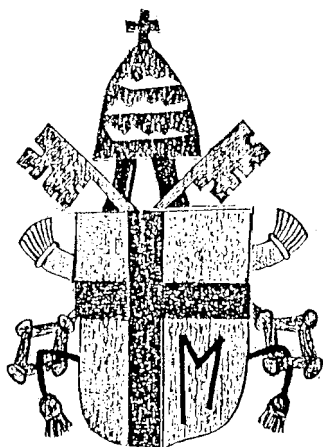




DOLENTIUM HOMINUM

N. 11 (anno IV - N. 2) 1989

RIVISTA DEL
PONTIFICIO CONSIGLIO
DELLA PASTORALE
PER GLI
OPERATORI SANITARI

Comitato di Redazione:

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

Collaborano in Redazione:

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

Direzione, Redazione, Amministrazione:

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

vetrata di P. Costantino Ruggeri

Pubblicazione quadrimestrale

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

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

Stampato nella
Tipografia Poliglotta Vaticana

Sped. in abb. post. gr. IV/70%

sommario

EDITORIALE

- 5 La cura degli infermi secondo la legislazione **can-**
nica
Vincenzo Fagiolo
- 9 L'assistenza integrale all'infermo: il compito
dell'aiuto spirituale
Miguel Angel Monge
- 19 Il sacerdote e la sua missione verso gli infermi
Arnaldo Pangrazzi

MAGISTERO DELLA CHIESA

- 24 Dai discorsi del Santo Padre.
- 31 Anche la famiglia conta (Spagna)

ARGOMENTI

- 34 I pazienti epilettici e la Chiesa cattolica
Gian Luigi Gigli
- 40 I malati mentali: approccio sociologico e pastorale
Mariano Galve
- 44 Sul **tabagismo**, l'alcoolismo e le tossicomanie
Consiglio d'Europa

TESTIMONIANZE

- 48 I farmaci orfani
- 49 Lotta contro l'AIDS
- 50 Ospedali nell'arcidiocesi di New York
- 51 Riflessione pastorale in Kenia

- 53 Pastorale sanitaria in Port-au-Prince
- 54 Pastorale sanitaria in Spagna
- 56 Madagascar: Commissione Episcopale Sanitaria
- 57 Farmacisti cattolici
- 58 Rispetto e promozione della persona umana

ATTIVITÀ DEL PONTIFICIO CONSIGLIO

Conferenze

- 60 Salute per tutti, giustizia per tutti
- 62 L'etica nella medicina dei disastri
- 64 Longevità e qualità della vita: linee pastorali

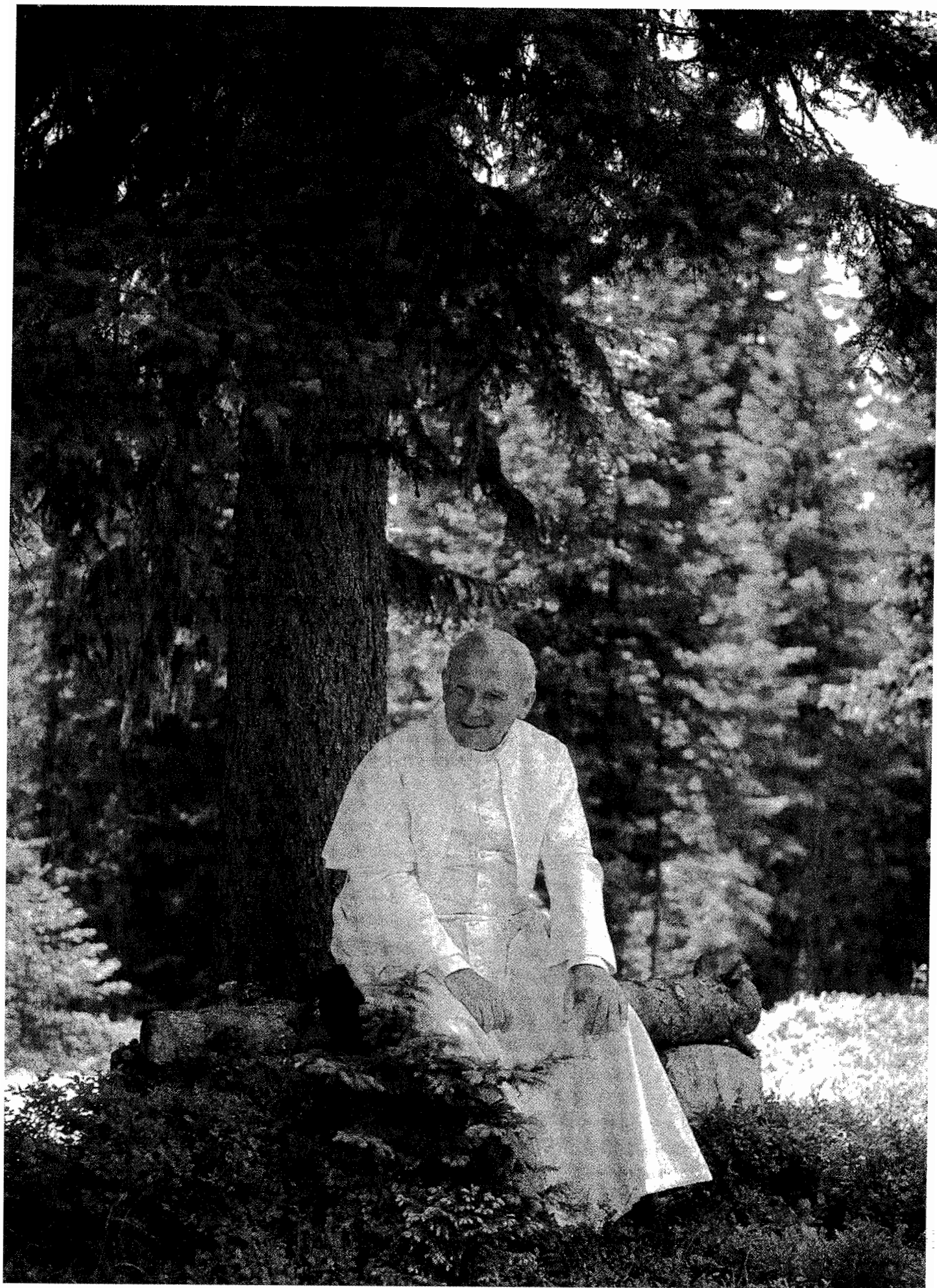
CRONACHE E NOTIZIE DEGLI INCONTRI

- 66 Sud Africa: la salute punto d'incontro
- 66 Lourdes: pellegrinaggio al santuario **mariano**
- 67 Polonia: visita alle strutture sanitarie
- 68 Cuba: Convergenza di intenti
- 69 Roma: il nostro Dicastero presente in vari incontri

NOTIZIE DAL MONDO

Le illustrazioni di questo numero sono state tratte dal libro "Atlas of Medicinal Plants" testi di Tatsmo Kariyone, docente della facoltà di Farmacia dell'università di Kyoto.

*Le illustrazioni del libro sono di Ryhoei Koiso, della stessa università. Il libro contiene 150 acquarelli di altrettante piante medicinali Editore Doshomachi Higashi - **Ku**, Osaka Japan 1971.*



*Fotografia dal libro "Jan Pawel 11", pellegrino del Vangelo
Edizioni Paoline, 1989*

la cura degli infermi secondo la legislazione canonica

Il titolo potrebbe sembrare provocatorio o avere il sapore di un accostamento superficiale o di convenienza. Ma, se si avverte il nesso profondo che lega l'ordinamento canonico alla Chiesa e si sa cogliere il vincolo non occasionale né marginale che intercorre tra persona umana inferma e la Chiesa, come istituzione voluta da Gesù Cristo, che « ha preso le nostre infermità e si è addossato le nostre malattie »¹ l'accostamento risulterà subito logico e di rilevante portata teologica, normativa e pastorale. Se l'ordinamento canonico deve aiutare la *communitas fidelium* a crescere nella dimensione evangelica e quindi ad essere strumento di salvezza per l'umanità, esso non potrà non riflettere l'ansia e la sollecitudine di Cristo per l'uomo infermo e bisognoso di cure.

La carità norma fondamentale dell'ordinamento canonico

Fino a qualche anno prima del Vaticano II questa affermazione faceva quasi gridare allo scandalo anche alcuni canonisti e non solo i giuristi civilisti. All'interno della Chiesa c'era chi accusava l'ordinamento canonico d'esser la tomba della carità evangelica e la fossa dell'autentico messaggio cristiano, non vedendo nella carità, che è amore, e nella legge, che è obbligazione, alcun punto di collegamento. Del problema si occupò il S. Ufficio intervenendo con un decreto di condanna delle tesi di J. Klein il 2 febbraio 1950². Ma mancava allora l'approfondita visione ecclesiologicala che scaturirà dal Vaticano II e l'ordinamento canonico era ancora visto più come una regolamentazione di diritti e doveri che come concretizzazione della realtà comunione, propria della Chiesa voluta da Gesù Cristo. La comunione ecclesiale è la norma costitutiva e costituzionale, che per volontà del fondatore, deve animare tutta la compagine del popolo di

Dio, e quindi deve essere fonte di produzione, anche giuridica per l'ordinamento canonico. La comunione ecclesiale tra le Chiese particolari e quella di Roma, e tra tutte le Chiese particolari, fa emergere e manifesta l'una e l'unica Chiesa Cattolica (cf. L.G. n. 21; can. 368), determinando diritti e doveri che ne sono permeati come espressione della carità pastorale, propria dei ministri della Chiesa e dell'intera Chiesa. Giustamente è stato osservato che il legame di comunione nella vita della Chiesa non rimane solo entro i limiti della sfera invisibile e spirituale, ma esige una forma giuridica, che sia tuttavia nello stesso tempo animata dalla carità, come veniva precisato in Concilio con la nota esplicativa previa al terzo Capitolo della *Lumen Gentium*. Forma giuridica e animazione della carità non debbono perciò né possono intendersi come apposte l'una all'altra, ma come due aspetti di un'unica realtà ecclesiale, nella quale esiste la forma giuridica animata dalla carità. Infatti, spiega con chiarezza il Prof. Ghirlanda, le relazioni giuridiche tra le diverse persone nella Chiesa e tra le diverse Chiese particolari, radicandosi nel dono dello Spirito Santo e fondandosi costitutivamente nell'Eucaristia, per loro stessa natura debbono essere animate dalla carità. Dalla *Lumen Gentium* (n. 11), dal *Presbyterorum Ordinis* (n. 5) e dal can. 897 si deduce che l'Eucaristia è fonte, centro e culmine di tutta la vita della comunità cristiana³; ne segue che tutti i ministeri ecclesiastici esercitati dalle diverse persone nella Chiesa debbono avere come punto di riferimento l'Eucaristia e riguardo all'Eucaristia essere ordinati. Con la *Lumen Gentium* (n. 3) ancora e con altri testi conciliari⁴ dobbiamo ritenere che l'Eucaristia, essendo il sacramento dell'unità e della carità tra tutte le membra della Chiesa e tra tutte le Chiese, produce e manifesta sia la comunione gerarchica sia la comunione ecclesiastica. Per questa ragione, sia la for-

ma giuridica gerarchica sia le altre relazioni sociali nella Chiesa hanno come principio fondamentale costitutivo la carità. Dall'unione nella carità ha vita la comunione universale, particolare, locale, che si esprime in forme giuridiche corrispondenti⁵.

Quindi non solo non è ravvisabile alcuna opposizione tra carità e diritto canonico, ma tra l'una e l'altro sussiste un vincolo così profondo che non è pensabile nella Chiesa un ordinamento che non abbia nel primo dei precetti stabiliti dal Signore il suo fondamento e il suo elemento qualificante, che, pertanto, lo rende ordinamento della Chiesa e solo della chiesa⁶.

La carità pastorale voluta dal Codice canonico a favore dell'infermo

La si evince anzitutto dalla concezione o intima ed essenziale natura dell'ordinamento canonico, al centro del quale c'è l'uomo come persona titolare di beni e di valori che hanno una dimensione non puramente terrena e temporale, ma soprannaturale ed eterna. L'attenzione di questo ordinamento per la persona umana deriva primariamente dalla verità della vocazione eterna dell'uomo, di cui il Vaticano II in numerosi testi ci spiega l'origine, la storia, la specifica natura e la potenzialità in ordine ad una vita in Dio⁷ e che l'ordinamento canonico pone a fondamento di tutta la sua struttura. La Chiesa, anche di fronte ad ogni altra autorità, per mandato ricevuto da Cristo, si sente in dovere d'essere « il segno e la salvaguardia del carattere trascendente della persona umana », poiché sa che « l'uomo non è limitato al solo orizzonte temporale, ma, vivendo nella storia umana, conserva integralmente la sua vocazione eterna »; donde la missione della stessa Chiesa, che « fondata nell'amore del Redentore, contribuisce ad estendere il raggio di azione della giustizia e dell'amore all'interno di ciascuna nazione e tra le nazioni »; e ciò a tutela e promozione dei « diritti fondamentali della persona umana e per la salvezza delle anime », come dichiara la *Gaudium e Spes* (n.76). Ne derivano alcuni principi per l'ordinamento della Chiesa, che sono leggi di costituzione di ogni legislazione canonica, come ad esempio l'obbligazione, di cui al paragrafo 2 del canone 222, che nasce dal diritto naturale ed è quindi di ogni norma (*ex iustitia*) ed acquista per il battezzato un peculiare rilievo anche sul piano soprannaturale in seguito al comandamento evangelico della carità (*ex caritate*), coinvolgendo il fedele

con la forza sia del diritto divino naturale sia del diritto divino positivo, e quindi, sotto il profilo etico, sia in foro esterno che interno⁸.

Riflettendo sulla essenzialità delle varie espressioni strutturali dell'ecclesiologia del Vaticano II, il nuovo Codice vede la persona umana nella sua concretezza esistenziale — storica — e nella prospettiva della vita eterna, finalizzando a questa tutto lo sforzo creativo del suo sistema giuridico e la conseguente normativa, tanto da concluderla con un principio che ben riflette la specificità del diritto canonico, che come chiaramente sostenevano i più insigni economisti medioevali, validamente ricordati da altrettanto insigni canonisti della più recente scuola canonista



operante in Italia prima del Vaticano II, tra i quali si distinse allora Pio Fedele già con il suo discorso generale sul diritto canonico, in nessun altro principio poteva e può indicarsi che non sia la *salus animarum*, che sempre e dovunque nella Chiesa *lex suprema habenda est* (can. 1752).

Da questa attenzione alla persona concreta, all'individuo — per dirla meglio con Giuseppe Capograsso, premuroso a non perdere nulla di esistenziale e di reale della persona che ci sta davanti, voluto e amato da Dio per un destino eterno, deriva la molteplice normativa sulla dignità dell'uomo (cf. can. 96), che va rispettato (can. 618) e tutelato nei suoi diritti fondamentali (can. 747 §2), (cann. 795 e 807) e guardato con spirito evangelico anche quando cade in errore e commette delitti, perché sia corretto — anche se pu-

nito — non da *percussores* ma da *pastores*, e ricondotto come un figlio nella piena comunione ecclesiastica⁹. Tra gli effati canonisti figura quello, che mutuato dalla cura agli infermi, ben indica con quale spirito devono essere trattati coloro che per il corpo sociale della Chiesa non sono persone sane : prima usare *remedia levia* e solo quando la gravità del male lo richiede passare ad *acriora et graviora remedia*. Ed è significativo l'inserimento nel diritto penale canonico delle norme che sono a tutela della vita umana, dell'integrità fisica della persona, restando puniti non solo l'aborto (can. 1398) e l'omicidio (can. 1397) ma anche il ferimento grave e la mutilazione di membra dell'individuo (cann. 1397 e 1336). E non



mi sembra fuori posto vedere in questa norma anche un richiamo della Chiesa alla tutela integrale dell'individuo fin dal concepimento, contro ogni manipolazione genetica che alteri il patrimonio biologico ereditario. Lo affermo con la convinzione che il legislatore del codice del postconcilio non ha disatteso il timore espresso dal Vaticano II per i pericoli di una ricerca scientifica giunta al punto di influire direttamente sulla vita umana per mezzo di strumenti tecnici". Il timore che un ricorso sconsiderato a poteri pericolosi possa pregiudicare irreparabilmente il futuro dell'umanità è avvertito dalla Chiesa, che dall'accento, di cui al citato canone 1397, sta intensificando la sua azione pastorale, soprattutto con gli interventi della Santa Sede, sempre puntualmente documentati da questa Rivista, a difesa dell'individuo

fin dal suo primo istante di vita¹¹.

La Chiesa incoraggia ogni ricerca e ogni iniziativa intraprese per vincere l'infermità, ma non può tollerare che la scienza e la tecnica vadano contro la vita umana. La sua azione è diretta anzitutto ad educare i fedeli al senso cristiano della malattia e perché circondino i malati di premurosa sollecitudine, esortandoli ad opere di misericordia nei confronti di ogni infermo, senza eccezioni o discriminazioni. E non di rado si rivolge a tutti gli uomini di buona volontà, sorpassando ogni frontiera perché l'uomo venga da tutti considerato sempre come persona, soprattutto se nella necessità o nell'infermità¹². Alla base di tutta l'azione della Chiesa sta una dottrina che non è puramente umana, c'è cioè una teologia che dichiara che « la vita è uno dei valori più grandi poiché discende direttamente da Dio, origine di ogni vita »¹³. E la Chiesa — ricorda Giovanni Paolo II — sin dal suo sorgere « ha sempre guardato alla medicina come ad un sostegno importante della propria missione redentrice nei confronti dell'uomo. Dagli antichissimi xenodochi ai primi complessi ospedalieri e fino ad oggi; il ministero della testimonianza cristiana ha proceduto di pari passo con quello della sollecitudine per gli infermi »¹⁴.

E lo ha fatto anche con la sua legislazione. Questa non è tutta nel Codice di diritto canonico, il quale del resto non esaurisce l'intera normativa della Chiesa, che non poche volte legifera anche attraverso decisioni e decreti, che hanno valore di legge universale, senza contare tutte quelle disposizioni prese nei sinodi diocesani che hanno sì valore particolare ma son sempre vincolanti per i fedeli delle Chiese che le hanno emanate, ed essendo la quasi totalità delle diocesi che le prendono, assumono un carattere quasi universale. Così — tanto per fare un esempio — in occasione del 20° Congresso eucaristico nazionale celebrato a Milano nel 1983 in un documento congressuale su « Eucaristia e pastorale della sofferenza » si ricordavano alcune disposizioni del Sinodo diocesano del 1972 riguardanti i malati con la precisazione che « il Sinodo ha, per sua stessa natura, una preoccupazione giuridica e disciplinare » e quindi vincolante¹⁵.

Quanto all'attuale legislazione canonica contenuta nel nuovo Codice abbiamo i canoni 566 § 2 e 976 sulle facoltà speciali dei cappellani di ospedali a favore di coloro che sono infermi e di ogni sacerdote a favore di quanti versano in pericolo di morte.

Il canone 529 § 1 sancisce come dovere particolare del parroco assistere i malati, soprattutto se moribondi, obbligandoli ad essere nell'esercizio di questo loro servizio particolarmente solleciti ed usando verso di essi una particolare ed effusa carità (*effusa caritate*). Qui l'amore della Chiesa coinvolge il ministero di umanità e di carità evangelica. Il parroco continua l'opera di Cristo e rende presente la Chiesa, che con materna sollecitudine annunzia, come il suo Fondatore, « medico di carne e di spirito »¹⁶, la buona novella ai poveri e sana i cuori affranti¹⁷.

Inoltre verso gli anziani e verso « coloro che sono affetti da qualche infermità, come pure le persone che li assistono » la legislazione canonica mitiga le prescrizioni che invece esige siano osservate dalle persone sane, come è espressamente notato nei canoni 919 § 3, 167 § 2, 930 § 1 e 2, 539, 555 § 3. Queste ed altre prescrizioni (cf. ad es. i cann. 530 n. 3 e 922) sono la testimonianza concreta dell'amore della Chiesa ai malati, e vanno considerate nel più ampio servizio della stessa Chiesa verso la persona umana, vista nella sua condizione storica e nella sua vocazione integrale che va oltre i confini del temporale per partecipare a quella

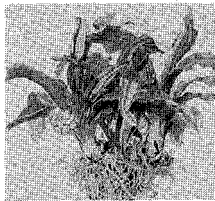
eternità e beatitudine, in cui l'uomo da mortale sarà immortale e da infermo diverrà glorioso, anche nel suo corpo, secondo l'espressione paolina, che è rivelazione dell'amore di Dio per la creatura umana (cf. 1 Cor 15, 53-54).

La *Salvifici doloris* di Giovanni Paolo II chiama « vangelo della salvezza » quest'impegno della Chiesa, la quale considera la cura dell'infermo, espressa con « sensibilità del cuore, l'unica o principale espressione del nostro amore e della nostra solidarietà con l'uomo sofferente »¹⁸.

E « di fatto la Chiesa — ricorda lo stesso Papa con le lettere apostoliche *Dolentium hominum* — nel corso dei secoli ha fortemente avvertito il servizio ai malati e sofferenti come parte integrante della sua missione » ed in ciò ha operato con una precisa concezione della persona umana e del suo destino nel piano di Dio¹⁹, impegnando tutte le sue energie, implicandovi le sue istituzioni ed usando le sue strutture, non esclusa la sua legislazione ed il suo ordinamento canonico.

✠ VINCENZO FAGIOLO

Segretario della Congregazione per gli Istituti di vita Consacrata e le Società di vita Apostolica



¹ Mt 8, 17. cf. Is 53, 4; Gv 1, 29; Mt 9, 2-8. 18-26. 27-31. 33; 12, 9-13; 14, 34-36; 15, 29-31; Mc 1, 23-27. 29-34. 40-41; 2, 9-12; 3, 1-5; 5, 25-34. 41-42; 6, 53-56; 7, 31-37; 8, 22-26; Lc 4, 33-35; 5, 12-13. 17-25; 6, 6-10; 7, 1-10. 12-15; 8, 40-56; 13, 10-13; 14, 1-4; 17, 11-14; Gv 9, 1-41; 11, 1-44.

In tutti questi testi i numerosi racconti di guarigioni operate da Gesù, il quale con la parabola del buon Samaritano decretò il principio o legge della carità che va esercitata soprattutto a favore della persona debole, povera, inferma: Lc 10, 25-37. È la parabola del grande comandamento dell'amore.

² Ne trattai alla settima settimana nazionale di aggiornamento pastorale che si tenne a Firenze dal 16 al 20 maggio 1957: cf. *La Carità nella comunità cristiana*, Atti, Didascalion, Milano 1958, pp. 113-141. Sostenevo allora che l'ordinamento canonico traduce in termini giuridici le esigenze della Chiesa, che sono quelle del Vangelo, all'unico scopo di aiutare la stessa Chiesa ad accendere nei cuori dei fedeli la carità di Cristo. E ciò sulla base dei canoni relativi ai vescovi e ai parroci, la cui nota qualificante è la carità pastorale, che induce gli uni e gli altri ad essere, *forma facti gregis ex animo* (1 Ptr. 5, 3), padri e pastori verso i sudditi e quindi ad amarli *tanquam filios et fratres* (can. 221452 del Codex del 1917).

³ La costituzione conciliare sulla liturgia afferma che « La rinnovazione dell'alleanza di Dio con gli uomini nell'Eucaristia introduce e accende i fedeli nella pressante carità di Cristo. Dalla liturgia dunque e particolarmente dall'Eucaristia deriva un noi, come da sorgente, la grazia, e si ottiene, con la massima efficacia, quella santificazione degli uomini e glorificazione di Dio in Cristo, verso la quale convergono, come a loro fine, tutte le altre attività della Chiesa » (n. 10).

⁴ Cfr. SC. 47; UR n. 2; PO nn. 7, 8. cann. 899 §§ 1 y 2; 900; 897.

⁵ Cfr. GHIRLANDA G., *Chiesa universale, particolare, locale*, in *Vatican II*, litt. ed. 1987, p. 866 ss.

⁶ Giovanni Paolo II, presentando il nuovo Codice di diritto canonico con la Costituzione *Sacrae disciplinae* del 25 gennaio 1983, affermava che « lo strumento, che è il Codice, corrisponde in pieno alla natura della Chiesa, specialmente come viene proposta dal magistero del Concilio Vaticano II in genere e in particolare modo dalla sua dottrina ecclesiology ».

⁷ Tra i numerosi testi cf. quelli su Dio principio dell'uomo, sulla vocazione integrale della persona umana, sul fine dell'uomo, sull'uomo redento da Cristo, sul valore della persona umana creata ad immagine di Dio e santificata da Cristo, sul ministero della Chiesa a difesa e promozione dei valori e beni di ciascun uomo: LG nn. 17. 48; GS nn. 12, 24, 29, 34, 41, 51, 76 et passim.

⁸ Cf. Dalla Torre in AA VV Commento al C.D.L., ed. Urbaniana 1985, p. 127.

⁹ Cf. Concilio di Trento, Sess. XIII, de ref. c. 1; can. 2214 §2 del CIC 1917, che costituiscono la fonte dei canoni 1339 ss. sui rimedi penali e penitenze.

¹⁰ Cf. GS nn. 5, 33, 43. CUVÁS M., *Il progresso biomedico interpella la teologia morale*, in *Vaticano II* cit. vol. 2, p. 62 SS.

¹¹ Cf. C. PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Istruzione sul rispetto della vita nascente. Risposte ad alcune questioni di attualità*, 22 febbraio 1987.

¹² GIOVANNI PAOLO II disc. al XV congresso mondiale dei medici cattolici, 5. X. 1982.

¹³ Ivi, n. 2. Cf. Gn 2, 7; Ez 37, 8-10.

¹⁴ Ivi, n. 3.

¹⁵ Milano 1983, p. 50.

¹⁶ S. IGN. ANT. ad *Ephesios*, 7, 2.

¹⁷ SC n. 5.

¹⁸ In *Enchiridion Vaticanum*, 1983-1985, vol. 9, ed. 1988, p. 653, n. 677.

¹⁹ In *Enchir. Vatic.*, l.c., p. 1371, n. 1411.

L'assistenza integrale all'infermo: il compito dell'aiuto spirituale

9

Assistiamo oggi ad un considerevole progresso della medicina e della chirurgia, dei metodi diagnostici e terapeutici, ecc. Senza dubbio, a giudicare dai tanti mezzi tecnici accessibili a quanti usufruiscono del servizio sanitario, dobbiamo paradossalmente constatare che sta crescendo la domanda di un trattamento più umano del malato e si fanno sempre più numerosi coloro che chiedono quella che suole chiamarsi la «umanizzazione della medicina» (1-2). Ciò sta a dimostrare il calo o, almeno, il deteriorarsi della dimensione umana dell'azione del medico, proprio perché manca un'ottica totalizzante che coinvolge l'integrità della persona del malato (3).

Le pagine che seguono intendono soffermarsi su questo problema, indicandone un aspetto concreto: qual è il compito dell'assistenza sanitaria e come può questo aiuto — da parte non soltanto del sacerdote, ma anche del personale sanitario che condivide una visione trascendente della vita — contribuire efficacemente a questa auspicata umanizzazione della medicina?

I. Nel malato tutto l'uomo subisce una alterazione

L'essere umano, quando si ammala, continua ed essere una persona. La sua entrata in un centro sanitario non lo trasforma in un semplice numero della storia clinica (l'ulceroso, il cardiopatico, l'affetto di neoplasia...). Per il fatto di essersi ammalato non perde la sua identità personale, né la sua capacità di rispondere agli interrogativi della vita: non cessa di essere «qualcuno» per diventare «qualcosa».

Orbene, essendo l'uomo un'unità psicosomatica, quando si ammala è il suo tutto a risentirne. La malattia non investe soltanto il corpo, ma tutta la sua persona: in un certo senso è tutto l'uomo ad ammalarsi (anche se bisogna dire che l'anima non si ammala, ma l'animo sì, come annota LO-

pez-Ibor). Fa notare Giovanni Paolo II che la malattia e la sofferenza «sono esperienze che non attengono soltanto alla condizione corporale dell'uomo, ma a tutto l'uomo nella sua integralità e nella sua unità psicosomatica. Peraltro è chiaro che, a volte, la malattia che si manifesta nel corpo, ha la sua origine e vera causa nel più profondo dell'animo umano» (4). Nell'assistenza all'infermo, mai deve perdersi di vista questa prospettiva. Il problema non è soltanto quello di curare l'organo o la funzione colpita dal male, bensì l'uomo in quanto tale.

«Il malato è un essere estremamente bisognoso di aiuti del genere più diverso, a motivo della varietà delle sue esigenze: biologiche, psicologiche, sociali e spirituali (di ordine etico e religioso). La sua condizione postula quella che, oggi, viene chiamata l'assistenza integrale, e questo, sia per ristabilirsi, sia per affrontare sanamente la sua malattia, per lottare contro la morte o per accettarla e viverla con dignità quando giunge» (5).

Che significa assistenza integrale?

La spiegazione la troviamo nel recente documento del magistero della Chiesa, l'enciclica *Sollicitudo rei socialis* (30 dicembre 1987), che pur riguardando altro argomento, offre indicazioni utili al nostro tema. Parlando dello sviluppo dell'uomo, Giovanni Paolo II afferma che questo sviluppo deve essere integrale, cioè di tutto l'uomo. Lo sviluppo comporta diversi aspetti: economici, sociali, di identità culturale, di apertura alla trascendenza. Se non si tiene conto di queste diverse esigenze dell'uomo (moralì, culturali, spirituali, ecc.), lo sviluppo risulta insoddisfacente e, per la gran parte, da disapprovare (n. 33).

Ecco perché all'ammalato deve essere prestata una *assistenza integrale*, vale a dire, deve essere assistito nella sua totalità, nella sua condizione di persona umana:

costituire abitualmente il culmine di un rapporto significativo con l'infermo e il risultato di un processo di fede portato avanti⁵, pare logico che, tenendo conto del livello di ciascun malato, il cappellano debba favorire il più possibile questi "segni che attestano dell'amore di Dio all'infermo" ». Il Cappellano deve manifestare una piena disponibilità affinché gli infermi possano andare a lui con fiducia e senza timore.

Penitenza

Poiché la malattia può essere un'occasione propizia per ascoltare l'invito di Dio alla conversione (cf. *Rituale dell'Unzione e della Pastorale degli Infermi*, *Praenotanda*, n.1-47), il sacerdote deve stare attento a che non venga sciupata questa opportunità che, peraltro, non dovrebbe esaurirsi con l'atto della confessione. Occorre fare in modo di seguire il malato in tutto l'itinerario della sua conversione e — non si tratta di utopia — incoraggiarlo affinché, una volta uscito dall'ospedale, entri in contatto con la parrocchia, con i gruppi pastorali ecc. che lo possono aiutare a perseverare nella sua decisione.



Santa Comunione

Sin dalle origini del Cristianesimo la Chiesa si è sempre preoccupata di assicurare ai malati il Corpo di Cristo. « Non si dimentichi che lo scopo primario e principale della conservazione dell'eucaristia è quello di dare la possibilità di portare la

comunione agli infermi che non hanno potuto prendere parte alla Messa » (*Rituale dell'Unzione ecc.*, n.64/b). Si deve, quindi, fare il possibile affinché i fedeli cristiani malati entrati in ospedale possano, se lo chiedono ragionevolmente e se sono preparati, ricevere la Santa Comunione nella stanza di degenza. Si dovrà cercare, per il malato, il momento più adatto, evitando, se possibile, la concomitanza con altri servizi: visite mediche, medicazioni, pulizia, altre visite, ecc. Nella Clinica universitaria abbiamo due momenti: la prima ora della mattina per coloro che vanno in sala operatoria ed il primo pomeriggio (tra le 3.30 e le 4.30) per gli altri malati che ne abbiano fatto richiesta. In genere, il sacerdote è accompagnato da qualche infermiera, ausiliare o alunna che facilitano il compito (ordinare la stanza, aprire o chiudere le porte, offrire un bicchier d'acqua a qualche infermo che ne abbia bisogno per deglutire la particola, ecc.). Questo lavoro, a prima vista estraneo ai compiti del personale infermieristico, ci sembra si inquadri perfettamente in quella che noi chiamiamo l'assistenza integrale al malato e, in questo senso, non deve sembrare anacronistico a coloro che curano gli infermi. Per un malato di solidi principi religiosi questo servizio è altrettanto importante, se non di più, della misura della pressione o della somministrazione di un farmaco.

Unzione degli infermi

L'Unzione è il sacramento specifico della malattia (non della morte) per aiutare il cristiano a vivere questa condizione in conformità della sua fede (cf. *Rituale dell'Unzione*, nn. 47, 65, 68).

Quando si ammala, il cristiano ha bisogno di uno speciale aiuto di Dio che gli arriva attraverso questo sacramento, i cui effetti sono così indicati dal Rituale degli infermi: « all'infermo la grazia dello Spirito Santo, con l'aiuto del quale tutto l'uomo viene sostenuto nella sua salute, confortato mediante la fiducia in Dio e rafforzato contro le tentazioni del nemico e l'angustia della morte, così che possa non soltanto sopportare con fermezza i suoi mali, ma lottare contro di essi e, di conseguenza, ottenere la salute, se ciò è bene per la sua salvezza spirituale » (*Rituale*, 6).

Ancora oggi è abbastanza in auge, nella mentalità popolare, ed anche in molti pastori, l'associazione Unzione-morte. Va ribadito energicamente, come ha affermato il Concilio Vaticano II, che « il sacramento dell'Unzione degli infermi non è soltanto il sacramento degli ultimi momenti della vita, & si esso va amministrato per le

egli soffre nel corpo e nello spirito e, come tale, deve essere assistito. È significativo auanto diceva Alessia, una adolescente di 14 anni, morta per sarcoma di Ewing, nella Clinica universitaria: «Io non sono un'ammalata, sono una persona che ha un problema», e metteva l'accento con forza sulla parola «persona».

Che significa trattare come persona o trattare umanamente il ~ l'a t o ? Semplicemente trattarlo per quello che è: un essere umano, che non cessa di esserlo per il fatto di trovarsi malato.

Questo ci porta a richiamare alcuni presupposti antropologici, poiché a seconda della visione che si avrà dell'essere umano, ne deriveranno conseguenze al momento di avvicinarlo, di curarlo, di accompagnarlo, di aiutarlo a morire...

Orbene, noi muoviamo da questo presupposto: l'uomo è un essere intelligente e libero, corporeo e spirituale; non è soltanto un meccanismo biologico composto di arti, organi e sistemi. In poche parole: è un essere composto di anima e di corpo, e l'anima è spirituale e immortale (6).

In forza di ciò, l'assistenza umana, sebbene molto importante, non può essere limitata soltanto al raggiungimento di determinati fini che alcuni potrebbero considerare il summum: far sì che l'infermo riceva un trattamento amabile e cordiale, che consegua un benessere fisico e psichico, che sia liberato dal dolore, che gli sia assicurata una buona qualità di vita, ecc. Tutto questo rappresenta un aspetto soltanto della umanità nell'assistere il malato. A questa umanità appartiene anche la dimensione spirituale della persona, alla quale deve corrispondere, quindi, un aiuto o assistenza spirituale.

Per un 'operatore sanitario di professione, che abbia un sentire cristiano della vita, tutto l'uomo, ma soprattutto il malato, è creatura di Dio che merita tutto il rispetto. Richiamandosi ai doveri degli ospedali cattolici, Giovanni Paolo II indicava che essi «devono fare tutto il possibile affinché i malati siano assistiti come richiede la loro dignità di persone fatte 'ad immagine e somiglianza di Dio' (Gen 1,26). Inoltre, quest'uomo è figlio di Dio (1 Gv 3,1-2). Questa verità rivelata costituisce la base irrinunciabile di tutta l'antropologia cristiana, come ha ricordato recentemente il Papa nella Lettera apostolica sulla dignità della donna (15.08.1988). (n. 6)

Vediamo particolareggiatamente i contenuti di quello che chiamiamo aiuto spirituale.

Lo facciamo richiamandoci ad una «struttura» che risulta facilmente accessi-

bile e che, inoltre, può servire affinché ciascuno si renda conto personalmente del traguardo cui si arriva allorché si assistono gli infermi.

II. Assistenza integrale dell'infermo

Si possono considerare i seguenti aspetti:

A) *biologici*. L'assistenza medica e infermieristica è particolareggiata in rapporto a tutti gli aspetti biologici: ritmi abituali (sonno, alimentazione), l'igiene, i segni e i sintomi della malattia (dolore, vomito, tosse, singulti, ecc.). Non c'è dubbio che il «dominio biologico» ha portato con sé il progresso nel trattamento e nel sollievo dei malati. I centri e le scuole più autore-



voli sono certamente scrupolose nel considerare gli «aspetti biologici» e qualsiasi carenza in questo settore è sinonimo di mancanza di qualità nell'assistenza. In qualche caso, questi aspetti rappresentano il compito primario del personale sanitario.

B) *Umani*. Guardare alla persona ben oltre un organismo biologico, viene considerato un aspetto delicato e affettivo di relazione (conversazione, attenzioni, ecc.). Ciò indica un secondo livello: quello della «medicina a misura d'uomo».

Purtroppo, talvolta questo aspetto è carente, sebbene si riconosca universalmente come un indice di qualità. Ne parleremo ampiamente più avanti, quando diremo dei primi livelli delle necessità spirituali del malato.

C) Il terzo aspetto tiene conto delle ne-

cessità spirituali del malato. Queste possono distinguersi su di un triplice piano:

1) In primo luogo si guarda alla persona cercando di capire e essere vicini a quanto sta vivendo. Ce si danno tutte le spiegazioni necessarie su piccoli particolari o maggiori programmi, affinché essa abbia una sufficiente conoscenza della cura, delle ricerche ecc. che si fanno. Al riguardo ha un ruolo di rilievo l'infermiere/a: spiega le analisi, i sintomi, gli effetti Secondari, le ripercussioni, il senso della malattia, apre prospettive in settori nei quali il malato « può realizzarsi », lo orienta nel nuovo ruolo che egli svolgerà nei Confronti della famiglia e della società, ecc. Parla delle paure, dell'ansia, delle preoccupazioni. Ce a di ascoltare, affinché l'assistito (e la famiglia) imparino a:

a) *reagire umanamente allo « stress »* e ciò comporta:

- individuare la causa;
- elencare possibili scelte per superarlo (gradualmente);
- stabilire le scelte più facili;
- dare loro priorità;
- scegliere e decidere.

b) *cercare soluzioni* (a volte non molto soddisfacenti) e adare tranquillità di fronte ai problemi senza uscita che talvolta si presentano;

c) *metterle in pratica.*

2) Oltre la comprensione che fa sì che il malato, in ospedale, si senta rispettato, viene in secondo luogo *l'aiuto nel prendere decisioni*. Sebbene queste siano consigliate dall'équipe medica, talvolta sono obbligate, mancando alternative; in questi casi, l'équipe medica deve aiutare a prendere decisioni, sia che si tratti di piccole cose della vita quotidiana, sia nel fare programmi, nello scegliere attività di riposo, di relazioni familiari e sociali. Ciò fa sì che il malato riesca a sentirsi ancora valido, in grado di capire e di decidere con libertà; sa che l'équipe medica rispetta questi diritti « umani e spirituali » e si sente « se stesso ».

Qualcosa del genere rispecchiano queste parole dei vescovi spagnoli: « Chi è ammalato ha bisogno di essere amato e rispettato, di essere ascoltato e capito, seguito e non abbandonato, aiutato e non umiliato; ha bisogno di sentirsi utile, di essere considerato e protetto; deve riuscire a dare un significato a ciò che soffre » (Messaggio dei Vescovi della Commissione Episcopale Pastorale, Giornata del Malato, 1987).

Questo « trattamento umano », ovviamente, coinvolge tutti i componenti dell'« équipe sanitaria: medici, infermieri,

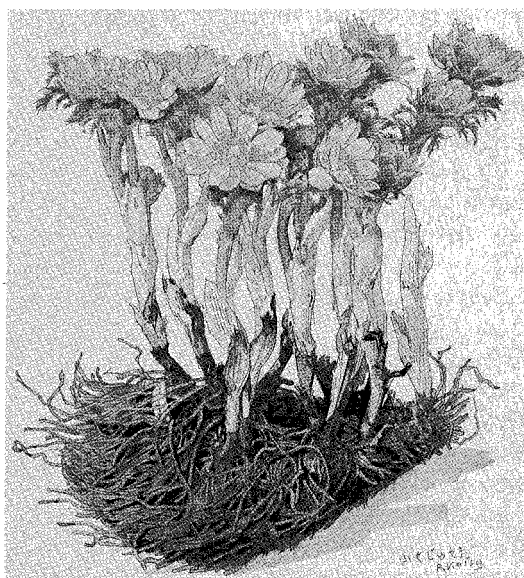
ausiliari, ecc. Tutti devono collaborare in questa forma di assistenza al malato.

Ciò suppone che se ne conosca il nome e qualche dato biografico personale; che se ne conoscano gusti, inclinazioni, ecc., fino a riuscire, quando ne sia il caso, ad aiutarlo a morire.

Questo tipo di assistenza potrebbe così riassumersi: *essere accanto al malato è più importante che operare per il malato.*

Tuttavia, per essere veramente accanto a lui, bisogna conoscerlo, saperlo ascoltare, condividere i suoi problemi, le sue attese, le sue difficoltà, la sua storia e la sua umanità.

Così e soltanto così avremo una risposta per lui e sarà una risposta in grado di qualificare la nostra professionalità, poiché darà un senso alla parola « assistenza » e, soprattutto, riuscirà a valorizzare la persona del malato nella sua totalità (7).



III. L'assistenza spirituale propriamente detta

Il terzo livello o piano — sul quale ci intratterremo più ampiamente — è quello della *trascendenza*, che muove dalla concezione dell'uomo come essere spirituale, aperto a Dio.

Questa visione dell'uomo rende possibile all'ammalato:

- dare un significato alla sua malattia;
- approfondire la conoscenza di se stesso;
- progredire nel senso della trascendenza: scoprire la ragione del vivere, del morire, del lottare;
- arrivare a Dio (soprattutto, mediante i sacramenti).

Su questo piano l'équipe sanitaria non deve sentirsi esclusa, come vedremo, anche se esso attiene propriamente gli operatori di pastorale sanitaria (cappellano, ecc.).

Circa questa assistenza spirituale del malato, soffermiamoci su alcune questioni preliminari:

1) Si tratta di un diritto del malato

Il malato, sia egli ospedalizzato o no, ha diritto, come persona, che gli siano riconosciute e favorite tutte le possibilità di esercitare la sua libertà religiosa.

Si tratta di un diritto riconosciuto dalla Dichiarazione sulla Libertà religiosa del Concilio Vaticano II (cf. *Dignitatis humanae*, 2). Trova riscontro anche nella Dichiarazione universale dei Diritti umani del 10 dicembre 1948 (artt.18 e 19) ed è previsto dalla Costituzione spagnola (art.15). In Spagna, l'Accordo tra Chiesa e Stato spagnolo sull'assistenza religiosa negli ospedali (24 luglio 1985), riconoscendo come un diritto l'assistenza religiosa agli ammalati cattolici ricoverati in ospedale, ha regolato questo diritto con la creazione di un servizio di assistenza religiosa (27 dicembre 1985) (8).

In virtù di questo Accordo, in ogni ospedale pubblico deve operare un servizio di assistenza religiosa e pastorale per i pazienti cattolici; di tale servizio possono usufruire anche gli altri degenti che lo desiderino, i loro familiari e il personale sanitario del Centro.

Il suddetto servizio è finanziato dallo Stato; prevede la presenza di una cappella, di un ufficio e di un'abitazione per i cappellani, che svolgeranno la loro attività in coordinazione con gli altri servizi ospedalieri.

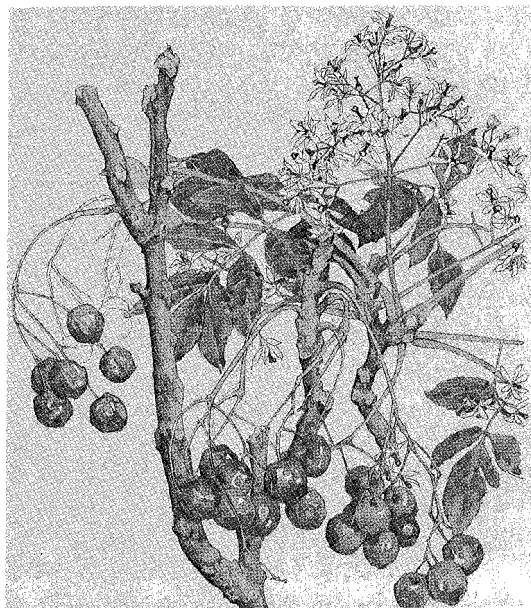
In tal modo, assicurando l'assistenza religiosa negli ospedali pubblici, si riconosce la dimensione spirituale della persona umana ed il significato terapeutico che essa può comportare.

2) Si tratta di un dovere di quanti assistono il malato. Un dovere quotidiano, da condurre, sin dal momento dell'ingresso del paziente, con tatto e delicatezza. Talvolta, una situazione limite, dovrebbe avvalersi di una preparazione remota, maturata giorno dopo giorno, capace di adattarsi al mutare delle esigenze del malato. Il personale medico e paramedico, insieme al cappellano, dev'essere in grado di indicare la strada da percorrere, tenendo conto di tutto ciò che riguarda il malato, compresa la sua famiglia, così che tutto rientri in una dimensione reale, veritiera, distesa

e piena di calore umano.

Al riguardo è emblematico quanto scrive un noto oncologo in un manuale classico di Medicina interna: richiamandosi all'assistenza ai malati terminali di cancro (quanto dice, tuttavia, può applicarsi anche ad altri tipi di infermi), egli precisa che «il medico ha bisogno di appoggiarsi, sul personale infermieristico, sui sacerdoti e sugli assistenti sociali per la cura e l'assistenza a questi infermi» (9). Qualcosa di analogo lo si trova anche in opere dedicate all'attività infermieristica dove si ricorda che l'infermiere/a deve guardare al paziente come a un tutto e che, nei casi nei quali affiorano, nell'infermo, istanze spirituali, occorre curare anche questo aspetto (7-10-11).

In genere, sebbene non lo manifesti, il malato si rende conto della sua condizione, perciò, senza nascondergli la verità



(12-13), valutando tuttavia le sue capacità di accettarla, bisogna saperlo condurre — se sia il caso — fino alla conclusione ultima della sua situazione. E questo è compito di tutti coloro che lo curano.

3) Si tratta di una necessità che risponde alla condizione dell'uomo infermo, quando, in genere, si fa più manifesta la dimensione spirituale della condizione umana.

Ogni uomo ha bisogno di aiuto spirituale, ma ci si potrebbe chiedere: qual è l'aiuto spirituale e religioso specifico del malato?

La malattia opera un'alterazione dell'identità personale psicofisica per cui l'uomo si trova di fronte a qualcosa che non è in grado di dominare e che neppure i medici sono in grado di controllare pienamente. La malattia, «a guardare bene dentro l'essenza della realtà», provoca un capovolgimento nel mondo interiore di

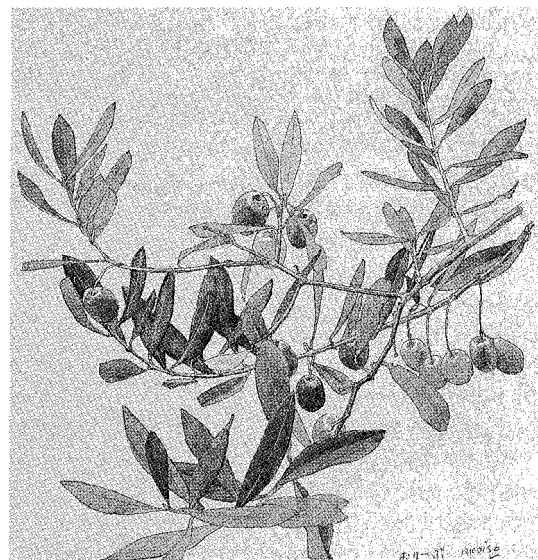
chi la subisce. Si è detto che la malattia, soprattutto se grave, « ci offre alcune delle poche strade che la nostra cultura contemporanea offre per un ritorno verso il nostro intimo » (14). Il malato tocca con mano il proprio limite e la propria fragilità (*in-firmitas*) e, quasi inevitabilmente, si pone una serie di questioni (sul significato della sofferenza, della vita, della morte ecc.) alle quali cerca una soluzione. La quale lo dispone ad aprirsi necessariamente agli *altri* (medici, infermieri, malati, ecc.) e all'*altro*. « La malattia — scrive Victor Frankl — fa sentire con maggiore intensità all'uomo il suo isolamento e la sua emarginazione, con il conseguente anelito di pienezza e di attaccamento all'Essere che è Amore ». O come ha scritto il Cardinal Suquia: « Nella malattia crollano soltanto pareti che, in tempo di buona salute, parevano indistruttibili. Ne-



lla malattia l'uomo, in calma e silenzio, attende la salvezza di Jaweh ». (YA, 27 settembre 1987).

4) L'aiuto spirituale non è compito esclusivo del sacerdote o dei cosiddetti agenti di pastorale sanitaria, ma riguarda, in diversa misura, tutto il personale sanitario. L'infermiere/a cristiano/a ha, per esempio, una finalità che direi primordiale ed originaria: saper stare accanto alla persona inferma, saper recare conforto, comprensione, sostegno, aiuto a cogliere il significato del dolore, ecc: Ha scritto Virginia Henderson: « Il rispetto per le esigenze spirituali del malato e l'aiuto affinché possa soddisfarle, fanno parte dell'assistenza-base degli infermieri, in qualsiasi ordine di circostanze. Se la pratica religiosa è necessaria per l'uomo che gode buona salute, ancor più è indispensabile in caso di malattia. Questo concetto di-fare tutto il possi-

bile affinché il paziente possa professare in concreto la sua religione implica una serie di attività specifiche che sarebbe troppo lungo elencare. Ci basti ricordarne alcune: aiutare il paziente a recarsi in cappella, adoperarsi affinché il sacerdote della sua religione venga a visitarlo, facilitargli gli incontri con il sacerdote e consentirgli di ricevere i sacramenti che fanno parte della sua vita religiosa » (16). E la stessa cosa si può dire per i medici. Essi o esse, nell'esercizio della loro assistenza, devono riuscire ad arrivare fino alla fine. Infatti, anche quando sono stati approntati i trattamenti medici disponibili e il malato arriva alla irreversibilità, non per questo il medico esaurisce il suo compito. Di fatto, nella fase terminale, oltre che continuare nelle cure fisiche e psichiche necessarie (evitando la sofferenza, lo sgomento, l'insicurezza...), occorre far in modo di se-



guire l'infermo, dialogare con lui, aiutarlo a dare un senso soprannaturale al dolore, ecc. (17).

Si può arrivare a pensare che se non c'è più nulla da fare:

— a che serve la presenza del medico o le cure dell'infermiere/a? - Siffatta concezione, però, si attiene ad un modello sanitario che prevede l'intervento soltanto quando la malattia è sotto controllo. Se ciò non si verifica, potrebbe venirne compromessa la stessa identità professionale. Ed invece, anche gli operatori sanitari di professione devono stare accanto al malato e alla famiglia affinché si sentano confortati e per aiutarli, in questi momenti, a scoprire il significato della malattia e della sofferenza. Non solo, ma possono contribuire ad un autentico aiuto spirituale alla persona ammalata. Il Fondatore dell'Università di Navarra, ebbe a dire ad

una insegnante della Scuola Infermiere: «Pensa che...quell'infermo è Cristo. Lo ha detto Lui...Trattiamolo con affetto, con sollecitudine, con delicatezza. Che non abbia a mancargli nulla; soprattutto gli aiuti spirituali. Approntiamoli bene». (En memoria de Monsenor José Maria Escrivá de Balaguer, Eunsá, Pamplona 1976, p.161). Questa preparazione non consiste soltanto nel favorire la presenza del sacerdote, bensì deve essere un aiuto specifico affinché l'infermo possa vivere meglio la sua dimensione cristiana.

IV. Caratteristiche dell'assistenza spirituale

Abbiamo detto che la sollecitudine o assistenza spirituale non è compito esclusivo del sacerdote. Il medico e l'infermiere/a, se sono cristiani, possono e devono collaborare. In realtà, l'assistenza spirituale al malato deve collaborare tutta l'équipe sanitaria, ciascuno nel proprio ambito, in maniera complementare, senza gelosie, aiutandosi reciprocamente. A questo riguardo segnaliamo l'interesse che vanno raccogliendo i cosiddetti Comitati di Aiuto volontario (18), dei quali conosciamo già una ricca esperienza nella clinica universitaria. Sebbene si debba riconoscere la funzione insostituibile del sacerdote, soprattutto per quanto riguarda l'azione sacramentale.

In modo schematico va sottolineato il compito del cappellano per il quale, senza dubbio, può essere necessario l'aiuto del personale sanitario. Fermiamo la nostra attenzione esclusivamente sugli infermi, lasciando fuori del nostro studio l'assistenza ai familiari, al personale sanitario ed altri aspetti (liturgici, dottrinali, di direzione spirituale ecc.) che pure fanno parte del compito del cappellano.

1. La visita pastorale: (5, 19, 20, 21). Si tratta del momento privilegiato per far sentire al malato la presenza di Cristo e della sua Chiesa; è, senza dubbio, uno dei momenti più gratificanti del lavoro del Cappellano. Al momento del primo contatto con l'infermo si richiede, da parte del Cappellano, molto senso comune, prudenza, pazienza, conoscenza della psicologia, capacità di ascoltare e, se possibile, essere al corrente di alcune notizie sulla condizione dell'infermo che va a visitare.

Egli non deve dimenticare che la prima cosa che desiderano i malati è quella di recuperare la salute fisica; perciò la visita più attesa è quella del medico. Tuttavia,

non mancano malati per i quali la cosa più importante è l'assistenza spirituale; quanti assistono gli infermi devono stare attenti a non deludere queste attese. Mi ricordo di un caso concreto accaduto nella Clinica universitaria. Alessia, già ricordata, a motivo di un errore, stette un giorno senza ricevere la santa Comunione. Una infermiera, mentre scusavasi, diceva di non dare troppa importanza alla cosa. La madre di Alessia le disse: «Si ricordi, signorina, che per mia figlia la cosa più importante è poter ricevere tutti i giorni la Comunione. La prego, che non succeda più!».

È compito del sacerdote prestare i servizi spirituali adattandoli ad ogni situazione concreta; molte volte, quindi, è necessaria una catechesi preliminare.

Il primo contatto facilita e prepara i successivi incontri e da questi, gradualmente, verranno le diverse possibilità offerte dal cappellano: presenza, compagnia, piccoli servizi, aiuto a pregare, catechesi, fino ad arrivare ad una specifica pastorale sanitaria sacramentale: confessione, comunione, unzione degli infermi (eccezionalmente — nei casi di pericolo di morte — si può anche amministrare il battesimo e/o la confermazione ai bambini malati).



2. Sacramenti

Non è questa la sede per illustrare con ampiezza ciascuno di questi sacramenti come parte dell'assistenza integrale al malato cristiano. Basti sottolineare alcuni punti che ci sembrano rilevanti.

Se «la celebrazione sacramentale deve

infermità gravi» (Sacrosanctum *Concilium*, 73).

In alcuni casi è consigliabile non differire l'amministrazione di questo sacramento, e bisogna fare in modo che gli infermi lo ricevano con piena consapevolezza; si dovrà, quindi, cercare di vincere, con pazienza, le resistenze che vengono da parte di alcuni pazienti e soprattutto dai loro familiari: Peraltro, si può ricevere l'Unzione degli infermi dopo il compimento del 70° anno oppure prima di alcuni interventi chirurgici (infermi con processi tumorali, cardiopolmonari, trapianti di cuore o di fegato, ecc.) e quando si preveda una situazione post-operatoria lunga e complessa²¹. «Per valutare la gravità dell'infermità, è sufficiente un parere prudente o probabile, senza turbamenti di coscienza e, se si ritiene necessario, tenen-

do conto del parere del medico» (Rituale dell'Unzione ecc., n.8).

Si può (e pensiamo si debba) amministrare il sacramento dell'Unzione ai malati gravi privi di coscienza, purché consti che sono cristiani e che non lo hanno espressamente rifiutato. Il Rituale dell'Unzione (n.14) precisa che lo si può fare quando «si presume che, se fossero stati consapevoli, avrebbero richiesto, in quanto credenti, questo sacramento» (cf. CJC, c. 943).

Con riferimento all'amministrazione di questo sacramento, riportiamo la nostra esperienza della Clinica universitaria.

L'Unzione si riceve in stato incosciente in situazioni come l'attacco cardiaco, l'incidente, la morte improvvisa ecc., ed anche in casi terminali, nei quali per qualsiasi ragione (e spesso, per la resistenza dei

Tavola n. I

Unzione degli infermi e grado di consapevolezza

ANNO	N° UNZIONI	SOGGETTO COSCIENTE	SEMI COSCIENTE	INCO-SCIENTE	NON CONSTA
		%	%	%	
1984	370	168 - 45%	52 - 14%	118 - 32%	38
1985	364	161 - 44,2%	42 - 11,5%	138 - 38%	23
1986	422	182 - 43,1%	56 - 13,3%	155 - 36,6%	29

familiari) non è stato possibile amministrarla prima.

Per quanto possa sembrare indeterminato il termine «semicosciente», chiunque abbia esperienza sanitaria conosce bene questa situazione di infermi in stato grave, con febbre molto alta, situazione terminale, ecc.

Soggetto cosciente è colui che riceve il sacramento con piena lucidità, magari che lo ha richiesto previamente, che partecipa al rito liturgico, ecc.

Interessanti anche i dati relativi al tempo che intercorre tra il giorno dell'amministrazione del sacramento e quando ha luogo — nei casi in cui avvenga — la fine. Schematicamente indichiamo i dati offerti dalla nostra esperienza negli anni 1984, 1985 e 1986. Da segnalare il rapporto tra resistenza e data (quasi mai nei malati, quasi sempre nelle famiglie) dell'ammini-

strazione del sacramento. Non mancano molti che tuttora mettono in stretto rapporto l'Unzione con l'imminenza della morte. Occorrerà che passi una generazione ed è necessaria un'attenta catechesi (nella famiglia, nella scuola, nella parrocchia, ecc.) perché si arrivi a collegare strettamente questo sacramento alla pastorale degli infermi.

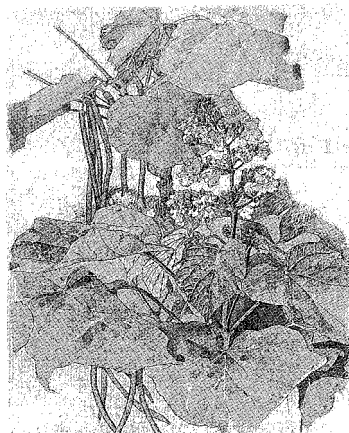


Tavola n. II

Rapporto tra Unzione e data della morte

Unzione degli infermi	1984	1985	1986
Unzione degli infermi	370	364	422
Stesso giorno della morte	85	86	114
Giorno avanti	30	34	47
Due giorni avanti	14	17	20
Tre giorni avanti	18	14	11
Quattro giorni avanti	9	9	13
5-15 giorni avanti	43	52	55
15-30 giorni	17	17	26
più di 30 giorni	37	33	15
DIMESSI VOLONTARI	46	41	23
DIMESSI (ammalati guariti)	65	45	62
Non risulta	4	16	38

17

Dimissione volontaria si riferisce a malati in situazione terminale che, quali che siano le ragioni, escono dall'ospedale e ordinariamente muoiono pochi giorni dopo.

Dimessi sono i malati che, o dopo un intervento chirurgico o aver superato una grave crisi, vengono dimessi.

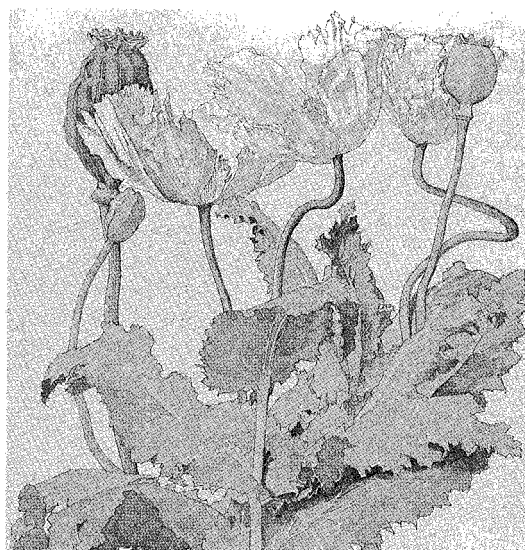
A commento della Tavola II, c'è da notare:

— Un 40-50% delle Unzioni vengono ricevute nei due o tre giorni precedenti quello della morte.

— Il giorno della morte è quello che registra il numero più alto di amministrazioni del sacramento; questo per i motivi già detti. Comunque, questo dato non va affatto collegato a quello relativo a chi riceve il sacramento in stato di incoscienza. Accade certamente nel caso degli infarti cardiaci, della morte improvvisa, rifiuto esplicito della famiglia ecc., tuttavia sono numerosi i casi in cui, anche se amministrato il giorno stesso della morte, il sacramento viene ricevuto in buon stato di consapevolezza.

In rapporto ancora con l'Unzione degli infermi sarebbe interessante analizzare anche altri parametri come: quanti la richiedono, quanti la ricevono prima di un intervento chirurgico, quando viene ricevuta più di una volta, quando viene amministrata nel momento della morte ecc.

P. MIGUEL ANGEL MONGE
Cappellano della Clinica Universitaria
di Navarra (Spagna)



Bibliografia

1. ATTI DELLA II CONFERENZA INTERNAZIONALE SU «Umanizzazione della Medicina», Roma 10-12 novembre 1987, promossa dalla Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari
2. Discorso di Giovanni Paolo II ai partecipanti al Congresso della Federazione degli Ospedali cattolici di tutto il mondo, 31 dicembre 1985 In «Ecclesia» 1985, p. 1494-1495
3. D. BARCIA SALORIO, *Necesidad de una medicina antropológica*. Prolusione dell'anno accademico 1979 - 1980 all'Università di Murcia, pag. 56-59.
4. MOTU PROPRIO «*Dolentium hominum*» 11.II.1985, 2. In «*Dolentium hominum*», Roma I/1, 1986.
5. COMMISSIONE VESCOVILE DI PASTORALE. *La asistencia religiosa en el hospital*. Orientaciones pastorales, EDICE, Madrid 1987, pag. 11.
6. CFR. GRAN ENCICLOPEDIA RIALP, voce *Hombre* vol. 12 Madrid; J. MOURoux, *Sentido cristiano del hombre*, Studium, Madrid 1979; M. GUERRA, *El enigma del hombre*, Eunsá, Pamplona 1978; J. CHOZA *Antropología*, Eunsá, Pamplona 1986.

7. P.L. MARCHESI; S. SPINSANTI; A. SPINELLI, *Por un hospital más humano*, Ed. Paulinas, Madrid 1983, pag. 25.
8. Per il testo dell'Accordo e della Convenzione tra il Ministero della Sanità e la Conferenza episcopale spagnola, cf *Ecclesia* 1986, pag. 864-866.
9. DE VITA V.T., *Principles of cancer therapy*. In HARRISON'S, *Principles of internal Medicine*, Petersdorf, Adams, Braunwald, Isselbacher, Martin, Wilson Editores, McGraw Hill Co. 1983, p. 787, Cfr. HOWARD K. BELL, *The Spiritual Care Component of Palliative Care*, in *Seminars in Oncology*, vol. 12, n. 4 (dicembre), 1985, pag. 482-485.
10. NORAH MACKENZIE, *Etica profesional y servicio hospitalario. Lugar que ocupa la religión en el hospital*, Intermedica, pag. 52-57.
11. DIANE DETTMORE, *Cuidado espiritual: recuerde las necesidades espirituales de sus pacientes*. Nursing 85, luglio-agosto, pag. 22.
12. M.A. MONGE, *La verdad ante el enfermo*. In *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, luglio-settembre 1988, Vol. XXXII, n. 3 pag.
13. JOY K. UFEWA, *Cómo hablar a los pacientes moribundos*. Nursing 88, Ed. spagnola, marzo, pag. 21-24.
14. E.A. VASTYAN, *Aspectos espirituales de la asistencia a pacientes cancerosos*, in *Jano*, 23-29 ottobre 1987, Vol. XXXIII, n. 792, p. 61-64; Cfr. G. PERICO, *Problemi di etica sanitaria*. Ed. Ancora, Milano 1985, pag. 7-19.
15. V. FRANKL, *Homo Patiens*, Buenos Aires 1955, pag. 112.
16. VIRGINIA HEDERSON, *Principios básicos de los Cuidados de Enfermería*. Publicado dal Consiglio internazionale delle infermiere, Ginevra 1971, pag. 53.
17. Cfr. A. BRUGAROLAS, *Síndrome terminal de enfermedad, criterios y actitudes*. In *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, abril-junio 1988, vl. XXXII, n. 2, pag. 111-118; M.T. NAVARLAZ, *Atención de la enfermera al paciente moribundo*. In *Seminarios de Etica en Enfermería*. Eunsu, Pamplona 1987, pag. 205-211.
18. Cfr. LABORHOSPITALARIA; n. 198, 1985/4, n. speciale dedicato al *Volontariado en el hospital*.
19. A. PANGRAZZI, *Creatividad pastoral al servicio del enfermo*, Sal Terrae, Santander 1988.
20. AUTORI VARI, *Pastoral Sanitaria*, PPC, Madrid 1976.
21. AUTORI VARI, *Etica Profesional en la Enfermería*. Pamplona 1977. Cap. 16 (Asistencia espiritual all'infermo).
22. J. FERRER, *El sujeto de la unción de enfermos*. In *Scripta Theologica*, XVI, gennaio-agosto 1984, pag. 169-181.



il sacerdote e la sua missione verso gli infermi

Nel corso dei secoli la Chiesa ha fatto sua la sollecitudine di Cristo verso gli infermi cercando di continuarne i gesti di carità.

Questa testimonianza si è articolata in una varietà di iniziative, tra cui:

- *organismi ecclesiali*: il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari la Charitas, le consulte nazionali, regionali e diocesane per la pastorale sanitaria...

- *istituzioni sanitarie proprie*: ospedali, ricoveri, cliniche, scuole di formazione medica e infermieristica, istituti di pastorale...

- *animazione di associazioni operanti nel mondo della salute*: associazioni internazionali, nazionali e locali per medici, infermieri, cappellani, volontari...

- *uso dei mezzi di comunicazione sociale*: stampa, TV...

- In modo speciale la presenza ecclesiale ha palpitato *attraverso le persone*: sacerdoti, cappellani, religiosi e laici impegnati a servizio del malato, sia a domicilio che nelle istituzioni sanitarie.

Questo sforzo comune, promosso dal Vat. II, intende coinvolgere e responsabilizzare tutti nella missione di carità. Ma è al sacerdote soprattutto nel suo ruolo simbolico e come animatore della comunità cristiana che compete il compito di rendersi portavoce della Chiesa presso i suoi membri infermi.

L'invito di Cristo: «Andate in tutto il mondo... predicate il Vangelo, curate gli infermi» è stato ripreso dal Vat. II che dopo aver esplicitato i vari aspetti del ministero sacerdotale conclude: «Infine, (i presbiteri) abbiano cura dei malati e dei moribondi visitandoli e confortandoli. nel Signore» (P.O. n.6).

Certo, dispiace che questo impegno apostolico sia stato relegato all'ultimo posto e c'è da sperare che la collocazione sia semplicemente dovuta a ragioni pratiche piuttosto che rispecchiare una determinata mentalità pastorale.

È ben noto come molti sacerdoti avvertono un disagio profondo nel visitare i

malati e i moribondi e preferiscono delegare ad altri questo apostolato, quando non lo confinano ai ritagli di tempo.

È comprensibile come altre attività parrocchiali quali la catechesi, l'animazione di gruppi, l'organizzazione possano risultare più gratificanti, mentre l'incontro con il sofferente può svestire il sacerdote del suo senso di sicurezza e confrontarlo con la propria inadeguatezza, umanità e a volte, impotenza.

Chi si lascia tradire dalla paura o dall'orgoglio e rinuncia ad incontrare, nel malato, se stesso e la propria vulnerabilità priva la Chiesa di una testimonianza umile, imperfetta ma consolante accanto a chi soffre.

Il sacerdote che accetta serenamente la sua povertà e si rende presente al malato, nelle sue attese, lacrime e preoccupazioni, attua la missione di perpetuare la sollecitudine della Chiesa e la misericordia di Cristo.

Il tempo dedicato al sofferente è tempo di amore. A volte basta la sola presenza per rinnovare, in altre occasioni un sorriso o una buona parola fanno miracoli, oppure è una preghiera sussurrata che infonde pace e coraggio.

Il sacerdote che sa accostarsi all'uomo nella sua vulnerabilità, cercando di comprenderlo diventa il buon samaritano che apre il suo cuore al fratello sofferente e ne lenisce le ferite.

L'azione pastorale può svilupparsi in una varietà di interventi tra cui:

- *momenti pastorali*: la visita del sacerdote al malato, sia a domicilio che in ospedale, rimane il segno più tangibile della presenza della Chiesa accanto a chi soffre.

- *momenti formativi*: tramite omelie, conferenze e dibattiti sul tema della salute, della malattia e della morte il sacerdote educa la comunità e promuove un clima di maggior sensibilità verso i membri malati.

- *momenti liturgici*: l'animazione di giornate dedicate all'anziano o al malato, l'unzione comunitaria accompagnata dalla

catechesi, l'invito a pregare per i sofferenti e i moribondi fanno del contesto liturgico un luogo privilegiato per trasmettere il messaggio della misericordia.

— *momenti di animazione*: il sacerdote, consapevole della necessità di sprigionare il potenziale umano della comunità, si fa promotore del servizio di volontariato cercando di individuare e provvedere alla formazione di coloro che vogliono impegnarsi nel mondo della salute. Inoltre, nella misura del possibile, offre ospitalità in parrocchia a gruppi di sostegno per tossicodipendenti, alcolisti, anziani ecc. perché diventino comunità di aiuto e solidarietà vicendevole.

Il Buon Pastore: modello di presenza pastorale

Il Vat. II, riferendosi al ministero dei presbiteri, dà queste indicazioni: «... Sono tenuti a vivere in questo secolo in mezzo agli uomini, a conoscere bene le proprie pecorelle, e a cercare di ricondurre anche quelle che non sono di questo ovile, affinché anch'esse sentano la voce di Cristo, e ci sia un solo ovile e un solo pastore» (P.O. n.3)

Il testo prospetta l'Immagine del buon pastore come il modello a cui il sacerdote deve ispirarsi per l'esercizio del suo ministero pastorale.

Vediamo quindi di comprendere più da vicino il brano presentatoci da Giovanni (Gv 10:1-16) per evidenziarne i suoi contenuti pastorali.

« Io sono il Buon Pastore »

Cristo presenta la sua identità di « buon pastore » contrastandola con quella del mercenario che non prende a cuore le pecore e le abbandona all'approssimarsi del pericolo.

Sull'esempio di Cristo la Chiesa ha cercato di inculcare nei sacerdoti le virtù del buon pastore: « di grande giovamento risultano quelle virtù che giustamente sono molto apprezzate nella società umana come ad esempio la bontà, la fermezza d'animo, la costanza, la continua cura e la giustizia... » (P.O. n.3). Il pastore deve lasciar trasparire il suo amore e "la sua cura pastorale soprattutto quando i fedeli sono esposti al pericolo della malattia e della morte e avvertono maggiormente il bisogno di non essere abbandonati o dimenticati.

« Il Buon Pastore offre la vita per le pecore »

Cristo ha dato la sua vita per noi. Seguendo il suo esempio il sacerdote dona la

propria vita a servizio del prossimo. La dedizione assume accenti particolarmente umani quando è rivolta al malato. Il dare la vita si concretizza nell'accompagnamento personale del sofferente; il dono del proprio tempo e della propria energia diventa amore in azione.

« Conosco le mie pecore »

Cristo poteva contare su una conoscenza profonda delle persone che incontrava, guariva anche coloro che lo criticavano. Questa lettura immediata dei loro bisogni e intenzioni gli permetteva di comprendere accogliere o confrontare i suoi interlocutori.

Anche il sacerdote deve conoscere le persone per poterle aiutare senza avere la presunzione di poter entrare nei loro vissuti con testi già fatti o risposte preordinate.

È soprattutto un ascolto senza condizioni e senza pregiudizi che gli permette di scoprire i tesori e le risorse del prossimo.

Il Vat. II parlando della formazione pastorale sottolinea: « Si coltivino negli alunni quelle particolari attitudini che contribuiscono moltissimo a stabilire un dialogo con gli uomini, quali sono la capacità di ascoltare gli altri e di aprire l'animo in spirito di carità ai vari aspetti dell'umana convivenza ».

« E le mie pecore conoscono me »

Il messaggio e lo stile relazionale di Cristo erano come un libro aperto che rivelavano al mondo la sua identità. Amando i bambini lasciava trasparire la sua tenerezza, accogliendo i peccatori la sua misericordia, guarendo gli infermi la sua umanità, consolando gli afflitti la sua sensibilità.

Nell'esercizio pastorale il sacerdote deve lasciar trasparire se stesso, umilmente e spontaneamente; non può essere prigioniero di un ruolo in cui è incapace di esprimere la sua umanità.

Un ingrediente fondamentale di pastorale è la sua persona stessa, con la ricchezza e imperfezione di cui è impastata. Più umano è il sacerdote più diventa agente dello spirito. Nella relazione di aiuto egli si lascia conoscere, offre la sua umanità, si fa amico della gente ed è disposto a soffrire per aiutare gli altri a crescere.

« Ho anche altre pecore che non sono di quest'ovile »

Il messaggio di Cristo era diretto non solo agli Ebrei ma a tutto il mondo, non tanto

ai giusti o ai sani quanto ai peccatori e ai malati.

Così è per il sacerdote: il suo cuore deve essere aperto a tutti. Le persone che incontra sono a diversi livelli di credenza: ci sono i devoti, i credenti impegnati, gli indifferenti, gli atei. Pastorale è saper relazionarsi alle diverse situazioni accogliendo e rispettando le persone e sapendo proporre, non imporre la verità dell'amore.

L'approccio si differenzia anche per quanto concerne i tipi di malati perché l'handicappato, l'anziano, il tossicodipendente, il canceroso, il morente vivono diverse realtà e avvertono diverse preoccupazioni.

« Ascolteranno la mia voce »

Cristo, pur riconoscendo le resistenze del cuore dell'uomo sapeva che il suo messaggio avrebbe varcato i confini del mondo. Da secoli generazioni di uomini fanno riferimento alla sua parola come fonte di luce e di speranza.

Il sacerdote è mandato a testimoniare la



buona novella e a seminare la parola di Cristo nell'orto di coloro che vivono il loro venerdì santo perché ne attingano forza per il cammino. Nella misura in cui egli sa tradurre lo spirito del Vangelo nel contesto delle relazioni umane la sua presenza stessa diventa annuncio di speranza.

« Diventeranno un solo gregge e un solo pastore »

La missione di Cristo è di radunare tutti gli uomini nell'unità, guidandoli a Dio, l'unico vero pastore.

Il sacerdote collabora a questa missione corroborando i vincoli comunitari e interpretando nei riti sacramentali la storia e le tradizioni del popolo di Dio per guidarlo progressivamente al traguardo dell'unità e della vera vita.

Il cappellano d'ospedale

Essere sacerdote in una parrocchia è diverso dall'esserlo come cappellano d'ospedale. Nel primo caso l'attenzione agli infermi rientra nel contesto più vasto di altri ministeri, nel secondo il sacerdote si dedica esclusivamente alla pastorale dei malati.

Il contatto continuo con il mondo della sofferenza ha il vantaggio di maturare l'incisività apostolica ma c'è anche il rischio di mortificare l'azione pastorale quando questa è caratterizzata dalla routine e non è sostenuta dall'impegno costante a rinnovarsi.

La creatività pastorale è stimolata dalla riflessione personale e di gruppo, dalla partecipazione a corsi e conferenze, dallo sforzo costante a lavorare, non isolatamente, ma in cooperazione con altri.

Oggi, più che mai, il cappellano si trova ad operare in un mondo sofisticato che richiede una presenza efficace e competente basata su una buona preparazione umana, pastorale, teologica ed etica.

I malati e il personale sanitario desiderano riconoscere in lui, non tanto un dispensatore di sacramenti quanto una voce umanizzata e umanizzante, non tanto un angelo della morte quanto un simbolo di speranza, non un giudice che condanna ma un portavoce di perdono.

Per aiutare gli altri a riconciliarsi con Dio egli deve sentirsi anzitutto riconciliato con se stesso.

Solo quando è entrato nell'oscurità del suo mondo interiore, accettandone le ombre, potrà entrare nell'oscurità dell'altro per illuminarlo con la luce della fede.

La pastorale del cappellano nel suo in

sieme, per essere efficace e creativa, deve essere alimentata da una spiritualità impregnata di fede e di umanità!

Una spiritualità per la sofferenza

Le motivazioni del cappellano per servire il malato possono essere diverse, a secondo delle circostanze. Per assicurare tuttavia una sua presenza significativa e misericordiosa occorrono determinate attitudini interiori.

Queste costituiscono quella spiritualità o cornice interiore da cui promana l'energia che sostiene il servizio pastorale. Alcune dimensioni di questa spiritualità:

– È una spiritualità che *prende ispirazione da Cristo come modello pastorale*. Il cappellano si lascia compenetrare dallo spirito di Cristo: nell'ascolto della sua parola, nella riflessione biblica dei suoi interventi a favore dei malati attinge indicazioni per il suo operato pastorale.

– È una spiritualità *centrata sul mistero pasquale*.

La croce e la risurrezione di Cristo illuminano il dramma del dolore e lo pongono in una luce nuova. Cristo non è venuto a togliere la sofferenza o a spiegarla ma ad assumerla e a trasformarla in fonte di vita.

Il cappellano conosce l'uomo attraverso il suo dolore. La malattia diventa scuola di vita e la sofferenza un luogo privilegiato per la ricerca del significato più profondo dell'esistenza.

– È una spiritualità *plasmata dalla propria esperienza di sofferenza*.

Henry Nowen nel suo libro « Il guaritore ferito » scrive che guaritore del prossimo è colui che si è lasciato educare a maturare dalle proprie ferite per aprirsi e alleviare le ferite del prossimo.

Il cappellano che integra positivamente la propria sofferenza, sia essa di natura fisica, psicologica o spirituale, e la sa porre a servizio pastorale ha scoperto una risorsa vitale per meglio servire gli infermi.

La consapevolezza della propria vulnerabilità crea spazio per ospitare la vulnerabilità dell'altro — come scriveva S. Paolo: « Quando sono debole allora sono forte ».

– È una spiritualità *di accompagnamento* che si esprime nell'atteggiamento di « camminare con » il malato e valorizza il processo più che i risultati dell'incontro.

Questo sano approccio protegge il cappellano da un falso senso di onnipotenza legato alla preoccupazione di dover risolvere i problemi della gente o di dover rispondere ai loro difficili interrogativi.

L'accettazione della propria povertà dinanzi al dolore diventa uno strumento prezioso di pastorale.

– È una spiritualità *che riconosce in entrambi il cappellano e il malato gli agenti e i destinatari di pastorale*. Nella dinamica di un incontro umano il dare si trasforma in ricevere, il ricevere in dare.

Il malato non è solo dipendente e oggetto di cura ma soggetto di pastorale perché trasmette messaggi e imparte lezioni dal vivo a chi è saggio abbastanza per ascoltarlo.

Il cappellano che si lascia evangelizzare dal sofferente, impara a relativizzare molte cose, ad affrontare la propria vulnerabilità e mortalità e si rende poi portavoce di quanto apprende agli altri.

– È una spiritualità *incarnata nell'umano*.

Il sacerdote incontra le persone dove sono e come sono, egli cerca di accogliere ognuno senza porre condizioni offrendo la sua umanità che non pretende di sentirsi superiore all'infermo o di controllarlo da una situazione meno vulnerabile.

Nel dialogo personale si adopera per portare alla luce le risorse interiori dei suoi interlocutori in modo che esse siano canalizzate nel processo di guarigione e di crescita.

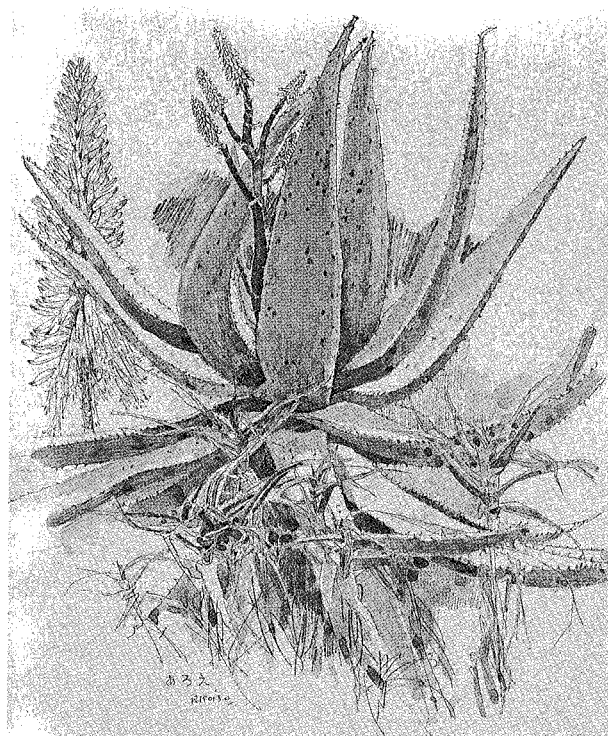
– È una spiritualità *che consacra la sofferenza trasformandola in preghiera*, offrendo a Dio le ferite e le speranze, i ricordi e i legami di affetto del sofferente invitandolo a mantenersi aperto allo spirito nel vivere il mistero di ogni giorno. Nel mondo della salute il cappellano testimonia la voce, il cuore e le mani di una chiesa « umana e sensibile ».

Quando la sua azione pastorale è impregnata dallo spirito di questa spiritualità la sua presenza è guaritrice e consolatrice.

ARNALDO PANGRAZZI M.I.

Docente nel Pont. Istituto di Pastorale Sanitaria
"Camillianum"

magistero della Chiesa



***dai discorsi
del Santo Padre***

***anche la famiglia conta
(messaggio
dei Vescovi della Spagna)***

la presenza di Maria presso la croce mostra la partecipazione totale al sacrificio redentivo

(Roma, 23-11-1988, ai partecipanti all'udienza generale del mercoledì)

1. Il messaggio della Croce comprende alcune parole supreme di amore, che Gesù rivolge a sua madre e al discepolo prediletto Giovanni, presenti al suo supplizio sul Calvario.

Ecco, San Giovanni nel suo Vangelo ricorda che «stava presso la croce di Gesù sua madre» (Gv 19, 25). Era la presenza di una Donna — ormai vedova da anni, come tutto fa pensare — che stava per perdere anche suo figlio. Tutte le fibre del suo essere erano scosse da ciò che aveva visto nei giorni culminanti nella Passione, da ciò che sentiva e presentiva, ora, accanto al patibolo. Come impedirle di soffrire e di piangere? La tradizione cristiana ha percepito la drammatica esperienza di quella Donna piena di dignità e di decoro, ma col cuore affranto, e ha sostato a contemplarla con intima partecipazione al suo dolore: «Stabat Mater dolorosa / iuxta Crucem lacrimosa / dum pendebat Filius».

Non si tratta solo di una questione «della carne e del sangue», né di un affetto senza dubbio nobilissimo, ma semplicemente umano. La presenza di Maria presso la Croce mostra il suo impegno di partecipazione totale al sacrificio redentivo di suo Figlio. Maria ha voluto partecipare fino in fondo alle sofferenze di Gesù, perché non ha respinto la spada annunciata da Simenone (cf. Lc 2, 35), e ha invece accettato, con Cristo, il disegno misterioso del Padre. Essa era la prima partecipe di quel sacrificio, e sarebbe rimasta per sempre il modello perfetto di tutti coloro che avrebbero

ro accettato di associarsi senza riserva all'offerta redentiva.

2. D'altra parte la compassione materna, in cui si esprimeva quella sua presenza, contribuiva a rendere più denso e più profondo il dramma di quella morte in Croce, così vicino al dramma di tante famiglie, di tante madri e di tanti figli, ricongiunti dalla morte dopo lunghi periodi di separazione per ragioni di lavoro, di malattia, di violenza ad opera di singoli o di gruppi.

Gesù, che vede sua madre accanto alla Croce, la ripensa sulla scia dei ricordi di Nazaret, di Cana, di Gerusalemme; forse rivive i momenti del transito di Giuseppe, e poi del suo distacco da lei, e della solitudine nella quale è vissuta negli ultimi anni, una solitudine che ora sta per accentuarsi. Maria, a sua volta, considera tutte le cose che per anni e anni «ha conservato nel suo cuore» (cf. Lc 2, 19.51), e adesso più che mai le comprende in ordine alla Croce. Il dolore e la fede si fondono nella sua anima. Ed ecco, a un tratto s'avvede che dall'alto della Croce Gesù la guarda e le parla.

3. «Gesù allora, vedendo la madre e lì accanto a lei il discepolo che egli amava, disse alla madre: "Donna, ecco il tuo figlio"» (Gv 19, 26). È un atto di tenerezza e di pietà filiale. Gesù non vuole che sua madre resti sola. Al suo posto le lascia come figlio il discepolo che Maria conosce come il prediletto. Gesù affida così a Maria una nuova maternità, e le chiede di trattare Giovanni come suo figlio. Ma quella solennità dell'affidamento («Donna, ecco il tuo figlio»), quel suo collocarsi al cuore stesso del dramma della Croce, quella sobrietà ed essenzialità di parole che si direbbero proprie di una formula quasi sacramentale, fanno pensare che, al di sopra delle relazioni familiari, il fatto vada considerato nella prospettiva dell'opera della salvezza, dove la donna-Maria è stata impegnata col Figlio dell'uomo nella missione redentrice. A conclusione di quell'opera, Gesù chiede a Maria di accettare definitivamente l'offerta che Egli fa di se stesso quale vittima di espiazione, considerando ormai Giovanni come suo figlio. È a prezzo del suo sacrificio materno che essa riceve quella nuova maternità.

4. Ma quel gesto filiale, pieno di valore messianico, va ben al di là della persona del discepolo prediletto, designato come figlio di Maria. Gesù vuol dare a Maria una figliolanza ben più numerosa, vuole istituire per Maria una maternità che abbraccia ogni suo seguace e discepolo di allora e di tutti i tempi. Il gesto di Gesù ha dunque un

valore simbolico. Non è solo un gesto d'ordine familiare, come di un figlio che prende a cuore la sorte di sua madre, ma è il gesto del Redentore del mondo che assegna a Maria, come « donna », un ruolo di nuova maternità per rapporto a tutti gli uomini, chiamati a riunirsi nella Chiesa. In quel momento, dunque, Maria è costituita, e quasi si direbbe « consacrata », come Madre della Chiesa dall'alto della Croce.

5. In questo dono fatto a Giovanni e, in lui, ai seguaci di Cristo e a tutti gli uomini, vi è come un completamento del dono che Gesù fa di se stesso all'umanità con la sua morte in Croce. Maria costituisce con lui come un « tutt'uno », non solo perché sono madre e figlio « secondo la carne », ma perché nell'eterno disegno di Dio sono contemplati, predestinati, collocati insieme al centro della storia della salvezza; sicché Gesù sente di dover coinvolgere sua madre non solo nella propria oblazione al Padre, ma anche nella donazione di sé agli uomini; e Maria, a sua volta, è in perfetta sintonia con il Figlio in quest'atto di oblazione e di donazione, come per un prolungamento del « Fiat » dell'Annunciazione.

D'altra parte Gesù, nella sua Passione, si è visto spogliato di tutto. Sul Calvario gli rimane la madre; e con gesto di supremo distacco dona anche lei al mondo intero, prima di portare a termine la sua missione col sacrificio della vita. Gesù è cosciente che è giunto il momento della consumazione, come dice l'evangelista: « Dopo questo, sapendo che ogni cosa era stata ormai compiuta... » (Gv 19, 28). E vuole che tra le cose « compiute » ci sia anche questo dono della Madre alla Chiesa e al mondo.

6. Si tratta certamente di una maternità spirituale, che si attua, secondo la tradizione cristiana e la dottrina della Chiesa, nell'ordine della grazia. « Madre nell'ordine della grazia », la chiama il Concilio Vaticano II (Cost. Lumen gentium, 61). È quindi una maternità essenzialmente « soprannaturale », che si iscrive nella sfera dove opera la grazia, generatrice di vita divina nell'uomo. È dunque oggetto di fede, come lo è la stessa grazia, a cui è correlata, ma non esclude e anzi comporta tutta una fioritura di pensieri, di affetti teneri e soavi, di sentimenti vivissimi di speranza, fiducia, amore, che fanno parte del dono di Cristo.

Gesù, che aveva sperimentato e apprezzato l'umore materno di Maria nella propria vita, ha voluto che anche i suoi discepoli potessero a loro volta godere di questo amore materno come componente del rapporto con Lui in tutto lo sviluppo della loro

vita spirituale. Si tratta di sentire Maria come Madre e di trattarla come Madre, consentendole di formarci alla vera docilità verso Dio, alla vera unione con Cristo, alla vera carità verso il prossimo.

7. Si può dire che anche questo aspetto del rapporto con Maria è compreso nel messaggio della Croce. Dice infatti l'evangelista che Gesù « poi disse al discepolo: "Ecco là tua madre"! » (Gv 19, 27). Rivolgendosi al discepolo, Gesù gli chiede espressamente di comportarsi con Maria come figlio verso la madre. All'amore materno di Maria dovrà rispondere un amore filiale. Poiché il discepolo sostituisce Gesù presso Maria, è invitato ad amarla veramente come la propria madre. È come se Gesù gli dicesse: « Amala come io l'ho amata ». E poiché, nel discepolo, Gesù vede tutti gli uomini ai quali lascia quel testamento d'amore, vale per tutti la richiesta di amare Maria come madre. In concreto Gesù fonda con quelle sue parole il culto mariano della Chiesa, alla quale fa capire, attraverso Giovanni, la sua volontà che Maria riceva da parte di ogni discepolo, di cui ella è madre per istituzione di Gesù stesso, un sincero amore filiale. L'importanza del culto mariano sempre voluto dalla Chiesa, si deduce dalle parole pronunciate da Gesù nell'ora stessa della sua morte.

8. L'evangelista conclude dicendo che « da quell'ora il discepolo la prese nella sua casa » (Gv 19, 27). Ciò significa che il discepolo ha risposto immediatamente alla volontà di Gesù: da quel momento, accogliendo Maria nella sua casa le ha mostrato il suo affetto filiale, l'ha circondata di ogni cura, ha fatto in modo che potesse godere di raccoglimento e di pace in attesa di ricongiungersi a suo Figlio, e svolgere il suo ruolo nella Chiesa nascente, sia nella Pentecoste sia negli anni successivi.

Quel gesto di Giovanni era l'esecuzione del testamento di Gesù nei confronti di Maria ma aveva un valore simbolico per ogni discepolo di Cristo, invitato ormai ad accogliere Maria presso di sé, a farle posto nella propria vita. Perché, in forza delle parole di Gesù morente, ogni vita cristiana deve offrire uno « spazio » a Maria, non può non includere la sua presenza.

Allora possiamo concludere questa riflessione e catechesi sul messaggio della Croce, con l'invito che rivolgo a ciascuno di chiedersi come accoglie Maria nella sua casa, nella sua vita; e con una esortazione ad apprezzare sempre di più il dono che il Cristo Crocifisso ci ha fatto, lasciandoci come madre la sua stessa Madre.

servitori dei malati nella fedeltà al proprio carisma

(Roma, 25-IX-1988, ai partecipanti al Capitolo Generale dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio)

Carissimi Fratelli,

1. Il mio animo si apre al più cordiale saluto nell'accogliere voi, Rappresentanti dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio, in questa breve pausa dei lavori del vostro Capitolo Generale, che si svolge in un momento importante per la storia della sanità nel mondo in cui viviamo.

Ringrazio il vostro nuovo Priore Generale Fratel Brian O'Donnell, per le parole tanto significative, con le quali ha introdotto questo incontro, augurandogli ogni successo nello espletamento del delicato incarico, a cui è stato chiamato.

Vi auguro che possiate ricavare abbondanti frutti spirituali da vostri incontri per il bene dell'intera vostra Congregazione, sorta per dare gloria a Dio nel servizio dei fratelli ammalati. Si sa, ogni Capitolo Generale è sempre un avvenimento di grande importanza, perché non solo permette di dare uno sguardo sull'andamento complessivo della vita religiosa secondo il proprio carisma di fondazione, ma serve a destare nuovo fervore spirituale e una dedizione più generosa al proprio ideale. Per voi appartenenti al benemerito Ordine, detto popolarmente e significativamente « Fatebenefratelli », si tratta soprattutto di interiorizzare il senso dell'ospitalità cristiana, che ognuno di voi professa con voto particolare nella Chiesa. È quanto prescrivono le vostre Costituzioni là dove raccomandano uno specifico impegno « a difendere e vegliare sui diritti della persona a nascere, a vivere decorosamente, a essere assistita nelle infermità e a morire con dignità », perché « appaia con chiarezza in ogni momento che il centro di interesse è la persona bisognosa o ammalata » (n. 23).

2. Grandi compiti perciò vi aspettano, cari Fratelli, e la Chiesa vi domanda di assolverli nello spirito della parole del Signore: « Ogni volta che voi avete fatto questo ad uno dei più piccoli di questi miei fratelli, l'avete fatto a me » (Mt 25, 31-40). È in queste parole che deve trovare fondamento la vostra concezione del « servizio ».

Il Concilio, particolarmente nella prima

parte della *Gaudium et Spes*, ha ampiamente sottolineato l'importanza e la dignità del servizio verso gli ammalati. Una teologia del servizio è proponibile nella misura in cui la Chiesa si presenta come una società di discepoli del Cristo che si qualificano e si distinguono per l'aiuto e l'amore vicendevoli.

Nella complessa società contemporanea, dovete compiere la ricerca di un modello di « teologia del servizio » quasi distaccandovi, se necessario, dalle vecchie abitudini, come per un coraggioso salto che vi porti all'invenzione di qualcosa di nuovo. Siete chiamati a ripensare in maniera sempre più rispondente ai tempi la relazione fondamentale tra la fede cristiana e le forme del servizio caritatevole.

Il vostro modo di testimoniare la fede sarà tanto più efficace quanto più si fonderà sulla capacità di uscire da sé per aprirsi alla sofferenza, alla povertà e al bisogno degli altri.

Soltanto in questa apertura avrà ragion d'essere il vostro servizio mirante più al concreto aiuto altrui che non ad un formale progetto di intervento. Penso che non si possa più scindere la riflessione teologica dalla organizzazione pratica del servizio.

Così i malati, i sofferenti e i bisognosi che sono talora per alcuni motivi di disturbo, e quasi di ostacolo, diventano per chi ha fede le persone più care, perché segni viventi della presenza di Dio. Fare posto all'altro, esercitare il carisma dell'ospitalità significherà, in certo qual senso, far posto al Cristo e farlo vivere con voi e in voi.

3. La vostra comunità di Fratelli a servizio dei malati si realizza pienamente nella diaconia evangelica che deve sempre animare la vostra vita. Su questa si fonda anche la testimonianza verso i vostri collaboratori laici che dall'ospitalità esercitata come professione possono arrivare al servizio concepito come espressione di amore e di solidarietà cristiana.

Le vostre comunità possono e devono aspirare a costruire quello « spazio sociale » di cui hanno bisogno i nuovi ammalati ai quali non bastano più le grandi tecnologie e non servono più le grosse istituzioni. Penso, per esempio, ai malati di AIDS, ed ai pazienti oncologici, ovvero ai servizi psichiatrici.

Le vostre comunità devono diventare il punto di riferimento per la salvaguardia dei diritti della persona umana e del rispetto delle libertà individuali. La vostra attività al servizio dei più bisognosi vi ispiri soprattutto una pratica di fede essenziale e rivolta all'unica cosa necessaria, di cui parla Gesù e che è il Regno di Dio, in attesa

che il resto vi venga dato in sovrappiù (Mt 6, 33).

Gli uomini che soffrono e verso i quali esercitate la vostra « compassione » hanno molto da insegnarvi per trasformare la vostra esistenza di Religiosi: il malato sia la vostra università!

Testimonierete effettivamente la vostra identità di Frati Ospedalieri di San Giovanni di Dio se saprete basare qualsiasi programmazione sui bisogni realmente esistenti: se accetterete di preferire chi soffre; se vi guarderete dal confidare unicamente nelle proprie opinioni individuali che non sono in perfetta armonia col *carisma* originario, che ha suscitato tra le vostre file nobili figure di veri servitori dei malati, e i cui nomi restano davvero in benedizione.

Non posso dimenticare che in questo ideale di servizio, imitando la generosità del vostro Fondatore, Voi state cercando di portare il vostro modello di ospitalità cristiana anche nei paesi in via di sviluppo.

Non trascurate le loro culture, impegnatevi nell'ascolto dei loro bisogni reali, portate a tutti, al di là delle differenze etniche, la medesima testimonianza di Cristo morto e risorto.

La Chiesa così potrà nascere, crescere e coesistere anche là dove sono altre religioni ed altri modelli di vita.

Con questa consegna di amore e di solidarietà verso i fratelli più deboli, formulo i migliori voti per una fruttuosa continuazione dei lavori del vostro Capitolo Generale, affinché dalle vostre sagge deliberazioni l'intero Ordine attinga il necessario impulso per proseguire nella sua via tanto luminosa e tanto benemerita.

Benedico di cuore voi e tutta la Famiglia religiosa.



scienza e coscienza siano al servizio della vita dal concepimento al suo naturale tramonto

(Roma, 23-XI-1988, agli ammalati dell'ospedale Sant'Eugenio)

Da quando Cristo ha scelto di farsi uomo, in Lui « ogni uomo diventa la via della Chiesa e lo diventa in modo speciale quando nella sua vita entra la sofferenza » (Lettera Apostolica Salvifici doloris, 3). Tra voi, oggi, fratelli e sorelle di questa vasta comunità ospedaliera, si realizza il mistero dell'incontro di Dio con l'uomo, poiché ovunque ci si riunisce nel nome del Signore, si compie il miracolo della sua presenza che è promessa e garanzia di salvezza delle anime e dei corpi. Cristo stesso ha scelto la sofferenza per trasformarla, attraverso l'amore, in potenza redentrice.

2. Il tempo dell'Avvento e della preparazione al Natale di Gesù trovano, in un luogo di sofferenza e di cura, il loro più profondo significato. Tra queste mura la scienza e l'amore solidale sono chiamati a difendere ed a promuovere la vita nel nome del Signore della vita, di Gesù, che essendo Dio, volle assumere la vita dell'uomo per immergerla sulla via della salvezza. Nel mistero della redenzione il male della sofferenza umana, unita a quella del Salvatore, completa « ciò che manca ai patimenti di Cristo nella persona che soffre, a favore del suo corpo » (cfr. Col 1. 24), che è la Chiesa. La sofferenza serve la causa del Regno di Dio, contribuisce a spianare la strada del Signore che viene.

Ecco, dunque, lo spirito dell'attesa trepida e gioiosa che caratterizza il tempo liturgico dell'Avvento, illuminato dalla presenza supplice della Vergine Santissima, Madre di Dio e Madre nostra, ci introduce a comprendere il significato vero ed ultimo della sofferenza e del servizio a coloro che soffrono. Non a caso i poveri, gli umili di cuore, i semplici furono i primi ad accorrere alla grotta di Betlemme, i primi a vedere — secondo le parole del profeta — « la salvezza di Dio ». Non li guidava un calcolo umano, ma una luce che veniva dall'alto: ad accogliere quella luce li avevano preparati i disagi di una vita segnata dalla fatica, dalla privazione, dal dolore.

3. Il nostro odierno incontro avviene in questa vasta struttura che porta il nome di

Con sensibilità precorritrice, il venerato Pontefice riconobbe ed affermò che, dove l'uomo soffre e dove è in atto il servizio a chi soffre, la Chiesa ha un campo privilegiato di azione in stretta sintonia con la sua missione. Non solo, ma intervenendo con il suo magistero sui più svariati temi della ricerca scientifica e della prassi medica preventiva, curativa, riabilitativa, Pio XII seppe dettare norme morali di così luminosa saggezza da fare dei suoi Discorsi ai Medici una sorta di moderno testo di bio-etica. Nota caratteristica in tale insegnamento è il costante riferimento al nesso che deve sempre esservi tra scienza e coscienza, tra medicina e morale.. Diceva: «La persona del medico, come tutta la sua attività, si muovono costantemente nell'ordine morale e sotto l'impero delle sue leggi. In nessuna dichiarazione, in nessun consiglio, in nessun provvedimento, in nessun intervento, il ^omedico può trovarsi al di fuori del terreno della morale, svincolato e indipendente dai principi fondamentali dell'etica e della religione» (Pio XII, Discorsi ai medici. Roma, Edizioni Orizzonte Medico 6. 1961, p. 49).

4. Oggi, in questo complesso *ospedale-iro dell'Unità Sanitaria locale Roma-7*, sono presenti alcune cattedre della Facoltà di Medicina della seconda Università di Roma-Tor Vergata. In questo luogo, perciò, in maniera prioritaria e privilegiata, studiosi, ricercatori, medici, infermieri ed infermiere, operatori volontari sono chiamati al comune impegno di servire la vita con amore e con pieno rispetto delle leggi di Dio. Quanto più si perfezionano conoscenza e strumenti di prevenzione e di cura, tanto più scienza e coscienza, perizia professionale ed etica umana hanno l'ob-

bligo di rispondere insieme, in convergente e costruttiva armonia, alla domanda di vita del fratello che soffre.

La grandezza e la nobiltà, la vera storia di una struttura sanitaria sono costruite dalla gratitudine che ad essa devono quanti ne hanno ricevuto assistenza ed aiuto sia nello spirito che nel corpo, giacché la salute fisica ha nel benessere spirituale la propria condizione ed il proprio sostegno.

In soli tre decenni, da quando questo ospedale fu costruito, questa parte di Roma si è estesa oltre ogni previsione. Nel frattempo, la socializzazione della medicina ha moltiplicato le esigenze dell'assistenza sanitaria. Il personale medico e paramedico è oggi chiamato a rispondere

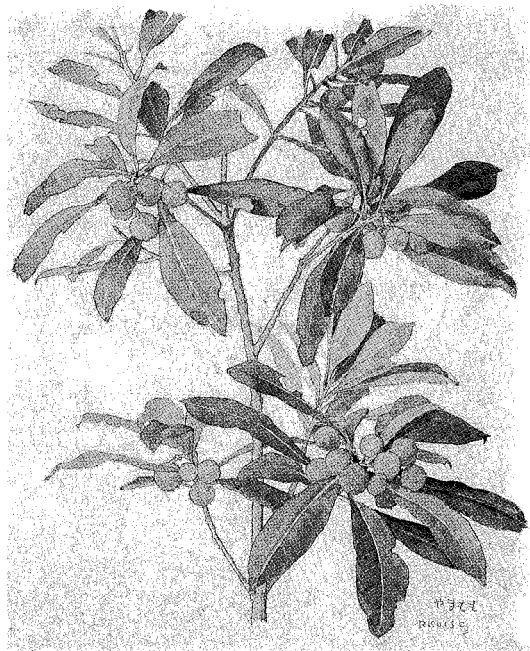


a sempre nuovi compiti, soprattutto nel campo della prevenzione e della educazione sanitaria. Alla formazione professionale deve aggiungersi una attenta, consapevole e responsabile formazione morale. Le malattie più diffuse nel nostro tempo investono in maniera crescente l'equilibrio fisico, psichico e spirituale. Affinché si abbia una medicina veramente umana ed umanizzata occorre una nuova sensibilità che guardi al mistero della vita in tutte le sue componenti. E tutto questo mentre più tenaci, sottili ed anche pretestuose si fanno le aggressioni alla vita ed alla sua integrità.

5. Sorto nel nome del Santo, costruito come atto di gratitudine ad un Papa che fu pioniere dell'attenzione ai problemi della ricerca e della prassi medica, questo ospedale deve tornare nelle stesse motiva-

zioni della sua origine un incentivo a guardare al proprio servizio sociale come a una missione da assolvere con ogni dedizione e competenza.

La Chiesa offre a tal fine la propria collaborazione. Essa infatti si sente vicina al mondo della sanità e della salute, come lo fu il suo Divino Maestro. Le straordinarie possibilità offerte oggi alla medicina dal progresso della scienza e della tecnica interpellano i credenti chiedendo loro una testimonianza coraggiosa e coerente, affinché il progresso, divenuto strumento della civiltà dell'amore, sia veramente al servizio della vita. Nel difendere e promuovere la vita, dal suo concepimento al suo naturale tramonto, la Chiesa sa di assolvere un suo compito



primario, sia sul piano della dottrina sia sul piano della prassi.

Ai Padri Cappellani, alle Religiose infermiere, al Consiglio pastorale ed ai laici più impegnati nel servizio degli infermi rinnovo la viva esortazione ad operare per una pastorale sanitaria sempre più efficace. Ogni struttura ospedaliera consapevole, nei suoi componenti, della sua missione è chiamata oggi a raccogliere ogni sfida, dall'esito della quale dipende il futuro dell'umanità.

Il Signore della vita, che ci accingiamo a celebrare nella memoria, della sua Natività, accompagni e guidi ogni vostro lavoro, sostenga quanti sono a voi affidati e, mediatrice la Vergine, Salute degli infermi, faccia di questo luogo un tempio nel quale ogni giorno si innalzi un inno alla vita.

Con la mia Benedizione!

la condizione umana dei malati di Aids richiede speciale aiuto e solidarietà

Al doctor Hiroshi Nakajima,
Direttore generale
dell'Organizzazione mondiale della Sanità

Nell'istituire l'Organizzazione mondiale della Sanità, circa quarant'anni fa, la Comunità internazionale dei popoli si propo-



neva di raggiungere uno dei più nobili scopi cui possa aspirare l'uomo dei nostri giorni: assicurare a tutti i popoli il miglior benessere fisico e mentale delle persone grazie alla cooperazione economica e sanitaria fra gli Stati, alla ricerca scientifica e alla lotta contro ogni tipo di malattia.

Il programma messo a punto dall'Organizzazione mondiale della Sanità nella prospettiva del nuovo millennio, « la salute per tutti — tutti per la salute », indica il fine di questa prima Giornata mondiale di dialogo e di informazione sulla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), che si propone di sensibilizzare l'opinione pubblica e le pubbliche autorità nella lotta contro una malattia la cui gravità suscita una comprensibile preoccupazione a tutti i livelli.

Mi associo volentieri a questa iniziativa e desidero esprimere ad essa il mio soste-



gno morale, poiché siamo convinti che questa malattia non attenti soltanto al corpo, ma a tutta la persona umana ed anche ai rapporti interpersonali e alla vita sociale.

In ogni tempo, gli organi della società incaricati di vegliare sulla salute pubblica sono stati chiamati ad intraprendere ogni sforzo possibile per assicurare la sua difesa; ma questo non può farsi se non nel rispetto di ogni persona e di tutta la persona, prevenendo la diffusione della malattia e prendendosi cura di coloro che ne sono colpiti. Il grado di civiltà di ogni società potrà essere misurato nella maniera in cui ciascuna saprà rispondere alle esigenze della vita ed alle sofferenze della persona umana, poiché la fragilità dell'umana condizione esige appunto la più vasta solidarietà nella difesa del carattere sacro della vita, dal suo inizio sino al suo termine naturale, in ciascun istante ed in ogni fase della sua evoluzione.

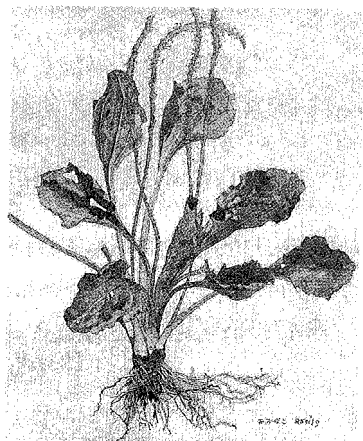
La Chiesa cattolica, che ha ricevuto dal Suo Fondatore, Gesù Cristo, l'eredità di rapporti privilegiati ed attenti verso coloro che soffrono, e questa da sempre, non rimane certo indifferente dinanzi alla sorte di questa nuova categoria di malati. Anche loro devono essere considerati come fratelli e sorelle, la cui condizione umana suscita una particolare forma di solidarietà e di aiuto.

Nell'auspicio che la celebrazione di questa prima Giornata mondiale sull'AIDS contribuisca a rafforzare, sul piano internazionale, l'impegno comune contro una tale malattia ed in favore delle persone che ne sono state colpite, desidero assicurare che la Chiesa cattolica, attraverso le sue istituzioni, non mancherà di circondare d'una sollecitudine particolare questa parte dell'umanità sofferente, oggetto del mio affetto e della mia preghiera.

Città del Vaticano, 28 novembre 1988.

GIOVANNI PAOLO II

(Messaggio per la prima giornata mondiale di dialogo e di informazione sull'AIDS)



anche la famiglia conta

Messaggio dei vescovi della Commissione episcopale della Pastorale Sanitaria di Spagna, giornata del malato, 30 aprile 1989

1. «Anche la famiglia conta» è il motto scelto per la Giornata del Malato di quest'anno. L'obiettivo prefissato consiste, da una parte, nell'evidenziare il ruolo insostituibile che svolge la famiglia nell'assistenza al malato e promuovere delle attività che la sostengano in questo difficile compito; e, dall'altra, nell'invitare le comunità cristiane ad accompagnare in questo cammino le famiglie sottoposte alla dura prova della malattia.

2. Tutti abbiamo una famiglia. In essa viviamo i grandi eventi della nostra esistenza: nascere, crescere, gioire, soffrire, ammalarsi e morire; quando ci ammaliamo, anche la famiglia stessa si ammala e ne soffre, a volte profondamente. La malattia cambia i programmi di una famiglia, il suo ritmo di vita; è fonte di inquietudine e dolore, di preoccupazione e di conflitti e squilibri emotivi. La malattia sottopone a dura prova i valori su cui si basano la solidità dei legami familiari e la solidarietà tra tutti i suoi membri. La malattia sicuramente è una esperienza dolorosa e dura che può destabilizzare la famiglia, ma anche aiutarla a maturare, può distruggerla o renderla più unita, allontanarla da Dio o farla diventare più vicina al Signore.

3. Quando siamo malati il ruolo che svolge la nostra famiglia è fondamentale. Abbiamo bisogno del suo affetto e delle sue cure per sentirci amati, della sua protezione per sentirci sicuri, della sua compagnia per non sentirci abbandonati, della sua comprensione e pazienza per scordare la sensazione di essere un peso o un disturbo. Abbiamo bisogno del suo sostegno e del suo aiuto per poter affrontare con realismo e riuscire ad accettare con pace nell'animo la malattia e la morte.

4. Tuttavia, per poter affrontare la dura prova della malattia e poter svolgere al meglio il proprio ruolo, la famiglia non può agire sola, ma ha bisogno di sostegno ed aiuto. A volte, è il malato stesso che le trasmette animo e le dà forza semplicemente con la sua voglia di vivere, la sua serenità e gratitudine; a volte sono i membri della famiglia con la loro unione e la mutua collaborazione nello svolgimento dei vari doveri in casa; in alcuni momenti è il personale sanitario, grazie alle informazioni ed ai consigli che dà alla famiglia, grazie alla sua capacità di ascolto e comprensione e al

rispetto verso il malato; altre volte, è la visita di un amico che permette di riposare e di avere un attimo di sollievo dalla tanta fatica accumulata; spesso, però, è la fede in Dio a trasmettere alla famiglia tutta la forza che non avrebbe se non credesse, e a dare un significato a questa difficile prova.

5. Il Vangelo ci mostra il comportamento di Gesù di fronte alle famiglie angustiate che corrono da Lui per essere aiutate: non si allontana da loro, diventa partecipe del loro dolore, lo condivide, comprende la loro situazione, lo conforta e infonde consolazione e speranza, risveglia la loro fede, gli trasmette pace ed allegria e gli offre la guarigione, segno del Regno di Dio. Gesù li invita a incamminarsi verso una famiglia più fraterna nella quale regni l'amore e la dedizione verso il prossimo, soprattutto verso i più piccoli ed i più deboli. Riprende i bambini che disobbediscono ai genitori, si avvicina ai malati che non hanno una famiglia che li assista e accoglie chi è solo, invitando i suoi seguaci a seguire le sue orme.

6. In questo, come in altri campi, il comportamento di Gesù deve essere considerato il modello da seguire nelle nostre comunità cristiane. Esse devono essere, a loro volta, una grande famiglia che accoglie le famiglie e le aiuta ad essere la « chiesa domestica » che, in nome di Gesù, consola ed assiste i suoi membri malati. Perché la Chiesa, alla quale appartengono le comunità cristiane, è il corpo di Cristo in cui tutti i membri vivono uno per l'altro; in cui i più bisognosi sono considerati come i membri più nobili; in cui tutti soffrono quando uno di essi è malato e tutti gioiscono della guarigione di uno.

7. Il messaggio di Gesù e di Paolo è stato chiaramente raccolto da Giovanni Paolo II, che nella Esortazione apostolica *Familiaris Consortio* chiede a noi tutti: « E necessario un impegno pastorale ancora più generoso, intelligente e prudente per quelle famiglie che devono affrontare situazioni assai difficili... come, ad esempio, le famiglie con figli tossicodipendenti o handicappati, le famiglie di alcolizzati, gli anziani, spesso obbligati a vivere in solitudine o senza gli adeguati mezzi di sussistenza, le persone che devono accettare la dolorosa esperienza della vedovanza, o ancora le famiglie che devono affrontare la morte di un familiare, che mutila e trasforma profondamente il nucleo originario della famiglia » (FC 85).

8. Queste sono alcune direttive che le co-

munità cristiane dovrebbero seguire nel loro compito di assistenza alla famiglia del malato:

* Educare tutti, ed in particolar modo chi si prepara al matrimonio e le famiglie cristiane, a vivere con coscienza la propria salute e ad affrontare la realtà della malattia e della morte quando si presentano.

* Collaborare con la società ed i servizi sanitari per promuovere il mantenimento della salute della famiglia, la sua guarigione e la creazione di condizioni sociali, culturali, economiche e politiche sane che permettano alla famiglia di godere di buona salute.

* Fomentare la solidarietà ed il servizio di vicinato per quelle famiglie della comunità che hanno un membro malato, ed in particolare per quelle famiglie che non si sentono in grado di assisterlo da sole, offrendo loro la Parola del Signore, la preghiera e la disponibilità generosa della comunità ad assisterle in caso di bisogno.

* Apprezzare la dedizione delle famiglie che si prendono cura con amore, sollecitudine e pazienza del loro malato e diffondere la loro testimonianza nella comunità.

* Essere vicini alle famiglie che hanno perso un loro caro.

* Accogliere i malati che sono senza famiglia e diventare la loro famiglia.

* Appoggiare e collaborare ad ogni tipo di iniziativa, attività o associazione che miri a fornire un'assistenza più adeguata alle famiglie dei malati.

9. Con la speranza che Maria, che fu vicina alle famiglie più bisognose e che sperimentò sulla propria carne la prova della morte di suo figlio, sensibilizzi le nostre comunità cristiane nei confronti delle necessità delle famiglie che soffrono e le spinga ad aiutarle.

20 febbraio 1989

JAVIER OSES FLAMARIQUE,
Vescovo di Huesca,
Presidente della Commissione

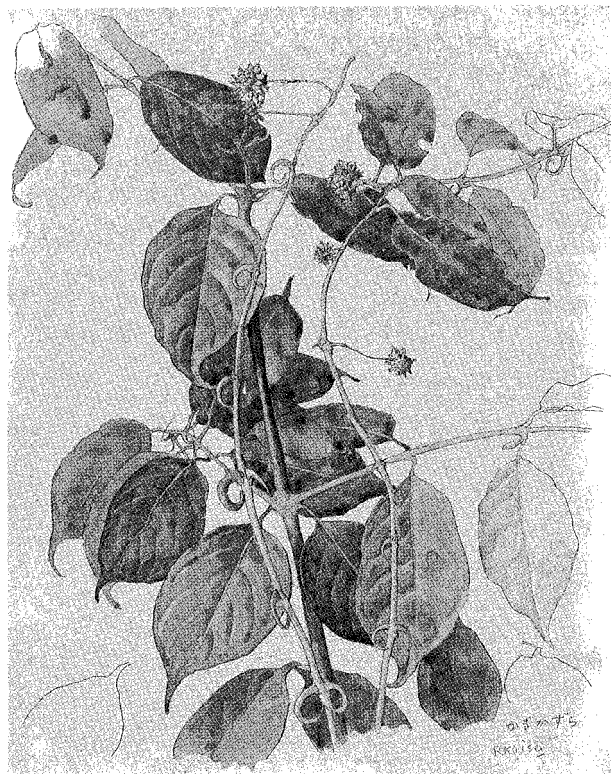
TEODORO UBEDA GRAMAJE,
Vescovo di Mayorca

ANTONIO DEIG CLODET,
Vescovo di Menorca

ROSENTO ALVAREZ GASTON,
Vescovo di Jaca

SANTIAGO GARCIA ARACIL,
Vescovo di Jaén.

argomenti



***i pazienti epilettici
e la Chiesa cattolica***

***I malati mentali:
approccio sociologico
e pastorale***

***consiglio d'Europa:
contro il tabagismo
e l'abuso dell'alcool***

i pazienti epilettici e la Chiesa cattolica

Conferenza
del Dr. Gian Luigi GIGLI
rappresentante
del Pontificio Consiglio
al Congresso Internazionale
di Epilessia,
svoltosi a Gerusalemme

Come uomo di fede e come neurologo esperto in epilessia, sono molto lieto di essere qui oggi a rappresentare la Chiesa Cattolica in questa tavola rotonda sull'epilessia e la religione, che ha luogo a Gerusalemme, una città così ricca di sacre memorie per i figli di Abramo che credono tutti nello stesso Dio: Ebrei, Cristiani e Mussulmani. Vorrei discutere tre questioni fondamentali, che credo interessanti specialmente per coloro fra il pubblico che non sono Cristiani: 1. Quale immagine danno i Vangeli dei pazienti epilettici? 2. Qual'è stato l'atteggiamento della Chiesa nei confronti di coloro che soffrivano di epilessia? 3. Qual'è l'impegno attuale della Chiesa per migliorare la vita delle persone affette da epilessia?

*I pazienti epilettici
nei vangeli*

Nel racconto evangelico troviamo molte notizie su guarigioni di uomini posseduti dal demonio. Dalla descrizione dei miracoli fatta dagli evangelisti uno di questi indemoniati è certamente epilettico (Mt 17:14-18; Mc 9:14-27; Lc 9:37-43), mentre un altro si può solo supporre che lo sia (Mc 1:23-26; Lc 4:33-46).

Il primo è il famoso caso che segue immediatamente

l'episodio della trasfigurazione di Cristo.

Altrove, nei Vangeli, si dice che Gesù andava guarendo i «lunatici», un termine comune a quel mondo per indicare gli epilettici (Mt 4:24).

Accostandoci ai Vangeli con una corretta esegesi, non deve sorprenderci che manifestazioni epilettiche vengano descritte come possessione demoniaca.

Prima di tutto nei Vangeli per possessione diabolica non s'intende solo l'epilessia, ma anche malattie meno stigmatizzanti come la cecità e il mutismo (Mt 9:32 e 12:22; Lc 11:14) e persino l'artrite (Lc 13:10-17). Presso gli evangelisti permane la credenza, tipica della cultura ebraica, che la malattia fosse la punizione per i propri peccati e persino per quelli dei propri genitori; una credenza che Gesù sente il bisogno di contrastare apertamente, come appare evidente nell'episodio della guarigione del ragazzo cieco dalla nascita (Gv 9: 1-3). Inoltre per possessione diabolica si indica molto spesso ogni genere di malattia di cui non si conosceva l'origine organica, e quindi le malattie mentali e l'epilessia. Infatti in molti passi del Vangelo la possessione diabolica è semplicemente una delle malattie possibili.

Così si parlava di lui anche in tutto il territorio della Siria, e gli portavano malati di ogni genere; anche indemoniati epilettici e paralitici; ed egli li guariva.

(Mt 4:24)

Quando fu sera, portarono a Gesù molte persone indemoniate. Con la sua parola egli scacciò gli spiriti maligni e guarì tutti i malati. Così si adempiva ciò che Dio aveva detto per mezzo del profeta Isaia: « Egli ha preso su di sé le nostre debolezze, si è caricato di tutte le nostre sofferenze ».

(Mt 8: 16-17)

Dopo il tramonto del sole, quelli che avevano in casa malati di ogni genere li portavano a Gesù ed egli, li guariva posando le mani sopra ciascuno di loro. Molti spiriti maligni uscivano dagli ammalati e gridavano: « Tu sei il figlio di Dio ».

(Lc 4:40-41)

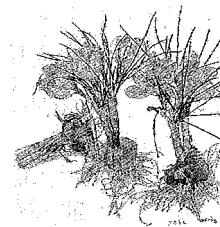
Anche quando Gesù affida agli Apostoli la loro missione, l'evangelista riporta che:

Egli chiamò i suoi dodici e diede loro il potere di scacciare gli spiriti maligni, di guarire tutte le malattie e le sofferenze.

(Mt 10:1)

Ricapitolando, solo una analisi superficiale potrebbe suggerire che nei Vangeli gli epilettici sono considerati semplicemente indemoniati. Ogni passo della Scrittura, infatti, va interpretato tenendo presente il sapere e il linguaggio del tempo. Questo è anche ciò che il Magistero della Chiesa ci invita a fare con la Lettera Enciclica di Pio XII « Divino Afflante Spiritu ».

Sotto questo punto di vista noi comprendiamo dalla



descrizione dei miracoli nei Vangeli che Gesù Cristo passò sulla terra pieno di compassione per tutti i sofferenti e guarendo ogni tipo di malattia per manifestare una redenzione più grande che liberasse gli uomini dal peccato e dalla morte.

Gesù percorreva tutta la regione di Galilea; insegnava nelle sinagoghe, annunciava il regno di Dio e guariva le malattie e le infermità della gente.

(Mt 4,23; vd anche 9,35)

Ciò appare evidente quando Gesù attribuisce a sé stesso l'antica profezia di Isaia:

Gli diedero il libro del profeta Isaia ed egli, aprendolo, trovò questa profezia: « Il Signore ha mandato il suo spirito su di me. Egli mi ha scelto per portare ai poveri la notizia della loro salvezza. Mi ha mandato per annunciare la liberazione ai prigionieri e il dono della vista ai ciechi, per liberare gli oppressi, per dire a tutti che, è giunto il tempo nel quale il Signore salverà il suo popolo ». Poi chiuse il libro, lo restituì all'insergente e si sedette.

La gente che era nella sinagoga teneva gli occhi fissi su Gesù. Allora egli cominciò a dire: « Oggi si avvera per voi che mi ascoltate questa profezia ».

(Lc 4:17-21)

Ogni guarigione nei Vangeli è perciò non solo una liberazione dalla malattia, ma anche il simbolo di una

liberazione più spirituale. Come Gesù stesso dice durante il miracolo del paralitico (Mt 9:1-8; Mt 2:1-12; Lc 5:17-26), le guarigioni annunciano che il « Figlio dell'Uomo », che ha il potere sul corpo, è anche Figlio di Dio, ed ha quindi anche il potere di liberarci dai nostri peccati e di donarci la vita eterna.

Recentemente Janz ha pubblicato (1986) uno studio affascinante sulla Trasfigurazione di Raffaello. La guarigione dell'epilettico segue cronologicamente la trasfigurazione di Cristo. Nell'opera di Raffaello invece i due episodi sono rappresentati nello stesso dipinto, uno sopra all'altro; vi sono inoltre molti legami fra lo sguardo di Cristo e quello del ragazzo epilettico, ed anche fra la voce di Dio nella nuvola e il grido del ragazzo colpito da attacco epilettico.

Janz ha notato molto acutamente che la guarigione di un ragazzo epilettico, messa in rilievo nel racconto di tre dei quattro evangelisti (Mt 17:14-18; Mc 9:14-27; Lc 9:37-43), deve avere anche un valore simbolico, dal momento che, persino a quel tempo, era chiaro che l'attacco era seguito da una spontanea e immediata ripresa.

« Le altre storie bibliche di malattia, non riportano solo i fatti miracolosi, ma suggeriscono che vi è un tipo di salute dove uno non è né cieco, né storpio, né sordo nei confronti dell'entità metafisica che noi chiamiamo Dio. Nella storia del ra-

gazzo epilettico, quale abbiamo nei Vangeli e vediamo nella pittura di Raffaello, la guarigione perde la sua importanza, se noi interpretiamo l'attacco epilettico come simbolo di morte e resurrezione, e quindi come segno escatologico presente veramente in mezzo a noi. Per quanto riguarda il dipinto, il grido iniziale dovrebbe essere visto come una preghiera, cioè un appello dall'alto. Questo sembra essere il messaggio cristiano del testo evangelico e del dipinto di Raffaello » (Janz, 1986).

Non mi risulta che in passato i teologi, pur trattando ampiamente del valore simbolico della sofferenza, abbiano mai colto il valore simbolico dell'attacco epilettico.

Se studi successivi e dibattiti sosterranno, come spero, l'interpretazione di Janz, i Cristiani dovranno considerare i malati di epilessia come dei testimoni straordinari della redenzione operata da Cristo per mezzo della sua passione, morte e resurrezione.

Epilessia e diritto canonico

Se si ha l'accortezza di vedere ogni affermazione con gli occhi del tempo, distinguendo ciò che è duraturo da ciò che è temporaneo, daremo non solo una esatta interpretazione dei Vangeli, ma comprenderemo meglio l'atteggiamento della Chiesa, sul piano pratico, nei confronti dei malati epilettici. Questa accortezza, fondata sul metodo storico,

storico, avrebbe semplificato molti dibattiti e controversie circa i dettami riguardanti l'epilessia, che troviamo nel Codice di Diritto Canonico.

Il Codice fu promulgato nel 1917 da Papa Benedetto XV per dare forma organica alle troppe norme giuridiche che si erano accumulate nel tempo.

Il Codice di Diritto Canonico del 1917 indicava molte condizioni di irregolarità per una legittima ordinazione al sacerdozio o per esercitare il ministero dopo l'ordinazione.

Queste irregolarità possono essere *ex-defectu* (cioè per mancanza di certe condizioni richieste) oppure *ex-delictu* (cioè se volontariamente si sono commesse gravi azioni contro i principi cristiani).

Il canone 984 tratta delle irregolarità *ex-defectu* e al terzo paragrafo dichiara irregolari quegli:

«...Individui che sono, o sono stati, epilettici, malati di mente o posseduti dal demonio. Se, dopo aver ricevuto gli ordini, vengono colpiti da queste malattie, ma poi col tempo ne viene accertata la guarigione, l'ordinario può di nuovo permettere l'esercizio degli ordini che essi avevano ricevuto... »

A prima vista, ci sorprende che nel 1917 questo paragrafo raggruppasse insieme malattia mentale, epilessia e possessione diabolica. Sembra infatti che permanga l'idea di epilessia come un « *morbus sacer* », un morbo malefico. Tuttavia alcune considerazioni fanno apparire questa asserzione sotto una luce migliore. Prima di tutto tale paragrafo non può essere visto separatamente dal dettato del precedente secondo paragrafo del canone 984, che dichiara irregolari:

«...Gli uomini con difetti fisici e che quindi a causa della debolezza o della loro deformità non possono impegnarsi convenientemente nel ministero dell'altare... »

I due paragrafi sono strettamente collegati fra loro, poiché il secondo parla di impedimenti fisici mentre il terzo si riferisce a condizioni ritenute non organiche.

Secondo Bonduelle (1987) la malattia mentale, la possessione diabolica e l'epilessia sono raggruppate insieme non perché sono confuse l'una con l'altra, ma per differenziarle dagli impedimenti fisici. Entrambi i gruppi di condizioni sono considerati irregolari per il ministero sacerdotale, poiché impediscono un servizio sicuro e decente all'altare. Come per l'epilessia, questa attenta preoccupazione era dovuta al rischio che il futuro sacerdote potesse subire un attacco durante la celebrazione della Santa Messa.

Il canone 984 del 1917 fu il risultato di consuetudini e di norme giuridiche che hanno la loro origine nei testi dei Concili e delle lettere papali.

Lefebvre (1953) cita come esempio un testo di Alessandro I (Papa dal 1061 al 1073) nel quale si dichiara che « è indecente e pericoloso che durante la consacrazione dell'Eucarestia il pane cada a causa di un attacco epilettico ».

Da ciò risulta evidente che le prescrizioni del Codice di Diritto Canonico hanno origine più da una preoccupazione di ordine pratico, per il buon svolgimento della Santa Messa, che una volontà di discriminare dal sacerdozio i malati di epilessia nell'accesso agli ordini sacri. A sostegno di questa interpretazione ci sono due altre considerazioni di carattere storico.

Prima di tutto il fatto che

l'epilessia non sia mai menzionata in nessuna altra area della giurisprudenza canonica (per esempio il matrimonio) ci fa ritenere che i malati epilettici non venissero considerati né posseduti dal demonio né privi di libero arbitrio. Infatti, se così fosse, in caso di epilessia potrebbe essere messa in discussione la validità del consenso al matrimonio. Inoltre, anche se non è certo che una distinzione fra epilettici e posseduti dal demonio possa già essere attribuita a Papa Gelasio (492-496), tuttavia è certo che i « *Decretalia* » medievali classificarono la malattia epilettica fra le irregolarità « *ex-defectu corporis* » (dovute cioè a difetti fisici). Infatti il capitolo dei « *Decretalia* » nel quale l'epilessia era trattata, prima della promulgazione del Codice nel 1917, era il Titolo XX « *De corpore vitiatu* » (sui malati fisici - Lefebvre, 1953). Questa dottrina, che guardava all'epilessia come ad una malattia di solito grave, che crea problemi di pericolo e di decenza nella celebrazione liturgica, si ritrova nella pratica pastorale precedente la promulgazione del Codice.

Infatti prima dell'ordinazione una dispensa papale poteva garantire l'accesso al sacerdozio se gli attacchi epilettici erano controllati; dopo l'ordinazione il vescovo locale poteva permettere la celebrazione privata se gli attacchi erano sufficientemente rari; celebrazione che non sarebbe mai stata permessa agli indemoniati (Lefebvre, 1953).

Dobbiamo anche tener presente che la prima terapia efficace per l'epilessia (fenobarbital) fu introdotta nella pratica medica solo negli anni della promulgazione del Codice di Diritto Canonico. Ciò nondimeno il canone 984 resta aperto a

possibili recuperi quando dichiara, per quelli che sono già stati ordinati, che l'ordinario può di nuovo permettere loro l'esercizio degli ordini che essi hanno ricevuto, purché siano completamente guariti.

Ancora più importante è considerare che la conoscenza della Chiesa in materie scientifiche proviene da ciò che la comunità scientifica del tempo riconosce come vero.

Se c'è una ingiustificata discriminazione nel raggruppare l'epilessia con la malattia mentale e la possessione diabolica, le teorie scientifiche del tempo possono in larga parte esserne responsabili.

È vero che nel 1917 già si conosceva il brillante lavoro di John Hughlings Jackson e di Victor Horsley, ma c'erano anche altre posizioni che ricevevano un più vasto consenso da parte del mondo scientifico del tempo. Kraepelin, una figura di rilievo della psichiatria, attribuì agli psichiatri una competenza molto estesa nella diagnosi e nella cura dei malati di epilessia e molti autori (come Morel, Féré, Fisher, Schule, Samt, Roncoroni, Bianchi, Dellamagne) raggrupparono insieme epilessia, follia morale e criminalità innata (Gigli e Mazza, 1982).

L'esponente più rappresentativo di questa corrente positivista, allora molto in voga, fu certamente Cesare Lombroso il quale, sulla base di un vasto numero di dati statistici, antropometrici e psicologici, affermò che il pazzo morale o il delinquente nato è un epilettico in cui l'accesso si prolunga per tutta la vita (1986-97) e che è soprattutto lo studio psicologico degli epilettici che ne rivela la completa identità coi criminali e coi pazzi morali» (1983).

Un altro gigante del tem-

po, Otto Binswanger (1913), affermò che gli epilettici, prima di chiunque altro, dovrebbero essere sospettati come responsabili di « assassinio e incendio doloso, violenze sessuali (esibizionismo, pederastia, stuprum violatum e furtu) ». Più ingenuamente, negli anni ottanta Morselli, direttore dell'ospedale psichiatrico di Macerata, ancora conduceva attente e dettagliate osservazioni sulla relazione fra la frequenza degli attacchi epilettici e le fasi lunari (Gigli e Mazza, 1982).

Se questo era il clima culturale del mondo scientifico di allora, non deve sorprenderci che il Codice di Diritto Canonico del 1917 classificasse l'epilessia insieme alla malattia mentale e alla possessione diabolica.

Può sorgere invece la questione del perché il canone 984 non sia stato cambiato fino al 1983.

A questo proposito tuttavia occorre considerare che i canonisti non sono dei neurologi, ma dei giuristi e che quindi assimilano i cambiamenti della cultura scientifica soltanto più tardi. Inoltre cambiare una legge è sempre una procedura lenta e diviene persino più lenta quando grandi psichiatri, come Henry Ey, ancora nel 1954 scrivevano che l'epilessia « sembra distruggere la struttura psichica dell'essere. È sullo sfondo di questa distruzione che, penso, l'aggressività e la potenziale criminalità acquistino una posizione centrale ».

A dispetto di questo ritardo, la stretta proibizione del 1917 fu attenuata, per coloro che erano già stati ordinati sacerdoti, con l'applicazione di quella parte dello stesso canone 984 che contemplava la reintegrazione nel ministero per coloro i cui attacchi epilettici fossero stati giudicati con-

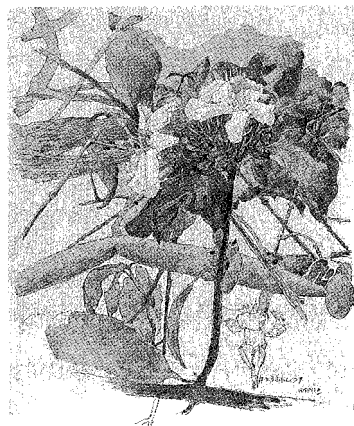
trollabili. Questo criterio venne sempre più frequentemente applicato nei casi di miglioramento dello stato di salute del paziente (Bonduelle, 1987).

A conclusione di queste riflessioni sul Codice del 1917, riprendendo il messaggio di Papa Giovanni Paolo II, vorrei sottolineare che sta divenendo sempre più evidente che scienza e fede non possono essere in contrasto dal momento che per entrambe l'obiettivo della loro ricerca è la verità e la verità è una sola. La Chiesa si fida perciò di ciò che gli scienziati credono vero nell'ordine naturale. Se gli scienziati offrono interpretazioni sbagliate della realtà, allora la Chiesa sbaglierà nell'usare le opinioni scientifiche per risolvere problemi pratici.

Nel 1983 è stato finalmente promulgato da Papa Giovanni Paolo II un nuovo Codice di Diritto Canonico.

Le disposizioni del vecchio canone 984 per i candidati al sacerdozio sono state incluse nel canone 1041 del nuovo codice, che con grande semplicità dichiara irregolare per il ricevimento degli ordini:

« ...colui che soffre di qualsiasi forma di malattia mentale o di qualsiasi altra infermità psicologica a causa della quale egli è, dopo



che sono stati consultati gli esperti, giudicato incapace di esercitare il ministero... »

Per coloro che sono affetti dalle stesse malattie e sono già stati ordinati al sacerdozio, il canone 1041 prescrive che ad essi sia impedito l'esercizio del ministero

« ...fino al momento in cui l'ordinario, dopo aver consultato un esperto, non permetta l'esercizio dell'ordine in questione... »

È evidente che le irregolarità fisiche sono scomparse e che il giudizio sulle malattie mentali che impediscono l'esercizio del ministero è riservato agli esperti. Essi valuteranno se in qualsiasi circostanza l'epilessia produrrà disturbi comportamentali o mentali, interferendo seriamente sul ministero stesso. Ad ogni modo l'epilessia non è più un impedimento particolare per divenire sacerdote.

Sarebbe molto interessante a questo punto esaminare l'atteggiamento della Chiesa nei confronti dei malati di epilessia in generale.

Considerando le limitazioni di tempo di questa tavola rotonda ho preferito escludere questo argomento dalla mia relazione.

*Contributo
della Chiesa al miglioramento
della vita
dei pazienti epilettici*

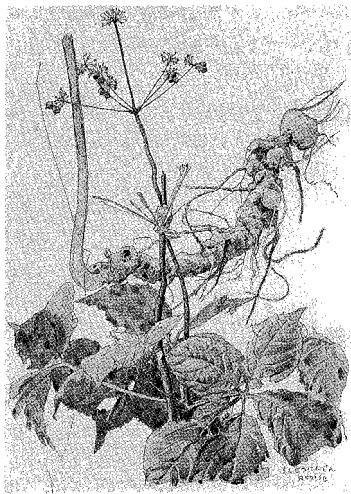
Come terzo ed ultimo punto di questa mia relazione, vorrei sottolineare l'attuale contributo positivo che la Chiesa può offrire per migliorare le condizioni dei malati di epilessia.

Credo che la Chiesa possa intervenire su due piani diversi: uno istituzionale e uno educativo. Entrambi gli interventi sono motivati dall'atteggiamento compassionale che Gesù stesso mostrò nei confronti di tutti i sofferenti e da una tradizio-

ne teologica che guarda i malati come l'immagine del Cristo sofferente perpetuata nella storia.

Durante il Rinascimento riformare le istituzioni sanitarie significava per S. Camillo de Lellis separare i malati nei reparti dell'ospedale secondo il tipo di malattia, e per S. Giovanni di Dio abolire la prigionia per i malati di mente.

Oggi la nostra sfida consiste nel creare istituzioni sanitarie e di ricerca in cui



sia offerta ai pazienti la migliore cura possibile e possa essere acquisita una nuova conoscenza bio-medica.

Ai nostri giorni se il sistema delle istituzioni sanitarie cattoliche resta importante nei paesi sviluppati, esso è di importanza vitale in molti paesi del terzo mondo, dove talvolta coincide tout-court con il sistema sanitario locale.

Due anni fa la Pontificia Commissione, oggi Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, da poco creata, inviò dei questionari per la compila-

zione del primo Index delle Istituzioni Sanitarie proprie di organismi ecclesiastici in tutto il mondo, o dove la Chiesa è presente con Sacerdoti e Religiose infermiere.

Come risultato ancora parziale di questa inchiesta, venne pubblicato il primo volume contenente 12.500 istituzioni.

Non sono a conoscenza di istituzioni sanitarie ecclesiastiche che si dedichino esclusivamente ai pazienti epilettici. Ciò non significa, secondo me, che manchi da parte della Chiesa l'attenzione al problema, ma semplicemente che l'epilessia è considerata come un disturbo neurologico tra gli altri, non come una malattia speciale.

Nelle istituzioni gestite dalla Chiesa, senza alcuna discriminazione di ordine religioso, i malati di epilessia ricevono, fra tutti gli altri, il miglior trattamento possibile nella situazione locale, e si insegna ai futuri operatori sanitari, nelle scuole per infermieri e medici affiliate, ad assumere un comportamento positivo nei confronti di tali pazienti.

Questo porta il discorso sul livello educativo, livello che io personalmente considero il più importante e il più specificamente di competenza della Chiesa. A parte l'educazione dei professionisti, a tutti i fedeli s'insegna ad imitare il più possibile Cristo, nel comportamento verso i sofferenti. Ogni credente ascolterà la storia del buon Samaritano (Lc 10:29-37) e il comandamento ad amare il nostro prossimo come noi stessi (Lc 10:25-28).

In molte altre occasioni (omelie, catechismo, preparazione ai sacramenti, ecc...) il cristiano sarà educato ad essere compassionevole, ad avere cura e ad essere un fratello per tutti i

sofferenti, evitando ogni discriminazione.

Dio solo sa se questo insegnamento penetrerà profondamente nell'anima dei fedeli e quanto frutto darà per rompere il muro dell'emarginazione e del pregiudizio di cui i malati di epilessia ancora soffrono.

Nonostante tutto, io credo che questo tipo di impegno educativo resti il più importante per creare un mondo più umano.

Lo stesso Papa Giovanni Paolo II si è assunto un ruolo speciale in questo sforzo educativo. Egli ha una devozione particolare per i malati e in ogni città in cui si ferma, visita almeno un ospedale. A Roma ha visitato quasi tutte le istituzioni sanitarie; il contatto con i malati è ormai una parte irrinunciabile di ogni audienza pubblica.

Inoltre la Provvidenza lo ha chiamato, in seguito all'attentato terroristico, ad essere lui stesso in pericolo di morte e a stare per lungo tempo in ospedale.

Sono convinto che fu anche sulla base della sua esperienza personale che pubblicò nel 1985 la lettera apostolica « Salvifici Doloris », il primo documento magisteriale completo sulla sofferenza e che un anno più tardi creò « motu proprio », la Pontificia Commissione oggi Pontificio Consiglio della Pastorale degli Operatori Sanitari, allo scopo di coordinare, in tutto il mondo, gli sforzi della Chiesa in campo sanitario.

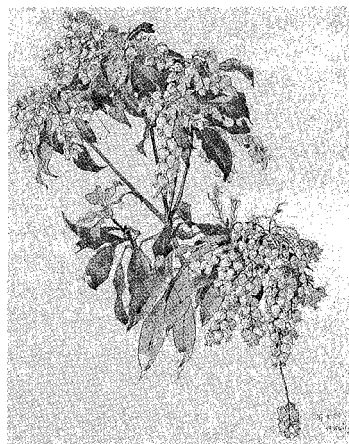
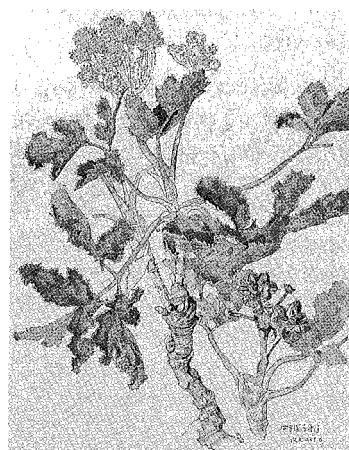
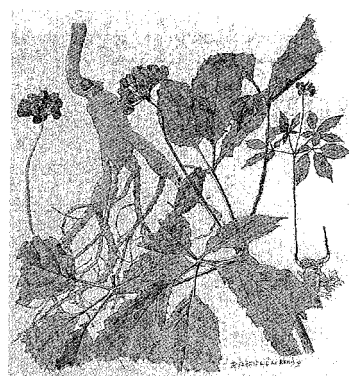
È in qualità di rappresentante di questo Pontificio Consiglio che intervengo in questa tavola rotonda. Queste due decisioni papali stanno ulteriormente promuovendo nella Chiesa la consapevolezza del dovere di spingere i cristiani ad amare i loro fratelli e sorelle malati e sofferenti.

Specialmente nel caso de-

gli epilettici, i cristiani hanno bisogno di essere incoraggiati a convertirsi e divenire buoni Samaritani, per vedere nel malato epilettico un'immagine della passione, morte e resurrezione di Cristo, cioè un testimone tutto particolare della nostra salvezza misteriosamente collegato, attraverso la sua sofferenza personale, alla sofferenza redentrice di Cristo.

Bibliografia

- The Jerusalem Bible* (Reader's Edition), Garden City, Doubleday & Co. Inc., 1968.
- Codex Juris Canonici, Benedicti Papae XV auctoritate promulgatus*, Roma, Tipografia Poliglotta Vaticana, 1963.
- Codex Juris Canonici, auctoritate Joannis Pauli PP. II promulgatus*, Roma, Libreria Editrice Vaticana, 1983.
- The Code of Canon Law, in English translation prepared by the Canon Law Society of Great Britain and Ireland*, Ottawa, Collins, Canadian Conference of Catholic Bishops, 1983.
- BINSWANGER O., *Die Epilepsie* 2^a ed., Vienna, Holder, 1913.
- BOUNDELLE M., *Epilepsie et droit canonique*. Rev. Neurol., 143:468-470, 1987.
- EY H., *Etude psychiatrique n. 26: Epilepsie*, Paris, Desclee de Brouwer et Cie., 1954.
- GIGLI G.L., MAZZA S., *Epilessia: pensiero, comportamento, emozioni*. Troina, Edizioni Oasi, 1982.
- JANZ D., *Epilepsy, viewed metaphysically: an interpretation of the biblical story of the epileptic boy and of Raphael's Transfiguration*. Epilepsia, 27: 316-322, 1986.
- LEFEBVRE C., *Epilepsie*. In R. Naz (Ed.) « Dictionnaire de droit canonique », Paris, Librairie Letouzey et Ané, vol. V, pp. 375-379, 1953.
- LOMBROSO C., *Le più recenti scoperte e applicazioni della psichiatria ed antropologia criminale*. Torino, Fratelli Bocca Editori, 1983.
- LOMBROSO C., *L'uomo delinquente in rapporto all'antropologia, alla giurisprudenza ed alle discipline carcerarie*. 5^a ed., Torino, Fratelli Bocca Editori, 1896-97.
- WOYWOD S., *A practical Commentary on the Code of Canon Law*, New York, J.F. Wagner Inc., p. 594, 1957 (per la traduzione inglese del canone 984).



i malati mentali: approccio sociologico e pastorale

I. Chi sono?

1. *Dal punto di vista più universalmente umano* sono i più bisognosi ed i meno assistiti.

— Perché hanno bisogno di tutto: di pane e di parole, della sensazione di appartenere ad una famiglia, ad una città, ad un paese; di amore creativo che li faccia sentire utili importanti per qualcuno; di una vita che valga la pena di essere vissuta, che abbia un senso, che possa essere condivisa.

— Perché la loro assistenza è doppiamente difficile: spesso non si lasciano aiutare e, altrettanto spesso, non sappiamo aiutarli.

2. *Dal punto di vista delle definizioni* sono i non-auto-sufficienti, gli asociali ed i sofferenti.

— Sono coloro che sono affetti da una forte minora-zione fisica, mentale e sociale, che si contrappone alla definizione di salute espressa dall'OMS: la Salute equivale a « un completo benessere fisico, mentale e sociale ».

— Rispetto alla definizione di salute di Jordi Gol, secondo cui equivale a « una maniera di vivere autonoma, comunitaria e gioiosa », invece i malati mentali sono:

a) coloro che sono profondamente dipendenti: ad una madre simbiotica e ad un padre generalmente assente, ad una famiglia con uno stigma di maledizione, ad un passato spesso da dimenticare, ad una rabbia e un odio innato talmente in-

tensi da provocare dei bruschi blocchi emozionali che a volte non permettono nemmeno di esprimersi, o se ci si riesce, sono parole irriconoscibili in quanto frutto di un atteggiamento di difesa e di mascheramento, con un comportamento impulsivo incoercibile, ecc.

b) gli asociali. Sono carenti della matrice più elementare di appartenenza come: l'appartenere alla madre, alla terra, alla famiglia, al paese, alla società. Spesso sono le persone strane, incomprensibili; talmente strane che, a volte, si pensa che vengano da altri mondi e da altre galassie al di là del cielo e della terra, conoscitrici del bene e del male, del paradiso e dell'inferno. È per questo motivo che, in un circolo vizioso, noi li emarginiamo ed essi stessi si emarginano.

c) per quanto riguarda la « vita gioiosa », si tratta di coloro che « soffrono enormemente ». Le loro sofferenze sono talmente grandi ed intense che, spesso, si fermano a livello incosciente e la loro ferocità impedisce che essi possano condurre una vita normale. Si tratta di quelle storie di terrore che paralizzano, che gelano il sangue, che ti pietrificano, sono quegli incubi cancerogeni che non scompaiono con il giorno. Per essi, la realtà è talmente piena di sofferenze che si rifugiano nella pazzia, evadono nei sogni, si ancorano all'infanzia e non vogliono crescere; la sofferenza interna è spesso talmente intesa da annullare le vie sensorio-motrici. Potrei raccontare

storie di malati mentali affetti da cancro con sofferenze tali da non aver bisogno di nessun calmante poiché ogni via d'accesso ai canali del piacere o del dolore è completamente ostruita.

3. *Dal punto di vista della personalità* sono coloro che hanno fallito nella costruzione della propria vita.

— I minorati. Sono coloro i quali sono riusciti a raggiungere solo un'identità embrionale e rachitica; coloro che vengono considerati solo larve umane, come un ragazzo di 23 anni che vive un'esistenza semplicemente bio-corporale, con ritmi arcaici, quasi placentari, nella quale è solo importante essere soddisfatto ed attaccare. Egli non ha bisogno di uscire dalla sua stanza-alvo materno (sono ormai più di tre anni che vi è rinchiuso), né ha bisogno di parlare, di pensare, di avere contatti con il mondo esterno. Si autogestiona e si autofagocita.

— I mutilati. Sono coloro che le medicine non sono riuscite a guarire, sia nelle loro case che negli ospedali. Si tratta di un enorme numero di persone che non è mai stato ascoltato, ai quali non si è mai data la possibilità di svolgere un ruolo e di potersi inserire in un contesto di vita dal significato preciso; sono tutti coloro ai quali si sono solo prescritte delle medicine. Sono i mutilati psichici che si cerca di internare perché sono inutili, perché non si riesce a trovare la ragione della loro esistenza, perché non han-

no nemmeno saputo curarsi; si dice «abbiamo già fatto di tutto per loro», ormai non si sa più cosa fare. Si concede loro solo lo spazio del ricovero, nel significato più mutilante del termine, cioè lo spazio necessario per ricevere un tetto e del cibo, dove, però, non è assolutamente possibile che crescano mentalmente ed emozionalmente e, tanto meno, che possano programmare e sviluppare un progetto personale di vita.

— Gli emarginati. Coloro che sono vuoti dentro, gli autisti ed i catatonici; coloro che non interagiscono, che non danno niente e non ricevono niente; che non trattengono, non immagazzinano, non assimilano; coloro i quali sono troppo stanchi di soffrire e si rifugiano nella pazzia e in deliri fantastici; coloro i quali devono difendersi da realtà insopportabili ed evadono per acquietare la propria angoscia e vivere in una felicità artificiale, raggiunta con l'assunzione di droghe.

— I maltrattati, i mal-assistiti. Sono tutti coloro che sono stati esaminati solo da un punto di vista: somatico, mentale, sociale o spirituale. Sono infatti tanti i malati mentali che si cerca di curare solo con medicinali, non preoccupandosi affatto di chiedere loro che ne pensano, che sentono, con chi vivono, in che maniera vivono e che senso danno alla loro vita. O sono ancora coloro che vengono trattati solo a livello psicologico, senza che venga fornito loro un aiuto medico ed il sostegno istituzionale necessari a sostenere gli sforzi del malato alla ricerca di un significato per affrontare i suoi problemi. Sono coloro che vengono internati nell'illusione che possano guarire da soli e, infine, coloro che hanno fallito nella vita e si ritrovano ad affrontare un futuro con pochissimo tem-

po e scarse risorse. Sono coloro che hanno voluto distruggere un tabù della nostra cultura per poi ritrovarsi condannati ad una vita isolata, vergognosa e minacciata.

Si tratta dell'enorme gruppo di persone che non sono state considerate e trattate dal punto di vista integrale della medicina.

4. *Dal punto di vista della loro identità* sono quello che sono.

— Sono coloro che non hanno un nome proprio, e, pertanto, possono chiamarsi con qualsiasi nome: Dio, demonio, Napoleone, Vergine Maria.

— Coloro che non possiedono una unità interiore: vivono divisi, distrutti, mutevoli; possono passare da momenti di grande euforia a momenti di enorme tristezza, dall'essere sinceramente buoni ad essere intrinsecamente cattivi; dal vivere sporchi all'essere totalmente immacolati.

— Sono coloro che non si integrano totalmente con la propria unità psichica: un'idea ossessiva, un'emozione incontrollabile, un nucleo di malignità autonomo. Sono coloro che dipendono da qualcosa: droghe, riti, impulsi incoercibili; si sentono «posseduti» da qualcosa che li obbliga a pensare, a sentire o agire contro ciò che considerano normale. Sono gli impulsivi, come il paziente che mi ha appena chiamato per non dirmi niente, perché si sentiva spinto a chiamarmi.

II. Quanti sono?

1. Circa un quarto della popolazione soffre di disturbi mentali che richiedono assistenza di vario tipo.

2. Il 14% richiede assistenza di tipo psichiatrico.

3. Supponendo un buon funzionamento dei servizi di assistenza di base, solo l'1,7% dei pazienti dovrebbero aver bisogno di cure psichiatriche specialistiche.

4. Le richieste di internamento psichiatrico si aggirano sullo 0,2% della popolazione.

5. Attualmente, circa lo 0,1% della popolazione è ospitalizzata in forma permanente negli Ospedali Psichiatrici, pubblici e privati.

III. Dove sono?

1. Coloro che sono considerati non più recuperabili, cioè lo 0,1%, negli ospedali psichiatrici, completamente morti per quanto riguarda la vita mentale, sociale e spirituale. Essi vivono una vita bio-corporale ripetitiva e monotona e devono essere sotto stretta sorveglianza.

2. Coloro i quali sono giunti anch'essi al punto di deterioramento e distruzione della propria identità, e non sono internati negli ospedali psichiatrici, si dividono tra i ricoveri e la strada, rappresentando la maggior parte dei vagabondi e mendicanti. Sono in genere condannati all'isolamento e all'ignoranza.

3. Esiste un gruppo di malati che si dividono tra istituzioni e casa, cioè che alternano dei periodi di internamento negli ospedali psichiatrici a periodi nella propria casa. Sono spesso oggetto di lotta, da una parte la famiglia che vorrebbe il loro internamento definitivo, e, dall'altra, l'équipe psichiatrica che si oppone ad esso.

4. Molto importanti sono i cosiddetti «gruppi a rischio»: i pensionati, le

donne di oltre 40 anni, gli uomini di oltre 50 anni con un basso livello di istruzione ed appartenenti ad una classe socio-economica bassa. Generalmente vivono nel proprio ambiente, cercando di sopravvivere, e sono oggetto di duro disprezzo.

5. Infine, esiste un 25% della popolazione che richiede diversi tipi di assistenza psicologica. Vivono in casa, però viene spontaneo chiedersi in che modo vivano e con che status sociale. Generalmente soffocati da una famiglia nevrotica che li nasconde; attaccati continuamente perché sono inutili, parassiti ed improduttivi; o sono a volte trasformati in piccoli mostri tiranni perché si ha paura di loro. Su di essi pesa sempre la maledizione di « non migliorare », nonostante li si sia portati dai medici migliori, di aver consumato il bilancio familiare e di aver terminato le riserve di pazienza emozionale della famiglia. Il loro destino è essere oggetto di emarginazione.

IV. Che facciamo per loro? Purtroppo non sappiamo che fare

1. Innanzitutto perché non li capiamo. Neppure dal punto di vista medico si è d'accordo su quello che sono, che problemi hanno e che cure possiamo offrire loro.

2. Perché non li tolleriamo. Spessissimo, infatti, ci capita di ascoltare « io non lo sopporto più ». Offrendo il nostro buon nome, alterano il ritmo della nostra vita, si comportano in maniera pericolosa ed indebita; costituiscono una minaccia costante per la nostra mediocre sicurezza; li temiamo, non ci fidiamo di loro.

3. Perché purtroppo è facile cadere in un circolo vizioso: la famiglia (per chi ancora ce l'ha) non sopporta più la situazione — ricorre ai medici — i medici prescrivono delle medicine — il malato non guarisce — ha una ricaduta — la famiglia si stanca — la famiglia chiede l'internamento — gli ospedali psichiatrici, per mancanza di criterio o di denaro, continuano a tenere il paziente internato — passa del tempo — la famiglia si allontana e si abitua a vivere senza il malato — subentra l'istituzionalizzazione del malato — entra in gioco l'appartenenza di diritti e doveri — la famiglia scompare — ed il circolo si rompe solo con la morte.

4. Perché sono facilmente oggetto di manipolazione. Si ha paura di essi, non li si comprende e, come persone, non contano per niente, per cui tutti pretendono di aver dei diritti su di loro.

— I pubblici poteri, a seconda degli interessi economici o sociali, e a sostegno della scuola psichiatrica che più gli conviene, li rinchiodano come persone pericolose alle quali, però, vengono concessi tutti i diritti di cittadinanza. Da un momento all'altro si decide di internarli tutti negli ospedali psichiatrici, o di chiudere gli ospedali e alloggiarli in appartamenti, o ancora di dimmetterli per guarigione o di ospitalizzarli negli ospedali generali. Essendo disorientati su cosa fare si dogmatizza, si prendono delle misure drastiche e si cerca di fare sempre « qualcosa di diverso » rispetto a prima. Il denominatore comune di tutto ciò è che in ogni tipo di decisione non si prende mai in considerazione il malato, i suoi interessi, la sua opinione, il suo stato; si fanno dei cambiamenti e basta. Come mi raccontava

un collega che conosce bene gli ospedali psichiatrici e le attuali riforme psichiatriche, i malati non sono neppure dei pacchetti, bensì dei sacchi di paglia, merce che si carica e si scarica, si trasporta, si libera o si rinchioda.

— Il personale che li segue, se non possiede una solida formazione e dei principi etici ancora più solidi, opera secondo un metodo riduttivo: dà o solo pastiglie o solo consigli. Sia per ragioni di tempo che di denaro, infatti, sono molto pochi i medici che affrontano i problemi nella loro globalità, con un approccio terapeutico eclettico, avendo a disposizione una équipe e tenendo in dovuta considerazione tutti i mezzi istituzionali: famiglia, medicina preventiva, ospedalizzazione, intervento in caso di crisi, internamento.

V. Il compito della Chiesa.

Spesso, anche noi non sappiamo esattamente cosa fare, nonostante possediamo enormi ricchezze

1. Dal Vangelo:

— Sono i preferiti da Gesù.

— Sono coloro attraverso i quali Gesù annuncia il suo messaggio più importante: di liberazione da qualsiasi schiavitù, di pacificazione interiore, di riconciliazione con il Padre, di promessa di salvezza.

— Sono la « pietra di paragone » che prova l'autenticità di coloro che si considerano suoi discepoli: « non li molestate », « qual è il tuo prossimo ».

2. Dalla tradizione della Chiesa:

— La Chiesa, intuitivamente, li ha sempre accolti. Purtroppo bisogna riconoscere che li ha accettati solo nel nucleo retto dalla com-

passione e dalla misericordia, mentre il nucleo dei benpensanti e delle persone dalla condotta irrepreensibile li ha emarginati come gli altri.

— Un elevato numero di ospedali psichiatrici appartiene alla Chiesa, infatti basta ricordare le Figlie della Carità, i Fratelli di San Giovanni di Dio e le Sorelle Ospedaliere che si occupano dei malati di mente offrendo loro una percentuale alta del loro carisma, e poi ancora le Sorelle di Sant'Anna, ecc.

3. Però, nella Chiesa, resta ancora molto da fare:

— Aprire le porte del paese di Dio ai malati mentali, offrendogli parità di condizioni con gli altri. In concreto, ciò vuol dire che «l'economia della grazia obbedisce alla legge che Dio le ha imposto: trasmettere a molti (a tutti) ciò che originariamente fu concesso ad uno solo; di tutto quello che Gesù è o possiede, qualcosa viene trasmesso a tutti, altro solo ad alcuni. A tutti si trasmettono i doni della salvezza e della comunione: essere figli, eredi, entrare nella comunità dei santi e, pertanto, salire al cielo, sedersi alla destra e regnare».

— Considerando che la emarginazione radicale, quella che ci condanna e ci distanzia da Dio, non esiste più grazie a Gesù, noi non possiamo emarginare, isolare, distanziare, proibire. Al contrario, dobbiamo fomentare tutto ciò che significhi convivere, raccogliere, avvicinare, assimilare.

— Esiste qualcosa di specifico che la Chiesa potrebbe fare per aiutare i malati mentali, cioè cancellare lo stigma che li condanna come maledetti, come nati male. Nel seno della famiglia dei figli di Dio sono benvenuti, ben accolti e benedetti.

— Esiste inoltre una caratteristica innata della Chiesa: la sua indole misericordiosa, capace di voler bene, di concepire, di creare e di porsi in comunione. Lì dove le istituzioni falliscono (famiglia, comunità, stato), la Chiesa dovrebbe avere la capacità di inventare e superare se stessa, grazie alla sua interminabile sensibilità, la stessa sensibilità di Dio. La famiglia può arrivare allo stremo delle forze e dire: non ne posso più, non so più niente, non so più che fare con il nostro malato. Ebbene, queste parole disperate non possono essere espresse né dalla Chiesa, né da Gesù, né da nostro Dio Padre che ci ha rivelati a Gesù.

— Infine, una parola in particolare per gli assistenti professionali cristiani. In base alla mia fede e alla mia esperienza nel campo della malattia mentale, mi permetto di suggerire alcune linee concrete di riflessione:

a) Guardiamo la nostra realtà senza inganni né eccessive difese, cioè, non escludiamo i malati mentali dal nostro ambito professionale, e, tantomeno, non difendiamoci da essi barricandoci dietro un «io non conosco questo campo».

b) Una volta che abbiamo osato prendere in considerazione tutta la collettività di malati, senza alcuna emarginazione o separazione tra pazienti di prima e di seconda categoria, dovremmo guardare più in là dei semplici sintomi ed avere il coraggio di affrontare i problemi autentici che esistono: bisognerebbe chiedersi che succede visto che i nostri giovani si drogano, perché la nostra società è tanto violenta; qual è la ragione del fallimento delle nostre istituzioni, quali la famiglia, il lavoro, la convivenza; perché abbandoniamo i pensionati e gli invalidi;

perché maltrattiamo i bambini; perché diciamo che «in tutti noi esiste il seme della pazzia».

c) Una volta avuto il coraggio di esaminare tutto ciò a fondo, dovremmo avere la capacità di valutare criticamente i nostri beni economici, tecnici e scientifici; i nostri averi istituzionali: la ricchezza della nostra società, della nostra cultura e della nostra Chiesa; le risorse emozionali e strumentali che ci vengono date dalla nostra preparazione e dalla nostra fede.

d) Basandoci sulla valutazione lucida e critica delle nostre risorse, dovremmo stabilire, in modo assai onesto, ciò che possiamo fare e ciò che non possiamo. Ad esempio, forse non ci sarà possibile guarire il malato mentale, ma sicuramente potremo imparare a tollerarlo. Dovremmo anche esaminare come le nostre risorse si possano ripartire nel modo più giusto ed equo; ad esempio, non vi è alcun dubbio che una alta percentuale del bilancio venga destinata all'alta tecnologia, senza tener in alcun conto delle conseguenze che ne derivano, del fatto che questa ripartizione porta all'abbandono di alcune categorie, tra cui gli anziani ed i malati mentali.

e) Infine, qualcosa che riguarda la pratica professionale della medicina. Quando trattiamo il malato, qualsiasi esso sia, ma soprattutto il malato mentale, non dovremmo considerarlo per settori, dovremmo invece avere la forza di affrontarlo nella sua globalità. Dobbiamo credere, profondamente, in qualcosa che, purtroppo, sta già perdendo il suo contenuto: la medicina integrale.

MARIANO
GALVE MORENO
*Coordinatore Nazionale di
Pastorale Psichiatrica (Spagna)*

la strategia del Consiglio d'Europa contro l'alcoolismo il tabagismo e le tossicomanie

(adottata dal Comitato dei Ministri il 16 ottobre 1986, in occasione della 400ª riunione dei Delegati dei Ministri)

Il Comitato dei Ministri, in virtù dell'articolo 15.b dello Statuto del Consiglio dell'Europa,

Considerando che il fine del Consiglio dell'Europa è di realizzare una più stretta unione fra i suoi membri e che questo fine può essere raggiunto, fra altri, con l'adozione di una politica e di una regolamentazione comune nel settore della sanità;

Considerando che la dipendenza nei riguardi dell'alcol, del tabacco e delle droghe crea gravi problemi alla salute, comportando aspetti sociali, psicologici e patologici;

Richiamandosi alle sue Raccomandazioni n.R (82) 4 sulla prevenzione dei problemi legati all'alcol, particolarmente fra i giovani, R (82) 5 sulla prevenzione della tossicomania e il compito particolare della educazione per la salute, e R (84) sui principi riguardanti la pubblicità televisiva;

Considerando la necessità di una politica pronta, fornita di informazione e di educazione, associata a misure legislative, regolamentari ed economiche, per incoraggiare modi di vita sana e diminuire i fattori di rischio, in modo che il compito chiave che i media e gli altri operatori di opinione possano giovare agli sforzi volti a sensibilizzare maggiormente il

pubblico nella azione educativa per la sanità e ad altre misure di questa conoscenza e a farle meglio accettare,

Raccomanda ai governi degli Stati membri di tener conto delle linee direttrici, enunciate nell'allegato alla presente raccomandazione, quando incoraggeranno l'adempimento delle strategie per la lotta contro il tabagismo, l'abuso dell'alcol e la tossicomania, cooperando con suscitatori d'opinione ed i media e quando sotto-lineranno la responsabilità di questi ultimi, nella decisione delle pubbliche attività nei riguardi della sanità.

Allegato alla Raccomandazione n. R (86) 14 al Consiglio

Obiettivi

1. Le strategie d'informazione e di educazione in materia di sanità dovrebbero avere per principali obiettivi d'incoraggiare comportamenti di vita sani, di promuovere la salubrità dell'ambiente, e di diminuire i fattori di rischio.

Politica

2. Una politica d'informazione e di educazione in materia di sanità dovrebbe essere condotta nel quadro di un sistema coordinato ed integrato di cure per la salute e parallelamente ad azioni legislative, economiche ed altre ancora, e partecipare ad una politica più estesa che dia la precedenza ai centri sociali che sono in condizioni di svantaggio.

3. Questa politica dovrebbe essere flessibile per poter essere messa in opera al livello locale al fine di sviluppare la responsabilità collettiva ed individuale. Essa dovrebbe tenere ugualmente conto delle differenze esistenti fra i centri sociali e della necessità di donare informazioni che attraggano le categorie sfavorevoli della popolazione.

4. Una strategia coordinata dovrebbe rivolgere un appello a istituzioni varie, come le scuole, gli organismi pubblici e privati di attività sanitaria e sociale, le istituzioni benefiche, la famiglia, le associazioni sportive e del tempo libero, ed i media.

5. Il coordinamento dovrebbe intervenire:

- orizzontalmente, fra istituzioni, servizi e individui situati al medesimo livello;

- verticalmente, fra istituzioni, servizi e individui operanti a livello locale, regionale e nazionale;

- in tutto il tempo, per coprire l'intera vita dell'individuo.

Compito potenziale dei media

6. Nell'impegno per una collaborazione con i media, occorre rispettare i principi fondamentali d'indipendenza e di libertà di espressione, comuni a tutti gli Stati membri e tener conto dell'ambiente politico commerciale e finanziario, differente da un paese all'altro

nel quale i media operano. Si cerchi di ottenere che i media incoraggino la partecipazione della collettività e degli individui alla promozione della loro propria salute donando maggiore forza alle campagne per l'educazione destinate al grande pubblico. La collaborazione con i media dovrà comprendere la partecipazione di essi alla definizione e la messa a punto delle strategie.

7. È necessario, per quel che è possibile, ridurre al minimo le contraddizioni fra le informazioni diffuse dai media e la politica delle autorità sanitarie. Occorre vegliare in particolare perché queste informazioni non conducano a pensare che si deve piuttosto ammirare o imitare quelli che consumano il tabacco, l'alcol o le droghe illecite e

non quelli che non le consumano.

8. I poteri pubblici e, in particolare, le autorità sanitarie dovranno fornire ai media le notizie necessarie delle quali essi hanno bisogno per compiere la loro missione d'informatori. Le informazioni dovranno essere date con una forma appropriata ed essere ridotte all'essenziale affinché il messaggio sia chiaro e comprensibile dal pubblico.

9. Bisognerebbe provvedere ad avere certezza sulle conoscenze dei giornalisti, organizzando, per esempio, a loro intendimento, dei seminari o dei periodi di pratica formativa o ancora elaborando delle linee direttive e delle opere di riferimento (per esempio in materia di terminologia). Vi è la possibilità d'incoraggiare

la creazione di associazioni di giornalisti specializzati nei problemi della sanità.

Strategie specifiche

Tabacco

10. Le strategie volte a scoraggiare il tabagismo dovranno tendere essenzialmente a:

- a dissuadere tutti ma specialmente i giovani dal cominciare a fumare;
- persuadere i fumatori a smettere di fumare o ridurre il consumo del tabacco.

Sarebbe per esempio utile:

- proibire il fumare nei luoghi pubblici, le scuole e gli ospedali, i trasporti pubblici, ecc.;
- scoraggiare il tabagismo nelle industrie, negli uffici, ecc.;
- di rendere visibili degli avvertimenti sui prodotti a base di tabacco.

Alcool

11. Le strategie volte a ridurre il consumo dell'alcol dovrebbero prendere in considerazione i produttori, gli interessi economici e commerciali, suscettibili di creare ostacoli agli obiettivi fissati. Questi obiettivi consistono principalmente a:

- Promuovere un atteggiamento moderato e responsabile, in particolare negli ambienti di lavoro, nella scuola e nei centri militari e sportivi;
- informare il pubblico dei rischi legati all'abuso dell'alcol, specialmente nel-



le donne gravide e nei giovani:

— attirare l'attenzione dei media sulle conseguenze provocate dal modo con il quale incoraggiano la consumazione dell'alcol.

Droghe

12. Le strategie di lotta contro la tossicomania dovrebbero tener conto della complessità di questo fenomeno come pure del grande isolamento di molti tossicomani in seno alla società, vittime che hanno bisogno di protezione e non della curiosità del pubblico e del loro profondo disadattamento sociale. È necessario fornire informazioni ai giovani e alle loro famiglie, agli insegnanti ed al personale medico. Alcune misure potranno essere prese per limitare la diffusione fra i giovani dei documenti audiovisivi ed altri che incoraggiano l'uso della droga.

Valutazione

13. Le campagne per l'educazione alla salute ed i programmi d'informazione sanitaria che s'inseriscono nel quadro sopracitato siano forniti di una valorizzazione alla quale occorrerebbe associare i media, per assicurarci perlomeno che i loro temi siano accettati dal pubblico. Questa valutazione dovrebbe ugualmente prevedere i rischi

inerenti al modo con il quale i messaggi educativi o le informazioni concernenti la salute vengono ricevuti dai differenti gruppi sociali. I risultati della valorizzazione dovranno essere messi a profitto per l'organizzazione delle future campagne.

14. I professionisti della sanità, gli insegnanti e gli operatori dell'azione socio-educativa svolgono un ruolo capitale nella diffusione dell'informazione sanitaria e dovrebbero usufruire in proprio di una formazione e di una informazione riguardante le tecniche ed i progressi più recenti nel settore dell'educazione per la salute dei fanciulli e degli adulti.

15. Dei mezzi sufficienti dovrebbero essere disponibili per incoraggiare e facilitare la cooperazione fra coloro che offrono le informazioni, da una parte, e dall'altra, le associazioni dei consumatori, i sindacati, i movimenti giovanili e le altre organizzazioni non governative, che si interessano dei problemi sanitari ed ecologici e per rendere sicura la partecipazione attiva di tutti gli interessati. Questa cooperazione potrà realizzarsi con la costituzione di gruppi comuni incaricati di prevedere, promuovere e valorizzare le campagne. I capi opinione ed i rappresentanti di que-

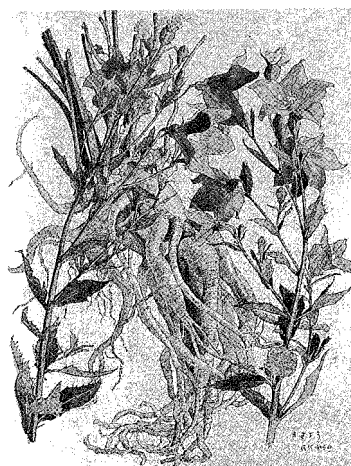
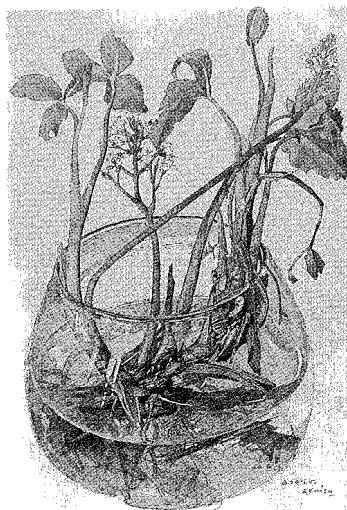
sti gruppi dovrebbero ricevere una informazione appropriata quando questa sia necessaria.

16. Si dovrebbe progettare un premio nazionale al fine di incoraggiare e ricompensare gli individui o le istituzioni che hanno donato un contributo essenziale alla definizione o alla messa in opera delle strategie di lotta, contro il tabagismo, l'abuso dell'alcol, e la tossicomania che si ispirano ai principi enunciati nella presente raccomandazione.

Regolamento della commercializzazione e della promozione

17. Occorrerebbe mettere in opera una politica responsabile riguardante la regolamentazione della vendita del tabacco, dell'alcol e dei prodotti farmaceutici; qualora ciò sia possibile, una cooperazione volontaria con i produttori dovrebbe fare parte di questa politica.

18. Occorrerebbe proporre l'adozione di una politica limitante rigorosamente tutte le forme della produzione del tabacco e dell'alcol, potendo giungere fino alla proibizione completa in alcuni casi, e di assumere misure volte a impedire l'incremento delle vendite e il trasferimento delle droghe.



testimonianze



farmaci orfani

lotta contro l'Aids

*ospedali dell'Arcidiocesi
di New York*

*riflessione pastorale in Kenia
pastorale sanitaria
a port-au-prince*

*congresso 'parrocchia
evangelizzatrice' (Spagna)*

*Madagascar: commissione
sanitaria episcopale*

*federazione internazionale
farmacisti cattolici*

*congresso di etica medica
in Cile*

Da alcuni anni gli scienziati hanno posto alla società il problema che condiziona pesantemente la lotta contro molte malattie endemiche del Terzo mondo: quello dei «farmaci orfani»

Si chiamano farmaci orfani quei farmaci, che — non avendo prospettive di essere impiegati o se non nella cura di poche persone oppure di persone non in grado di pagarli — non vengono studiati o sviluppati e prodotti, non avendo un beneficio economico.

Si penalizzano così le persone colpite da malattie rare da un lato e dall'altro milioni di persone dei Paesi in sviluppo che non sono in grado di sostenere la spesa di farmaci il cui costo esula dalle possibilità dei loro bilanci.

Su questa pubblicazione nel 1986 si metteva in risalto questa problematica anche alla luce di un convegno tenutosi a Roma, promosso dall'Accademia Nazionale delle Scienze detta dei XL, che si concludeva con un appello alle grandi case farmaceutiche di non trascurare questo aspetto sociale della salute pubblica e di impegnarsi, magari attraverso accordi internazionali, a studiare i farmaci per prevenire o curare le malattie che colpiscono maggiormente gli abitanti dei Paesi in sviluppo, situati soprattutto nelle fasce dei tropici.

Si tratta di un grande impegno che comporta investimenti di personale e finanziari per il quale non può essere previsto un sostanziale ritorno delle somme investite.

Una interessante recente notizia ci informa che una industria farmaceutica multinazionale ha recentemente messo gratuitamente a disposizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, per farle pervenire ai Governi di molti Paesi, grandi quantità di un nuovo farmaco, l'ivermectina. Si tratta di un composto di modificazione di una molecola di un potente antibiotico, l'avermectina, capace di combattere la oncocercosi.

La oncocercosi, come è noto, è una particolare forma di filariasi, malattia parassitaria, dovuta ad un verme microscopico la filaria, trasportata da un vettore, «mosca nera» della famiglia dei Simuliidi,

che colpisce attualmente nell'Africa subsaariana circa 18 milioni di persone e ne minaccia un numero molto maggiore nel Medio Oriente ed in America Latina.

La filaria «Onchocerca volvulus», viene dalla mosca introdotta nell'organismo delle persone che vivono di solito nelle zone vicine ai corsi di acqua dove prosperano i simuliidi - da cui il nome «malattia del fiume» per la oncocercosi.

L'infezione porta in breve tempo tra l'altro alla cecità delle persone colpite con gravissimi danni individuali e sociali.

La realizzazione di campagne di lotta contro questa malattia richiede oltre che la disponibilità del farmaco, anche una organizzazione ed una strategia che vengano sviluppate dall'O.M.S. in accordo con i Ministeri della Sanità dei singoli governi. Questo è anche necessario per valutare su larga scala gli effetti di questo farmaco su intere popolazioni.

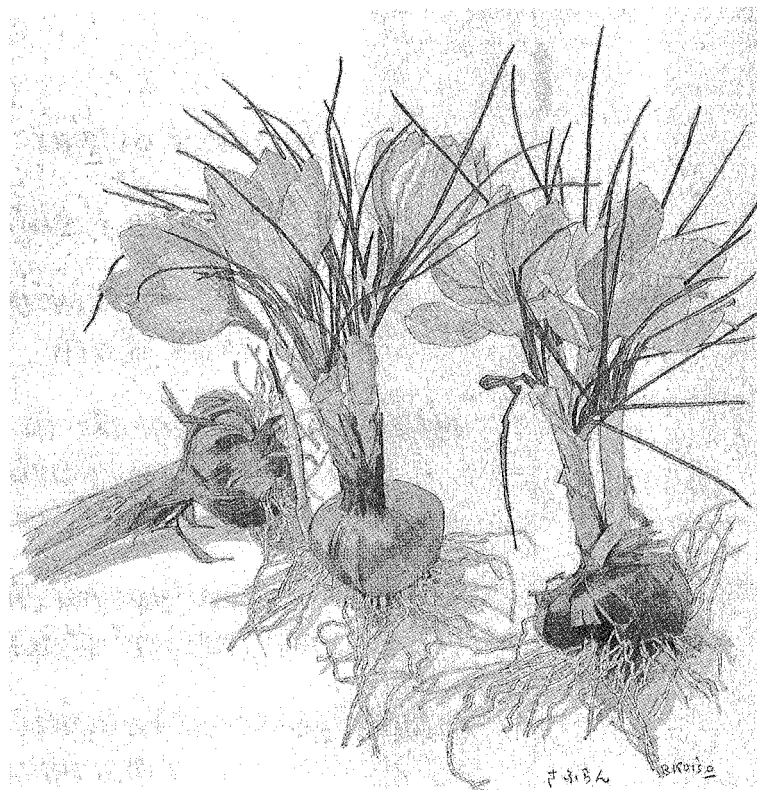
Questa iniziativa altamente lodevole, che ha la funzione di distruggere le microfilarie che sono presenti negli individui colpiti e quindi di ridurre l'incidenza dell'infezione, è un esempio che si può fare per curare anche le ma-

lattie orfane. Il farmaco consente di interrompere la trasmissione delle microfilarie attraverso la mosca nera e quindi l'infezione da una persona all'altra.

È questo un esempio di una nuova mentalità per affrontare alla radice i problemi sanitari e sociali che condizionano lo sviluppo del Terzo Mondo.

Tale iniziativa va apprezzata e incoraggiata ed anche estesa sia per lo spirito con cui viene condotta, sia perché apre uno spiraglio ad una vita migliore per quelle popolazioni.

Prof. G.B. MARINI BETTOLO
Presidente della Pontificia
Accademia delle Scienze



lotta contro l'AIDS

Discorso finale di Halfdan Mahler, Direttore Generale dell'OMS, Londra, gennaio 1988

Credo che lo scambio di informazione ed esperienza a un livello così alto nei ultimi due giorni ci abbia ispirato tutti per essere molto più ottimistici di prima nel senso che possiamo e riusciremo a vincere l'AIDS.

La Dichiarazione del Vertice è eccellente. Tuttavia, la vera prova di essa e delle nostre intenzioni è l'azione. Pertanto, entro quattro settimane a partire da oggi, mi metterò in contatto con voi sui passi ulteriori dell'attuazione che tutti cerchiamo. Questo Vertice, segnando un passo importante sulla nostra strada comune, sarà portato a compimento con grande energia ed impegno. Perciò dobbiamo assicurare che lo scambio d'informazione diventi un processo continuo dappertutto e riceva un'alta visibilità pubblica per indurre il maggiore ottimismo possibile. Dobbiamo servirci di questo Vertice come rampa di lancio per un programma prolungato di comunicazione sull'AIDS nel mondo intero. Avete designato il 1988 come anno di comunicazione sull'AIDS, e intendo promuovere una Giornata Mondiale annuale di Dialogo sull'AIDS, essendo la prima il 1 dicembre 1988.

Qual'è il fondamento del mio ottimismo? In buona misura si ispira a quello che ho sentito in questo Vertice. E un ottimismo condizionale che dipende da ciò che farete quando ritornerete a casa. Le condizioni verranno soddisfatte:

- * se assicurerete l'impegno politico dei vostri governi nella loro totalità per lottare contro l'AIDS;

- * se motiverete i vostri capi di Stato perché si interessino personalmente alla lotta;

- * se mobilitarete i leader di tutti i settori della società;

- * se mobilitarete le risorse umane e finanziarie adatte alla lotta;

- * se creerete ed attuerete piani nazionali per lottare contro l'AIDS come parte integrante del vostro sistema sanitario;

- * se assicurerete l'azione coordinata di tutti i settori interessati del vostro paese — educazione, cultura, l'interno, finanze, comunicazioni e simili — stabilendo, ad esempio, un comitato plurisetoriale al più alto livello governativo;

- * se radunerete l'appoggio delle organizzazioni non governative in tutti i settori interessati;

- * se ispirerete le persone perché diventino promotori della salute per assicurare che esse, le loro famiglie e le comunità in cui abitano si comportino in modo tale da non contrarre l'infezione di HIV;

- * se assicurerete la comprensione e collaborazione delle persone ad alto rischio;

- * se assicurerete che le persone sieropositive e con l'AIDS non siano discriminate, né oggetti d'ostracismo, né stigmatizzate, né emarginate;

- * se attuerete programmi di informazione ed educazione vigorosi, impiegando tutti i mezzi più adatti ed essendo molto attivi nei centri educativi, cominciando da quelli che sono per i giovani;

- * se convincerete i mezzi di comunicazione ad assumere un ruolo socialmente responsabile nell'informare il pubblico sull'AIDS e sui modi di prevenirlo;

- * se educerete le professioni della salute all'informazione e alla formazione degli altri e all'orientamento delle persone sieropositive, delle vittime dell'AIDS e delle loro famiglie ed amici;

- * se educerete le vostre professioni della salute al provvedimento di una cura devota e umana per chi subisce l'AIDS e il complesso collegato;

- * se assicurerete le condizioni del sangue, dei prodotti del sangue e delle pratiche invasive sulle persone dentro e fuori del sistema sanitario;

- * se con energia promuoverete un'educazione adeguata insieme all'opportuna informazione per assicurare la sterilità di ogni siringa, ago o altro strumento impiegato nella prassi medica per penetrare la pelle;

- * se assicurerete l'accessibilità dei servizi socio-sanitari necessari per appoggiare e potenziare il cambiamento di comportamento;

- * se quelli che siete in grado di farlo appoggerete i paesi in via di sviluppo per stabilire e attuare piani nazionali sull'AIDS, comprese le adeguate informazione ed educazione per i loro bisogni e la

loro cultura, e prendendo delle misure per rafforzare la loro infrastruttura sanitaria;

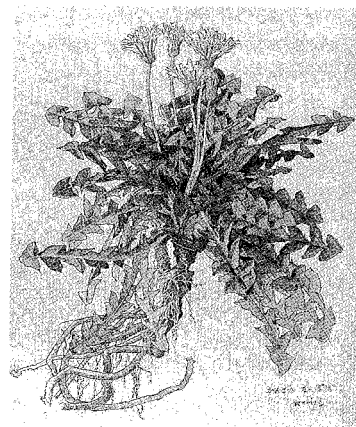
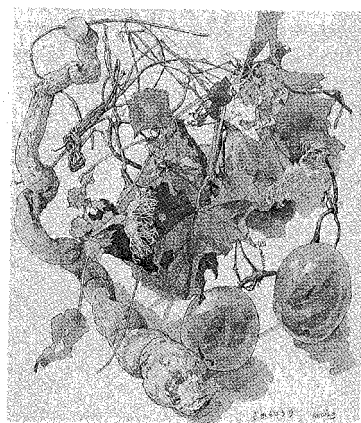
- * se insisterete perché il sistema dell'ONU e tutti gli altri collaboratori dello sviluppo coordinino i loro sforzi per assicurare un appoggio sinergistico ai vostri paesi;

- * se farete tutto aderendo alla strategia globale dell'OMS per prevenire e controllare l'AIDS e con uno spirito di solidarietà sanitaria a livello mondiale;

- * se farete tutto senza compromettere per niente il vostro impegno con le politiche di salute per tutti e dell'assistenza primaria.

Allora potrete essere sicuri che potete e riuscirete a rallentare la diffusione dell'infezione HIV, a partire da ora. Perciò che sia il risultato risolutamente determinato di questo Vertice quello della solidarietà mondiale di fronte al nemico comune, l'AIDS. Possiamo e riusciremo a fermare l'AIDS.

Ma innanzitutto rallenteremo la diffusione di HIV, a partire da ora.



dipartimento della sanità e degli ospedali dell'arcidiocesi di New York

Iniziativa arcidiocesana sull'AIDS

L'iniziativa arcidiocesana sull'AIDS ha cominciato in agosto 1985 con l'annuncio del Cardinale O'Connor che l'Arcidiocesi svilupperebbe un programma per provvedere l'assistenza sanitaria e altri servizi necessari per le persone ammalate di AIDS.

Durante l'ultimo anno e mezzo si è fatto molto per rispondere alla crisi dell'AIDS all'interno dell'Arcidiocesi. Si ribadiscono queste attività principali.

Ospedale e centro sanitario di St. Clare

L'Ospedale di St. Clare si è convertito in pietra angolare del programma diocesano per provvedere i servizi diretti alle vittime dell'AIDS. In novembre 1985 l'Ospedale creò il Centro Spellman per la Cura delle persone con l'AIDS — il primo programma comprensivo e specializzato del genere nella città di New York. In maggio 1986 l'Ospedale fu designato dallo Stato di New York come primo Centro per l'AIDS dello Stato. È ancora l'unico Ospedale a ricevere tale designazione.

Il Centro Spellman aprì la prima unità interna di questo tipo nella città di New York il 27 novembre 1985, con 15 letti. Include adesso i seguenti servizi:

- * Un'unità interna che dispone adesso di 60 letti per la cura intensiva, di cui 10 sono per i prigionieri con l'AIDS. Il numero medio di pazienti oscilla tra 56 e 58. Fino al 31 dicembre 1986 c'erano stati 430 ricoveri.

- * Un programma esterno comprensivo che offre le prove per l'infezione di HIV, dei servizi diagnostici e terapeutici per l'AIDS e l'ARC, una gamma di

servizi psicosociali, un programma di AZT e una terapia d'infusione ambulatoria. Si realizzarono 800 visite esterne nel 1986.

- * S'iniziò in novembre 1986 un servizio odontoiatrico per i ricoverati. Il 1 marzo 1987 si estende questo servizio ai pazienti esterni, e diviene il più importante programma ospedaliero della nazione per gli ammalati dell'AIDS/ARC.

- * Una linea diretta telefonica di 24 ore su 24 con l'informazione e le risorse disponibili per le vittime dell'AIDS. Questo servizio gratuito aveva ricevuto 5000 chiamate fino alla fine del 1986.

Oltre ai programmi che già funzionano, si aggiungeranno nuovi servizi per gli ammalati dell'AIDS/ARC al Centro Spellman nel corso dei prossimi 12-18 mesi:

- * espansione dell'unità per prigionieri fino a 25 letti per la cura intensiva;

- * creazione di un'unità neuropsichiatrica con 33 letti per le persone con demenza e le complicazioni neurologiche causate dall'infezione HIV;

- * creazione di una struttura residenziale per gli ammalati dell'AIDS che non hanno casa;

- * creazione di un programma di somministrazione del metadone alle persone con l'AIDS, l'ARC e l'infezione HIV;

- * sviluppo di un programma esterno di salute mentale per le persone con queste malattie.

L'Ospedale di St. Clare è stato riconosciuto negli Stati Uniti e nel mondo come leader nell'assistenza per l'AIDS. L'Ospedale e il Centro Spellman sono stati visitati dai rappresentanti nazionali e stranieri della stampa, dai responsabili governativi delle varie nazioni e dagli operatori sanitari. Un esempio rilevante è la visita all'Ospedale del Ministro Britannico di Sanità e del Capo dell'Ufficio Medico il 24 gennaio 1987.

L'Ospedale e il Centro Medico di St. Vincent

Questa è l'altra struttura importante nella cura dell'AIDS. Sebbene non ha un'unità interna specializzata, si occupa di 35-40 pazienti al giorno nelle unità di medicina generale e chirurgica. L'Ospedale ha chiesto allo Stato di New York di essere designato un « Centro per l'AIDS ».

Oltre ai servizi interni, St. Vincent mantiene un programma di appoggio assistenziale per questi

ammalati. Si tratta di un programma d'ospizio che offre servizi infermieristici e psicosociali alle persone nelle loro case. È riconosciuto nazionalmente dall'Associazione Sanitaria Cattolica, ricevendo il suo Premio nel 1986.

Altri ospedali cattolici

Oltre a St. Clare e St. Vincent, le seguenti strutture cattoliche offrono un'assistenza interna per l'AIDS: Centro Medico Cabrini, Centro Medico Nostra Signora della Misericordia e il Centro Medico St. Vincent di Staten Island.

Dono dell'amore

Alla vigilia di Natale del 1985, la Madre Teresa, con l'aiuto della Arcidiocesi di New York, aprì la prima residenza per l'AIDS nella città di New York, alla canonica di St. Veronica in Greenwich Village. Il « Dono d'Amore », come viene chiamato adesso, ospita 12-14 persone che altrimenti non avrebbero una casa. L'Ospedale di St. Clare dà il suo appoggio continuo alle Suore della Residenza con il Direttore Sanitario del Centro Spellman e il Direttore Infermieristico di St. Clare, che visitano in modo regolare il « Dono d'Amore ».

Collegio Medico di New York

All'inizio del programma arcidiocesano per l'AIDS fu designato il Collegio Medico di New York per coordinare le ricerche e lo sviluppo delle risorse tra le istituzioni e strutture arcidiocesane. Si creò il Centro per lo Studio e la Cura dell'AIDS in agosto 1985 a questo scopo, sotto la direzione del Dott. Gary Wormser.

Il personale del Centro offriva un'assistenza tecnica all'Ospedale St. Clare nelle prime fasi dello sviluppo del programma del Centro Spellman. Inoltre, l'ospedale ha lavorato col Dipartimento di Medicina Comunitaria e Preventiva del Collegio Medico di New York sulla raccolta e sull'analisi dei dati epidemiologici collegati con l'AIDS.

In termini globali, il Centro per lo Studio e la Cura dell'AIDS ha accentratato il suo lavoro sulla ricerca clinica e di laboratorio per ricercare le cause, la terapia e la prevenzione dell'AIDS. Le conoscenze specializzate del Centro continuano sempre ad essere disponibili per i 34 ospedali affiliati.

Mons. JAMES P. CASSIDY

riflessione pastorale in Kenia

Una buona canzone non può essere dimenticata

«...Io non credo che Dio esista. Se esistesse, si sarebbe ricordato di me ed io non avrei avuto una tale esistenza. Io non ho mai vissuto; sono sempre stato malato, continuamente dentro e fuori dagli ospedali, e adesso, ancora, questa malattia. È la fine...»

«...Nelle tribù di Luo e Luhya, i vicini vengono a conoscenza della morte di un membro della famiglia vicina quando ascoltano un lungo pianto...»

«...Se muore un anziano della tribù degli Akamba, il suo corpo può essere portato alla tomba solo dai suoi nipoti. Il suo corpo viene disteso con il volto rivolto ad Est, perché i suoi familiari possano percepire la sua costante presenza nella famiglia ogni mattino guardando il nuovo giorno sorgere ad Est...»

Ma di chi sono queste parole, dove sono state pronunciate, e perché? Sono frasi ascoltate nel Seminario sull'Assistenza Pastorale agli Infermi organizzato a Karen, vicino Nairobi, in Kenia, grazie all'esperienza guida e supporto del Padre Arnaldo Pangrazzi dell'Ordine di San Camillo, all'organizzazione del Reparto Medico del Segretariato Cattolico in Kenia ed ai fondi gentilmente stanziati da MISSIO, Germania Ovest; Questo seminario, tenutosi nel dicembre 1987, è una continuazione del seminario organizzato in Kenia nell'86, di cui ha parlato Padre Gian Marco Dal Bon nella pubblicazione n.5 (1987/2) del «*Dolentium Hominum*». Nel suo articolo, infatti, Padre Gian Marco aveva scritto «una buona canzone non può essere dimenticata, è necessario riscollarla». Egli esprimeva la speranza che fosse ancora offerta questa possibilità, ed ecco che la sua preghiera è stata accolta nel seminario 1987 sull'Assistenza Pastorale ai Malati, organizzata da Padre Arnaldo Pangrazzi, sempre in Kenia. Sono stati tutti amorevolmente accolti e profondamente apprezzati.

Le citazioni riportate all'inizio di questo articolo sono estratte da uno dei seminari con un'unico tema specifico, come era stato ap-

punto richiesto dai partecipanti dell'anno precedente. Questo seminario di cinque giorni verteva sul doloroso tema dei moribondi, la morte e la loro sofferenza.

È stato la risposta naturale alla sentita esigenza di molte delle persone che si occupano della pastorale in Kenia di approfondire questo difficile tema. Lo studio è stato effettuato sia sulla base di componenti personali (livello di esperienza, fantasia), che avvalendosi di varie metodologie dell'educazione pastorale (il ruolo svolto, «*verbatim*»).

La prima citazione appartiene ad un dialogo svoltosi in ospedale tra un Cappellano ed una donna gravemente malata, che, appunto, ha manifestato la sua profonda tristezza nella frase «Io non ho mai vissuto». È infatti molto importante, per una persona che sta morendo, poter guardare indietro e trovare delle ragioni valide, dei valori per i quali aver vissuto.

La seconda e la terza frase sono state raccolte nella quarta giornata del seminario in cui i partecipanti si sono riuniti in gruppi in base alla nazionalità per ricordare e condividere alcune consuetudini sociali e religiose sulla sofferenza proprie di certe nazionalità o tribù. I gruppi erano così formati:

- Kikuyu (10 partecipanti)
- Irlandesi (10 partecipanti)
- Nazionalità mista (2 dall'Italia, 2 dall'India ed 1 dal Belgio)
- Akamba (5 partecipanti)
- Luhya e Luo (5 partecipanti)

Le relazioni di ogni gruppo hanno mostrato sia punti in comune che differenze, e sono state estremamente interessanti per coloro i quali hanno avuto la fortuna di ascoltarne le presentazioni. Il fatto che molti rituali fossero comuni e si potessero identificare ha chiaramente dimostrato l'importanza della cultura nella definizione del nostro modo di soffrire; qualsiasi sia la nostra nazionalità, italiana, keniana o ugandese, noi ereditiamo dai nostri predecessori il modo di soffrire tipico del nostro gruppo di appartenenza. Per dare l'addio ai nostri cari, tutti noi abbiamo bisogno di rituali, sono parte della nostra vita; alcuni sono molto semplici, altri più particolari; esiste comunque una varietà enorme nel modo di dare l'addio ad un proprio caro, una diversa importanza sociale secondo la nazionalità o la tribù. Si è riscontrato, ad esempio, che a volte i rituali sono diversi per gli uomini e per le donne e, ancora, per le donne incinte; è evidente come questa differenza sia l'espressione del legame tra la morte e la vita. È stato inoltre molto interessante osservare alcuni elementi che caratterizzano la

nostra cultura che, a sua volta, ci indica come percorrere il cammino della sofferenza attraverso vari rituali, come, ad esempio, l'andare in chiesa, lo stare attorno al corpo del defunto, lo spargere l'acqua santa, l'accompagnare la bara con preghiere e fiori.

Durante il seminario è emersa l'importanza del concetto «aiutarsi l'un con l'altro» per coloro che sono affetti da una malattia mortale. La famiglia costituisce un sostegno essenziale, ma è anche fondamentale il sostegno che il malato riceve da altre persone affette dalla stessa malattia. Infatti, uno dei compiti più importanti del Cappellano e di coloro che si occupano dell'assistenza pastorale consiste appunto nel favorire la creazione e lo sviluppo di questi gruppi di sostegno. I membri di tali gruppi dedicano tutta la propria vita ad aiutare gli altri. Queste comunità hanno una grandissima capacità di essere affetto e sostegno che deve essere aiutata a svilupparsi; hanno bisogno di un leader che le possa guidare e aiutare ad utilizzare tutte le proprie risorse. L'«aiutarsi l'un con l'altro» è un'azione importantissima nella vita umana che permette agli uomini di sfruttare il proprio dolore per aiutare gli altri.

La prima giornata del seminario era focalizzata su «Il cammino verso la morte e la morte come parte della vita», a partire da riflessioni sulla morte di Gesù. La riflessione si è poi spostata sull'esperienza personale dei partecipanti sulla morte e la cura dei moribondi, fino a giungere all'espressione del proprio ideale di morte. Si è proseguito esaminando le varie fasi attraverso cui si giunge alla morte, illustrate dalla Dott.ssa Elizabeth Kubler-Ross e che possono essere considerate come termini generali di riferimento; il concetto su cui si basano afferma che ogni persona che sta attraversando una crisi possiede una propria dinamica di approccio alla malattia. È stato preso in considerazione il canto dei salmi ai malati terminali e la possibilità di incontri immediati con i malati gravi per mezzo dei «*verbatim*».

Nella seconda giornata del seminario è stato esaminato un caso particolare di cammino verso la morte, e di morte: quello di un importante uomo d'affari, a cui era stato diagnosticato un cancro dei polmoni. Sono stati analizzati problemi di estrema importanza come se ed in che modo rivelare la verità al paziente, le possibili scelte biomediche ed etiche, i conflitti su questioni morali, i miti e le paure sul cancro, il ruolo della famiglia e dei gruppi di sostegno per coloro che sono colpiti da queste malattie mortali.

Nella terza giornata si è discusso del momento della morte e del ministero della famiglia. Appena una persona muore, le nostre preoccupazioni ed il nostro affetto si riversano immediatamente sulla famiglia, soprattutto quando la perdita ha causato una tragedia. Affidiamo il defunto a Dio e ci occupiamo dei sopravvissuti. Un esempio di un caso tragico è stato illustrato attraverso un « verbatim » delle parole del Cappellano rivolte alla madre di un ragazzo di 20 anni, giunto al pronto soccorso già morto a causa di un incidente stradale.

La quarta giornata è stata dedicata alle varie consuetudini, religiose e sociali, che accompagnano la morte dei propri cari ed al dolore causato, nel corso della vita, da altre perdite (di status, cultura, salute, perdite materiali, perdite finanziarie, amicizie e stima di sé stessi). Uno dei temi più ricorrenti nella vita è appunto il dolore; è molto importante, quindi, imparare ad accettarlo come parte integrante di essa.

Ogni perdita provoca una crisi che, a sua volta, può essere causa di distruzione o di una nuova nascita. Infatti, ciascuno di noi può essere in grado di trasformare un'esperienza dolorosa in un motivo di crescita, di scoperta o di cambiamento.

I vari modi di soffrire sono stati esaminati attraverso il racconto del dolore dovuto ad una perdita; accanto all'aspetto culturale della sofferenza, sono emerse moltissi-

me storie di dispiaceri e dolori che ci hanno fornito una visione ancora più profonda della stessa. Sono stati analizzati i vari fattori che determinano la nostra reazione alla perdita; ed in particolar modo, le nostre risorse interiori. Il processo della sofferenza è considerato un'esperienza totalitaria; ogni qualvolta soffriamo, è tutto il nostro essere che soffre, dal punto di vista spirituale, fisico, emotivo e sociale. Sono stati identificati, inoltre, alcuni fattori che possono essere d'aiuto.

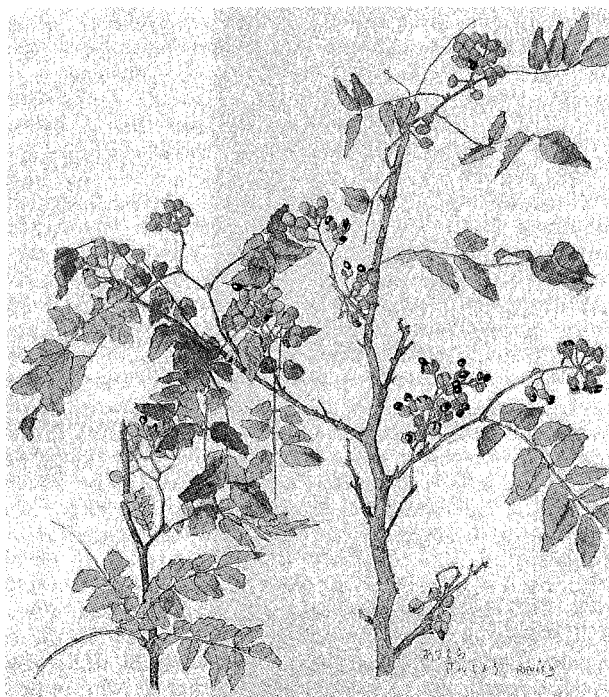
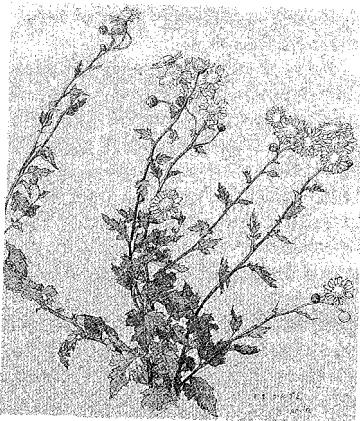
La quinta giornata del seminario è stata dedicata alla valutazione, alle conclusioni ed al riassunto delle giornate precedenti. Il seme è stato piantato in diversi terreni, permettendo a ciascuno di continuare per il proprio cammino. Tutti i partecipanti hanno imparato da questa esperienza a saper aiutare meglio il proprio prossimo, e tutti nutrono la speranza che il duro lavoro di Padre Pangrazzi venga rimborsato attraverso l'opera degli assistenti della Pastorale in Kenya, arricchiti di questa esperienza.

Il seminario è iniziato con una riflessione su Gesù come modello di vita. Nel Nuovo Testamento il modello di salvezza è costituito dalla crocefissione e dalla resurrezione di Gesù. Nel Vecchio Testamento, invece, il modello di salvezza è l'Esodo. Ai partecipanti è stato chiesto di fare un riassunto del seminario utilizzando l'Esodo per raccontare la storia della loro

vita. È stato chiesto loro di identificare alcuni momenti o luoghi della propria esistenza che potessero essere paragonati all'Egitto nella mancanza di libertà, al deserto nella ricerca e nell'esperienza del dolore, e, infine, alla terra promessa nel ritrovamento dei nuovi traguardi, dei nuovi punti di partenza. A tutti i partecipanti è stato suggerito di riflettere sulle immagini della Bibbia e di personalizzarle nell'ambito della propria esistenza. Il « lasciarsi andare », che è parte integrante della morte e del processo di avvicinamento alla morte, contiene in sé il seme di un nuovo inizio. L'oscurità della tomba preludeva già, per Cristo, al momento della sua Resurrezione. La sofferenza può essere un cammino verso un nuovo inizio.

Prima di rimettersi in viaggio verso le varie regioni del Kenya, tutti i partecipanti hanno riconosciuto che il seminario su « la Morte: il cammino verso la morte e la sofferenza » si è rivelato un'ottima esperienza di crescita interiore; una canzone da non dimenticare. Essi sono stati spinti a muoversi al suono dei tamburi di coloro che muoiono e soffrono, profondamente convinti che tutti quelli che si occupano della pastorale non stabiliscono la melodia a proprio piacere ma adeguano il proprio ritmo a quello della musica che ascoltano.

Sister JEAN SCHULTIES
Medical Mission Sisters



pastorale sanitaria nell'Arcidiocesi di Port-au-Prince

L'esigenza di servizi sanitari, ad Haiti, ha dimensioni immense, ed è per questo motivo che la Chiesa è diventata, sin dall'inizio dell'evangelizzazione, il principale agente sanitario della popolazione.

Il primo ricovero per pazienti indigenti è stato fondato a Port-au-Prince, nel 1878, da un gruppo di laici cattolici incoraggiato dal secondo Arcivescovo di Port-au-Prince. Questo (è poi diventato l'*Hopital Saint Francois De Sales*, attualmente di proprietà dell'Arcivescovado di Port-au-Prince, ed è uno degli ospedali migliori del paese.

La Sanità è una delle priorità adottate dall'Arcidiocesi nell'ambito della Pastorale. Di conseguenza, la Chiesa locale ha favorito la creazione di ospedali, cliniche e dispensari nell'Arcidiocesi. L'Arcivescovado ha fondato ospedali e dispensari, ed incoraggia le Congregazioni religiose a crearne altri nelle varie parrocchie. Qualora il centro ospedaliero sia di proprietà dello Stato, inoltre, la Chiesa locale incoraggia i religiosi ospedalieri a prestare i loro servizi per curare i malati e dare sollievo alle sofferenze, nonché per mettere in pratica una pastorale sanitaria che permetta al malato di trasformare il suo soggiorno in ospedale e la sua malattia in un'occasione per incontrare Dio e suo Figlio Gesù, e di convertirsi.

La Chiesa è dunque presente negli ospedali, nelle cliniche, nei centri di salute, nei dispensari e nei ricoveri per gli anziani, nella persona dei religiosi ospedalieri e dei preti cappellani di questi istituti.

La Pastorale dei malati e della salute ci sta a cuore, poiché siamo convinti che il Signore incontri il malato attraverso l'opera umile e devota dei preti, dei religiosi e delle religiose che lavorano nelle strutture ospedaliere.

« Ero malato e voi siete venuti a trovarmi » (Mt. 25, 36).

Per far fronte alle esigenze delle popolazioni rurali nel settore della sanità di base, l'Arcidiocesi di Port-au-Prince ha messo a punto un progetto di sanità rurale, pronto soccorso e prevenzione delle malattie contagiose.

L'istituto di formazione per infermieri di soccorso si trova presso il Centro catechistico rurale dell'Arcidiocesi, a Port-au-Prince.

Per una popolazione rurale di oltre un milione (1.000.000) di abitanti, nell'Arcidiocesi di Port-au-Prince, vi sono appena dieci (10) medici residenti, i quali non visitano le zone rurali più lontane.

Poiché le piccole comunità rurali (sezione rurale, abitazioni ...) sono sprovviste di strade viabili, gli infermieri di pronto soccorso rurali sono gli unici che si recano a curare i contadini ed a prestar loro i primi soccorsi in caso di incidenti, epidemie o sciagure naturali.

Le malattie più diffuse nelle campagne sono: tubercolosi, avitaminosi, polipi intestinali, diarrea, raffreddori e febbri.

Per esempio, la tubercolosi ha recentemente colpito un'intera regione di una parrocchia di montagna chiamata Fonds Verrettes, e la Chiesa ha intrapreso una lotta contro la malattia, grazie all'opera di un religioso, di due assistenti medici e di un operatore sanitario. Vi è una famiglia in cui la madre e tre figli sono affetti da tubercolosi...

La formazione degli infermieri di pronto soccorso rurali, o operatori sanitari si svolge in tre fasi:

1) addestrare gli infermieri di pronto soccorso secondo il metodo usato dalla Croce Rossa internazionale, ad intervenire in caso di incidente e per prevenire le malattie contagiose. La Croce Rossa haitiana presta la sua collaborazione.

Gli infermieri di pronto soccorso vengono scelti nel contesto rurale; vengono designati dagli stessi abitanti e presentati dal Curato della parrocchia. Nella maggior parte dei casi, si tratta di catechisti.

2) Gli infermieri di pronto soccorso così istruiti seguono, dopo aver fatto un anno d'esperienza nel contesto rurale, uno stage di formazione tenuto presso il Centro, al fine di familiarizzarsi con le malattie tropicali e con la medicina comunitaria. Quelli di sesso femminile seguono anche un corso di ostetricia e di puericultura.

Durante la terza fase della formazione gli infermieri di pronto soccorso che sono diventati operatori sanitari vengono introdotti alla conoscenza della farmacologia e della farmacopea rurale, per insegnare loro ad utilizzare le piante medicinali per la cura dei malati.

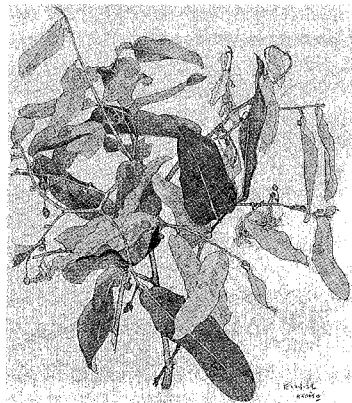
Al Centro degli infermieri di pronto soccorso rurali di Port-au-Prince, è attualmente in fase di svolgimento uno stage di formazione per due gruppi di catechisti.

Il primo gruppo è composto da 11 persone, il secondo da 22. Alla fine di giugno, l'intero gruppo dei 33 infermieri di pronto soccorso rurali farà rientro alle parrocchie di provenienza. Avendo terminato

la prima fase della formazione, essi lavoreranno nell'ambiente rurale, soprattutto nel campo della prevenzione delle malattie, dedicandosi all'insegnamento teorico e pratico dell'igiene nei villaggi. che consiste nella costruzione di latrine, distruzione dei rifiuti, pulitura delle sorgenti, trivellazione e pulizia dei pozzi, ed in quello della prevenzione delle malattie contagiose infantili, come la pertosse ed il morbillo, nonché in quello della lotta contro la malnutrizione e le epidemie di influenza, come prevenzione della tubercolosi.

L'Arcidiocesi conta di preparare, nel giro di tre anni, circa 300 operatori sanitari da impiegare in 61 parrocchie. Il problema principale rimane quello delle spese di mantenimento dei catechisti durante le sessioni tenute a Port-au-Prince, considerando che ogni sessione di 20 futuri infermieri di pronto soccorso costa all'Arcivescovado dai 900 ai 1000 dollari. L'agenzia tedesca Misereor ha aiutato a costruire il Centro, però rimane il fatto che la sua gestione e manutenzione, nonché l'organizzazione delle sessioni si rivelano alquanto costose per una diocesi ed un popolo poveri.

Grazie al Centro di formazione degli infermieri di pronto soccorso rurali, noi prestiamo aiuto ai più poveri, perché proprio i più poveri sono quelli maggiormente colpiti da incidenti, sono quelli che soffrono di malnutrizione perché mancano loro le cure elementari; i più poveri sono i malati delle regioni rurali che non hanno denaro, che non hanno i mezzi per curarsi ... e muoiono. Una delle priorità, per le popolazioni rurali è quella di fornire loro Assistenza Sanitaria e cure mediche.



congresso: «parrocchia evangelizzatrice»

settore della pastorale sanitaria (Spagna)

Conclusioni

I congressisti di questo «settore della pastorale sanitaria» illustrano la sintesi del loro lavoro e le conclusioni approvate per unanimità.

1. Situazione attuale della pastorale dei malati nelle parrocchie

Analizzando la situazione attuale della pastorale dei malati nelle parrocchie abbiamo riscontrato, accanto ai successi che illuminano di speranza il futuro di questa pastorale, una serie di lacune di notevole importanza.

1. In alcune parrocchie esiste una mancanza di sensibilità nei confronti della pastorale dei malati.

2. Purtroppo la maggioranza delle nostre comunità parrocchiali ancor oggi svolge una pastorale sacramentalista, limitandosi a visitare il malato, portargli i sacramenti della confessione e della comunione ad aiutarlo a morire con gli ultimi mezzi.

3. La pastorale parrocchiale dei malati continua ad essere «clericizzata», sebbene si stia osservando un graduale incremento del numero di laici che si impegnano in questa pastorale.

4. Molte delle nostre comunità parrocchiali continuano a trattare i propri malati con paternalismo, come destinatari delle loro cure ed attenzioni, senza però riconoscere il ruolo principale affidato ai malati da Gesù e dal Signore, senza integrarli nelle proprie comunità come membri attivi a tutti gli effetti, come evangelizzatori. Le barriere architettoniche delle nostre parrocchie, e la nostra cecità che ci impedisce di rendercene conto, ancor oggi ostacolano il

facile accesso dei malati e degli handicappati alle celebrazioni e alle riunioni.

5. Le comunità cristiane non hanno assunto il difficile compito di educare per dare comunque un senso alla vita, di fronte alla salute, alla malattia, alla sofferenza, al decadimento fisico o alla morte.

6. Gran parte delle parrocchie non conoscono a fondo i problemi e le realtà sanitarie della propria zona e la relativa legislazione sanitaria, ed è per questo motivo che spesso non si assumono il compito di promuovere la salute, prevenire le malattie e migliorare l'assistenza sanitaria.

7. Le parrocchie, a volte, trascurano l'assistenza ai malati più bisognosi e meno assistiti e alle loro famiglie: anziani, malati cronici, terminali, mentali, handicappati, alcolizzati, malati di AIDS, ecc.

8. Esiste, però, un gruppo di parrocchie che, riconoscendo la dimensione profondamente umana ed evangelica di questa pastorale, si occupa con grande dedizione di visitare tutti i malati, di promuovere la creazione di gruppi offrendo loro i mezzi per operare, rivolge particolare attenzione ai malati più bisognosi e alle loro famiglie, fa propri i problemi sanitari del quartiere e cerca di integrare i malati nella società e nella comunità cristiana come membri a tutti gli effetti.

2. Supporto della comunità parrocchiale al malato ed ai suoi familiari

La comunità parrocchiale evangelizza i malati ed i loro familiari, accettandoli e rispettandoli per quello che sono, trattandoli come persone responsabili e mature, senza falsa ed inutile compassione, prendendosi cura di essi con sollecitudine, interessandosi vivamente ai loro problemi, accompagnandoli nella loro solitudine, lottando per i loro diritti, pregando per loro e aiutandoli a vivere la loro situazione con fede offrendogli la Parola di Cristo, i sacramenti ed un servizio disinteressato.

Una comunità parrocchiale che evangelizza in tal modo i malati ed i loro familiari diventa una comunità evangelizzatrice nel mondo: la sua solidarietà con il malato, infatti, è uno dei segni privilegiati che Cristo ha affidato alla sua Chiesa per manifestare l'arrivo del Regno; perché è un segno evidente ed eloquente nel nostro

mondo, che dimentica o emargina i malati; perché è un segno che autentifica la comunità ed evidenzia la presenza dell'amore cristiano nella nostra società sempre più secolarizzata.

3. Contributo del malato alla comunità parrocchiale

Il malato viene evangelizzato dalla comunità, però, a sua volta, egli la evangelizza e la arricchisce grazie alla sua malattia.

1. Il malato aiuta la comunità ad essere realista in un mondo come il nostro, che vive di pura apparenza, in quanto aiuta a conoscere meglio l'essere umano con la sua fragilità e i suoi limiti, e con un'enorme ricchezza di energie.

2. Il malato richiama a vivere valori evangelici ormai dimenticati nella vita di tutti i giorni: la gratuità dell'esistenza, la povertà totale, l'abbandono delle cose futili, la forza dell'amore, l'integrità nella prova...

3. Il malato insegna a ricredere in valori e cose che oggi consideriamo assoluti, e che stanno disumanizzando l'essere umano: il risultato a tutti i costi, la stima della persona per quello che possiede e non per quello che è, il potere, il successo, ecc...

4. Il malato è il volto di un povero che, dalla sua situazione, invita il prossimo alla solidarietà umana, all'amore servizievole e disinteressato e alla rivendicazione dei suoi diritti.

5. Il malato suscita molte domande sul significato della vita, della sofferenza, della morte... purifica l'immagine di Dio mostrando la realtà più importante del Dio cristiano: un Dio sofferente che condivide per amore tutto il dolore dell'uomo, fino in fondo, e così lo salva. Il malato è testimone del Mistero Pasquale, del Cristo che sorge vivo rialzandosi dalla morte.

6. Il malato, quando riesce a dare un senso alla propria malattia, diventa saldo testimone della possibilità di lottare contro la malattia e accettarla con amore, conservando la propria serenità ed allegria e maturando come uomo e come cristiano.

7. Il malato insegna alla comunità cristiana ad essere più autentica (essere povera, sapere di essere debole e di aver bisogno della salvezza), le rivela la sua missione e la forma per compierla (attraverso i piccoli ed i poveri).

4. Attitudini da potenziare perché la parrocchia svolga un'opera migliore e si lasci evangelizzare dai malati e dai loro familiari

La comunità parrocchiale, per lasciarsi evangelizzare dai malati e dai loro familiari, e per fornire loro un servizio migliore, deve avvicinarsi a loro ed accompagnarli con profondo rispetto, con allegria e gioia, povera e servizievole, con autenticità e senza maschere, disinteressatamente, con gesti più che con parole, condividendo la Speranza e le loro aspettative, come comunità e non come singoli individui, appoggiandosi alla preghiera e alla forza dello Spirito.

5. Azioni dirette a potenziare la comunità parrocchiale perché questa possa fornire un miglior servizio ai malati ed ai loro familiari

Per riuscire a fornire un miglior servizio ai malati ed ai loro familiari, la comunità parrocchiale deve:

1. Conoscere la realtà sanitaria della comunità e le condizioni dei malati, soprattutto dei più bisognosi.

2. Sensibilizzare tutti i membri della comunità sulla pastorale dei malati e sulla responsabilità di ciascuno nella stessa.

3. Educare i bambini, i giovani e gli adulti a dare un significato alla salute, alla malattia, alla sofferenza, al decadimento fisico e alla morte.

4. Lavorare perché la comunità parrocchiale sia una comunità sana e risanatrice.

5. Conoscere e identificare i malati, soprattutto i più bisognosi e i meno assistiti; aiutarli e accompagnarli durante la malattia.

6. Integrare i malati nella comunità come membri attivi a tutti gli effetti, riconoscendo la loro missione insostituibile ed il loro prezioso contributo, lasciandoci evangelizzare da essi.

7. Collaborare con altri settori per intergrarli nella società.

8. Rinnovare a fondo la pastorale dei sacramenti dei malati.

9. Organizzare gruppi per la pastorale dei malati, farli conoscere e fornirgli una preparazione adeguata.

10. Prestare particolare attenzione ai problemi e alle difficoltà della famiglia sia del malato, ospalizzato o in casa, che del defunto, offrendole tutto l'aiuto ed i sostegni di cui ha bisogno.

6. Strutture e mezzi da utilizzare

Per condurre la sua missione nel campo dalla salute e dei malati, la comunità parrocchiale deve:

1. utilizzare i mezzi già esistenti: la predicazione ordinaria, gli incontri per lo studio e la riflessione sui malati, i familiari e gli altri, i corsi pre-matrimoniali, le celebrazioni comunitarie con i malati, la catechesi dei bambini e dei giovani, l'insegnamento religioso nelle scuole, le pubblicazioni della Chiesa, i programmi radiofonici, ecc.

2. Promuovere il contatto e la collaborazione con i servizi di assistenza religiosa degli ospedali.

3. Coordinare le proprie attività con quelle dei gruppi per la pastorale dei malati dell'arcipretato o della zona.

4. Contattare e collaborare con gli organismi diocesani della pastorale sanitaria.

7. Conclusioni

Sulla base della situazione emersa e delle riflessioni effettuate, i congressisti « della pastorale sanitaria » hanno raggiunto le seguenti conclusioni:

1. Le parrocchie e le altre comunità cristiane devono individuare e svolgere la propria azione evangelizzatrice nel campo della salute e dei malati.

2. Esse devono sforzarsi di conoscere la realtà sanitaria e le condizioni dei malati, soprattutto dei più bisognosi e meno assistiti.

3. Devono assumersi il compito di educare i bambini, i giovani e gli adulti, sani o malati, a vivere trovando un significato nella salute, malattia, sofferenza, decadimento fisico o psichico e nella morte, utilizzando a questo scopo tutti i mezzi a loro disposizione: predicazione, catechesi, insegnamento religioso nelle scuole, corsi

pre-matrimoniali, riunioni di coppie, celebrazioni comunitarie con malati, pubblicazioni, programmi radiofonici, ecc.

4. Le comunità devono essere sane e fonte di salute per i malati, offrendo loro la Parola di Dio che guarisce, facendoli sentire accettati e amati per come sono, eliminando alcuni dei motivi di sofferenza più legati alla malattia, come il sentirsi isolati, soli, inutili, solo di disturbo per gli altri.

Devono anche essere fonte di salute per i sani, aiutandoli a liberarsi dall'egoismo e dalla paura delle malattie e dei malati, grazie appunto al contatto con i malati.

Infine, devono essere fonte di salute per il nostro mondo, attraverso la diffusione di una maggiore umanità e l'insegnamento ad amare la vita che abbiamo ricevuto dall'amore di Dio.

5. Le comunità devono sensibilizzare tutti i membri della comunità riguardo la responsabilità di ciascuno verso la promozione della salute e l'assistenza ai malati.

6. Esse devono prestare visita agli anziani con tutta la loro devozione, avvicinandosi ad essi ed accompagnandoli durante la loro malattia con profondo rispetto e allegria, povere e servizievoli, disinteressate, con gesti più che con parole, condividendo la Speranza e le aspettative, rivolgendosi alla preghiera e alla forza dello Spirito.

7. Le comunità devono rinnovare a fondo la celebrazione dei sacramenti dei malati, e, soprattutto, l'Estrema Unzione, mutando il concetto di questo sacramento, celebrandolo solo nel momento opportuno e, a volte, anche comunitariamente.

8. Le comunità devono integrare i malati come membri attivi a tutti gli effetti, riconoscendo e stimolando la loro presenza evangelizzatrice. Una comunità non può evangelizzare senza il supporto dei suoi, cercherà di eliminare le barriere architettoniche e mentali che impediscono ai malati di svolgere un ruolo attivo, e cercherà le vie adeguate perché i malati possano partecipare attivamente alla vita della comunità.

9. Devono collaborare con altri settori per favorire l'integrazione dei malati nella società.

10. Devono accogliere ed assistere i malati più bisognosi e meno assistiti della comunità: gli anziani, i malati cronici, terminali, mentali, gli alcolizzati e i tossicodipendenti, i malati di AIDS ...

11. Le comunità devono occuparsi sia delle famiglie dei malati, ospedalizzati o a casa, sia delle famiglie che hanno sofferto la perdita di un loro caro, offrendogli tutto l'aiuto ed il sostegno di cui hanno bisogno.

12. Devono apprezzare, seguire e coordinare i membri della comunità che assistono i malati in nome della stessa comunità, in modo che non si sentano soli ed isolati. A questo scopo devono:

* Assicurarsi che siano persone non solo di buona volontà, ma anche che possiedano le capacità necessarie per svolgere una missione tanto delicata.

* Promuovere in essi il senso della Chiesa, cioè fare in modo che si sentano inviati dalla comunità che affida l'assistenza dei «suoi malati».

* Fornire loro una formazione adeguata che li aiuti a maturare nella fede, a conoscere il mondo del malato e ad essere in grado di svolgere il loro compito.

* Creare dei gruppi di operatori della pastorale sanitaria che si occupi di conoscere i malati, di avvicinarsi a loro, di servirli, di aiutarli ad avere fede, di sensibilizzare i membri della parrocchia e di coordinare le loro attività con il mondo dei malati.

13. Le comunità devono inserire dei professionisti sanitari cristiani nel lavoro pastorale delle parrocchie perché si conoscano le realtà sanitarie e si individuino le possibilità della comunità parrocchiale di agire a favore della salute e dei malati.

14. Si deve celebrare la «Giornata del Malato» rendendo protagonisti principali, sia nella preparazione che nella celebrazione, i malati e coloro che li assistono.

15. Le Delegazioni Diocesane della Pastorale Sanitaria devono promuovere il collegamento e la collaborazione dei gruppi di pastorale sanitaria dell'arcipretato e della diocesi con i Servizi di Assistenza Religiosa degli Ospedali e delle Residenze Assistite, assieme a incontri e giornate di scambio di esperienze e di formazione.

16. La Commissione Episcopale della Pastorale deve offrire delle Direttive sulla Pastorale Sanitaria nelle Parrocchie.

17. La Sezione della Pastorale Sanitaria della Commissione Episcopale della Pastorale deve elaborare dei materiali, semplici, per la formazione degli operatori della pastorale sanitaria nelle parrocchie.

Madrid, Novembre 1988

Madagascar: Commissione per la Pastorale Episcopale

1. Nel novembre del 1986, la Conferenza Episcopale del Madagascar ha creato la sua Commissione per la Pastorale Sanitaria, composta da ammalati e dai loro familiari, da membri del personale sanitario e degli ambienti ospedalieri.

La creazione di questa Commissione rispondeva ad un desiderio del Santo Padre, Papa Giovanni Paolo II. L'11 febbraio del 1985, con il Motu Proprio «*Dolentium hominum*», il Papa aveva creato la Commissione Pontificia degli Operatori Sanitari; attraverso questa Commissione, che è poi diventata il «Consiglio Pontificio per la Pastorale dei Servizi Sanitari» (Costituzione «*Pastor Bonus*», art. 152 - 153, del 28 giugno 1988), il Santo Padre invitava tutti gli Episcopati a creare la propria Commissione Sanitaria, come segno del «vivo interesse che la Chiesa ha sempre mostrato verso il mondo della sofferenza» seguendo, in questo, l'esempio di Gesù che «si rivolgeva prima di tutto a coloro che soffrivano ed a coloro che avevano bisogno di aiuto» («*Salvifici doloris*» n.16; 11 febbraio 1984).

2. Quali sono, dopo due anni di attività, i risultati ottenuti da questa Commissione Episcopale del Madagascar, e quali sono i suoi progetti per il futuro?

La Commissione si è suddivisa in 3 gruppi di lavoro, in base a tre diversi obiettivi pastorali:

* Il primo gruppo si è interessato in particolare alla «*Formazione Permanente*» delle suore e dei laici impegnati nei vari tipi di strutture sanitarie: dispensari, lebbrosari, centri nutrizionali, ecc., direttamente dipendenti dalla Chiesa, e nelle strutture governative nelle quali operano alcuni membri delle Congregazioni Religiose.

La Commissione lavora, nell'ambito di questa formazione permanente, in stretta collaborazione con l'Unione delle Superiori Maggiori del Madagascar (U.S.M.F.M.) e con la sua Divisione Sanitaria.

Ogni due anni vengono organizzate, a livello nazionale, delle sessioni di aggiornamento, che comprendono:

— un aggiornamento tecnico: nuovi aspetti della medicina e nuove terapie;

— momenti di riflessione morale sull'attività medica e sui problemi che si presentano oggi alla coscienza cristiana, considerati alla luce del Vangelo e degli insegnamenti pontifici;

— una giornata di approfondimento spirituale.

* Il secondo gruppo riunisce i «*Cappellani degli Ospedali*» e tutti quelli che lavorano con loro nella Pastorale degli ambienti ospedalieri. Una prima riunione a livello nazionale è stata organizzata a Tananarive, il 22 e 23 giugno 1988.

— Il tema di questa riunione è stato il seguente: Chi siamo noi Cappellani e noi responsabili degli ambienti ospedalieri? Chi sono i soggetti affidati alla nostra sollecitudine pastorale? Di quali mezzi disponiamo per garantire una «pastorale sanitaria»?

— Le conclusioni di questa riunione possono essere brevemente riassunte:

1. La Pastorale Sanitaria deve occuparsi dei malati e delle loro famiglie, ma anche di tutto il personale sanitario, e cioè medici, studenti in medicina, infermieri ed altri operatori sanitari, poiché tutti loro hanno «potere decisionale» per quanto riguarda la pratica medica e sono, pertanto, i diretti responsabili della qualità della vita all'interno dell'ospedale, così come tutto il personale dell'ospedale, a qualsiasi livello, dal Direttore all'Amministratore ed all'impiegato.

2. Per riuscire efficacemente ad incontrare i malati e le loro famiglie, nonché tutti gli operatori sanitari, è necessario costituire un'«*Equipe Pastorale*», che si occupi del Cappellano dell'ospedale. Preti, religiosi, religiose e laici devono far parte tutti di questa équipe, condividendone la responsabilità a tempo pieno, e ciascuno secondo il proprio carisma.

È necessario che ogni diocesi abbia almeno un prete che si occupa in particolare dell'animazione spirituale degli ambienti sanitari. Allo stesso modo, ogni ospedale piuttosto importante deve avere il suo Cappellano designato nominalmente, che dovrà operare in stretta collaborazione con le parrocchie di provenienza dei malati.

È estremamente importante che le religiose incaricate dell'animazione pastorale degli ambienti sanitari siano diverse dalle suore direttamente impegnate nell'ambito

dei servizi ospedalieri e delle cure mediche.

Per quanto riguarda i laici, particolare attenzione sarà prestata ai giovani che fanno parte di gruppi di azione cattolica: essi troveranno, nell'ospedale, un impegno apostolico di loro scelta. Inoltre, nell'ambito di questa équipe pastorale, i membri del personale sanitario, come medici, studenti ed infermieri, devono essere i «primi evangelizzatori» del loro ambiente di lavoro. Gli stessi malati, infine, potranno essere invitati a prender parte alla Pastorale, così come fanno già i membri della «Fraternità dei Malati».

3. A questo punto, si impone una terza conclusione, e cioè l'esigenza di avere un luogo fisso in cui questa Equipe Pastorale possa esercitare una presenza stabile, o addirittura permanente. E dunque necessario avere un luogo di culto all'interno dell'ospedale ed un Cappellano adiacente alla Chiesa, per l'accoglienza: a questo proposito, particolarmente significativi sono l'esempio e le realizzazioni dei Padri Camillini di Fianarantsoa.

* Il terzo gruppo della Commissione, il «Gruppo di Riflessione Teologica», si è posto, come obiettivo, la comprensione e la diffusione dei Documenti Pontifici sull'uomo, la sofferenza e la bioetica.

— Attraverso il Giornale Cattolico «Lakroan'i Madagasikara», viene diffuso tra il grande pubblico il pensiero della Chiesa e del suo Magistero sui problemi di etica medica.

— Questo gruppo, inoltre, ha preparato una bozza di Lettera Pastorale, da sottoporre alla Conferenza Episcopale del Madagascar, che tratta dell'amore umano, della fecondità della coppia e del rispetto della vita che sta per nascere, alla luce di «*Humanae vitae*», «*Familiaris consortio*» e «*Dnium vitae*». Questa lettera, che è intitolata «Egli li ha creati a Sua immagine e somiglianza», è rivolta a tutto il Popolo di Dio, a tutti gli uomini di buona volontà che vivono in Madagascar, con una particolare attenzione ai membri del personale sanitario ed a coloro che governano la nazione.

I progetti per il futuro sono piuttosto limitati; per il 1989 vengono stabiliti tre obiettivi:

1. Prima di tutto, la Commissione si impegnerà ad organizzare una prima riunione dei Medici Cattolici di Tananarive, per riflettere insieme ad essi sulle loro responsabilità mediche, ed in particolare per ravvivare le esigenze

della coscienza professionale; rivalorizzare, alla luce del Vangelo, il senso cristiano del malato e della sofferenza, nonché quello della «vocazione medica», e lottare contro la seduzione ed il potere di corruzione del denaro. La Commissione si avvarrà della collaborazione del Centro Sanitario Cristiano (C.C.S.), un movimento fondato dal compianto Padre Lagrange, che raggruppa più di 500 membri cristiani del personale sanitario del Madagascar.

2. La Commissione incoraggerà e parteciperà alla Sessione di Formazione Permanente delle suore, di cui la precedente è stata organizzata nel maggio 1987.

3. Nella continuazione della Lettera Pastorale «Egli li creò a Sua immagine e somiglianza», la Commissione si propone di sostenere ed estendere, in ogni diocesi, l'azione del movimento F.T.K., il quale si occupa della «pianificazione familiare naturale» (P.N.F.) e dell'assistenza alle giovani famiglie: favorire la creazione di una Pastorale Familiare Diocesana può entrare a far parte dell'attività della Commissione Sanitaria Pastorale.



federazione internazionale dei farmacisti cattolici

I farmacisti cattolici di 10 nazioni, riuniti a Salisburgo nei giorni 8/10 settembre 1988, «per la giornata federale della F.I.P.C.», sono stati interpellati sulla richiesta di autorizzazioni per immettere nel mercato prodotti farmaceutici per uso abortivo.

Dalle mozioni finali delle riu-

nioni di Rhode St. Genese (1972) e del Congresso Internazionale di Bruges (1985), si rifanno in primo luogo all'insegnamento evangelico per affermare che tutto l'essere umano è creatura di Dio.

— Riconoscono che l'embrione umano non è materiale biologico ma «essere umano» la cui fragilità esige dalla società maggiore attenzione e maggiori cure.

— Dichiarano che i prodotti abortivi (chiamati anche contraccezionali) non possono essere considerati medicinali nel vero senso del termine poiché hanno come fine interrompere la vita e non proteggerla.

— Ricordano che la loro funzione, voluta dal potere pubblico e riconosciuta dalla società, ha come fine proteggere la vita in tutti i suoi stadi.

— Affermano che il farmacista di fronte ad una richiesta, su prescrizione medica, di un composto per uso abortivo, è in diritto di rifiutarla per obiezione di coscienza. Gli si deve riconoscere il diritto alla obiezione di coscienza, come lo si riconosce in numerose legislature a medici per la I.V.G. (interuzione volontaria della gravidanza).

— Invitano tutti i farmacisti, qualunque sia il loro credo, a riflettere sulle gravi conseguenze per la società e l'individuo, sul rischio della facilitazione dell'aborto, dovuto alla scoperta di nuove sostanze, tanto che l'aborto può sfuggire al controllo del medico.

— Credono che la libertà della donna di decidere se continuare o interrompere la gravidanza non può essere superiore alla libertà del farmacista di decidere se partecipare o meno a questa interruzione.

— Coscienti della evoluzione della mentalità, e dell'infinita possibilità aperte dalla ricerca scientifica, i farmacisti della F.I.P.C. non vogliono apparire contrari al progresso ma vogliono e si adopereranno affinché si rispettino i diritti fondamentali dell'uomo. Sanno infatti che le proibizioni più legittime come la legge più sacra, possono essere violate con estrema facilità; credono però che il valore della testimonianza possa risvegliare le coscienze.

— Cercheranno di partecipare attivamente ad azioni promosse per educare le masse e soprattutto i giovani, e per una maggiore solidarietà di fronte alle future madri in difficoltà.

— Testimieranno in ogni circostanza, per il loro modo di pensare e di agire, il loro rispetto per la vita e la dignità che riconoscono all'essere umano nella sua globalità, anche se dovessero apparire esagerati e fuori tempo agli occhi della gente.

« rispetto e promozione della persona umana nella medicina moderna »

**Primo Congresso di Etica Medica
nella Facoltà di Medicina
dell'università Cattolica del Cile**

Il progresso tecnico-strumentale della Medicina moderna e le nuove e numerose applicazioni, sull'uomo, delle conoscenze biologiche, così come una coscienza più lucida dei diritti della persona umana, hanno messo in evidenza, negli ultimi anni, la dimensione etica della pratica clinica e della ricerca biomedica. Tutto ciò ha trasformato l'Etica Medica in un'area di vitale interesse per un vasto insieme di discipline scientifiche e umanistiche.

Da più di dieci anni, la Facoltà di Medicina dell'università Cattolica Pontificia del Cile si occupa con estrema attenzione dell'esercizio e dello sviluppo della docenza e della ricerca in Etica Medica. A questo fine ha promosso la realizzazione di corsi pre-laurea e di corsi di perfezionamento per alcuni dei suoi docenti perché si occupassero di questo insegnamento. Questo interesse ha portato alla recente creazione della Equipe Docente Associata di Etica Medica, Ricerca e divulgazione delle discipline di Etica Medica, Antropologia Medica e Filosofia delle Scienze nella Facoltà, sia pre che post-laurea.

Per approfondire una riflessione etica che orienti la pratica clinica e la ricerca biomedica nel rispetto dei diritti essenziali della persona, l'Equipe Docente Associata di Etica Medica ha organizzato, a Santiago del Cile, dal 26 al 29 luglio dell'anno scorso, il Primo Congresso di Etica Medica della Facoltà di Medicina dell'università Cattolica Pontificia del Cile. L'evento, rappresentato dal motto: « Rispetto e promozione della persona umana nella medicina moderna », si inseriva tra gli atti di adesione alla celebrazione del Centenario della Fondazione dell'Università. Hanno partecipato a tale manifestazione, in qualità di con-

ferenzieri ed esperti, 24 importanti personalità cilene e straniere, provenienti da diverse discipline mediche, biologiche, giuridiche, filosofiche e teologiche.

Il Congresso è stato inaugurato dal Grande Cancelliere dell'Università, il Cardinale Juan Francisco Larraín, mentre il discorso d'apertura è stato pronunciato dal Rettore dell'Università, il Dr. Juan de Dios Vial Correa. Nel suo intervento il Rettore Vial ha evidenziato la Medicina come luogo privilegiato di incontro con l'uomo, e ha sottolineato che in essa è oggi possibile percepire, molto meglio che in altre discipline, il mistero dell'uomo ed i suoi limiti, indicando, inoltre, che mediante la medicina è possibile aiutare in maniera assai concreta a correggere le debolezze spirituali che, più di qualsiasi altro pericolo materiale, costituiscono una minaccia per l'umanità.

Le conferenze ed i gruppi di lavoro erano focalizzati su 4 temi principali: 1. Problemi etici fondamentali in Biologia e Medicina; 2. Etica medica e riproduzione umana; 3. Etica, Politica Sanitaria ed Economia; 4. Formazione medica ed insegnamento dell'Etica Medica.

Riguardo al primo tema del congresso, cioè « Problemi etici fondamentali in Biologia e Medicina », il Dr. Gonzalo Herranz, del Gruppo di Bioetica della Facoltà di Medicina di Navarra, Spagna, ha esposto il « Concetto di essere umano come persona e le sue implicazioni etiche in Biologia e Medicina ». Successivamente, il professore di Psichiatria cileno, Dr. Armando Roa, ha affrontato il problema della « Ricerca scientifica-biomedica: fondamenti etici ed antropologici ». Il filosofo svizzero Georges Cottier ha invece esaminato due temi di grande attualità e complessità: « Ideali di Etica Medica cristiana » e « La distinzione tra artificiale e naturale e le sue conseguenze per l'Etica biomedica ». Hanno trattato questo stesso tema anche il teologo Ramón García de Haro dell'Istituto Giovanni Paolo II di Roma ed il professor Doming Basso della Facoltà di Filosofia e Teologia dell'università Cattolica Pontificia dell'Argentina.

Per quanto riguarda il tema « Etica Medica e riproduzione umana », di particolare rilievo è stato l'intervento della esperta in genetica, Marie Odile Réthoré, che ha illustrato « Gli aspetti etici della tecnologia della fecondazione », e del pediatra inglese Richard West, che ha esaminato i problemi etici del parere genetico e della diagnosi prenatale. Il ginecologo-ostetrico cileno Patricio Mena ha invece presentato una serie di dati

frutto della sua vasta esperienza nell'applicazione e valutazione dei metodi di pianificazione naturale della famiglia.

La partecipazione del Ministro della Sanità, il Dr. Juan Gaiacón, ha contribuito a porre in rilievo l'importanza del tema « Etica Medica, Politica Sanitaria ed Economia », che è stato trattato con estremo interesse e partecipazione.

La presenza di medici provenienti da diversi paesi nella sessione dedicata all'insegnamento dell'Etica Medica, ha dato la possibilità di mettere a confronto esperienze differenti e diversi modi di concepire questo insegnamento. Fondamentale è stato il totale accordo manifestato dai vari esperti riguardo la dimensione essenziale, e non di complemento, dell'insegnamento nella formazione di scienziati e professionisti biomedici.

Ognuna delle sei sessioni del Congresso prevedeva un lasso di tempo dedicato alle domande da parte del pubblico, che sono state talmente numerose e motivate da costituire un segno eloquente dell'interesse e del beneficio con i quali i quasi 300 membri del pubblico hanno seguito l'evento. Sebbene una grossa percentuale del pubblico era costituita da medici, infermieri, levatrici, biologi e studenti di queste discipline, per gli organizzatori è stato assai gradito constatare che fossero presenti anche moltissimi professionisti e studenti di odontologia, veterinaria, psicologia, giurisprudenza, assistenza sociale, storia, pedagogia ecc., a conferma della enorme trascendenza sociale e della preoccupazione generale che i problemi trattati nel congresso suscitano a tutti i livelli. A ribadire il successo del Congresso ha contribuito l'estesa copertura dell'evento fornita sia dai mezzi di comunicazione sociale che dalla stampa e dalla televisione.

Gli obiettivi di questo Congresso sono stati pienamente raggiunti; tuttavia, alla Facoltà resta ancora non solo il compito di riunire e pubblicare il copioso materiale costituito dai documenti del Congresso, ma anche la responsabilità e l'impegno di organizzare biennalmente un Congresso di Etica Medica della Facoltà di Medicina dell'università Cattolica Pontificia del Cile, con la profonda speranza in Dio che questo Congresso sia stato solo la prima realizzazione di una lunga serie.

Drs. ALEJANDRO SERANI M.
CARLOS QUINTANA V.
MANUEL LAVADOS M.

*Equipe Docente Associata
di Etica Medica
Facoltà di Medicina
Università Cattolica Pontificia del Cile*

attività del Pontificio Consiglio



*testi conferenze
cronache degli incontri*

Questa realtà è oggi resa più tragica e non accettabile dal fatto che, grazie alla visualizzazione sempre più diffusa, il mondo be-

La salvaguardia della salute e l'impegno contro ogni infermità fisica e psichica sono, a pieno titolo, nella lineà della difesa della

E la storia della evangelizzazione cristiana è storia di uomini e donne che pur guardando ad una dimensione ultraterrena della salvezza, cominciavano dall'assistenza ai malati, ai deboli per passare poi alla promozione di condizioni più umane di vita³.

2. La cooperazione sanitaria frutto di una maggiore giustizia nel mondo

La cooperazione sanitaria sul piano internazionale non è soltanto fattore, ma anche frutto, effetto e conseguenza di una maggiore giustizia.

E già in atto nel mondo, grazie ad un progresso che sembra avanzare ormai per una forza interna incontenibile, una nuova fusione delle razze e dei popoli. La rapidità e l'estensione dei mezzi di trasporto favoriscono migrazioni che, nell'arco di pochi decenni, cambieranno radicalmente il quadro della distribuzione della popolazione mondiale, questo straordinario fenomeno che, di anno in anno, va cancellando le tradizionali frontiere, mentre da una parte obbedisce al bisogno di una maggiore giustizia, dall'altra pone problemi del tutto nuovi anche in campo sanitario. Una politica sanitaria meramente difensiva e parziale si confermerebbe inutile e sterile. La partecipazione e la condivisione o si costruiscono nel bene, o si subiranno nelle loro più drammatiche conseguenze.

Le prospettive possono essere esaltanti, ma possono anche farsi minacciose. Io credo che alla radice di alcuni mali del nostro tempo sia la consapevolezza o inconsapevole paura di accettare l'inarrestabile cammino della storia verso una sempre maggiore fusione tra i popoli della terra. Mentre, infatti, la scienza e la tecnica scoprono sempre nuove forme di difesa della vita e di possibilità di salva-

guardare la salute, si diffondono, persino sul piano normativo, la prassi dell'aborto, della eutanasia e di una programmazione demografica contro la vita.

La qualità della vita, da luminosa conquista del nostro tempo, è minacciata dalla tentazione discriminatoria, il cui prezzo è la vita degli altri.

Come può la vita essere contro se stessa? Come si può ipotizzare un futuro migliore per l'umanità, se dovrà essere parte dell'umanità a pagarne il prezzo? La giustizia sociale è tale se guarda a tutta l'umanità e, senza dubbio, nessun metro è più sicuro per valutare i reali frutti di una maggiore giustizia sociale dell'estendersi della cooperazione sanitaria. Ed al riguardo, anche i programmi più validi ed efficaci potranno dare i loro frutti soltanto se animati da un reale bisogno di giustizia. O la cooperazione produce civiltà ed è frutto di civiltà o si trasforma soltanto in un nuovo modo di perpetuare divisione ed ingiustizia.

Il sentimento di giustizia che deve animare ogni iniziativa di cooperazione tra i popoli e, in maniera particolare, sul piano della sanità e della salute, deve muovere dalla consapevolezza che, nel nostro tempo, più che in passato, il cammino in avanti del genere umano o sarà opera di tutti o non si avrà.

La sola categoria economica non può offrire la misura del vero sviluppo: mentre i Paesi ricchi sono debitori di risorse nei confronti dei Paesi più poveri, questi sono portatori di valori che la civiltà dei consumi ha purtroppo di-

menticati o addirittura combattuti. Il sogno biblico che vede i popoli venire da oriente e da occidente per incontrarsi e sedere ad un unico banchetto nel Regno di Dio, traduce in termini spirituali una aspirazione che discende dalla domanda di vita di tutti gli esseri umani.

E tempo che questa aspirazione si traduca in iniziative concrete, razionali, realistiche, ma convergenti. Il mondo si salverà insieme o insieme si perderà. E sul piano della collaborazione tra i popoli, la salvezza si chiama innanzitutto salute, difesa e promozione della vita.

La Chiesa, per la parte che le compete, intende essere a fianco di tutti coloro che cercano e vogliono cooperare per la costruzione di un mondo più giusto. La Chiesa non ha soluzioni tecniche da offrire, non propone programmi economici e politici, né manifesta preferenze per gli uni o per gli altri, purché la dignità dell'uomo sia debitamente rispettata e promossa⁴. Per gli Stati, così come lo è per la Chiesa, l'uomo deve essere la via di ogni reale e duraturo progresso nella verità e nella giustizia⁵.

¹ Isaia, 32, 7

² GIOVANNI PAOLO II, Enciclica «Sollicitudo rei socialis», 10

³ Id., Lettera apostolica «Salvifici doloris», 27

⁴ Id., Enciclica «Sollicitudo rei socialis», 41

⁵ Id., Enciclica «Redemptor hominis», 14; «Salvifici doloris», 3.



l'etica nella medicina dei disastri

Conferenza di S.E. Mons. Fiorenzo Angelini a L'Avana (Cuba) durante il Congresso sulla Medicina dei disastri. 4 Luglio '89.

Mi sia innanzitutto consentito esprimere un sentimento di sincero compiacimento per trovarmi in questo Paese ed in questa nobile città per la terza volta in breve volgere di tempo. Rivolgo, perciò, il mio rispettoso saluto al Signor Presidente, il mio più vivo ringraziamento al Signor Ministro per la Sanità On.le Dr. J.Teja ed agli organizzatori di questo importante incontro internazionale per l'invito a parteciparvi.

La Chiesa, soprattutto attraverso il Dicastero che rappresenterò, presta viva attenzione ai problemi che saranno dibattuti in questa sede. Si tratta, infatti, di argomenti che, per la loro dimensione sociale, mettono singolarmente in luce l'attuale interdipendenza tra i popoli e la conseguente necessità di una crescente cooperazione internazionale: tema questo che è al centro della recente enciclica pontificia sulla sollecitudine sociale della Chiesa, nella linea di un ecumenismo operativo che è premessa di sviluppo nella giustizia e nella pace. Recenti e meno recenti eventi calamitosi hanno dimostrato come la *solidarietà* promossa dalla urgenza e dall'ampiezza di situazioni emergenti, abbia spesso aperto la strada al superamento di barriere ideologiche e politiche in nome dell'imperativo etico della *solidarietà*.

La medicina, in quanto scienza, ricerca ed arte al servizio della vita, ubbidisce per sua natura ad una istanza etica, ad un dovere irrinunciabile. Tale indole della medicina, che tutti riconoscono, si fa più evidente allorché il suo apporto è richiesto da calamità naturali o indotte da un progresso tecnologico non sufficientemente rispettoso del valore primario della salvaguardia e della promozione della vita umana e dell'ambiente entro

il quale essa nasce, cresce e si esprime in tutta la sua ricchezza.

Non sarebbe difficile stabilire una periodizzazione della storia umana indicandone le date salienti in gravissime calamità. Tuttavia, mano a mano che ci si avvicina al nostro tempo, si registra una singolare e quasi contraddittoria diversità: in passato erano soprattutto le grandi epidemie e carestie a provocare smisurati disastri; con il progresso della scienza e della tecnica molti di questi rischi sono stati cancellati o contenuti; tuttavia, proprio il moderno sviluppo ha dato origine a calamità gravissime che portano il nome di Hiroshima, di Tree Miles Island, di Bophal, di Chernobyl, dell'Armenia senza dire della minaccia del degrado ecologico e dell'inquinamento in varie parti del mondo.

Se un tempo erano il cielo, la terra, il mare a fare le loro vittime, ora anche il progresso fa le sue vittime. E non sembra minore contraddizione — se restringiamo il discorso alla ricerca ed alla scienza medica — che, mentre si registra un rapido innalzamento del benessere di vita, un progresso straordinario nella cura di tante malattie, un calo verticale della mortalità infantile, sul medesimo versante si legittimano aggressioni alla vita nascente con l'aborto, non si esita a praticare la manipolazione genetica, si introducono sistemi per favorire l'eutanasia.

Queste preoccupanti contraddizioni del nostro tempo che, per le loro vastissime dimensioni, si collocano sulla linea della emergenza, ripropongono l'esigenza di recupero di valori etici fondamentali che, prima di essere dettati da particolari ideologie o da un credo religioso, affondano le loro radici nel diritto umano naturale e fondamentale alla vita, alla sua difesa e promozione in tutti ed in ciascuno. Non si può e non si deve consentire la cultura della morte ma si deve promuovere, difendere e rafforzare la cultura della vita dal suo concepimento fino al suo tramonto naturale.

Parlare di etica della medicina dei disastri comporta, mi sembra, qualche presupposto ed alcune indicazioni essenziali.

Presupposti

— La medicina dei disastri è una medicina di urgenza. Non va dimenticato, però, che la medicina in quanto tale, ha sempre un carattere di urgenza. Infatti, in quanto servizio al massimo dei beni, cioè alla vita, la medicina non arriva mai troppo presto. L'insidia nascosta nella stessa fragilità della condizione umana stabilisce una continuata emergenza.

Chi abbia qualche familiarità con i luoghi di sofferenza e di cura sa bene quante malattie avrebbero potuto essere prevenute, quante avrebbero potuto essere arrestate in tempo, quante meglio curate, se l'intervento fosse stato più tempestivo. Del resto, la stessa insistenza sulla necessità della medicina preventiva sottolinea che, in medicina, esiste una emergenza abituale.

— La fatalità e la casualità dei disastri, in realtà, sono apparenti. La storia dimostra che siamo di fronte quasi ad un determinismo delle stesse calamità. Di qui l'esigenza, tutta etica, che siano predisposti non soltanto gli strumenti del pronto intervento, ma che si provveda ad una educazione di massa in materia di disastri e di calamità. L'etica esclude interventi affidati alla discrezionalità, alla emotività, alla improvvisazione.

— I responsabili della cosa pubblica, nei rispettivi ambiti, hanno un dovere morale permanente di approntare, in sede preventiva, strumenti di informazione e di formazione che limitino, in maniera sempre più attenta e particolareggiata, l'imprevedibilità dell'evento calamitoso. Il grande sviluppo delle comunicazioni di massa favorisce un maggiore coordinamento nella raccolta dei dati, nello scambio delle esperienze, nella organizzazione dei soccorsi, ecc.

In altre parole, una impostazione adeguata dell'intervento medico di emergenza esige uno sforzo permanente per limitare l'emergenza stessa. L'educazione sanitaria, condizione per una efficace e sempre più estesa difesa e promozione della salute, deve coinvolgere anche la medicina dei disastri. Ciò premesso, il discorso sulla eticità degli interventi di emergenza comporta l'assunzione di alcuni orientamenti fondamentali che, mi sembra, possono così essere riassunti.

Indicazioni etiche essenziali

Non vi è concezione filosofica né visione religiosa del mondo e dell'uomo che non riconosca nella condizione umana alcuni limiti invalicabili. Tali limiti spiegano il verificarsi dell'imprevedibile. Il momento etico viene così stabilito dall'esigenza di difendersi dal limite che può compromettere un determinato valore; e poiché la vita umana è massimo valore, quanto più il limite imposto dalla calamità è grave tanto più è perentorio il dovere etico di intervenire. Non già di intervenire genericamente, ma nelle maniere umanamente e professionalmente più adeguate. In altre parole, la medicina dei disastri deve essere una medicina

applicata al massimo delle sue possibilità.

In secondo luogo: l'emergenza chiama a raccolta tutti. Spetta ai tecnici, sostenuti dalle forze politiche, indicare le strutture idonee a mettere a frutto la cooperazione internazionale. La quale, di fronte ai problemi dell'emergenza, è interpellata, prima di tutto, da un problema etico e morale. Come ha rilevato Giovanni Paolo II, nell'enciclica «*Sollicitudo rei socialis*» (n. 33), «il carattere morale dello sviluppo e la sua necessaria promozione sono esaltati quando c'è il più rigoroso rispetto di tutte le esigenze derivanti dall'ordine della verità e del bene, propri della creatura umana».

Di qui discende un terzo orientamento fondamentale. La medicina dei disastri, nella sua concreta applicazione, deve obbedire ad una gerarchia di valori che veda al suo vertice la difesa della vita nella sua dimensione integrale.

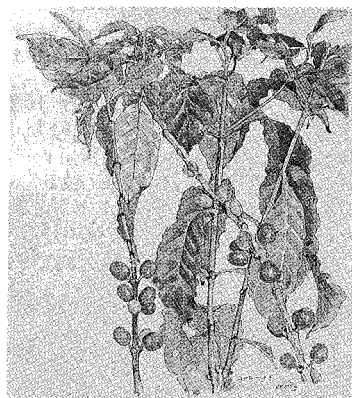
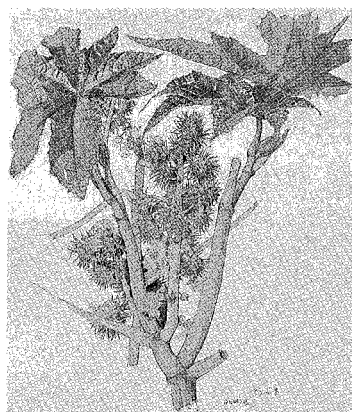
Può accadere che l'emergenza sia considerata un momento a se stante, per cui ciò che è stato evitato o salvato per la tempestività e l'efficacia dell'intervento di urgenza, succeda più tardi per inettitudine o trascuratezza di chi non avrebbe dovuto considerare cessata l'emergenza.

È infatti la moralità ad indicare tutti i doveri che derivano, anche sul piano della sensibilizzazione, per chi è preposto agli interventi della medicina dei disastri. Si deve, perciò, considerare fuorviante la tendenza non inconsueta dei mezzi di informazione a presentare, in casi di urgenza e di grave calamità, il dovuto intervento tempestivo come qualcosa di cui vantarsi, come un merito eccezionale. L'assistenza «del giorno dopo» non è meno doverosa di quella immediata. La vita, infatti, per la sua continuità, è ininterrotta domanda di prevenzione, di servizio e di difesa.

D'altra parte, nessuna forma preventiva né alcun intervento tempestivo saranno adeguati, se non muoveranno dal convincimento che, per la difesa della vita, nulla deve rimanere intentato. Soltanto una visione ed una scelta etiche possono dare la forza di ritardare al massimo la resa di fronte alla sproporzione tra mezzi umani disponibili e bisogno.

Questa sproporzione può indurre ad accettare, almeno implicitamente, un atteggiamento di fatalismo, peraltro più inevitabile qualora manchi una visione trascendente degli eventi che accompagnano la storia umana.

L'esperienza registra ed insegna, nostro malgrado, che le stesse catastrofi, persino quelle delle quali l'uomo si fa complice, assolvono di fatto una funzione educativa.



Assistiamo ad impressionanti analogie tra la condizione umana e quella più semplicemente biologica. Come dopo le alluvioni più devastanti le terre sono più fertili, così l'umanità provata dalle catastrofi deve maturare una maggiore consapevolezza del valore della vita.

Questa dura lezione storica ci ripropone con evidenza il valore supremo della vita. Questo valore rappresenta la verità che emerge da ogni catastrofe.

Certamente, se l'uomo si fosse sempre ricordato del dovere primario di difendere la vita propria e quella degli altri, l'elenco delle sciagure che ne hanno funestato la storia sarebbe più breve. Ma una lezione appresa con difficoltà ed a caro prezzo può avere effetti più efficaci e duraturi. In questo senso, credo si debba insistere sulla necessità che ogni impegno, individuale e comunitario, pubblico e privato, rivolto alla preservazione, alla difesa ed al miglioramento dell'ambiente nel quale l'uomo vive, sia accompagnato da una ecologia dello spirito imperniata sull'esaltazione del valore della vita.

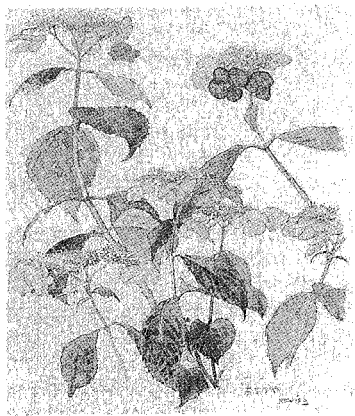
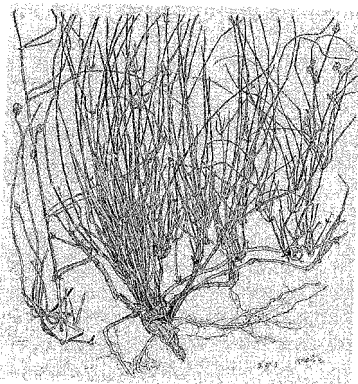
L'esigenza che lo sviluppo, nella sua più ricca accezione, favorisca la qualità della vita, ne ripropone la sua dimensione morale, «Il carattere morale dello sviluppo non può prescindere neppure dal rispetto per gli esseri che formano la natura visibile e che i Greci, alludendo appunto all'*ordine* che la contraddistingue, chiamavano il *cosmo...*» (Giovanni Paolo II, «*Sollicitudo rei socialis*», n. 34). La Chiesa cattolica, per la parte che le compete, si è sempre sentita impegnata in prima persona nel richiamare e nel sostenere ogni sforzo rivolto all'affermazione di una dimensione morale dello sviluppo e, di conseguenza, alla difesa della vita umana nel contesto ordinato del suo «habitat». Nello stesso tempo, tuttavia, essa rinnova il proprio convincimento, basato sulla fede nel messaggio di Cristo, per cui soltanto un incondizionato rispetto della vita di tutti e di ciascuno, in tutte le sue espressioni, è condizione perché ogni intervento dell'uomo a difesa di se stesso e del suo ambiente, sia eticamente sostenibile e proponibile.

Ogni limitazione e discriminazione introdotta all'interno del concetto di vita si traduce in strumento che ne limita gravemente la difesa della qualità. Non solo, ma la Chiesa riafferma la certezza che soltanto intorno all'accettazione del principio che vede al vertice dei valori umani la vita è possibile un costruttivo incontro tra i popoli, anche nel settore particolare della medicina dei disastri. Questa branca specifica della ricerca, della scienza e della prassi medica si

Per dimostrare la solidarietà tra i popoli però non si deve aspettare la calamità e il disastro, è necessario prevenire e preparare un futuro migliore degno di ogni vita umana. Molti Paesi in via di sviluppo stanno vivendo ancora in situazioni di drammatica emergenza di vita individuale e collettiva.

Preoccuparsi in queste situazioni come insegna la dottrina della Chiesa è intervento di sacrosanta giustizia.

La comunità internazionale può trovare e troverà sempre la Chiesa, direttamente ed indirettamente impegnata nello sforzo per favorire ogni iniziativa che, in nome della difesa e della promozione della vita, ne promuova la qualità anche nel campo della prevenzione e della lotta alle conseguenze delle più gravi ed imprevedibili calamità.



**linee pastorali
che emergono
dai testi
della
conferenza
internazionale:
« longevità
e qualità
della vita »
Città
del Vaticano
8-10 novembre**

*Relazione di P. José Luis Redrado
nella "Giornata di Studio sugli
anziani e le implicazioni
pastorali" organizzata dalla
Consulta Nazionale di Pastorale
Sanitaria della Conferenza
Episcopale Italiana.
Roma, 6-6-1989*

Introduzione

il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari ha promosso e coordinato - nel novembre '88 - una Conferenza Internazionale sul tema «Longevità e Qualità della Vita». E stata la III Conferenza organizzata dal Dicastero; le precedenti erano state: «Il farmaco a servizio della vita umana» la prima, e «L'umanizzazione della medicina» la seconda.

Questa attività scientifica, culturale, umanista e pastorale risponde alle finalità del Pontificio Consiglio assegnate dal Papa (Motu Proprio, *Dolentium Hominum* n.6) per stimolare promuovere, coordinare, collaborare con le Chiese locali e seguire con atten-

zione i programmi sanitari e le loro ripercussioni nella Pastorale della Chiesa.

Coscienti di questa responsabilità organizziamo, ogni anno, oltre ad altre attività, una Conferenza Internazionale su un tema sanitario di attualità come questo sulla «longevità» o come quello che si terrà nel prossimo novembre, nei giorni 13115, sull'AIDS.

È una buona opportunità d'incontro e di studio ad alto livello; infatti le nostre Conferenze richiamano illustri professori, scienziati, premi Nobel, accademici pontifici, e uomini politici responsabili nel campo sanitario.

Longevità e qualità della vita: contenuti e linee pastorali

1) Contenuti

La Conferenza si è articolata sui seguenti punti fondamentali: aspetti scientifici (ricerca, biologia, chimica e farmacologia della vecchiaia), criteri demografici, problemi mentali e psicologici, aspetti etici, ed esperienze riportate durante una tavola rotonda intitolata «canto alla vita» nella quale sono stati esaltati gli ultimi anni della vita, la sua qualità e i problemi assistenziali; una rassegna di valori espressi dai punti di vista più diversi della nostra geografia: Giappone, India, Africa, Asia e il Pacifico, Nigeria, Tunisia, Cina, Germania...

Attraverso una attenta lettura degli atti della Conferenza ci si può rendere conto dei principali problemi presenti nel mondo degli anziani; per una rapida sintesi elencherei i seguenti:

a) capacità della medicina di aumentare la longevità e migliorare la qualità della vita. Infatti, oggi la vita è più lunga ed è migliorata la sua qualità.

b) il nostro mondo cammina verso un invecchiamento progressivo; stiamo entrando in un secolo di invecchiamento della popolazione.

c) è necessario fare uno spazio all'anziano nel nostro mondo tecnico e sviluppato.

d) il riferimento alla famiglia è sempre più difficile:
famiglie divise, sparse geograficamente,... tendenza a vivere in modo sempre più indipendente creerà nuovi problemi agli anziani.

e) l'invecchiamento della popolazione può portarci ad un invecchiamento della società con tutto ciò che comporta un decadimento economico, culturale, psicologico, politico e generazionale.

f) in un mondo che predilige la forza, la bellezza, il materialismo, l'apparenza fisica, arrivare ad essere vecchio comporta un turbamento: non lo si desidera o lo si allontana il più possibile.

g) la società e la famiglia in particolare tendono a liberarsi della presenza, incomoda ed inutile, degli anziani.

2) Linee pastorali

Tutta la Conferenza si è sviluppata in un clima pastorale: «servire l'uomo anziano»; maggiore insegnamento si può trovare nel Discorso del Santo Padre, nella prolusione del Cardinal Lustiger e nel tema «aspetti etici della III età» di Mons. Tettamanzi.

Nel suo Discorso Giovanni Paolo II ha sollecitato a riportare e a maturare la sensibilità verso i problemi degli anziani:

* Il benessere dell'anziano non dipende solo dalla medicina: in causa sono anche famiglie e strutture pubbliche.

* Non basta assicurare il soddisfacimento dei bisogni primari connessi con la longevità: occorre tener conto anche delle esigenze poste dalla dignità personale dell'anziano.

* Dalla qualità della vita dipende la prospettiva di una vita in qualche modo senza età.

* I Paesi ricchi non devono dimenticare dei Paesi meno sviluppati dove soltanto a pochi è garantita un'adeguata assistenza.

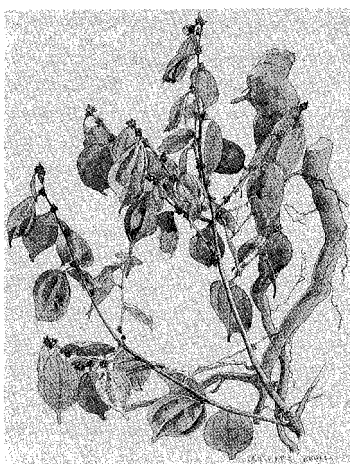
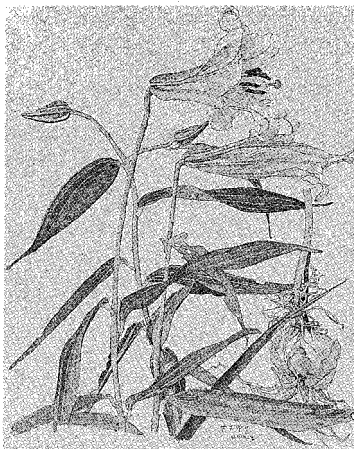
* Le grandi industrie farmaceutiche non dovrebbero far mancare ai Paesi in via di sviluppo farmaci necessari ma in disuso perché non più utili nei Paesi ricchi.

* Rinnovato impegno nella salvaguardia, difesa e promozione dell'intera personalità dell'uomo.

* Porsi al servizio della persona anziana significa rendersi benemeriti verso la vita di tutti, perché significa rendere possibile quel pieno esplicarsi delle potenzialità dell'uomo che, per essere peculiari di ciascuna età della vita, tutta l'arricchiscono per il bene di tutti.

* L'impegno in favore degli anziani possa contribuire a rendere concreta la parola del Salmo «nella vecchiaia daranno ancora frutti, saranno vegeti e rigogliosi per annunciare quanto è retto il Signore».

* Altro aspetto positivo - di unione - sarà quello di andare verso una rivalorizzazione della esperienza e del sapere dell'anzia-



no, della sua saggezza; difficile per la nostra cultura, ma che significò tanto nella tradizione orale.

Nella società arcaica l'anziano era colui che sapeva; la tradizione orale lo considerava un archivio vivente; così dice un proverbio africano «ogni volta che muore un anziano scompare una biblioteca». Contare su di loro, dare loro un posto nella società moderna, non è solo un atto umanitario ma anche un atto pastorale.

* La longevità era un privilegio per i patriarchi che morivano vecchissimi. La longevità, dono di Dio, tempo di grazia, periodo che Dio dà alla nostra libertà; da qui nascono una serie di valori: ringraziamento, speranza, gioia. Chi sono io se non l'espressione di

Abramo, di Zaccaria e del vecchio Simeone? «Benedetto sia il Signore, Dio di Israele» «Adesso Signore il tuo Servo può morire in pace».

Aspetto pastorale è anche affermare che l'anziano deve essere persona e deve arrivare ad esserlo sempre di più; è un aspetto dinamico che non si perde con l'età.

Dignità, autonomia, progressiva realizzazione, esigenza di comunione, sono valori fondamentali che possono e devono essere esercitati dall'anziano oltre che la partecipazione alla vita sociale e alla vita della Chiesa come lo ha ricordato Giovanni Paolo II a Monaco di Baviera: «l'anzianità è il coronamento delle tappe della vita. Essa porta la raccolta di ciò che si è appreso e vissuto, la raccolta di quanto si è operato e raggiunto, la raccolta di quanto si è sofferto e sopportato».

Come al finale di una grande sinfonia, ritornano i temi dominati dalla vita per una potente sintesi sonora. E questa risonanza esclusiva conferisce saggezza. (...). La saggezza conferisce distanza, ma non una distanza di estraniamento dal mondo; permette all'uomo di elevarsi al di sopra delle cose, senza disprezzarle; ci fa vedere il mondo con gli occhi e col cuore di Dio».

Conclusioni

Il Pontificio Consiglio crede di aver contribuito, con la Conferenza Internazionale «Longevità e Qualità della vita», a dare maggiore risonanza al tema, alla sua importanza, evidenziando longevità e qualità come principi aventi incidenza sulla vita familiare, culturale, politica e generazionale.

La nostra Conferenza ha anche risaltato la dignità dell'anziano, il principio di solidarietà e la necessità di strutture pubbliche e familiari di accoglienza che ne rispettino la dignità, l'autonomia e la sua progressiva realizzazione.

Infine, abbiamo voluto, in questa Conferenza Internazionale manifestare che in questa età possono essere vissuti valori quali il ringraziamento, la speranza, la gioia e che la vecchiaia è il coronamento di tutta una vita.

Cronache e notizie degli incontri

SUD AFRICA

la salute punto d'incontro

S.E. Mons. Fiorenzo Angelini, Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari e P. José Luis Redrado su invito del 'Département of Health Care Education' della Conferenza Episcopale del Sud Africa si sono recati in visita nel Transvaal dal 10 al 14 febbraio 1989.

*Il contatto
con le autorità ecclesiastiche*

Durante la nostra visita siamo stati ospiti del Delegato Apostolico S.E. Mons. Ambrose De Paoli e di Mons. Mario Cassari Uditore, e siamo stati accompagnati da Miss P.A. MacGregor, coordinatrice del Dipartimento di Pastorale Sanitaria della Conferenza Episcopale Sud Africana, e da P. Eoin Farrelly, coordinatore della Catechesi.

Abbiamo incontrato le Eccellenze: Mons. Mansuet D. Biyase - responsabile di Pastorale Sanitaria; Mons. George Francis Daniel - Vescovo di Pretoria; Mons. Reginald Joseph Orsmond-Vescovo di Johannesburg e Mons. Hubert Bucher-Vescovo di Bethlehem.

Centri e Operatori Sanitari

Abbiamo visitato i seguenti centri:
Amcoal Highveld Hospital (Witbank)
Nazareth House (Johannesburg)
St. Matthew's School Moraka (Seweto)
St. Vincents Hospital (Warmbaths)
Little Company of Mary Hospital (Groenkloof)
Stimate Fathers (Wildt)
Marifont maternity House (Sunnyside)
Kenridge Hospital (Johannesburg)

Abbiamo avuto tre principali incontri:

- con un gruppo di responsabili di educazione per la pianificazione familiare

- con un gruppo dell'Associazione di infermiere cattoliche alle quali Mons. Angelini ha rivolto un messaggio. Durante una celebrazione eucaristica è stato benedetto l'olio con il quale Mons. Biyase, Vescovo responsabile della Pastorale Sanitaria, ha unto, in segno di forza, le mani delle persone che entravano a far parte dell'Associazione di Infermiere Cattoliche...

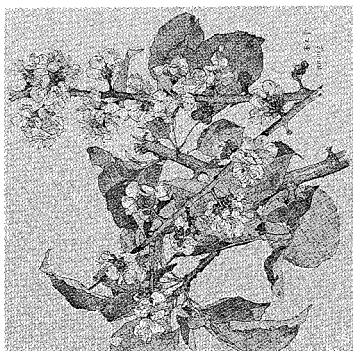
- il terzo incontro è stato con i responsabili di 23 ospedali cattolici.

Ricordiamo anche l'incontro con il Dott. Lombard, direttore del Dipartimento Nazionale di Sanità. Inoltre abbiamo visitato il "The South African Institute For Medical Research" dove ci siamo incontrati con il prof. J. Mezt e con il dott. Ruben Sher che parteciperà alla nostra Conferenza Internazionale sull'AIDS nel prossimo novembre.

È impressionante vedere come il Sud Africa sia così diverso dal resto dell'Africa: maggiore sviluppo, più ricchezza; su trenta milioni di abitanti cinque milioni sono bianchi; e quest'ultimi, anche se in minoranza, esercitano il predominio su tutto: nel governo e in tutte le istituzioni, nella legislazione e nei modi di vita, sugli usi e sui costumi.

La dignità e la solidarietà tra i popoli è la meta cui anela Iustitia et Pax nel suo documento "la Chiesa di fronte al razzismo"; è la Chiesa stessa ad avere un grande campo da difendere, formare e testimoniare. Noi crediamo che il settore "salute" sia un buon campo!

JOSÉ LUIS REDRAD O.H.
Segretario del Dicastero



LOURDES

pellegrinaggio al santuario mariano

Le presidenze nazionali dei Medici e dei Farmacisti cattolici italiani, hanno portato a Lourdes, dal 2 al 6 giugno, un gruppo di 130 persone composto da professionisti e loro familiari. Guida spirituale del pellegrinaggio è stato l'Ecc.mo Presidente del nostro Pontificio Consiglio, l'Arcivescovo Fiorenzo Angelini.

La disposizione degli animi e la peculiare professionalità della quasi totalità dei partecipanti, così attinente all'aspetto più evidente della Cittadella Mariana, dove la Sofferenza dell'Uomo si dà appuntamento quotidianamente, e da tutto il mondo, hanno segnato profondamente il soggiorno improntandolo a colloquio comunitario di « *Scienza e Fede* ».

L'appuntamento mattutino attorno alla mensa Eucaristica, ha costituito il momento di riflessione e di bilancio della personale vita spirituale, e l'ideale occasione per fissare linee di ricerca per il nuovo giorno, ben consapevoli che Lourdes offre tante e inaspettate occasioni di Dio, Che passa accanto o attende alla mistica *Grotta di Massabielle*, presente nell'incalcolabile numero di volti sereni di oranti, tanti dei quali ospitati in carrozzine e barelle. Particolarmente emozionante la Concelebrazione Eucaristica alle prime ore di domenica 4 alla *Grotta*.

Ampio spazio è stato lasciato alla preghiera e alla riflessione privata. Degli atti in comune si sono distinti la « *Via Crucis* » commentata dai Medici e Farmacisti, e la partecipazione alla Processione Eucaristica del pomeriggio. In questa sia i medici che i farmacisti hanno avuto il privilegio di seguire immediatamente l'Officiante che recava il SS. Sacramento — domenica 4, Mons. Angelini — in qualità di associati al *Bureau Médical*, seguendo attentamente e con emozione la benedizione ai singoli gruppi dei malati allineati nella *Esplanade*.

Molto attese, e ottimamente riuscite, le due tavole rotonde su « *Il Miracolo a Lourdes* », nell'aula del *Bureau Médical*, il cui direttore Dr. Teodoro Mangiapan è stato

l'interlocutore pienamente competente, disponibile e gentile. L'illustre clinico ha introdotto gli ospiti nel dibattito con la sua conoscenza ed esperienza scientifica ultra ventennale delle guarigioni di Lourdes, umanamente inspiegabili, dedicando ampio spazio all'ultima in ordine di tempo, e mettendo a disposizione la relativa documentazione scientifica. Tra il Dr. Mangiapan e i qualificati ospiti si è intessuto un interessante colloquio scientifico sulla guarigione da tumore maligno alla tibia destra di una giovane di Paternò (Sicilia), che verso il Natale 1976, dopo un pellegrinaggio a Lourdes di alcuni mesi prima, avvertì i primi segni della guarigione. Evento che il *Bureau Médical*, dopo aver seguito e controllato per diversi anni il fenomeno, ha deciso a maggioranza dei membri presenti il 28 luglio 1980, di ritenere questa guarigione « nelle condizioni nelle quali essa si è verificata e mantenuta come un fenomeno contrario alle osservazioni ed alle previsioni dell'esperienza medica e scientificamente inspiegabile ».

Il dibattito — che ha preso l'intera mattina del 5 e alcune ore del pomeriggio — è risultato un interessante e qualificato convegno di studio, con interventi preordinati e liberi, nel quale l'Ecc.mo Presidente del nostro Pontificio Consiglio, moderatore con il Dr. Mangiapan delle *tavole rotonde*, ha portato la sua ampia esperienza di sacerdote e teologo, esponendo chiaramente il pensiero e il magistero della Chiesa in merito.

Il tempo incerto, piovoso e freddo per la quasi totalità del soggiorno, non ha disturbato lo svolgersi del programma, neanche la sera quando la caratteristica processione *aux flambeaux* in onore della Beata Vergine Maria ha visto scendere come un fiume nel vasto recinto del Santuario migliaia e migliaia di fedeli.

Per il Presidente del nostro Dicastero vi è stata l'opportunità di incontrare il Vescovo di Tarbes e Lourdes — S.E.R. Mons. Jean Sahuquet — nella sua residenza lourdiana. Con un colloquio aperto e cordiale sono stati evidenziati i molteplici aspetti in comune, che hanno come punto centrale il servizio pastorale alla Salute e alla Sofferenza dell'Uomo, e sono state delineate alcune iniziative da realizzare in un futuro molto prossimo, in fraterna collaborazione.

Al pellegrinaggio hanno preso

parte il Sottosegretario del nostro Dicastero, P. Felice Ruffini, m.i., P. Simone Tonini, già Abate Generale dei Benedettini Silvestrini, il Presidente Europeo dei Medici Cattolici, prof. Nennia, i Presidenti Nazionali dei Medici e dei Farmacisti Cattolici Italiani, Prof. D. Di Virgilio e dott. Lino Mottironi, e alcuni Membri delle due presidenze, il Presidente dell'Ordine dei Farmacisti d'Italia, dott. Giacomo Leopardi e diversi Consulenti ed Esperti del nostro Pontificio Consiglio.

La perfetta organizzazione ed assistenza è stata curata dall'Opera Romana Pellegrinaggi.

P. FELICE RUFFINI M.I.
Sottosegretario del Dicastero

POLONIA

Visita alle strutture sanitarie

Su invito della Conferenza Episcopale Polacca il Presidente del nostro Dicastero, l'Arcivescovo Fiorenzo Angelini, si è recato per la quinta volta in quella nobile nazione dal 20 al 24 giugno. Lo accompagnava il Sottosegretario del Pontificio Consiglio, P. Felice Ruffini.

L'intenso e articolato programma, preparato dal Segretario della Conferenza Episcopale, l'Arcivescovo Bronislaw Dabrowski, ha portato il Presule a Tarnow, Varsavia e Danzica, per incontrare operatori sanitari e malati negli « Ospedali Cittadini » e in riunioni qualificate, e alcuni responsabili di Governo, nel nome della « Salute dell'Uomo », che la Chiesa da sempre difende perché da sempre Essa è accanto a chi soffre e a quanti si impegnano a difendere e ad assistere la vita dal primo istante, fino al momento finale naturale.

Tre i momenti colti che sono sintesi della nuova ricca esperienza.

* Gli Operatori Sanitari che sono impegnati a dare una testimonianza cristiana nel mondo della salute, in Polonia sono tanti, e procedono all'unisono coi propri Vescovi e coi Sacerdoti che li assistono. Sono consci dei limiti che la preoccupante crisi economica im-

pone, e hanno preso coscienza che non tutto deve essere atteso dall'alto, ma che essi stessi devono farsi carico della responsabilità di fronteggiare la situazione, assumendo l'iniziativa di supplire là dove lo Stato ancora non può intervenire.

L'Arcivescovo Angelini ha trovato attenti interlocutori e terreno fertile. Sia a Tarnow, che a Varsavia e a Danzica, i suoi interventi sono stati recepiti come espressioni di fraterna solidarietà e consegna di « codice di comportamento » insegnato dalla Chiesa. Questa una sintesi dei fondamentali passaggi: « La difesa della vita esige la collaborazione di tutti, al di sopra delle ideologie, delle razze, delle religioni... le autorità preposte al governo della sanità pubblica hanno bisogno della collaborazione di quanti sono impegnati nella cura dell'uomo... tra i primi doveri lo Stato ha quello di curare l'uomo malato... La medicina è per la vita, e quando va contro essa, è un tradimento. La vita è una realtà che ogni medico è obbligato a rispettare. Il medico non è un qualsiasi professionista, ma è una persona con specifica vocazione e missione finalizzata a collaborare con Dio, il medico è continuatore dell'opera della creazione di Dio, della Redenzione di Cristo, perché difendendo la vita si interessa non della malattia ma dell'Uomo, che è composto di corpo e di anima. Non si può curare il corpo e trascurare l'anima... questo vale per tutti, anche per chi non ha la fede cristiana... ».

Una punta di commozione l'abbiamo sentita quando alcuni malati spontaneamente hanno lodato i loro medici, magnificandone le doti umane e professionali. All'ospedale « Zasp » di Danzica una malata ha chiesto a Monsignore Angelini di dire al Papa che faccia un distintivo speciale da dare a tutti quei medici che sono rimasti in Ospedale a curare i malati, e non li hanno abbandonati.

* Secondo momento significativo, gli incontri con alcune Personalità del Governo e della Politica, che hanno desiderato incontrare il nostro Presidente.

Molto importante il colloquio avuto col Ministro degli Esteri, S.E. Tadeusz Olechowski, presente il direttore dell'ufficio per i rapporti con l'occidente, dr. Fekecz. L'incontro è stato sollecitato dallo stesso Ministro, il quale ha voluto esprimere l'apprezzamento suo

personale e del Governo, per l'opera di fraterno aiuto che il Pontificio Consiglio sta dando alle strutture sanitarie della Polonia, con discrezione e senza ostentare pubblicità. Ha inoltre espresso sinceri apprezzamenti nei confronti dell'opera di pacificazione della Chiesa, esprimendo la più viva ammirazione per l'attività del Santo Padre nel mondo.

Anche a Tarnow il Presidente della Provincia ha voluto ricevere l'Arcivescovo Angelini nel Palazzo di Città, una volta residenza del Governo locale, ora museo, per rendere omaggio sottolineando l'apprezzamento per l'opera che la Chiesa compie a favore del popolo polacco, particolarmente nel settore della sanità.

La TV di Stato ha trasmesso alle 21,30 del 21 giugno, nella rubrica «Panorama», una intervista fatta al nostro Presidente, rilasciata nella residenza del Cardinale Primate Józef Glemp.

Di grande interesse la visita che ha fatto Lech Walesa a Mons. Angelini presso la sede della Conferenza Episcopale.

* Terzo momento particolarmente forte, è la fede e la religiosità del popolo Polacco. Vescovi e Sacerdoti sono amati come i veri e unici Pastori descritti dal Vangelo.

A Tarnow il Seminario con 300 giovani studenti, dà 40 nuovi sacerdoti ogni anno. A Danzica, risorta dalle ceneri dopo l'ultima guerra — distrutta anche nel suo tessuto di Chiesa — oggi vi sono 150 seminaristi, e 20 nuovi sacerdoti ogni anno. Nel seminario di Varsavia vi sono circa 400 seminaristi, e ogni anno 50 sono i nuovi sacerdoti. Sono cifre queste, che impressionano e dicono anche quanto sia viva una fede, che viene da una purificazione di sofferenza e di dura prova.

L'esempio di vita pastorale, che assume livelli di ammirevole autentico magistero, nell'Arcivescovo Bronislaw Dabrowski, in S.E.R. Mons. Jerzy Ablewicz, Arcivescovo di Tarnow, e in S.E.R. Mons. Tadeusz Gocloski, Vescovo di Danzica, è forte sprone per l'attività del Pontificio Consiglio.

P. FELICE RUFFINI M.I.

CUBA

Convergenza di intenti

Nello spazio di poco più di un anno il nostro Pontificio Consiglio è stato invitato per tre volte a Cuba: la prima volta l'invito è venuto dalla Chiesa locale, le due rimanenti dal Governo del Paese.

La terza visita ha avuto luogo nei giorni 2-8 luglio 1989. Motivo fondamentale la partecipazione attiva al II Congresso Internazionale sulla Medicina di emergenza e dei Disastri ed anche diversi incontri con esponenti della Chiesa locale, membri del Governo cubano, quindi la visita a varie strutture sanitarie.

La Delegazione era formata da Mons. Fiorenzo Angelini, Presidente del nostro Dicastero, dal p. José Luis Redrado, Segretario e dal Prof. Corrado Manni, Consultore del Pontificio Consiglio e Direttore dell'Istituto di Anestesiologia e Riabilitazione dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

Prima della visita a Cuba, nella sede del nostro Dicastero, si sono avuti incontri e colloqui, tra gli altri, con: il Presidente della Conferenza Episcopale di Cuba Mons. Jaime Ortega e con Mons. Mariano Vivancos, Vescovo responsabile della Pastorale sanitaria nell'isola dei Caraibi (20 aprile 1969); inoltre, con il Dr Julio Teja, Ministro della Sanità di Cuba, nel corso della sua visita a Roma (3-5 marzo 1989); quindi con il Dr José Felipe Carneado, Capo dell'Ufficio per gli Affari religiosi di Cuba (27 maggio 1989).

Sia Mons. Ortega sia il Dr. Carneado, rispettivamente per la Chiesa locale e per il Governo, furono protagonisti, in occasione della loro visita, dell'invito ufficiale al Santo Padre a recarsi a Cuba; contestualmente dovevano prendere contatti con istituzioni religiose in vista di un loro possibile ingresso a Cuba: ingresso in via di definizione con un «Protocollo pastorale», cioè un accordo tra la Chiesa locale e il Ministero della Sanità.

Programma e svolgimento della visita

* *Partecipazione al Congresso.* Martedì 4 luglio 1989 abbiamo preso parte all'apertura del Congresso.

Presiedeva la D.ssa Rosa Elena Siméon, Presidente dell'Accademia delle Scienze di Cuba: erano inoltre membri della Presidenza il Generale di Brigata Guillermo Rodríguez del Pozo, Capo di Stato Maggiore della Difesa civile; il Generale di Divisione Pascual Rodríguez Braxa, per il Ministero degli Interni; il Generale dell'Esercito Vladimir Govoroz, Capo della Difesa civile dell'URSS. Terminata la cerimonia inaugurale, ha assunto la presidenza Mons. Angelini che ha dato la parola ai primi relatori: il Dr. Alberto Giesseek, Rappresentante dell'Ufficio di Coordinamento delle Nazioni Unite per il Soccorso in caso di Disastri; il Dr. Claude Deville, del Programma di Emergenza dell'Ufficio Panamericano della Sanità; il Dr. Juve Vitani, Presidente della Lega delle Società della Croce Rossa. Ha quindi, infine, preso la parola Mons. Angelini parlando del tema «L'etica nella medicina dei disastri», sottolineando come l'istanza etica derivi alla medicina dal suo essere al servizio della vita (I lettori troveranno in questo stesso numero il testo dell'intervento). Nel pomeriggio il Congresso è continuato con le relazioni previste nelle distinte sessioni; nel corso di una di queste, presieduta da Mons. Angelini, ha tenuto la sua relazione il Prof. Corrado Manni, svolgendo il tema: «Compiti del Dipartimento di Emergenza nei Disastri», soffermandosi sulla finalità e l'importanza di questo Dipartimento e su come si debbano valorizzare, in occasione delle calamità, i suoi compiti, le sue strutture, l'organizzazione multidisciplinare, ecc.

* *Visita alle autorità sanitarie e civili.* - Al Ministero della Sanità, incontro con il Ministro Dr Julio Teja e diversi collaboratori del Ministero. Argomento dell'incontro il nostro desiderio di collaborare, sia con l'ingresso a Cuba di nuove religiose/i per operare nelle strutture sanitarie dell'isola, sia con la possibilità che alcuni giovani medici cubani vengano a Roma per un interscambio di riflessione e di approfondimento in alcune specializzazioni.

Al Ministero degli Affari Esteri, incontro con il Dr. Isidoro Malmierca, titolare del Ministero. Anche qui l'argomento è stato quello della sanità e della salute che, come ha ricordato Mons. Angelini è prioritario rispetto a qualsiasi ideologia, sistema politico, problema religioso, in quanto risponde ad una

domanda essenziale comune a tutti gli uomini. La sanità, tuttavia, oltre ai farmaci, agli ospedali abbraccia i problemi dell'igiene, dell'alimentazione, dell'ambiente. Il Signor Ministro ha sottolineato la convergenza del comune pensiero, ricordando come il Presidente Castro, riferendosi all'assistenza sanitaria, abbia più volte parlato della necessità delle religiose, mettendone in evidenza la dedizione, il sacrificio e l'operosità. Ha poi aggiunto il Ministro: — Mons. Angelini, la sua visita ci dà fiducia e ci sostiene nel dovere che abbiamo di assicurare la salute.

Incontro con il Vice Presidente del Consiglio di Stato e dei Ministri Dr. Carlos Rafael Rodríguez: interessandosi allo sviluppo del nostro lavoro e del Congresso, ha ricordato in proposito, gli interventi di aiuto compiuti da Cuba in occasione delle calamità verificatesi in Perù, in Nicaragua, in Armenia, ecc. Nel corso di questo incontro, particolarmente significativa è stata la presenza del Dr. José Felipe Carneado per quanto attiene allo studio del « Protocollo pastorale » che prevede l'ingresso di religiosi per operare in campo sanitario; a ciò si è vivamente interessato anche il Vice Presidente Dr. Carlos Rafael Rodríguez.

Dopo le suddette visite, nelle quali siamo stati accompagnati dal Pro-Nunzio Apostolico Mons. Faustino Sainz Muñoz e dall'Uditore della Nunziatura Mons. Pierre Christophe, abbiamo avuto un incontro nella sede della Nunziatura, con i Ministri già incontrati ed esponenti qualificati dei rispettivi Ministeri. Per l'occasione sono intervenuti anche Mons. Jaime Ortega, Mons. Mariano Vivancos e il gruppo coordinatore della pastorale sanitaria a Cuba.

** Strutture sanitarie visitate.* - A Calabazar (municipio di Boyeros), visita al Policlinico e al Consultorio del Medico di Famiglia. Notevoli la sua organizzazione, il numero delle visite mediche effettuate, il suo inserimento nella comunità urbana e, soprattutto, il suo obiettivo di raggiungere tutti con l'assistenza sanitaria.

In Provincia di Pinar del Rio, visita ad alcune Unità del Sistema sanitario nazionale. Ci hanno accompagnato, il Pro-Nunzio Apostolico, il Vice Ministro della Sanità, Dr. Abelardo Ramirez e l'ex Ambasciatore di Cuba presso la S. Sede, Dr. Estévez. Il programma della giornata era stato preparato molto accurata-

tamente. Abbiamo visitato l'ospedale « Abel Santamaria », un ospedale generale di Stato, con 600 posti letto e 1.019 operatori. Ci è stato fatto notare come sia stato possibile, in una provincia povera come Pinar del Rio una trasformazione così positiva ed un vero sviluppo del programma sanitario. Nella stessa provincia abbiamo pure visitato un Consultorio del Medico di Famiglia, un istituto per anziani e una fabbrica pilota di materiale elettronico.

Nel corso della visita a Pinar del Rio abbiamo anche incontrato il vescovo della diocesi Mons. José Siro Gonzalez, che ci ha accompagnato per tutta la giornata.

** A contatto con la Chiesa locale.* Come già accennato, nel corso della nostra visita, abbiamo incontrato vari vescovi: Mons. Jaime Ortega, Mons. Mariano Vivancos, Mons. Carlos Manuel De Cespedes, Segretario della Conferenza Episcopale cubana, Mons. Siro González e Mons. Adolfo Rodriguez, Vescovo di Camaguey.

Di particolare importanza gli incontri con il Gruppo nazionale di Pastorale sanitaria, coordinato da Fr. Manuel Colliga O.H. e l'incontro con le superiori/i delle comunità che operano a Cuba in campo sanitario.

Nel corso della riunione con il primo gruppo si è discusso su di un progetto di « Protocollo pastorale » preparato dal gruppo stesso. Il suddetto Protocollo vuole essere un accordo tra il Ministero della Sanità e la Conferenza Episcopale cubana: un progetto allo studio da tempo e per il quale il nostro Dicastero si sta impegnando attivamente. Trattandosi dell'ingresso di religiosi che dovranno lavorare nelle strutture sanitarie dello Stato, Mons. Angelini ha insistito sull'importanza dell'accordo e sulla sua dimensione pastorale.

Nella riunione con le superiori/i impegnati nell'assistenza sanitaria: è stata sottolineata l'urgenza e la responsabilità di rispondere con nuovo personale alle necessità e alla nuova offerta che ci viene fatta. Attualmente, in campo sanitario, operano circa 131 religiose in strutture assistenziali della Chiesa e due comunità anche in strutture dello Stato (un lebbrosario e un centro di bambini malati di mente). Nel corso della riunione sono stati passati in rassegna i principali impegni: appoggio del nostro Dicastero e della Nunziatura; visite di Mons. Ortega

e di Mons. Vivancos a Roma, in Messico e in Spagna e il lavoro della stessa Commissione incaricata della elaborazione del « Protocollo pastorale ».

L'esperienza delle tre visite a Cuba in poco più di un anno ha confermato ancora una volta quanto il tema della salute sia fattore di convergenza di intenti e di sforzi. Nel corso di queste visite abbiamo potuto apprezzare il posto che occupa la sanità nell'impegno dello Stato; nello stesso tempo abbiamo rilevato lo sforzo ed il cammino compiuti dalla Pastorale sanitaria a Cuba, cammino contrassegnato da tanti incontri, nuove forme operative, preoccupazioni e testimonianze. L'auspicio è che questo nuovo passo, che questa collaborazione offerta e accettata, contribuisca a far cadere barriere e ad unire le volontà per una più ricca presenza evangelizzatrice della Chiesa a Cuba.

Infine, abbiamo constatato con quanta gioia sia attesa la visita del Papa, sia da parte dei Vescovi e dei fedeli come da parte del Governo di Cuba.

P. JOSÉ LUIS REDRADO O.H.

ROMA

Il nostro Dicastero presente in diversi incontri

1. Incontro in Vaticano con gli Arcivescovi Metropoliti delle province ecclesiastiche degli Usa, 8-10 marzo 1989

Mons. Angelini, partecipando a questo incontro in qualità di Presidente del nostro Dicastero, si fece portavoce tra i presenti di alcuni aspetti relativi alla necessità di promuovere, di animare e di coordinare la pastorale sanitaria all'interno della pastorale generale, della chiesa sottolineando che la pastorale sanitaria ha un posto privilegiato nell'evangelizzazione, l'importanza dell'assistenza spirituale ai malati, l'operatività delle associazioni sanitarie e il Magiste-

CITTÀ DEL VATICANO

Attualità dell'Enciclica « *Humanae Vitae* » di Papa Paolo VI a venti anni dalla pubblicazione

Per iniziativa del Pontificio Consiglio per la Famiglia si è svolta in Vaticano, nei gg. 7-8 novembre 1988, una riunione dei Vescovi responsabili di Commissioni Episcopali per la famiglia di 60 Conferenze Episcopali. Punti di studio e riflessione sono stati i problemi inerenti alla coppia ed alla famiglia. I partecipanti, tra cui numerosi laici ed esperti, hanno ribadito la validità e l'attualità dell'*Humanae Vitae*; in particolare modo sono stati affrontati alcuni punti della morale familiare come la coscienza morale degli sposi e il magistero; ed il problema dei molti matrimoni finiti in divorzi.

Ubbidite alla Verità e rispettate l'« *Humanae Vitae* »

Il Santo Padre nel suo saluto ai partecipanti al 2° Congresso Internazionale di teologia Morale ha riaffermato il carattere obbligatorio delle norme morali insegnate dall'Enciclica *Humanae Vitae*; ha concluso dicendo: « Cercate sempre la Verità, rispettate la Verità, ubbidite alla Verità. Non c'è maggiore gioia che questa ricerca, questo rispetto e questa obbedienza ».

Un russo ha ricevuto il premio « Umanizzazione della Medicina 1988 »

Durante la Conferenza Internazionale organizzata dal Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari su « Longevità e qualità della vita » è stato consegnato allo psichiatra russo Anatoly Koryagin, il premio « Umanizzazione della Medicina 1988 », istituito dalla Fidia Pharmaceutical Corporation con l'università Georgetown di Washington.

La Chiesa Madre e Maestra vicina all'uomo affetto dal dramma dell'Aids

La Chiesa facendosi carico « delle gioie e delle speranze, delle tristezze e dei dolori » dell'uomo in ogni tempo, si sente, oggi, responsabile anche del grave problema dell'Aids.

Due iniziative meritano essere menzionate:

— una presa dal Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori che dedicherà a questo tema la IV conferenza internazionale dal titolo « Vivere: perché? ». Saranno affrontati temi e problemi fondamentali che sono implicati all'Aids, che si presenta in stretta relazione alla crisi esistenziale, alla crisi dell'educazione della formazione delle coscienze, all'assenza del sentimento religioso e del rifiu-

to del senso umano della vita.

— l'altra del Celam, il Consejo Episcopal Latino-americano che ha tenuto dal 7 all'11 novembre '88 a San Paolo (Brasile) un incontro sull'Aids.

Tale incontro era stato organizzato dal Dipartimento di Pastorale Familiare in collaborazione con la Caritas Internazionale e l'Arcidiocesi di San Paolo. Tra i temi affrontati meritano particolare attenzione: la diagnosi della malattia, e la visione teologica della realtà dell'Aids e dei valori della sessualità nel contesto familiare. Fine dell'incontro era stato quello di delineare una azione pastorale specifica per i « gruppi a rischio ».

CUBA

Le strutture socio-sanitarie per gli anziani devono essere umanizzate

Da vari anni il governo di Cuba ha cercato, con grande sforzo, di dare soluzioni ai numerosi problemi della terza età per poter assicurare agli anziani una vita senza emarginazione sociale. A tal fine sono state create diverse strutture per rispondere alle necessità di queste persone che, per la maggior parte dei casi, o non hanno famiglia o se l'hanno non può rispondere alle loro necessità. Ancora molto si deve fare, si è coscienti però che le strutture devono lasciare spazio all'iniziativa di quelli che sono i suoi beneficiari, al fine che questi si possano realizzare come persone.

STRASBURGO

La tutela della vita inizia dal concepimento

La Commissione Politica del Parlamento europeo su richiesta della commissione giuridica dei diritti dei cittadini, ha approvato all'unanimità un progetto di legge sulla manipolazione genetica.

Eccone alcuni punti:

- il diritto alla vita inizia nel momento del concepimento

- la tutela della vita umana a partire dal suo concepimento e la tutela dell'identità genetica fondano le loro radici nella dignità umana.

- Sia la ricerca scientifica che la medicina non autorizzano alcun esperimento su embrioni. È necessario eliminare il rischio in relazione ai processi eugenetici. Si può accettare la pratica terapeutica su embrioni solo se l'obiettivo è il benessere della vita umana.

GUAYAQUIL (Ecuador)

Valore inestimabile della spiritualità nella pastorale sanitaria

L'arcidiocesi di Guayaquil fortemente dedicata al servizio pastorale verso i nostri fratelli sofferenti, volge lo sguardo al futuro con fede e ottimismo; i responsabili del settore si propongono:

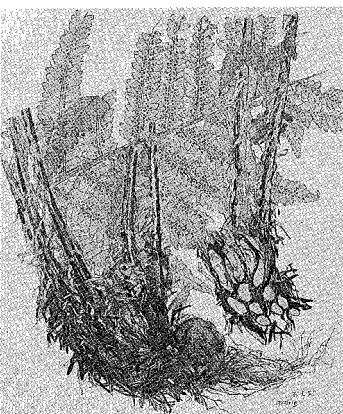
- di aumentare il numero dei gruppi di pastorale, soprattutto nelle parrocchie, di continuare a promuovere e stimolare iniziative (conferenze, giornate di studio, seminari) per umanizzare e cristianizzare i servizi di sanità;

- di diffondere la devozione allo scapolare della Santissima Vergine portandolo ai pazienti accompagnato dal testo della preghiera;

- di unire preghiera ed Eucaristia affinché Dio dia la forza e la fede necessaria agli operatori sanitari per portare Cristo agli infermi perché la loro vita spirituale migliori e si intensifichi in vista della salvezza integrale.

ZAIRE

Presenza materna di magistero e carità della Chiesa nel mondo della sofferenza afflitto dalla sindrome di immunodeficienza acquisita



Mons. Bakole Wa Ilunga responsabile della pastorale sanitaria della Conferenza episcopale dello Zaire ci informa che la Chiesa Cattolica si è mobilitata con altre comunità cristiane, organismi e centri di ricerca di sanità e di sviluppo per assicurare una presenza sempre materna di magistero e di carità nel mondo della sofferenza che vive nel terrore, ma anche nella speranza, il dramma dell'Aids.

FIUC

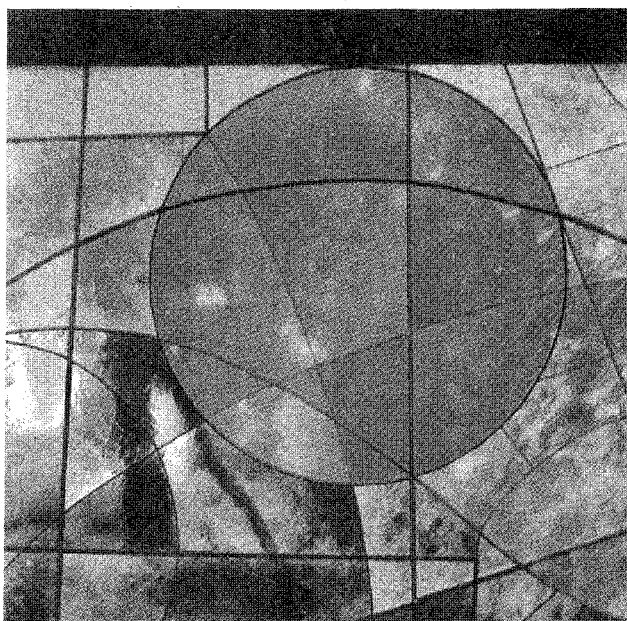
(Federazione Internazionale delle Università Cattoliche)

La direzione della FIUC ha inviato ai rettori delle università affiliate un questionario sulla bioetica.

- Il Gruppo internazionale di Studi di Bioetica si propone di fare un indice sugli argomenti degni di riflessione ed invitare docenti delle università affinché si associno al lavoro di ricerca sviluppato dal Gruppo a livello internazionale.

- Tutte le Università associate devono garantire una migliore informazione sulle persone, le iniziative, gli insegnamenti, ecc. in materia di bioetica.

PONTIFICIUM
CONSILIUM
DE APOSTOLATU
PRO VALETUDINIS
ADMINISTRIS



IV CONFÉRENCE
INTERNATIONALE
FOURTH INTERNATIONAL
CONFERENCE
13-14-15 NOVEMBRE-NOVEMBER
1989

CITÉ DU VATICAN
VATICAN CITY

VIVRE, POURQUOI?
■ LIVE: WHY?

TO LIVE: WHY?

VIVRE, POURQUOI?

In choosing the complex problems linked to the modern epidemic of the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) as the topic for its fourth International Conference, the Pontifical Council for Pastoral Assistance to Health Care Workers has sought to group them under the title "To Live: Why?" In reality, among the forms of pathology which have stricken man throughout history, AIDS, more than any other, combines illness and behavior, physical pathology and psychic-spiritual pathology.

The unexpected manifestation and threatening spread of AIDS have evidenced in a singular way that many imbalances between the First and Third Worlds, between developed and developing countries, not only are based on serious injustices, but are at the root of an existential crisis of man today

The quality of health is closely linked to the quality of life. For this reason, the safeguarding and recovery of health also call for the safeguarding and recovery of the quality of life in its psychophysical integrity, which is not exhausted by material well-being, but demands the defense and affirmation of the primary human values.

The Church, viewing man as her "way," in the words of John Paul II, is particularly sensitive to the drama undergone by AIDS patients and decidedly joins in the commitment by science and public authorities to offer further reason for hope not only to AIDS victims, but to all working to assist them and combat this disease.

This International Conference is witnessing contributions by many of the leading scientists and experts in the field. The aim is that from this collective effort there may arise a constructive, operative proposal capable of uniting our best forces to face together an illness whose analysis can and must offer a valuable lesson on life.

✠ Fiorenzo Angelini
President

Choissant pour thème de la IV Conférence Internationale, les problèmes complexes liés à l'épidémie actuelle du Syndrome de l'Immunodéficience acquise (AIDS), le Conseil Pontifical pour la Pastorale des Services de la Santé a voulu les synthétiser en cette formule lapidaire: « Vivre, pourquoi? ». En réalité, parmi les atteintes pathologiques qui ont touché l'homme, au cours de son histoire, le SIDA, allie plus que toute autre forme, maladie et comportement, pathologie physique et pathologie mentale et spirituelle.

La manifestation imprévisible et l'extension menaçante du SIDA ont mis en évidence, d'une manière singulière, comment de nombreux déséquilibres entre le premier et le tiers monde, entre Pays développés et Pays en voie de développement, se basent non seulement sur de graves injustices, mais sont à l'origine d'une crise existentielle de l'homme d'aujourd'hui.

La qualité de la santé est étroitement liée à la qualité de la vie. C'est pourquoi, la sauvegarde et le retour à la santé mettent en cause la sauvegarde et le retour à la qualité de la vie dans son intégrité psycho-physique, laquelle ne se contente pas du bien-être matériel, mais exige la défense et l'affirmation des valeurs humaines fondamentales.

L'Eglise qui, selon les propres paroles de Jean-Paul II, regarde vers l'homme comme vers sa propre « route », se montre particulièrement sensible au drame vécu par les malades du SIDA, et s'associe étroitement à l'engagement de la science et des pouvoirs publics en vue d'offrir un nouveau motif d'espérance, non seulement aux victimes du SIDA, mais à tous ceux qui se dévouent pour les assister et pour combattre ce mal.

La Conférence Internationale sur le SIDA bénéficie du concours de nombreux scientifiques et experts en la matière. Que de ce apport conjugué puisse jaillir une proposition constructive et opérationnelle, capable de rassembler les forces les meilleures pour affronter en commun un mal, dont l'analyse pourra et devra offrir une précieuse leçon de vie, c'est là notre objectif

✠ Fiorenzo Angelini
Président

LUNDI 13 NOVEMBRE

P R É S I D E N C E

S.E. Mgr FIORENZO ANGELINI
*Président du Conseil Pontificai pour la Pastorale
des Services de la Santé*

S.E. Prof. G.B. MARINI BETTOLO
Président de l'Académie Pontificale des Sciences

9h00

DÉBUT DES TRAVAUX

9h30

O U V E R T U R E

SIDA: science et conscience

M. le Cardinal JOHN JOSEPH O'CONNOR
Archevêque de New-York

10h00

SIDA: un signe des temps?

P GEORGES COTTIER O.P.
*Secrétaire général de la Commission Théologique
Internationale*

10h30

SIDA: importance de la science de base

Prof BARUC S BLUMBERG
*Prix Nobel de Medecme
Directeur de l'Institut de la Recherche
sur le Cancer, Philadelphie (USA)*

11h00

Intervalle

11h10

SIDA: nature du virus

Prof ROBERT C GALLO
*Directeur du Laboratoire de Biologie Cellulaire
Institut National de la Recherche sur le Cancer,
Bethesda (USA)*

11h40

Prof LUC MONTAGNIER
*Directeur de la Division d'Oncologie Virale
Institut Pasteur, Paris (France)*

12h10

Prof. ARSENE BURNY
*Directeur du Département de Biologie Moléculaire
Université de Bruxelles (Belgique)*

12h40

SIDA: épidémiologie internationale

Prof. JONATHAN MANN
*Directeur du Programme spécial
de lutte contre le SIDA
Organisation Mondiale de la Santé, Genève (Suisse)*

15h00

Modérateur: Prof. CLARENCE GIBBS
*Directeur Adjoint du Laboratoire d'Etudes
du Système Nerveux Centrai, Bethesda (U.S.A.)*

Considérations épidémiologiques sur le SIDA

Prof. WILLIAM BLATTNER
*Directeur de l'Institut National
d'Etudes Oncologiques sur la Famille,
Bethesda (U.S.A)*

15h30

Le diagnostic du SIDA: expérience en Afrique du Sud

Prof. RUBEN SHER
*Chef du Département de Sérologie et d'immunologie
de l'Institut de Recherche Médicale de Johannesburg
(Afrique du Sud)*

16h00

SIDA: aspects éthiques généraux

Mgr CARLO CAFFARRA
*Président de l'Institut Jean-Paul II
pour les Etudes sur le Mariage et la Famille
de l'Université Pontificale du Latran. Rome*

16h30

Modulation du Système immunitaire

Prof. FRITZ MELCHERS
Directeur de l'Institut d'Immunologie de Bale (Suisse)

17h00

Intervalle

17h10

Le SIDA: prévention et immunologie

Prof. DANI P. BOLOGNESI
*Directeur du Département de Chirurgie
du Centre Médical Universitaire « Duke »,
Durham (U.S.A.)*

17h40

SIDA: interferon-gamma et anticorps

Prof ADOLFO TURANO
*Directeur de l'Institut de Microbiologie
de l'Université de Brescia (Italie)*

18h10

Usage clinique des interferons et des interleukins: perspectives

Prof. MICHEL REVEL
*Directeur du Département de Virologie
à l'Institut des Sciences Weizmann
de Revohof (Israel)*

18h40

Le point sur le SIDA dans la recherche du vaccin

Prof. DANIEL ZAGURY
*Directeur du Laboratoire de Physiologie Cellulaire
de l'Université Pierre et Marie Curie, Paris (France)*

9h00

Modérateur: Prof. ANTONIO SANNA
*Professeur Honoraire de Microbiologie
à l'Université du Sacré-Cœur, Rome*

Pédiatrie et SIDA

Prof. WADE P. PARKS
*Directeur du Département de Pédiatrie
de l'Université de Miami (U.S.A.)*

9h30

Thérapeutique antivirale dans le rétrovirus humain: perspectives

Prof. ERIK DE CLERCQ
*Directeur de la Division de Microbiologie
de l'Université Catholique de Louvain (Belgique)*

10h30

Les médicaments antiviraux dans l'infection HIV

Dr. ROBERT YARCHOAN
*Chercheur honoraire de l'Institut National
de Santé (NCI) Bethesda (U.S.A.)*

II h00

Intervalle

11h10

Thérapeutique et problèmes d'éthique médicale

Prof. EDMUND PELLEGRINO
*Directeur de l'Institut d'Ethique Joseph
et Rose Kennedy
de l'Université Georgetown, Washington (U.S.A.)*

11h40

Le SIDA: étude clinique

Prof. LUIGI ORTONA
*Directeur de l'Institut des Maladies Infectieuses
de l'Université Catholique du Sacré-Cœur, Rome*

12h10

Le SIDA: thérapie intensive

Prof. CORRADO MANNI
*Directeur de l'Institut d'Anesthésie et de Réanimation
de l'Université Catholique du Sacré-Cœur, Rome*

15h00

Modérateur: Prof. FREDERICK C. ROBBINS
*Prix Nobel de Médecine Président de l'Académie
Nationale de Médecine (U.S.A.)*

La prévention: personne humaine et responsabilité

Prof. SERGIO COTTA
*Professeur de Philosophie de Droit à la Faculté
de Droit de l'Université « La Sapienza », Rome*

15h30

SIDA: aspects psychologiques et neuropsychiatriques

Prof. CARLO LORENZO CAZZULLO
*Directeur de la Clinique de Neuropsychiatrie
de l'Université de Milan (Italie)*

16h00

Synthèse et conclusions

Prof. MICHAEL FELDMAN
Directeur de l'Institut Weizmann, Rehovot (Israel)

16h30

Table Ronde

Droits et devoirs de la personne, de la communauté et des institutions

Modérateur: Prof. CESARE MIRABELLI
*Professeur de Droit Ecclésiastique à l'Université
« Tor Vergata », Rome*

SIDA et secret professionnel

P. JAVIER ELIZARI, C.S.S.R.
*Directeur de l'Institut Supérieur
des Sciences Morales, Madrid (Espagne)*

SIDA et Institutions pénales

Prof. ERNESTO UGO SAVONA
*Professeur à l'Institut National de Justice,
Washington (U.S.A.)*

17h15

Table Ronde

SIDA et problèmes d'assistance

Modérateur: Prof. ELIO GUZZANTI
*Directeur Scientifique à l'Hôpital « Bambino Gesù »,
Rome*

Mère THÉRÈSE DE CALCUTTA

Prix Nobel de la Paix

Dr. GERHARD MEIER

Secrétaire Général de la « Caritas Internationalis »

Monseigneur IVAN MARIN

Sous-Secrétaire du Conseil Pontifical « Cor Unum »

Mme. CECILIA MOLOANTOA

*Sécrétaire du Bureau de Santé
Union des Conférence Episcopales
d'Afrique Australe, Johannesburg*

Mme. HELEN TAYLOR-THOMPSON

*Présidente du Conseil d'Administration de la
« Mission Mildway », Londres (Grande-Bretagne)*

Prof. LUHRUMA ZIRIMWABAGABO

Cliniques Universitaires de Kinshasa (Zaire)

Mlle. JOSEPHINA AZZOLINI

Infirmière Hospitalière, San Paolo (Brésil)

18h30

Le SIDA: son actualité dans les pays de mission

P. CHARLES SCHLECK, C.S.C.
*Sous-Secrétaire de la Congrégation
pour l'Évangélisation des Peuples*

9h00

Le **SIDA**: châtiement de Dieu?

Prof. ROCCO BUTTIGLIONE

*Vice-Recteur de l'Académie internationale de Philosophie,
Principauté de Liechtenstein*

9h20

Table Ronde

Le **SIDA**: la famille et la société s'interrogent

Modérateur: S.E. Mgr. JEAN-FRANÇOIS ARRIGHI

Vice-Président du Conseil Pontifical pour la Famille

SIDA et procréation responsable

Prof. Mgr. ELIO SGRECCIA

*Directeur du Centre de Bioéthique
de l'Université Catholique du Sacré-Cœur, Rome*

SIDA et intégrité de la famille

M. l'Abbé RAYMOND C. O'BRIEN

*Professeur à l'Institut de Droit « Columbus »
de l'Université Catholique, Washington (USA)*

Le **SIDA** et l'Armée

Lieutenant-Colonel ROBERT REDFIELD, MC

*Directeur du Département de la Recherche
sur le rétrovirus à l'Institut Militaire « Walter Reed »
de Recherche (U.S.A.)*

Prévention du **SIDA**

Prof AUGUST WILHELM VON EIFF

*Directeur de la Clinique Médicale
de l'Université de Bonn (Allemagne Fédérale)*

10h30

Intervalle

10h40

Moderateur Prof FRANCESCO ANTONIO MANZOLI

*Directeur Général de l'Institut
Supérieur de la Santé d'Italie, Rome*

SIDA et drogue

M. L'Abbé MARIO PICCHI

Président du Centre Italien de Solidarité, Rome

11h00

Le **SIDA** et les médias

S.E. Mgr. JOHN P. FOLEY

*Président du Conseil Pontifical
pour les Communications Sociales*

11h20

L'opinion publique et le **SIDA**

Dr. ALBERTO MICHELINI

Journaliste, Député au Parlement Européen

11h40

Le **SIDA** et l'homme: «Chemin de l'Eglise et de l'Etat»

Prof. BONIFACIO HONINGS

*Professeur de Théologie Morale
à l'Université Pontificale du Latran, Rome*

12h00

SIDA et problèmes sociaux

Prof. JACQUES CROZEMARIE

*Président de l'Association de Recherche sur le Cancer,
Villejuif (France)*

12h20

L'impact de l'épidémie du **SIDA** sur l'opinion publique

Dr. ROBERT K. GREY

*Président du Conseil d'Administration de la
Compagnie Internationale des Affaires Publiques
Hiel e Knowlton*

15h00

Modérateur: Prof. ALESSANDRO BERETTA

ANGUISSOLA

Président du Conseil Supérieur de la Santé d'Italie

Position de l'Eglise Orthodoxe face au **SIDA**

S.E. Mgr. ATHENAGORAS ZACOPOULOS

Métropolite Orthodoxe de Fochis (Grèce)

15h20

Initiatives des Communautés Européennes
dans la recherche sur le **SIDA**

Prof PAOLO MARIA FASELLA

*Directeur Général de la Science, de la Recherche
et du Développement de la Commission
des Communautés Européennes,
Bruxelles (Belgique)*

15h40

La Pastorale de la solidarité

S.E. Mgr. DIONIGI TETTAMANZI

*Archevêque d'Ancona-Osimo
Professeur de Théologie Morale*

16h00

La Pastorale de l'espérance

S.E. Mgr. KARL LEHMANN

Evêque de Mayence (Allemagne Fédérale)

16h30

Législation sur le **SIDA** en divers Pays du monde

Dr HIROSHI NAKAJIMA

*Directeur Général de l'Organisation Mondiale de la
Santé (O.M.S.), Genève (Suisse)*

17h00

Action unitaire des Etats dans la lutte contre le **SIDA**

S. Exc. M. GIULIO ANDREOTTI

Président du Conseil des Ministres de l'Italie

MONDAY, NOVEMBER 13

P R E S I D E N C Y

Archbishop FIORENZO ANGELINI
*President of the Pontifical Council for
Pastoral Assistance to Health Care Workers*

H.E. Prof. GIOVANNI BATTISTA MARINI BETTOLO
President of the Pontifical Academy of Sciences

9.00 a.m.

C O M M E N C E M E N T
O F C O N F E R E N C E

9:30 a.m.

O P E N I N G A D D R E S S

AIDS: Between Science and Conscience

JOHN Cardinal O'CONNOR
Archbishop of New York

10:00 a.m.

AIDS: A Sign of the Times?

Fr. GEORGES COTTIER, O.P.
*General Secretary of the International Theology
Commission*

10:30 a.m.

**The Importance of Basic Science
for the AIDS Epidemic**

Professor BARUC S. BLUMBERG
*Nobel Prize Winner in Medicine
Director of the Cancer
Research Institute
Philadelphia, USA*

11 00 a.m

Intermission

11 00 a.m

On the Nature of the AIDS Virus

Professor ROBERT C GALLO
*Director, Laboratory of Tumor Cell Biology
National Cancer Institute, Bethesda, USA*

11:40 a.m.

Professor LUC MONTAGNIER
*Director of the Division of Viral Oncology
Pasteur Institute, Paris, France*

1210 a m

Professor ARSENE BURNY
*Director of the Department of Molecular Biology
University of Brussels, Belgium*

12:40 a.m

The International Epidemiology of AIDS

Professor JONATHAN MANN
*Director of the AIDS Program of the World Health
Organization (WHO), Geneva, Switzerland*

3:00 p.m.

Moderator: Professor CLARENCE GIBBS
*Associate Director of the Laboratory for
Central Nervous System Studies
Bethesda, USA*

Epidemiological Considerations on AIDS

Professor WILLIAM BLATTNER
*Director of Family Studies at the
National Cancer Institute, Bethesda, USA*

3:30 p.m.

**The Diagnostics of AIDS in the Experience
of Southern African Countries**

Professor RUBEN SHER
*Head of the Serology and Immunology Department
Institute for Medical Research, Johannesburg,
South Africa*

4:00 p.m.

Monsignor CARLO CAFFARRA
*Dean of the John Paul II Institute for
Marriage and Family Studies at the
Lateran Pontifical University, Rome*

4:30 p.m.

The Modulation of the Immune System

Professor FRITZ MELCHERS
*Director of the Immunology Institute
of Basel, Switzerland*

5:00 p.m

Intermission

5:10 p m

Immunological Prevention of AIDS

Professor DANI P BOLOGNESI
*Professor of Biology at the
Duke University Medical Center
Durham, USA*

5:40 p.m.

Interferon-Gamma and Antibodies in AIDS

Professor ADOLFO TURANO
*Director of the Microbiology Institute at the
University of Brescia, Italy*

610 p.m

**Prospect of the Clinical Uses of Interferons
and Interleukins**

Professor MICHEL REVEL
*Head, Department of Virology, The Weizmann
Institute of Science, Rehovot, Israel*

6:40 p.m.

Information on Progress in AIDS Vaccine Research

Professor DANIEL ZAGURY
*Director of the Cellular Physiology Laboratory at
Pierre and Marie Curie University, Paris, France*

TUESDAY, NOVEMBER 14

9:00 a.m.

Moderator: Professor ANTONIO SANNA
*Emeritus Professor of Microbiology
at the Catholic University of the Sacred Heart, Rome*

Pediatrics and AIDS

Professor WADE P. PARKS
*Head of the Pediatrics Department
at the University of Miami, USA*

9:30 a.m.

Prospects for Antiviral Drugs for Human Retroviruses

professor ERIK DE CLERCQ
*Director of the Microbiology Division
at the Catholic University of Louvain, Belgium*

10:30 a.m.

Clinical Evaluation of Antiviral Drugs for HIV Infection

Dr. ROBERT YARCHOAN
*Senior Investigator, N.C.I., National Institutes
of Health, Bethesda, USA*

11:00 a.m.

Intermission

11:10 a.m.

Therapeutic Treatment and Problems in Medical Ethics

Professor EDMUND PELLEGRINO
*Director of the Joseph and Rose Kennedy Institute
of Ethics at Georgetown University
Washington, USA*

11:40 a.m.

AIDS from a Clinical Standpoint

Professor LUIGI ORTONA
*Director of the Infectious Disease Institute
at the Catholic University of the Sacred Heart, Rome*

12:10 a.m.

Intensive Therapy for AIDS

Professor CORRADO MANNI
*Director of the Anesthesiology and Resuscitation
Institute at the Catholic University
of the Sacred Heart, Rome*

3:00 p.m.

Moderator: Prof. FREDERICK C. ROBBINS
*Nobel Prize Winner in Medicine,
President of the National Academy of Medicine, USA*

The Human Person and Responsibility in Preventive Behavior

Professor SERGIO COTTA
*Professor of Philosophy of Law
at the Jurisprudence Faculty
of La Sapienza University, Rome*

3:30 p.m.

Psychological and Neuropsychiatric Aspects of AIDS

Professor CARLO LORENZO CAZZULLO
*Director of the Neuropsychiatric Clinic
at the University of Milan, Italy*

4:00 p.m.

Summary Conclusion

Professor MICHAEL FELDMAN
*Professor of Cell Biology at the Weizmann Institute
Rehovot, Israel*

4:30 p.m.

Round Table

Rights and Duties of the Person, the Community, and Institutions

Moderator: Professor CESARE MIRABELLI
*Professor of Ecclesiastica1 Law
at Tor Vergata University, Rome*

AIDS and Professional Secrecy

Fr. JAVIER ELIZARI, C.S.S.R.
*Director of the Advanced Institute
for Moral Sciences, Madrid, Spain*

AIDS and Penal Institutions

Professor ERNESTO UGO SAVONA
*Professor at the National Institute of Justice
Washington, USA*

5.15 p.m.

Round Table

AIDS and Problems in Assistance

Moderator Professor ELIO GUZZANTI
*Scientific Director
of the Child Jesus Hospital, Rome*

Mother THERESA OF CALCUTTA
Winner of the Nobel Peace Prize

Dr. GERHARD MEIER
General Secretary of Caritas Internationalis

Monsignor IVAN MARIN
*Undersecretary of the Pontifica1 Council
Cor Unum*

Mrs. CECILIA MOLOANTOA
*Secretary, Health Care and Education Dept
Southern Africa Bishops' Conference*

Mrs. HELEN TAYLOR-THOMPSON
*Chairman of the Board of Governors
of the Mildmay Mission, London*

Professor LUHRUMA ZIRIMWABAGABO
University Clinics of Kinshasa, Zaire

Miss JOSEPHINA AZZOLINI
Professional nurse, São Paulo, Brazil

6:30 p.m.

The Problems of AIDS in Mission Countries

Fr CHARLES SCHLECK, C.S.C
*Undersecretary of the Congregation
for the Evangelization of Peoples*

9:00 a.m.

Is AIDS a Divine Punishment?

Professor **ROCCO BUTTIGLIONE**
Pro-Rector of the International Academy
of Philosophy,
Principality of Liechtenstein

9:20 a.m.

Round Table

AIDS as a Problem of the Family and Society

Moderator: H.E. Msgr. **JEAN-FRANÇOIS ARRIGHI**
Vice President of the Pontifical Council
for the Family

AIDS and Responsible Procreation

Monsignor **ELIO SGRECCIA**
Director of the Bioethics Center
at the Catholic University of the Sacred Heart, Rome

AIDS and the Integrity of the Family

Fr. **RAYMOND C. O'BRIEN**
Associate Professor at the Columbus School
of the Law of The Catholic University
Washington, USA

AIDS in the Armed Forces

Lt. Col. **ROBERT REDFIELD, MC**
Chief, Department of Retrovirus Research
Walter Reed Army Institute of Research, USA

Instructions on the Prevention of AIDS

Professor **AUGUST WILHELM VON EIFF**
Director of the Bonn University Medical Clinic,
West Germany

10:30 a.m.

Intermission

10:40 a.m.

Moderator: Prof. **FRANCESCO ANTONIO MANZOLI**
General Director
of the Italian Superior Institute of Health, Rome

AIDS and Drugs

Fr. **MARIO PICCHI**
President of the Italian Center for Solidarity, Rome

11:00 a.m.

AIDS and Social Communications

Archbishop **JOHN P. FOLEY**
President of the Pontifical Council
for Social Communications

11:20 a.m.

Public Opinion and AIDS

Hon. **ALBERTO MICHELINI**
Journalist, Member of the European Parliament

11:40 a.m.

AIDS and Man as the Way of Church and State

Fr. **BONIFACIO HONINGS**
Professor of Moral Theology
at the Lateran Pontifical University, Rome

12:00 a.m.

Aids and Social Problems

Professor **JACQUES CROZEMARIE**
President of the Cancer Research Association
Villejuif, France

12:20 a.m.

The Impact on Public Opinion of the AIDS Epidemic

Dr. **ROBERT K. GREY**
Chairman, Hill and Knowlton
Public Affairs Worldwide Company

3:00 p.m.

Moderator: Prof. **ALESSANDRO BERETTA ANGISSOLA**
President of the Italian Superior Council of Health

The Opinion of the Greek Orthodox Church on AIDS

H.E. Msgr. **ATHENAGORAS ZOCHOPOULOS**
Orthodox Metropolitan of Fokkis, Greece

3:20 p.m.

European Initiatives for Research on AIDS

Professor **PAOLO MARIA FASELLA**
General Director for Science,
Research, and Development
of the European Economic Community, Brussels

3:40 p.m.

The Pastoral Approach of Solidarity

H.E. Msgr. **DIONIGI TETTAMANZI**
Archbishop of Ancona-Osimo
Professor of Moral Theology

4:00 p.m.

The Pastoral Approach of Hope

H.E. Msgr. **KARL LEHMANN**
Bishop of Mainz, West Germany

4:30 p.m.

**AIDS Legislation in Different Countries
around the World**

Professor **HIROSHI NAKAJIMA**
Director-General of the World Health Organization
(WHO), Geneva

5:00 p.m.

Unitary Action by States against AIDS

Hon. **GIULIO ANDREOTTI**
President of the Italian Council of Ministers