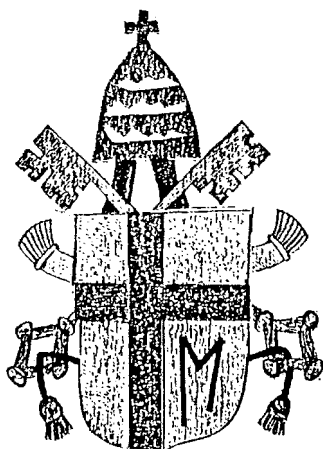


sommario



DOLENTIUM HOMINUM

N. 6 (ANNO II - N. 3)
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.
MARIA ÁNGELES 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 Il pensiero di Giovanni Paolo II sulla sofferenza
S.E. Mons. Fiorenzo Angelini
- 12 I religiosi nel mondo della sofferenza e della
salute
- 12 Testimoni e guide morali
P. Pierluigi Marchesi
- 13 Partecipazione dei religiosi nella Chiesa e nel
mondo della salute
Suor Anne Duzan
- 14 Amore e competenza
P. Calisto Vendrame
- 15 I religiosi pionieri nella pastorale della salute e
difensori della vita umana
Suor Catherine Dwyer

MAGISTERO DELLA CHIESA

- 18 Dai discorsi del Santo Padre
- 23 Intervento alla VII Assemblea generale del Sino-
do dei Vescovi
S.E. Mons. Fiorenzo Angelini
- 25 **L'Aids:** alcune riflessioni cristiane

ARGOMENTI

- 30 L'accanimento terapeutico e l'eutanasia
P. Manuel Cuyás S.J.
- 43 II non ancora nato
P. Tadeusz Styczen
- 49 Tecnologia: interrogativi della salute e della edu-
cazione sanitaria
Prof. Franco Splendori

- 53 Sperimentazione clinica, leggi e comitati etici
Prof. Sen. Adriano Bompiani

- 60 Un medico santo: Giuseppe Moscati
Dr. Giovanni Fallani

TESTIMONIANZE

- 62 La depressione, problema del nostro tempo
- 64 **40^a** Assemblea mondiale della Sanità
- 66 La Commissione Episcopale Sanitaria in **Mada-**
gascar
- 68 Istituto per la pastorale della salute in Spagna

INCONTRI

- 70 Medicina e tecnologia nel primo e nel terzo
mondo

ATTIVITÀ DELLA PONTIFICIA COMMISSIONE

- 75 Viaggio in India
- 76 Giappone
- 77 Congresso internazionale sulla epilessia
- 77 Congresso internazionale dei farmacisti cattolici
- 77 Riunione nazionale dei delegati diocesani di pa-
storale sanitaria
- 78 II^a Conferenza internazionale su "l'umanizza-
zione della medicina"
- 79 Vescovi incaricati della pastorale sanitaria
- 81 NOTIZIE DAL MONDO

Le illustrazioni di questo numero della rivista rappresentano particolari di vetrate di chiese europee e precisamente delle cattedrali francesi di Bourges, Le Mans, Autun, Strasburgo, Chartres e delle chiese di St. Denis (Parigi), della Sainte Chapelle (Parigi), di Nôtre Dame di Chalon sur Marne, della Cappella Reale di Dreux, della chiesa di St. Neot in Cornovaglia. Delle chiese inglesi sono presenti le Cattedrali di Canterbury, di Oxford, di York, la Christ Church e la cappella del Merton College di Oxford, la Chiesa di St. Stephen a St. Peter Port, la Wiekhambreux Church nel Kent, la All Saints Church di Middleton Cheney nel Buckinghamshire, la Chiesa di St. Foy di Conches, la Heaton Bishop Church nell'Herefordshire, la Abbazia di Tewkesbury nel Gloucestershire, la Chiesa di All Hallows di Wellingboroug, la Saint Church in North Street a Londra. Tra le chiese italiane vi è la Basilica Inferiore di Assisi e la cattedrale di Arezzo. Tra quelle spagnole la cattedrale di Toledo. Vi sono poi la chiesa tedesca di St. Lorenz a Norimberga e la cattedrale di Ulma e, in Austria il convento di St. Lambrecht. Tutte le vetrate sono state riprodotte da "Le vetrate, tecnica e storia" a cura di Giuseppe Marchini, edizioni dell'Istituto Geografico De Agostini di Novara (1977).



il pensiero di Giovanni Paolo II sulla sofferenza

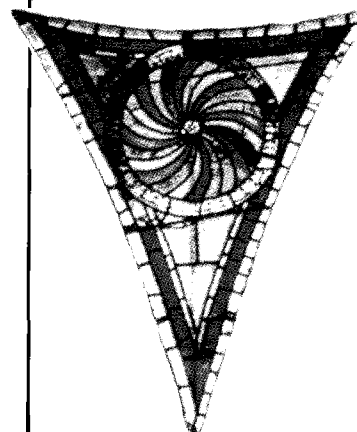
5

La riflessione teologica, negli ultimi decenni, sollecitata da un crescente bisogno di interpretare, alla luce di Dio, il mistero del mondo e dell'uomo nella loro concretezza, ha conosciuto particolari angolazioni. Si parla di teologia politica, di teologia della speranza, di teologia dello sviluppo, ecc.¹. Negli anni più recenti, uno spazio speciale è stato dedicato anche alla *teologia crucis*. Con l'elevazione all'onore degli altari della carmelitana Scalza Edith Stein, la teologia della Croce ha avuto quasi una consacrazione ufficiale. Infatti, la claustrale messa a morte nel campo di concentramento di Auschwitz, ha lasciato come testamento del suo pensiero e della sua vita l'opera incompiuta *Scientia crucis* che rappresenta una drammatica lettura, in chiave teologica, della sua esperienza di dolore².

Vorrei subito dire che il pensiero di Giovanni Paolo II sulla sofferenza è piuttosto una profonda e straordinaria elaborazione di una vera e propria *teologia della sofferenza*. Il molto che ha scritto, detto e vissuto Giovanni Paolo II è intimamente legato da un costante riferimento al significato cristiano della sofferenza umana.

Nella sua prima enciclica, *Redemptor hominis* Giovanni Paolo II, richiamandosi ad un passo della *Gaudium et spes*³ che parla dell'intima sofferenza dell'uomo, continuamente combattuto tra l'inclinazione al male e l'aspirazione al bene, dice che proprio questo uomo è «la via della Chiesa»⁴.

Nella lettera apostolica *Salvifici doloris*, il Papa torna su questo concetto e scrive: «Si può dire che l'uomo diventa in modo speciale la via della Chiesa quando nella sua vita entra la sofferenza»⁵. E aggiunge: «Dato che l'uomo, attraverso la sua vita terrena, cammina in un modo o nell'altro sulla





via della sofferenza, la Chiesa in ogni tempo dovrebbe incontrarsi con l'uomo proprio su questa via. La Chiesa che nasce dal mistero della redenzione nella Croce di Cristo, è tenuta a cercare l'incontro con l'uomo in modo particolare sulla via della sofferenza. In un tale incontro l'uomo diventa la 'via della Chiesa', ed è, questa, una delle vie più importanti~~.

Mi rendo conto che parlare di teologia, anziché di pensiero di Giovanni Paolo II sulla sofferenza, impegna ad uno studio ampio e profondo del suo magistero e dello stesso suo ministero così emblematicamente segnato dalla sofferenza. Vi è, infatti, nella sua esperienza di Pastore della Chiesa universale, una singolare saldatura tra pensiero e azione proprio con riferimento alla sofferenza. Un legame che crea una coerenza tra pensiero ed azione che rende straordinariamente credibile il suo insegnamento.

Mi limiterò a sottolineare, o meglio, a raccogliere i capitali della teologia di Giovanni Paolo II sulla sofferenza intorno ad una affermazione centrale della *Salvifici dolori*~, laddove si legge: «Cristo allo stesso tempo ha insegnato all'uomo a far del bene con la sofferenza ed a far del bene a chi soffre».

Formulato questo aforisma, il Santo Padre subito aggiunge: «In questo duplice aspetto, Egli [Cristo] ha svelato fino in fondo il senso della sofferenza».⁷

Parafrasando in termini catechetici e pastorali l'espressione «teologia della sofferenza»), potremo parlare del «dolore che salva»), del dolore come via alla redenzione totale dell'uomo.

Vediamo, quindi, come intorno ai due aspetti così efficacemente indicati da Giovanni Paolo II si possa raccogliere e organizzare sistematicamente la sua teologia della sofferenza.

1. Far del bene con la sofferenza

Un'intera sezione della *Salvifici doloris* reca per titolo «Il Vangelo della sofferenza»⁸. Vangelo significa buona notizia, annuncio salvifico di Cristo, proclamazione del Regno di Dio. Se la sofferenza è Vangelo, è perché Cristo si è fatto uomo, ha annunciato il Padre, ha operato la redenzione, attraverso la sofferenza.

Non si tratta di una lettura teoretica, bensì di una lettura storica della missione di Cristo. Infatti, come scrive il Papa, «il Redentore stesso ha scritto questo Vangelo dapprima con la propria sofferenza assunta per amore, affinché l'uomo 'non muoia, ma abbia la vita eterna' (Gv 3, 16). Questa sofferenza, insieme con la viva parola del suo insegnamento, è diventata una fonte abbondante per tutti coloro che hanno preso parte alle sofferenze di Gesù nella prima generazione dei suoi discepoli e confessori, e poi in quelle che si sono succedute nel corso dei secoli»⁹.

Si potrebbe essere indotti a pensare che la teologia della sofferenza è soltanto l'accentuazione di un determinato modo di interpretare la missione di Cristo. Mi pare, invece, interessante rilevare che la chiave della sofferenza è a tal punto incapace di aprire le porte ad una visione integrale della vita





e del messaggio di Cristo, da includerne tutti gli aspetti. Tanto è vero che il Papa, nell'ottica della sofferenza, legge anche il mistero di Maria, Madre di Cristo e della Chiesa, affermando: «È innanzitutto consolante — come è evangelicamente e storicamente esatto — notare che a fianco di Cristo, in primissima e ben rilevante 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»¹⁰.

Far del bene con la sofferenza significa che Cristo ha scelto il dolore come strumento di redenzione, poiché nella valorizzazione del dolore è la sola via per sfuggire alla forza demolitrice. Quando San Paolo insegna che, nell'assumere la condizione umana, Cristo ha assunto la condizione di schiavo, cioè degli «ultimi» (*Fil 2, 9*), riafferma la verità del Vangelo della sofferenza. La sofferenza è Vangelo, cioè Buona Novella, annuncio di salvezza, solo e perché può essere rivolta al bene, farsi operatrice di bene. «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»¹¹.

Il Papa parla della valorizzazione della sofferenza come di rivelazione: l'espressione non vuole essere enfatica, ma teologicamente esatta e puntuale.

Il cristiano, quindi, è chiamato a soffrire come Cristo¹², a soffrire con Cristo¹³.

«Quanto più l'uomo è minacciato dal peccato, quanto più pesanti sono le strutture del peccato che porta in sé il mondo di oggi, tanto più grande è l'eloquenza che la sofferenza umana in sé possiede. E tanto più la Chiesa sente il bisogno di ricorrere al valore delle sofferenze umane per la salvezza del mondo»¹⁴.

In passato, la rivelazione del Vangelo della sofferenza poteva apparire razionalmente inaccettabile e assurda. Il cammino del progresso e della civiltà è un cammino per vincere il dolore e la morte. L'illusione dell'età moderna arrivò ad ipotizzare l'eventualità di una vittoria dell'uomo sul dolore e sulla morte. Oggi è la stessa scienza a riconoscere — come ha ricordato il Concilio — che gli interrogativi fondamentali sull'origine ed il perché del dolore e della morte non solo restano inalterati, ma si sono fatti più drammatici e minacciosi¹⁵. L'intuizione del Cristianesimo rivela la possibilità di conciliare una doverosa lotta per vincere la sofferenza e la possibilità di cogliere la valenza costruttrice e redentrice. Tutto questo, però, non già sulla scia della visione che fu già di Platone, che vedeva dolore e gioia come forze che si contendono l'uomo nel tentativo di trascinarlo in opposta direzione, bensì nel riferimento alla Persona di Cristo che, assumendo, innocente, le conseguenze del peccato — che sono appunto il dolore e la morte — ne annientò la forza distruttrice e ne svelò la potenza redentrice e sanante.

Ecco perché il Papa, sin dai primissimi atti del suo ministero, chiese espressamente a coloro che soffrono, nel corpo

e nello spirito, il sostegno che può derivare dal dono di una sofferenza accettata come strumento di redenzione e di vita. Una rassegna dei discorsi del Santo Padre registra uno spazio enorme dato alla riflessione sulla sofferenza. Ogni suo viaggio apostolico, ogni sua udienza, ogni suo incontro con l'umanità, lo vede privilegiare i sofferenti. Ed il tema di fondo dei suoi incontri non è primariamente l'espressione di una compassionevole solidarietà, bensì la richiesta del sostegno che, all'annuncio del Vangelo, può venire dall'apporto di coloro che accettano la propria croce. Una teologia della croce e della sofferenza che è insieme pensiero e prassi, misura di efficacia di ogni apostolato..

Se, anzi, mi è consentita una brevissima parentesi, che meriterebbe particolare approfondimento, vorrei notare che soltanto guardando a questa visione teologica del Santo Padre è possibile leggere e interpretare compiutamente tutta la sua azione pastorale. I suoi pellegrinaggi apostolici più difficili ed anche più discussi, vanno letti in questa chiave. Nei suoi richiami, ad esempio, alla riconciliazione dei popoli, egli non esalta la rassegnazione né l'accettazione forzata della sofferenza, ma chiama quanti soffrono a dare un senso costruttivo al loro dolore, premessa di redenzione e di liberazione anche sul piano umano. Non può aversi, infatti, una civiltà dell'amore senza una valorizzazione positiva del dolore.

2. Far del bene a chi soffre

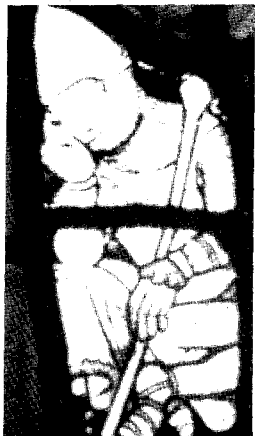
Il secondo aspetto che svela fino in fondo il senso della sofferenza è, sull'esempio di Cristo, quello di far del bene a chi soffre.

Nel motu proprio istitutivo della Pontificia Commissione per la pastorale degli Operatori sanitari, c'è un'espressione che non sarà mai approfondita abbastanza e le cui conseguenze, in sede pastorale, potrebbero farsi decisive della testimonianza cristiana. Dice il Papa che la sollecitudine per chi soffre è «parte integrante») della missione della Chiesa¹⁶. Non aspetto facoltativo, accessorio, bensì co-essenziale in quanto integrante. Lo è storicamente, e sarebbe assai facile dimostrarlo, ma lo è guardando alla natura stessa della missione di Cristo e della Chiesa.

Fare del bene a chi soffre, è la risposta, o meglio, il risvolto, la conseguenza della valorizzazione della sofferenza in atto d'amore. Nella *Salvifici doloris*, Giovanni Paolo II ha spiegato questa verità conducendo una magistrale esegesi della parabola del Buon Samaritano¹⁷. Mi si consenta, tuttavia, di riportare una delle più profonde e acute pagine del Santo Padre sull'aspetto propriamente teologico di questa verità. Sono parole che egli pronunciò il 30 marzo 1983, nel corso di un'udienza generale dell'Anno Santo della Redenzione. Leggiamole insieme:

«È vero che l'esperienza universale insegna pure i benefici effetti che su molti uomini ha il dolore, come generatore di maturità e saggezza, di bontà, di comprensione, di solidarietà, sicché si è potuto parlare della fecondità del dolore. Ma questa constatazione lascia irrisolto il problema di fondo e non elimina la tentazione di Giobbe, che si affaccia anche allo spirito del cristiano, quando si sente spinto a chiedere a Dio:





perché? Per molti, anzi, il problema del male e del dolore è un'obiezione contro la Prowidenza di Dio, quando non addirittura contro la sua esistenza. La realtà della croce diventa allora uno scandalo, perché si tratta di una *croce senza Cristo*. La più pesante e la più insopportabile, terribile a volte fino alla tragedia!

La *Croce di Cristo* è la grande rivelazione del significato del dolore e del valore che esso ha nella vita e nella storia... La Croce è la prova di un infinito amore che, proprio in quell'ostia di espiazione e di pacificazione ha collocato il principio della restaurazione universale e specialmente della redenzione umana: redenzione dal peccato e, almeno in radice, dal male, dal dolore e dalla morte.

Ma la *Croce ci invita a rispondere all'amore con l'amore*. A Dio che per primo ci ha amati, noi possiamo dare a nostra volta il segno della nostra intima partecipazione al suo disegno di salvezza. Noi non sempre riusciamo a scoprire in questo disegno il perché dei dolori che segnano il cammino della nostra vita. Sorretti dalla fede possiamo tuttavia giungere alla certezza che si tratti di un disegno d'amore, nel quale tutta la immensa gamma delle croci, grandi e piccole, tende a fondersi nell'unica Croce¹⁸.

Far del bene a chi soffre è rispondere con l'amore al dolore, valorizzare il dolore attraverso l'amore.

Far del bene a chi soffre è la più grande, più decisiva, più sconvolgente rivoluzione che la Chiesa è chiamata a compiere nella storia.

«La parabola del buon Samaritano» — dice il Papa — «appartiene al Vangelo della sofferenza, cammina insieme con esso lungo la storia della Chiesa e del cristianesimo, lungo la storia dell'uomo e dell'umanità. Essa testimonia che la rivelazione da parte di Cristo del senso salvifico della sofferenza non si identifica in alcun modo con un atteggiamento di passività. È tutto il contrario. Il Vangelo è la negazione della passività di fronte alla sofferenza. Cristo stesso in questo campo è stato soprattutto attivo»¹⁹.

L'impegno che deriva da questa parte integrante della missione della Chiesa è tale, che proprio sulla misura in cui avremo fatto del bene a chi soffre saremo giudicati. «Ero affamato e mi avete dato da mangiare, ho avuto sete e mi avete dato da bere; ero forestiero e mi avete ospitato, nudo e mi avete vestito, malato e mi avete visitato, carcerato e siete venuti a trovarmi.» (Mt 25, 34-36).

Sul binomio: far del bene con la sofferenza e far del bene a chi soffre, si può istruire una compiuta teologia della sofferenza o, se si vuole, del significato cristiano della sofferenza umana. In questa chiave, infatti, può essere letta in profondità tutta la vita, l'insegnamento e l'opera di Cristo, la storia della Chiesa e della sua santità. Entro questo schema, semplice ed essenziale, può entrare ogni programmazione pastorale, non essendo pensabile un'azione pastorale nel significato completo ed esauriente del termine ove manchi l'impegno a far del bene con la sofferenza ed a far del bene a chi soffre.

Non è per una forzatura dettata dalla circostanza di questo opportuno Convegno, che vorrei aggiungere che la teologia della sofferenza è una forma di riflessione teologica particolarmente attuale.

Nel corso della storia, provato dalla sofferenza, l'uomo ha sempre cercato una risposta al perché del dolore. Oggi la domanda non soltanto si è fatta più acuta e generalizzata, ma direi più omogenea ed ultimativa. Il crollo dei miti indotti dal positivismo, dal materialismo, dal consumismo, da una fiducia illimitata nelle possibilità della tecnologia, ripropone l'interrogativo del dolore in termini più universali e corali.

La valorizzazione della sofferenza attraverso l'amore, che ci assimila a Cristo e, come Lui e con Lui, porta a sanare ogni sofferenza, è la sola prospettiva di liberazione per l'uomo e per il creato che, insieme ai figli di Dio, soffre in attesa del compiersi definitivo della redenzione.

✠ FIORENZO ANGELINI



¹ AA.VV., *Correnti teologiche postconciliari*. Roma, Città Nuova, 1974.

² EDITH STEIN (Suor Benedetta della Croce). *Scientia crucis*. Opera postuma. Trad. it. Milano, Ancora 1964.

³ *Gaudium et spes*, 10.

⁴ *Redemptor hominis*, 14.

⁵ *Salvifici doloris*, 3.

⁶ *Zbidem*.

⁷ *Salvifici doloris*, 30.

⁸ *Zbidem*, numm. 25-27.

⁹ *Salvifici doloris*, 25.

¹⁰ *Zbidem*, 25.

¹¹ *Salvifici doloris*, 25.

¹² *Ibidem*, 25. Cf *Lc* 9, 23; 21, 12-19; *Mt* 7, 13s.; *Gv* 15, 18-21..

¹³ *Salvifici doloris*, 26; Cf *Col* 1, 14; *Ef* 6, 12.

¹⁴ *Salvifici doloris*, 27.

¹⁵ *Gaudium et spes*, 10; *Redemptor hominis*, 8; *Salvifici doloris*, 5.

¹⁶ *Dolentium hominum*, 1

¹⁷ *Salvifici doloris*, 28-30

¹⁸ Cf «L'Osservatore Romano», 31.03.1983.

¹⁹ *Salvifici doloris*, 30.



i religiosi nel mondo della sofferenza e della salute

Questo è il titolo di un piccolo libro che la Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari ha appena pubblicato. Con questo libro inizia una serie di argomenti che la Pontificia Commissione ritiene validi e presenta a quanti lavorano nel Mondo della Salute.

Era opportuno aprire questa collana, con un discorso molto esplicito, dedicato a uomini e donne che consacrano tutta la propria vita al servizio della Salute, dei malati e a tutti quei valori che questa missione porta con sé.

I Religiosi nel campo della Salute, da sempre, segnano tutta la storia della Chiesa, in un servizio di avanguardia, e si presentano oggi, con una volontà decisa di rinnovamento e di vitalità.

Questo lavoro esalta una vocazione piena di generosità, di entusiasmo, di fede e di efficienza, e mette davanti agli occhi dei Religiosi i numerosi quesiti che

la medicina pone, in questo periodo di rapido e profondo mutamento.

Ciò è stato occasione di chiedere a quattro Superiori **Generali** di Istituti dedicati al servizio dei malati, il loro pensiero circa la presenza dei Religiosi in questo campo. I quattro Superiori sono Membri della nostra Pontificia Commissione.

Le risposte non sono un commentario al Libro che presentiamo, ma solo la condivisione del pensiero **sull'**argomento di alcuni dei Superiori Maggiori, in occasione della sua pubblicazione. Queste opinioni le abbiamo ritenute interessanti e ci sembra molto utile offrirle ai lettori della nostra rivista. I quattro Superiori sottolineano soprattutto le seguenti idee: i Religiosi nel mondo della salute, devono farsi testimoni e guide morali, competenti con una grande capacità di amare. Indicano anche che da sempre hanno partecipato alla vita della Chiesa, come pionieri **dell'evangelizzazione** e difensori della vita.

testimoni e guide morali

La presenza dei religiosi nel campo sanitario, come in tutti gli altri campi, deve realizzarsi all'insegna della novità nella continuità.

Viviamo in un'epoca di profondi, rapidi cambi che rischiano spesso di rendere il nostro stile di vita, il nostro modo di essere non più all'altezza dei tempi e quindi meno efficace come segno.

L'ospedale di oggi — in cui si affacciano anche tipi inediti di pazienti — si caratterizza per una massiccia partecipazione di operatori laici e per apporti tecnologici sempre più avanzati. Ciò sovente mette in crisi i religiosi, insinuando in essi complessi di inferiorità, quasi una sensazione di inutilità, e persino frustrazioni per una certa perdita di potere.

Tali cambi impongono l'analisi critica dei nostri comportamenti, la ricerca aggiornata delle nostre collocazioni professionali e dei nostri rapporti — come religiosi singoli e come comunità — con l'ambiente cui l'obbedienza ci ha destinati.

È necessario renderci conto di tali esigenze se non si vuol rimanere ai margini della realtà. Non è facile, certo; talvolta ne siamo come spaventati sotto l'urgenza di tentazioni ricorrenti: quella, ad esempio, di ripiega-

re su posizioni di comodo, di sicurezza o di malintesa rassegnazione; o di ritagliarci una nicchia in cui svolgere un lavoro professionale magari in competizione coi confratelli o coi collaboratori laici; o, infine, quella di delegare ai laici o — peggio — alle sofisticate tecnologie l'assistenza del malato, facendo scattare per noi la trappola della perdita dell'identità e per lui quella dell'anonimato.

L'idolatria dell'efficienza a volte si insinua anche nelle nostre strutture; e allora è il momento di ribadire con forza, di manifestare con chiarezza l'essenza del nostro carisma, la nostra fisionomia di frati ospedalieri, testimoni dell'amore misericordioso nel loro servizio all'umanità sofferente. Quindi innanzitutto uomini «scalati» dal fuoco del Vangelo che si chinano su altri uomini vedendo in essi non astratti e anonimi «casi clinici», bensì fratelli da curare e da confortare nel corpo e nell'anima. Questo si chiama fare dell'ospedale una struttura umanizzata e umanizzante, dove il malato è la nostra università.

In questa chiave, il ruolo di noi religiosi si definisce più chiaramente come novità nella continuità: siamo infatti chiamati ad essere **TESTIMONI, GUIDE MORALI, COSCIENZA CRITICA, INNOVATORIE ANTICIPATORI.**

Testimoni di come, nel solco di S. Giovanni di Dio, si assiste il malato e il bisognoso di oggi, che si presenta sotto forme nuove: è l'anziano, è il malato terminale, è il tossi-

codipendente; a loro la cultura emergente, che ha rimosso il concetto cristiano del dolore, della morte e dell'eternità, pone gravissimi problemi per i quali non esistono ricette mediche, o quanto meno non bastano.

Guide morali più che tecniche, essendo ormai la leadership tecnologica prerogativa dei laici. Il nostro «know-how» attinge al Vangelo: si tratta di trasmettere ai collaboratori la nostra «passione» per il malato e le nostre motivazioni di fede.

Coscienza critica: ogni qualvolta si minaccia la sacralità dell'uomo e si cerca di imporre l'etica fluttuante della prassi di moda, la nostra voce e la nostra azione devono emergere con coraggio, senza rispetti umani, senza ammiccamenti o compromessi. Lo impongono la responsabilità del nostro stato e la fedeltà alla nostra professione religiosa.

Anticipatori e innovatori: con la rapidità delle trasformazioni in atto, anche solo l'attestarsi sulle posizioni può significare retrocedere. San Giovanni di Dio (e tanti dopo di lui) nonostante l'indifferenza, il disprezzo e l'ostilità dei più hanno saputo individuare nuove strade: con il nostro Fondatore è nato l'ospedale moderno, dai suoi figli deve modellarsi originalmente l'ospitalità del duemila; per questo occorre pensare e progettare con coraggio, nella logica del Vangelo.

P. PIERLUIGI MARCHESI
Superiore Generale dei Fatebenefratelli

partecipazione dei religiosi nella Chiesa e nel mondo della salute

Da molto tempo si è definita col nome di SALUTE la salute fisica e mentale. Attualmente si è sempre più coscienti che questa parola ha un orizzonte molto vasto che va dal concepimento fino alla morte.

La salute interessa TUTTO l'uomo in TUTTE le sue dimensioni: familiare, sociale, morale, spirituale, fisica, mentale, collettiva...

Religiose nel mondo della sanità, OGGI, noi ci troviamo di fronte a quelli che, per l'appunto, sono colpiti, feriti nei propri corpi

nei loro spiriti o nei loro rapporti sociali.

Si è a confronto con la sofferenza che, come sottolineava lo stesso Santo Padre, resta «mistero inaccessibile» (Lettera Apostolica Salvifici Doloris — 11.2.1984).

Allora ci si pone un interrogativo: «È importante per il mondo, per la Chiesa che delle Religiose siano impegnate nel campo della sanità, in questa lotta contro il male, contro la sofferenza?...».

La Conferenza delle Superiori Maggiori di Francia, nel 1984, ha approvato unanimemente questa tesi: «Al centro del loro agire professionale, dove esse rinnovano per l'oggi i gesti di Cristo Salvatore, le religiose partecipano collettivamente alla missione della Chiesa nel campo della sanità».

È questa certezza che conduce, anima la nostra missione di diaconia necessaria alla Chiesa. Tre ruoli riassumono, sembra, la nostra testimonianza di Religione apostoliche inviate dalla nostra Comunità, dunque dalla Chiesa, nel campo della sanità:

La nostra FEDE nella vita, «vita che è una perpetua nascita» (Paolo VI) ha l'obiettivo di sviluppare questa vita, e noi ci impegniamo a far vivere per mezzo di gesti. Noi dobbiamo apportare a questa missione non solo la competenza della nostra tecnica, della nostra dedizione, ma soprattutto l'attenzione alla dignità delle persone.

Di fronte ai gravi problemi di etica che si pongono riguardo l'aborto, l'accanimento terapeutico, l'eutanasia..., la Religiosa nel campo della sanità non deve aver paura di essere il richiamo delle esigenze del Vangelo, ella deve, in un senso, essere segno profetico, cioè manifestare con i suoi gesti, le sue parole, talvolta con i suoi rifiuti di agire, che la vita presente ha un avvenire che inizia qui e adesso.

Non dobbiamo dimenticare che siamo responsabili di uno dei «volti della Chiesa»), e le decisioni che prendiamo o che aiutiamo a prendere hanno una portata simbolica, esse rivelano questo «volto della Chiesa»).

2. Di fronte al malato minacciato dall'anonimato, dalla solitudine, immerso in un mondo di tecnica e di scienza, dove non è più considerato per la sua persona, ma solo per la sua malattia, noi abbiamo anche un ruolo importante da svolgere per stabilire un RAPPORTO VERO, creare un contatto, accompagnare...

Abbiamo molto da inventare nel campo dei rapporti, di sostegno, di ascolto. Abbiamo da dire, di testimoniare la nostra accettazione della condizione umana nonché

quella mortale dell'uomo. dobbiamo interrogarci e interrogare chi ci è attorno sul *RISPETTO DELLA LIBERTÀ dell'UOMO*, nella sua duplice dimensione, nella convinzione che la vita viene prima, ma che in CRISTO, SIAMO CHIAMATI A UNA VITA NUOVA.

3. Infine, la nostra missione si situa in un'*EQUIPE*: noi operiamo con altri professionisti, con un personale, si tratta di rispettare le competenze mutue. Quest'*équipe*, ha una mira comune e ciò esige un'ampia solidarietà, una collaborazione leale e coraggiosa. Ai quesiti posti e riflettuti in *équipe*, non apportiamo una risposta quale ripetizione di una formula imparata a memoria, ma cerchiamo, alla luce del Vangelo, di comunicare con lo stesso zelo.

All'interno dell'*équipe* e al posto che ci è assegnato, dobbiamo, ciascuno di noi, impegnarci per difendere la vita umana.

Questi punti dibattuti suscitano dei comportamenti propri della Religiosa nel campo della sanità. Ci contenteremo semplicemente di ricordare quelli essenziali:

Il nostro messaggio missionario si trasmette innanzitutto con la qualità del nostro ESSERE. Noi siamo testimoni della Buona Novella, non solo per ciò che facciamo ma anzitutto per ciò che siamo.

Un'altra attitudine corrobora questa linea direttrice ed è quella della *GRATUITÀ dell'AMORE*, di cui dobbiamo essere i messaggeri. La consegna che Madre Guillemin dava nel 1968 è sempre attuale: «avete il compito di umanizzare la tecnica per farne il veicolo della tenerezza del Cristo».

La terza esigenza alla quale siamo radicalmente invitati è la *COERENZA*: coerenza tra Fede e ciò che facciamo, ciò che diciamo, ciò che viviamo. Non dobbiamo mai permettere che ci sia rottura tra ciò che viviamo e ciò che crediamo. Dobbiamo rendere conto della speranza che è in noi. (cf. I P. 3,15).

Questa speranza che abita in noi è Gesù Cristo. «Per mezzo di Lui, che ha preso su Se stesso la sofferenza degli uomini, questa riveste una dimensione nuova, essa è legata all'Amore»... (cf. Lettera Apostolica Salvifici Doloris). La dimensione della Redenzione, ricordata dal Santo Padre, ci incita a volgerci incessantemente verso il CRISTO, riconosciuto, accolto, contemplato, servito, nel malato che avviciniamo. (cf. Mt. 25,31-46).

Per la nostra vocazione di Religiose nel campo della Sanità, in nome di Gesù Cristo, in nome della Chiesa, seguendo il nostro ca-

risma particolare nella Chiesa, ci è chiesto di continuare in qualche modo la missione del Cristo «che è passato sulla terra facendo il bene» (cf. Ac. 10,38).

È alla Vergine Maria, così intimamente unita al mistero della Redenzione, che domandiamo di penetrare i nostri cuori e i nostri spiriti dello stesso Amore del Salvatore, affinché apprendiamo ad AMARE il nostro prossimo, COME DIO STESSO, cioè, a divenire «SACRAMENTO dell'AMORE del PADRE».

Suor ANNE DUZAN
Superiora Generale delle Figlie della Carità

amore e competenza

Diversi sono gli Istituti di religiosi e religiose suscitati dallo Spirito Santo e dotati di un particolare carisma per essere testimoni e punta avanzata di quel servizio amorevole ai malati che distinse l'attività di Gesù e costituisce un elemento essenziale della missione della Chiesa.

Sgorgati dal cuore del Vangelo e situati nel cuore della Chiesa, questi carismi dell'amore misericordioso sono destinati a durare per tutto il tempo che esisteranno malati, a patto che sappiano cambiare per essere gli stessi. Sono infatti sorti per essere a servizio dei



malati nella situazione concreta in cui essi si trovano, per rispondere ai loro bisogni reali, che sono diversi e cambiano secondo i tempi e i luoghi. È molto diverso ammalarsi in Europa, in America Latina o nell'Africa; come è molto diverso ammalarsi oggi rispetto ai tempi dei nostri fondatori e fondatrici.

Sono dinanzi agli occhi di tutti i cambiamenti radicali avvenuti e ancora in corso in questi ultimi anni, nel mondo della salute, sia nella società e nel modo di concepire il compito della Chiesa e dello stato.

La riduzione drastica del numero di religiosi e religiose impegnati nel mondo della salute ha fatto capire tante cose. Lo stato, che un po' frettolosamente ha creduto poter fare a meno della loro presenza, si è accorto ben presto che una cosa è creare strutture e sfornare tecnici (e questo è in grado di farlo), ed un'altra ben diversa è formare persone capaci di servire con amore, di guardare più al malato che alle lancette dell'orologio.

E anche noi abbiamo capito che è più importante la qualità che la quantità della nostra presenza; che è più importante il servire che il comandare, il testimoniare che il predicare; che ha più valore la persona del consacrato che il suo ruolo; che l'obbedienza non sostituisce la competenza.

Abbiamo capito che dobbiamo dare il massimo di amore e il massimo di professionalità, se vogliamo essere credibili. Perché se la competenza senza amore è come mani senza cuore, l'amore senza competenza è un cuore senza mani.

Di qui l'urgenza della preparazione spirituale, teologica, pastorale e professionale dei nostri religiosi e religiose che lavorano in questo campo così importante e sofisticato, dove si confrontano scienza e fede, tecnica e saggezza, morte e vita. L'amore ci spinge a conoscere la tecnica e la scienza per meglio servire. A chi irradia amore ed è competente, ogni porta si apre nel mondo della salute, soprattutto la porta del cuore.

E la Chiesa continuerà ad essere presente nel mondo della salute in modo qualificato e qualificante, senza bisogno di moltiplicare le proprie strutture, perché dovunque c'è un uomo che soffre lì il religioso e la religiosa — portatori di vita e di speranza — hanno assicurato il biglietto d'ingresso.

P. CALISTO VENDRAME
Superiore Generale Ministri degli Infermi
(Camilliani)

i religiosi pionieri nella pastorale della salute e difensori della vita umana



La missione salvifica di Cristo, mediatore tra Dio e gli uomini, deve essere fatta conoscere a tutti. (cfr. Ad Gentes).

È missione di tutta la Chiesa partecipare all'adempimento di questo mandato. La profezia di Isaia (61, 1-2) che segnala Cristo come Persona in cui essa si è compiuta (Lc 4,21) potrebbe riassumersi nella guarigione di tutti i mali umani. Più tardi, Gesù descrive la sua attività e i suoi effetti positivi: i ciechi vedono, gli zoppi camminano, i lebbrosi sono mondati e i sordi odono; la Buona Novella si proclama ai poveri (Lc. 7,22).

Questo è il Cristo la cui missione è condivisa da tutti con la propria vita e le parole, nella famiglia, nel gruppo sociale e nell'ambito della loro professione (Ad Gentes 21). I Religiosi sono chiamati, per il loro carisma specifico, a mettere in risalto i diversi aspetti della personalità di Cristo (cfr. Lumen Gentium): Cristo in contemplazione sulla montagna, curando gli infermi e mutilati o facendo del bene a tutti (L.G. 46). I Religiosi che operano nel campo sanitario sono chiamati a curare gli infermi senza esclusione alcuna, a lavorare con tutti gli uomini di buona volontà, fornendo loro adeguati mezzi e sforzandosi nel promuovere l'integrità dell'uomo e del suo ambiente affinché si fomenti nel mondo l'autentico sviluppo umano e si rispetti la dignità e i diritti di tutti.

Essi proclamano inoltre il carattere sacro della vita, il suo significato nonché quello della morte umana affinché «tutti abbiano la vita» e l'abbiano in abbondanza. In questo modo essi sono portatori di quella fiaccola che illumina il cammino dei compagni di pellegrinaggio in una Chiesa totalmente pellegrina.

Nei quattro Vangeli troviamo spesso le parole: «Sanò gli infermi e proclamò il Regno». L'esperienza dei missionari conferma la validità di questa sequenza naturale: curare gli infermi è testimoniare il Regno. È anche segno dell'amore e della compassione di Cristo per i poveri, gli emarginati e gli handicappati.

I Religiosi che si dedicano all'assistenza sanitaria lo fanno con una dedizione tale da aiutare il sofferente ad apprezzare il proprio valore e dignità umana, di raggiungere una piena comprensione del significato e valore della sofferenza, nonché dell'autentico senso della vita e della morte.

La storia ci insegna che la maggior parte delle strutture sanitarie nel mondo sono state create dalle chiese, specialmente nelle terre di missione in via di sviluppo, le quali, in molti casi, hanno ottenuto l'indipendenza solo in tempi recenti.

Dove le risorse del paese sono limitate, i servizi sociali sono scarsi.

Il missionario guarda al bene comune di tutti e si sforza di favorire incentivi affinché la gente soddisfi i propri bisogni.

Nel 1936 la S. Congregazione di Propaganda Fide raccomandò la formazione di nuove Congregazioni Femminili, costituite da Medici e da Infermiere altamente qualificate al servizio del settore Maternità e negli altri campi sanitari, soprattutto nelle terre di missione.

La Congregazione rilevò inoltre l'urgenza di un'equipe di base costituita da elementi competenti e personale disponibile offerti da un Ordine Religioso per poter far fronte ai bisogni sanitari ed assicurare quella continuità e stabilità a lungo termine esigita da una tale assistenza. Questa organizzazione dovrebbe includere una vasta gamma di servizi, dall'educazione sanitaria alla medicina preventiva, attraverso la terapia e la cura degli handicappati fisici e psichici e i pazienti geriatrici. Essa comprenderebbe inoltre la medicina prevista per le catastrofi, per le calamità quali la fame, le inondazioni, le difficoltà economiche ed altre dei nostri giorni.

I metodi da adottarsi nella pastorale sanitaria devono adeguarsi sempre alle variabili

necessità del momento; in passato, i religiosi hanno spesso constatato tali bisogni e da bravi pionieri hanno tracciato un cammino, seguito successivamente dallo Stato e da altri Enti.

Oggi, i religiosi sono chiamati innanzitutto a promuovere la salute ed un sano tenore di vita, incoraggiando, facilitando ed aiutando la gente affinché essa scopra nuovamente le sue immense risorse interiori e i valori spirituali profondamente umani che coinvolgono tutta la persona. La frattura dell'uomo è universale. La paura e il vuoto insidiano il nostro mondo.

Nel campo sanitario ha assunto grandissima importanza la pastorale dell'ascolto come pure quella di animare, accendere e conservare la speranza non solo del malato ma anche quella della famiglia e della comunità.

A mio avviso, i religiosi, oltre ad essere missionari medici, devono assumersi un'altra missione nei confronti della medicina attuale.

La medicina tecnologica d'avanguardia, l'investigazione scientifica e l'ingegneria genetica sono tentate di impiegare membri della specie umana come materiale di sperimentazione, indipendentemente dai diritti e dalla dignità dell'essere umano. Come professionisti della salute, è imprescindibile che continuiamo ad alzare la voce a difesa dell'umanità, così ben servita dall'etica cristiana.

Lo scopo ultimo dell'assistenza sanitaria è il bene del paziente. La medicina deve ritornare ad orientarsi prima verso le persone, poi verso i problemi. L'amore di Dio e la compassione di Cristo devono essere il punto focale su cui centrare l'azione del campo sanitario e dell'integrità della persona.

I Religiosi devono continuare ad appagare quei bisogni trascurati dagli altri, assumendosi l'onere di escogitare vie e mezzi corrispondenti coinvolgendo in tale risposta e missione la comunità locale e la società dei nostri giorni.

In questo modo, la Chiesa darà certamente una risposta ai segni dei tempi, ai bisogni dell'umanità e continuerà ad incarnare la persona di un Cristo amoroso e compassionevole nel nostro mondo.

SUOR CATHERINE DWYER

Superiora Generale delle Missionarie Medici di Maria

magistero della chiesa



*dai discorsi del Santo Padre
Intervento di mons. Angelini
al Sinodo dei Vescovi
riflessioni dell'episcopato
di vari paesi del mondo
sull'AIDS*

**Aumentano le malattie,
diminuiscono i mezzi
Timori per lo stato di salute
della società polacca**

Nella Basilica Mariana di Danzica, che è pure concattedrale della diocesi, il Papa si è incontrato, venerdì 12 giugno, con gli ammalati. A dieci di essi ha amministrato il sacramento dell'unzione degli infermi.

1. Ecco il Cristo chiamato al letto di un malato. « Signore, il mio servo giace in casa paralizzato e soffre terribilmente ». « Io verrò e lo curerò » (Mt 8, 6-7).

Questo è un caso — uno dei tanti, tutto il Vangelo è pieno di simili eventi. Cristo, chiamato dagli ammalati. Cristo, al servizio degli uomini sofferenti.

Le parole della Sacra Scrittura, lette in occasione dell'odierno incontro, sono rivolte a tutti e a ciascuno di noi quando ci troviamo faccia a faccia con la sofferenza di un altro uomo, nostro fratello o sorella.

Siamo costantemente chiamati. Tutti, in un certo senso veniamo chiamati, anche se ciascuno in modo diverso. La chiamata — l'invito, che il centurione del Vangelo ha rivolto a Cristo si ripete incessantemente. L'uomo soffre in diversi luoghi, a volte « soffre terribilmente ». E chiama un altro uomo. Ha bisogno del suo aiuto. Ha bisogno della sua presenza.

Quando dunque chiunque di noi, cari Fratelli e Sorelle, ovunque in questa terra polacca, viene chiamato dalla sofferenza umana, si ponga davanti agli occhi questo evento del Vangelo. È il Cristo che dice al centurione: « Io verrò e lo curerò ». A volte ci intimidisce il fatto di non poter « guarire », di non poter aiutare. Cerchiamo di superare questo imbarazzo. L'importante è andare. Stare accanto all'uomo che soffre. Egli forse più che della guarigione ha bisogno della presenza dell'uomo, del cuore umano dell'umana solidarietà.

2. L'evento evangelico si riferisce in modo particolare a voi tutti, che con la sofferenza umana avete unito la vostra professione, la vocazione della vostra vita. A voi, medici. A voi infermiere, lavoratori dei laboratori di analisi, degli ambulatori di

riabilitazione. A voi tutti, compresi nel nome di « operatori sanitari ».

Prima di tutto, voi cari Fratelli e Sorelle, dovrete avere davanti agli occhi il Cristo chiamato presso il servo paralizzato del centurione — il Cristo che dice: « io verrò... », « farò il possibile per la tua salute... ».

Mentre lo dico, ho davanti agli occhi coloro che sono qui presenti — medici, infermiere, tutti i rappresentanti degli operatori sanitari. Contemporaneamente però tutti i vostri colleghi in tutta la terra polacca. Ho davanti ai miei occhi le istituzioni che servono la salute umana: ospedali, cliniche, località climatiche, sanatori, case di cura.

Ho sempre nutrito e continuo a nutrire una profonda ammirazione per questa vocazione che sembra essere così tanto radicata nel Vangelo, e allo stesso tempo in tutta la tradizione umanitaria del genere umano, anche precristiano e non cristiano.

Cristo che dice: « verrò... curerò ». E ciascuno di voi dovrebbe dire e dice: « verrò, farò tutto ciò di cui sono capace, per la tua salute ».

3. « Farò il possibile » — cioè avrò la volontà, la disponibilità ed anche la gioia di portare aiuto a uno che soffre, di quel « fermarsi accanto alla sofferenza dell'uomo », di provare quella sensibilità e commozione per la sofferenza altrui e per il « dono samaritano di me stesso » di cui ha tanto bisogno un uomo malato.

Lo stato di salute della società polacca fa sorgere fondati timori. Continuano ad aumentare in questa società le malattie dell'apparato circolatorio e i tumori, molte persone e tra queste i giovani, continuano a manifestare la loro dipendenza dall'alcool, dalla droga e dalla nicotina. Neppure lo stato di salute dei bambini è soddisfacente. È un grande campo questo per l'azione profilattica e terapeutica degli operatori sanitari. È deprimente il fatto che nei reparti ospedalieri si continuano ad eseguire in modo massiccio interventi d'interruzione della gravidanza.

La medicina contemporanea si è molto sviluppata e specializzata. Di conseguenza, per poter « far tutto per la salute dell'uomo » bisogna creare condizioni adatte, come per es.: un numero sufficiente di ospedali e di ambulatori opportunamente attrezzati, di medicinali adatti e di altri mezzi l'insufficienza dei quali, purtroppo, in Polonia, si fa risentire. Questa insufficienza, la mancanza di posti letto negli ospedali, la lunga attesa negli ambulatori medici, l'attesa per l'intervento

chirurgico — tutto questo rende più difficile il già non facile lavoro dei medici e già carico di responsabilità. Allo stesso tempo, esso richiede da loro tanto maggiore sensibilità morale, un'altra etica professionale e la comprensione del loro ruolo di servizio verso il sofferente.

Bisogna ad ogni costo sostenere la bella tradizione polacca: l'opera del medico e dell'infermiere viene trattata non solo come una professione ma anche — e forse prima di tutto — come una vocazione. La cura per i minorati fisici e gli anziani, la cura per i malati di mente — questi settori sono, più di ogni altro settore della vita sociale, il metro della cultura della società e dello stato.

Immedesimandomi in questo non facile impegno quotidiano degli operatori sanitari penso « a tutti quegli uomini, che con la loro scienza e la loro capacità rendono multiformi servizi al prossimo sofferente » — e desidero, a nome della Chiesa, rivolgere loro espressioni di profonda riconoscenza e gratitudine.

4. « Il mio servo... soffre terribilmente ».

Cristo non è solo colui che « cura », creando un modello evangelico per tutti coloro che servono i malati. Cristo allo stesso tempo dice di sé: « ero malato ». E queste parole appartengono all'immagine del giudizio finale secondo il Vangelo di S. Matteo: « ero malato e mi avete visitato » (cfr. Mt 25, 36).

Nel Vangelo noi non vediamo Gesù come ammalato sul letto del dolore — ma lo troviamo all'apice della sofferenza: martoriato, sottoposto alle terribili torture del corpo e dell'anima. Lo vediamo prima durante l'agonia della crocifissione. Davvero, Egli è l'Uomo dei Dolori. Davvero, attraversò lo zenit stesso della sofferenza umana: fisica e morale — deriso e disprezzato dagli uomini. Davvero « verme, non uomo, infamia degli uomini, rifiuto del mio popolo » (cfr. Sal 21-22, 17). Il figlio di Dio che « umiliò se stesso facendosi obbediente fino alla morte » (cfr. Fil 2, 8).

E dunque Egli potrà dire nel giorno del giudizio: « ero malato », « ho avuto fino in fondo il calice della sofferenza... ».

Egli può dire così.

E quando, sorpresi dalle sue parole, gli uomini chiederanno: « ...quando ti abbiamo fatto questo? Quando ti abbiamo visto malato... e siamo venuti a visitarti? Risponderà: ogni volta che avete fatto queste cose a uno solo di questi miei fratelli più piccoli, l'avete fatto a me » (cfr. Mt 25, 39-40).



5. *Cari Fratelli e Sorelle, qui riuniti, e voi tutti malati e sofferenti in terra polacca! È straordinario ciò che dice Cristo. È straordinario quel suo identificarsi con ognuno e ognuna di voi. Questo è insieme una « carta d'identità » evangelica per ciascuna. E S. Paolo, il quale in un certo senso porta fino in fondo il pensiero contenuto nelle parole del Redentore sopracitate, scriverà: « completo nella mia carne quello che manca ai patimenti di Cristo / a favore del suo corpo che è la Chiesa » (Col 1, 24).*

A questo problema così fondamentale per il singolo uomo e per tutta la Chiesa ho dedicato molto spazio nella stesura della « Salvifici doloris ».

« La Chiesa, che nasce dal mistero della redenzione nella Croce di Cristo, è tenuta a cercare l'incontro con l'uomo in modo particolare sulla via della sua sofferenza » (SD 3) — così dunque sulla via del servizio sacerdotale, la Chiesa cerca in vario modo l'incontro con l'uomo che soffre nelle istituzioni sanitarie e nelle case dei malati. Nella Chiesa il malato, colui che soffre, « è chiamato a partecipare a quella sofferenza, mediante la quale si è compiuta la redenzione... In quanto l'uomo diventa partecipe della sofferenza di Cristo — in qualsiasi luogo del mondo e tempo della storia —, in tanto egli completa a suo modo quella sofferenza, mediante la quale Cristo ha operato la redenzione del mondo » (SD 19, 24). Perciò il sofferente « trova quasi una nuova misura di tutta la propria vita e della propria vocazione ». Su questa via di servizio il sacerdote s'incontra con il medico per servire insieme l'ammalato il cui campo delle sofferenze, è diversificato e pluridimensionale, così come è pluridimensionale l'esistenza dell'uomo. Questo comune servizio medico-pastorale ha un'importanza particolare per il malato che si avvicina al termine dell'esistenza terrena.

Penso con riconoscimento all'« hospicium » che ha iniziato il suo servizio a Danzica e si irradia sulle altre città. Esso è nato dalla comune sollecitudine della pastorale dei malati e dei medici presenti accanto al letto del malato, per il dovuto posto e le condizioni in cui versano i malati al termine della loro vita. Questa sollecitudine si esprime nel chinarsi insieme e vegliare accanto ad un malato nella sua casa, in un cordiale e gratuito « dono di sé ». Però un dono ancora maggiore è la saggezza e la maturità che si ricevono da un malato grave: « Allorché questo corpo è profondamente malato, totalmente inabile e l'uomo è quasi incapace di vivere

e agire, tanto più si mettono in evidenza l'interiore maturità e grandezza spirituale, costituendo una commovente lezione per gli uomini sani e normali » (SD 26).

6. La sofferenza umana è sempre un mistero. Ed è molto difficile all'uomo da solo farsi largo attraverso le sue oscurità. Sull'orizzonte della nostra fede rimane questo unico punto di riferimento: la Croce — lo zenit della sofferenza umana e della sofferenza di uno che è il più innocente, dell'Agnello senza macchia.

7. Celebrando l'Eucaristia, al momento della Santa comunione diciamo: « Ecco l'Agnello di Dio, che toglie i peccati del mondo... ».

E poi la risposta: « O Signore non sono degno di partecipare alla tua mensa ».

Ecco le parole uscite dalla bocca del centurione. Appartengono all'insieme dell'invito rivolto al Salvatore a favore del servo che, « paralizzato..., soffre terribilmente ». « Signore, io non sono degno che tu entri sotto il mio tetto, di' soltanto una parola e il mio servo sarà guarito » (Mt 8, 6).

I giorni del Congresso Eucaristico in Polonia — sono il tempo, in cui ognuno di noi dovrebbe rinnovare in sé la profonda consapevolezza di queste parole, pronunciate per la prima volta dal centurione romano.

Cari Fratelli e Sorelle! Ammalati e sofferenti. Tutti voi siete iscritti molto profondamente in questo toccante mistero della fede: la Croce — l'Eucaristia — il cenacolo — le parole del centurione.

Ricordatevi che Cristo « ci amò sino alla fine » (Cfr. Gv 13, 1) per mezzo della Croce, e questo amore permane nell'Eucaristia.

Ricordate! Sia questa la vostra forza nella debolezza. Anche voi siete chiamati ad amare « sino alla fine ».

E voi, Cari Fratelli e Sorelle, medici, infermieri, operatori sanitari — anche voi siete chiamati ad amare « sino alla fine ».

Meditate che cosa vuol dire questo!

Che cosa vuol dire questo?!

(DANZICA, venerdì 12.VI.1987, nella Basilica Mariana, agli ammalati)

**Non la scienza
ma la carità trasforma
il mondo**

... L'uomo che da oggi invocheremo come Santo della Chiesa universale, si presenta a noi come un'attuazione concreta dell'ideale del cristiano laico.

Giuseppe Moscati, medico Primario ospedaliero, insigne ricercatore, docente universitario di fisiologia umana e di chimica fisiologica, visse i suoi molteplici compiti con tutto l'impegno e la serietà che l'esercizio di queste delicate professioni laicali richiede.

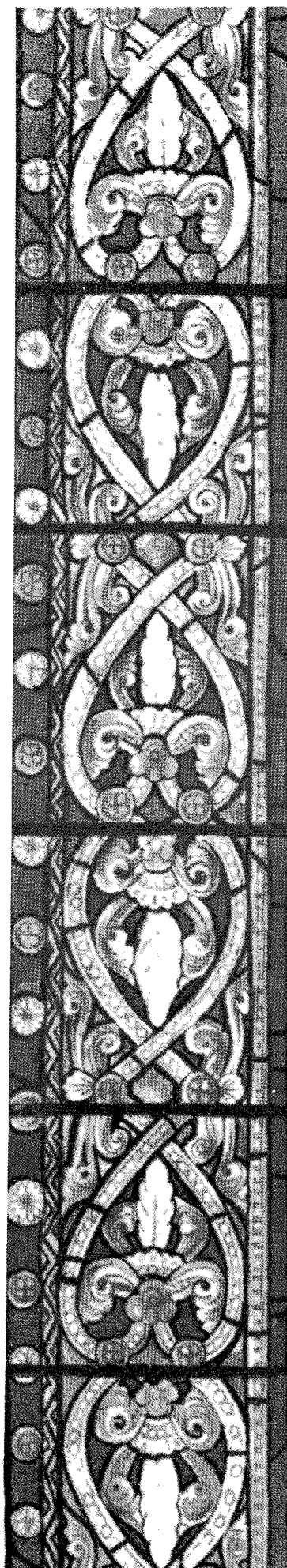
Da questo punto di vista il Moscati costituisce un esempio non soltanto da ammirare, ma da imitare, soprattutto da parte degli Operatori sanitari: medici, infermieri e infermiere, volontari, e quanti, direttamente o indirettamente, sono impegnati nell'assistenza agli infermi e nel vastissimo mondo della sanità e della salute. Egli si pone come esempio anche per chi non condivide la sua fede.

5. Tuttavia fu proprio questa fede a conferire al suo impegno dimensioni e qualità nuove, quelle tipiche del laico autenticamente cristiano. Grazie ad esse gli aspetti professionali, nella sua vita, si integravano armoniosamente fra loro, si sostenevano l'un l'altro, per essere vissuti come una risposta ad una vocazione, e quindi come una collaborazione al piano creatore e redentivo di Dio.

Per indole e vocazione il Moscati fu innanzitutto e soprattutto il medico che cura: il rispondere alle necessità degli uomini ed alle loro sofferenze, fu per lui un bisogno imperioso ed imprescindibile. Il dolore di chi è malato giungeva a lui come il grido di un fratello a cui un altro fratello, il medico, doveva accorrere con l'ardore dell'amore. Il movente della sua attività come medico non fu dunque il solo dovere professionale, ma la consapevolezza di essere stato posto da Dio nel mondo per operare secondo i suoi piani, per apportare quindi, con amore, il sollievo che la scienza medica offre nel lenire il dolore e ridare la salute.

6. Memore delle parole del Signore: «Ero malato e mi avete visitato» (Mt 25,36), il Moscati vedeva Cristo stesso nel malato, che, nella sua debolezza, nella sua miseria, nella sua fragilità ed insicurezza, a lui si rivolgeva invocando aiuto; vedeva chi gli stava innanzi come una persona, un essere in cui c'era un corpo bisognoso di cura, ma anche un essere in cui albergava uno spirito pur esso bisognoso di aiuto e di conforto.

«Ricordatevi — egli scriveva ad un giovane dottore, suo alunno — che non solo del corpo vi dovete occupare, ma delle anime con il consiglio, e scendendo allo spirito, anzi-



ché con le fredde prescrizioni da inviare al farmacista».

Infatti — sono ancora parole sue — «il medico si trova tanto spesso al cospetto di anime che stanno lì lì per capitolare e far ritorno ai principi ereditari degli avi, stanno lì ansiose di trovare un conforto, assillate dal dolore. Beato quel medico che sa comprendere il mistero di questi cuori e infiammarli di nuovo. Beati noi medici, tanto spesso incapaci ad allontanare una malattia, beati noi se ci ricordiamo che oltre i corpi abbiamo di fronte delle anime immortali, per le quali urge il precetto evangelico di amarle come noi stessi».

Per questo, il calore umano con cui il Moscati visitava premurosamente i malati, specie i più poveri ed abbandonati, avvicinandoli in ospedale e nelle loro stesse abitazioni, era tale che la gente lo cercava; il suo tratto era ricco di quella bontà rispettosa e delicata, che Gesù Cristo diffondeva intorno a sé quando andava per le strade della Palestina facendo del bene e sanando tutti (cf. At. 10,38). Fu quindi anticipatore e protagonista di quella umanizzazione della medicina, avvertita oggi come condizione necessaria per una rinnovata attenzione ed assistenza a chi soffre.

7. Nel costante rapporto con Dio, il Moscati trovava la luce per meglio comprendere e diagnosticare le malattie e il calore per poter essere vicino a coloro che, soffrendo, attendevano dal medico chi li servisse con partecipazione sincera.

Da questo profondo e costante riferimento a Dio, egli traeva la forza che lo sosteneva e che gli permetteva di vivere con integra onestà e assoluta rettitudine nel proprio delicato e complesso ambiente, senza addivenire ad alcuna forma di compromesso. Egli era il Maestro, il Primario di Ospedale che non ambiva a posizioni: se queste gli venivano attribuite, era perché i suoi meriti non potevano essere negati, e quando le occupò, seppe esercitarle con assoluta dirittura e per il bene degli altri.

Uomo integro e cristiano coerente, non esitava a denunciare gli abusi, adoperandosi per demolire prassi e sistemi che andavano a danno della vera professionalità e della scienza, a danno degli infermi, come pure degli studenti ai quali sentiva di dover trasmettere il meglio delle proprie cognizioni. Gli studenti sono i medici del domani. Conscio di ciò, il Moscati pensava alla qualità dei futuri medici, prendendo anche pubblicamente posizione affinché non venisse in alcun modo mortificata la loro preparazione e formazione. Preparazione e formazione che seppe incarnare con l'esempio. Anche la morte lo colse mentre stava visitando una inferma.

Veramente, ogni aspetto della vita di questo laico medico ci appare animato da quel-

la nota che è la più tipica del cristianesimo: l'amore, che Cristo ha lasciato ai suoi seguaci come il suo «comandamento». Di questa sua personale esperienza del valore centrale del Cristianesimo egli ha lasciato numerose tracce nei suoi scritti. Sono parole che a noi, oggi, suonano quasi come un testamento: «Non la scienza, ma la carità ha trasformato il mondo, egli osservava; solo pochissimi uomini sono passati alla storia per la scienza; ma tuttipotranno rimanere imperituri, simbolo dell'eternità della vita, in cui la morte non è che una tappa, una metamorfosi per un più alto ascenso, se si dedicheranno al bene».

8. Come non avvertire in queste parole quasi un'eco della pagina evangelica, che abbiamo oggi ascoltato? «Mi avete dato da mangiare... mi avete dato da bere... mi avete ospitato... mi avete vestito... mi avete visitato... ».

Quando? Come?

Auguro a tutti, amati Fratelli e Sorelle — qui convenuti in Piazza San Pietro o sparsi nelle varie parti del mondo — auguro a tutti che al termine della vostra vita possiate ripetere queste domande... e ricevere la stessa risposta di Cristo!

Allora... «la tua luce sorgerà come l'aurora (dice il Profeta)... e la gloria del Signore ti seguirà...» (Is 58,8).

La carità «non avrà mai fine...»

«la più grande è la carità» (I Cor 13, 8.14).

Amen!

(Dalla omelia per la canonizzazione di Giuseppe Moscati il 25 ottobre 1987)



Intervento alla VII assemblea generale del sinodo dei Vescovi

1. La fede che accomuna tutti gli uomini, sempre e dovunque, è la fede della vita. Cristo, nel suo ministero sulla terra cercò l'incontro con tutto l'uomo e con tutti gli uomini per rispondere alla loro domanda di vita e di salute fisica e spirituale. La Chiesa, sull'esempio di Cristo «nel corso dei secoli, ha fortemente avvertito il servizio ai malati e ai sofferenti come parte integrante della sua missione»¹.

2. Questo aspetto della rivelazione cristiana — che è aspetto di sempre — si è fatto oggi particolarmente emergente. Giovanni Paolo II afferma: «la Chiesa che nasce dal mistero della redenzione nella croce di Cristo, è tenuta a cercare l'incontro con l'uomo in modo particolare sulla vita della sofferenza. In tale incontro l'uomo diventa "la via della Chiesa", ed è, questa, una delle vie più importanti»².

3. La pastorale sanitaria, in virtù del carisma della sofferenza che la sostanzia si conferma assai spesso l'unico momento o mezzo di aggregazione e di penetrazione tra tanti nostri fratelli che ancora non hanno accolto l'annuncio evangelico o che, pur avendolo ricevuto, ritrovano la via della grazia: è questa la forza del «Vangelo della sofferenza» ~ Mutuando un'immagine biblica la sofferenza è il più vero e obbligato richiamo che può spingere gli uomini — quale ne sia la fe-

de, la cultura e la condizione — nella rete della salvezza gettata da Cristo.

4. La storia della evangelizzazione del mondo dimostra come la pastorale sanitaria non possa in alcun modo considerarsi un aspetto marginale del mandato generale della Chiesa; ne è un aspetto essenziale e, quasi sempre — ne sono autorevoli testimoni i missionari — essa è l'inizio, umile ma efficace, della propagazione del Regno di Dio.

5. Il ministero o diaconia dell'assistenza sanitaria vede impegnata tutta la Chiesa. Il sacerdote comune dei fedeli trova una nobile ed alta espressione nel servizio a coloro che soffrono nel corpo e nello spirito. Tuttavia, il laico operatore sanitario, nel partecipare del sacerdozio comune di tutti i battezzati, ha perciò spesso molti punti di contatto e di rassomiglianza con l'operato di chi è insignito del sacerdozio ministeriale, pur nella sostanziale diversità di essenza e di grado. Il dato storico, come ha rilevato Giovanni Paolo II, ne offre una singolare conferma. In nessun altro campo pastorale, infatti, come in quello della sanità e della salute, i tre stati — presbiterale, religioso e laicale — sono così costantemente a fianco come nell'apostolato del servizio a chi soffre⁴. Affinità rafforzata dal continuo sorgere nella Chiesa di istituzioni di laici consacrati per il servizio agli infermi.

6. Sensibile come mai era accaduto in precedenza nella storia della Chiesa a questa prioritaria istanza pastorale, Giovanni Paolo II, segnando un ulteriore cammino in avanti del processo di adeguamento e rinnovamento del Concilio Vaticano II, dopo aver promulgato il primo ed

ampio documento pontificio sul significato cristiano della sofferenza umana — la lettera Apostolica «Salvifici dolori» (11 febbraio 1984) — ha voluto istituire la Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari (Motu proprio «Dolentium hominum» 11 febbraio 1985). Questa provvidenziale istituzione, salutata con unanime e motivato entusiasmo dal vastissimo mondo sanitario e non solo cattolico, si è tradotta esclusivamente in strumento di servizio a tutta la Chiesa, dai pastori ai laici, con la piena apertura a quanti, mossi da istanza di giustizia, sono per vocazione e missione operatori sanitari: medici, ricercatori, biologi, infermieri e infermiere, farmacisti, tecnici e amministratori di strutture sanitarie cattoliche, studiosi dei problemi socio-sanitari propri di particolari settori di assistenza: malati acuti e lungodegenti, malati terminali, affetti di AIDS, vittime degli effetti della tossicodipendenza e delle molteplici forme di violenza indotte anche da alcune irrazionali espressioni dello stesso progresso della scienza e della tecnica.

7. Il contatto diretto con le Conferenze Episcopali, la visita dei responsabili del nuovo Dicastero a strutture sanitarie in varie parti del mondo, la pubblicazione del primo Catalogo delle Istituzioni Sanitarie Cattoliche, di una Rivista, in cinque edizioni linguistiche, di formazione e informazione, ed altre iniziative, vogliono essere — in rigoroso adempimento delle finalità assegnate alla Pontificia Commissione⁵ — altrettante espressioni di servizio ecclesiale aperto a tutti.

8. La pastorale sanitaria è oggi, purtroppo obbligata a muoversi nel contesto di una

crescente pratica di attentati alla vita: aborto, eutanasia, incontrollata sperimentazione genetica, fame, malattie endemiche, degrado ecologico, ecc.; per cui gli operatori sanitari si trovano ad agire in zona di frontiera per la varietà e complessità di sempre nuovi problemi di bioetica⁶.

I pastori e i presbiteri sono chiamati a sostenere instancabilmente gli operatori sanitari, dallo scienziato al medico pratico ed i loro collaboratori, insegnando la dottrina della Chiesa e curando la loro formazione morale e spirituale. Anche questa è autentica evangelizzazione.

Giovanni Paolo II attuando una precisa indicazione del Concilio Vaticano II⁷, ne ha dato e ne dà l'esempio con il suo magistero e ministero. Non è giusto esigere coerenza cristiana dagli operatori sanitari, se nei loro confronti non siamo, e sempre, guide e maestri. È nostro dovere avere fiducia nei laici, essendo legione quelli che vivono pienamente la sacralità della loro vocazione e missione. Giuseppe Moscati, nell'Albo di Santi, ne è testimonianza viva: sono molti tuttavia, gli operatori sanitari che ne seguono fedelmente l'esempio.

9. Nella pastorale sanitaria la Chiesa, attraverso l'azione convergente dei Pastori e dei laici, si fa promotrice di un servizio all'uomo, che spesso per assenza di spiritualità, neppure i maggiori organismi internazionali, di sanità pubblica sono in grado di assicurare.

I luoghi di sofferenza e di cura sono il tempio più frequentato dell'umanità, nel quale Cristo assume il volto dei fratelli che soffrono e la cui domanda di assistenza è, consapevolmente e inconsapevolmente, domanda di verità, di giustizia e di grazia:



domanda di vita⁸.

Concludendo mi permetto di chiedere che nel documento finale dei lavori di questo Sinodo sia data giusta evidenza anche alla Pastorale Sanitaria, alla presenza, cioè, operativa della Chiesa, oggi in modo particolare, nel mondo della sanità e della salute. Di questa presenza i laici sono struttura portante.

Ad alcuni Padri che si sono meravigliati perché al Sinodo non sia presente nessun uditor medico, ho fatto notare che invece sono presenti con altra responsabilità medici ed infermieri, questi laici consacrati nell'Ordine Ospedaliero di S. Giovanni di Dio, sono quelli del servizio sanitario che nessuno desidera incontrare, pur desideran-



do vivamente di non trovare mai chiusa la loro porta.

A nome di tutti li ringrazio fraternamente, sono laici a servizio direttamente nella Chiesa, per la Chiesa.

✠ FIORENZO ANGELINI

¹ Motu proprio *Dolentium hominum*, 1.

² Lettera apostolica *Salvifici doloris*, 3.

³ *Ibidem*, 25-27.

⁴ Giovanni Paolo II, all'Angelus domenicale del 9 marzo 1987.

⁵ Motu proprio *Dolentium hominum*, 6.

⁶ *La vocazione e la missione del laico*. Dichiarazione finale della IV Assemblea Plenaria della Federazione della Conferenza dei Vescovi asiatici, 25 settembre 1986.

⁷ Messaggio agli Uomini di Scienza (8 dicembre 1965) in, «Sacrosancti Concilii Oecumenici Vaticani II. Acta», Romae, Typis Polyglottis Vaticanis, 1966, pag. 1089.

⁸ Giovanni Paolo II, *Ai malati e agli operatori sanitari*, Danzica, Basilica Mariana, 12 giugno 1987.

L'AIDS: alcune riflessioni cristiane

Spesso le Conferenze Episcopali si preoccupano dell'argomento della salute nei suoi diversi aspetti: diritti del malato, umanità della medicina, temi di bioetica, formazione dei professionisti...

Ultimamente, il tema dell'AIDS è stato oggetto di dichiarazioni e suggerimenti pastorali, sia da parte delle Conferenze Episcopali, che dai propri vescovi. Diamo il testo completo della Nota dell'episcopato spagnolo e brevi flash di interventi episcopati che hanno preso in considerazione il tema.

SPAGNA

una nota pastorale dell'Episcopato Spagnolo

Da un po' di tempo a questa parte sta crescendo in tutto il mondo la preoccupazione davanti alla minaccia dell'AIDS. Così anche in Spagna. Secondo gli esperti la immunodeficienza acquisita, che si sta diffondendo rapidamente, ha un indice di mortalità che fino ad ora è stato praticamente del 100%.

Le caratteristiche di questa malattia, le sue modalità peculiari di propagazione, le reazioni sociali che provoca, superano di molto gli aspetti puramente scientifici e medici, toccando questioni morali intorno alle quali ci sentiamo obbligati a dire una parola di orientamento ed esortazione. Con ciò vogliamo aiutare anche coloro che accolgono con benevolenza le nostre riflessioni.

1. Il dolore, occasione di purificazione e solidarietà —

Nei nostri tempi, tanto la scienza che il potere dell'uomo sono progrediti così tanto, che a volte abbiamo l'illusione di poter dominare interamente la natura, evitando tutte le sofferenze e realizzando quanto ci proponiamo.

Ma all'improvviso un'epidemia come questa dell'AIDS ci pone bruscamente davanti alla realtà dei nostri limiti.

Non conosciamo bene la sua origine, neanche sappiamo bene come difenderci da essa. Le sue visibili conseguenze ci rendono molto timorosi.

È possibile che qualcuno, davanti a tale situazione, si senta indotto a ribellarsi contro Dio. La paura e la sofferenza possono trasformarsi in ostacoli nel fidare in Lui. Alcuni rendono più pesante questa difficoltà quando in maniera eccessivamente semplicistica presentano queste sofferenze come un castigo di Dio a causa dei peccati del mondo.

Per spiegare l'esistenza di queste e di altre calamità che ci affliggono, basta considerare la nostra condizione umana ammirevole per la sua grandezza e allo stesso tempo vulnerabile per la sua fragilità fisica e morale.

Però allo stesso tempo sappiamo che Dio ci ha resi capaci di dominare il mondo affinché collaborassimo con Lui nel perfezionamento della nostra vita e della creazione intera.

Dio vuole che, con il suo aiuto, cresciamo in sapienza e in potere per difenderci da tutte le difficoltà che incontriamo lungo il cammino della vita.

In tale circostanza concreta siamo persuasi che Dio vuole che i ricercatori scoprano le cause dell'AIDS, che appaiano rimedi efficaci contro l'infermità, che i Governi e le Chiese, le Istituzioni e le persone si mobilitino contro questa minaccia per la vita e la felicità di molti. Questa convinzione porta gli uomini di fede a lottare contro le infermità e a mitigare i loro mali, ciascuno secondo le sue proprie possibilità.



Così, per coloro che credono in Dio e confidano in Lui, la comparsa dell'AIDS invece di essere uno scandalo o una ragione per la disperazione, è ancor di più uno stimolo al lavoro, alla solidarietà, alla purificazione interiore e alla propria salvezza.

2. Avvicinarsi al malato e alleviare la malattia —

La paura del contagio e le caratteristiche di alcuni gruppi a rischio stanno provocando atteggiamenti di rifiuto nei confronti dei malati di AIDS. È pertanto conveniente conoscere con chiarezza cosa può causare il contagio affinché non si scatenino reazioni di panico e i malati non si sentano trattati in maniera indiscriminata e ingiusta.

È giusto che si prendano determinate cautele per evitare rischi, non necessari, di contrarre la malattia. E inoltre, a partire da un punto di vista morale, uno degli obblighi più seri è quello di prendere le misure adeguate per evitare la propagazione del virus. Però nel prendere queste misure bisogna tener conto della dignità umana e delle necessità degli infermi, in modo che, nel tentativo di isolare la malattia, non si vengano a creare situazioni umilianti né rifiuti sconsiderati.

Dal punto di vista cristiano tutti i malati, e questi non meno degli altri, sono degni di attenzione e di un trattamento pieno di amore e di misericordia. Gesù Cristo, il Buon Samaritano dell'umanità, li avrebbe accolti e curati con lo stesso affetto con cui trattò e curò i lebbrosi che gli andavano incontro. (Cfr. Mt. 8, 1-4)

In Suo Nome esortiamo le istituzioni religiose votate alla cura dei malati affinché estendano il loro amore cristiano questi fratelli provati dalla disgrazia. Sappiamo che vi sono alcune iniziative che già si sono avviate. Mancano luoghi adeguati per accoglierli e curarli. Urge che nella Chiesa, così ricca nella sua tradizione assistenziale, sorgano subito realizzazioni al servizio di questa grave necessità.

Quanti sforzi si faranno in questo campo, potranno contare sul nostro più deciso ap-

poggio. In nome di Cristo chiediamo anche ai cattolici, specialmente a coloro che lavorano nel campo della medicina e dell'attività ospedaliera, che assistano questi malati con il meglio della loro competenza professionale, della loro compassione umana e cristiana.

3. Lotta integrale contro la malattia —

La nostra fede ci porta a pensare che rientra nei piani di Dio che gli uomini, con la loro intelligenza e il loro sforzo, spinti da sentimenti di umana solidarietà e assistiti con la sua grazia, vincano questo male come hanno vinto tanti altri mali nel corso della storia. Manifestiamo il nostro ringraziamento a quanti nel campo della scienza e della ricerca lavorano in questa impresa ammirabile. Difendendo la vita dell'uomo, glorificano la sapienza e la misericordia di Dio creatore.

Però mentre non sorgono rimedi efficaci contro la malattia, gli sforzi devono concentrarsi nella prevenzione di essa. C'è una antica prevenzione che si basa sull'informazione e sulla previa conoscenza. La popolazione deve essere ben informata. È importante conoscere il numero dei casi rilevati nel nostro paese, i sintomi più facilmente rilevabili, le più comuni e pericolose forme di contagio, le precauzioni che in ciascun caso si devono prendere. Tale informazione deve essere fatta dalle autorità con prudenza e responsabilità, per eliminare sia la falsa tranquillità che la paura infondata.



I malati stessi devono fare ciò che è loro possibile per non propagare l'infermità. Dal momento in cui sono coscienti di averla contratta, o della loro predisposizione per trasmetterla, i malati di AIDS o semplicemente i portatori del virus, devono renderlo noto, sempre che esista possibilità di contagio.

Fino ad ora le raccomandazioni delle autorità sanitarie hanno insistito specialmente su certe misure preventive: l'uso dei preservativi nei rapporti sessuali e l'utilizzazione di siringhe nuove quando si tratta del consumo di droga per via endovenosa. Questo modo di procedere merita da parte nostra alcune osservazioni.

Limitare a queste misure, o insistere esageratamente con esse, può dare la falsa impressione che con esse vengono eliminati i rischi di contagio e non è necessario correggere i comportamenti con i quali, da una parte, si favoriscono indirettamente le condizioni di propagazione del male, e dall'altra, volontariamente o involontariamente, si possono inculcare nella popolazione e singolarmente nei giovani, alcune forme di condotta gravemente CONDIZIONANTE dal punto di vista sociale e morale.

In realtà, in questo modo si sta EQUIVOCANDO la necessità di correggere la promiscuità sessuale e la permissività rispetto alla droga che, in questo caso, oltre ad essere attentati contro la dignità dell'uomo e peccati contro la legge di Dio, risultano veri strumenti di distruzione.

Come ignorare questi aspetti morali che toccano tali questioni? Secondo la Dottrina della Chiesa fondata sul-

la rivelazione e annunciata continuamente dal suo magistero, la sessualità umana si attua solamente d'accordo con la dignità personale e la legge di Dio nel matrimonio. Questa è la dottrina cattolica che i figli della Chiesa condividono e cercano di vivere.

Sarebbe giusto riconoscere che il comportamento sessuale derivante da questa dottrina rappresenta la soluzione più adatta, nonostante non sia sufficiente, purtroppo, contro la diffusione della malattia. La rettitudine morale forma una parte del bene comune della società. I fatti che stiamo commentando lo dimostrano chiaramente. I Governi, gli amministratori dei beni sociali, devono tenere in considerazione gli aspetti morali del comportamento al fine di permettere e di favorire certe condotte.

4. Una parola sui malati e sui familiari —

Non vogliamo terminare queste riflessioni senza dire una parola di conforto a coloro che in questo momento stanno sopportando il peso di questa malattia, a coloro che si sentono feriti a morte o si vedono alcune volte rifiutati dai loro propri amici e familiari.

Credete che Dio vi ama, che dona sempre il suo perdono a chi lo cerca, che ci accoglie con benevolenza e misericordia infinita. La immagine e il ricordo di Gesù Cristo, morto sulla Croce e resuscitato, vi aiuterà ad affrontare con coraggio la vostra prova e a guardare al futuro con speranza.

Ai familiari di questi malati rivolgiamo una parola



fraterna e di conforto. Aiutateli con il vostro amore e sollecitudine a vivere con serenità la prova che sono costretti a sostenere. Fate loro conoscere le consolazioni spirituali della preghiera e dei sacramenti oltre che il sollievo e l'aiuto dato dalla medicina. Ricordate che sempre, anche nei momenti più difficili, Dio è al nostro fianco col suo amore e pone nella nostra vita germi di consolazione. Condividere con i vostri familiari infermi la sofferenza, vi renderà, senza alcun dubbio, più umani e misericordiosi, più forti di fronte alle difficoltà di questa vita.

5. Conclusione —

Mentre offriamo a tutti le nostre riflessioni e ai colpiti la solidarietà di tutta la comunità cristiana, terminiamo esprimendo il nostro desiderio che i servizi sanitari spagnoli siano più dotati per l'accoglienza e il trattamento dei malati di AIDS. Che i cittadini e i nostri fratelli trovino l'aiuto fisico e spirituale di cui hanno bisogno per andare avanti e se fosse possibile per recuperare la salute.

Laddove sopraggiunge il dolore abbondino per opera di ciascuno la consolazione e la fraternità. Così, ancora una volta si realizzerà la parola di Gesù: «Ciò che farete a uno dei miei fratelli l'avrete fatto a me» (Mt. 25,40).

Madrid, 12 giugno 1987

USA

I vescovi cattolici degli Stati Uniti hanno istituito una Commissione al fine di studiare il tema dell'AIDS, in particolare, riguardo agli aspetti educativi e morali.

FRANCIA

«AIDS: dalla paura alla solidarietà») è il titolo di un breve documento elaborato dalla Commissione Sociale dell'Episcopato francese.

GERMANIA

Nella Germania Occidentale la Chiesa Cattolica insieme a quella evangelica hanno affermato tra le altre cose, che si oppongono a qualsiasi tipo di discriminazione nei confronti del malato di AIDS.

BELGIO

La Conferenza Episcopale reputa insufficiente l'informazione sulla prevenzione dell'AIDS che ignora tutta la preoccupazione etica.

OLANDA

«Un cambiamento della condotta sessuale poteva rappresentare un contributo più incisivo per contenere il contagio dell'AIDS», ha dichiarato la Conferenza Episcopale Olandese.

BRASILE

La Chiesa brasiliana affronta varie iniziative umane e pastorali per combattere l'AIDS: tra queste la realizzazione di ospedali specializzati.

IRLANDA

Il Consiglio Permanente della Conferenza Episcopale si è pronunciato nei confronti dell'AIDS e fa un richiamo alla fedeltà nel matrimonio e all'astinenza dalle relazioni al di fuori di esso. Dicono inoltre: ((Rendiamo omaggio ai cappellani, medici, infermieri, guardie carcerarie e alle persone che servono coloro che soffrono di AIDS e ai loro familiari)) ed insistono in uno sforzo comune per rispondere alle necessità sociali e religiose sorte con l'AIDS.

GINEVRA

Consiglio Ecumenico delle Chiese

Il Comitato centrale si è riunito a Ginevra nel mese di gennaio 1987 e ha emesso il testo: «l'AIDS e la Chiesa, comunità di cura», elaborato nel giugno 1986. Il testo dà un'informazione a livello medico e inoltre ribadisce l'appoggio e la solidarietà della Chiesa, invitando a prendere misure concrete nel campo pastorale, nella educazione preventiva e nel ministero sociale.

argomenti



*l'accanimento terapeutico
e l'eutanasia*

il «non-nato»

*tecnologia: interrogativi
della salute e dell'educazione
sanitaria*

*sperimentazione e
comitati etici*



accanimento utic e ai

Non posso considerare i termini del titolo dato al mio intervento come due temi da trattare in esso: accanimento ed eutanasia. Come ho detto in altra occasione ¹, nessuno difende l'accanimento terapeutico. Nessun medico vuole tormentare il proprio paziente. Mi sento anche in obbligo di dire che sarebbe ingiusto spiegare per supposto esibizionismo tecnico-scientifico o per basso interesse economico, l'apparente crudeltà di colui che si ostina a prolungare contro ogni speranza il corso irreversibile di un processo verso la morte. Si spiega piuttosto con il fatto che, concentrata l'attenzione del medico sulle possibilità tecniche di cui teoricamente potrebbe l'ammalato beneficiare, egli per-

de di vista, in qualche caso disperato, le conseguenze pratiche deplorevoli per tale ammalato.

Ritenuto non idoneo l'accanimento terapeutico come irrazionale volontà di prolungare a qualsiasi costo la vita di uno che non ha più alcuna speranza di guarigione, il mio intervento si incentrerà sull'eutanasia. Nella prima parte cercherò di giustificare l'attualità del tema, esponendo le tre angolazioni, ovvero le tre prospettive successive del problema con le conseguenti problematiche etiche o giuridiche; nella seconda rivenderò il diritto dell'ammalato a vivere degnamente gli ultimi istanti della sua vita. Indicherò quindi le condizioni che devono essere promosse a tal fine.

Un'adeguata assistenza clinica all'ammalato, anche nel processo della morte, trasforma l'eutanasia così intesa in qualche cosa non solo di lecito, ma anche di meritorio e di molto degno della professione medica. La mia tesi potrebbe formularsi come segue: il medico non deve certamente aiutare la morte, ma la vita; tuttavia egli può e deve aiutare a morire il più umanamente possibile, cioè, secondo le qualità che ci rendono meritevoli di rispetto. Un modo tale di morire può qualificarsi con l'appellativo di degno. Di per sé la morte non può essere degna, ma uno dovrebbe poter vivere e deve vivere la propria morte con dignità.

Ho parlato di una triplice impostazione del problema eutanasia. Forse non c'è nessun'altra questione, come quella dell'eutanasia, in cui sia tanto necessario iniziare la dissertazione mostrando la diversità di presupposti e di concezioni con le quali essa viene trattata.

Ai tempi di FRANCIS BACON, che è ritenuto pioniere quanto all'introduzione del termine eutanasia e benemerito fautore della sua pratica, in seguito a malattie veramente incurabili o ritenute tali, la morte sopraggiungeva inesorabile. Questo spiega perché lui non contrapponesse l'eutanasia al prolungamento ostinato della vita, come accade oggi, ma all'abbandono del moribondo di fronte al futuro trionfo della morte, quando questa sembrava inevitabile. BACON propugnava soltanto il dovere medico di perseverare nelle cure dell'incurabile, al fine di vedere se risultava che poteva ancora essere salvato, o a rendere più soave o lenire almeno la conclusione della vita. Il termine riguardava soltanto il modo di morire (non il quando) e conservava il suo significato etimologico. La denominava ((eutanasia esteriore (per distinguerla, sono sue parole, dall'eutanasia che riguarda la preparazione dell'anima)), oggetto quest'ultima delle cure del sacerdote ²; della prima dovrebbero aver cura i medici.

Gli straordinari progressi compiuti dalla medicina nell'ultimo secolo hanno permesso di intervenire in vari modi nel processo stesso della morte, talvolta stroncandolo, talvolta almeno frenandolo o accelerandolo: malattie fino a pochi anni fa ritenute di esito mortale oggi

non lo sono più e altre, che lo sono ancora, possono essere prolungate per lunghi periodi di tempo. Valvole cardiache di plastica, o sottratte ad animali, pace-makers, reni artificiali, ecc., prolungano indefinitamente la vita di molte persone. Organi incapaci di funzionare sono stati sostituiti con trapianti di organi di persone, vive o morte, o di animali, oppure con l'applicazione di protesi adatte. Le tecniche di rianimazione hanno reso possibile a molti uomini e donne di sopravvivere dopo morti apparenti, che fino a pochi anni fa sarebbero state ritenute reali o definitive.

Ma non ogni tipo o qualità di vita conseguente risulta invidiabile, date le circostanze di invalidità, sofferenza o deturpamento della figura che ne seguono; per non parlare dei casi nei quali le facoltà mentali hanno sofferto un discapito irrevocabile, o i malati sono rimasti nell'incoscienza. È comprensibile che per molti ammalati non sia desiderabile un modo simile di esistenza e preferiscano rinunciare a questo modo di vivere.

Diversi gruppi, all'inizio minoritari e giorno per giorno sempre più numerosi, si sono accorti con orrore che l'aumento dei «successi» conseguiti dalla medicina sulla vecchiaia, le malattie incurabili e sugli accidenti finora mortali, si pagavano con un prolungamento della vita in condizione svantaggiosa. Per non vedersi sottomessi a queste condizioni, essi si sono costituiti in associazioni pro-eutanasia, con la finalità di ottenere che le leggi e i medici rispettassero il supposto diritto dei propri membri a scegliere non solo il modo, ma anche il tempo della morte.

La ragione prossima dell'attualità e dell'accoglienza che il tema eutanasia trova nei mezzi di comunicazione sociale sta proprio nel proselitismo di queste associazioni, che vedono nell'eutanasia l'unico modo di proteggere i propri adepti dall'accanimento terapeutico. Ma già ci troviamo in una prospettiva nuova del problema.

L'uso del termine eutanasia in questa seconda prospettiva del problema, conserva certamente il significato etimologico originale incentrato sul modo della morte: buona, dolce; ma dalla prima metà di questo secolo si proclama prevalentemente, nelle clamorose rivendicazioni dei suddetti gruppi, il diritto di eleggere il tempo e il modo stesso della morte. Contro questo allargamento del significato e con la volontà espressa di condannare quello che risultava inaccettabile nelle pretese eutanasiche, ha reagito la Chiesa cattolica definendo l'eutanasia in modo molto restrittivo. Essa riserva il termine alle azioni e omissioni (non dobbiamo dimenticare che l'omissione presuppone il dovere certo di intervenire), che «per loro natura o nell'intenzione, causano la morte col fine di eliminare il dolore» ³.

Definire il termine con tanta precisione ha il vantaggio di evitare ogni ambiguità. A parte l'intenzione tutte le azioni e omissioni, che sono la causa efficace della morte, e soltanto esse sono riprova- te dalla Chiesa cattolica con il marchio di eutanasia. Non usando il termine in altro senso la Chiesa può condannare in tutte le sue manifestazioni la eutanasia senza nessuna distinzione. Ma la stessa chiarezza si trasforma in fonte di confusione per chi non ha avvertito sufficientemente il

senso ristretto col quale allude all'eutanasia la condanna ecclesiale, il quale è, d'altra parte, conforme all'ethos tradizionale degli ordini dei medici a partire dal giuramento ippocratico, fino alle più recenti formulazioni dei suoi codici deontologici.

Più di una volta qualche vostro collega ha scherzato piacevolmente con me dicendo di essersi visto costretto, per un sano senso di professionalità, a praticare l'eutanasia in un determinato caso, contro quello che supponeva la mia confessionale opinione etica. L'amabilità e lo scherzo festoso hanno accentuato il tono quando mi ha sentito dire che, a mio sommo giudizio, avrebbe potuto andare più oltre senza meritare riprovazione alcuna dal punto di vista etico. Tanto più che il Sommo Pontefice Pío XII da molti anni aveva approvato un modo simile di procedere. Soltanto che ciò non è chiamato eutanasia dal Magistero ufficiale della Chiesa.

Negli ambienti confessionali sono stato accusato di creare confusione, usando lo stesso termine eutanasia per riferirmi a modi di procedere inaccettabili e accettabili⁴. In questi ultimi casi dovrei usare, dicono, i termini «benemortasia», «ortotanasia», «antidistanasia», ecc. È possibile che essi abbiano ragione, ma la confusione l'ho già trovata consolidata nel modo di parlare abituale degli ambienti medici che conosco. Preferisco accettare il termine nella sua accezione vaga e corrente per precisare subito il presupposto al quale faccio riferimento, senza prestare troppa attenzione alla distinzione fra eutanasia attiva e passiva (anche perché non attuare, quando si deve attuare, è condannabile) e senza

insistere neppure sulla distinzione fra eutanasia diretta e indiretta, perché a più di un medico ciò riuscirebbe incomprensibile (mi si consenta questa sincerità) e di conseguenza in tale distinzione qualcuno potrebbe vedere una forma di fariseismo o ipocrisia.

Prima di scendere ad ulteriori precisazioni mi sia consentito di ripetere che parlo e parlerò solo dal punto di vista etico. Ho dimenticato di sottolineare questo, quando ho dato le prime lezioni sull'eutanasia in questa accogliente città di Milano. Pochi giorni dopo un esperto giurista, con un breve articolo sul *Corriere medico* (conservo il ritaglio a Barcellona) avvertiva che qualcuno avrebbe potuto finire in galera, se nei riguardi dell'eutanasia avesse proceduto secondo i miei consigli. È possibile che l'allarme fosse ingiustificato, qualora l'interpretazione del giudice avesse contemperato le diverse sfumature dell'art. 40 del vigente codice di deontologia medica, approvato il 7 gennaio 1978. Ma in ogni caso, lascio agli esperti l'interpretazione giuridica delle leggi penali e delle norme deontologiche per limitarmi agli aspetti etici.

Mentre l'antico (e per fortuna decaduto) codice italiano di deontologia medica recitava così «dal momento nel quale il medico assume la cura di un infermo, suo scopo essenziale dovrebbe essere la conservazione della vita: neppure l'azione diretta al sollievo della sofferenza può contrastare tale principio» (art. 47), alla domanda postagli da un gruppo di anestesisti Pío XII rispondeva che è lecito ricorrere ad analgesici e narcotici per alleviare il dolore, quando questo non impedisce di adempiere un



proprio dovere più grave, ancorché l'azione di tali farmaci provochi indirettamente l'accelerazione del processo della morte⁵. Più in generale, argomentando dalla doppia riflessione che tutta l'attività temporale è subordinata all'ottenimento del fine soprannaturale (fatta salva qualsiasi confessione religiosa, tutti conveniamo che il temporale è subordinato alla realizzazione personale) e che questo fine (questa realizzazione) si troverebbe alla portata di pochi, se l'obbligo sollecitasse tutti con urgenza morale all'eroicità, concludeva che non siamo oggiati a conservare la salute se non possiamo conseguirla con i mezzi ordinari⁶.

I progressi scientifici e tecnici, insieme all'aumento del livello della vita, rendono molto insicura, anche per un determinato luogo e tempo, la distinzione tra mezzi ordinari e straordinari.

In morale non possono esserci formale, né misure, di applicazione universale. Per formarsi un giudizio corretto sopra il carattere ordinario o straordinario di un mezzo in un determinato caso, è necessario considerare diversi fattori e confrontarli insieme. Il giudizio conclusivo dipende: 1) dalla ragionevole fiducia nel successo; 2) dal livello di qualità umana nella vita conservata (soprattutto della coscienza e del margine di libertà efficace); 3) dal tempo previsto di sopravvivenza; 4) dai disturbi 5) dalle spese dell'intervento o terapia in una prospettiva individuale, familiare, nazionale e internazionale (qui entra in gioco la ((economia della salute))). Alcuni di questi fattori possono essere obiettivamente ponderati. Altri, invece, dipendono dall'apprezzamento o dalla situazione

ne soggettiva del paziente: dal suo modo di comportarsi nelle sofferenze, dalla disponibilità propria rispetto ai mezzi richiesti, ecc. È opportuno non dimenticare, d'altra parte, che le «obiettività» di alcuni elementi di giudizio hanno solo valore statistico e che la percentuale calcolata dei successi e di tempo di sopravvivenza, non determina se l'ammalato in questione confermerà, a livello di grandi numeri, la percentuale considerata positiva o negativa. D'altra parte se uno non è obbligato a sopportare i mezzi straordinari, ciò non toglie il diritto a ricorrere a questi da parte di chi si sente motivato in questo senso.

La citata dichiarazione sull'eutanasia³, pubblicata l'anno 1980 dall'organo competente della S. Sede, sovrappone alla considerazione della qualità, ordinaria o straordinaria, dei mezzi l'attenzione dovuta alla proporzione o sproporzione esistente tra le difficoltà, che la sua applicazione comporta, e i vantaggi dei risultati ragionevolmente sperati (il bilancio dell'analisi costo-benefici). E precisa ancor di più, per facilitare l'applicazione di questo principio generale: se mancassero altre alternative, col consenso dell'ammalato è lecito correre il rischio che comporta il ricorso a un rimedio in stato sperimentale. Se non si raggiungono i risultati previsti, la terapia iniziata si potrà interrompere, senza abbandonare per questo motivo le cure abituali. Il ricorso esclusivo ai mezzi normali può essere giustificato ed esso non equivale in alcun modo al suicidio. Non equivarrebbe neppure all'omicidio.

Queste ultime affermazioni richiedono di essere giustificate, perché al medico risulta difficile comprendere,

come una rinuncia al rimedio che potrebbe prolungare la vita, soprattutto se ciò avvenisse in modo indefinito, non equivalga all'eutanasia condannata dalla Chiesa.

Non si accorda alcun privilegio al peccato di omissione. Ma l'omissione presuppone il dovere di porre un determinato intervento. D'accordo con la dottrina pontificia, e con ciò che la ragione ci dice che si può esigere dal comune mortale, nessuno è obbligato a sopportare disagi sproporzionati, di qualsiasi specie, per una pretesa possibilità di realizzarsi, quand'egli non vi si senta portato. Non è lo stesso rinunciare a delle aspettative normali di realizzazione globale (il che implicherebbe un distogliere il volto dalla sovranità di Dio e dai suoi disegni d'amore, disobbedendo semplicemente all'imperativo etico), e mettere fine alla servitù di un trattamento particolarmente noioso, o rifiutarlo per le sue conseguenze, quando l'interessato si sente incapace di dare senso alla qualità della vita che potrebbe acquisire. La soppressione di un trattamento in queste condizioni non implica disprezzo diretto della vita, ancorché si lasci via libera al trionfo della morte. L'irruzione di questa è effetto indiretto di un procedere onesto. Perché un effetto sia eticamente imputabile a chi si astiene da qualcosa prevedendo il risultato, ci vuole che ci sia l'obbligo assoluto di evitare questa conseguenza.

Quando le più precise e aggiornate conoscenze scientifiche non permettono di assicurare un miglioramento i cui vantaggi compensino l'ammalato degli inconvenienti del trattamento, col permesso di lui o del suo fiduciario che può decidere per

lui, è lecito, dal punto di vista morale, non soltanto interrompere l'applicazione dei mezzi straordinari in atto, ma anche rinunciare all'applicazione delle terapie che prolungherebbero inutilmente l'angosciata situazione di un inguaribile e dei suoi parenti. Ne consegue che non c'è obbligo di mantenere indefinitivamente la respirazione artificiale a un paziente ridotto a vita meramente vegetativa, o che si trovi in condizioni ancora peggiori, e che non è necessario compiere un intervento chirurgico per asportare la metastasi in imminente contatto con un organo vitale, quando il processo neoplastico è talmente irreversibile che un intervento chirurgico non farebbe che prolungare le sofferenze dell'ammalato e questi lo rifiuta.

I medici incontrano una difficoltà ancora maggiore quando si tratta di rinunciare all'esercizio della loro professionalità, quando dispongono della tecnica necessaria per prolungare indefinitamente la vita del paziente. Ma bisogna riconoscere che quando un leucemico o uno che ha l'insufficienza renale cronica, deve periodicamente far ricorso alla trasfusione di sangue o a dialisi, con un margine di autonomia ogni volta più ridotto, può concludere che non gli conviene prolungare oltre una vita piena di sofferenze per sé e per i propri cari se la sua formazione lo fa incapace di dar senso a questo modo di esistere e considera ingiustificate le spese che il trattamento esige dalla famiglia e dalla società, le cui risorse per la salute sono limitate. Non possiamo negare al paziente il diritto, che è un dovere, di amministrare ragionevolmente la propria vita. I codici deontologici di solito negano espres-

samente al medico il diritto di imporre un trattamento all'ammalato contro la sua volontà. Soltanto il paziente può decidere la prosecuzione o l'interruzione di una terapia che dovrebbe essergli vantaggiosa.

Merita di essere ricordato che la soppressione di una terapia efficace presuppone il desiderio espresso o ragionevolmente presunto dell'ammalato. Quando questi non può decidere personalmente, il fiduciario, che legalmente o occasionalmente deve dare il permesso a suo nome, deve attenersi a quello che con ragione suppone vorrebbe decidere l'interessato, se è da sé capace, ma si trova al momento in stato d'incoscienza; o a quello che si prevede lo beneficerà al massimo, se non si può neppure congetturare la sua volontà. L'obbligo suo e dei familiari, d'altra parte, deve commisurarsi con quello dell'ammalato. Di per sé non sono obbligati se non a impiegare i mezzi ordinari e proporzionati.

L'opinione di FRANCIS BACON, come l'obiettivo originale delle associazioni pro-eutanasia — difendere i propri membri dall'accanimento terapeutico — suppongono che sia presente nel paziente una causa, malattia o lesione, capace da se stessa di produrre la morte. Non dovremo mai usare il termine senza questa prossimità della fine. È la nota specifica dell'eutanasia, che la distingue chiaramente dall'omicidio e dal suicidio. Con questi si vuole togliere la vita e si cerca la morte. Questa si trova già in qualche modo presente nei casi di vera eutanasia. A dire la verità con questa non si sfugge dalla vita, ma dalla stessa morte, cioè dal morire: il paziente vuole risparmiarsi l'angosciato pro-

cesso che lo porterà all'inevitabile e previsto fine. Questa è la volontà chiaramente espressa dai membri delle associazioni pro-eutanasia nel denominato «testamento biologico» e «testamento vitale». Ma nel loro desiderio di conseguire dai poteri pubblici il riconoscimento di certa legittimità al documento hanno accentuato tanto il motivo di pietà verso se stessi e verso gli altri come giustificativo della decisione, da dare luogo a una terza prospettiva della questione sull'eutanasia: quella che la identificava con la morte per pietà.

Non voglio addentrarmi nella problematica giuridica e legale. Basta accertare che cosa ci si propone con questa terza accezione del termine eutanasia, togliendola dalla competenza propria del medico. Certo una legge al riguardo comporta enormi pericoli. La radice e la fonte di essi mi pare di scoprirla nella impossibilità pratica di tipificare questo supposto diritto a disporre della propria vita senza provocare l'insicurezza nella tutela del diritto a conservarla. I presupposti che il minimo morale, nel senso tecnico di questa espressione, dovrebbe escludere, non contengono niente di essenzialmente diverso alla luce dei diritti personali: il permesso legale per mettere fine alla vita dell'ammalato incurabile e prossimo alla fine pare che implichi anche la concessione di far lo stesso nella situazione ancor più triste del non ancora terminale, dell'alienato mentale senza rimedio, dell'invalido per il quale la vita non ha più interesse, ecc. «Se il diritto — in perfetta consonanza con l'etica — non colpisce questi casi di eutanasia... ne subirebbe contraccolpi negativi nella coscienza anche il divieto ge-

nerale di non uccidere. Inoltre, sarebbe assai breve il passo alla legittimazione della soppressione dei soggetti più gravemente colpiti da malformazioni, dei malati mentali più pericolosi, degli handicappati, degli inguaribili, dei vecchi, ecc.»⁷.

Una legge che vuole regolare l'eutanasia, metterà in crisi anche la fiducia richiesta nelle relazioni fra ammalato terminale e medico, dato che l'intervento di questi non potrebbe più presentarsi al malato come indefettibilmente buono per lui; il malato saprebbe che i mezzi che sempre erano stati a servizio della salute e della vita (iniezioni, medicine, ecc.) potrebbero mettersi contro questi beni. E lo stesso medico perderebbe, a lungo andare, difese interiori che inibiscono oggi la tentazione di abbreviare la vita per non correre il rischio di pregiudicare i veri interessi del paziente (*primum non nocere!*) o di qualche familiare o altro. «Le scelte da parte della classe medica sono solo in apparenza libere ed affidate a valutazioni tecniche sia pure eticamente motivate. In realtà la pressione esercitata dall'opinione pubblica, spesso aiutata dall'intervento della magistratura, è notevole»⁸. Man mano il medico si troverebbe allontanato dalla sua fedeltà alla sfera che gli corrisponde, d'accordo col modo come è stata fin dall'inizio concepita la sua professione.

Bisogna anche prestare attenzione al fatto che la morte comporta di solito anche vantaggi o inconvenienti di carattere economico, in grado di turbare il giudizio dei parenti e di condizionare quello del medico. Questo pericolo viene oggi aggravato dal fatto che in una società sempre più invecchiata, dove

il rendimento e la produzione sono i valori più considerati, gli anziani vengono emarginati, sono considerati inutili. Sarebbe facile il salto dall'eutanasia espressamente richiesta dal malato, alla richiesta solo supposta, negli incoscienti, nei pazzi e così via.

2 — Una morte degna

Avrei voluto dilungarmi meno nella prima parte dell'esposizione per poter sviluppare meglio gli aspetti positivi di una lodevole eutanasia, che permetta al moribondo l'esercizio del suo indiscutibile diritto a morire con dignità.

Abbiamo visto come il termine «eutanasia» comporti molteplici variazioni e sfumature. Sintetizzando, il termine «eutanasia» risponde a tre concezioni diverse: quella proclamata da BACON, che si appella al dovere medico di assistere il moribondo per lenire, se altro non è possibile, le sue sofferenze; quella delle moderne associazioni «pro eutanasia»), che rivendicano un supposto diritto di ogni uomo a scegliere il modo e il momento di morire; quella preferita dai giuristi, tendenti a privilegiare la morte indotta per pietà.

Intorno alla seconda angolazione ho voluto mettere in chiaro che l'etica più rigorosa offre al medico molte possibilità non solo di evitare l'accanimento terapeutico, ma anche di risparmiare al malato inguaribile un prolungamento non desiderato della vita; ma il medico non dovrebbe lasciarsi prendere dalla concezione minimalista e negativa di vedere come e fino a che punto accelera di fatto il processo della morte senza mancare professionalmente ed eticamente. Diminuire il tempo di vita



contraddice la sua personale vocazione e non è d'accordo con la finalità propria delle più importanti tecniche nelle quali si è specializzato. L'accento dell'intervento medico deve essere messo sulla diminuzione del dolore — salvo volontà contraria del paziente, per motivi comprensibili solo dal punto di vista della fede — e nel potenziare le qualità che rendono dignitoso l'essere umano, frequentemente diminuito nell'ultimo tratto della vita per condizionamenti indebiti sull'esercizio della sua libertà di coscienza, per la mancanza di informazione e di facilità nel far valere la propria iniziativa nelle cose che lo riguardano, per l'isolamento, che impedisce le relazioni sociali.

Contro questi impedimenti è necessario rivendicare a favore del moribondo: a) il diritto a non soffrire inutilmente, b) il diritto alla libertà di coscienza, c) il diritto a conoscere la verità, d) il diritto a decidere su se stesso e su quanto ha a che vedere con lui, e) il diritto a mantenere un dialogo fiducioso con i medici, la famiglia, i suoi compagni e successori nel lavoro.

a) *Diritto a non soffrire inutilmente.* — A prescindere da possibili imperativi confessionali, nessun'altra considerazione, per quanto nobile ed elevata sia, dovrebbe essere anteposta per il medico a quella che è propria della sua professione e configura la sua identità: salvaguardare la vita con una competente promozione della salute e del benessere, in quanto questo risulta coinvolto con quella. Formulato in negativo, deve il medico, prima di tutto, lottare, preventivamente e terapeutamente, contro la malattia o debilità, e contro il dolore o malessere che l'ac-

compagnano. I movimenti a favore dell'eutanasia hanno ragione nel loro sforzo di ricordare ai medici il secondo aspetto del loro compito. Lo avevano dimenticato troppo spesso.

Il tema del dolore merita di essere studiato in modo più approfondito. Io stesso l'ho fatto quest'anno in una lezione tenuta all'ospedale S. Raffaele il 5 febbraio. La riassumo in breve:

Il dolore come sintomo è utile fin tanto che ci aiuta alla diagnosi e alla soppressione del male che ne è la causa. La maturità e altri valori umani conseguiti da chi ha saputo sopportare la sofferenza con dignità non provengono necessariamente dalle sofferenze stesse e il valore etico della sua esperienza presuppone un maturo esercizio della libertà e motivi sufficientemente nobili nel sopportarlo.

Al medico, di fronte al dolore, compete l'ineludibile dovere di eliminare la sua causa o di alleviare almeno i suoi effetti. Quando egli non può farlo senza diminuire la coscienza del malato si verifica una certa «disumanizzazione», ma questa viene compensata dal fatto appunto che si evita l'oppressione causata dalla sofferenza stessa.

La dose eticamente ottima di narcosi dovrebbe combinare il minimo di dolore con il massimo di coscienza responsabilmente. Non si deve privare l'ammalato del diritto a vivere la propria malattia e anche la propria morte, ma possono esserci ragioni mediche per sottomettere il paziente a un sonno profondo prima che la morte ponga fine alla sua vita.

Entrando infine nel terreno della fede e della teologia mistica, dobbiamo riconosce-

re che le sofferenze hanno una virtualità benefica a livello personale e anche un valore apostolico per chi le vive volontariamente, e con questa motivazione, in unione con l'amore oblativo di Gesù Cristo. Senza il presupposto di una vocazione soprannaturale, il paziente rischia di cadere nei pericoli etico-psicologici che minacciano sempre la persona sottoposta al dolore: egoismo morale, regressione psicologica, concentrazione sterile su di sé a discapito del prossimo.

Ecco dunque le conclusioni: 1) c'è l'obbligo di combattere la causa del dolore; 2) è irrilevante la paura di provocare la narcodipendenza, almeno negli ultimi stadi della vita; 3) la lotta contro il dolore giustificerebbe, se fosse necessario o responsabile rivendicato dal paziente, una indiretta diminuzione del tempo di vita o di libera conoscenza; 4) meritano di essere ascoltati i fedeli che vogliono sinceramente moderare l'uso degli analgesici e narcotici per autentici motivi religiosi.

b) *Diritto alla libertà di coscienza.* — Chiaramente formulato nell'art. 18 della Dichiarazione universale dei diritti umani e inserito nelle Costituzioni della maggior parte degli stati moderni, viene esigito per la dimensione etica dell'essere umano e per l'autocomprensione della sua esistenza come dono e come compito da realizzare. Uno si sente obbligato a essere quello che deve essere, procedendo a questo fine d'accordo con la sua coscienza in tutte le decisioni della sua vita. La dichiarazione *Dignitatis humanae* del Concilio Vaticano II, dà il fondamento e sviluppa le conseguenze di questo diritto. Un proselitismo irrispettoso aumenterebbe le an-



gosce dell'ammalato terminale e potrebbe pregiudicarlo gravemente. Nessun moralista dubita che il buon Dio premierà quello che muore sinceramente riconciliato con la propria coscienza, ancorché si trovi nell'errore, obiettivamente parlando. Potrebbe perderlo, al contrario, un salto alla verità obiettiva contro il suo proprio sentire e capire. Ne consegue l'obbligo di facilitare l'accesso al malato dei ministri religiosi o altre persone, che possano aiutarlo a trovare la pace con se stesso e a dare un senso al processo della sua malattia e della stessa morte, quale che sia la sua sincera confessione e ideologia.

Ripugna alla sensibilità odierna la presentazione medievale del momento della morte, come quello dal quale dipende il destino per ognuno, ma non possiamo privare il moribondo del diritto a optare negli ultimi momenti della vita, correggendo gli errori o coronando la sua collaborazione a quegli ideali che hanno dato senso al suo lavoro. Al compito etico di realizzarsi e perfezionarsi solidalmente durante la vita, corrisponde il diritto di completarlo, determinando, d'accordo con la propria coscienza, il processo della propria morte.

Sulla soglia della morte tutti ricorderemo la vita e la morte nella cornice della nostra ideologia e delle nostre credenze. Non sempre sarà il medico il più adatto ad aiutare il morituro nella necessità di assumere la realtà dello stadio terminale dal punto di vista della propria concezione del mondo e della vita. Perciò il medico non può chiudere al malato il vantaggio di possibilità di essere aiutato per esigenze di tratta-

mento medico non indispensabile; deve piuttosto facilitare l'accesso a lui di persone capaci di dargli aiuto, come diremo in altra parte. L'ultimo servizio a una vita consiste nell'aiutarla a vivere la sua fine, cioè la morte, in modo personale e responsabile, sia che l'interessato pensi di mettere così punto fermo alla sua esistenza, sia che viva la sua morte come apertura alla trascendenza. Dà un senso alla morte solo chi ha saputo dare un senso alla vita.

Il beneficio dell'intervento medico è sempre una persona, che ha diritto di crescere fino alla fine, anche nel processo della morte davanti a se stesso, davanti agli altri e davanti allo stesso Dio, quando crede in lui.

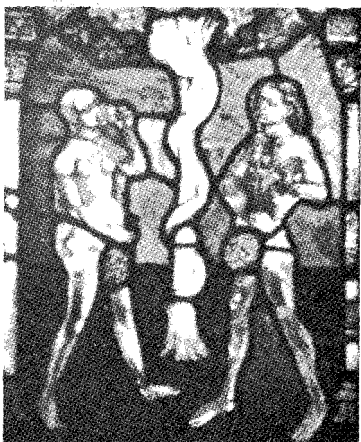
c) Diritto a conoscere la verità. - La conoscenza delle cose che riguardano un malato e il corrispondente obbligo di informarlo su di esse, deriva dalla dignità della persona ed è alla base della convivenza sociale, come condizione indispensabile per l'esercizio della propria responsabilità nella realizzazione integrale di se stesso. Non soltanto la menzogna, anche la scarsa sincerità distruggerebbero la fiducia necessaria al dialogo interpersonale e in modo particolare alla relazione dell'ammalato con il suo medico. Di qui l'importanza che ha la credibilità di questi e, come prerequisito di tale credibilità, la sua opzione per la verità, anche quando questa comporta di dover svelare fatti di alta incidenza psicologica per l'ammalato, come un pronostico funesto. Proprio in questo caso urge di più, a mio modesto avviso, seguire la norma ritenuta retta nelle circostanze normali: il paziente ha il diritto di conoscere la diagnosi, la te-

rapia in corso e la prognosi, il rischio che corre, la probabilità di guarire e il tempo prevedibilmente necessario che occorrerà.

Senza la verità è impossibile percepire ciò di cui ha bisogno il malato senza speranza. Risulta funesta, per una corretta relazione col malato, il lasciarsi prendere da quello che è chiamato «il circolo infernale della menzogna», una fonte d'inganni e di ingiustizie. L'opzione per la verità apre enormi possibilità per umanizzare anche l'ultimo arco della vita.

Il diritto dell'ammalato terminale alla verità può certamente entrare in conflitto col motivo primo della sua relazione attuale col medico: il sollievo dei suoi dolori. La soluzione non consiste nell'eliminare uno dei due valori contrastanti — alleviamento o verità — ma nel superare la tensione tra i due mediante una progressiva e pedagogica rivelazione della situazione, in tal modo il medico può rendere il malato capace di conoscere ogni giorno un po' di più di verità e può arrivare a svelargliela tutta quando sa che è in grado di assumerla in modo positivo.

Nel dubbio, deve considerarsi prioritario il diritto del morituro a conoscere la verità, dato che nella sua situazione questa può richiedere decisioni di particolare importanza. Il criterio ultimo deve essere il bene della sua persona integralmente considerata, la quale non può essere ridotta al massimo benessere possibile qui e adesso, senza tener conto della trascendenza propria di tutto l'essere umano, quale che sia il modo come la comprende il paziente d'accordo con la sua propria concezione del mondo e della vita (la sua «Weltanschauung»).



Ogni medico che ha esperienza si mostra umile e discreto nel formulare un parere rispetto alla situazione senza speranza dell'ammalato. Sarebbe crudele esagerare il significato della prognosi e più ancora presentare come conclusione solidamente fondata il timore o il mero sospetto, non confermato. Ma la conoscenza moralmente certa di una morte inevitabile e prossima deve essere comunicata all'ammalato, affinché questi possa realizzarsi anche nell'ultimo atto della sua vita. Questo dovere presuppone la capacità del soggetto di assumere e rappresentare bene il suo ruolo in questo momento decisivo.

vo. Lasciargli qualche speranza («un pezzo di cielo aperto»), come lo chiamano alcuni) suole aiutare, ma non possiamo dimenticare, che togliere una falsa speranza, può aprire il passo ad altro tipo di speranza, che permetta al malato di assumere la verità con maggiore sollievo e realizzarsi così pienamente come uomo. Questo ha luogo anche nel caso di persone che non credono nella vita futura, ma che hanno saputo dare qualche senso alla loro vita e alla loro relazione con gli altri. L'espressione ambigua, {(diritto del paziente a morire)}, ha un senso vero: nessun essere umano deve essere privato del diritto che ha a vivere la sua propria morte, coronando così la propria realizzazione con la morte. Eviteremo, di conseguenza, di comunicare questa verità soltanto quando ci consta che l'altro è incapace di sopportarla. Il diritto alla verità sparisce, quando immergerebbe il malato nella disperazione fatalista e nell'annullamento dell'essere personale, quando la verità potrà essere percepita solo come una condanna a morte senza ragione e senza senso. L'obbligo di comunicare la verità sparisce, quando sappiamo di certo che farà solo del male.

Mai sarebbe onesto tacere semplicemente, o delegare, per sfuggire alla propria difficoltà. Questa proviene dalla ripugnanza che tutti abbiamo di fronte al volto della morte, e dal fatto che non conosciamo la nostra morte, futura, se non attraverso quella d'altri, presente. Forse ciò spiega perché i medici tendono a sfuggire di affrontare la morte e a non parlarne col paziente in pericolo imminente, quando non si trincerano dietro a una assistenza esclusivamente techni-

ca, centrata sul processo biologico, spersonalizzando l'ammalato e perdendosi loro stessi nella spersonalizzata équipe che assiste il malato.

d) Diritto a decidere personalmente. Da quando la cultura moderna ha preso coscienza dell'accesso dell'umanità a una ((maggiore età)), il diritto a decidere personalmente in ciò che attiene a ognuno è ogni volta più rivendicato nei diversi campi dell'attività sociale, e non senza ragione: quello che rende degni e rende umano un procedere è proprio che venga deciso per la volontà libera dell'attore. I codici deontologici dei diversi collegi dei medici, promulgati recentemente, e ancor di più i cataloghi che sintetizzano i diritti dell'ammalato, correggono la tendenza del medico a imporre la sua volontà all'ammalato, per il suo bene certamente, ma con uno stile paternalistico già squalificato nel mondo delle relazioni del lavoro. È necessario avere particolare cura di sensibilizzare i medici circa il valore della decisione personale, perché la tecnica, con l'accumularsi di apparecchi, la registrazione dei dati e con il lavoro di équipe, rompe il contatto medico-ammalato, crea una distanza da soggetto a soggetto. Ma questo contatto risulta necessario per provare più facilmente interesse per la persona come tale.

Penso che non possa giustificarsi la pratica di alcuni medici, che procurano di mantenere il morituro nell'ignoranza e curano soltanto di informarne i familiari per tener conto del loro parere, su che cosa sia conveniente. Non hanno capito che il titolare del diritto a conoscere e decidere è la persona, al cui ser-

vizio si mette la medicina.

La libertà dell'infermo, informata e pronta a decidere, urge soprattutto quando l'ammalato deve decidere su affari importanti o definitivi, come accade frequentemente nel terminale. Perché il malato possa essere protagonista responsabile di ciò che ha relazione con la sua malattia, si suppone che conosca i dati rilevanti della diagnosi, della prognosi e delle alternative terapeutiche possibili. Soltanto così si può scegliere e accettare o rifiutare il trattamento con cognizione di causa.

È compito del medico informare obiettivamente l'ammalato personalmente, o per mezzo di altri più adatti al caso, dei dati sopraindicati. Sarebbe un abuso di fiducia servirsi del potere che conferisce la situazione di dipendenza, nella quale si trova il paziente, per influire sulle sue decisioni e ancor più sostituirsi a lui. Ingannerebbe se stesso, nonostante la pretesa di aiutare l'ammalato e forse anche i suoi familiari o rappresentanti legali, se l'informazione sottolineasse di più alcuni dati che altri, condizionando così la decisione nel senso desiderato. Sarebbe lui l'unico responsabile della decisione, con l'aggravante dell'inganno.

Aiutare a optare responsabilmente non significa determinare il senso dell'opzione, ma offrire all'ammalato tutta l'informazione e, se possibile, tutto il tempo necessario perché lui capisca gli elementi che possono influire sul risultato. Nel far riferimento al tempo, siamo coscienti della scarsità di tempo che ha spesso il medico; vogliamo soltanto richiamare l'attenzione di questo sul ritmo lento di assimilazione delle idee, al quale soggiace l'ammalato terminale per motivi fisiolo-



gici e psicologici. Ci vuole del tempo per vincere le proprie resistenze e anche per «ascoltare», grazie alla ripetizione, quello che talvolta è stato già detto; il suono dapprima scivolò impercettibilmente nel suo orecchio.

Lasciando da parte il problema se interrompere o mantenere un trattamento normale, la situazione dell'ammalato terminale invita frequentemente a provare un farmaco o una tecnica in periodo di sperimentazione. Ogni cambiamento nell'intervento medico, che non debba considerarsi implicitamente accettato da parte dell'ammalato per la sua normalità in circostanze simili, esige il permesso dell'interessato o di chi lo rappresenta. Se l'ammalato prendesse l'iniziativa (rifiutando per es. un trattamento), farà bene il medico ad assecondare i suoi desideri, quando è eticamente d'accordo con questo modo di procedere e non c'è ragione per sospettare che la decisione sia dovuta alla coazione altrui o di circostanze che possono modificarsi. Si tratta in questo caso di salvaguardare la sua libertà, condizione necessario perché l'opzione serva al perfezionamento etico dell'essere umano. Ma tutelare la libertà altrui mai deve significare abdicare alla propria responsabilità. Quando il medico considera eticamente inaccettabile la decisione dell'ammalato, deve cercare un collega che prenda il suo posto nella cura di lui, dato che il rispetto di una tale decisione non giustificherebbe la sua collaborazione formale a una azione o omissione che egli considera obiettivamente non onesta. Non si può esagerare il valore del consenso. Ciò che giustifica un intervento chirurgico o un

trattamento non è il permesso del paziente, ma la causa che lo motiva e l'indicazione del metodo adottato. Non è lecito l'omicidio perché il malato lo consente.

e) Diritto al dialogo *fiducioso*. - L'essere umano si realizza in solido. L'ammalato terminale ha il diritto, ed è anche suo dovere, di completare il suo contributo sociale e di non mancare dell'aiuto degli altri prima della fine. Meritano speciale attenzione le relazioni col medico, con la famiglia e con gli amici più prossimi, e con il mondo della sua professione o attività lavorativa.

Il medico, cosciente dell'importanza che ha per la buona riuscita delle misure terapeutiche e sedative la fiducia dell'ammalato in lui, procura che essa ci sia fin dai primi contatti mediante una relazione interpersonale di comprensione e accoglienza, che invitano il paziente a manifestare i suoi timori e sospetti. Questa attitudine e la comunicazione con gli infermi vanno conservati soprattutto nello stadio finale.

Il progresso tecnico, con l'interposizione di meccanismi, grafici e cartelle fra il medico e l'ammalato, per non dir nulla della lontananza che suggeriscono e impongono la veste bianca, gli ambienti sterilizzati e l'intronizzazione del primario alla vetta dell'equipe che gli dà i dati, rendono difficile la sintonia umana e rendono impossibile la vicinanza corporale tra i due. La indigenza del malato, radicalizzata verso la fine della vita, gli fa desiderare molto il contatto fisico che gli dia sollievo. È necessario che gli interventi sanitari, e particolarmente la persona del medico, recuperino la vicinanza corporale col malato, che prima era neces-

saria e manifesta, e che oggi gli è stata sottratta, per un eccesso non di tecnica scientifica, bensì di freddo tecnicismo accademico. Niente tranquillizza tanto in questi momenti difficili come il dialogo fiducioso e aperto con l'esperto nelle cause del malessere. Niente aggrava tanto il dolore e l'ansietà come la solitudine e la sensazione che lo si sia voluto per la mera interposizione dei soliti diligenti che stabiliscono una separazione, o di apparecchi che rendono impossibile il dialogo, o per la creazione di zone sterili con accessi vietati.

È necessario sottomettere a giudizio critico l'impegno di certi controlli che, per proteggere dai germi nocivi l'ammalato terminale, lo sottraggono ai suoi familiari e amici e lo lasciano nella fredda compagnia della macchina. Merita compassione lo stato di umiliazione e di abbandono che offrono alcuni malati terminali col volto e l'organismo succhiellati di tanti tubi e sonde, obbligati a mantenersi vincolati a strumenti morti per continuare in vita. Se si può chiamare vita uno stato di prostrazione tanto degradante. In tali condizioni non può fare a meno di sentire la sua dignità vilipesa, soprattutto se desidera esprimere il suo parere, comunicare con qualcuno, e non gli è possibile.

Vincendo la naturale ripugnanza alla prossimità con lui, alcuni medici hanno studiato il corso delle emozioni, non sempre identiche, che si succedono, dopo la conoscenza di una prognosi, che punta con maggiore o minore immediatezza al fatto della morte (9). La conoscenza di queste reazioni e del loro profondo significato da parte dei medici, faciliterebbe

straordinariamente il dialogo interpersonale di cui l'ammalato ha bisogno. Essa permetterà anche ai medici di avvertire i familiari più prossimi che le reazioni di indifferenza e aggressività, di cui sono vittime, non vogliono e non devono offenderli. Sarebbe fuori luogo sentirsi colpevoli, perché esse non sono motivate dal loro comportamento. Appartengono a una tappa del processo, come naturale espressione del disagio che l'ammalato avverte. Vedere soffrire i suoi, aumenta il disagio interiore del malato terminale e si manifesta così. Ne diventano vittime quelli ch'egli ama di più. In loro presenza si lascia andare, e perde qualsiasi freno inibitorio, non si controlla.

Il medico non deve riservare gelosamente per sé la comunicazione personale con l'ammalato, neppure rispetto alle questioni della salute. Il sollievo, che egli deve sempre offrire, il paziente può cercarlo e sentirlo meglio con altra persona, alla quale risulta più facile manifestare i suoi desideri intimi. Facilitando a questa persona il contatto con l'ammalato e procurandogli i dati e consigli convenienti a questo fine, il medico compirà nel modo migliore possibile il suo dovere di assistere il moribondo e di aiutarlo ad accettare la morte come qualcosa di proprio, di personale, che nessuno deve sottrargli, che ha diritto a vivere come consumazione della propria vita in solidarietà con gli altri.

Nel gruppo di lavoro convocato dal Consiglio Pontificio *Cor unum* con la finalità di studiare alcune questioni etiche relative agli infermi gravi e ai moribondi (12-14 novembre 1976) i rappresentanti del Terzo mondo richiamarono l'attenzione dei loro

collegli su «l'importanza che ha per l'uomo finire i suoi giorni, per quanto possibile, nell'integrità della sua personalità e delle relazioni che ha con il suo ambiente, in particolare con la sua famiglia» (10).

Fino al secolo scorso, il processo della morte e la stessa morte avevano luogo anche da noi, in tutta naturalezza, in famiglia. I progressi tecnici e la maggiore facilità di usarli nelle istituzioni meglio attrezzate, hanno allontanato la presenza della morte dalla vita quotidiana e hanno creato un autentico «tabù» della morte.

Sarebbe ingiusto dare esclusivamente colpa ai medici del fenomeno culturale che allontana dalla convivenza sociale questo fattore morte, tanto quotidiano quanto lo è la nascita, ma non si può mettere in dubbio il loro influsso sulla sistematizzazione delle strutture sanitarie dove lavorano, e anche sulla creazione della scala di valori che segna il modo comune di sentire circa quanto si muove attorno alla malattia e anche alla morte. Anche i ministri della Chiesa osano oggi meno che nel passato parlare del termine della vita e hanno abbandonato quasi del tutto di promuovere atti di pietà per preparare a una buona morte, nonostante la funzione chiave che questa possiede per comprendere le verità dell'aldilà e della dimensione trascendente dell'essere umano, alla cui promozione consacrano la loro vita. Essendosi perduto il senso della vita, si perde anche il senso della sua fine. L'eutanasia diretta attiva è una «fuga in avanti» dalla stessa morte e deve la sua attualità alla paura che si sente della morte. Anche dal punto di vista meramente umano, una

certa familiarità con la morte facilita l'incontro con essa e, se desideriamo che la stessa ci faccia meno paura e la possiamo vivere con più naturalezza vale la pena di evitare l'occultamento di quello che risulta inevitabile. Dare morte al «tabù» della morte, mettere fine all'autoinganno faciliterà all'uomo il ritrovarsi e lo farà capace di dare una nuova dimensione al suo proprio senso di responsabilità davanti alla morte.

Di solito costa molto al moribondo l'abbandono delle sue *attività professionali* e delle sue responsabilità sociali. Gli è particolarmente di sollievo rendersi conto che i suoi sono e saranno oggetto di attenzione. Non possiamo fare a meno di pensare alla sollecitudine con la quale Gesù Cristo, dall'alto della croce, affidò sua madre al discepolo prediletto, e nello stesso tempo affidava alla sua materna protezione i suoi discepoli e tutta la sua opera nella persona di Giovanni.

La previsione della morte a media e a breve scadenza permette all'ammalato di rassegnarsi ad essere sostituito nelle sue responsabilità sociali. Se l'ammalato può prendere contatto con quello che lo sostituirà e sa che questi procederà secondo la sua linea, egli si sentirà alleviato di molto. Risolvere, prima del suo decesso, alcuni dei problemi che la sua assenza comporterà per la sua famiglia, e altri che dipendono dalla sua attività professionale, gli permette di superare l'egoismo che facilmente accompagna l'istinto di conservazione e gli facilita il piacere del lavoro finché può gestirlo bene. Trova anche sollievo in relazione a timori e angosce che affioravano incerte. Egli può coronare il compito della sua propria realizzazione in una

prospettiva sociale. Dalla povertà delle sue possibilità può gridare: *consummatus* est, tutto è compiuto (Giov. 19,30).

Dei tre concetti dell'eutanasia che ho trattato, si potrebbe trarre come denominatore comune l'imperativo di avere pietà del moribondo durante il suo trapasso, cosa molto diversa dal dare a lui la morte per pietà. Ma questo non basta. Una visione positiva dell'eutanasia deve permettere al medico e a chiunque collabora con lui di procurare al moribondo la possibilità di morire con dignità, cioè alleviato nelle sofferenze e nell'esercizio della propria responsabilità personale e sociale.

P. MANUEL CUYAS, S.J.

Cattedratico di Bioetica
nella Facoltà di Medicina dell'Università di
Barcellona

Note

¹ M. Cuyás, *L'eutanasia dal punto di vista deontologico*, in *Nuovi saggi di Medicina e Scienze Umane*, Istituto Scientifico San Raffaele, Milano 1984, pp. 437-447.

² *Advancement of Learning*, Book II, pp. 356-357 e *De dignitate et augmentis scientiarum*, Liber IV, cap. 2, p. 595, *The Works of Francis Bacon*, London 1859 e 1858, unverändert Neudruck, Stuttgart 1963, voll. 3 e 1.

³ SACRA CONGREGATIO PRO DOCTRINA FIDEI, *Declaratio de euthanasia*, 5 Maggio 1980, AAS 72 (1980) 542-552. (4) Vedi *Né eutanasia né accanimento terapeutico*, Editoriale, *La civiltà Cattolica* 138/1 (1987) 313-326.

⁵ P10 XII. Discorso su delle questioni riguardanti l'anestesia, 24 Febbraio 1957, AAS 49 (1987) 129-147.

⁶ P10 XII, Discorso su delle questioni riguardanti le nuove tecniche di rianimazione, 24 Novembre 1957, ASS 49 (1957) 1027-1033.

⁷ GIACOMO PERICO, *Problemi di etica sanitaria*, Ancora, Milano 1985, p. 124.

⁸ ANGELO FIORI, *Problemi medico-legali dell'eutanasia*, in *Il valore della vita. L'uomo di fronte al problema del dolore, della vecchiaia, dell'eutanasia*, Vita e Pensiero, Milano 1985, p. 197.

⁹ ELISABETH KUBLER-ROSS, *On Death and Dying*, Macmillan Publishing, New York 1973.

¹⁰ *Algunas cuestiones éticas relativas a los enfermos graves y a los moribundos*, Pontificium Consilium Cor unum, Città del Vaticano 1981, p. 5. Vedi *Enchiridion Vaticanum*, vol. 7, nn. 1234-1281.



Il « non ancora nato »

È mia intenzione mostrare il nesso indissolubile che esiste fra la difesa della vita dell'uomo non ancora nato e l'amore del prossimo. L'amore del prossimo, chiamato anche il riconoscimento dell'uomo, costituisce il contenuto essenziale della norma etica chiamata anche norma personalistica, la quale dichiara che è necessario riconoscere la persona per se stessa; in altre parole che ciascuno ha in se stesso il motivo sufficiente per essere riconosciuto. Questo, appunto, esclude la possibilità di riconoscere una qualsivoglia persona a prezzo di un'altra. Si tratta del fondamento stesso del pensare e

dell'agire etico, del nocciolo stesso dell'etica e della morale.

Presupponendo che la questione sia per noi chiara, dovremmo considerare la domanda: « Perché riconoscere l'uomo? » come una domanda semplicemente superflua e retorica. E, se è così, dovremmo dimostrare come necessario il nesso logico fra l'affermazione della persona e la difesa della vita dell'uomo non ancora nato, cambiando la domanda « Perché la difesa della vita dell'uomo non ancora nato? » in qualcosa di parimenti retorico. Penso che tale domanda ha in realtà tale senso per noi. E se per qual-

cuno non avesse tale senso, allora bisognerebbe indicare ed eliminare l'unico motivo di ciò, quel motivo che — seguendo il principio del personalismo — può essere così immaginato: il non accorgersi del legame fra il riconoscimento dell'uomo e il riconoscimento dell'uomo non ancora nato. Questo legame, infatti, non sempre è riconosciuto da tutti, per non dire che talvolta viene semplicemente negato. E ciò appunto rende chiaro il peso etico e l'importanza morale dell'interrogativo: « Perché difendere la vita del non nato? ». Per fortuna quel che fa in modo che il suddetto interrogativo costituisca un

problema, indica anche espressamente la via per la quale è possibile con successo vincere la difficoltà che da essa emerge, anziché cambiare la domanda in qualcosa di puramente retorico. In questo, appunto, vedo il mio compito di studioso di etica. La via per adempiere tale compito è quindi semplice e comporta due momenti: mostrare anzitutto che è impossibile il riconoscimento dell'uomo se non si riconosce la sua vita, come pure — ed è la seconda tappa — mostrare che l'uomo non ancora nato è.. .. uomo.

Prima, tuttavia, di entrare in merito, desidererei volgere l'attenzione a ciò che in relazione a tale via dicono le dichiarazioni contemporanee dei diritti dell'uomo.

1) La dignità personale dell'uomo e le condizioni per il suo riconoscimento nelle Dichiarazioni dei Diritti dell'uomo.

L'opinione comune, fosse pure uniforme nelle vedute, non è né condizione sufficiente né necessaria della verità. Basta pensare al giorno in cui Copernico da solo, contro l'opinione comune, « fermò il sole e mise in moto la terra ». L'opinione comune è tuttavia indice non banale della verità, un indice che non è lecito ignorare, specialmente in quella situazione nella quale si cerca in mille modi di offuscare quella verità. Da questo punto di vista merita particolare attenzione l'attuale proclamazione della dignità della persona umana. Essa si esprime in modo particolarmente eloquente nel movimento, che cresce in tutto il mondo, per la difesa dei diritti inalienabili dell'uomo.

Lo studioso di etica vede

in tale movimento soprattutto un segno della costante sensibilità **morale** dell'uomo d'oggi, specialmente se consideriamo l'enorme **tecnicizzazione** della vita che condiziona la coscienza umana. Meraviglia qui la resistenza della coscienza dell'uomo alla tentazione di ridurre la moralità dell'agire solo alla sua efficacia. L'uomo è qui sempre una persona, un « per se stesso », un qualcuno che è *necessario in modo assoluto affermare per se stesso*, di cui non è mai lecito servirsi come di una cosa.

Ciò significherebbe forse che in nome della moralità dell'agire non si tiene conto della sua efficacia? Affatto! Si vuole soltanto indicare la primarietà del criterio della moralità dell'agire su quello degli effetti, o — in altre parole — la secondarietà del criterio della efficacia dell'agire (della tecnica) nei confronti della moralità (dell'etica). Si tratta semplicemente di indicare il limite oltre il quale *il criterio efficacia* si rivolge contro la persona ed insieme il limite entro il quale l'effettività dell'agire è richiesta dalla stessa logica interiore del riconoscimento della persona reale.

Per l'appunto questo vuol esprimere la « **inalienabilità** » così spesso sottolineata nel contesto della difesa dei diritti dell'uomo. Che cosa significa, infatti, la **inalienabilità** di tali diritti? Significa che il riconoscimento dell'uomo reale senza contemporaneamente riconoscere ciò che costituisce quel bene dell'uomo così strettamente legato con il suo « essere o non essere » che il lederlo colpisce nell'essenza stessa l'essere uomo, è impossibile, semplicemente illusorio. Ecco perché le norme morali, il cui compito è difendere que-

sti beni essenziali dell'uomo ed assicurare ciò che per lui è così indispensabile, devono possedere esattamente *la stessa forza vincolante della norma principale — la norma personalistica* — e quindi la forza di norma nella maniera *assoluta*, cioè *vincolante senza eccezioni*. Qualsiasi tentativo di ammettere un'eccezione della norma che *difende un tale bene*, costituirebbe — da un punto di vista morale — un'operazione assurda: la negazione dell'uomo in nome della sua affermazione. La dichiarazione degli **inalienabili** diritti dell'uomo, pertanto, è la proclamazione anzitutto della inviolabilità di tutto ciò su cui è fondata la sua dignità: la sua struttura esistenziale; proclamazione, in altre parole, della validità assoluta e dell'**inviolabilità** del diritto morale naturale.

Non deve allora meravigliarci che nell'elenco dei diritti inalienabili dell'uomo figurino in primo piano: il diritto dell'uomo alla libertà della coscienza e della religione, cioè il diritto alla fedeltà alle proprie convinzioni; il diritto al segreto, a cui si lega la riprovazione assoluta delle turture; ed infine il diritto alla vita, diritto che qui particolarmente ci interessa.

2) Il diritto alla vita è un diritto inalienabile dell'uomo.

La vita biologica non è il bene **più** alto dell'uomo, e tuttavia è un bene *fondamentale*. La vita non è il valore **più** alto. Già Socrate ricordava ai suoi contemporanei: « Non si tratta tanto di vivere, quanto di vivere bene ». Si ha la vita per testimoniare con essa i valori a lei superiori, valori per i quali, come nel caso di una

tragica scelta, si deve essere capaci di sacrificarla. Per scelta. Appunto il servire fedelmente ai valori superiori alla vita ci fa capire che la vita nostra è degna della vita, è una vita degna, una vita degna di ciò che noi siamo. *L'uomo* è tuttavia, *quello che è in quanto è è pertanto* — almeno nelle dimensioni del mondo terreno — *in quanto vive*. « *Viventibus vivere est esse* » ricorda S. Tommaso d'Aquino. Per gli esseri viventi vivere è l'esistere. La vita risulta, quindi, per l'uomo il valore *fondamentale*. È quel bene sul cui fondamento si innalza tutto il 'resto'. Ne consegue che un 'sì' sincero per l'uomo — per tutto il 'resto' dei beni per l'uomo e dell'uomo stesso — *è possibile solo* con il dire 'sì' alla sua vita. Il riconoscimento della vita è, in altre parole, la *condizione necessaria del riconoscimento dell'uomo in quanto uomo*. Il riconoscimento della vita umana diventa, diciamo, il testo della verità del vero rapporto morale dell'uomo con l'altro, cioè *verifica* della autentica *moralità*, dell'amore autentico del prossimo.

A questo punto è necessario, tuttavia, fare un ulteriore passo avanti: l'analisi filosofica dell'esistenza umana ci manifesta, infatti, che essa non è necessaria, e attraverso ciò ci manifesta la sua *radicale gratuità*. L'uomo è: comincia ad esistere ed esiste in quanto è *donato*. Dono di chi? Non solamente dei genitori, giacché sempre qualche genitore piange sconsolato la morte dei propri figli. Dono di chi, allora? Di Colui che, essendo l'*Assoluto Personale* dell'esistenza, è in grado unicamente di far dono dell'esistenza personale ad un altro. Uni-

camente grazie all'intervento diretto, creativo del *Datore Personale* della vita, l'uomo comincia ad esistere, ad essere uomo. L'uomo comincia a vivere — e vive — come colui che Dio in modo creativo chiama e in cui continua a chiamarlo creativamente per nome. Per questa chiamata e per questa presenza creativa l'uomo semplicemente 'è'. Vive come teofania. Vive partecipando al 'sacrum' ed insieme rivelandolo.

Per questo motivo non solo ai Giudei, fratelli nella fede, ma ai Greci poté S. Paolo dire: « In Lui viviamo, ci muoviamo e siamo » (Atti degli Apostoli 17, 28).

Chi tratta con la vita dell'uomo ha da fare con Dio. Il Creatore è là dove è l'uomo: ecco perché è impossibile il 'sì' dell'uomo, se non attraverso il 'sì' per il suo Creatore Personale. Ciò che da parte sua non può esprimersi diversamente, se non attraverso il 'sì' per la vita umana come per eccellenza 'donato di Dio', *donato nel quale si rende presente lo stesso Datore della vita* « *in actu et in Persona* ». Da qui, quindi, il riconoscimento della vita diventa contemporaneamente « il test della verità », cioè la verifica del rapporto vero dell'uomo con ogni altro uomo e con Dio: *verifica del sincero amore di Dio e del prossimo*. Il modo in cui ci si rapporta con la vita umana diventa in maniera *indissolubile* 'misura' dell'autentica moralità e religiosità; dice S. Giovanni: « Chiunque, amando Colui che dà la vita, ama parimenti colui che ha ricevuto da Lui la vita » (1Gv. 5, 1). Impossibile, probabilmente, esprimere ciò in un modo più profondo e conciso!

È opportuno notare che la



moderna proclamazione dei diritti dell'uomo mette in evidenza — in forza di una logica interiore — questa **posizione fondamentale della vita nei confronti di tutti i valori rimanenti**: significativa in merito è la richiesta spesso avanzata — e nelle legislazioni di molti paesi accettata — dell'eliminazione della pena di morte con il riferirsi appunto « alla logica dei beni per l'uomo »; è impossibile conseguentemente difendere il diritto di chiunque, in particolare di se stessi, a una qualsiasi cosa **come diritto dell'uomo**, se si è messo in discussione, in riferimento a chiunque, il fondamento stesso per cui l'uomo ha diritto ad una cosa qualsiasi: il suo diritto alla vita.

Ed allora, in questo campo, non è forse necessario riconoscere come **contraddittoria** l'azione di quei parlamentari che — con l'appellarsi al diritto inalienabile dell'uomo alla vita — si pronunciano per l'eliminazione dell'uso della pena di morte nei confronti dei criminali dei quali è stato provato il delitto, ma contemporaneamente legalizzano giuridicamente l'omicidio di massa di persone del tutto innocenti ed indifese, delle persone non ancora nate? Impossibile immaginare un assurdo logico ed etico maggiore di questo; si è cercato, quindi, di sottrarsi ad una simile accusa decidendo che il non nato non è uomo. Ma su quale fondamento ci domandiamo? Forse non esclusivamente sul fondamento della potenza dei nati sui non nati che non tiene conto della verità? Pretesa davvero fatale: il cosiddetto referendum sulla legalizzazione della « interruzione della maternità » implica in definiti-

va che coloro che votano usurpano il potere di stabilire con la propria decisione chi è uomo o non è uomo!

3) L'uomo non nato è uomo

Eccoci così arrivati all'interrogativo centrale del problema del non ancora nato: esiste una qualche differenza essenziale fra l'uomo che aspetta ancora di nascere e l'uomo che è nato? Non esiste alcuna differenza essenziale; dal punto di vista dell'esistenza ciò costituisce un problema in cui non ha un significato essenziale se colui che ormai è vivo ha il momento della sua nascita davanti a sé o dietro di sé. Da questo punto di vista acquisita esclusivamente significato essenziale il momento in cui l'uomo comincia ad esistere e ad essere uomo, quando, in altre parole, è concepito. A tale domanda esiste solo una risposta ragionevole — che rispetta cioè i dati dell'esperienza e della logica: al momento del concepimento.

Questa sembra l'espressione più concisa di ciò che qui è evidente. In rapporto al processo unitario, che ha carattere continuativo, il principio di ragione che spiega sufficientemente tale processo, esclude la possibilità di identificare in modo non contraddittorio tale processo (come il nostro appunto), senza riconoscere che esso è **lo stesso** nel punto nel quale è cominciato e poi per tutto il tempo — ininterrottamente — dal momento nel quale è cominciato. Non sembra che sia necessario convincere alcuno che la vita dell'uomo costituisca un simile processo, continuativo e contemporaneamente identico e omogeneo grazie all'identità del suo soggetto. È necessario pertanto fissare — in no-

me della logica del processo — il momento dell'inizio della vita umana al momento del concepimento. Dal punto di vista biologico esso avviene al momento dell'incontro dello spermatozoo del padre con l'ovulo della madre. Ogni altro tentativo di collocare nel tempo l'inizio dell'esistenza dell'uomo ha contro di sé il principio di ragione sufficiente, ed insieme con esso il principio di non contraddizione e d'identità. L'embriologia come scienza empirica ci fornisce una descrizione più precisa del concepimento. Spiega il 'come' inizia la vita umana e riesce in modo abbastanza preciso a collocarlo nel tempo. Nota bene: la legislazione cinese, come quelle di altri paesi dell'Estremo Oriente, del giorno della nascita sono solite aggiungere al neonato nove mesi di vita.

La filosofia si trova qui, invece, di fronte ad un ulteriore problema: partendo dall'affermazione della spiritualità dell'uomo (e si arriva a ciò per altra via) si richiede per la sua spiegazione un **diretto intervento** di una **causa** che sia rispondente all'esistenza di un **tale** effetto quale è l'esistenza **spirituale** dell'uomo; e questo intervento avviene appunto nel momento in cui l'esistenza dell'uomo ha il suo inizio, cioè nel momento del concepimento. Tale intervento può essere solo quello diretto **dell'Assoluto Personale dell'Esistenza**. Intervento **creativo** per eccellenza. Ecco perché dal momento del concepimento di una nuova vita umana, chiunque ha da fare con tale vita, ha da fare con l'uomo e con il suo Creatore.

Una conclusione necessaria delle nostre riflessioni è quindi la seguente: dal pun-

to di vista strettamente logico non vi è bisogno di costruire una etica della vita del non ancora nato, separata dall'etica della vita in sé. Giacché tutto ciò che riguarda il riconoscimento — o la difesa — della vita dell'uomo come condizione 'sine qua non' del riconoscimento dell'uomo e di Dio, si riferisce alla vita dell'uomo 'tout court' dal momento del concepimento fino alla morte. Il momento della nascita svolge qui un ruolo essenziale ed esiste per principio una stessa ed unica etica, quella del rispetto per l'uomo tramite il rispetto della sua vita, come il fondamentale valore dell'uomo, e quella del rispetto per l'esclusivo *datore* del dono della vita: per il Creatore Personale. Ciò tuttavia che dal punto di vista logico non richiede di essere messo in evidenza, è richiesto in modo particolare per motivi psicologici e pedagogici e ciò in riguardo alla particolare minaccia all'uomo non nato da parte dell'uomo nato, come pure riguardo alla particolare minaccia in tale situazione o in questo quadro — cosa della quale ci si ricorda di meno — dell'uomo nato contro se stesso. **Soffermiamoci** quindi ancora un momento su questo punto che costituisce una verifica particolarmente indicativa della sua sensibilità morale.

4) Chi è particolarmente minacciato?

L'uomo nello stato prenatale è quasi del tutto non considerato e pienamente indifeso. Non sa difendersi con i mezzi con cui si difende a suo modo l'uomo già nato, sia pure servendosi solo dei sensi dell'udito e della vista, ad esempio con il pianto: è completamente in mano al-

l'inventiva ed alla volontà di coloro da cui dipende. Si può anche non vedere in lui ciò che è nella realtà: un qualcuno che deve essere riconosciuto per se stesso. Ed è possibile sopprimerlo non rendendosi conto — a volte — che si uccide e si elimina un uomo dalla società. Nel caso di una tale ignoranza — spesso terrificante — è possibile allora ucciderlo perfino senza attribuirsi o addossarsene la colpa, pur uccidendo un uomo. 'Innocens sed nocens!' Ecco quindi il motivo ed il luogo dove la voce del moralista deve risuonare in modo particolarmente forte in nome dell'uomo indifeso e del Creatore che in lui tace.

L'etica deve fare ogni cosa per mettere a nudo e così eliminare il paradosso del pericolo massimo di vita delle persone da parte di aggressori pienamente pericolosi, giacché 'armati' di mancanza di senso di colpa. Lo studioso di etica deve in modo deciso uscire in difesa di coloro che pagano con la propria vita per l'ignoranza non considerata colpevole dei loro uccisori. In caso contrario l'etica negherebbe ciò a cui dovrebbe servire: il riconoscimento dell'uomo.

Quando, invece, l'uccisore sa cosa fa e, nonostante questo, fa ciò che fa contando sui privilegi che nel nostro caso ha l'assassino anonimo, oppure contando sulla non imputabilità legale del suo agire, allora l'etica deve indicare, seguendo Socrate, il principale danneggiato in tutta questa questione. Cito le parole del grande Ateniese: « È meglio essere vittima dell'uccisione che operarla ».

Non è possibile uccidere qualcuno fisicamente senza nel contempo uccidere mo-



* * *

A black and white illustration, likely a woodcut or engraving, depicting a group of men in medieval attire. The scene is set against a background of a stone wall. In the foreground, a large, ornate cross is visible. A group of men, some wearing hats and robes, are gathered around the cross. One man on the right is holding a staff or a sword. A banner at the top left reads "Dante li. lxx. co." and a small label "M" is in the upper right corner.

vato si riconduce in definitiva solamente all'unico problema antropologico per eccellenza: il non ancora nato è uomo, è questo l'« unum » necessario del nostro argomento, l'unica cosa che è necessario e sufficiente qui guardare, a cui è necessario e sufficiente pervenire.

*Consultore del Pontificio Consiglio
per la Famiglia*

Tecnologia: interrogativi della salute e dell'educazione sanitaria

L'esplosione della Centrale nucleare dell'Unione Sovietica ha destato paure, preoccupazioni e timori per la salubrità dell'ambiente e per la salute delle popolazioni di una vastità eccezionale paragonabile solo a gravissimi momenti di epidemia o di guerra che l'umanità aveva sperimentato in passato.

Proprio questi fatti ci inducono ad alcune riflessioni circa la pastorale degli operatori sanitari nei nostri tempi su un programma di lavoro che debba affrontare fatti nuovi e nuovi eventi, che ripropongono, sia pure sotto vesti nuove, archetipi e situazioni antichissime.

La pastorale della sanità è sempre stata per il mondo cristiano un punto centrale, una esperienza determinante, perchè è stata la pastorale della sofferenza.

Il mondo cristiano, che con l'esperienza di Cristo, ha messo al centro della salvezza proprio la sofferenza, ha rappresentato una novità così eccezionale per l'Uomo che è valutabile solo in termini religiosi.

Proprio l'aver messo al centro dell'esperienza dell'uomo il valore salvifico della sofferenza ha avuto ed ha un profondissimo influsso sul comportamento del cristiano verso i malati, i deboli, gli emarginati, gli oppressi.

Un comportamento che è opposto a quello che era la cultura dominante dell'epoca ed è purtroppo molto

spesso la cultura dominante anche di questi secoli.

Duemila anni di storia del Cristianesimo sono serviti a far fruttificare questa intuizione in mille esperienze diverse ma sempre significative.

Non sono riusciti, però, ad eliminare questo dato di fondo della natura umana: la tentazione sempre ricorrente di mettere il debole ai margini della società, della cultura, ai margini della vita stessa e di premiare il forte, il potente, il vincitore.

È quindi una problematica che si rinnova continuamente, una sfida che noi cristiani dobbiamo accettare e riprendere di epoca in epoca sulla base delle radici antiche ma con risposte sempre nuove, sempre adeguate ai diversi momenti storici.

Ci dobbiamo allora interrogare su come impostare una pastorale della sanità, in questo scorcio del XX secolo che porta alle soglie del 2000. E qui le problematiche e i quesiti si affollano, le domande e i dubbi senza risposta cominciano ad aumentare, a dispetto della cultura razionalistica e scientifica che credeva invece di dare risposte rassicuranti al posto della fede, *al posto* della salvezza.

Proprio il recente episodio ci ha richiamato alla mente che l'umanesimo, che pure aveva suscitato forze umane importanti, verso il governo razionale della natura ha però anche scatenato pericoli

che addirittura possono portare alla distruzione e rendono impotenti intere popolazioni, interi continenti rispetto a fenomeni che si verificano e che invece si riteneva di poter tenere costantemente sotto controllo. Non possiamo in questa sede dilungarci in una storia della pastorale della sanità attraverso i secoli trascorsi.

La breve considerazione che tentiamo di fare ha solo un valore di riflessione del passato e cioè dobbiamo constatare che rispetto al mondo antico la cultura cristiana, la fede cristiana ha voluto influire non solamente con le parole, con le predicazioni, ma con gli atti e quindi nel corso di duemila anni ha inventato e reinventato costantemente risposte per i sofferenti: parliamo sempre di risposte pastorali, di tipo assistenziale, non di quelle religiose che sono rimaste quelle di 20 secoli fa, e che consistono naturalmente nel messaggio della salvezza.

Le risposte umane, invece si sono espresse in mille modi e in tutti i campi: dalla costituzione di ordini e di luoghi per curare i malati, alle manifestazioni artistiche, alle manifestazioni di solidarietà verso la povertà, alla creazione di numerosissimi ordini, di numerosissime confraternite, tutta una serie cioè di comunità, di gruppi, di persone dedite a lenire la sofferenza, ma nel lenirla a dare ad essa anche un significato.

Questo impegno ha creato una organizzazione articolata ramificata e presente in tutti i campi tradizionali del mondo cattolico soprattutto sotto l'aspetto sanitario tanto da creare un momento quasi indissolubile tra presenza cristiana visibile nel mondo e presenza nella tutela della salute degli infermi, dei malati, degli anziani, dei vecchi, dei moribondi.

Alle soglie del '900 questo messaggio è stato recepito anche istituzionalmente dalle società moderne, le quali hanno prodotto una serie di istituzioni che si pongono a tutela della salute e di qui la nascita prima della **mutualità** per gruppi o categorie di lavoratori, e poi man mano, dell'intervento dello Stato per tutta la società.

È l'era del cosiddetto « Stato Sociale » che assume su di sé le prestazioni di tutela della salute degli infermi, degli handicappati e degli emarginati che prima erano affidate al **Volontariato** e all'iniziativa **solidaristica** e comunitaria locale, di ordini e confraternite religiose o laiche, ma sempre ispirate a valori religiosi.

In questi anni il mondo cattolico ha dunque raggiunto un traguardo, quello di vedere uno dei suoi ideali preso a punto di partenza per dei diritti civili cioè accettato da tutta la società. Questa accettazione non può che essere vista come un successo, ma a sua volta, proprio perché la storia umana è storia della salvezza, questo fatto all'apparenza tutto positivo ha le sue ombre e le sue luci e cioè pone alla cultura cristiana, al mondo cristiano, alla pastorale cristiana nuove sfide e nuovi problemi.

In particolare c'è stata quasi una sindrome da spos-

sessamento come se i cristiani vedessero nelle istituzioni pubbliche che si occupavano di sanità una struttura estranea a loro e quindi per molti decenni hanno convissuto due sistemi: un sistema privato di tutela della salute gestita spesso da istituzioni religiose e un sistema pubblico che si andava e si è andato sempre più accrescendo. Oggi il discorso è molto più aperto, è molto più incerto.

Infatti lo stato sociale basato unicamente su interventi istituzionali comincia ad avere dei costi enormi, progressivamente crescenti che non danno proporzionali risultati in termini di efficacia economica.

Ecco quindi porsi l'interrogativo per il cristiano di come intervenire anche e soprattutto di fronte alle correnti tendenze di **riprivatizzare** questi delicati settori.

Non vogliamo nel corso di questa nota programmatica approfondire specificamente questo tema: ci limitiamo a dire che proprio il problema della presenza all'interno delle strutture pubbliche di tutela della salute dei cristiani deve e può svolgersi **non concorrenzialmente** ma apportando soprattutto un diverso calore, un diverso contenuto al funzionamento di queste strutture.

Infatti oggi il grave limite di questi enormi **megasistemi** della tutela della salute è duplice: uno burocratico ed uno tecnocratico.

Da un lato quello **tecnocratico**, che pensa solamente di risolvere i problemi della salute, i problemi angosciosi della malattia, con il **potenziamento** degli strumenti, delle macchine, dei computer; dall'altro l'**incontrollabile** esplosione della spesa che tende a moltiplicare i controlli burocratici i quali



però non riescono a raggiungere il traguardo del controllo della spesa medesima anzi molto spesso raggiungono l'obiettivo di appesantire proprio gli adempimenti di chi è più bisognoso, fino a renderli quasi impossibili, e ritorcersi così contro l'intuizione iniziale di dare aiuto ai più deboli.

Il rischio è di tornare a privilegiare alcune categorie, e gravare con le sue forme non sempre umane con un sistema troppo elefantico, proprio i malati, i poveri, gli emarginati, gli anziani.

Ecco quindi che primo punto di un impegno per la pastorale nel mondo sanitario odierno consiste, secondo noi, nel reintrodurre l'Umanesimo Cristiano nelle strutture pubbliche o private che tutelano la salute.

Le forme, i metodi le tecniche quantitative sono utili, possono dare efficienza, possono servire ad organizzare reparti, turni di lavoro, bilanci, tutte cose importantissime; ma se all'interno non portiamo un contenuto e un contenuto specifico in cui scatti la molla della volontà, la scelta profonda di considerare il momento della malattia come un momento di salvezza, queste macchine burocratiche rischiano di impazzire su se stesse, di non produrre più i benefici che si attendono.

Ecco quindi uno sterminato primo compito per la pastorale sanitaria, compito che ha almeno due risvolti: uno formativo consistente nell'introdurre nella formazione del personale sanitario dei valori molto più profondi che non semplicemente quelli di pura professionalità cioè di esattezza tecnica degli adempimenti.

Infatti nel momento della mancanza della salute sono

indispensabili interventi tecnici ma è anche indispensabile creare un clima favorevole, uno slancio, un entusiasmo che superi i momenti impazziti della burocrazia o del tecnicismo.

L'altro aspetto è quello dell'educazione sanitaria. Occorre aiutare i poveri, i deboli coloro che non capiscono e che possono essere milioni di persone; che non sanno bene cosa fare di fronte a oscure minacce, come quelle della nube tossica, come quelle del disastro di Seveso, come quegli attentati molteplici che si hanno alla salute da parte di agenti tossici, di inquinamenti etc.; che non sanno, che si interrogano spaventati e chiedono lume alla scienza e non sempre l'ottengono.

Allora con un profondo sforzo di educazione sanitaria occorre dare loro al tempo stesso nozioni indispensabili sulla salute, sulla prevenzione, ma anche un nuovo profondo senso di solidarietà.

È su questi due cardini secondo noi che si deve giocare il primo momento della pastorale della sanità negli anni prossimi.

Ma abbiamo dinanzi anche altri traguardi impegnativi.

Un campo nuovo, straordinario, è quello aperto delle biotecnologie.

Le biotecnologie in sé e per sé non sono un fattore antiumano anzi, come è stato autorevolmente ricordato, biotecnologie l'uomo ne applica da secoli quando fa fermentare il vino e la birra con dei batteri. In qualche modo a quell'epoca applicava delle biotecnologie ma gli ultimi interventi in questo campo che tendono a influire sul patrimonio genetico sono interventi particolar-

mente delicati, particolarmente difficili che pongono interrogativi immensi.

Lo sforzo anche intellettuale di responsabilizzare coloro che operano in questi campi è uno sforzo, quindi, gravissimo perché come le recenti catastrofi dimostrano la scienza sta raggiungendo quei confini oltre i quali il singolo, o un piccolo gruppo, può produrre danni per tutta l'umanità, all'improvviso, in un attimo, come le antiche pestilenze, o le antiche catastrofi, ineluttabili, in cui l'uomo era impotente di fronte agli elementi.

Ecco allora che si riproduce una situazione che richiede il massimo impegno di tutti noi: impegno culturale, impegno pastorale, impegno di ciascuno nel luogo in cui si trova anche nella frontiera avanzata della scienza, in cui bisogna introdurre una riflessione sull'uso degli strumenti, dei maxistrumenti da parte dell'Uomo affinché non finiscano col distruggere l'Uomo stesso. È questa la riflessione in cui possono essere validi non limiti formali, ma limiti imposti dalla coscienza, dalla fede, dalla finalizzazione di qualsiasi atto, compreso la ricerca che deve sempre tenere al centro di tutta l'esperienza umana.

Un quarto immenso fronte dopo quello della formazione, dell'educazione sanitaria e delle biotecnologie è per noi la lotta alla fame, alla mortalità nel terzo mondo. Questo è un altro grande obiettivo della pastorale sanitaria precisando che a parer nostro esso non viene raggiunto con le modalità con cui oggi viene perseguito e cioè trasportando semplicemente la medicina occidentale in questi paesi del terzo mondo.

Questo metodo ha avuto

come effetto quello di guarire sì da certe malattie, ma poi di creare ulteriori squilibri, gravissimi, quali sono le morti per fame, la desertificazione, il rapido inurbamento di grandi masse del terzo mondo che hanno creato sconvolgimenti e violenze anche peggiori di quelle che pensavano di fermare.

Occorre favorire, invece, lo sviluppo di una cultura locale legata ai valori storici locali che faccia crescere armonicamente tutta la società nella tutela sì delle malattie, ma anche nella tutela complessiva del proprio equilibrio perché altrimenti si otterrà solo l'effetto e lo scopo di curare alcuni malanni con tecniche occidentali ma di aggravarne spaventosamente molte altre sotto il profilo dell'igiene mentale, dell'igiene e della prevenzione dell'ambiente, mettendo nel conto tragedie come quelle di Bophal nell'India e che potrebbero pericolosamente ripetersi negli anni prossimi se non ci sarà tutto il nostro impegno culturale, scientifico a far sì che questo scambio di esperienze, di tecniche, di prodotti anche della scienza e della tecnologia occidentale rispetto ad altri paesi ad altre realtà avvenga sotto una luce di umanesimo cristianamente ispirata invece che sotto mero scambio mercantile e commerciale come oggi avviene.

Ci rendiamo conto che abbiamo così delineato dei campi enormi di impegno per gli anni prossimi, campi forse che superano le forze dei singoli individui, che richiedono una collettiva e generale mobilitazione del mondo cattolico, una mobilitazione per l'anno 2000, che dovrà assumere necessariamente forme diverse.

Forse manterrà per alcuni



versi antichissime e radicate tradizioni, esperienze di pastorale sanitaria, di pastorale della sofferenza, di pastorale nella tutela dell'ambiente che sono tipiche della radice cristiana nelle quali già S. Francesco indicava lo stretto legame tra natura e uomo.

Ma richiederanno anche, probabilmente, di inventare strumenti nuovi, organismi nuovi, movimenti nuovi che sensibilizzino l'opinione pubblica e intervengano non per fatti basati su elementi puramente meccanicistico razionalistici bensì su una profonda e nuova solidarietà in cui il cammino della scienza,

il cammino della tecnica, il cammino dell'Uomo vengano riuniti e non divisi, spezzettati, frantumati come avviene oggi con i rischi che sono davanti a tutti.

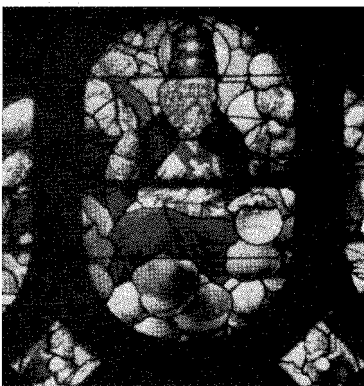
La Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari deve rispondere a tutte queste esigenze e ad altre, sanzionando così una rinnovata presenza della Chiesa per la difesa della salute dell'Uomo nell'intero Universo.

FRANCO SPLENDORI

*Professore di Statistica Medica e
Biomefria Facoltà di Medicina e
Chirurgia dell'Università Cattolica del
Sacro Cuore «Agostino Gemelli» di
Roma*

Mi sembra opportuno mettere a fuoco il rapporto che intercorre fra la sperimentazione condotta sull'uomo, le leggi e il possibile sviluppo di comitati etici nel sistema giuridico-sanitario italiano.

Un recente Convegno, tenutosi a Milano dal 23 al 25 maggio 1986, presso il «Centro Internazionale Studi Famiglia», con la partecipazione altresì della Federazione Internazionale Fatebenefratelli, ha «fatto il punto» sulle esperienze internazionali, per fornire un confronto, idee e proposte valide all'eventuale organizzazione



di Comitati Etici anche negli Ospedali Italiani.

In alcuni Paesi esistono modelli centralizzati di comitati etici nazionali che hanno la supervisione obbligatoria delle ricerche condotte sull'uomo mediante finanziamento pubblico (ad es. l'Australia: vedi il Report by the Medical Research Ethics Committee of the National Health and Medical Research Council, del 6-7 novembre 1985), o il compito di elaborare «li-

nee guida» per la ricerca clinica (ad es. Francia).

In altri Paesi, invece, da tempo sono stati attivati comitati ospedalieri di natura multidisciplinare, con lo scopo di tutelare le persone dall'utilizzazione in ricerche prive di requisiti etici (come ad es. negli Stati Uniti, ove gli Institutional Review Boards, IRBS, sono stati resi obbligatori da parte del Dipartimento per la salute, l'educazione ed il benessere del Governo).

In Italia non esistono — attualmente — che sporadiche iniziative a livello locale, soprattutto correlate alla ri-



cerca farmacologica clinica a carattere innovativo.

Vale la pena di ricordare, peraltro, che alcuni ricercatori italiani partecipano all'attività del Comitato di revisione etica europeo, il quale da 9 anni pratica una verifica sotto il profilo etico dei protocolli di ricerca clinica che — spontaneamente — vengono sottoposti per un giudizio preliminare da parte o di singoli ricercatori, o di industrie farmaceutiche.

La sperimentazione clinica sotto il profilo etico-giuridico

Sotto il profilo giuridico, il problema si presenta sotto una duplice angolazione:

a) della posizione etica e giuridica in cui si trova colui che si sottopone all'esperimento;

b) del profilo etico-giuridico che assume lo sperimentatore nei confronti di colui che è sottoposto all'esperimento.

I principi giuridici che si incontrano sono sostanzialmente quattro:

1) diritto alla «tutela della salute»;

2) diritto alla «integrità fisica» e correlato diritto alla «disponibilità del proprio corpo»;

3) diritto all'accettazione-rifiuto consapevole (consenso informato);

4) definizione del rapporto sperimentatore-soggetto sottoposto sotto l'aspetto civilistico e penalistico.

In forma molto sintetica, mi propongo di esaminare la natura di questi diritti e le conseguenze che ne derivano per il problema che ci interessa.

1) Il diritto alla «tutela della salute»

Il diritto alla «tutela della salute») si è sviluppato, nella società moderna, in forma

sempre più estesa e giuridicamente vincolante.

Anche nel nostro Paese, derivandone i fondamenti dall'articolo 32, primo comma, della Costituzione, il concetto di salute come «fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della comunità» si è espanso sino a comprendere non solamente lo stato di ((integrità fisica) ed il relativo principio di diritto, che tutela la persona sotto il profilo di un valore essenziale, ma a ricomprendere anche lo «stato di benessere» collegato ad un'armonia di espressione fra i fattori individuali (età, malattie, sesso, eccetera) e fattori ambientali e sociali.



La controfigurabilità della salute come «diritto soggettivo» strettamente inerente alla persona è ammessa in modo sempre più aperto ed esplicito anche sul piano giurisprudenziale.

In ogni caso va affermato che questa «tutela» non rappresenta un diritto della comunità, ma un interesse della stessa.

Occorre riconoscere — inoltre — che «salute individuale» non strettamente si identifica con «integrità fisica individuale»: vi è una gerarchia di valori che pongono (da tempo) la salute come preminente sull'integrità: ad esempio il sacrificio della parte a vantaggio del tutto

(purché tale sacrificio sia obiettivamente necessario) è principio che, nell'ambito dell'individuo, si applica dall'inizio della pratica chirurgica.

L'evoluzione della normativa, in parallelo con il variare del «sentimento comune» ha messo in evidenza che, a condizione che non venga disatteso il valore della «salute», il principio dell'integrità fisica non è inviolabile ma può subire rilevanti attenuazioni anche ove non ricorra un bene diretto ed immediato per la salute del soggetto: ma un «bene traslato» (psichico, affettivo, morale, eccetera), per di più se inquadrabile nel principio di solidarietà



sociale.

Ma la preminenza del principio di solidarietà su quello della tutela della integrità fisica non può debordare dai limiti dovuti al rispetto della persona umana, incidendo sull'integrità fisica dell'individuo in mancanza del consenso. In questa fattispecie può inquadrarsi anche l'attività di «sperimentazione» scientifica, cui non può negarsi il fine di solidarietà sociale (se correttamente imposta) ma che a sua volta, comportando rischi potenziali per l'integrità fisica del soggetto, deve sottoporsi alla previa manifestazione del consenso di colui che è sottoposto all'esperimento. Così

impostato il ragionamento, è possibile esaminare alcuni aspetti più specifici dei due «punti chiave»: la «disponibilità del proprio corpo» (come principio speculare al diritto all'integrità fisica) e la tematica giuridica del «consenso informato».

2) La disponibilità del proprio corpo

Di per sé il principio della «disponibilità» del proprio corpo a fini di progresso scientifico e di utilità per la comunità sembra così scontato, che tutte le norme etiche e giuridiche si preoccupano solo di contenerne i limiti: in tal modo rafforzano il principio generale della disponibilità, ma fissano norme di garanzia affinché non vengano lesi diritti imprescindibili della persona.

Nel diritto italiano, questo è valido:

a) per l'articolo 50 del codice penale, sul «consenso dell'avente diritto», che sancisce la disponibilità non certo della vita (l'omicidio del consenziente è punito a norma dell'articolo 579 del codice penale), ma della incolumità e sanità personali attribuendo efficacia discriminante al consenso del soggetto passivo qualora la lesione non offenda altri interessi del pari non disponibili;

b) per l'articolo 5 del codice civile ove gli atti di disposizione del proprio corpo sono non punibili in assoluto, ma rigorosamente disciplinati;

c) per l'articolo 728 del codice penale, sul ((trattamento idoneo a sopprimere la coscienza e la volontà altrui)), ove appare chiaramente prevista la efficacia discriminante dello «scopo scientifico» (oltre che di «cura»);

d) nei disposti sulla registrazione delle specialità medicinali (articolo 162 del testo unico sulle leggi sanitarie; articolo 14 del regio decreto 3 marzo 1927, n. 478) ove l'obbligo che la domanda di registrazione sia corredata dalla idonea documentazione della sperimentazione scientifica clinica costituisce l'ammissione che la sperimentazione clinica sull'uomo è indispensabile.

Infine va ricordato che lo stesso articolo 32 della Costituzione, secondo comma, è stato formulato proprio in previsione della necessità della sperimentazione sull'uomo, ma con l'intendimento di vietare esperimenti scientifici sul corpo umano che non siano volontariamente accettati dal paziente (fissando cioè il principio della inammissibilità etico-giuridica della «cavia umana»)), con esclusione tuttavia dei trattamenti sanitari che siano resi obbligatori per legge nell'interesse pubblico, sempre che non siano violati i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

Ciò premesso, è però vero che il ((principio) della disponibilità del proprio corpo ha limiti diversi a seconda delle circostanze.

È necessario puntualizzare le diversità esistenziali fra contenuti di «sperimentazione biologica e non terapeutica» sull'uomo e contenuti di «sperimentazione clinico-terapeutica»; nella prima non ricorrendo alcun interesse personale attuale o futuro del soggetto passivo dell'esperimento; nella seconda ravvisandosi un interesse personale, per lo più diretto ed in atto, ma talvolta anche a distanza, del soggetto stesso (rimanendo ovviamente implicita la possibilità di una generalizzazione ad altri

della utilità conseguita).

Non si può negare, in assoluto, che le diverse finalità che danno luogo alla classificazione spesso risultino fra loro correlate ed interdipendenti; ma è sembrato utile in dottrina e soprattutto nell'applicazione medico-legale insistere nella distinzione, poiché notevolmente diverse sono le conseguenze derivanti.

Quando viene meno l'interesse personale e diretto del soggetto passivo, la disponibilità (da parte di quest'ultimo) del proprio corpo a fine sperimentale appare disciplinata da alcune norme legislative che limitano in misura rilevante la «portata» dell'articolo 50 del codice penale sul consenso dell'avente diritto.

In definitiva, l'esperimento «scientifico» o «biologico» o «non-terapeutico» sull'uomo sarebbe da ritenere giuridicamente illecito, e l'operatore potrebbe risponderne in sede penale (eventualmente, con la circostanza attenuante prevista dall'articolo 62, numero 1, dell'aver agito «per motivi di particolare valore morale e sociale»), nei casi seguenti:

a) quando venga espletato senza (o perfino contro) il consenso del soggetto passivo od ove tale consenso risulti «non valido» per incapacità naturale o legale o perché estorto con violenza, minaccia o suggestione o carpito con inganno;

b) nonostante il valido consenso del soggetto stesso: se sia contrario «alla legge», «all'ordine pubblico», o al «buon costume»;

c) qualora produca «una diminuzione permanente della integrità fisica» (espressione da intendersi, a nostro parere, in senso lato, comprensivo pure dell'«integrità psichica»), cioè una menoma-

zione dell'integrità personale non solo a carattere «permanente» — nell'accettazione medico-legale corretta del termine — ma anche con riflessi funzionali dannosi ed apprezzabili;

d) ove — a prescindere da ogni danno permanente e di cui sopra — dal fatto derivi una fenomenologia di natura od entità tale da realizzare (nella valutazione penalistica) un delitto di lesione personale punibile non a querela dell'offeso, bensì d'ufficio: quindi nell'ipotesi «dolosa» (quanto mai rara, invero, nella pratica sperimentale) una malattia che superi il decimo giorno; in quella «colposa», una malattia che superi il quarantesimo giorno; in entrambe le ipotesi, una malattia che metta in pericolo la vita oppure un'incapacità d'attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai quaranta giorni od infine (se la persona offesa è una donna incinta) l'acceleramento del parto o l'aborto non voluto.

Invece, nel caso in cui ricorra l'interesse personale e diretto (ossia, l'esperimento risulta promosso dal fine di un vantaggio tangibile per la vita, per la salute o per l'integrità del soggetto passivo), la disciplina di cui all'articolo 5 del codice civile e del delitto di lesione punibile d'ufficio, non appare più vincolante. Cioè, quando si ravvisi la giusta causa di ordine sanitario (identificabile ma non sempre — si pensi ad esempio, alla sperimentazione nell'ambito della chirurgia estetica — con lo «stato di necessità»), è consentito superare i limiti sinora discussi; anzi, il pericolo attuale di un danno grave alla persona (specie se di morte), non altrimenti evitabile, rende a volte superfluo perfino il

consenso dell'avente diritto, qualora — ben inteso — il «fatto sia proporzionato al pericolo medesimo».

In eventualità del genere, quindi, il preminente e contingente interesse «clinico» («terapeutico» o meno) consente ampie possibilità di azione sperimentale, soprattutto se il «caso» appaia non diversamente trattabile: però, dovranno comunque essere rispettate — da parte dell'operatore — quelle premesse fondamentali di natura etica sopra accennate, la violazione delle quali potrà agevolmente realizzare una condotta professionale non solo censurabile sul piano deontologico, ma anche giuridicamente illecita.

3) Il «consenso informato»

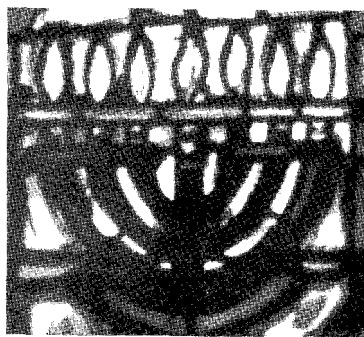
Il diritto all'accettazione-rifiuto consapevole (consenso informato) deriva, nella materia in esame, dallo stesso diritto all'integrità fisica che si impone, per la sua forza, a qualsiasi altro interesse generale (e costituzionale) del rispetto della persona umana. Il «consenso» permette di porre in atto il diritto alla disponibilità del proprio corpo, sia pure nei limiti oggettivi innanzi ricordati, e permette anche in presenza di causa di solidarietà sociale di alto valore, di spingere il principio della disponibilità sino al limite della diminuzione permanente della integrità fisica come nel caso del trapianto fra viventi.

La questione se il consenso informato sia necessario anche di fronte alla «sperimentazione terapeutica» deve essere risolta affermativamente nella fase farmacodinamica (cioè iniziale e con alto margine di imprevedibilità del risultato), ma la necessità di un esplicito consenso informato

subisce molte attenuazioni nella fase di «sperimentazione allargata» (o generalizzata secondo Polli), ove il quoziente di imprevedibilità del risultato, o di rischio, è molto limitato, proprio per effetto del superamento delle fasi sperimentali precedenti.

L'ipotesi di un ((consenso presunto)) può valere solo nel caso di necessità, allorché la drammaticità delle situazioni impone il rapido agire: deve ricorrere, come già è stato detto, il pericolo di un danno grave alla persona non evitabile con i trattamenti terapeutici già noti (o perché inesistenti, o perché inefficaci) ed allorché si ritenga, con elementi di fondatezza, che i rischi della sperimentazione siano inferiori ai potenziali benefici per via diretta per il paziente; e solo in via mediata anche per il progresso della scienza medica.

Il principio del «consenso informato», sviluppato soprattutto dalla giurisprudenza anglosassone, comporta la definizione dei limiti della sua spontaneità (requisito di libertà nei confronti di coercizione, istigazione, pressione od anche suggestione) e



della consapevolezza dei contenuti verso i quali è stato offerto: in caso contrario, si produrrebbe la circostanza del «vizio di volontà» del soggetto, e di riflesso potrebbero determinarsi gli estremi del dolo dello sperimentatore se le informazioni erogate

fossero intenzionalmente reticenti o false.

Infine, va ricordato che il «consenso informato» nella espressione giuridica così piena, può venire a conflitto con «tecniche sperimentali» che sotto alcuni aspetti potrebbero rendersi necessarie per far assurgere la prova a dignità scientifica. Ciò vale soprattutto per le sperimentazioni condotte secondo schemi di randomizzazione, con somministrazione di farmaco o di placebo e mediante accesso al protocollo del tutto casuale, secondo il metodo del «cieco semplice» o del «doppio cieco».

Queste prove possono rendersi necessarie allorché i margini di efficacia del trattamento sono difficilmente definibili. Il consenso informato può oggettivamente essere un ostacolo all'impiego di queste tecniche, che dovrebbero superare il soggettivismo delle valutazioni del risultato: e poiché il «malato» difficilmente darebbe il suo consenso in un esperimento nel quale egli, bisognoso di trattamento, sa che potrebbe anche, casualmente, rientrare nel gruppo dei «non trattati».

Molti ricercatori clinici rifiutano a priori questo tipo di confronto fra «farmaco» e «placebo» impostando l'esperimento sul binomio «farmaco sperimentale», «farmaco già noto» il che è tutt'altra cosa sul piano etico ed anche giuridico, pur presentandosi egualmente i problemi del «consenso informato».

4) Etica professionale della sperimentazione sull'uomo

Ai principi giuridici innanzi ricordati fanno riscontro, in modo si direbbe speculare, i principi etico-deontologici

che si applicano allo «sperimentatore».

Negli ultimi decenni sono stati elaborati documenti precisi, e si è sviluppata in parallelo, una profonda attività di ripensamento sulla «eticità» dei procedimenti sperimentali condotti sull'uomo: ne fa testimonianza il codice medico di Norimberga (1947); la «Dichiarazione di Helsinki» (approvata alla 18° assemblea medica mondiale nel 1964); la Carta di Venezia (1969) relativa alla sperimentazione farmacologica sull'uomo; la Carta del malato in ospedale (adottata dal Comitato ospedaliero per la Comunità economica europea nel 1979) ed altri documenti ancora.

Inoltre, i codici di deontologia medica delle associazioni nazionali di pressochè tutti i Paesi, contengono norme esplicite a tutela dei diritti della persona nel corso di sperimentazioni terapeutiche o non terapeutiche.

Dall'insieme di questi documenti, si può concludere che, sul piano etico-deontologico, la materia è ben «codificata»). Ovviamente, ciò non impedisce la possibilità di violazione delle norme etiche e deontologiche: ed è proprio per questo motivo (e per taluni ricorrenti abusi peraltro rari), che vengono proposte modalità per un più incisivo controllo pubblico sulla sperimentazione clinica dei farmaci, come in generale per ogni sperimentazione riguardante l'uomo.

I COMITATI ETICI, LA SPERIMENTAZIONE CLINICA E LA TUTELA DEI DIRITTI DEL MALATO.

È opportuno avvertire che anche nella società italiana (e

di conseguenza nel Parlamento italiano) va aumentando la riflessione sui *Comitati Etici* destinati a rappresentare una delle modalità di tutela della persona nei riguardi della sperimentazione clinica.

Questa maggiore riflessione si individua sia in progetti legislativi riguardanti i farmaci, sia in progetti diretti alla più ampia specificazione dei «diritti del malato».

Infine, è da segnalare — in sede regionale — l'emanazione di alcune norme procedurali concernenti la sperimentazione clinica nell'ambito territoriale di competenza (v. legge regionale Toscana del 25 agosto 1978, n. 59).

Su questi argomenti mi intratterò brevemente.

Nel disegno di legge n. 269 presentato al Senato il 26 ottobre 1973, dal titolo «Norme sulla sperimentazione clinica di prodotti farmaceutici», (Sen. BOMPIANI ed altri) per la prima volta nella normativa italiana è prevista per legge l'acquisizione del «consenso informato» del paziente secondo le norme internazionali.

Si propone la istituzione, inoltre, di una «Commissione» locale che deve accertare la concreta *fattibilità* della sperimentazione proposta, secondo il programma di ricerche approvato. Ogni responsabilità, tuttavia, è lasciata allo sperimentatore. Si deve rilevare, peraltro, che nessun prodotto può essere sottoposto a sperimentazione clinica, secondo la normativa italiana, se non ha superato il vaglio di due Commissioni ministeriali per un giudizio preliminare di «innocuità».

Nel disegno di legge, ancora in fase di allestimento riguardante la «Tutela dei diritti del malato» (Sen. BOMPIANI ed altri) si prevede —

invece — l'istituzione presso i grandi ospedali polispecialistici di un Comitato etico, che potrà essere interessato alla sperimentazione clinica dei farmaci, ma anche ad ogni altro problema di assistenza che presenti rilevanti aspetti etici.

Compito specifico del Comitato è quello di esprimere pareri non vincolanti sulla sperimentazione e su quegli atti medici che si presentano ricchi di valenze etiche o di implicazioni religiose e che rendono, per tanto, particolarmente problematico il momento decisionale.

Per quanto attiene, in particolare, alla sperimentazione si precisa che è fatto obbligo allo sperimentatore di acquisire, in via preliminare, attraverso il Direttore Sanitario del presidio di spedalità in cui viene svolta la ricerca, il parere del Comitato Etico.

In caso di parere negativo, lo sperimentatore può egualmente avviare il suo studio dandone però opportuna conoscenza al paziente e riportando, inoltre, l'avviso contrario del comitato sia nei protocolli sperimentali che in eventuali comunicazioni scientifiche.

È diritto del paziente non accettare o interrompere in qualsiasi momento la sua partecipazione alla sperimentazione.

Compito del Comitato è, inoltre, quello di raccogliere direttamente le segnalazioni dei malati o dei loro familiari inerenti la salvaguardia dei loro diritti e di sollecitare, in tal senso, la Direzione del presidio di spedalità, collaborando con essa, particolarmente nella fase istruttoria.

I Comitati possono inoltre proporsi sul piano culturale come momento di incontro per studi e dibattiti.

Questi gli elementi essenziali della proposta.

Nella legge 25 agosto 1978, n. 59 della Regione Toscana, concernente lo «Studio del farmaco sull'uomo», è prevista una formale autorizzazione amministrativa alla sperimentazione stessa.

Inoltre, è istituita presso i Tre Policlinici Universitari della Regione Toscana (Firenze, Siena, Pisa) una Commissione consultiva che deve rilasciare **parere** sulle richieste di autorizzazione clinico-farmacologica.

La Commissione, composta da 4 «tecnici» e da 1 «laico», deve valutare i seguenti elementi:

a) opportunità della sperimentazione e adeguatezza delle scelte metodologiche di indagine in rapporto alle esigenze degli enti di cui all'articolo 1 della presente legge;

b) competenza del personale ed idoneità dei locali e delle attrezzature a disposizione degli sperimentatori;

c) grado di rischio per i pazienti e per i terzi.

Il parere positivo può essere subordinato a particolari condizioni o cautele.

Nel parere possono inoltre essere indicati altri diversi reparti in cui condurre la sperimentazione e possono essere avanzate proposte rivolte alla Giunta regionale, relative all'estensione della sperimentazione ad altri enti, limitatamente a quelli previsti all'articolo 1, allo scopo di consentire più approfonditi controlli sull'esito della sperimentazione.

La Commissione nel corso della sperimentazione può richiedere verifiche o informazioni all'ente o ai proponenti la sperimentazione. Deve inoltre segnalare alla Giunta regionale i dati relativi alle sperimentazioni effettuate nella zona di competenza e le

proprie istruzioni in proposito. La Giunta può chiedere alla commissione relazioni su tali punti e pareri comunque attinenti la materia. I protocolli della sperimentazione devono poter essere resi pubblici e a tal fine si ritiene acquisita l'autorizzazione del paziente attraverso il consenso alla sperimentazione.

In definitiva, la Commissione funge in qualche modo anche come «Comitato etico», assicurando soprattutto la «pubblicità» delle procedure.

Conclusioni

Inizia, anche in Italia, la riflessione giuridico-legislativa sui Comitati Etici.

I «modelli» proposti sono ancora molto diversi, e non vi è uniformità di vedute sul ruolo che tali comitati potranno svolgere.

Al di là delle opinioni che ciascuno potrà farsi sull'argomento, credo si possa sostenere che ogni progetto di ricerca, per essere accettabile sotto il profilo etico, deve anzitutto essere scientificamente valido. Peraltro la definizione medica innovativa spesso è delicata nelle varie zone di confine (borderline).

Si deve riconoscere che, talvolta, procedure che non hanno beneficio diretto per il soggetto, ma possono averlo sicuramente per altri soggetti, sono intraprese senza un sufficiente approfondimento di tutte le implicazioni connesse alla libertà e alla salute del soggetto sperimentale. Infine, anche la valutazione del criterio rischio/beneficio non è — di frequente — condotta mediante una quantificazione precisa dei termini.

Questi ed altri motivi ancora, sono alla base della utilità dei Comitati etici, che

debbono valutare serenamente tutte le implicazioni connesse con l'esperimento.

Secondo il citato «Rapporto» del Comitato di ricerca dell'etica medica del Consiglio Nazionale della salute e delle ricerche mediche australiano, i Comitati etici per la ricerca possono offrire i seguenti benefici:

1) per il paziente: protezione dal danno fisico, protezione della confidenzialità, assicurazione del consenso libero e informato, sostegno nelle possibili implicazioni legali;

2) per il ricercatore: una certificazione di esperienza e competenza, un esplicito permesso di procedere alla ricerca; una protezione almeno parziale rispetto alla posizione legale;

3) per l'istituzione: una protezione della propria buona reputazione.

Inoltre i Comitati hanno un preciso effetto educativo:

— per ricordare al ricercatore il dovere di considerare i diritti umani

— per richiamare le linee-guida nazionali e locali inerenti la ricerca

— per promuovere la adozione di validi protocolli di ricerca

— per stimolare i membri degli stessi Comitati ad approfondire i problemi etici dei nuovi campi di ricerca

— per assicurare che la ricerca non sia inibita, ma stimolata.

Da molte parti si fa presente l'opportunità che l'accesso del ricercatore al Comitato etico sia stimolato, ma non imposto: questa sembra la linea di responsabilità, che ha dato sino ad ora i migliori frutti.

PROF. SEN.

ADRIANO BOMPIANI

*Senatore della Repubblica italiana,
Professore Ordinario
della Clinica Ostetrica e Ginecologica
dell'Università Cattolica, Roma*



samuel propheta



dauid rex israel



iohannes euangelista



Un medico Santo: Giuseppe Moscati

Quando era in vita, Giuseppe Moscati era già chiamato, dalla gente di Napoli, «Il dottore santo». La Chiesa ha solennemente confermato questa voce popolare proclamandolo beato nel 1975 e santo il 25 ottobre 1987.

Un medico, un laico sale così — come si dice — alla gloria degli altari a far compagnia ai grandi fondatori di ordini religiosi ospedalieri.

La particolarità di Moscati — secondo quanto scrivono di lui i biografati — non sta tanto nella sua serena testimonianza della fede in ogni occasione e senza alcun timore, né nelle sue pratiche religiose e devozionali, quanto nell'aver luminosamente dimostrato che la stessa professione medica è un esercizio di vita religiosa. Egli trasformò così una professione di pur grande valore sociale quale è quella del medico, in una missione, caratterizzata non soltanto da «parole buone» ed edificanti prese dal linguaggio religioso, ma dalla totale dedizione all'uomo che egli incontrava sul suo cammino professionale. Per questo aveva scelto la professione medica: per stare vicino a chi soffre. Ma anche qui c'è un di più, un salto di qualità che solo un amore eccezionale può far fare: quello di sapersi inchinare di fronte alla maestà di ogni singola anima.

Tutti gli riconoscevano la straordinaria capacità di fare diagnosi rapidissime e sempre giuste e precise. Crediamo che, a differenza di altri medici, che si fermavano ai sintomi somatici, egli avesse intuizioni più profonde che lo mettevano in comunicazione diretta con quello che lui scherzosamente chiamava «la padrona di casa» e cioè l'anima del paziente.

La vita di Moscati è breve: appena 47 anni. Nato il 25 luglio 1880 a Benevento, morto improvvisamente a Napoli il 25 aprile 1927 a metà di una densa e dura giornata di lavoro come tutte le altre, cominciata all'alba con la messa e la comunione, proseguita con le visite all'Ospedale degli Incurabili, di cui era primario dal 1919, un'ora di insegnamento all'Università e quindi, dopo un pasto frugale, visite mediche nel suo studio, visite che per i poveri erano gratuite, quando non accompagnate, nei casi di miseria, da una somma di danaro.

Avrebbe potuto, da quell'eccellente scienziato che era, curare di

più la sua carriera universitaria, ma non volle abbandonare, per essa, il contatto vivo con la gente comune. E tuttavia è autore, in campo universitario di 32 studi, ottenne due libere docenze e partecipò a congressi internazionali di fisiologia. La sua preoccupazione all'Università, era quella di formare dei medici che potessero esercitare la loro professione come una missione.

«Il dolore — scrisse una volta — va trattato non come una contrazione muscolare, ma come il grido di un'anima, a cui un altro fratello, il medico, accorre con l'ardenza dell'amore, la carità, occupandosi del corpo e dello spirito, senza limitarsi alle fredde prescrizioni da inviare al farmacista»).

«Beati noi medici — scriveva ancora — tanto spesso capaci di allontanare una malattia, beati noi se ci ricordiamo che oltre i corpi abbiamo di fronte delle anime immortali, divine, per le quali urge il precetto di amarle come noi stessi».

Le biografie raccontano molti episodi in cui risplende questa «beatitudine» del medico. Conosceva a perfezione tutte le viuzze e i vicoli della parte vecchia di Napoli dove, per la maggior parte si trovavano i suoi più poveri amici e vi si aggirava con una sicurezza che sorprende chi era con lui.

E nell'ambiente professionale, nel quale in quegli anni prevalevano atteggiamenti di positivismo e di ateismo dichiarato, la sua franca testimonianza di fede cristiana otteneva sempre il massimo rispetto.

Quando, presenti gli studenti, iniziava una autopsia, davanti al cadavere si faceva il segno della croce.

Nella sala anatomica aveva voluto mettere un crocifisso con la scritta: «Io sarò la morte tua, o morte»)). Quando chiamò i colleghi e i giovani studenti ad inaugurare la sala, un medico, in seguito, raccontò: «Noi eravamo stati invitati a rendere omaggio a Cristo, alla Vita che tornava, dopo troppa lunga assenza, in quel luogo di morte».

Medico dunque per vocazione fin dalla giovinezza, Moscati dimostra che la santità può stare nel mondo, nella vita comune, nel lavoro, nella professione, senza subire adattamenti riduttivi ma ardendo quietamente come una luce nella notte.

Dr. GIOVANNI FALLANI
Direttore dell'Agenzia S.I.S.



testimonianze



*la depressione, problema
del nostro tempo*

*la 40^a assemblea mondiale
della sanità*

*la commissione episcopale
per la sanità in Madagascar*

*istituto universitario per
la pastorale della salute
in Spagna*

La depressione, problema del nostro tempo

62

L'ASSOCIAZIONE: « CRISTIANI IN PSICHIATRIA »

Psichiatria e igiene mentale, un problema planetario

Via via che i problemi fondamentali quali le malattie della nutrizione, le malattie infettive, l'igiene generale stanno per essere superati, l'igiene mentale appare come un fattore importante in tutte le società. Questa preoccupazione che ha radici di ordine medico, concerne molti campi: psicologia, sociologia, cultura sono coinvolte nel dramma delle turbe mentali.

Una riflessione cristiana

Nel 1947, sette cappellani si sono uniti con P. Auguste Besnard è il Dottor Suzy Rousset rispettivamente cappellano e primario dell'ospedale psichiatrico di Rennes per gettare le basi di un'associazione di cappellani di ospedali psichiatrici. La pastorale dei malati di mente presenta problemi delicati; bisogna imparare ad avere relazioni profittevoli con i malati spesso così mutevoli, bisogna conoscere i malati e le malattie.

Ma molto presto si è visto che bisognava unire in quest'associazione tutti gli operatori sanitari degli ospedali psichiatrici e che bisognava instaurare una seria riflessione cristiana sui problemi, numerosi e delicati, posti dalla malattia, attraverso le cure e le dottrine elaborate dai medici psichiatri e psicanalisti sulla malattia mentale.

E per questa ragione che i sacer-

doti, i religiosi e il personale curante (medici, infermieri, assistenti sociali, psicologi) impegnati in psichiatria, sentono il bisogno di riflettere e studiare insieme. Questo è lo scopo che si è prefissa l'associazione francese « Cristiani in salute mentale » fondata nel 1947. Quest'associazione è legata organicamente alla filiale « Salute » dell'Episcopato francese. Questa riuniva all'inizio i cappellani degli ospedali psichiatrici. In seguito le religiose si riunirono tra loro e infine tutti gli operatori sanitari cristiani o gli interessati ai problemi cristiani proposti dalla malattia mentale vennero ad ingrossare le fila dell'associazione. Essa infatti, è aperta alle confessioni cristiane nel loro insieme: la composizione del direttivo lo dimostra.¹

Questo gruppo di cristiani ha seguito passo per passo l'evoluzione della psichiatria e della pastorale che la concerne. I temi presi in considerazione ne sono l'esempio: il senso di colpa, l'umanizzazione degli ospedali, la sessualità, il suicidio, psicoterapia e libertà degli individui, l'apostolato ecclesiastico, ecc. L'antropologia cristiana con le esigenze etiche che ne derivano animano costantemente queste ricerche. L'associazione si è dotata dei mezzi necessari per realizzare gli scopi prefissi. Organizzare ogni due anni delle sessioni nazionali per riflettere sulle questioni enumerate. Ha fondato anche una rivista: *Présences* et perspectives en *santé* mentale; nell'ottobre 1980 è stato pubblicato il 103° numero. Periodicamente ci sono riunioni di formazione per i nuovi cappellani. Diverse regioni pastorali organizzano ogni anno giornate a livello regionale.

Su iniziativa di uno dei suoi fondatori, il P.A. Gebus, una sessione internazionale si realizza regolarmente nella città simbolo di Strasburgo.² Il 5° congresso internazionale ha avuto luogo a Strasburgo dal 15 al 19 settembre 1986.

A questi congressi internazionali si sono iscritti rappresentanti di nove paesi d'Europa che hanno studiato i grandi temi della psichiatria. Specialisti di fama danno ai congressisti insegnamenti molto utili.

I soggetti più importanti presi in considerazione sono stati innanzitutto la vita religiosa dello psicotico. Questo soggetto non era mai stato oggetto di ricerca. È stata lanciata una grande inchiesta. Su 7000 questionari distribuiti in diversi paesi ci sono state 500 risposte che hanno permesso di farsi un'idea sulle difficoltà della vita religiosa dei malati psicotici.

La psicanalisi e la fede sono state l'argomento di un'altra sessione. Soggetto delicato che suscita sempre grande interesse. Ci sono degli

psicanalisti che si arrogano il diritto di giudicare tutto, per i quali la psicanalisi è una filosofia, e altri più vicini alla realtà che lasciano la psicanalisi nel suo campo: la psicologia.

I due ultimi congressi hanno tentato di dare una prospettiva cristiana ai grandi interrogativi di oggi: « L'uomo problema dei nostri tempi » e « La depressione, problema dell'uomo dei nostri tempi ». (La seconda parte di questo testo dà un resoconto dettagliato della sessione del 15-19 settembre 1986). La sessione precedente è stata di estrema importanza: ha stabilito i principi di antropologia cristiana come base di giudizio sui malati mentali e sui trattamenti di questi malati. Il malato considerato come un uomo, un uomo redento da Gesù Cristo e che ha un destino eterno è diversamente giudicato e curato.

A questi congressi si iscrivono da 150 a 200 operatori sanitari (cappellani, medici, infermieri e psicologi) e sempre hanno un grande prestigio.

Una sessione recente sulla depressione

Il problema della crescente importanza della depressione nelle nostre società ha giustificato un incontro dal 15 al 19 settembre 1986.

La depressione, conosciuta fin dai primordi dell'umanità, è descritta abbondantemente nei trattati di psichiatria. Sotto questo vocabolo sono raggruppate sofferenze d'intensità e di etiologia diverse, dalla grande psicosi melanconiche alle depressioni nevrotiche e a quelle legate a turbamenti di origine diversa come la vecchiaia o le malattie gravi e dolorose (cancro, ecc.).

Progressi e limiti della medicina

Da 40 anni la medicina ha messo a punto dei trattamenti medici o psicoterapici che mostrano grandi progressi. Tuttavia il fenomeno della depressione non è monopolio della medicina, anzi siamo lungi da ciò; gli insuccessi terapeutici non sono rari.

Non siamo dunque in parte di fronte ad un enigma esistenziale, vedi spirituale?

Il materialismo ambientale

È un'affermazione facile ... malgrado ciò ... risultati alla mano, il Professor Staehelin di Zurigo, propone una vera crociata, essendo, a suo avviso, molti dei depressi vittime dell'ondata di materialismo che ci sommerge. Egli ha messo a pun-

to un metodo di cura che attinge dallo Zen, dal rilassamento di Schultze e dagli esercizi di Sant'Ignazio uniti all'attività fisica per invigorire il corpo, ad invocazioni pie, poetiche ritmate e a tempi di ascolto musicale.

Su un altro piano il professor Lukas, seguendo il suo maestro Frankl, cerca di ridare un senso alla vita di questa folla di giovani depressi, vittime di una vita materiale troppo facile o indifesa ma affascinati dall'esuberanza dell'ambiente; desiderano avere ma non sanno essere. Tutta l'arte del terapeuta consiste nel fargli scoprire che la vita aspetta qualche cosa da loro.

Esistono differenze secondo le religioni?

Un'altra interessante ricerca è lo studio comparato delle depressioni e dei suicidi in funzione della religione predominante in una società, in un gruppo.

Il nobile faccia a faccia dei protestanti ha forse per prezzo un maggiore rischio depressivo o di suicidio, a giudicare dai rigorosi studi sociologici (Dr Prinz). La direzione pastorale, la confessione, la dinamica del perdono presso i cattolici sarebbero più rassicuranti. Il vissuto della colpa, i deliri melanconici sono un po' differenti tra le confessioni cristiane. Ulteriori differenze per il depresso ebreo. Anche il Talmud e l'attitudine delle comunità ebraiche offrono delle particolarità (Dr Jablon).

Uno schema più vasto è tentato da coloro che intravedono le modalità delle depressioni in funzione delle grandi categorie di sistemi sociali e religiosi: 1) Società animistiche, politeistiche. 2) Monoteistiche a forte coesione di gruppo. 3) Monoteistiche individualiste. 4) Tecnologiche individualiste (Dr Mousaoui).

Questo affresco sociologico della depressione va di pari passo con lo studio storico, con le sue tre componenti, eredità del passato: punto di vista medico, organico, sostenuto dal tempo di Ippocrate; punto di vista filosofico (vedi Seneca o Cicerone) che sfocia nella direzione della coscienza poi nelle psicoterapie; punto di vista religioso promosso dal cristianesimo: l'«acedia» degli eremiti non ha forse delle reviviscenze moderne (Dr Hubert)?

I fondamenti biologici della depressione.

Ma uno studio generale sulle depressioni non potrebbe fare a meno dell'apporto considerevole della neurofisiologia, della neurochimica

e della genetica. In questa assemblea di Strasburgo il P. Kammerer ha ricordato le ipotesi attuali fondate notoriamente sui neuro-mediatori intersinaptici. Egli ha messo in guardia contro le illusioni in nome delle quali si vorrebbe fare a meno dei farmaci, anche nei grandi depressi, a rischio di lasciarli soffrire, deperire e perfino di vederli suicidarsi.

Forze morali e fede in pericolo. Una pastorale appropriata.

L'abbattimento delle forze morali e psichiche nel melanconico fa perdere, qualche volta, a quest'ultimo il contenuto emozionale, personale della sua fede (P. Hohle). L'antico fondamento della sua devozione è certamente un freno in questo naufragio passeggero; ma la forza della depressione può annientare tutto. Da ciò l'importanza per il pastore e per le persone del suo ambiente di conoscere bene questi fenomeni e di saper lasciare agire le cure mediche prima di riprendere il dialogo. A partire da tutte queste conoscenze di cui la sessione ha fatto una panoramica, il ruolo del sacerdote (o dei pastori in generale) di fronte al depresso appare più specifico. L'apporto di un cappellano francese e di uno italiano, esperto canonista alla Rota Romana per di più, — i Reverendi Jardiné e Paolo — più quello di una équipe di infermieri psichiatrici, hanno permesso di delineare meglio le modalità dell'assistenza pastorale. Ecco i 5 punti ritenuti essenziali:

- Che tipo di incontro, di compassione intelligente adottare?

- Non utilizzare il sacramento della confessione che in caso di colpevolezza.

- Saper analizzare il senso di colpa del paziente.

- Importanza dell'immagine di un Dio-padre — in riferimento a quello scritto nella storia del depresso.

- Il senso della sofferenza di quest'ultimo.

Tale sessione ha voluto invitare i partecipanti, anche i più scettici, ad avere più ottimismo, ad avere meno aridità tecnica e ad essere soprattutto più accorti.



DR. P. BROUSSOLLE
Psichiatra al C.H.S.P. Vénafier, Bron

CANONICO A. GEBUS
Cappellano al C.H.S.P. Stephansfeld, Brumath (France)

40^a assemblea mondiale della Sanità. L'intervento della Santa Sede

64

Pubblichiamo il testo dell'intervento che S.E. Mons. Justo Mullor, capo della Delegazione della Santa Sede, ha svolto 18 maggio scorso.

La Delegazione della Santa Sede esprime, prima di tutto, le sue felicitazioni [al Presidente di questa Assemblea], per la nomina, e al Direttore Generale dell'OMS per l'attività intelligente e paziente che l'Organizzazione ha continuato a sviluppare durante questo anno per migliorare lo stato della sanità nei diversi continenti.

Fra i temi proposti allo studio di questa Assemblea, la mia Delegazione ha scelto — seguendo anche l'esempio di molte altre — quello dell'*AIDS* come oggetto del suo intervento nella adunanza plenaria. Si tratta, realmente, di una epidemia che, al di sopra di ogni superficiale considerazione e particolari circostanze, solleva problemi di fondo — problemi sociali — che richiedono un'attenzione meditata.

Ne è la prova lo sforzo di chiarimento e d'informazione condotto dal Consiglio Esecutivo e dal Direttorio Generale. Ugualmente ne è prova l'inserimento del tema nel Programma Generale di Lavoro per il periodo 1990/1995 che prevede la necessità di adottare alcune misure sociali e psico-sociali per arginare l'ulteriore espansione della malattia (cfr doc. A 40/6, 13.13 - 612).

La mia Delegazione manifesta prima di tutto il suo accordo con l'idea che non sia sufficiente prendere solo misure cliniche per porre un freno a questa malattia. Lo stretto rapporto che esiste fra la sua diffusione e la sfera della sessualità umana — fra quella e il dominio delle relazioni interpersonali — esige so-

prattutto che, nello studio della prevenzione di essa e nello sforzo per estirparla, sia tenuto conto delle dimensioni psichiche, etiche e sociali del problema.

Se, oltre una tecnica fisiologica, la medicina è «l'arte di curare e guarire gli uomini», sul momento dunque di cercare i mezzi più efficaci per combattere l'*AIDS*, sarà bene situare l'uomo — tutto l'uomo con il suo corpo ed il suo spirito, con le sue certezze ed i suoi misteri, con le sue energie e le sue debolezze — al centro di ogni nostra riflessione.

E, in una tale prospettiva, un dato confermato dalla scienza è che le relazioni interpersonali, per essere corrette e per evitare traumi psichici, esigono un clima di confidenza e di rispetto reciproco. Altrimenti, i rapporti fisici o morali che possono costituire l'espressione sociale, saranno falsati e — secondo i casi — condurranno alla diffidenza, alla manipolazione, alla oppressione, alla riduzione del partner ad un oggetto privo di personalità realmente umana. Ciò accade particolarmente nel settore della sessualità, i meccanismi d'azione della quale sono intimamente collegati all'affettività ed alla fertilità umana. L'assenza di confidenza — d'intimità autentica — rendono i rapporti sessuali artificiosi e privi di quel «senso» che Viktor Frank — il grande maestro viennese della psichiatria moderna — considera come la base stessa di ogni atto umano.

Dunque nel ricercare le misure di sicurezza per evitare la diffusione dell'*HIV* — al di fuori dei vaccini e dei medicinali necessari per curare le vittime attuali — appare logico che i responsabili politici e tecnici della sanità pubblica, ai diversi livelli, s'impegnino a rendere tutti gli interessati — ed in particolare i giovani che debbono affrontare le grandi scelte affettive che li condurranno ad una giusta emancipazione ed alla costituzione di un focolare domestico — coscienti degli impegni che dovranno assolvere per la realizzazione di queste scelte fondamentali. Si tratta di accettare l'idea del bisogno di una formazione integrale di tutto l'essere umano.

Appare necessario, in particolare, restituire al matrimonio — per meglio intenderci — all'unione stabile e giuridicamente riconosciuta tra un uomo ed una donna — la dignità che ad esso appartiene. Questo è imposto dal buon senso e, prima ancora, dalla psicologia elementare dove i precetti delle religioni più estese pongono nel matrimonio la condizione normale in cui l'affettività e la fertilità umana trovano il loro corretto soddisfacimento. Pretendere d'ignorare il valore psicologico e sociale del matrimonio, o ridurlo ad una unione stabile in altri possibili modi, non

è soltanto contrario a quanto insegna la storia dell'umanità e delle più nobili tradizioni culturali, è dare libero corso ad un controsenso antropologico.

Come ha ricordato Giovanni Paolo II in una serie di riflessioni recenti, i rapporti sessuali sono uniti essenzialmente all'esistenza del matrimonio, la cui caratteristica fondamentale è di essere l'espressione di se stesso come dono, senza il quale l'unione carnale perde il suo senso profondo ed originale.

Una delle lezioni morali del «fenomeno *AIDS*» — ed è stata posta in evidenza, un mese fa a Roma, da Mons. Fiorenzo Angelini, Pro-Presidente della Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari — è che «il nuovo virus interroga, non solo la scienza, ma anche la coscienza degli uomini». Effettivamente non si può passare senza danno da un puritanesimo talvolta nevrotico ad una permissività suicida il cui fine sarà la ricerca di un piacere anarchico e privo di ogni connotazione morale.

Lottare contro il virus dell'*AIDS* è giusto: l'OMS può essere fiera di essere, in questa lotta, all'avanguardia. Considerare le vittime quali malati che abbisognano di una attenzione e di interessamento particolare è necessario: a fianco delle istituzioni civili direttamente impegnate, anche le Chiese — e io penso alle iniziative promosse, fra le altre, dai Cardinali Arcivescovi delle megalopoli di New York e di San Paolo — che donano in questo settore l'esempio di un impegno le cui radici stanno nell'amore evangelico e nella grande tradizione ecclesiale di una carità attiva che nasce da quell'amore. Trovare dei vaccini e dei medicinali efficaci è urgente: tutti i grandi laboratori vi consacrano le più impegnate delle loro ricerche. Ma è ugualmente giusto, necessario ed urgente chiarire le idee e tornare ad orientare verso un autentico nord la bussola dell'uomo che deve essere padrone, e non schiavo, dei suoi istinti più degni e più sacri. La medicina e la politica non possono essere o restare neutrali dinanzi alla valanga delle aggressioni ideologiche che pretendono di ridurre il sesso ad un semplice meccanismo di piacere libero e incontrollato.

Chiudere gli occhi dinanzi a questa valanga equivarrebbe a compiere un attentato contro la sanità morale e fisica di grandi aree della popolazione mondiale e, in particolare, quelle dei giovani. Basterebbe esaminare con occhio obiettivo e libero da pregiudizi una certa letteratura che pretende informare ma che in realtà forma sui comportamenti sessuali, per giungere alla conclusione che è necessario promuovere una «ecologia umana». Non basta occuparsi e preoccuparsi della flora e della fauna. Senza ca-

dere in moralismi sterili o ipocriti, è anche necessario occuparsi e preoccuparsi del deterioramento morale dell'uomo, sottomesso a pressioni esteriori e talvolta bassamente interessate che sfruttano la paura, il dubbio, l'ignoranza, la violenza, la sessualità o l'egoismo, sia personale che collettivo e che provocano per conseguenza traumi psichici o fisici difficili ad essere controllati.

L'AIDS costituisce una sfida forse provvidenziale. Lungi dal considerarlo come un castigo apocalittico, bisognerebbe considerarlo come un invito ad una giusta rivalorizzazione di una sana morale riguardante la vita intima dell'uomo e della donna, come il superamento di una fase di cieca ricerca del piacere. Si potrà così superare le soglie di una nuova epoca, più in armonia con la dignità di una generazione che ha conquistato la luna e che getta il suo sguardo verso gli orizzonti cosmici.

Il rapporto del Direttore Generale è convalidato dalle più recenti statistiche riguardanti la «(geografia dell'AIDS)». Esse dimostrano che, malgrado l'aumento dei casi segnalati in Africa fra il marzo 1986 e il medesimo periodo di quest'anno, l'insidiosa epidemia è presente soprattutto nelle Americhe e in Europa, censiti 41.514 malati fra i 45.597 attualmente registrati nei cinque continenti.

Si potrebbe dire che l'AIDS è una malattia endemica nelle regioni ove regna l'opulenza. Per quelli — e tale è il caso della mia Delegazione — che hanno l'obbligo di occuparsi soprattutto degli aspetti etici delle realtà umane, questa constatazione impone un significato profondo.

È vero che si deve analizzare il problema in modo obiettivo e senza pregiudizi. Il metodo scientifico esige di rinunciare a stabilire «a priori» i rapporti di causa ed effetto fra la società del consumo e la grave malattia. Ma il linguaggio freddo delle cifre mostra l'esistenza di un problema obiettivo e reale. E questo dato permette di formulare l'ipotesi, che uno sviluppo ignaro degli imperativi della morale la più elementare, e sottomesso alla legge del consumo stesso delle esigenze naturali degli istinti i più nobili dell'uomo, è uno sviluppo falso e solo quantitativo.

La mia Delegazione è dell'opinione che nello studio interdisciplinare del «fenomeno AIDS» intrapreso in seno all'OMS e altrove, i paesi meno evoluti dovrebbero esigere che si prenda in considerazione questa ipotesi. Questi paesi hanno spesso fornito le riserve delle materie prime necessarie — ma non sempre sono stati ripagati in modo equo — per giungere a un tipo di sviluppo che, per certi aspetti, si rivela adesso come sterile e negativo.

Il Terzo Mondo ha anche il diritto di essere informato e di informarsi con cura su questo tipo di sviluppo che gli viene offerto dall'esterno e di scegliere altri schemi capaci di offrire alle masse d'Africa, d'Asia, d'America Latina e di altri Paesi, un avvenire libero da timori per l'integrità fisica, mentale e morale dei loro figli.

Si tratta di un diritto che si associa a quello di utilizzare anche delle elevate somme, che i paesi industrializzati saranno obbligati a destinare per il controllo e la prevenzione dell'epidemia dell'HIV. Questo diritto appare ancora più legittimo se si considera che, in materia sanitaria, i paesi meno avanzati devono sopportare il difetto di altre epidemie provocate dalla malnutrizione e dal sottosviluppo. Lottare contro l'HIV e nel medesimo tempo contro l'oncocercosi, la malattia del sonno, la malaria o le gastroenteriti provocate dalle acque contaminate, è obbligarli a lottare su due fronti. Ciò impedirà di ottenere un giusto successo per salire i gradini di una sanità e di una pubblica salute capaci di donare l'accesso al mondo sviluppato.

Con il suo abituale giusto criterio, il Direttore Generale dell'OMS ha osservato nel suo rapporto che il problema dell'AIDS deve essere studiato in una prospettiva globale che comprende i suoi aspetti logistici, epidemiologici, economici, legali, politici ed etici. La mia Delegazione applaude questa saggia proposizione: la sola capace di garantire la vittoria sulla malattia e di stabilirne una eziologia profonda. Essa coincide oltretutto con quella dell'opinione pubblica più illuminata che, attraverso la voce di un prestigioso organo di stampa genovese, che non può essere certo accusato né di bigottismo né di intenti moralizzatori, il medesimo giorno in cui si aprivano i nostri lavori, ci ha ricordato che l'AIDS pone un problema elevato di etica, che esso «è la più colossale sfida mai lanciata ad una società liberale in tempo di pace» e che «come diceva Paul-Henri Spaak, bisogna volere le conseguenze di ciò che si vuole».

Per altro, il Dr. Maheler, nella lucida e schietta allocuzione introduttiva al suo rapporto per il 1986, ha affermato: «certi Stati membri sono vincolati da una filosofia politica, altri da una filosofia economica, altri da una filosofia culturale ed altri ancora da una filosofia religiosa. Credo che la nostra filosofia sanitaria può impregnare tutte, non per modificarle ma per donare ad esse una dimensione supplementare». Così per quel che riguarda l'AIDS, appare necessario che si giunga a studiare il modo di combatterlo tenendo conto di tutte le dimensioni del fenomeno planetario che il virus HIV ha scatenato.



Allocuzione del Pro-Nunzio alla Commissione Episcopale per la Sanità

66

Io vi ringrazio, Monsignor Zevaco e Monsignor Vollarò, per l'invito a partecipare a questa riunione d'informazione e di riflessione destinata a mettere delle basi solide alla Commissione Episcopale Malgascia per la Pastorale dei Servizi della Sanità recentemente costituita. Grazie anche a Voi tutti, qui presenti, per quello che siete e per quello che fate.

Sono felice di essere in mezzo a Voi non soltanto perché vedo che così si realizza un desiderio del Santo Padre a proposito della istituzione, nel mondo intero, delle Commissioni Episcopali per la Sanità, ma anche perché è nella linea dell'attenzione e sollecitudine particolare, sotto varie forme, che la Nunziatura ha sempre mostrato per questo mondo della Sanità.

In effetti, se io stesso e il mio collaboratore facciamo quasi ogni domenica una visita agli ospedali, non facciamo che continuare con gioia una tradizione inaugurata dal mio predecessore, forse dopo l'esperienza del suo ricovero a Girard e Robic.

Voi mi avete domandato alcune idee sulla organizzazione e gli scopi della Vostra Commissione che inizia la sua attività. Trovo utile, a questo proposito, d'ispirarmi, «mutatis mutandis», alla lettera Apostolica, sotto forma di Motu Proprio: «*Dolentium Hominum*» con la quale Giovanni Paolo II ha costituito, l'11 febbraio 1985, la Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari.

Il documento richiama, al suo inizio, le ragioni della sollecitudine permanente della Chiesa per la Pastorale della Salute.

Ascoltiamo dunque il Papa, in-

nanzi tutto per renderci più forti nella convinzione del valore del nostro impegno:

1) È noto il vivo interesse che la Chiesa ha sempre espresso per il mondo della sofferenza. In ciò essa ha solo seguito l'esempio eloquentissimo del suo Fondatore e Maestro. Nella Lettera Apostolica: «*Salvifici doloris*» dell'11 febbraio 1984, ho posto in rilievo che: «nella sua attività messianica in seno ad Israele, il Cristo si è senza riposo avvicinato al mondo della sofferenza umana. Egli è passato 'facendo il bene' e la sua attività lo portava, in primo luogo, verso quelli che soffrivano e coloro che aspettavano aiuto» (n. 16).

Concretamente la Chiesa, nel corso dei secoli, ha fortemente concepito il servizio verso i malati ed i sofferenti come parte integrale della sua missione e non solo essa ha incoraggiato in mezzo ai cristiani la fioritura di varie opere di misericordia, ma essa ha ugualmente fatto sorgere numerose istituzioni religiose con la specifica finalità di promuovere, organizzare, perfezionare ed estendere l'assistenza ai malati. Da parte loro i missionari hanno nell'opera della evangelizzazione, associato costantemente l'annuncio della Buona Novella all'assistenza ed alla cura dei malati.

2) In questo avvicinare i malati al mistero della sofferenza, la Chiesa è guidata da una concezione precisa della persona umana e del destino di essa nel piano di Dio. Essa considera che la medicina e le cure terapeutiche hanno per obiettivo non solo il bene della salute del corpo, ma la persona in quanto tale, che nel suo corpo è colpita dal male. In effetti, la malattia e la sofferenza non sono soltanto delle esperienze che riguardano esclusivamente la componente fisica dell'uomo, ma l'uomo nella sua totalità e nella sua unità somatico-spirituale. Del resto si sa come talvolta la malattia che si rileva nel corpo trova la sua origine e la sua vera causa nei recessi della psiche umana.

Malattia e sofferenza sono fenomeni che, scrutati a fondo, presentano sempre degli interrogativi che vanno oltre la medicina stessa per cogliere l'essenza della condizione umana in questo mondo (cf. F.S. 10). Si comprende dunque, facilmente, l'importanza che assume, nei servizi socio-sanitari, la presenza non solo dei pastori delle anime, ma anche del personale sanitario che sia guidato da una visione integralmente umana della malattia, e sappia conseguentemente realizzare un avvicinamento pienamente umano verso il malato che soffre. Per il cristiano, la redenzione di Cristo e la sua grazia salvifica abbracciano tutto l'uomo nella sua condizione umana, compresa dunque la

malattia, la sofferenza e la morte.

Questo settore dunque pone questioni delicate ed inevitabili che riguardano non solo l'aspetto sociale ed organizzativo ma anche il *settor* squisitamente *etico e religioso*, perché qui sono implicati gli avvenimenti «umani» fondamentali quali sono le sofferenze, la malattia, la morte, con i problemi connessi alla funzione della medicina e la missione del medico verso il malato.

Conseguentemente le nuove frontiere per il progresso della scienza e delle sue possibili applicazioni tecniche e terapeutiche, toccano il settore più delicato della vita nel suo stesso inizio e nel suo senso più profondo. (Per esempio, le prese di posizione su questo argomento da parte della Santa Sede, nella Istruzione sul rispetto della vita umana nascente e della dignità della procreazione).

Questo richiede una *risposta coordinata* sia a livello internazionale (per questo l'istituzione della Pontificia Commissione) sia a livello nazionale (Commissione Episcopale). In effetti, già nel 1982 (3 ottobre), nella sua Allocuzione ai medici cattolici, il Papa aveva auspicato la necessità di un migliore coordinamento di tutti gli organismi cattolici al servizio del mondo della sanità.

«Per questo fine — affermò Sua Santità — una azione individuale non è sufficiente. E necessario un lavoro d'insieme, intelligente, programmato, costante e generoso... in seno ad ogni Paese... e su scala internazionale».

Un tale coordinamento deve, in primo luogo, servire a favorire e diffondere una *sempre più adeguata formazione etico-religiosa di tutto il personale sanitario cristiano* nel mondo, tenendo conto delle situazioni e dei problemi specifici che questo medesimo personale deve affrontare nell'esercizio della sua professione. Esso sarà destinato in avvenire a meglio *sostenere*, promuovere e intensificare le *attività di studio indispensabili*, d'approfondimento e di proposte in rapporto ai problemi specifici del servizio sanitario sopra citati, nella visione cristiana del vero bene dell'uomo. In questo settore sorgono dei delicati e gravi problemi di natura etica, in merito ai quali la Chiesa e i cristiani devono, coraggiosamente e con chiarezza, intervenire per salvaguardare i valori e i diritti essenziali connessi alla dignità e al destino supremo della persona umana.

Insieme all'assistenza spirituale si deve dunque inserire uno sforzo per la *formazione di una coscienza etica degli agenti della sanità* e — io credo — l'impegno per aiutare i cristiani e i credenti, che ne abbiano desiderio, la realizzazione concreta, e non soltanto alla enunciazione

dottrinale, della paternità responsabile, nel sostenere la vera libertà e nel difendere la vita.

Un altro problema che richiama la nostra attenzione oggi può essere il recupero dei drogati, continuando nell'impegno immenso d'aiuto ai denutriti per la fame (opera di supplenza anche e di aiuto alle strutture dello Stato, dunque).

In tutto questo, permettetemi di esprimervi la convinzione che io ho che il ruolo dei Religiosi è fondamentale.

Alla luce di queste considerazioni, stimo di potervi dire che i compiti della vostra Commissione potrebbero essere i seguenti:

- stimolare e promuovere l'opera di formazione, di studio e di azione nel mondo della sanità;

- coordinare le attività, in relazione ai servizi della sanità ed ai problemi di essa;

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

- stabilire un dialogo con il Ministero della Sanità e dei contatti per una collaborazione fruttuosa con i nostri fratelli cristiani che non sono ancora in piena comunione con noi, coscienti, anche loro, che nel settore della morale alcuni principi veramente importanti non sono conosciuti;

- seguire con attenzione e studiare gli orientamenti programmatici e le iniziative concrete della politica sanitaria al fine di conoscerne l'importanza e il coinvolgimento per la pastorale della Chiesa;

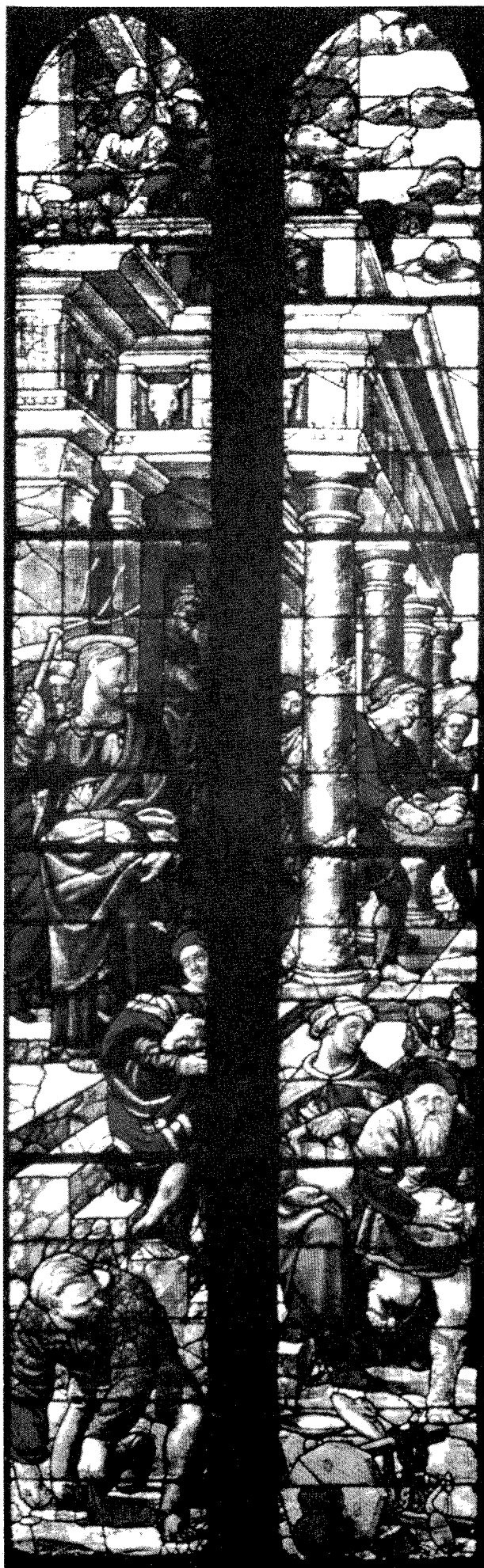
- segnalare le nuove richieste, frutto di nuove situazioni, alla sollecitudine della Chiesa nei settori dove gli organismi dello Stato non intervengono o non possono operare.

Nel compimento della sua missione, naturalmente, la Commissione Episcopale potrà richiedere la collaborazione di esperti e costituire gruppi di lavoro «ad hoc» su alcune questioni speciali, e cercare la collaborazione di altre Commissioni Episcopali e di altri Organismi della Chiesa.

Con tutto il cuore buon lavoro!

✠ AGOSTINO MARCHETTO

*Arch. Tif. di Boseta
Nunzio Apostolico nel Madagascar*



Istituto Universitario per la Pastorale della Salute

Università Pontificia di Salamanca (Spagna)

L'Istituto Universitario per la Pastorale della Salute (IUPASA) nasce per iniziativa della Federazione Spagnola Religiose Sanitarie (FERS).

IUPASA vuole

- * essere il punto di incontro per quelle persone che desiderano dare una risposta cristiana ai grandi interrogativi che oggi affliggono il Mondo della Salute;

- * una risposta nuova per una nuova situazione ecclesiale, socio-sanitaria e culturale, al fine di approfondire una autentica formazione e le proprie motivazioni, per un efficace servizio pastorale;

- * tener presente l'uomo, tutto l'uomo e più concretamente l'infermo, reale o potenziale;

- * esercitare sulla società alcune *attenzioni pastorali* che devono essere sostenute da fonti biblico-teologiche, antropologiche, sociologiche e dai nuovi aspetti teologici-morali, umani e giuridici, ecc.;

- * formare *membri della Pastorale della Salute* secondo le nuove esigenze della Chiesa e della società stessa. (Conf. Bollettino Ufficiale dello Stato del 21 dicembre 1985, Accordo sull'Assistenza Religiosa Cattolica nei centri pubblici del 24 luglio 1985);

- * un *ordine del giorno* dei piani pastorali che il mondo della salute sta portando a termine al momento attuale. Ciò rende necessaria una ricerca di nuovi metodi di approfondimento dottrinale e di ulteriore ap-

profondimento antropologico... in base alle nuove scoperte sull'uomo.

IUPASA è vincolata all'Università Pontificia di Salamanca. Si regge sui suoi propri Statuti approvati dalla Giunta del Rettorato dell'Università, il 24 giugno 1986.

I suoi fini in generale sono:

- a) preparare Agenti di Pastorale della Salute che sviluppino la loro azione evangelizzatrice in qualsiasi ambito del settore della salute;

- b) preparare responsabili per l'azione evangelizzatrice nel campo della salute.

La Università Pontificia di Salamanca rilascerà il Diploma corrispondente agli alunni ufficiali che avranno superato le prove, i seminari e le pratiche del Piano di Studi.

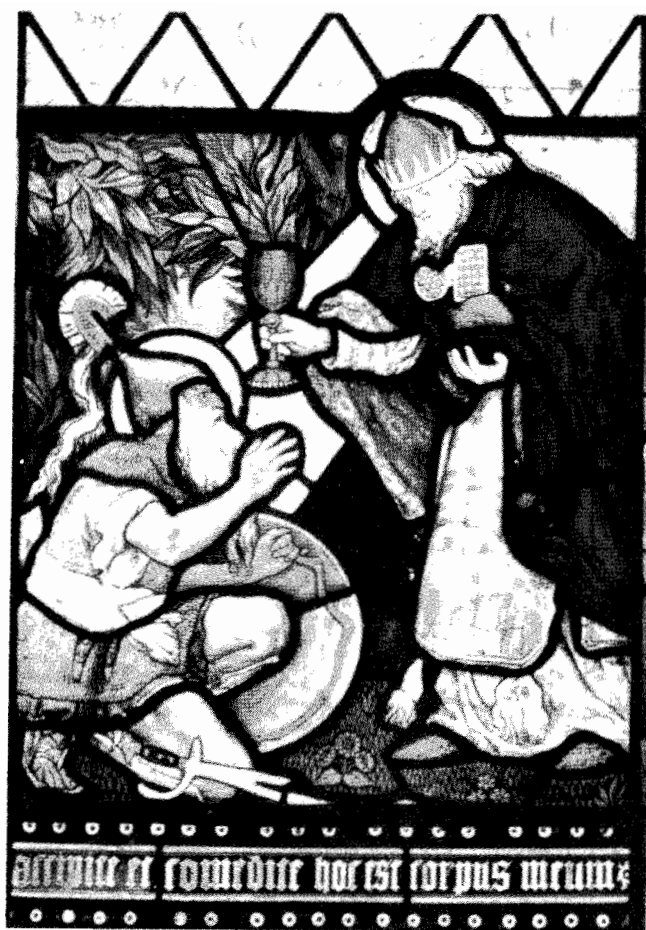
Documentazione di ammissione:

1. Certificato in cui si attesta di aver superato l'Esame di Selezione, per tutti quegli alunni che non provengano da corsi universitari iniziati o terminati.

2. Qualsiasi titolo universitario ottenuto nell'Università civile o equivalente. (Si include anche quello di Infermeria ottenuto dal Corso di Parificazione.)

Il Piano di Studi termina in 3 corsi accademici. Le lezioni si tengono presso la Pontificia Università di Salamanca, dal lunedì al giovedì, il pomeriggio dalle 17 alle 19,30.

incontri



*medicina e tecnologia
nel primo e nel terzo mondo*

*attività della
Pontificia Commissione*

Medicina ed alta tecnologia nel primo e nel terzo mondo

70

In apertura dell'incontro di 150 vescovi americani riuniti il 9 febbraio scorso a Dallas per studiare il tema « risorse mediche e giustizia », il Pro-Presidente della Commissione ha pronunciato il discorso che qui pubblichiamo.

Mi sia innanzitutto consentito di esprimere viva gratitudine agli organizzatori di questo importante incontro, non soltanto per avermi invitato a parteciparvi, ma per l'onore assegnatomi di aprire i vostri lavori.

L'invito fattomi ed il tema di questi giorni di studio, dimostrano che l'episcopato statunitense ha perfettamente recepito il significato ed i compiti della pastorale sanitaria e, quindi, del nuovo Dicastero pontificio che qui rappresento.

Tra le finalità ed i compiti della Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori sanitari è quello di « seguire con attenzione e studiare orientamenti programmatici ed iniziative concrete di politica sanitaria, a livello sia internazionale che nazionale, al fine di coglierne la rilevanza e le implicazioni per la pastorale della Chiesa. »¹

Pastorale che è tale, nel senso compiuto del termine, soltanto se si fa carico di quella sollecitudine per i sofferenti che « è parte integrante della missione della Chiesa. »²

La domanda di salute e, quindi, di assistenza sanitaria, che sale dal mondo interpella direttamente il dovere umano e cristiano della giustizia. Dovere cui risponde un chiaro diritto dei nostri fratelli. Dovere gravissimo, che il Signore ha indicato come criterio fondamentale di

giudizio della nostra fedeltà alla sua sequela. Dovere di giustizia e di quella cosiddetta « carità » che spesso, e riduttivamente, interpretiamo come dovere di « elemosina » affidato a discrezionale senso di pietà.³

Come vuole il tema che avete scelto per questo vostro incontro, il problema dello squilibrio tra risorse mediche e giustizia sociale, è tra i più urgenti e drammatici del nostro tempo.

Si tratta di problema urgente e gravissimo, sia in termini qualitativi che quantitativi. Infatti, mai come oggi, scienza e tecnologia, al servizio della medicina, hanno raggiunto lusinghieri traguardi. Tuttavia, il loro servizio all'uomo conosce vuoti smisurati in intere aree del mondo e persino nei paesi che da secoli sono a stragrande maggioranza cristiana.

Ciò premesso, mi sia consentito cedere, per un attimo, al saggio criterio di scolastica memoria, del « distingue frequenter », per fare alcune precisazioni introduttive circa i concetti e termini di *medicina preventiva*, di *alta tecnologia* e di *primo e terzo Mondo*. Sappiamo bene che quanto più i termini sono comprensivi, tanto più rischiano di farsi ambigui. Anche perché sono espressioni ormai stereotipe e, quindi, logorate dall'uso. Per tale motivo ho sempre considerato non solo utile, ma necessaria la « explicatio terminorum » ogni qualvolta ho voluto porre con chiarezza il cosiddetto « status quaestionis ».

Precisazioni introduttive

Vorrei cominciare dalle due ultime espressioni: *primo e terzo Mondo*. « *Terzo Mondo* » ha giustamente sostituito l'espressione « *Paesi sottosviluppati* »: essa è riduttiva e lesiva nei confronti di popoli che, pur vivendo nella povertà derivante dal sottosviluppo economico, sono tuttavia depositari di grandi valori culturali ed etici; popoli che rifiutano, perciò, di considerare esemplare ed auspicabile una nozione di progresso « legata all'attuale concetto di primo mondo ». Ma c'è di più. Pur essendo emblematica di condizioni di disagio, la nozione di *terzo Mondo* non si applica esclusivamente nelle aree geografiche e politiche del sottosviluppo. Il terzo Mondo è anche all'interno dei paesi più industrializzati della terra, sia per i crescenti flussi migratori del nostro tempo, sia in conseguenza di sistemi economici che per loro natura sono discriminatori. Anche nel vostro ricchissimo Paese si può parlare di presenza del *terzo Mondo*.⁴

Per chi guardi, quindi, al problema con visione soprattutto etica e

cristiana, terzo Mondo è ovunque l'uomo soffra l'emarginazione e non vede riconosciuti di fatto i suoi diritti fondamentali. In questo senso il Concilio Vaticano II ha allargato la nozione di Chiesa « missionaria », affermando che la Chiesa è in missione ovunque, e non soltanto nei territori cosiddetti missionari.⁵

Ai fini, quindi, dell'impegno della Chiesa, il riferimento al *primo* e al *terzo Mondo* non va inteso come contrapposizione, ma piuttosto come interazione. E vorrei accennare, per tornarvi più tardi, ad un sottosviluppo dello spirito che facendosi vera e propria patologia, sia individuale che sociale, deve entrare in causa allorché si parla di primo e terzo Mondo.

Anche il concetto di *alta tecnologia* — se consideriamo la tecnologia nella sua applicazione — non deve intendersi in maniera univoca e quasi meccanica.

« Se ci si colloca in una prospettiva materialista, sia essa marxista o capitalista, la tecnica è regina, l'infrastruttura prevale sulla sovrastruttura e la condiziona. Tecnologie identiche si imporranno al Nord e al Sud del mondo e imporranno presto o tardi identici rapporti sociali ».⁶

Ma se ci si colloca in una prospettiva culturale, lo scenario muta. Se il genio umano è così diverso nelle sue manifestazioni — per cui abbiamo varietà di culture —, perché non dovrebbe esserlo anche in quello delle tecnologie? La semplice esportazione di tecnologie nei paesi del terzo Mondo, ad esempio, non colma lacune, ma può esasperare gli squilibri. L'adozione della tecnologia, e soprattutto dell'alta tecnologia, richiede discernimento, saggezza e gradualità. Il dramma dell'assenza, ad esempio, dei « pezzi di ricambio » nei paesi nei quali sono state esportate in blocco tecnologie avanzate, ha avviato queste ultime al museo dei sogni non realizzati.⁷

Il concetto di alta tecnologia, quindi, va rapportato alle determinate fasi di crescita delle condizioni sociali ed economiche di un paese del *terzo Mondo*. Sarei quindi tentato, pur senza indulgere a giuoco di termini, di parlare di tecnologia *all'altezza* delle attuali esigenze di un paese, più che di *alta tecnologia* in senso assoluto.

Infine, veniamo al concetto di *medicina preventiva*. Si tratta di una nozione riflessa. Il suo arco si estende quanto l'arco della nozione di salute. Ed è venuto il tempo in cui soprattutto i cristiani si facciano promotori di un concetto di salute che non si limiti a intendere assenza di malattie né indichi un benessere meramente fisico, bensì di una nozione di salute che si estenda a tutta la persona umana.

Una salute che sia davvero l'opposto di ogni patologia, fisica, psichica e dello spirito.

Aldilà di distinzioni necessarie, ma pur sempre schematiche, va riconosciuto che tutta la medicina, per se stessa, è preventiva, almeno di ordine psichico e morale, persino all'infermo terminale.

Il rapporto medicina preventiva-alta tecnologia può e deve divenire parametro per verificare fino a che punto il progresso della scienza e della tecnica è progresso dell'uomo e della civiltà.

Le riflessioni che seguono vertono su due punti: 1. Medicina preventiva ed alta tecnologia nel terzo Mondo; 2. Medicina preventiva ed alta tecnologia nel primo Mondo.

1. Medicina preventiva ed alta tecnologia nel primo Mondo.

L'inversione dei termini — primo e terzo Mondo — rispetto all'assunto, è voluta.

Un'errata abitudine, favorita da criteri solitamente adottati dai mezzi di informazione di massa, induce a considerare la condizione sanitaria largamente diffusa nel terzo Mondo nelle sue espressioni che direi più vistose. Presenza, in larghissimi strati della popolazione, di malattie endemiche da tempo scomparse nei paesi del primo Mondo, carenza di strutture sanitarie e parasanitarie, mancanza di assistenza sociale.

Raoul Follereau che dedicò l'intera vita a combattere la malattia della lebbra, insisteva senza stancarsi sulla necessità e l'urgenza che si combattano **tutte** le lebbre.

E sterile parlare di medicina preventiva per il terzo Mondo e di introduzione di alta tecnologia per combattere determinate malattie o per creare le condizioni affinché non esplodano, se poi non si va alla radice di questa oggettiva ingiustizia.

Educazione sanitaria e progresso tecnico comportano, in via pregiudiziale, l'assunzione di un chiaro concetto dei diritti fondamentali ed inalienabili della persona umana: dal diritto alla vita al diritto all'educazione, alla nutrizione, alla libertà, alla salute, eccetera. I valori non si **elidono** a vicenda, si sommano.

Non si provvederà alla salute di nessun uomo, se la sollecitudine non sarà rivolta a tutti gli uomini ed a tutti i loro diritti. La medicina preventiva non è concetto separabile. E la riprova discende proprio dal suo riferimento all'alta tecnologia.

Dotare il terzo Mondo, anche attraverso aiuti straordinari, dei ri-

sultati delle conquiste dell'alta tecnologia per favorire l'espandersi della medicina preventiva, si ridurrebbe a semplice calcolo economico, se tale programma non rientrasse nella nozione di un servizio che affonda le sue radici nel riconoscimento concreto dei diritti umani fondamentali di tutti gli uomini. Sotto questo aspetto, la medicina preventiva, nel suo significato più tecnico, è momento successivo. Può considerarsi concomitante, soltanto se intesa nel suo rapporto con il concetto integrale di salute.

È questo, del resto, il senso del vostro recente intervento in merito al sistema economico del vostro paese: la tecnologia deve essere al servizio di tutti, proprio perché la conquista tecnologica non è fine, ma strumento di progresso civile. Lo avete scritto riferendovi alle fasce di terzo Mondo che vivono in questo paese, che è il più avanzato del mondo. Avete scritto: « Che così tanti uomini siano poveri in una nazione ricca come la nostra è uno scandalo sociale e morale che non può essere ignorato. »⁸

Lo stesso giudizio, anche se rovesciato deve essere formulato nei riguardi dei paesi strutturalmente ed economicamente facenti parte del terzo Mondo. L'importazione di alta tecnologia deve essere graduata alle condizioni culturali e sociali dei paesi destinatari e deve essere applicata non selettivamente, ma per creare le condizioni di uno sviluppo autonomo, generalizzato e non forzato.

Lo ha affermato anche Giovanni Paolo II, nel suo recente messaggio per la celebrazione della Giornata Mondiale della pace. « In riferimento alla scienza e alla tecnologia — ha detto il Papa — stanno emergendo nuove e marcate divisioni tra coloro che sono forniti di supporti tecnologici e quelli che non lo sono. Tali disuguaglianze non promuovono la pace e lo sviluppo armonico, ma piuttosto aggravano le già esistenti situazioni di disuguaglianza. Tuttavia, il Papa aggiunge: « Se gli uomini sono il soggetto dello sviluppo e la mèta a cui esso tende, una più ampia condivisione dei progressi delle applicazioni tecnologiche con i paesi meno avanzati tecnologicamente diventa un imperativo etico di solidarietà, come lo è il rifiuto di fare di tali nazioni il campo di prova per esperimenti assai dubbi o un luogo di scarico per prodotti discutibili. »⁹

Sappiamo che proprio la medicina preventiva può allungare l'aspettativa di vita che, nei paesi del terzo Mondo — salvo rarissime eccezioni — tocca livelli bassissimi. Ma è cristianamente assurdo e, per legge naturale, contraddittorio che una programmazione destinata ad allungare l'aspettativa di vita, pog-

gi su campagne demografiche che prevedono il sacrificio di vite umane. E quasi incredibile che si sia giunti, in molti ambienti, ad ipotizzare un miglioramento delle condizioni sanitarie nei paesi del terzo Mondo, sopprimendo al nascere la vita di futuri esseri umani che sarebbero condannati all'infermità, alla denutrizione, all'emarginazione.

Ho visitato innumerevoli strutture sanitarie cattoliche in paesi del terzo Mondo. In alcuni paesi, esse sono le uniche o almeno le prevalenti istituzioni sanitarie esistenti. L'urgenza di introdurre tecnologia, soprattutto per favorire la medicina preventiva è avvertita ovunque. Il problema prioritario, tuttavia, non è quello dell'introduzione di alta tecnologia, bensì di una tecnologia che solleciti e accompagni uno sviluppo omogeneo e graduale dell'assistenza sanitaria possibile e in atto.

E qui viene di proposito una considerazione che non mi pare sufficientemente approfondita.

Nei paesi del terzo Mondo, la popolazione è prevalentemente giovane. Secondo l'Annuario statistico dell'Unesco del 1981, in America Latina, nel 1980, soltanto il 39% della popolazione superava i 25 anni di età, contro una percentuale del 60% in Europa.

È vero che la giovinezza « può ridursi soltanto ad una parola » e che essa rappresenta « un dato biologico socialmente manipolato e manipolabile. »¹⁰ Infatti, la **valenza** di molti giovani del terzo Mondo non è paragonabile a quella dei giovani del primo Mondo. Tuttavia, proprio la stragrande maggioranza di giovani può consentire e favorire un **più** rapido colmarsì dello scarto tra domanda di medicina preventiva e valorizzazione della tecnologia. Basterà preoccuparsi che la tecnologia entri nel terzo Mondo non esclusivamente con i suoi prodotti finiti, ma come apprendimento, come **awio** di giovani generazioni allo studio, onde abbiano a divenire protagonisti, nei rispettivi paesi, dell'applicazione generalizzata della medicina preventiva.

Perché si possa lavorare in questa direzione, occorre che si crei una mentalità tuttora carente anche nei nostri ambienti. Da sempre sono convinto che assistenza medica e pastorale sanitaria non si muovono su piani diversi, ma convergono nella sollecitudine e nella cura di chi soffre. Si tratta, dopotutto, di un aspetto del binomio **evangelizzazione-promozione umana**: mai l'una separatamente o contro l'altra, ma entrambe insieme, poiché unico è l'uomo da salvare.

Due idee, quindi, devono guidarci nel guardare al problema del rapporto tra medicina preventiva

ed alta tecnologia in riferimento al terzo Mondo.

Innanzitutto, non potrà aversi sviluppo, estensione, efficacia della medicina preventiva, se alla base non è l'impegno del riconoscimento e della difesa dei diritti umani fondamentali della persona. Quanto alla partecipazione di alta tecnologia, essa va intesa come sostegno graduale, proporzionato e rapportato ai reali bisogni dei destinatari e mirato a produrre risultati duraturi e risolutivi, sia nel medio che nel lungo termine.

2. Medicina preventiva e alta tecnologia nel primo Mondo

Nel condurre alcune riflessioni su questo aspetto, vorrei muovere da una considerazione sconcertante. È soltanto un esempio, ma è indicativo.

Pensando alla situazione sanitaria dei paesi del terzo Mondo viene spontaneo richiamarsi, come accennavo, alle grandi malattie endemiche sociali. Se spostiamo lo sguardo al primo Mondo, è inevitabile una constatazione. Proprio dai paesi del terzo Mondo arriva a quelli del primo Mondo la droga, divenuta ormai malattia sociale nei paesi ricchi e industrializzati.

Questa specie di misteriosa nemesis o vendetta dei paesi poveri, viene a creare nei paesi del primo Mondo, in materia di medicina preventiva, i medesimi problemi che, al riguardo, hanno i paesi del terzo Mondo relativamente ad altre malattie sociali. Per non dire della minacciosa diffusione dell'AIDS, delle molteplici forme di ipertensione, nevrosi.

L'alta tecnologia che, nei paesi del primo Mondo, ha portato la medicina a conquiste assolutamente lusinghiere, sembra tuttora impotente o quasi davanti al male della droga.

Pur senza esasperare la contrapposizione, potremmo dire che alla patologia fisica del terzo Mondo corrisponde una patologia psichica e spirituale del primo Mondo. Tale constatazione, in rapporto alla medicina preventiva, costringe alla prudenza al momento di parlare di alta tecnologia quale privilegio esclusivo del primo Mondo.

Torna allora il problema di fondo, che è quello del recupero o della salvaguardia dei valori etici e morali quale condizione per l'avvio di una medicina preventiva veramente al servizio di tutto l'uomo e di tutti gli uomini.

Nel vostro ultimo e citato documento, avete giustamente sostenuto che le questioni economiche sono parte di una più vasta visione della persona e della famiglia umana. Credo tuttavia che, a parte

questa valutazione di ordine generale, sia necessario tenere presente un altro aspetto del problema.

Medicina preventiva ed alta tecnologia, nel primo Mondo, conoscono possibilità straordinarie ed inesauribili. Ma proprio queste possibilità, mentre aprono strade sempre nuove alle conquiste tecnologiche, sperimentano rischi sovente molto gravi. Le tentazioni sollecitate dalla sperimentazione scientifica hanno portato alle note esasperazioni legate alla manipolazione genetica, ad una disumana programmazione demografica, alla diffusione della prassi dell'eutanasia.

Contestualmente, nei paesi stessi del primo Mondo si assiste all'allargarsi delle aree sociali di emarginati, di intere masse di popolazione che non possono usufruire delle conquiste dell'alta tecnologia e neppure della più elementare assistenza tecnica. Ed è abbastanza malinconico, per non dire tragico, che nel cuore di una città del primo mondo che ha problemi vastissimi tipici del terzo Mondo, l'opinione pubblica sia chiamata a rallegrarsi del successo della predeterminazione del sesso di un nascituro. Anche prescindendo per un attimo da una valutazione scientifica ed etica dell'evento, basterebbe la valutazione sociale ad offrire la misura di come l'alta tecnologia possa arrivare a calpestare ogni gerarchia di urgenze in campo medico e sanitario.

Questo paradosso, non ultima causa del malessere sociale e fonte di disordine morale, sia sul piano individuale che su quello collettivo, chiama direttamente in causa l'impegno pastorale della Chiesa.

Credo che su questo punto sia opportuno essere molto chiari.

Proprio nei paesi del primo Mondo la Chiesa è chiamata a farsi carico della medicina preventiva, che è quella della difesa e della promozione dei diritti umani fondamentali della persona. Dobbiamo essere grati a Giovanni Paolo II di averci dato, al riguardo, alcuni testi fondamentali tutti ispirati al principio irrinunciabile della difesa integrale dell'uomo. Dalla « Redemptor hominis » alla « Dives in misericordia », dalla « Laborem exercens » alla Lettera apostolica « Salvificis doloris », è un pressante invito a guardare all'uomo nella sua integralità ed all'azione redentrice e sanante come ad un apostolato prioritario che deve raggiungere tutto l'uomo e tutti gli uomini.

Un errore di ottica, a mio modesto giudizio, spinge sovente, anche all'interno della Chiesa, ad esasperare questioni etiche particolari. Conosciamo da sempre la saggia distinzione tra verità di fede e direttiva disciplinare; mentre la prima è immutabile, almeno nel suo oggetto, se non necessariamente



nelle parole che l'esprimono, la seconda è ispirata a criteri di saggezza pastorale e soggetta a graduali adeguamenti. Considero surrettizia e fuorviante certa polemica su particolari direttive disciplinari, tanto più che essa può trascinare nel dibattito costruttivo verità di fede che non possono essere messe in questione. Una morale illuminata non è illuminismo, come la necessaria razionalità non va confusa con il razionalismo.

Da sempre il necessario accordo tra scienza e fede è faticoso da acquisire e da rispettare nella prassi. Ma è una convergenza necessaria e feconda. Può talvolta sembrare che l'ossequio della fede ed il rispetto delle direttive dell'autorità della Chiesa siano frenanti per la scienza e la tecnologia. Non è così, e non può essere così, poiché la visione dell'uomo offertaci dalla rivelazione cristiana amplia gli orizzonti della scienza, non li restringe né li comprime.

Se il sodalizio scienza-fede — e quando parlo di scienza mi riferisco qui anche alla tecnologia — fosse stato, anche per nostro doveroso impegno, più stretto e continuo, forse non conosceremmo oggi l'incubo della catastrofe nucleare, dell'inquinamento ecologico e di altre possibili tragedie cosmiche.

Vi è un dato, nelle direttive della Chiesa, che sovente viene dimenticato soprattutto nei paesi del primo Mondo. Questo dato è lo sforzo costante del magistero della Chiesa di rispettare, alla luce della rivelazione di Cristo, le leggi fondamentali della natura. Una prudente attesa, come pure una sospensione di giudizio — inopportuna considerata frenante — si sono spesso confermate provvidenziali.

Tornando al tema specifico della medicina preventiva, è dovere prioritario di noi cristiani e, in maniera particolare dei pastori, insistere affinché l'assistenza all'uomo, anche in campo strettamente sanitario, si ispiri ai principi della dignità della persona umana.*

Cristo che, nella sua predicazione e nel suo ministero, si rivelò « medico dei corpi e delle anime » — secondo la felice espressione dei Padri della Chiesa — affermò di essere venuto per dare la vita e darla in abbondanza. La medicina preventiva, che noi dobbiamo sostenere, promuovere, difendere, è medicina per la vita.

Nulla sarebbe più pericoloso, nei paesi del primo mondo, che illudersi che le grandi conquiste della tecnica abbiano già offerto all'uomo assai più di quanto avrebbe potuto attendersi. Lo squilibrio verso il basso tra medicina preventiva e alta tecnologia nei paesi del terzo Mondo, non può trasformarsi in

squilibrio verso l'alto nei paesi del primo Mondo.

La pastorale sanitaria è chiamata a promuovere un costante equilibrio tra medicina e tecnologia. Ma i criteri operativi di questo equilibrio — come avranno modo di illustrare i relatori che si avvicenderanno in questi giorni — non possono che discendere da una visione integrale della dignità dell'uomo.

Ha rilevato Giovanni Paolo II nella Lettera apostolica « Salvifici doloris »: « Può darsi che la medicina, come scienza ed insieme come arte del curare, scopra sul vasto settore delle sofferenze dell'uomo il settore più conosciuto, quello identificato con maggiore precisione e, relativamente, più controbilanciato dai metodi del « reagire » cioè, della terapia. Tuttavia, questo è solo un settore. Il terreno della sofferenza umana è molto più vasto, molto più vario e pluridimensionale. L'uomo soffre in modi diversi, non sempre contemplati dalla medicina, neanche nelle sue più avanzate specializzazioni. La sofferenza è qualcosa di ancora più ampio della malattia, di più complesso ed insieme di ancor più profondamente radicato nell'umanità stessa. »¹¹

Questa profonda riflessione trova un riscontro puntuale nel concetto di medicina preventiva e, direi, individua un momento sommaramente convergente e costruttivo tra medicina e pastorale sanitaria.

E muovendo da questa riflessione che il Papa parlerà, nel medesimo documento, della professione medica come di una vocazione. Ma vocazione è anche l'impegno pastorale rivolto a coloro che soffrono. Vocazioni diversificate, come diversificata è la sofferenza, ma uniche nel loro *trend* sanante, proprio perché loro oggetto è solo l'uomo e tutto l'uomo.

Conclusione

L'argomento che avete scelto per questi vostri giorni di studio e di riflessione dimostra lo sforzo in atto, nella Chiesa degli Stati Uniti, per un'azione pastorale concreta, attenta ai problemi del nostro tempo.

Mi sia consentito concludere con un invito. Ebbi a dire ed a ripetere che l'attuale Pontefice, intervenendo per la prima volta nella storia della Chiesa con un documento solenne ed ampio sul tema della sofferenza, ed istituendo il dicastero pontificio per la pastorale degli Operatori sanitari, ha compiuto una iniziativa di portata « storica ». Una pastorale integrale è tale se è anche pastorale sanitaria. Uno sguardo ai problemi del primo e del terzo Mondo mette in evidenza la gravità e l'ampiezza della doman-

da sanitaria che sale dall'umanità. Si apre così alla Chiesa un campo non nuovo, ma nel quale è chiamata ad operare con novità di spirito e creatività di iniziative. Tutto questo, però, sarà possibile ed efficace soltanto se condotto in spirito di piena collaborazione. Cristianamente parlando, la collaborazione si chiama comunione. Un'azione ispirata a fraterna cooperazione è per se stessa testimonianza credibile. Noi Pastori, per primi, dobbiamo essere convinti che il massimo che potremmo fare da soli sarebbe sempre meno del minimo che possiamo fare insieme.

Il primo censimento provvisorio condotto dalla Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori sanitari, ha dimostrato quanto vasta e capillare, in ogni parte del mondo, sia la presenza della Chiesa in questo prioritario campo di apostolato.

In termini consuntivi, ogni lacuna persistente nel settore dell'assistenza sanitaria e, soprattutto, della medicina preventiva, è anche demerito nostro. Mi riferisco proprio alla medicina preventiva, poiché la Chiesa, in campo sanitario, è presente anche con vaste funzioni di supplenza, proprio nei paesi del terzo Mondo e, all'interno del primo Mondo, nelle aree più trascurate ed emarginate.

Nell'interrogarci su cosa dobbiamo compiere, urge che ci esaminiamo su cosa abbiamo omissso e continuiamo ad omettere.

L'approccio alla sofferenza è il primo ed il più immediato canale di comunicazione con l'uomo. Non avviciniamo l'uomo che soffre per discutere sul suo dolore, ma per amarlo e, amandolo, diventiamo



capaci di raccogliere la sua domanda di aiuto.

La tecnologia, in tutte le sue espressioni, è strumento di incalcolabile valore ed efficacia; ma resta uno strumento. La spinta iniziale, anzi, la vocazione è di servire l'uomo, immagine perfettissima del Creatore. E il Figlio di Dio incarnandosi, ha scelto di assumere la condizione degli « ultimi ». Gesù — mi sia consentita l'immagine — si è fatto « terzo Mondo » per farsi interamente umanità, e per ricordarci anche oggi che le nostre classificazioni sono da interpretarsi secondo un'ottica più vasta. Terzo Mondo è ovunque l'uomo soffre, ovunque, nella Persona di Gesù Cristo che ha voluto personificarlo, noi incontriamo il nostro fratello.

✠ FIORENZO ANGELINI



NOTE

¹ Motu proprio « *Dolentium hominum* » (11.02.1985), 6.

² *Ibidem*, 1.

³ Mt XXV; cf 2 Cor 5,10.

⁴ Cf FELICIAN A. FOY Ofm — ROSE M. AVATO, 1985, *Catholica Almanac*, Huntington, Indiana, 278.

⁵ Decreto conciliare « *Ad gentes* », 2.

⁶ RENE LENOIR, *Il Terzo Mondo può nutrirsi*. Rapporto ai Club di Roma, Vita e Pensiero, Milano 1984, p. 108.

⁷ *Ibidem*, p. 111.

⁸ Documento conclusivo dell'assemblea generale della National Conference of Catholic Bishops, USA (10-14 novembre 1986). Cf. *Origins*, 30.11.1986, 4.

⁹ GIOVANNI PAOLO II, Messaggio per la celebrazione della Giornata Mondiale della Pace, 1 gennaio 1987, 8.

¹⁰ Pierre BURDIEU, *La jeunesse n'est qu'un mot*. In « *Questions de Sociologie* », Paris, Editions de Minuit, 1980, p. 143-154.

¹¹ Lettera Apostolica « *Salvifici doloris* », 5.

*Bibliografia

EDWARD M. SULLIVAN, *Applied research and planning for mission: the experience of Catholic dioceses*. Washington D.C., Cara, 1976; DOLORES LIPTAK, *L'Eglise catholique américaine: à la croisée des chemins*. Bruxelles, Pro Mundi Vita, Bull. 94, 1983/3; AA.VV., *La Jeunesse dans les années 80*. Unesco, New York, 1981; ID., *Statistical Digest* 1981; AA.VV., *Juventud, Iglesia y cambio*. Bogotá Ed. CELAM, 1985; ANGELINI F., *L'uomo P misura di tutte le cose*. In AA.VV. *La scienza e l'uomo*. Roma, Ed. Orizzonte Medico 1979, 27-35; ID., *Medicina dei trapianti: un servizio all'uomo*, ibidem, 1983, 43-51; ID., *La droga, la realtà e oltre*. Ibidem, 1981, 15-26; R. LENOIR, *Il Terzo Mondo può nutrirsi*. Rapporto ai Club di Roma, Milano 1984.

attività della pontificia commissione

KERALA (India)

Per una presenza più efficace della Chiesa nel campo sanitario il «RADIOGIORNALE» Vaticano del 31 luglio 1987 annunciava così il nostro viaggio nello Stato del Kerala (India):

«Il Pro-Presidente della Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari, Arcivescovo Fiorenzo Angelini, insieme con il Segretario della detta Commissione, P. Redrado, si recheranno dal 2 al 12 agosto nello Stato indiano del Kerala ed incontreranno i vescovi locali ed i responsabili civili nel campo sanitario, visiteranno ospedali e lebbrosari, e parteciperanno ad un Congresso di Operatori Sanitari cattolici a Cochín, dal 7 al 9 agosto»).

Le principali tappe di questo lungo itinerario di Mons. Angelini e di P. Redrado sono state Bombay, Trivandrum, Quilon, Ernakulam, Cochín, Trichur, Calicut, Kottayam, Kanjirappally. A Cochín, come già detto, Mons. Angelini ha presieduto un importante congresso di operatori sanitari cattolici sul tema: «Per una salute migliore», pronunciando un discorso su «l'efficacia della presenza della Chiesa nel campo sanitario, specialmente in terra di missioni».

Sono state giornate di intenso lavoro ma impregnate di entusiasmo crescente, di speranza tramutata in realtà.

Abbiamo visitato ventiquattro centri sanitari, incontrato dieci vescovi nelle loro rispettive sedi e nove comunità religiose.

I centri sanitari visitati appartengono all'Associazione di Ospedali Cattolici dell'India, nello Stato del Kerala. Centri di salute dal più semplice e concreto, a quelli con sviluppo tecnico come nella nostra Europa. Non grandi opere: attività di base, medicina preventiva, igiene, problemi sociali di urgente necessità...

In tutti i centri abbiamo incontrato una comunità religiosa, a volte molto numerosa. Abbiamo apprezzato il grande interesse dei Vescovi per il problema sanitario: il suo svi-

luppo, l'intensità della presenza della Chiesa e il bene che la Chiesa apporta. L'incontro con le tre comunità religiose, al di fuori dell'argomento sanitario, è stato occasionale ma ci ha permesso di apprezzare la forza vocazionale della Chiesa nello Stato del Kerala. Di essi alleghiamo una relazione.

Del nostro viaggio è doveroso riconoscere la preparazione, coordinamento e presenza dei PP. Ferdinand Kayavil e George S. Pereira, rispettivamente Presidente dell'Associazione degli Ospedali dell'India e del Kerala.

Con essi abbiamo scambiato più ampiamente le nostre impressioni sugli obiettivi della nostra visita; ne abbiamo ricevuto precise spiegazioni tali da farci comprendere situazioni concrete, ragioni, ambienti...

Se potessimo esprimere, in sintesi, e mettere in risalto ciò che più ci ha colpito, potremmo dire:

- abbiamo visto molta dedizione, generosa e silenziosa dei religiosi
- molto sacrificio (credono in ciò che fanno)

- un lavoro che non ha mai fine
- segni evidenti di evangelizzazione mediante la presenza nelle opere sanitarie

- una fede fresca, giovane
- un vivaio di vocazioni, un grande bosco di giovani piante per la Chiesa che ha bisogno di orientamento, crescita, trapianti e comunione con la Chiesa universale

Con questo scritto esprimiamo la nostra riconoscenza alla gerarchia ecclesiastica incontrata per la sua amabile ospitalità e generosa accoglienza. Molti ringraziamenti a tante comunità religiose, a tanti sacerdoti, cappellani o rappresentanti del Vescovo negli Ospedali.

visite realizzate istituzioni sanitarie

1. CENTRO DIOCESANO DI SANITA' (Palauam), dispensario-consulorio, in costruzione.
2. MISSIONARIE DELLA CARITA' (Madre Teresa di Calcutta), Sishu Bhavam, Kunnukuzhi, Centro per bambini di madri nubili e scuole per adolescenti.
3. RELIGIOSE DEL DIVINO SALVATORE, Deepa Sadam, Puluvila, Karumkulam, Trivandrum, Quartiere dei pescatori: dispensario, medicina preventiva, prestazione a domicilio.
4. RELIGIOSE MISSIONARIE DELLA CARITA' (Madre Teresa di Calcutta), Kochuthura (Trivandrum), Centro anziani e bambini denutriti (sotto peso).
5. RELIGIOSE CARMELITANE, Kochuveli, Dispensario e prestazione sanitaria a domicilio.
6. RELIGIOSE DELLA SANTA CROCE, (St. Anne's Nursing Home), Pettah, Trivandrum, Maternità (12 posti letto), Dispensario e prestazione a domicilio.
7. RELIGIOSE DELLA SANTA CROCE (Bernarda Nursing Home, Sankumughom, Trivandrum, Dispensario, Domicilio: 12 gruppi, Parrocchia con vari sacerdoti anziani).
8. RELIGIOSE CANOSSIANE, Poonthura, Trivandrum (Dispensario Santa Filomena), 50 persone al giorno, 375 famiglie per il controllo settimanale dei bambini, scuola elementare.
9. RELIGIOSE CANOSSIANE, Fatima Hospital Maternity Home), Thumba - St. Xavier's College Trivandrum, Orfanotrofio C 57 bambine), Maternità (20 posti letto), Visite a domicilio e dispensario.
10. RELIGIOSE DI BETANIA (St. John's Hospital — appartiene alla diocesi di rito orientale malabarese), LEBBROSARIO, Pirappencode — Trivandrum, Lebbrosario con 40 posti letto. Assistenza a domicilio; sotto controllo nella zona circa 2.790 lebbrosi.
11. BENZIGER HOSPITAL. Appartiene alla diocesi di QUILON. Ospedale Generale (350 posti letto),

Consultorio, Scuola Infermiere, Comunità religiosa.

12. HOLY CROSS (Religiose Santa Croce) Kottiyama, Ospedale Generale 400 posti letto, di proprietà delle religiose. Dispensario.

13. RELIGIOSE SANTA CROCE (St. Joseph's Hospital), Thanky Jn, Shertallai, Alleppey, Ospedale materno-infantile (80 posti letto).

14. RELIGIOSE DI MARIA IMMACOLATA, Greengardens, Shertallai, Ospedale Generale (200 posti letto), Lebbrosario (200 posti letto).

15. ST. JOSEPH'S POOR HOME, Punnappra ALLEPPEY, Ospedale Generale, Anziane.

16. LISIE HOSPITAL, Ernakulam, Cochin, Ospedale Generale (650 posti letto) proprietà della Diocesi di Ernakulam di rito cattolico Siro-Malabarese, 100 religiose.

17. SISTERS OF CHARITY (Maria Bambina), Lourdes Hospital — Appartiene all'Arcidiocesi di VERAPOLY (Cochin), 350 posti letto — Ospedale Generale. Scuola infermiere, 42 religiose (Maria Bambina; 10 carmelitane).

18. LITTLE FLOWER HOSPITAL, Angamalli, Ospedale Generale, 600 posti letto. Appartiene alla diocesi di Ernakulam, rito Siro-Malabarese — Scuola Infermiere.

19. CARITAS HOSPITAL, Thellakon, Kottayam, Ospedale Generale (250 posti letto). Appartiene alla diocesi. Scuola Farmacia — Istituto Secolare, 70 membri.

20. LITTLE LOURDES MISSION HOSPITAL, Kidangoor, Kottayam, Ospedale Generale (100 posti letto); proprietà della diocesi — Scuola Ausiliarie Infermiere.

21. MERCY HOSPITAL, Chengalam, Kottayam, 125 posti letto, proprietà delle religiose ospedaliere della Misericordia.

22. HIGH RANGE MEDICAL CENTRE, Pallikunnu Peermade, Idukki — Piccolo ospedale per i coltivatori di tè della zona — Comunità religiosa.

23. Ospedale San Giovanni di Dio (KATTAPPANA) — 250 posti letto, Ospedale Generale, dispensario. Proprietà dell'Ordine Ospedaliero San Juan de Dios, 11 religiosi, comunità femminile e noviziato.

24. ASSISI HOSPITAL, Mukkootuthara, Kottayam, Ospedale Generale, 100 posti letto. Proprietà delle Religiose Francescane di Todos los Santos (Ognissanti).

O.I.C. (Arcivescovo di TRIVANDUM, rito siro-malabarese)

4. S.E.R.Mons. Joseph G. FERNANDEZ (Vescovo di QUILON, rito latino)

5. S.E.R.Mons. Peter M. CHENAPARAMPIL, (Vescovo di ALLEPPEY, rito latino)

6. S.E.R.Mons. Cornelius ELANJIKAL, (Arcivescovo di VERAPOLI, rito latino)

7. S.E.R.Mons. José KUREETHARA, (Vescovo di COCHIN, rito latino)

8. S.E.R.Mons. Francis KALLARACKAL, (Vescovo eletto di KOTAPURAM, rito latino)

9. S.E.R.Mons. Kuriakose KUNNASSERRY, (Vescovo di KOTTAYAM, rito Siro Malabarese)

10. S.E.R.Mons. Mathew VATTACUZH, (Vescovo di KANJIRAPALLY, rito Siro Malabarese)

comunità religiose

In tutti gli ospedali abbiamo incontrato Religiose, grandi comunità in generale.

Abbiamo inoltre visitato alcune case Generalizie e noviziati:

1. ST.BRIDGET'S CONVENT,

Vellayambalam, TRIVANDRUM

2. FRANCISCAN SISTERS OF

THE IMMACULATE HEART OF

MARY, Pattathanam, QUILON

3. MISSIONARY SISTERS OF ST.

THERESE, Cherupushpa Nivas

Convent, Umayanalloor, Industrial

Estate KOTTAYAM

4. MOUNT CARMEL GENERALATE,

ALWAYE

5. ST.JOSEPH'S GENERALATE,

S.H. Mount

6. VISITATION CONGREGATION —

Generalate House Nattassery, S. H. Mount KOTTAYAM

7. CARITAS SECULAR INSTITUTE,

THELLAKOM

8. COLEGIO NINO JESUS —

1.700 alunni

9. CANOSSIAN CONVENT,

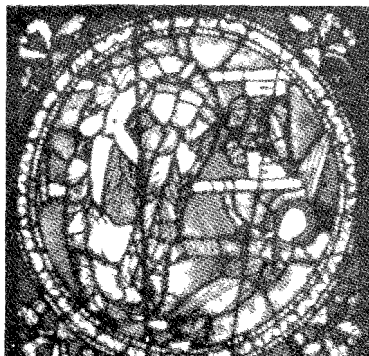
«Nirmalashram» Nahakali Caves

Road, ANDHERI (East) —

BOMBAY

JOSÉ L. REDRADO

Segretario della Pontificia Commissione
per la Pastorale degli Operatori Sanitari



GIAPPONE

Come già indicato nel numero precedente, la visita fatta dalla Pontificia Commissione nello scorso mese di giugno in Giappone riveste speciale significato per i seguenti motivi: si tratta di un paese di minoranza cattolica — 0,35% —; con una numerosa popolazione: 120 milioni di abitanti; inoltre è un paese dove il lavoro, la tecnica, l'industria e lo sviluppo sociale è più di una semplice realtà. "MADE IN JAPAN" è qualcosa che la stessa società di consumo pone sempre alla sua attenzione.

Queste realtà avrebbero potuto ostacolare e rendere difficile il nostro viaggio; è risultato felicemente il contrario. Ci son servite da termometro per misurare — precisamente — in quell'ambiente, il vasto spazio che ha la Chiesa per l'evangelizzazione e la necessità di un linguaggio appropriato. Abbiamo constatato e palpato che la nostra presenza si realizzava con normalità; che le parole salute, infermità, ospedale, morte, infermo... sono nel dizionario universale dell'umanità e riguardano il cattolico e il protestante, il musulmano e il buddista, il credente e il non credente. In altre parole; ci siamo capiti con tutti. Pertanto, è attraverso questo linguaggio e segni comuni che la Chiesa può penetrare con i suoi valori, può andare più in là, evangelizzare, essere presente; cioè, desideriamo sottolineare l'importanza di questo Dicastero della Sanità nella Chiesa quale mezzo universale di penetrazione, di dialogo e di evangelizzazione.

Nonostante sia una piccola minoranza, il popolo giapponese tiene in grande stima le attività spirituali e intellettuali dei cattolici, soprattutto nel campo dell'educazione, medicina ed infermeria.

In genere la gente apprezza molto gli attenti servizi di assistenza sociosanitaria prestati dal personale dei centri cattolici.

La maggior parte degli ospedali cattolici di antica data di fondazione prestarono le loro cure alle vittime dell'infermità di Hansen e della tubercolosi. Sowernero bene ai primi bisogni sociali e medici delle epoche anteriori e posteriori della prima e seconda guerra mondiale.

Attualmente, la maggior parte di essi si sono trasformati in Ospedali Generali che servono i residenti della zona, con speciale enfasi nel rispetto della persona umana, con tutti i bisogni spirituali, medici, sociali e psicologici, e il rispetto alla vita è ben conosciuto e stimato nelle nostre cliniche di maternità.

Le città che abbiamo visitato sono state Tokyo e Nagoya.

A Tokyo siamo stati ospiti di S.E.R. Mons. Peter Seiichi Shiraya-

vescovi

1. S.E.R.Mons. Simon Ignatius PIMENTA, (Arcivescovo di BOMBAY)

2. S.E.R.Mons. Jacob ACHARUPARAMBIL, (Vescovo di TRIVANDRUM, rito latino)

3. S.E.R.Mons. Benedict Varghese Gregorios THANGALATHIL,

nagi, Arcivescovo della Diocesi e Presidente della Conferenza Episcopale del Giappone. Abbiamo visitato tre centri sanitari: *S. John's Home Hospital, Betania Hospital e Seibo Home Hospital*. Fummo ricevuti con grande rispetto e fraternità e tanta unione. Ci siamo interessati alla loro salute, all'organizzazione e ai mezzi di cui disponevano. Ci siamo recati al capezzale di ogni infermo ed anziano, e visitato alcuni missionari dell'Ospedale *Seibo*.

Una breve visita all'Università Sofia dei PP. Gesuiti ci mise in contatto con l'infermeria dove salutammo alcuni religiosi anziani ed infermi.

Inoltre ci siamo recati a far visita al Nunzio di Sua Santità, S.E.R. Mons. William Aquin Carew con cui scambiammo ampiamente le nostre impressioni sul significato e contenuto del nostro viaggio.

Ed infine, in un ricevimento allo Hotel Edmont, ci siamo incontrati con vari membri del Direttivo dei Medici Cattolici del Giappone. Furono messe in risalto le seguenti idee: importanza della nostra presenza, valore dell'Associazione dei Medici Cattolici, il positivo apprezzamento degli ospedali cattolici nel Giappone e la necessità di lavorare con i non cattolici.

A Nagoya siamo stati ospiti del Vescovo della diocesi, S.E.R. Mons. Aloysius Nobuo Soma, e abbiamo visitato un centro di minorati fisici e l'Ospedale Santo Spirito, diretto dalle Religiose dello stesso Ordine.

Il primo scopo della nostra presenza a Nagoya era dovuto fondamentalmente alla celebrazione del Congresso Nazionale di Istituzioni Sanitarie Cattoliche, al quale partecipammo attivamente, dall'inizio alla fine. Alla fine del Congresso Mons. Angelini mise in risalto la nobiltà della missione a servizio del malato, la necessità di preparazione per trattare la vita umana, l'universalità della salute e dell'infermità, dimostrando speciale gratitudine al Papa, così solidale con il campo sanitario, per aver istituito questa Pontificia Commissione chiamata ad animare, coordinare e diffondere questi nobili ideali.

JOSÉ LUIS REDRADO

GERUSALEMME

congresso internazionale sulla epilessia

Nei giorni 6-11 Settembre 1987 si è tenuto a Gerusalemme il 17th Epilepsy International Congress. La Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari è stata invitata dagli organizzatori del Congresso a partecipare alla sessione ((Epilessiae Religione)) ed ha incaricato il Dr. Gian Luigi Gigli, neurologo della II Università di Roma, di rappresentare il punto di vista cattolico nel dibattito interconfessionale.

Il Dr. Gigli ha sviluppato il tema delineando anzitutto l'immagine del paziente epilettico che traspare dai vangeli. Egli ha affermato che, dal racconto degli evangelisti, il paziente epilettico non appare tanto alla stregua di un indemoniato, come potrebbe superficialmente sembrare, quanto piuttosto come un testimone privilegiato della passione, morte e risurrezione di Cristo, prefigurate nelle varie fasi della sua crisi. Ciò appare particolarmente nell'episodio che segue la Trasfigurazione. Il Dr. Gigli ha poi trattato l'evoluzione storica dell'atteggiamento della Chiesa verso i candidati al sacerdozio affetti da epilessia, alla luce soprattutto del Codice di Diritto Canonico. Infine il Dr. Gigli ha parlato del contributo che la Chiesa può dare per rompere la barriera di pregiudizio e discriminazione che ancora avvolge il paziente epilettico ai nostri giorni.

Le altre relazioni della sessione, che il nostro rappresentante ha moderato insieme ad un alto magistrato israeliano, hanno trattato dell'atteggiamento del protestantesimo verso i pazienti epilettici, della epilessia nelle antiche fonti ebraiche, della epilessia nella letteratura araba medioevale, della epilessia nel buddismo, della epilessia nelle religioni dell'estremo oriente e, infine, della influenza sulla storia umana delle manifestazioni epilettiche a carattere religioso (presentata da un neurologo australiano).

Quella su ((Epilessiae Religione)) è stata la sessione inaugurale del Congresso e ad essa ha partecipato la gran parte dei 1.500 Congressisti. Nel pomeriggio dello stesso giorno vi è stata un'altra sessione di comunicazioni libere sullo stesso tema. Gli atti del congresso verranno pubblicati sul volume 17 di «Advances in Epileptology» (Raven Press).

AVIGNONE (Francia)

XIX Congresso Internazionale della Federazione dei Farmacisti Cattolici

Circa quattrocento Congressisti della Federazione dei Farmacisti Cattolici si sono riuniti ad Avignon dal 5 all'8 settembre 1987.

Presenti al Congresso S.E.R. Mons. Fiorenzo Angelini, Pro-Presidente della Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari, e P. Redrado, Segretario della medesima.

Il tema era veramente suggestivo: «Mass-media - Comunicazione - Salute». Parole chiavi che la Federazione ha voluto ricordare evidenziando il seguente principio «Una buona pratica di comunicazione fatta dal farmacista all'infermo, comporta una sua maggiore responsabilità per un buon uso del farmaco e un progresso della sanità»).

In tale contesto ideologico si sono svolte le Relazioni e le Comunicazioni. La relazione tenuta da Mons. Angelini all'inizio del Congresso è stata su «Il Farmacista cattolico: presenza vitale nel mondo della sofferenza»).

L'ambiente, autenticamente fraterno, faceva trasparire la vitalità crescente della suddetta Federazione, nonché l'entusiasmo e la ricerca di un luogo propriamente cristiano per gli operatori sanitari.

Nel corso del Congresso, il Dr. Jean Dréano ha rassegnato le dimissioni da Presidente della Federazione della quale era stato grande animatore per un periodo di sei anni. E subentrato in detta carica il Sr. Edwin Scheer Magister. A lui i nostri più sentiti auguri di buon lavoro.

MADRID (Spagna)

XII Riunione Nazionale dei Delegati Diocesani di Pastorale Sanitaria

Nei giorni 27, 28 e 29 settembre u.s. si è svolta a Madrid la «XII Riunione Nazionale dei Delegati

diocesani di Pastorale Sanitaria di Spagna)). Ha inaugurato la riunione S.E.R.Mons. Javier Osés, Vescovo Responsabile della Pastorale Sanitaria in Spagna; insieme con lui presiedevano il P. José Luis Redrado, Segretario della Pontificia Commissione, i due presidenti della FERS — P. Adriano Yugueros e Suor Antonia Azpilicueta — e il delegato nazionale, D. Rude Delgado.

Il tema centrale è stato: «Gli infermi più bisognosi e abbandonati».

Le relazioni e comunicazioni riguardo questo tipo di infermi — cronici, anziani, terminali, mentali, tossicomani, invalidi psichici profondi e affetti dell'AIDS — sono state estremamente chiarificatrici, facendo da stimolo ai lavori di gruppo, e messo in evidenza le interpellanze che vengono poste alla società e alla chiesa spagnola.

Inoltre ci sono state otto testimonianze circa esperienze molto simili a questo tipo di malati che hanno dimostrato ancor più l'inquietudine e l'avvio di soluzioni, benché semplici. Un'interessante relazione del Prof. Juan Antonio Pagola ha contribuito ad orientare e a tracciare le grandi linee dell'attenzione a questi infermi...

I Delegati Diocesani hanno presentato un abbozzo di progetto del ((Giorno dell'infermo 1988)) ed hanno informato circa i progetti delle diverse Commissioni che hanno iniziato a lavorare nell'ambito della Delegazione Nazionale: Commissione della Pastorale ospedaliera, Pastorale sanitaria nelle parrocchie, Salute Mentale, Formazione e Commissione di operatori sanitari cristiani. Lavoro preparato in una precedente riunione dell'Equipe Nazionale.

Seguendo da vicino tutti i lavori, possiamo dire che in Spagna si sta facendo molto progresso nel campo della Pastorale Sanitaria. C'è una forte presa di coscienza dei problemi, si consolida sempre più l'equipe nazionale e la responsabilità dei Delegati diocesani; i problemi sono molti ma c'è una ottimista speranza di risolverli. In questa riunione è stato presentato il libro ((L'assistenza religiosa nell'ospedale Orientamenti pastorali)), frutto di studio e riflessione di molti; un vero strumento non solo per i cappellani degli ospedali, ma anche per quanti vi lavorano, specialmente per le direzioni e i responsabili di ogni Servizio ospedaliero. Da quanto sopra descritto si può felicemente dedurre che la Pastorale Sanitaria in Spagna gode di buona salute.

CITTÀ DEL VATICANO

II. Conferenza Internazionale su «L'Umanizzazione della Medicina»

La Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari ha organizzato e realizzato la II^a Conferenza sul tema «L'UMANIZZAZIONE DELLA MEDICINA)). Si è tenuta nell'Aula del Sinodo. In quella stessa Aula dove per tutto il mese di ottobre i Padri Sinodali si sono riuniti per studiare il ruolo occupato dai Laici nella Chiesa.

Per alcuni giorni (10-12 novembre), eminenti personalità provenienti dalle diverse parti del mondo si sono incontrate per confrontarsi su alcuni temi riguardanti «La vita e il diritto alla vita», «L'uomo e la salute», «L'uomo e la medicina)). A presiedere i lavori sono stati chiamati tre eminenti Premi NOBEL: * Prof. K. SUNE BERGSTROM, (Svezia), Premio Nobel di Fisiologia e Membro dell'Accademia Pontificia

* Prof. GAJDUSEK CARLETON (USA), Premio Nobel della Medicina;

* Prof. RITA LEVI MONTALCINI (Italia), Premio Nobel di Medicina e Membro dell'Accademia Pontificia.

La II Conferenza Internazionale ha avuto il suo momento più alto nell'incontro col Santo Padre. Nel discorso, rivolto ai Congressisti ha posto in rilievo la centralità dell'uomo, facendo riferimento al significato che assume oggi l'umanizzazione della medicina.

Questi giorni sono stati tempo di intensa ricerca, studio e di vero contatto tra professionisti venuti da numerose parti del mondo e che ricoprono diverse responsabilità nel campo sanitario.

Gli Atti di questa II^a Conferenza saranno pubblicati nel n. 1/1988 della nostra rivista *Dolentium Hominum*.

ITALIA

altre attività

* Intenso è stato il lavoro all'interno della propria casa — come si suol dire — durante l'estate ed all'inizio del corso: attenzione alla richiesta di celebrazioni per atti commemorativi di ospedali; benedizione della prima pietra di un nuo-

vo ospedale a Pietralata; presenza di Mons. Angelini e di P. Redrado nella commemorazione del centenario della nascita di P. Pio; celebrazione della Giornata della sofferenza al Centro Garbatella; incontro all'Ambasciata di Francia presso il Quirinale con i responsabili della Sezione di bioetica sul tema dei Comitati; riunione con i membri dei Segretari generali della Pastorale e del Laicato della Curia Generalizia dei Fatebenefratelli; presenza e dialogo nella nostra Sede dell'Equipe Nazionale di Pastorale Sanitaria di Spagna e vari delegati diocesani; infine, partecipazione della nostra Pontificia Commissione all'inaugurazione ufficiale del CAMILLIANUM tenuta il 7 novembre, Istituto di Pastorale Sanitaria che preparerà i nuovi Operatori mediante il conseguimento di Licenza e di Dottorato in Teologia Pastorale Sanitaria.

* La preparazione e celebrazione della II Conferenza «Umanizzazione della Medicina — organizzata dalla Pontificia Commissione — è stata preceduta da una serie di incontri con i diversi Comitati e le Segreterie organizzative.

* La canonizzazione del medico Giuseppe Moscati (25 ottobre) è stata inoltre un'occasione di impegno e di lavoro a vari livelli, particolarmente del nostro Pro-Presidente Mons. Angelini, infaticabile animatore.

* Sinodo dei Vescovi. Il mese di ottobre ha il primato di intensità di lavoro. Mons. Angelini, nominato dal Papa, ha partecipato al Sinodo. Da questo ne è scaturito un effettivo aumento di lavoro ma salutare e gratificante. Gli infermi e il mondo dei laici a servizio della salute hanno avuto nell'Aula del Sinodo un autentico portavoce, non solo nel giorno del discorso o del dono del libro «I laici nel mondo della sofferenza e della salute» ai Padri Sinodali, ma anche nell'incontro personale di ogni giorno con essi. Inoltre molti Padri Sinodali, su invito di Mons. Angelini, hanno visitato singolarmente o in gruppo la nostra Sede. È stata un'occasione che abbiamo vissuto con autentica gioia e fraterno dialogo, centrato negli obiettivi e attività del nostro Dicastero, nell'importanza attribuita dal Papa a tali temi, nella necessità di ampliare la visione pastorale in questo campo e sui nuovi interrogativi posti oggi dalla medicina e dalla biologia alla coscienza dei professionisti della salute. Incontri e dialoghi veramente positivi.

vescovi incaricati della pastorale sanitaria

Poco tempo dopo la costituzione della Pontificia Commissione per la Pastorale per gli Agenti Sanitari ci siamo messi in relazione con tutte le Conferenze Episcopali. Un centinaio in tutto.

Tra le cose richieste c'era la nomina di un Vescovo che, in nome della Conferenza Episcopale, si assuma la responsabilità del settore della Pastorale Sanitaria nelle rispettive nazioni.

Anche in altre occasioni abbiamo insistito su questo aspetto, soprattutto quando ci siamo recati invisitati nelle diverse nazioni. In questo momento, a distanza di poco più di due anni di vita della Commissione Pontificia, la risposta delle Conferenze Episcopali supera il 50%, in totale sono 58 i Vescovi nominati: Africa 18, America 16, Europa 15, Asia 6, Oceania 3.

Speriamo di completare, a poco a poco, l'elenco delle nomine che mancano.

La finalità di queste nomine, per quanto ci riguarda, è riuscire a conoscere la Pastorale Sanitaria attraverso un concreto interlocutore in ciascuna Conferenza Episcopale e stimolare le stesse a un lavoro di organizzazione e di coordinamento della presenza della Chiesa in questo settore. In molte nazioni, non solo è stato nominato un Vescovo incaricato della Pastorale Sanitaria, ma anche un direttore nazionale o è stata costituita una piccola Commissione o un Segretariato che programma e coordina tutte le attività che si portano avanti nella pastorale sanitaria.

Tutto ciò è degno di elogio e di congratulazioni e farà nascere, sicuramente, un nuovo movimento, un nuovo stile e una presenza sempre più numerosa nel mondo dei malati dei professionisti sanitari e di tutti i valori che contiene la salute e la malattia.

In varie occasioni ci siamo messi in contatto con questi Vescovi incaricati, sia per iscritto, che personalmente durante i nostri viaggi o qui in Roma, in occasione della loro visita «ad limina».

E nostro desiderio articolare bene questo rapporto e, mentre stiamo completando l'elenco, stiamo pensando a diverse formule di contatto che serviranno, senza dubbio, a una migliore conoscenza della realtà, ad uno stimolo più efficace e ad un fruttuoso scambio di esperienze.

Qui di seguito diamo gli indirizzi di questi Vescovi:

Africa

Most Rev. MATHIAS ISUJA
Bishop of Dodoma P.O. Box 922
DODOMA Tanzania Africa.

S.E.R. Mgr. JACQUES de
BERNON Evêque de Maroua-
Mokolo Evêché, B.P. 49 MA-
ROUA Cameroun Africa C.

S.E.R. Mgr. CHARLES VAN-
DAME Archeveque de N'Djamena
Archevêché, B.P. 456 N'DJAME-
NA Tchad Africa C.

S.E.R. Mgr. HUBERT
MICHON Archeveque de Rabat 1
rue Abou Inane, B.P. 258 RABAT
Maroc Africa Nord.

S.E.R. Mgr. CHRETIEN MA-
TAWO BAKPESSI Evêque de So-
kodé B.P. 55 SOKODÉ Togo Afri-
ca Occ.

Most Rev. Dr. BONIFACE DA-
LIEH Bishop of Cape Palmas
Catholic Mission, P.O. Box 11
HARPER - CAPE PALMAS Li-
beria Africa Occ.

Most Rev. JAMES OWUSU
Bishop of Sunyani P.O. Box 9712
ACCRA Ghana Africa Occid.

Most Rev. FELIX ALABA JOB
Bishop of Ibadan P.M.B. 5057
IBADAN Nigeria Africa Occ.

S.E.R. Mgr. LUCIEN MONSI-
ABBOKA Evêque d'Abomey
Eveché, B.P. 18 ABOMEY Benin
Africa Occ.

S.E.R. Mgr. ANSELME TI-
TIANNA SANON Evêque de
Bobo-Dioulasso Evêché, B.P. 312
BOBO-DIOULASSO Burkina Fa-
so Africa Occ.

Most Rev. ALLAN CHAMG-
WERA Zomba Diocese P.O. Box
115 Zomba, Malawi.

S.E.R. Mgr. PIERRE ZÉVA-
CO, C.M. Evêque de Fort-
Dauphin B.P. 47 614 TOLAGNA-
RO Madagascar Africa S.

Most Rev. JOHN NJENGA
Bishop of Eldoret P.O. Box 842
ELDORET Kenya Africa Sud.

Most Rev. MANSUET D. BI-
YASE P.O. Box 941 0002 PRETO-
RIA South Africa Africa Sud.

Most Rev. HELMUT RECKE-
TER, S.J. P.O. Box 680
CHINHOYI Zimbabwe Africa Sud.

Most Rev. ADOLPH FURS-
TENBERG Bishop of Mbala
Bishop's House, P.O. Box 55
MBALA Zambia Africa Sud.

S.E.R. Mgr. BAKOLE ZA
ILUNGA Archeveque de Kananga
B.P. 70 KANANGA, KASAI Occ.
Zaire Africa Sud.

S.E.R. Mgr. EVARISTE NGO-
YAGOYE B.P. 1390 D.S. 213 BU-
JUMBURA Burundi Africa Sud.

América

S.E.R. Mons. HECTOR M. RI-
VERA Obispo Aux. de San Juan
Arzobispado, Apartado 8-1967
SAN JUAN, 00903 Puerto Rico
America C.

S.E.R. Mons. PRIAMO TEJE-
DA ROSARIO Obispo Aux. de
Santo Domingo Arzobispado,
Apartado 186 SANTO DOMIN-
GO Rep. Dominicana America C.

S.E.R. Mons. CARLOS M.
ARIZ Apartado 343 COLON Pa-
nama America C.

S.E.R. Mgr. RODRIGO O.
CABRERA Obispo de Santiago de

Maria Obispado SANTIAGO DE MARIA Usulután El Salvador America C.

Rev. Mgr. CARLOS M. DE CESPEDES Apartado 105 CAMAGUEY Cuba America C.

S.E.R. Mons. CARLOS TALAVERA RAMIREZ Apartado 118-055 07050 MEXICO México America Nord.

His Eminence Card. JOHN O'CONNOR Archbishop of New York 1011 First Avenue NEW YORK, N.Y. 10022 U.S.A. America Nord.

S.E.R. Mgr. JOHN A. O'MARA Bishop of Thunder Bay 1306 Ridgeway Street, P.O. Box 756 Ont. P7C 4V5 THUNDER BAY Canada America Nord.

S.E.R. Mons. RODRIGO ESCOBAR Obispo de Girardot Calle 19, n. 11-65 GIRARDOT, CUNDINAMARCA Colombia America Sud.

S.E.R. Mons. AUGUSTIN R. ALVAREZ Obispo tit. de Nasbinka Plaza Bolívar MACHIKUES 4021 - Est Zulia Venezuela America Sud.

S.E.R. Mons. JAVIER PRADO ARANGUIZ, SS.CC. Obispo de Iquique Casilla 18D, Bolívar 588 IQUIQUE Chile America Sud.

S.E.R. Mons. CARLOS PARTIELI Avda. Millán 3279 MONTEVIDEO Uruguay America Sud.

S.E.R. Mons. OSCAR PAEZ GARCETE Alberdi 782, Cas. Correo 1436 ASUNCION Paraguay America Sud.

Emo Rmo Card. PABLO MUÑOZ VEGA Av. America 1866 y La Gasca, Ap. 1081 QUITO Ecuador America Sud.

S.E.R. Mgr. JESUS A. DE LA MA C.E.B. Casilla 2309 LA PAZ Bolivia America Sud.

S.E.R. Mgr. ALFONSO FELIPE GREGORY Rue Benjamin Constant, 23 20241 RIO DE JANEIRO Brasil America Sud.

Asia

Most Rev. DIOSDADO A. TALAMAYAN Archbishop of Tuguegarao Archbishop's Residence TUGUEGARAO — CAGAYAN Philippines Asia.

Most Rev. P.S. HARDJOSO-EMARTO Bishop of Malang Jl. Cut Mutiah 10 10002 JAKARTA Indonesia Asia.

Most Rev. JOSEPH CORDEIRO Archbishop of Karachi St. Patrick's Cathedral KARACHI 3 Pakistan Asia.

His Eminence Card. MICHAEL MICHAEL KITBUNCHU Archbishop of Bangkok Assumption Cathedral 51, Oriental Ave. BANGKOK 10500 Thailand Asia.

S.E.R. Mgr. GABRIEL KAP-SOU LEE Bishop of Pusan 4-81 Dae Cheong Dong 600 BUSAN Korea Asia.

Rev. Fr. GIUSEPPE DALLA RICCA, MI Respons. Sub. Comm. for Medical Matters Chinese Bishops Conf., P.O. Box. 36603 TAIPEI Taiwan.

Europa

S.E.R. Mgr. GUY HERBULOT Evêque de Corbeil Cours Mgr. Romero B.P. 170 91006 EVRY Cedex France Europa.

Most Rev. JOSEPH MERICIECA Archbishop of Malta P.O. Box 29 VALLETTA Malta Europa.

Most Rev. CZESLAW DOMIN Bishop of Katowice ul. Jordana 39 - skr. Pocztowa 331 40-043 KATOWICE Poland Europa.

S.E.R. Mgr. THEODOR HUBRICH H.H. Weihbischof Max-Tosef-Metzger-Str. 1 3010 MAGDEBURG Deutschland Europa.

S.E.R. Mgr. ELMAR KREDEL Erzbischof von Bamberg Obere Karolinenstr. 5 8600 BAMBERG Deutschland Europa.

Most Rev. PHILIP HARVEY Aux. Bishop of Westminster 4 Egerton Gardens NW4 4BA HENDON England Europa.

Most Rev. DONALD BENDAN MURRAY Bishop aux. of Dublin St. Kevin's, St. Agnes' Road CRUMLIN - DUBLIN 12 Ireland Europa.

S.E.R. Mons. UGO DONATO BIANCHI Piazza Pascoli 2 61029 URBINO Pesaro Italia Europa.

S.E.R. Mgr. ANTE BOGETIC Prilaz Jurja Dobroje 3 51440 PORREC Jugoslavia Europa.

S.E.R. Mons. ANTONIO BAL-TASAR MARCELINO Apartado 441 - 3808 AVEIRO Codex Portugal Europa.

S.E.R. Mons. JAVIER OSES Apdo. de Correos 2 22080 HUESCA España Europa.

S.E.R. Mgr. JEAN TCHOLAKIAN Sakizagaci cad. 31, B.P. 183 BEYOGLU-ISTAMBUL Turchia Europa.

S.E.R. Mgr. HENRI SCHWERY Evêque de Sion Avenue Moleson, 30 1700 FRIBOURG Suisse Europa.

S.E.R. Mgr. ROGER BOURRAT Evêque de Rodez 1, rue Frayssinons 09000 RODEZ France Europa.

S.E.R. Mgr. MAXIMILIAN AICHERN Herrenstr. 19, Postfach 251 4010 LINZ Austria Europa.

Oceania

Most Rev. PETER JAMES CULLINANE Bishop of Palmerston North P.O. Box 8003, 36 Ihaka Street PALMERSTON NORTH New Zealand Oceania.

Most Rev. PETERO MATAKA Archbishop of Suva Box 393 SUVA Fiji Oceania.

Most Rev. ERIC G. PERKINS Bishop aux. of Melbourne 383 Albert Street East MELBOURNE Victoria 3002 Australia Oceania.

STATI UNITI

Formazione di Medici in Bioetica Clinica

Il Centro di Bioetica Clinica dell'università di Chicago ha istituito un programma nazionale per la formazione di medici promotori di Bioetica Clinica. A partire dal luglio 1987, per tre anni consecutivi, questo programma innovatore mette a disposizione tre borse di studio ogni anno, per formare medici con alcuni anni di esperienza, come dirigenti di programmi di Bioetica Clinica nelle rispettive Istituzioni di provenienza.

I medici borsisti riceveranno \$ 45.000, più \$ 7.000 per le spese personali durante il primo anno di formazione nel Centro. Durante i tre anni successivi, quando i medici sono ritornati alle Istituzioni di origine, continueranno la propria formazione tramite una rete di assistenza coordinata dal Centro di Bioetica Clinica.

Ogni Istituzione di origine riceverà \$ 45.000 (15.000 \$ all'anno per i tre anni) per il sostegno del medico e per lo sviluppo di un programma istituzionale di Bioetica Clinica.

Recentemente il Centro ha richiesto la presentazione di candidati per il primo anno (Luglio 1988-Giugno 1989) ai Presidi delle Facoltà di Medicina del Nord America, e ai responsabili delle maggiori organizzazioni sanitarie e Istituti di Etica. La corrispondenza relativa va inviata al:

Dr. Mark Siegler
Professor of Medicine
Director, Center for Clinical Medical Ethics
University of Chicago Hospitals
5841 S. Maryland Avenue, Box 72
CHICAGO, Illinois 60637 (Tel. 312-702-1453) U.S.A.

INDIA

Associazione degli Ospedali Cattolici dell'India

* Prospetto informativo (At a Glance): Fondata dall'australiana Dott.ssa Mary Glowrey, la prima religiosa medico che ha esercitato in India, nel 1943, l'Associazione conta oggi quasi 2000 membri effettivi. Esistono vari organi di governo, però la maggior parte della direzione ordinaria è sostenuta dal Direttore Esecutivo. Alcune importanti attività sono: destinare il materiale sanitario proveniente dal Catholic Medical Mission Board (New York), fare da tramite fra i membri e gli organismi statali, realizzare pubblicazioni, aiutare nell'inserimento professionale, promuovere una pianificazione familiare (un grande problema per l'India) suddividere alcuni fondi a favore della assistenza di base, valutare ed appoggiare i diversi progetti che vengono proposti, ottenere materiale di buona qualità, in collaborazione con il governo nazionale. Un forte impegno per il prossimo futuro ricadrà sulla salute pubblica e sull'assistenza primaria.

* Dipartimento della Salute Pubblica dell'Associazione. Tra le principali attività primeggia l'organizzazione dei corsi, dei seminari, delle tavole rotonde per la formazione del personale sanitario in campo pubblico, così come la valorizzazione di progetti con medesima finalità e la promozione di forme terapeutiche in sintonia con le necessità e le possibilità locali, (per esempio: le erbe mediche), l'Associazione agisce anche quale punto d'incontro per le diverse organizzazioni nazionali ed internazionali che lavorano con la medicina pubblica, facendo sì che essa si sviluppi, con serietà, in attività soprattutto nell'Asia Meridionale.

* Tre numeri della rivista dell'Associazione — **Medical Service**: «Salute e potere popolare» preparato dall'équipe per la Salute e lo Sviluppo Pubblico, traccia la teoria e la pratica della promozione sanitaria locale,

specialmente in zone rurali e povere. L'impegno centrale sta nel trovare metodi da indicare agli interessati nel processo di responsabilizzazione affinché prendano decisioni, per il proprio benessere, assistiti, opportunamente, da specialisti ottenendo così che acquisiscano coscienza analitica dei fattori che incidono sulla loro salute e dei rimedi che sono a loro disposizione. L'assunzione di operai provenienti dagli strati sociali più poveri e l'esperienza democratica della partecipazione a livello popolare, sono per essi fondamentali.

Un altro numero della rivista si occupa dello sviluppo di una politica orientata verso il popolo.

CILE

Servizio di Assistenza ai Malati

L'assistenza ai malati è un impegno continuo della Chiesa cilena, che ha difatti istituito allo scopo una Pastorale Sanitaria.

Questa Pastorale s'interessa della evangelizzazione e della preparazione dei malati a ricevere i Sacramenti.

Agisce presso gli ospedali e altri enti sanitari sotto la responsabilità del Delegato Episcopale del Dipartimento della ((Pastorale Ospedaliera e degli Infermi)) e presso il domicilio degli infermi, a carico del rispettivo parroco.

La Crociata del Servizio Volontario della Caritas Cilena ha organizzato il ((Servizio di Assistenza agli Infermi)) in collaborazione con il citato Dipartimento, al fine di contribuire alla promozione e allo sviluppo della Pastorale tra i volontari laici, mediante il loro inserimento nei Gruppi Ospedalieri e nell'équipe parrocchiale di assistenza ai malati. Precedentemente la Scuola Nazionale li prepara con corsi specializzati, e continuamente li perfeziona affinché il loro apostolato sia frutto di amore a Dio e ai loro fratelli e permetta l'incontro del malato con Dio.

ITALIA

Associazione Cattolica Operatori Sanitari (ACOS)

Il Convegno di studio e la XXX Giornata Nazionale dell'ACOS, svoltisi a Rapallo nei giorni 22/23 e 24 maggio 1987 sul tema «AMORE E SALUTE», hanno visto riuniti oltre 300 partecipanti provenienti da tutta Italia.

Secondo gli orientamenti indicati dal III Congresso Nazionale dell'Associazione dell'ottobre 1986 «Per una diversa cultura della salute», sono state approfondite le tematiche relative all'impegno degli operatori sanitari per un servizio all'uomo nella sua globalità e per la promozione di una vita più umana e più cristiana.

L'ACOS attenta e sensibile alle più recenti raccomandazioni, che vengono dalle istituzioni mondiali e comunitarie, in ordine allo sforzo da compiersi in tutti i paesi per una ((politica dell'ambiente come componente essenziale delle politiche economiche, industriali agricole e sociali) e per «una presa di coscienza di una delle più grandi sfide del nostro tempo, intesa a mobilitare cittadini e responsabili per la ricerca di soluzioni adeguate)), facendo proprio il magistero della Chiesa, espresso nei documenti conciliari e dai numerosi appelli di Giovanni Paolo II circa i rischi, che gravano sull'umanità intera per il modo distorto di intendere e di usare il progresso tecnologico, che dovrebbe invece mirare al perfezionamento dell'uomo nelle due direzioni dell'essere e dell'operare; intendendo però evitare il rischio di una visione ristretta ed unilaterale, che potrebbe portare verso una semplice esaltazione utopistica del ritorno alla natura o ad una condanna senza riserve della tecnica, considerata come nemica della natura e dell'uomo, si propone in concreto: di portare il suo contributo, partecipando, a livello locale, regionale e nazionale, all'azione che mira ad eliminare le cause del deterioramento ambientale, a richiedere interventi sui processi produttivi con tecnologie pulite e sicure, a suggerire indirizzi di una cultura della salute, fondata sulla prevenzione, sulla educazione alla responsabilità dei singoli, delle famiglie, delle comunità per comportamenti sani e equilibrati riguardo all'igiene personale, domestica, cittadina e ad uno stile di vita più sobrio e rispettoso dei beni naturali.

Considerando le responsabilità specifiche delle categorie che l'Associazione raggruppa:

* ritiene che la formazione degli operatori sanitari di ogni tipo e livello è ancora oggi troppo o quasi solo centrata sulla cura e l'assisten-

za della malattia;

* sostiene la necessità di modificare i programmi di insegnamento al fine di formare operatori che pensino ed agiscano: in termini di salute piuttosto che di malattia, applicandosi a prevenire la malattia e promuovere la salute così come a curare e riabilitare; a vantaggio della famiglia e della collettività e non soltanto del singolo individuo malato; come membri di una «équipe» sanitaria; contribuendo e ricercando l'utilizzazione più efficace delle risorse finanziarie e materiali disponibili; in considerazione della situazione sanitaria del paese e della scala di priorità che essa impone.

* Considerando essenziale una educazione permanente di tutti gli operatori sanitari, perché siano informati e capaci di informare ed agire nel campo dell'igiene personale e ambientale e della medicina preventiva, nelle istituzioni sanitarie, nelle famiglie, nelle scuole, nei luoghi di lavoro e nella collettività in genere, invita i centri regionali e i gruppi locali ACOS a promuovere e a partecipare attivamente ad iniziative (corsi-convegni-dibattiti-campagne-interventi radio e TV), miranti a sviluppare l'educazione sanitaria.

* Si propone di agire nelle sedi competenti, sindacali, politiche, parlamentari, affinché il Piano sanitario nazionale, non ancora reso operante, sia finalmente varato e possa promuovere gli obiettivi che, in armonia anche con gli obiettivi dell'OMS Europa, impegnano i servizi sanitari per il raggiungimento della meta «salute per tutti».

* Ritenendo il funzionamento dei distretti di base e dei servizi di prevenzione, strumento essenziale per l'attuazione della difesa della salute e l'educazione sanitaria, incoraggia e intende appoggiare ogni azione periferica tendente a denunciare carenze, inadempienze, ed a promuovere lo spazio di intervento degli operatori sanitari nella programmazione e gestione dei servizi stessi.

Convinta che il miglioramento degli aspetti relativi alla salute, ai modelli di vita, alle condizioni ambientali, all'assistenza sanitaria richiede l'intervento di altri settori della pubblica amministrazione, dei gruppi intermedi e l'ampia diffusione di informazioni per la partecipazione attiva dei singoli e della collettività, l'ACOS dichiara la sua disponibilità per una fattiva collaborazione con associazioni professionali pubbliche e private, sindacati, volontariato, gruppi e movimenti ecclesiali interessati al problema ambiente e salute.

Educare ed agire per l'annuncio della salute è azione di evangelizza-

zione, come è stato ricordato nel Convegno, e l'ACOS chiede a tutti i suoi aderenti di assumere in pieno e sempre più coerentemente questa responsabilità.

INGHILTERRA

LONDRA — «AIDS: Meeting the community challenge».

È il titolo di un libro sulla pastorale tra i malati che soffrono di AIDS. E pubblicato dall'Editrice San Paolo. Si tratta di una serie di esperienze e opinioni di professionisti e cerca di colmare la lacuna che esiste sul tema.

SPAGNA

MADRID: «No a l'estensione dell'aborto legale».

Il Tribunale Supremo Spagnolo ha respinto la proposta del governo socialista di estendere la legge dell'aborto anche ai casi economici. Resta in vigore la legge approvata nel 1985 che consente l'aborto nei casi di pericolo di vita per la madre, malformazione del feto e gravidanza dovuta a violenza carnale o incesto.

ARGENTINA

«Bienvenido Juan Pablo II».

Uno dei manifesti affissi a Buenos Aires, in occasione dell'arrivo del Papa nella Capitale, il 6 aprile 1987 era così titolato.

Con questo saluto, molti professori, dottori e consiglieri della facoltà di medicina dell'Università di Buenos Aires, esprimevano il loro appoggio ai seguenti principi di etica medica:

- 1) Si alla vita fin dalla concezione
- 2) Si alla persona umana e in ogni momento, con uguale dignità dei due sessi.
- 3) Si alla famiglia responsabile della educazione
- 4) Si al controllo naturale delle nascite
- 5) Si alla fecondazione naturale della donna
- 6) Si alla purezza e alla castità di vita e di costumi
- 7) Si alla dignità e alla sicurezza nel lavoro
- 8) Si alla ricerca entro i limiti della morale
- 9) Si alla dignità della morte naturale
- 10) Si alla «immagine e somiglianza di Dio» di ciascun uomo e ciascuna donna.



Due pubblicazioni del nostro dicastero

I laici nel mondo della sofferenza e della salute

Sintesi del documento

1. Salute e salvezza

- La vita è un dono di Dio;
- curare l'uomo è porsi al servizio della vita
- la salute e l'infermità nella visione integrale
- essere sano comporta equilibrio

2. Il ministero o diaconia dell'assistenza sanitaria

- attenzione particolare, qualificata della Chiesa nella sollecitudine verso gli infermi (è una vocazione)

- mentre la semplice professione tende ad un lavoro, la vocazione eleva all'esercizio di un «servizio», questo a un ministero, che la tradizione cristiana chiama anche «diaconia» ... che con il progresso e la tecnica diventa spesso più specializzato.

3. Vocazione e missione dei Laici

- ha origine dalla sua condizione di battezzato
- la testimonianza dei laici avrà come campo d'azione più comune e significativo, il lavoro, la tecnica, le professioni specializzate
- la vocazione e missione del laico sanitario si accosta allo stesso ministero di Cristo, il quale preferisce lavorare nella conversione del cuore dell'uomo, producendo la guarigione prodigiosa delle sue infermità fisiche. Il suo apostolato, per tanto, si potrebbe dire ministero particolarmente qualificato.

4. I laici e la sollecitudine per gli Infermi

- la sollecitudine verso gli ammalati è un obbligo per ogni cristiano;

- a livello individuale (testimonia-
nianza);

- a livello comunitario (coordinazione, cooperazione, mezzi tecnici);

- a livello ecclesiale (integrazione nella pastorale organica della Chiesa in armonia coi diversi carismi e ministeri)

- apertura, dialogo, comunione con tutti i gruppi.

5. Funzioni professionali dei laici

- Lo sviluppo della scienza e della tecnica esige dal laico la formazione professionale continua;

- onestà e competenza professionale sono condizioni indispensabili per l'apostolato;

- la funzione del laico nell'assistenza agli infermi ha varie espressioni:

- investigazione scientifica
- educazione sanitaria
- prassi dell'assistenza agli ammalati

6. Professione e missione dei laici

- il laico sanitario, con la sua stessa professione, esercita una vera diaconia della carità;

— sta al servizio della vita (problemi di eutanasia, aborto, sperimentazioni, obiezione di coscienza ecc...)

— prende con coscienza i problemi della salute (nuove malattie alimentari...)

— accompagnamento dell'ammalato nella fase finale (servizio con spirito di fede).

7. Le speranze della Chiesa

— ricerca, prevenzione, riabilitazione;

— nella preghiera e nell'eucaristia i laici sanitari troveranno un aiuto insostituibile per l'assistenza sanitaria, che si ispira alla medesima sollecitudine che Cristo ha per coloro che soffrono.

— il laico sanitario deve imitare Maria nella dedizione e nella generosità; Ella è salutata dalla Chiesa, la «**Salus Infirmorum**».

— sfide nell'attività professionale:

— qualifica professionale

— rinnovamento

— adattamento, rapporto, responsabilità, disponibilità

— il grido dei poveri e il carisma

— i propri doni:

— confronto con il Vangelo

— revisione

— identità

— credibilità

— relatività

— ampiezza di orizzonti

5. Luce sul cammino

— lo stile di Cristo verso gli infermi

— i religiosi chiamati come Gesù ad essere presenti nel mondo sanitario:

— annunziare la buona notizia ai poveri

— sono venuto perché abbiano la vita

— ogni volta che avete fatto queste cose.....

— l'avete fatto a me

— Va' a anche tu fa lo stesso.

6. Il segno della vita religiosa

— Testimoni di Dio: convertiti a Dio, trasformati in uomini nuovi, hanno intrapreso questa missione insieme con gli infermi.

— Testimoni di comunione fraterna: esperienza di Dio, comunione, servizio.

7. Il mondo della salute, luogo di consacrazione

— Consacrati a Dio per il servizio agli uomini.

— Non si tratta di una semplice attività terapeutica.

— L'uomo è il centro della vita (sensibilità, compromessi concreti):

— promuovere la vita

— lottare per la giustizia

— educare alla salute

— catechizzare i sani

— rendere umana l'assistenza

— opzione per i più deboli

8. Servire gli infermi vuol dire evangelizzare

— Testimonianza della carità

— Annuncio della parola

— Celebrazione della fede

— Edificazione della comunità

9. Compromessi prioritari

— Promuovere un'adeguata formazione (teologica, pastorale, tecnica).

— Rendere più ecclesiale il servizio agli infermi:

— collaborazione dei laici e con i laici

— coinvolgere la comunità ecclesiale

— Rivedere la propria attività.

I religiosi nel mondo della sofferenza e della salute

Sintesi del documento

1. Interpellanze ai Religiosi

— una grande schiera di uomini e donne consacrati nell'arco della storia al servizio degli infermi.

— Data la propria missione si chiedono suggerimenti sul modo di viverla oggi e come suscitare nuove forme di presenza.

2. Nuove situazioni

— Complessità del mondo della salute: contraddizioni, esperienze.

— il mondo della salute coinvolge tutta la persona e i suoi valori.

3. Trasformazioni profonde

— maggior dominio della salute

— nuova visione della salute

— secolarizzazione della società

— l'ospedale: un crocevia

4. Problemi e sfide per i religiosi

— interrogativi: come aiutare oggi l'uomo?

— perdita di protagonismo

