti (2 crediti);

- 6 corsi complementari (6 crediti).

- L'armonizzazione, nel piano di studi, di momenti teorici e pratici, vuole facilitare l'integrazione della teologia alla pratica pastorale, in modo tale che la prima non rimanga disancorata dalla realtà concreta dove si realizza la salvezza, e la seconda non decada in un pragmatismo senz'anima.

CORSI FONDAMENTALI

Sezione biblico-teologica

- L'uomo nella visione cristiana. Elementi di sintesi

- Teologia della corporeità

- Teologia della salute

- Il dolore: esperienza e mistero

- L'uomo sofferente nella storia della salvezza. I dati della rivelazione

- La sofferenza nella riflessione teologica

Sezione pastorale

- La pastorale sanitaria

- Evangelizzazione e sacramenti dei malati

- Relazione pastorale di aiuto: teoria e pratica

- Pastorale dei morenti

- Medicina e pastorale



40

Sezione psico-sociologica

- Psicologia del malato

- Sociologia sanitaria

- Psicopatologia e pastorale

Sezione etica

- Etica della vita e della salute

Sezione di storia e spiritualità

- Storia della sanità e dell'azione della Chiesa nel mondo della salute

- Malattia, sofferenza e morte nella teologia spirituale

- Profilo spirituale dell'operatore sanitario

- Le nuove patologie sociali

- L'umanizzazione del mondo della salute

- La pastorale sanitaria nelle confessioni cristiane

- Leggi e organizzazioni internazionali del mondo della salute

- I « mass media » nella pastorale sanitaria

- Le istituzioni della Chiesa nel campo della sanità

- S. Giovanni di Dio e la spiritualità dei Fatebenefratelli

- S. Camillo De Lellis e la spiritualità dei Camilliani

SEMINARI

- L'autocomprensione di Gesù in Lc 4, 18 come punto di riferimento per la pastorale sanitaria

- L'assistenza ai malati nell'esperienza dei santi ospedalieri

- Approcci pastorali specializzati: bambini, anziani, handicappati

- Il volontariato socio-sanitario

- Problemi della salute nel terzo mondo

- I diritti dei malati

CORSI COMPLEMENTARI

- Il cappellano ospedaliero

- I laici nella pastorale sanitaria

- Il rapporto medico-malato

- Consacrazione religiosa e servizio degli infermi

TIROCINIO PRATICO CON SUPERVISIONE

Il Camillianum inizia le sue attività accademiche con un corpo docente di 25 professori, scelti in base alla loro preparazione specifica pastorale e alla loro esperienza d'insegnamento.

- Al Camillianum si ammettono studenti d'ambo i sessi: Ordinari, Straordinari, Ospiti (uditori).

- Ordinari, sono coloro che tendono al conseguimento della Licenza e del Dottorato in Teologia Pastorale Sanitaria.

- Straordinari, sono coloro che, non avendo i requisiti per essere ordinari, frequentano tutti i corsi e tendono al conseguimento di uno speciale Diploma.

- Ospiti, sono coloro che seguono alcuni corsi; ad essi è rilasciato, alla fine, un Attestato di

frequenza e di eventuali esami sostenuti.

- Per essere ammesso come **studente ordinario** si richiede che il candidato sia in possesso del baccalaureato in teologia o che abbia compiuto il corso filosofico-teologico seminaristico e che abbia almeno una formazione teologica equivalente. Negli ultimi due casi il candidato dovrà sostenere un previo esame-colloquio d'ingresso.

- Come **studenti straordinari** sono ammessi i candidati in possesso di un diploma di scuola media superiore e che hanno una preparazione teologica di base.

La Pontificia Facoltà Teologica « Teresianum », attraverso il Camillianum, conferisce i gradi di Licenze e Dottorato in Teologia Pastorale Sanitaria al termine degli studi previsti e dopo aver superato i relativi esami.

Per accedere al titolo di Dottore si richiede che il Licenziato abbia preparato, sotto la guida di un Docente e per uno spazio di tempo ordinariamente non inferiore a due anni, una tesi dottorale che rappresenti un vero contributo al progresso della teologia pastorale sanitaria.

Agli alunni straordinari che hanno completato gli studi previsti e superato i relativi esami, viene conferito uno speciale DIPLOMA in Teologia Pastorale Sanitaria, il quale li abilita come operatori di pastorale sanitaria.

Il Camillianum ha la sua sede e le sue strutture accademiche a:

Largo Ottorino Respighi, 6 (alla Camilluccia) 00135 Roma — Tel. (06) 328.86.08 / 328.42.28

Il Camillianum inizierà le sue attività accademiche **nel mese di ottobre 1987.**

Le lezioni si terranno in italiano, nei giorni martedì, mercoledì, giovedì e venerdì dalle ore 15.30 alle ore 19.

DOCUMENTI RICHIESTI PER L'ISCRIZIONE

- Domanda d'iscrizione su modulo fornito dalla Segreteria dell'Istituto.

- Titolo di studio prescritto (diploma di baccalaureato o attestato originale degli studi compiuti).

- Quattro fotografie formato tessera.

- Per i sacerdoti secolari, per i seminaristi e per i religiosi/e, lettera di presentazione del proprio supe-

riore (Ordinario, diocesano, Rettore del rispettivo seminario o collegio, Superiore locale).

ALTRI SERVIZI DEL CAMILLIANUM

- **Biennio di aggiornamento.** Il Camillianum manterrà e potenzierà l'attuale biennio di aggiornamento in pastorale sanitaria, impartito da anni nella stessa sede.

- **Corsi di Formazione Pastorale Clinica.** Il Camillianum offrirà anche dei corsi di formazione pastorale clinica (CPE) a dei gruppi ristretti di alunni, secondo le modalità ormai collaudate di questa disciplina.

PER ISCRIZIONI E PER ULTERIORI INFORMAZIONI

Rivolgersi

- Alla sede dell'Istituto (P. Emidio Spogli), oppure a

- Camilliani (P. Francisco Alvarez)

Piazza della Maddalena, 53

00186 Roma

Tel. (06) 67.97.796/7

S. Congregazione per l'educazione Cattolica n. 810/85/15

La Chiesa, seguendo le orme del suo Fondatore e Maestro, che passò facendo del bene (At. 10, 38), amando e guarendo gli infermi, è stata sempre vivamente consapevole della sua missione verso i malati e verso coloro che si dedicano alla loro cura pastorale.

Con lo sviluppo del progresso scientifico in campo sanitario e in considerazione dei molteplici e gravi problemi che ne derivano nell'apostolato verso gli infermi, risulta urgente dare debita formazione a coloro che esercitano il ministero pastorale negli istituti di cura della salute.

A causa di ciò il benemerito Ordine dei chierici regolari Ministri degli infermi, fondato da San Camillo de Lellis, ha fatto insistente richiesta che il proprio Centro Internazionale di Teologia Pastorale Sanitaria esistente a Roma venga eretto in Istituto accademico. Tale iniziativa è pure intesa a rispondere nel modo più idoneo e solerte ai desideri espressi dal Sommo Pontefice Giovanni Paolo II, f.r., nella Lettera Apostolica « Salvifici doloris », dell'11 febbraio 1984 e con l'istituzione della Pontificia Commissione per la pastorale degli Operatori Sanitari (Motu proprio « Dolentium

hominum », dell'11 febbraio 1985).

Con questo mezzo, mentre sarà promossa e diffusa una più completa formazione etica e teologica dei cristiani operanti nel mondo della salute, si darà un più efficace impulso all'accompagnamento dei malati e un idoneo sviluppo all'evangelizzazione degli ambienti di cura.

La Congregazione per l'Educazione Cattolica, considerando e stimando il prezioso servizio ecclesiale offerto dal suddetto Ordine, viste le attestazioni della Pontificia Facoltà Teologica « Teresianum » circa le condizioni richieste, ritiene di accogliere pienamente la richiesta avanzata dall'Ordine medesimo.

La stessa Congregazione perciò **ERIGE ACCADEMICAMENTE E DICHIARA ERETTO per un quinquennio e ad esperimento L'ISTITUTO INTERNAZIONALE DI TEOLOGIA PASTORALE SANITARIA (CAMILLIANUM)** e, a norma dell'articolo 63 della Costituzione Apostolica « Sapienza cristiana » e dell'articolo 48,2 delle « Ordinazioni » annesse alla stessa, lo stabilisce e dichiara **INCORPORATO ALLA PONTIFICIA FACOLTÀ TEOLOGICA « TERESIANUM »** come prosecuzione del secondo e terzo ciclo del corso teologico.

Contemporaneamente concede a detta Facoltà la potestà di conferire i gradi accademici della Licenza e del Dottorato con specializzazione in « Teologia Pastorale Sanitaria » agli studenti che avranno superato tutti gli esami prescritti.

Lo stesso Sacro Dicastero rivolge religiosa raccomandazione alle Autorità Accademiche e al corpo dei Docenti sia della Facoltà sia dell'Istituto perché seguano fedelmente la dottrina cattolica e perché tutti si adeguino attentamente alle leggi accademiche della Chiesa e alla prassi universitaria canonica, osservando tutte le prescrizioni giuridiche, soprattutto gli STATUTI tanto della Facoltà quanto dell'Istituto approvati da questa Congregazione; senza che nulla faccia minimamente ostacolo a quanto sopra detto.

Dato a Roma, dalla sede della Congregazione per l'Educazione Cattolica, il 28 aprile a.D. 1987.

IL PREFETTO
William Card. Baum

IL SEGRETARIO
✠ Antonio Javierre Ortas



morire in Africa, morire per l'Africa

viaggio al Benin e al Togo dal 13 al 17 gennaio 1987

La frase che è a capo di queste righe è il titolo d'un libro in italiano sulle missioni di S. Giovanni di Dio in Africa, nel quale si descrive la presenza caritatevole sempre attuale dell'ordine Ospedaliero in dodici nuove nazioni africane.

Non è la prima volta che la nostra Pontificia Commissione si reca in Africa: Costa d'Avorio, Ghana, Nigeria, Burkina Faso ... sono stati dagli approcci precedenti.

All'inizio dell'anno 1987, passata appena le feste natalizie, con Sua Ecc. Mons. Fiorenzo Angelini e il P. Jare Luis Redrado, Presidente e Segretario abbiamo visitato il Benin e il Togo. Eravamo stati ripetutamente invitati dalla Conferenza episcopale del Benin e abbiamo assecondato i desideri di questo gruppo di Vescovi.

Benin, giorni 14 e 15

Durante il nostro soggiorno al Benin, siamo stati ospiti dell'Ecc.mo Arcivescovo di Cotonou, Mons. Christophe Adimou.

Alcune delle nostre attività

1. Riunione con la Conferenza Episcopale

In St. Gal, trenta chilometri circa da Cotonou, ci siamo riuniti con la Conferenza Episcopale nella sede del Seminario. Mons. Christophe Adimou, presidente della Con-

ferenza Episcopale, ci rivolge parole di saluto e benvenuto. Mons. Angelini risponde al saluto ringraziando per il ripetuto invito, lieto di poter essere presente insieme al P. Redrado. Portiamo anche una lettera del Ministero degli Esteri d'Italia con della disponibilità la notizia per la costruzione dell'ospedale che sarà dedicata a P. Pio.

Nella esposizione e dialogo con i Vescovi si fa loro conoscere specialmente la missione della Commissione Pontificia, il senso d'aiuto che vogliamo dare, e alcune delle sue attività. Si è insistito nel chiedere la nomina di un Vescovo per coordinare la Pastorale Sanitaria del paese, e sulla necessità di conoscere le strutture sanitarie della Chiesa nella Nazione. La Conferenza Episcopale ha acconsentito subito al nostro invito e, prima di partire, ci ha consegnato la nomina del Vescovo responsabile del settore della salute nella persona di Mons. Lucien Agboka, Vescovo di Abomey. Ci ha consegnato anche l'elenco delle strutture sanitarie nelle quali è presente la Chiesa in Benin.

2. Visite ai Centri Sanitari

In OUIDAH abbiamo visitato il lebbrosario Des Saints Anges. Gli ammalati internati sono 40, ma l'attività quotidiana a domicilio arriva a 150 famiglie circa. Lavorano in questo lebbrosario le Suore « Oblates Catechistes Petites Servantes des Pauvres ».

● A OUIDAH anche visitammo un orfanotrofio (Pouponnière de Ouidah)

● Visita all'Ospedale « La Croix » a Zinvié, dei Padri Camilliani. Una struttura ospedaliera semplice, pulita, ordinata, per 80 ammalati. Visitammo tutti gli ammalati uno ad uno.

● A Cotonou visitammo le opere — abbastanza avanzate — d'un futuro ospedale che « Gli amici di P. Pio », portano avanti con gran en-

tusiasmo. Dopo la visita questo stesso gruppo ci ha invitati ad un incontro con il Ministro della Funzione Pubblica e l'Arcivescovo-Coadiutore di Cotonou, Mons. Isidoro de Souza.

3. Dialogo con dei professionisti sanitari

● Nella notte del giorno 14 avemmo un incontro con un gruppo di 25 professionisti che lavorano nell'ospedale Universitario di Cotonou. È un gruppo di Cattolici e Protestanti impegnati nella animazione umana, professionale e religiosa dell'ospedale. Attraverso il dialogo conosciamo il suo spirito, il suo servizio positivo all'ammalato e l'animazione nell'ospedale. Parliamo loro della Commissione Pontificia, della salute e della malattia come luogo di incontro universale e del bisogno di vocazione e preparazione per un vero servizio all'uomo che soffre.

● Prima di partire per il Togo, nella mattina del giorno 15, ci siamo riuniti con un gruppo di medici e abbiamo loro esposto i nostri obiettivi ed attività. Abbiamo anche percepito le loro inquietudini e il lavoro che hanno iniziato per instaurare una Associazione di Medici Cattolici in Benin.

Togo (giorni 15 e 16)

Il nostro soggiorno a Togo è quasi « d'obbligo », e ne approfittiamo per conoscere diverse realtà sanitarie ed incontrare diversi gruppi e persone. Le nostre visite continuano ad Afagnan e Lomé. In ambedue siamo stati ospiti dei fratelli di S. Giovanni di Dio.

1. Afagnan (giorno 15)

Arriviamo all'inizio della sera. Ci aspetta nell'ospedale la comunità dei Fratelli di S. Giovanni di Dio.

● Visitiamo l'ospedale: le sue installazioni e, uno ad uno, i 180 ammalati di ortopedia, chirurgia, medicina, maternità. È come una festa per loro ed un interrogativo per noi. Ci accompagnano vari fratelli e due medici, uno africano e l'altro italiano.

● Dopo cena, rivolgiamo la parola alle due comunità e ad un gruppo di medici ed infermieri; tutti insieme come una vera famiglia. Abbiamo modo di vedere che il lavoro sanitario è intenso, serio, curativo e preventivo. È stata una rapida e breve visita, ma ricca di esperienza.

2. Lomé (giorno 16)

Nella capitale del Togo abbiamo passato tutto il giorno, ospiti del nuovo noviziato interprovinciale dei Fratelli di S. Giovanni di Dio.

La nostra attività a Lomé

— Visita all'Ecc. Arcivescovo, Mons. Robert Casimir Tonymi Messan. Una visita interessante, piena di cordialità nella quale abbiamo messo in evidenza l'importanza, gli obiettivi e le attività della Pontificia Commissione.

— Pranzo e dialogo coi seminaristi. Questo incontro è stata una nuova esperienza. Dopo il pranzo, Mons. Angelini è stato invitato a rivolgere la parola agli 80 seminaristi del Seminario Maggiore. Con molta attenzione hanno accolto espressioni come « La pastorale perché sia vera deve essere anche sanitaria », « Il tempio universale non è la parrocchia, ma l'ospedale ». È stata una vera occasione per indicare ai futuri sacerdoti nuove prospettive pastorali, e perché prendano coscienza delle proprie responsabilità pastorali nel mondo degli ammalati: nella parrocchia, nella famiglia, nell'ospedale.

— Colloquio con la comunità e novizi di S. Giovanni di Dio. Dopo una breve introduzione del P. Redrado, Mons. Angelini ha spiegato gli obiettivi e le attività della Pontificia Commissione, e ha accentuato il senso della vocazione per la quale si preparano, il suo valore, la sua grandezza e la sua responsabilità. Al termine abbiamo condiviso una breve preghiera e la cena, alla quale si unì l'Arcivescovo di Lomé, Mons. R. Casimir Tonymi Messan.

È stato il nostro ultimo atto di queste giornate in Africa. Terra nuova, vergine, larga, luogo dove la Chiesa è molto presente, ma dove le necessità sono ogni volta mag-

giori. Terra dove entrano molti, dove c'è posto per tutti. Una visita così lascia il cuore impicciolito, uno si sente impotente; ma allo stesso tempo, respira aria nuova: serenità, giovinezza e nuovo stimolo per lavorare.

Dobbiamo ringraziare largamente tutti quanti abbiamo incontrato in Benin: i Vescovi, così cordiali, così semplici, così gioiosi. Gli amici del P. Pio, così gentili ed entusiasti. I professionisti sanitari; i professori del Seminario. A tutti: grazie.

E nel Togo ai fratelli di S. Giovanni di Dio: grazie per la loro accoglienza, per la loro dedizione alla nostra visita. Grazie all'Arcivescovo di Lomé che ci ha accolti così gentilmente, al suo Vicario e Rettore del Seminario, ai professori e ai seminaristi.

Finalmente, grazie a Mons. Mulor García Justo, Osservatore Permanente della S. Sede a Ginevra presso l'ufficio delle Nazioni Unite e Istituzioni specializzate che, di passaggio per questa città, ci ha accolti nella sua casa durante alcune ore. È stato un tempo breve, ma utile per avere un dialogo sui nostri temi: eutanasia, i nuovi orientamenti provenienti dal Consiglio d'Europa, il rispetto delle persone, ecc.

P. JOSÉ LUIS REDRADO
Segretario della Commissione Pontificia



41

scarse risorse mediche e giustizia

**incontro
con 150 vescovi
americani**

Questo è il titolo dell'Incontro tenutosi a Dallas (Stati Uniti) nei giorni 9-13 Febbraio scorso.

Vi hanno partecipato 150 Vescovi delle Conferenze Episcopali delle Antille, Canada, America Centrale, Stati Uniti e Messico.

Oggetto di riflessione è stato: promozione, animazione e coordinazione diretta dal Centro di Investigazione e di Educazione Medico-Morale « Papa Giovanni XXIII » con l'appoggio finanziario dei Cavalieri di Colombo.

Accenni storici del Centro Papa Giovanni XXIII

Nell'anno 1970 un gruppo di Vescovi e Leaders dell'Associazione Ospedaliera Cattolica degli Stati Uniti, i coordinatori diocesani di sanità e i rappresentanti scientifici e accademici iniziano un periodo di scambi riguardo la Chiesa e i progressi bio-tecnologici. La finalità prefissa è riflettere ed elaborare studi utili ai Vescovi per un corretto magistero in campo bio-medico.

Il Centro estende la sua rete di azione nell'anno 1979 e presta i suoi servizi a quanti lavorano nel campo pastorale della sanità.

Il Centro non ha cessato, fin dalla sua fondazione, di promuovere corsi ed incontri di riflessione su temi teologici, biologici ed etici. I titoli delle opere pubblicate — sperimentazione, consiglio pratico, identità cattolica nel campo sanitario e altre — costituiscono un risultato molto significativo; allo stesso tempo fanno parte del bilancio di attività le numerose Conferenze

tenute e gli orientamenti dati alle diocesi, agli ospedali e a gruppi di professionisti.

Altro segno di vitalità del Centro Papa Giovanni XXIII è il bollettino mensile « Ethics and Medics », con una tiratura di 2700 esemplari che si distribuiscono negli Stati Uniti e all'estero.

Scopi dell'Incontro

È in questo contesto che ha avuto luogo l'incontro che stiamo descrivendo. Gli organizzatori si erano proposti la finalità di « aiutare i Vescovi nell'orientamento dei fedeli sulle rispettive responsabilità degli individui, delle Istituzioni e del Governo per una più equa ripartizione delle spese sanitarie, tenuto conto dei grandi progressi della medicina e i grandi bisogni della società; in ugual modo, delle scarse risorse e, al centro di tutto, il tema giustizia, come appare dallo stesso titolo dell'Incontro.

Obiettivi

1. Tracciare la missione della Chiesa relativa ad una assistenza sanitaria a tutti.
2. Offrire una visione panoramica delle possibilità nel campo dell'assistenza sanitaria e delle politiche di governo.
3. Commentare i principi della giustizia sociale nella sua applicazione all'assistenza sanitaria.
4. Identificare, descrivere e valorizzare le decisioni più significative sulla politica sanitaria che si prenderanno probabilmente prima dell'anno 2000.
5. Analizzare il ruolo che può svolgere il fattore economico nel rendere straordinari dal punto di vista etico i procedimenti medici.
6. Riassumere gli argomenti pro o contro la decisione di includere l'alimentazione e l'idratazione quali mezzi di sostegno vitale che possono ritirarsi a un infermo in adeguate circostanze.
7. Riesaminare le diverse opzioni disposte dai rispettivi paesi per somministrare un'appropriata assistenza sanitaria a tutti.

Contenuti principali

Gli esperti che hanno partecipato all'Incontro provenivano dal campo dell'organizzazione sanitaria, dalla medicina, dalla biologia, dalla teologia e dalla bioetica. E così hanno potuto presentare ai Vescovi una ampia e ricca riflessione sull'assistenza sanitaria, le nuove tecniche, le risorse economiche, l'organizzazione, la visione integrale

dell'uomo, i valori evangelici, l'attenzione all'infermo terminale, gli scarsi mezzi e la giusta ripartizione, la prevenzione e promozione della salute, l'incidenza delle nuove infermità, l'AIDS, lo stress, l'alcolismo, il tabacco, l'alimentazione.

Quindi, una vasta gamma che, con il dialogo ulteriore e la comunicazione di esperienze, costituiscono indubbiamente un buon dossier di conoscenze.

Importanza dell'incontro

Oltre i contenuti che sono di massima attualità, vorrei sottolineare, quale specificità dell'incontro, la presa di coscienza da parte di un gruppo così numeroso di Vescovi, appartenenti a diverse Conferenze Episcopali, la loro responsabilità nel trattare i temi, l'ambiente ricettivo e fraterno che si respirava. Ed inoltre il clima di preghiera, la preparazione e celebrazione partecipata, attiva e festosa dell'Eucaristia, il clima di unità in una così ricca e variegata pluralità di mezzi, stili ed ambienti.

La presenza della Pontificia Commissione

Su invito del Presidente del Centro Papa Giovanni XXIII, erano presenti all'incontro S.E. Mons. Fiorenzo Angelini e il P. José Luis Redrado, rispettivamente Pro-Presidente e Segretario della Pontificia Commissione, accompagnati dal Prof. Corrado Manni, Consultore e dal Prof. Jérôme Lejeune, Membro della medesima Commissione.

Quale Pontificia Commissione furono portatori di un'ampia ed espressiva lettera autografa del Papa ai Vescovi, nella quale si sottolineano, tra le altre idee, le seguenti:

- si è investiti della missione comune di istruire, santificare e governare la gente;
- si invita alla riflessione sui temi medico-morali;
- si loda la generosità dei Cavalieri di Colombo;
- si rileva la presenza della Chiesa in un mondo di bisogni e disuguaglianze, soprattutto nel campo sanitario, per essere testimoni di Gesù;
- gli ospedali cattolici, parte vitale della testimonianza della Chiesa;
- riconoscenza per i religiosi e i laici impegnati in questo campo;
- la persona inferma al centro della professione e della missione;
- il contributo della Chiesa per

i diritti umani e per un'equa ripartizione delle risorse, come base di promozione della pace.

Il testo integro dell'autografo pontificio fu letto da Mons. Pio Laghi, Pro-Nunzio Apostolico degli Stati Uniti presso la S. Sede. Ne seguì un grande applauso quale segno di affetto e di riconoscenza verso il S. Padre.

Altro segno positivo della nostra presenza fu il discorso inaugurale pronunciato da Mons. Angelini, dal titolo « Medicina preventiva e l'alta tecnologia applicata al primo e terzo mondo ». Discorso calorosamente applaudito e che riscontrò pieno consenso dalla totalità dei presenti.

Una terza idea da sottolineare per quanto concerne il compito proprio della Pontificia Commissione è stata la grande opportunità avuta nell'incontrarci con tanti Vescovi vivamente interessati al tema bio-medico; un'opportunità unica che abbiamo cercato di utilizzare al massimo.

Ci siamo incontrati inoltre con uno dei membri della nostra Commissione, Prof. Lejeune; uno dei nostri Consultori, Suor Margaret John Kelly; con Mons. Castrillo, Segretario Generale del CELAM; con il Card. Bernard F. Law, fondatore e promotore del Centro Papa Giovanni XXIII, il suo Presidente Mons. Maid, il coordinatore P. Gallagher. Tra gli altri, abbiamo avvicinato S.E. Card. O'Connor, persona amabile e cordiale, molto vicina al Pro-Nunzio Apostolico Mons. Pio Laghi, ed infine il cortese Dr. Vigil C. Dechant, Cavaliere Supremo dei Cavalieri di Colombo. Di tutti abbiamo ammirato la premura, l'interesse, la responsabilità per quanto si stava operando. Con essi ed altri ancora, dei quali sarebbe lungo parlarne, abbiamo conversato ampiamente; molte volte, i corridoi si trasformavano in vere aule.

A conferma di quanto sopra descritto riportiamo il testo del telex diretto dai Vescovi al Santo Padre:

« In questa riunione a Dallas di 150 Vescovi di diverse regioni delle Americhe, per studiare i problemi delle scarse risorse mediche e la giustizia, sotto il patrocinio del Centro Medico-Morale Papa Giovanni XXIII e alla presenza dell'Arcivescovo Angelini che ci onorò con il discorso inaugurale, vorremmo ringraziarla, Santità, della Lettera Autografa che indica l'insegnamento del magistero della Chiesa in modo così opportuno e vitale.

Approfittiamo dell'occasione per ringraziarla della istituzione della Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari, già al 2° anno di vita in data odierna, e confermiamo la nostra fedeltà a Vostra Santità ».

P. JOSÈ L. REDRADO

*Segretario della Pontificia Commissione
per la Pastorale degli Operatori Sanitari*

incontro ad Atene con la Chiesa ortodossa

Angelini ha spiegato brevemente lo scopo e l'importanza per la Chiesa Cattolica del nuovo dicastero della Santa Sede per la Pastorale degli Operatori Sanitari, sottolineando la dimensione ecumenica dell'impegno cristiano nell'ambito sanitario e l'universalità della fede per la vita, la salute e la sanità; tutte le Chiese cristiane e tutte le religioni si trovano unite nella fede alla vita, creata da Dio, e, per noi cristiani, redenta da Cristo Salvatore, tutti ci troviamo uniti nell'affrontare i problemi moderni di Bioetica, posti alla coscienza umana dal progresso della Medicina e Biologia, e nel promuovere l'umanizzazione della Medicina per proteggere la vita sin dal primo momento del suo concepimento. Mons. Angelini si è riferito anche alla collaborazione del suddetto dicastero pontificio con l'Organizzazione Mondiale della Sanità e il Concilio Mondiale delle Chiese, organismi i quali hanno invitato i responsabili del dicastero per esporre dei campi concreti comuni di tale cooperazione a servizio della vita dell'uomo sofferente.

D'altra parte, Mons. Angelini ha spiegato a Sua Beatitudine l'impegno della suddetta Commissione Pontificia nell'ambito della politica e legislazione sanitaria degli Stati, sottolineando i valori e gli obblighi morali che la legislazione civile deve rispettare e sancire in questa materia. Concludendo, Mons. Angelini ha chiesto a Sua Beatitudine la collaborazione fraterna della ortodossa di Grecia con la Commissione Pontificia in questa materia.

Sua Beatitudine ha espresso innanzitutto la sua gioia di incontrare Mons. Angelini, anche se avrebbe desiderato che l'incontro fosse in avvenuto maggior tempo ed in un momento più sereno per la Chiesa ortodossa di Grecia. Difatti, egli ha ripetutamente notato che in questo periodo ci sono dei gravi problemi nei rapporti con lo Stato, a causa dell'intento del governo di appropriarsi dei beni ecclesiastici e monastici. L'Arcivescovo ha ascoltato con particolare attenzione la presentazione da parte di Mons. Angelini degli scopi della nuova Commissione per la pastorale degli operatori sanitari, istituita recentemente da sua Santità il Papa Giovanni-Paolo II, esprimendo il suo apprezzamento per tale importantissima opera della Chiesa Cattolica in questo settore; anzi, egli ha chiesto a Mons.

Sua Eccellenza Mons. Fiorenzo Angelini, pro-presidente della Pontificia Commissione per la pastorale degli operatori sanitari, su invito dell'Unione dei laureati cattolici, è stato ad Atene dall'8 al 10 marzo. La programmata conferenza di Mons. Angelini sul tema: « La medicina è per la vita », e la tavola rotonda che avrebbe dovuto seguire con la partecipazione di un vescovo ortodosso, il metropolita di Fokis, S.E. Mons. Atenagora Zakopoulos, non hanno avuto luogo a causa dell'eccezionale, per Atene, mal tempo in quei giorni.

Prima della sua partenza, Mons. Angelini e il R.P.J.L. Redrado, segretario del suddetto dicastero pontificio, sono stati ricevuti da Sua Beatitudine Serafim, arcivescovo di Atene e primate della Chiesa ortodossa di Grecia, accompagnati da Mons. Luigi Traviglino, consigliere della nunziatura, e da P. Dimitri Salachas. L'incontro ebbe luogo alla sede del Santo Sinodo e non dell'arcivescovado, ciò che ha dato maggior rilievo all'incontro, anche perché in quel giorno, 10 marzo, c'era la riunione del sinodo permanente; difatti dopo l'udienza, Mons. Angelini ha incontrato il segretario ed altri metropolitani, membri del sinodo, come S.E. Mons. Kallinikos, metropolita del Pireo.

All'incontro, da parte ortodossa, erano presenti il protopresbitero Stefano Aramidis, segretario della Commissione sinodale per le relazioni con altre Chiese, e il dott. Giovanni Chadjifotis, direttore della sala stampa del Santo Sinodo.

La conversazione è durata più di trenta minuti ed è stata particolarmente cordiale e fraterna. Mons.



Angelini di voler cortesemente inviare alla Chiesa di Grecia una lettera ufficiale in cui descrivere gli scopi e l'opera della Commissione e proporre i termini concreti di collaborazione, di modo che il Santo Sinodo abbia in mano un documento ufficiale da discutere ed in seguito decidere in concreto. L'Arcivescovo si è soffermato ripetutamente sull'invio di tale lettera da parte di Mons. Angelini, poiché è un campo questo, in cui le due Chiese possono effettivamente intraprendere una attività comune. Mons. Angelini ha volentieri accolto tale desiderio, promettendo non solo di inviare al più presto tale documento, ma inviare anche regolarmente il periodico « *Dolentium Hominum* », organo ufficiale della Commissione, al Primate e al Santo Sinodo. L'Arcivescovo ha espresso i voti più fervidi per il successo dell'opera della nuova Commissione Pontificia, implorando su di essa ogni benedizione di Dio.

La visita si è conclusa con lo scambio di doni e il ricordo della fotografia. Mons. Angelini era particolarmente impressionato dall'affabilità di Sua Beatitudine e la sua piena disponibilità di vedere realizzarsi nel campo della salute e della sanità una proficua collaborazione tra le due Chiese; anzi, egli ha proposto al Primate ortodosso la sua prestigiosa presenza insieme a quella di S.E. Mons. Nicola Foscolos, arcivescovo dei cattolici latini in Atene, in occasione di un prossimo congresso da tenersi ad Atene dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Dopo la visita al Primate, Mons. Angelini ha avuto un breve colloquio con alcuni metropolitani e in modo particolare con il segretario della Commissione sinodale per le relazioni con le altre Chiese, protopresbitero Stefano Avramidis, il quale era particolarmente interessato di avere per la sua Commissione sinodale la rivista « *Dolentium Hominum* » ed ogni altra documentazione utile in questa materia.

Del suo incontro e del colloquio avuti con il Primate di Grecia, Mons. Angelini ha informato S.E. Mons. Giovanni Mariani, pronunzio apostolico, S.E. Mons. Nicola Foscolos, e S.E. Mons. Anarghyros Printesis, esarca apostolico per i cattolici di rito bizantino.

P. DIMITRI SALACHAS

Consulatore del Segretariato per l'Unione dei Cristiani

Dal 21 al 25 maggio la nostra Pontificia Commissione ha vissuto una nuova esperienza in Polonia, con la presenza a Varsavia, Breslavia, e Czeszochowa di Sua Ecc.za Mons. Angelini, di P. José Luis Redrado, e del Prof. Corrado Manni.

L'attività è stata ampia ed intensa. A Varsavia, siamo stati ospiti della Conferenza Episcopale Polacca, accolti con viva amabilità da Mons. Bronislaw Dabrowski, Segretario della Conferenza.

Alla celebrazione eucaristica nella Chiesa della Croce, totalmente gremita di fedeli, ha fatto seguito una Conferenza del Prof. Manni sugli aspetti etici della morte. Siamo stati presentati e salutati come ospiti illustri e abbiamo risposto in ugual modo a questo gesto dimostrando soprattutto la gioia, l'allegria e la gratitudine per l'accoglienza ricevuta, « qui nella terra del Papa », come più volte ha sottolineato Mons. Angelini nel suo saluto rivolto ai presenti dopo l'Eucarestia.

Abbiamo poi partecipato ad una cena di amicizia ed il giorno seguente abbiamo visitato l'Istituto di Cardiologia e il suo Vice Direttore, Prof. Mariano Miskiewicz, ci ha dato spiegazioni pertinenti al funzionamento dell'Ospedale, ai suoi bisogni ed al rapporto con l'Italia.

Prima di partire per Breslavia, ci siamo recati a far visita al Primate di Polonia, Card. Glemp, appena giunto dalla Scozia. Ci siamo intrattenuti amichevolmente con Lui

scambiando opinioni sulla situazione del nostro lavoro.

Breslavia. Siamo stati ospiti del Card. Henryk Roman Gulbinowicz. Il momento più forte è stata la celebrazione dell'Eucarestia nella Cattedrale di Breslavia, alla presenza del Cardinale, di 300 seminaristi e di una grande moltitudine di fedeli, soprattutto medici ed infermieri. La celebrazione è stata presieduta da S.E. Mons. Angelini che ha messo in risalto nella sua omelia il significato della nostra presenza ed il lavoro degli operatori sanitari. Nella stessa Cattedrale il Prof. Manni ha tenuto una Conferenza seguita con molta attenzione dai presenti.

Il giorno seguente, 23 maggio, ci siamo incontrati con il Sindaco della città, Dr. Janusz Owczarek, accompagnato da vari membri della casa.

Nel suo discorso egli si è congratulato per la nostra presenza in una città di « Pace » e ha posto in risalto il significato della nostra visita. Mons. Angelini ha risposto al suo saluto sottolineando gli obiettivi della nostra presenza, l'universalità del tema, e la realtà della sofferenza e quella della salute oggetto del nostro lavoro ed il comune linguaggio.

Il Sindaco gli ha offerto in dono il distintivo della città quale segno ed espressione di accoglienza.

Abbiamo lasciato Breslavia salutati fraternamente dal Card. Gulbinowicz che per tutto il tempo della nostra visita è stato tanto premuroso, generoso, cordiale, ospitale, vicino a noi e molto vicino alla gente, come potemmo constatare di persona.

Diretti al Santuario di Czeszochowa abbiamo avuto una preziosa guida nell'inseparabile Mons. Adam Dyczkowski, Vescovo Ausiliare di Breslavia e responsabile della Pastorale Sanitaria in Polonia.

Il Sabato, alle ore 21, abbiamo partecipato con tutti i pellegrini alla Via Crucis intorno al Santuario.

La domenica abbiamo incontrato gli operatori sanitari: circa 2500 medici, infermieri, cappellani e volontari.

Mons. Angelini ha parlato dell'importanza del lavoro a servizio dell'infermo e della nostra attività di Pontificia Commissione.

Abbiamo poi celebrato l'Eucarestia all'esterno del Santuario: una grande manifestazione di fede e di devozione.

A Czestochowa siamo stati testimoni del fervore, della devozione mariana, della partecipazione attiva alla liturgia ed ai Sacramenti; i confessionali in piena attività, file e file di pellegrini in atteggiamento di riconciliazione.

Il viaggio in Polonia è stato un tonico di entusiasmo e di zelo per vivere con il sentimento cristiano della vita. La semplicità, la generosità, l'ospitalità, la parola « grazie » ad alcuni dei nostri gesti, sono stati i segni della viva partecipazione alla missione della Chiesa nel campo della sofferenza.



43

in Giappone

S.E. Mons. Fiorenzo Angelini e il Padre Redrado si sono recati in Giappone dal 15 al 22 Giugno u.s.

A Nagoya hanno partecipato al Congresso annuale delle Istituzioni cattoliche dei Medici, Infermieri, Terza Età e Protezione di Minori.

A Nagoya e a Tokyo hanno visitato inoltre il St. John's Home Hospital, il Betania Hospital, il Saito Home Hospital, un Centro per Handicappati fisici diretto da laici, e l'Ospedale delle Suore dello Spirito Santo. Di speciale interesse è stato l'incontro con la Gerarchia ecclesiastica che li ha fraternamente ospitati: S.E. R.ma. Mons. Peter Seiichi Shirayanagi, arcivescovo di Tokyo; Mons. Aloysius Nobuo Soma, vescovo di Nagoya e Mons. Raymond A. Sato Chihiro, vescovo responsabile della Caritas del Giappone.

La visita e gli incontri svolti in una nazione che ha solo lo 0,3% di cattolici, è di un'importanza eccezionale per la Pontificia Commissione che ha come finalità del suo lavoro il tema "salute, dolore, malato" dove il linguaggio è comune a credenti e a non credenti.

Riferiremo in modo più esteso nel prossimo numero della Rivista questa visita in Giappone.

a Ginevra

Dal 4 al 16 maggio, si è tenuta a Ginevra la 40° Assemblea Generale dell'OMS. Quale rappresentante della Pont. Comm. per la Pastorale degli Operatori Sanitari ne ha seguito i lavori il padre Salvatore Renato Camilliano, gentilmente ospitato dal Nunzio Apostolico S.E.R. Mgr. J.G. Mullor, Osservatore Permanente della S. Sede presso gli uffici dell'O.N.U. a Ginevra.

La Strategia mondiale della « salute per tutti entro l'anno 2000 », adottata nel maggio 1981, intendeva non solo promuovere « le cure primarie della salute » (Alma-Ata, 1978), ma riaffermare gli stretti legami esistenti tra la salute di una popolazione e il suo sviluppo socio-economico. Quest'anno, l'Assemblea ha esaminato l'attuazione di questo programma, richiamando l'attenzione:

a) sulla preoccupante situazione economica, che imporrà una differente pianificazione sanitaria e gestione delle risorse;

b) su alcuni problemi particolarmente attuali, quali l'invecchiamento, il tabagismo, il trapianto d'organi, gli effetti dell'energia nucleare e la realizzazione di un programma speciale di lotta contro l'AIDS.

Su quest'ultimo argomento — che ha fortemente catalizzato l'interesse dell'Assemblea — si è ampiamente soffermato S.E.R. Mgr. J.G. Mullor, a nome della Delegazione della S. Sede, con un intervento, da molti, atteso e apprezzato.

in Italia

La partecipazione della Pontificia Commissione a corsi, riunioni e sessioni di studio in Italia è stata molto intensa; meritano di essere segnalati i seguenti avvenimenti.

Roma

* S.E. Mons. Fiorenzo Angelini è intervenuto a vari incontri svoltisi a Roma; tra cui:

— Tavola rotonda su « il rispetto della vita e l'igiene » (26 gennaio).

— Problemi morali riguardo l'AIDS (6 aprile).

— Partecipazione al Congresso Nazionale dei Medici Gastroenterologi (22 aprile).

— Conferenza su « il pensiero del Papa Giovanni Paolo II sulla sofferenza » nella Pontificia Università Lateranense (27 aprile).

— Intervento al Congresso Internazionale di Anatomopatologi (30 aprile).

— Seminario Nazionale sui Comitati Etici (2 maggio).

* Incontro europeo Fatebenefratelli-Camilliani svoltosi dal 4 all'8 maggio, in occasione del 1° Centenario della proclamazione di S. Giovanni di Dio e di S. Camillo de Lellis a Patroni degli infermi e degli Ospedali. Vi hanno partecipato religiosi di ambedue gli Istituti, con una rappresentanza del laicato e delle rispettive Congregazioni femminili. È stato un momento di riflessione sul carisma e la spiritualità, ed allo stesso tempo uno sguardo verso il futuro.

Tra i relatori merita particolare menzione il Ministro degli Affari Esteri d'Italia, **On.le Giulio Andreotti**, il Vescovo di Huesca (Spagna), Mons. Javier Osés; vi era anche presente la Pontificia Commissione nella persona del suo Pro-Presidente Mons. Fiorenzo **Angelini**, il quale espose i fondamenti della costituzione della Pontificia Commissione, i suoi obiettivi e le attività.

Viterbo

Il 26 marzo, P. Felice Ruffini, sottosegretario della Pontificia Commissione, ha tenuto una Conferenza a Viterbo sul tema « La carità nei luoghi di sofferenza ». L'Arcivescovo Mons. Luigi **Boccardo** presiedeva l'incontro aperto a tutte le categorie della Diocesi.

Genzano

* 12 aprile: In una riunione con i medici cattolici della Diocesi di Albano, p. José L. Redrado, Segretario della Pontificia Commissione, ha presentato l'attualità, i motivi, gli obiettivi e le attività della stessa Commissione.

* Il 27 maggio, presente l'Arcivescovo di Albano, Mons. Dante Bernini, P. Redrado si è incontrato con un gruppo di sacerdoti, religiosi, religiose e laici esponendo le

riflessioni sugli itinerari da seguire per organizzare, animare e coordinare la **Pastorale Sanitaria** nella Diocesi.

* I Fratelli di S. Giovanni di Dio della Comunità di Genzano hanno organizzato un Seminario aperto ad altre Comunità e gruppi della Diocesi di Albano sulla missione degli infermi. Il giorno 11 giugno è stato totalmente dedicato ad una riflessione antropologica e teologica dell'infermità e Unzione, e il 27 giugno agli itinerari pastorali e ad una celebrazione eucaristica con vari infermi. Il Seminario è stato diretto da P. José Luis Redrado.

riunioni

Le riunioni tenute in questi mesi nella sede del nostro Dicastero per lo studio e riflessioni su temi di interesse e di competenza propria, sono state numerose. Vi hanno partecipato membri della Commissione, Consultori e altri Esperti.

In determinate occasioni, le riunioni sono state precedute da un primo contatto epistolare in cui si richiedeva lo studio di alcuni temi o suggerimenti.

Alcune riunioni hanno avuto come ordine del giorno i seguenti argomenti:

— Comitato di redazione della Rivista (21 gennaio e 29 maggio).

— Studio Federazione Ospedali Cattolici (13 marzo).

— Gruppo di lavoro per la elaborazione del tema « i laici nel mondo della salute » (20 marzo).

— Preparazione del programma della II Conferenza Internazionale su « Umanizzazione della medicina » (8 aprile e 5 maggio).

visite

Sempre più frequenti le visite alla nostra sede. A volte sono Vescovi di passaggio a Roma in visita « ad limina » che sono interessati

al settore sanitario; altre volte sono personalità della politica e delle scienze sanitarie, Membri e Consultori della Pontificia Commissione, sacerdoti, pastori e teologi. È una buona occasione che si presenta per far conoscere gli obiettivi e le varie attività che si stanno realizzando.

A conferma di tale realtà segnaliamo alcune di queste visite:

— Mons. Eugenio **Sbarbaro**, Nunzio Apostolico in Zambia e Malawi

— Mons. Ubaldo Calabresi, Nunzio Apostolico in Argentina

— Mons. Luigi Accogli, Nunzio Apostolico in Bangladesh

— Mons. Pier Luigi Celata, Nunzio Apostolico a Malta

— S.E. Mons. Giuseppe Rozwadowski, Arcivescovo di Lodz.

— S.E. Mons. Luis Soares Vieira, Vescovo di Makapa (Brasile).

— S.E. Mons. R. Peter Shiraianagi, Arcivescovo di Tokio.

— S.E. Card. Paul Zoungana, Arcivescovo di Ouagaougou.

— Sig. Jean **Hadifh**, portavoce della Chiesa di Grecia.

— Mons. Anarghyros Printeriz, Vescovo Esarca Apostolico di Grecia.

— Mons. Fumio Hamao, Vescovo di Yokohama (Giappone).

— Mons. Bronislaw **Dabrowski**, Segretario della Conferenza Episcopale Polacca.

— Mons. Pio Laghi, Pro-Nunzio Apostolico negli Stati Uniti.

— Dr. Juan de Dios **Vial Correa**, Rettore dell'Università di Santiago del Cile e Consultore della nostra Pontificia Commissione.

— Dr. Hamilton Green, Vice-presidente della Repubblica di Guayana.

— Dr. Kenneth Bangh, Ministro della Sanità della Jamaica.

— Dr. Carlyle Guerra de **Macedo**, Direttore della « Oficina Sanitaria Panamericana » (OMS).

— Dr. Eric **Ram**, Direttore della « Christian Medical Commission World Council-Churches ».

— Dr. Walley, del Canada, Consultore della Pontificia Commissione.

— S.E. Card. Bernardin Gantin e S.E. Mons. Isidore de Souza, Arcivescovo coadiutore di Cotonou (Benin).

— Il Ministro di azione sociale del Benin, Dr. Dorego B.P., con un gruppo di dirigenti ed amici di P. Pio nel Benin.

BELGIO: COSTITUITA A BRUXELLES L'ASSOCIAZIONE EUROPEA DEI CENTRI DI ETICA MEDICA

Bruxelles. Si è costituita a Bruxelles l'Associazione europea dei centri di etica medica, in seno alla quale l'Italia è rappresentata dalla Fondazione Internazionale Fatebenefratelli. Composta attualmente da 16 membri attivi di 8 paesi europei (oltre all'Italia, Belgio, Spagna, Francia, Gran Bretagna, Grecia, Paesi Bassi e Svizzera), l'Associazione è aperta a istituti, fondazioni, centri, dipartimenti o gruppi interessati alla ricerca, promozione e insegnamento della bioetica e dell'etica medica nei Paesi della Comunità Europea e in generale in tutti i Paesi del vecchio continente. Si propone lo scambio di informazioni, il coordinamento di ricerche e risultati, lo sviluppo di lavori in collaborazione il contributo al dibattito europeo sui temi della bioetica. I progetti in corso di elaborazione sono al momento: la creazione di un centro informatico multilingue su scala europea per la documentazione sull'etica medica; un programma di formazione dei membri dei Comitati per l'etica; l'identificazione delle specificità europee in campo di etica sanitaria.

ITALIA: LA FONDAZIONE FATEBENEFRAPELLI E IL SUO RUOLO EUROPEO NELL'ETICA MEDICA

Roma. La Fondazione Internazionale Fatebenefratelli entra ufficialmente nella cerchia dell'etica medica a livello europeo.

La F.I.F. infatti, da oggi rappresenta l'Italia in seno all'Associazione Europea di etica medica, un nuovo organismo con sede a Bruxelles, creato con lo scopo di coordinare le ricerche in atto nei diversi Paesi e di privilegiare lo scambio di informazioni.

L'importante consesso, di cui è stata chiamata a far parte, si compone di 16 membri in rappresentanza di Belgio, Spagna, Francia, Gran Bretagna, Italia, Olanda e Svizzera.

Il traguardo raggiunto dalla Fondazione è il risultato di varie attività volte ad assicurare attraverso la ricerca scientifica e l'aggiornamento culturale, la posizione centrale alla bioetica e di riflesso al malato.

È dunque con orgoglio che l'Ordine di S. Giovanni di Dio, attraverso una sua diretta diramazione, si vede coinvolto in prima persona su problematiche la cui importanza, non occorre nascondere, è fondamentale per la spiritualità e l'opera di rinnovamento dei Fatebenefratelli stessi.

L'occasione si presenta come un appuntamento irrinunciabile per confrontarsi con altre realtà del mondo sanitario e dove, d'altronde, l'Ordine stesso per mezzo della Fondazione, si pone quale valido interlocutore amministrando oltre 200 Istituzioni in 46 Paesi.

L'umanizzazione degli ospedali, la centralità del malato, la moratoria nei confronti di un'ingegneria genetica senza limiti, costituiscono i punti cardine per i quali l'Ordine si batte ed è evidente la misura nella quale la Fondazione potrà contribuire nel difficile compito di interpretazione dei valori cristiani proiettati verso il futuro.

L'iniziativa della F.I.F. in questo senso si sono già concretizzate in un Corso di Filosofia della Medicina, in un Corso biennale di Hospital Management oltre a vari dibattiti e conferenze su temi inerenti la medicina e la sanità.

PERÙ: DA DUE A TRE MILIONI DI PERSONE MUOIONO OGNI ANNO NEL MONDO A CAUSA DELLA MALARIA

Lima. Da due a tre milioni di persone muoiono ogni anno nel mondo a causa della malaria. Lo ha affermato recentemente a Lima, capitale del Perù, lo statunitense James Erickson, specialista dell'agenzia internazionale degli Stati Uniti per lo sviluppo, citato dall'agenzia spagnola EFE. Egli ha precisato che il continente più colpito dalla malattia è l'Africa, in alcune zone della quale la malattia è persistente. Ma anche in altri continenti la minaccia è presente: riferendosi ad esempio al Perù, Erickson ha detto che in quello Stato americano otto milioni di persone corrono il pericolo di contrarre la malattia e di morirne. Lo scienziato americano — che sta compiendo nel suo Paese esperimenti su scimmie per preparare un vaccino contro la malaria — ha osservato che l'anofele, la zanzara trasmettitrice della malaria, resiste sempre più agli insetticidi e ai farmaci impiegati. Concludendo, Erickson ha sottolineato che il problema della malaria è molto grave, poiché da due a tre miliardi di persone (su cinque che popolano il mondo) vivono nelle zone colpite dall'infermità.

ZIMBABWE I VESCOVI CATTOLICI DELLO ZIMBABWE SOLIDALI CON « LE PERSONE SOFFERENTI IN SUDAFRICA »

Harare. La Conferenza episcopale dello Zimbabwe ha espresso la

propria solidarietà « con le persone sofferenti in Sudafrica ». « Tutta la nostra popolazione detesta l'apartheid e comprende il desiderio degli interessati che sia riconosciuta la loro dignità umana ed accettata la loro richiesta di autodefinizione », è detto in una dichiarazione di solidarietà, pubblicata nella capitale dello Zimbabwe, Harare, e diretta ai vescovi sudafricani. Il governo di Pretoria — scrivono ancora i presuli — ha proseguito incontrastato la sua « pericolosa politica razziale » e respinto qualunque dialogo con gli interessati. Le vittime della politica di apartheid hanno risposto con la disobbedienza civile, alla quale il governo ha reagito con maggiore violenza e oppressione, sottolineando i vescovi dello Zimbabwe e appoggiano la richiesta dei loro colleghi sudafricani di sanzioni economiche internazionali contro lo Stato dell'apartheid.

GERMANIA: I VESCOVI TEDESCHI SOTTOLINEANO LA NECESSITÀ DI UN'INFORMAZIONE MORALMENTE RESPONSABILE RELATIVA ALL'AIDS

Stapelfeld. I vescovi della Germania occidentale vogliono accrescere la loro offerta di consulenza ed assistenza per gli ammalati di AIDS, ma anche continuare ad impegnarsi per un'informazione moralmente responsabile su questa malattia contagiosa finora inguaribile e mortale. Nel corso della sua assemblea plenaria di primavera, la Conferenza episcopale ha deciso di costituire un gruppo di lavoro di esperti, che dovrà presentare proposte concrete. Nella discussione dei presuli, caratterizzata da grande preoccupazione per la rapida diffusione della « sindrome da immunodeficienza acquisita » (SIDA, AIDS), è stato ribadito che non si deve definire l'AIDS come « punizione di Dio » e coloro che ne sono colpiti come « peccatori ». Ma in pari tempo è stato sottolineato che misure preventive unilaterali e tecniche come l'uso di profilattici non sono sufficienti ad impedire la malattia. Piuttosto è necessaria una sessualità vissuta tenendo conto della dignità della persona.

LUSSEMBURGO: DICHIARAZIONE DEL L'ARCIVESCOVO- VESCOVO DI LUSSEMBURGO SU « AIDS E RESPONSABILITÀ MORALE »

Lussemburgo. L'arcivescovo-vescovo di Lussemburgo, mons. Jean Hengen, ritiene che « l'uso di profilattici non può essere la via che permette di sconfiggere l'AIDS », la malattia contagiosa finora inguaribile e mortale. In una dichiarazione intitolata « AIDS e responsabilità morale », mons. Hengen aggiunge che « molti uomini e donne del nostro tempo hanno ancora abbastanza buon senso, forza morale e idealismo per lanciare il rinnovamento morale ». Il presule ha poi messo in guardia contro « una tentazione che incombe su più d'uno tra noi », cioè la condanna dei malati di Aids, legata alla constatazione che essi hanno ricevuto — come qualcuno afferma — « la punizione di Dio meritata con una vita dissoluta ». Mons. Hengen sottolinea che nessuno ha il diritto di pronunciare un tale giudizio, poiché — ad esempio — vi sono vie di comunicazione della malattia diversa dalla sessualità.

INDIA: L'ASSOCIAZIONE DEGLI OSPEDALI CATTOlici REAGISCE CON FORZA ALL'INDIFFERENZA DEI SUOI MEMBRI VERSO L'ESTERNO

Le recenti statistiche sul campo sanitario in INDIA, pubblicate dall'Associazione Indiana degli Ospedali Cattolici, rivelano situazioni particolarmente urtanti. Di fatto, in India le Società farmaceutiche (8000) sono superiori ai centri di salute primaria (6000). I medici sono più numerosi degli infermieri, e ci sono più richieste che posti sanitari disponibili.

Secondo il Primo Ministro, un medicinale su 5 prodotti nel Paese è contraffatto; ma ciò che non dice è che 4 medicinali su 5, confezionati e venduti in India, sono completamente inutili e superflui.

In più, ogni 20 secondi un bambino muore in India, ciò rappresenta più di 3000 decessi di bambini

al giorno. In altri termini, un « bhopal » ogni 24 ore. In cifra assoluta, muoiono in India più bambini che nei 46 Stati africani messi assieme.

L'Associazione Indiana degli Ospedali Cattolici denuncia il fatto che queste morti inutili sono le conseguenze nascoste delle spaventose condizioni di vita che esistono in numerosi paesi di baraccati. Essa considera questa catastrofe come il problema maggiore che minaccia la nazione, oggi, sia all'interno che all'esterno.

Il personale della sanità che lavora nelle istituzioni è muto davanti a questa tragedia. Egli aspetta che la popolazione si ammalasse per curarla e si presenti alla porta dell'ospedale. Gli ospedali e ambulatori sono orgogliosi del loro personale qualificato, ma sono totalmente ciechi davanti ai bisogni urgenti che li chiamano al di fuori delle loro mura, denuncia l'Associazione degli Ospedali Cattolici la quale raduna più di 2000 centri sanitari dislocati in tutto il paese. Essa ha chiamato i suoi membri a diffondere il suo concetto di sanità alla popolazione che circonda quotidianamente il personale curante all'esterno.

OLANDA: MEDICI EUROPEI PER L'ETICA

La Commissione Medica Europea ha respinto la proposta olandese a favore della legalizzazione dell'eutanasia, durante il seminario internazionale su « Aborto, eutanasia e manipolazione genetica », tenutosi a Wageningen (Olanda).

Lo spagnolo Gonzalo Herranz, vicepresidente della Commissione ha precisato che « la proposta olandese trovò il rifiuto unanime dei medici degli altri paesi della Comunità Europea ». I rappresentanti d'Inghilterra hanno indicato ai colleghi olandesi che la loro proposta era un errore che li allontanava dalla pratica medica sul rispetto dovuto all'essere umano.

Non tutto il settore medico olandese era a favore della proposta. Così il Dr. Gunning presidente della Associazione dei Medici dell'Olanda, ha manifestato che tanto la legalizzazione dell'aborto, come la manipolazione genetica « sono il risultato di una filosofia materialistica che si rifiuta di accettare una parte della realtà. I materialisti cre-



44

cattedratico dell'Università di Navarra, ha detto che « la legalizzazione dell'eutanasia frenerà l'investigazione della gerontologia e della lotta contro il cancro ... Per i medici sarà più facile uccidere il malato che guarire la malattia, ma questa è la grandezza della sua missione ».

D'altra parte, la premio Nobel di Medicina 1986, Rita Levi Montalcini, si è pronunciata contro la fecondazione « in vitro » ed ha chiesto ai medici di dimenticarsi delle manipolazioni genetiche sugli embrioni umani. « Bisogna avere il senso comune — ha detto — di non andare avanti con le applicazioni di conoscenze e di tecniche che non si sa dove possono condurci ».

Notizie recenti dall'Inghilterra segnalano, inoltre, che l'opinione pubblica inglese è, nella sua maggioranza — il 60% contro il 26% — contro la legge dell'aborto libero, soprattutto contro la così detta « clausola sociale », i cui effetti hanno vortato alla drammatica crescita degli aborti fino alla cifra di 86.446 nei primi sei mesi del 1986, e nei suoi 20 anni di attività a 2.600.000.

In sei circostanze la Camera dei Comuni ha cercato di modificare la legge, senza riuscirci. La società inglese e i gruppi impegnati non pretendono l'abrogazione della legge ma la sua regolamentazione per evitare gli abusi e l'esercizio eccessivo della medesima.

SPAGNA: « GIORNO DELL'INFERMO »

Il 24 maggio si è celebrato in Spagna il giorno dell'infermo. È il terzo anno che il Segretariato Nazionale di Pastorale Sanitaria celebra questa ricorrenza.

La giornata dell'infermo rappresenta un momento forte per la Pastorale Sanitaria spagnola presieduta da Mons. Javier Oses, Vescovo di Huesca, il quale coadiuvato dall'équipe nazionale, coordinata dal suo Direttore Rude Delgado, realizza un eccellente piano operativo.

Tale giornata non si limita solo alla celebrazione di atti commemorativi, ma suppone una preparazione a scala nazionale e l'impegno di tutte le diocesi per far raggiungere alle Parrocchie, agli Ospedali, ai Collegi, alla vita fa-

miliare il messaggio proprio e caratteristico che, sintetizzato in uno slogan, viene moltiplicato in tante e multiformi idee.

Il tema centrale di quest'anno è stato: « Un tratto più umano » .. Per appoggiare, realizzare e offrire materiale valido su questo tema, il Segretario Nazionale di Pastorale sanitaria ha preparato una grande quantità di posters, biglietti, materiale per la celebrazione eucaristica, catechesi per bambini e adulti, programmi radiofonici ... Non si tralascia di ricordare il messaggio che i Vescovi della Commissione della Pastorale hanno inviato a tutta la Chiesa; inoltre, molti Vescovi fanno giungere nelle rispettive Diocesi il proprio messaggio, la loro parola, scritta o durante la celebrazione. È questo un vero sforzo che il Segretariato Nazionale ha intrapreso e lanciato con grande volontà ed intelligenza ed i cui risultati sono positivi.

Va ad esso il nostro augurio per l'impegno, lo sforzo, il servizio così efficace. Magari ci fossero altri gruppi, altre nazioni disposte ad essere promotori di tali iniziative!

Ne risulta un'opera altamente evangelizzatrice.

TRE CONGRESSI SU SCRITTORI E ARTISTI MEDICI

Dal 12 al 18 ottobre c.a. si terranno a Barcellona i seguenti congressi medici:

— XXXII Congresso Internazionale dell'Unione Mondiale degli Scrittori Medici (U.N.E.M.)

— III Congresso ed Esposizione Internazionale dell'Unione Mondiale degli Artisti Medici (U.M.A.M.), e il

— Il Congresso dell'unione Catalana di Medici Scrittori (U.C.M.E.)

Quest'ultimo ente, ha l'appoggio della Reale Accademia di Medicina di Barcellona e del Collegio Ufficiale dei Medici di Barcellona e provincia, che appunto si è costituita recentemente per servire di piattaforma per i citati Congressi, data l'importanza ed entità degli stessi.

I temi centrali di dibattito, per i medici scrittori e di esposizione, e per i medici con vocazione artistica, sono tre: A) L'amore alla letteratura; B) L'amore all'arte; C) Il perché dello pseudonimo.

dono che sono scientifici perché lavorano e vivono in un piccolo angolo dell'intelletto ».

Il belga Philippe Schepens, segretario della Federazione Mondiale dei Medici, ha valutato i pericoli latenti nelle linee di sperimentazione che si svolgono in Europa: mistura di geni umani ed animali, generazione di individui uguali per mezzo della fertilizzazione « in vitro », e la parentogènesi. Ha assicurato che « è prevedibile che la scelta e fertilizzazione "in vitro" di esseri umani finirà monopolizzata da alcuni paesi come è accaduto con la ricerca nucleare ».

Il citato Dr. Gonzalo Herranz,