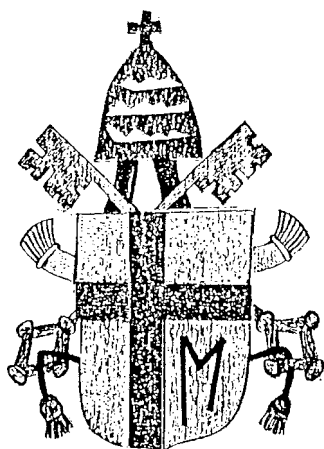




DOLENTIUM HOMINUM

N. 14 (anno V - N. 2) 1990

RIVISTA DEL

PONTIFICIO CONSIGLIO

DELLA PASTORALE

PER GLI

OPERATORI SANITARI

Comitato di Redazione:

✠ FIORENZO ANGELINI, Direttore

P. JOSÉ LUIS REDRADO MARCHITE O.H.

P. FELICE RUFFINI M.I.

DON GIOVANNI D'ERCOLE F.D.P.

SR. CATHERINE DWYER M.M.M.

DR. GIOVANNI FALLANI

MONS. JESÚS IRIGOYEN

PROF. JÉRÔME LEJEUNE

P. VITO MAGNO R.C.I.

ING. FRANCO PLACIDI

PROF. GOTTFRIED ROTH

MONS. ITALO TADDEI

Collaborano in Redazione:

P. DAVID MURRAY M.ID.

MARÍA ÁNGELES CABANA M.ID.

SR. GABRIELLE MULTIER

D. JEAN-MARIE M. MPENDAWATU

SR. M. JUDITH WASTE

ROSA CALABRETTA M. ID.

Direzione, Redazione,

Amministrazione:

Città del Vaticano

Telef.: 6896793, 6896798

FAX: 6-6896841

in copertina:

vetrata di P. Costantino Ruggeri

Pubblicazione quadrimestrale

Abbonamento: L. 50.000

(estero \$ 40 o importo equivalente in valuta locale) compresa spedizione

Una copia lire L. 15.000

(estero \$ 15 o importo equivalente in valuta locale) compresa spedizione

Stampato nella
Tipografia Poliglotta Vaticana

sommano

EDITORIALE

- 5 Chiamati ad essere il segno della missione della Chiesa verso l'uomo che soffre
Discorso del Papa alla plenaria del Pontificio Consiglio
- 9 Indirizzo di omaggio dell'Arcivescovo
Fiorenzo Angelini
- 9 Una fondazione a perpetuità per un corso di Pastorale Sanitaria
- 10 Relazione sull'attività svolta nel primo quinquennio della sua costituzione
- 17 Chiesa e politica sanitaria nel mondo
Card. John O'Connor
- 22 Ospedali cattolici nel mondo
Mons. James Cassidy
- 24 Associazioni Mediche Cattoliche
Dr. Thomas Linehan
- 26 Le Associazioni cattoliche degli Operatori sanitari
Richard Lai Pong Chong
- 28 Salute e organizzazione sanitaria nei paesi in via di sviluppo
Card. Paul Zoungana
- 33 Apostolato della sofferenza e l'evangelizzazione
Card. Andrea M. Deskur
- 34 Religiosi al servizio degli infermi e operatori sanitari: verso nuovi obiettivi
Fra Pierluigi Marchesi
- 39 Codice di deontologia professionale per il personale medico e paramedico delle istituzioni sanitarie cattoliche
P. J. Joblin S.J.
- 45 Sette riflessioni sulla deontologia
Prof. Jérôme Lejeune
- 49 Coordinamento della pastorale sanitaria
Sr. Catherine Dwyer

MAGISTERO DELLA CHIESA

51 **Dai discorsi del Santo Padre**

ARGOMENTI

- 58 **Sull'eutanasia e l'assistenza per una morte degna**
Conferenza episcopale spagnola

- 61 **La salute del corpo e dell'anima nella
liturgia bizantina**
P. Dimitri Salachas

- 63 **La salute dei giovani**
Mons. Justo Mullor Garcia

TESTIMONIANZE

- 66 **Camillianum**

- 67 **Medicus mundi**

- 68 **Prosalus**

- 70 **Un prete tra i drogati**

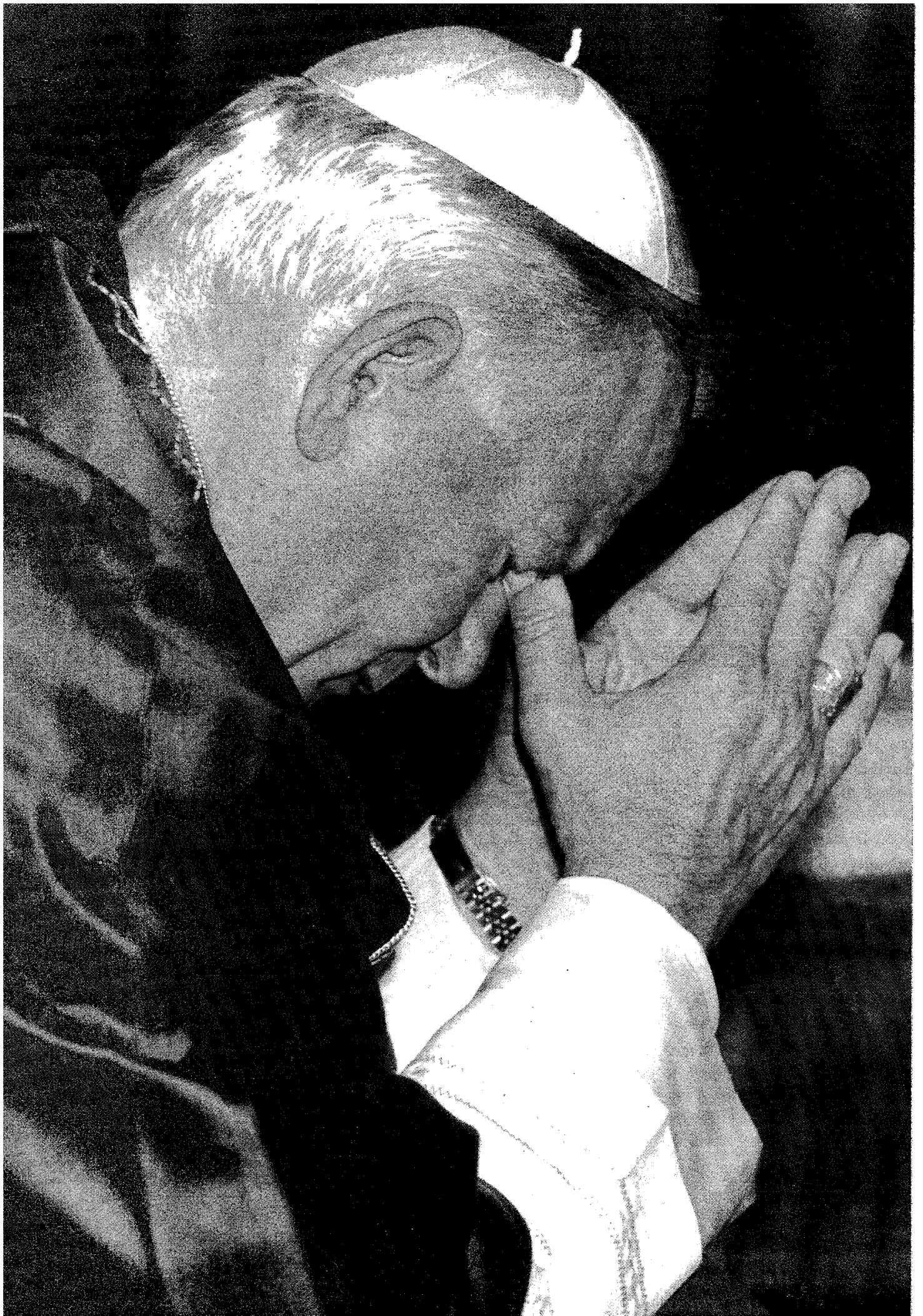
ATTIVITÀ DEL PONTIFICIO CONSIGLIO

- 74 **Discorsi**
*Messaggio di S.E. Mons. F. Angelini alle
Chiese dello Zaire, Zambia e Malawi*
Zambia: chiamati ed essere testimoni della
speranza
Mosca: valore prioritario del servizio alla vita
Ginevra: riconoscimento della presenza e
dell'impegno della Chiesa nel
campo sanitario

- 78 **Cronache degli incontri**
Zaire, Zambia, Malawi: crocevia di molte culture
Unione Sovietici una luce che inizia a splendere
Ginevra: consegnato a Mons. Angelini
il premio Sasakawa per la salute
Stati Uniti: due date per una cronaca
Polonia: la libertà ritrovata
*Presenza del Pontificio Consiglio a
diversi incontri*

- 85 **Programma della V Conferenza Internazionale**

*Le illustrazioni di questo
numero provengono dai
due volumi "Pio X e
Benedetto XV nella
medaglia"
e "Pio XI nella medaglia",
a cura di Vincenzo
Cusumano e Adolfo Modesti,
dove vengono riprodotte tutte
le medaglie coniate
in varie occasioni nella Città
del Vaticano
durante quei pontificati dal
1903 al 1939.*



chiamati ad essere il segno della missione della Chiesa verso l'uomo che soffre

(Il Papa alla plenaria del Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, 9 febbraio 1990.)

Carissimi Fratelli e Sorelle!

1. L'odierno incontro con voi assume un particolare significato, poiché avviene in occasione della Prima Assemblea Plenaria di codesto Pontificio Consiglio, che — com'è noto — è subentrato alla Pontificia Commissione della Pastorale per gli Operatori Sanitari.

Il mio cordiale saluto va, innanzitutto, al Presidente del Dicastero, l'Arcivescovo Monsignor Fiorenzo Angelini, ai Signori Cardinali ed ai venerati Fratelli nell'episcopato, che ne sono Membri. Si estende, poi, al Segretario ed al Sotto-Segretario, ai Sacerdoti, ai Religiosi e ai Laici, ai Consul-tatori ed anche agli Esperti. Tutti avete contribuito in maniera generosa ed encomiabile al vasto e delicato lavoro, che è stato assolto con grande efficacia dal Dicastero nel primo quinquennio di vita. Di ciò mi compiaccio vivamente con ciascuno di voi.

La mole di attività svolta in così breve tempo conferma la opportunità, anzi la necessità che tra gli Organismi centrali della Chiesa vi fosse anche un Dicastero specificamente dedicato alla pastorale per il mondo tanto ampio e complesso della sanità. Un Dicastero, il vostro, che sebbene « giovane » per l'istituzione e la strutturazione, è chiamato ad assolvere compiti che sono stati sempre primari e costanti nella vita della Chiesa di tutti i tempi, « Di fatto la Chiesa, nel corso dei secoli, ha fortemente avvertito il servizio ai malati e sofferenti come parte integrante della sua missione », seguendo in ciò « l'esempio molto eloquente del suo Fondatore e Maestro » (Cf. *Motu proprio Dolentium hominum*, 1).

2. Questo Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari non è stato creato soltanto per rispondere ad un'urgenza oggi particolarmente avvertita nella vita della Chiesa, ma per andare incontro in modo nuovo, più organico ed incisivo alle esigenze del nostro tempo, ai problemi ed alle istanze che toccano direttamente il bene della persona umana e della società. Infatti, prima ancora di essere uno

specifico settore della pastorale d'insieme o globale, la pastorale sanitaria è una prerogativa che non può non accompagnare ed integrare l'azione evangelizzatrice della Chiesa. Le nuove frontiere aperte dal progresso della scienza e della tecnica, la cosiddetta socializzazione della medicina, la crescente interdipendenza tra i popoli collocano i problemi della sanità e della salute al centro dell'impegno per la promozione dei diritti umani, e tra questi — non c'è dubbio — fondamentali sono quelli che riguardano la tutela della vita dal suo concepimento fino al suo naturale tramonto.

Già nel 1982, parlando ai Medici cattolici di tutto il mondo, sottolineavo l'urgenza che le molteplici istituzioni, create e promosse direttamente o indirettamente dalla Chiesa in campo sanitario, trovassero un nuovo ordinamento operativo.

E aggiungevo: « Una coordinazione a livello mondiale potrebbe consentire infatti un migliore annuncio ed una più efficace difesa della vostra fede, della vostra cultura, del vostro impegno cristiano nella ricerca scientifica e nella professione » (*Insegnamenti*, 1982, V, 3, p. 674). Ciò vale per tutti coloro che, con funzioni e compiti diversi, operano nell'ambito della sanità e della salute intendendo ispirarsi all'insegnamento ed all'esempio di Cristo, sotto la guida del Magistero della Chiesa.

Dal tempo in cui il Signore Gesù visse su questa terra fino ai nostri giorni, infatti, l'annuncio della Buona Novella è stato sempre preparato ed accompagnato da una preferenziale attenzione verso i sofferenti, sotto le cui sembianze volle nascondersi lo stesso Figlio di Dio (cf. Mt 25, 36.40).

Opportunamente, quindi, il Concilio Vaticano II nella Costituzione dogmatica sulla Chiesa ha voluto ribadire il rapporto tra evangelizzazione e pastorale sanitaria: « Come Cristo infatti fu inviato dal Padre “ a portare la buona novella ai poveri, a guarire coloro che hanno il cuore contrito ” (Le 4, 18), “ a cercare e salvare ciò che era perduto ” (Lc 19, 10), così la Chiesa circonda di affettuosa cura quanti sono afflitti dall'umana debolezza, anzi riconosce nei poveri e nei sofferenti l'immagine del suo divino Fondatore, povero e soffe-

rente, si premura di sollevarne l'indigenza e in loro intende servire a Cristo » (Cost. *Lumen Gentium*, 8).

3. Il coordinamento e la collaborazione sul piano ecclesiale e su quello delle relazioni tra i popoli è il primo frutto di quella solidarietà che non è solo una virtù umana, ma che, alla luce della nostra fede, « tende a superare se stessa, a rivestire le dimensioni specificamente cristiane della gratuità totale, del perdono e della riconciliazione. Allora il prossimo non è soltanto un essere umano con i suoi diritti e la sua fondamentale eguaglianza davanti a tutti, ma diviene la viva immagine di Dio Padre, riscattata dal sangue di Cristo e posta sotto la permanente azione dello Spirito » (Enc. *Sollicitudo rei socialis*, 40). Allorché tale collaborazione e coordinamento sono attuati sul piano della sanità e della salute, viene veramente data voce anche ai più deboli ed indifesi e si recupera in tutti gli uomini il legame che più profondamente e quasi necessariamente li unisce, cioè l'amore alla vita.

In questo scopo generale rientrano le finalità distintive di questo Dicastero, quali sono state formulate nel Motu proprio istitutivo (loc. cit., 6). Il quadro delle attività svolte dal Pontificio Consiglio nel passato quinquennio ben dimostra lo zelo, la dedizione e il rigore con cui i suoi Responsabili, i suoi Membri e i generosi Collaboratori volontari — ai quali vanno il mio grato apprezzamento e vivo incoraggiamento — hanno tenuto fede alle indicazioni contenute in detto Documento. L'ampiezza del lavoro compiuto, la sua ricca articolazione, le molteplici iniziative portate a termine, o già avviate, hanno messo in luce tre prerogative particolari, che meritano di essere rilevate: intendo dire la visione integrale dei concetti di sanità e di salute, che è venuta affermandosi; la prospettiva internazionale, che ha assunto la vostra azione; e, nell'ambito del mondo cristiano, la dimensione ecumenica del vostro impegno.

4. La visione integrale dei concetti di sanità e di salute — l'una intesa come politica, legislazione e programmazione sanitaria, l'altra come benessere fisico, psichico e spirituale — comprende tutto un insieme di interessi e interventi che vanno ben oltre la semplice attenzione o cura degli infermi. Con essa si abbraccia, infatti, il vastissimo campo delle esigenze poste dall'educazione sanitaria e dalla medicina preventiva, curativa e riabilitativa, con le relative e inscindibili implicazioni di ordine etico, morale, spirituale e sociale. Salute individuale e salute della comunità politica,

infatti, « sono condizione necessaria e garanzia sicura di sviluppo "di tutto l'uomo e di tutti gli uomini" » (Enc. *Sollicitudo rei socialis*, 44).

In altre parole, come la pastorale sanitaria è chiamata a rivestire di speranza tutta l'azione pastorale della Chiesa, così la sollecitudine per la salute integrale dell'individuo e della comunità sociale implica attenzione non soltanto ai problemi medici, ma anche a tutte le ansie, agli interrogativi e alle aspettative da cui è sempre « toccato » l'uomo che soffre.



Questi ed altri temi, affrontati ed approfonditi nel corso di questa Assemblea Plenaria, rivestono una singolare importanza pastorale. In effetti, tra i vari argomenti da voi studiati c'è anche l'impegno per la formazione di chi è chiamato al servizio spirituale dei malati: tema, questo, che è strettamente legato all'oggetto del prossimo Sinodo dei Vescovi. Del resto, non sarà mai abbastanza sottolineata la funzione formativa che la pastorale sanitaria svolge in favore dei candidati al sacerdozio ed alla vita religiosa di speciale consacrazione: essa è per loro un'autentica scuola di vita e mezzo sicuro di maturità personale e di scelte generose, poiché si ispira direttamente all'esempio di Gesù, medico delle anime e dei corpi.

5. La prospettiva internazionale dell'azione della Chiesa è stata una preoccupazione profonda del Concilio Vaticano II, che ha esplicitamente invitato i cristiani a cooperare con ogni generoso sforzo alla edificazione dell'ordine internazionale (cfr. Cost. past. *Gaudium et spes*, 88). I risultati ottenuti dal vostro Dicastero e le premesse

poste per ulteriori passi avanti in questo campo, stanno a confermare che il mondo della sanità e della salute presenta singolari opportunità di cooperazione a livello internazionale. Del resto, i problemi della salute, intesa nel suo senso più lato, non sono mai estranei alle massime questioni dell'ordine internazionale, come testimonia, ad esempio, il grave problema ecologico.

Gli stessi temi trattati nelle Conferenze internazionali promosse dal vostro Dicastero — dai farmaci all'umanizzazione della medicina, dalla longevità e qualità della vita all'AIDS e alla riflessione sulla mente umana, su cui si soffermerà un'altra Conferenza in preparazione — sono così strettamente legati al problema dei diritti umani e del persistere degli squilibri tra le diverse aree del mondo, da rendere chiaro che nulla, come il diritto alla salute, riconduce alla difesa del diritto prioritario alla vita e alla sua qualità, nel contesto del rispetto della persona umana, creata ad immagine e somiglianza di Dio.

6. La dimensione ecumenica, infine, già felicemente prospettata al momento dell'istituzione di questo Dicastero, ha consentito al vostro lavoro di esprimersi con creatività e dinamismo, tenendolo lontano da ogni rischio di burocratizzazione e di inaridimento. Se niente come il bisogno della salute favorisce l'incontro tra gli uomini, indipendentemente dalla loro condizione, cultura, mentalità e ideologia, questa stessa esigenza in campo cristiano contribuisce efficacemente a promuovere l'incontro tra membri di Chiese e Comunità ecclesiali diverse nello spirito di questa carità indivisa, che qualifica, deve qualificare davanti al mondo i veri discepoli di Cristo (cfr. Gv 13, 55; 1 Cor 13, 1 ss.). Questo spirito di apertura e di dialogo ha reso possibili anche forme di stretta ed utile cooperazione con Istituzioni sanitarie e parasanitarie non legate alla Chiesa cattolica, ma che con essa sono disposte ad operare e — in molti casi — hanno proficuamente operato.

Ho osservato con gioia dalle vostre relazioni l'apporto dato a questa dimensione ecumenica dalla fattiva collaborazione prestata dalle Rappresentanze Pontificie, come anche dal Pontificio Consiglio « Cor Unum » e dalla « Caritas » in ogni parte del mondo.

7. All'interno, poi, della Comunità ecclesiale il compito del vostro Dicastero è e resta sempre prezioso ed insostituibile. A conferma, mi piace ricordare la rapidità con la quale il Pontificio Consiglio ha sollecitato da parte delle Conferenze

Episcopali — trovando pronta accoglienza — la nomina di un Vescovo delegato per la pastorale sanitaria; l'avvio del censimento, che ha dato già origine ad un primo Catalogo delle Istituzioni sanitarie cattoliche; l'impegno massiccio per un'informazione costante circa le direttive del Magistero della Chiesa sui più gravi problemi connessi all'etica medica ed alla ricerca scientifica (informazione assicurata dalla rivista in più edizioni linguistiche « *Dolentium hominum, Chiesa e salute nel mondo* » e da altri opportuni sussidi). Voglio anche ricordare gli incontri numerosi in vari Paesi ed a tutti i livelli; la promozione di aiuti ad aree e luoghi bisognosi di attrezzature mediche, anche sofisticate; lo sforzo compiuto per accresce-



re la sensibilità delle Chiese particolari e degli Istituti religiosi nei confronti della pastorale sanitaria; la costante disponibilità a tenere il collegamento con gli altri Dicasteri della Curia Romana in relazione al mondo sanitario ed ai suoi problemi. Tutto ciò costituisce concreta espressione di quell'ansia pastorale che, mentre ha

contribuito ad aggiungere significativi consensi all'azione della Chiesa ne ha ampliato l'interno coinvolgimento nella pastorale sanitaria.

In ogni parte del mondo la Chiesa cattolica è presente accanto a chi soffre con le sue molteplici Istituzioni, la cui storia è ricca di fulgidi esempi di santità, di silenziosa ed eroica dedizione, di laboriose ma sicure conquiste. E non è senza significato che gli anni di vita del vostro giovane Dicastero siano scanditi dall'elevazione all'onore degli altari di figure di sacerdoti, religiosi e laici che hanno esaltato, con la carità cristiana, la scienza medica e la pastorale sanitaria.

Pastori, sacerdoti, religiosi, religiose e fedeli laici costituiscono una forza molto rilevante al servizio della sanità e della salute. Oggi, tuttavia, problemi nuovi sollecitano la coscienza cristiana, esigendo da parte sia di quanti sono impegnati nella pastorale sanitaria, sia di quanti, per professione, operano nella ricerca scientifica e nell'assistenza medica, un aggiornamento formativo, al quale il vostro Dicastero è in grado di offrire una contributo determinante.

8. Carissimi Fratelli e Sorelle, sia per voi motivo di crescente entusiasmo nel vostro

impegno la consapevolezza che il mandato di evangelizzare, affidato alla Chiesa, è strettamente legato all'annuncio del Vangelo della sofferenza: « Nel programma messianico di Cristo, che è insieme il programma del Regno di Dio, la sofferenza è presente nel mondo per sprigionare amore, far nascere opere di amore verso il prossimo, per trasformare tutta la civiltà in civiltà dell'amore » (Lett. Ap. *Salvifici doloris*, 30).

In questa luce, il vostro Dicastero è chiamato a farsi « segno » della missione che la Chiesa ha di incontrare l'uomo nella sua sofferenza.

Accogliete, pertanto, il mio cordiale incoraggiamento a perseverare con immutata dedizione nel vostro lavoro. Vi sia di sprone la preghiera dei tanti e tanti che nel loro dolore, si affidano alla misericordia ed all'infinita bontà del Signore. E la Vergine Santissima, Sede della Sapienza e Salute degli infermi, Madre dell'amore e del dolore, conforto di quanti soffrono e sostegno di chi opera al loro servizio, arricchisca il vostro ministero con le prerogative della bontà, della misericordia, della tenerezza soccorrevole e dell'inesauribile generosità.

Con questi voti vi imparto di cuore la Benedizione Apostolica.



L'indirizzo di omaggio dell'Arcivescovo Fiorenzo Angelini

Padre Santo,

La ringraziamo dal profondo del cuore di questo odierno incontro. Una gratitudine, quella mia personale e di tutti i Membri, Consultatori ed Esperti del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, che va oltre la particolare circostanza, per trasformarsi in motivo di rafforzata volontà nel nostro lavoro nella Chiesa e per la Chiesa. Sentimento di filiale riconoscenza lo esprimono, mio tramite, il Segretario, il Sottosegretario, i collaboratori e collaboratrici religiosi e laici.

Quando con provvidenziale iniziativa, cinque anni orsono fu istituito il Dicastero per la Pastorale sanitaria, fu affidato a noi un talento che è stata nostra cura non sotterrare, bensì metterlo a frutto.

Come Lei ha ricordato nella Esortazione Apostolica « Christifideles Laici », « nell'accoglienza amorosa e generosa di ogni vita umana, soprattutto se debole e malata, la Chiesa vive oggi un momento fondamentale della sua missione » (n. 38). La presenza della Chiesa nel mondo della sanità e della salute, oggi ancor più che in passato, conosce una estensione, una varietà di espressioni, una ricchezza di impegno

che si trasformano in prezioso e privilegiato strumento di evangelizzazione. Come Lei, infatti, ama ripetere, se l'uomo è via della Chiesa, egli lo è in modo particolare se avvicinato ed amato nella sua sofferenza.

La prima Assemblea plenaria del nostro Dicastero è un momento di riflessione, di verifica, di programmazione e, soprattutto di ulteriori propositi. Il campo di lavoro nel quale siamo chiamati ad assolvere il nostro servizio è quanto mai vasto e complesso. Da ogni parte del mondo cattolico ed anche non cattolico, si guarda con crescente attenzione all'attività promozionale del Pontificio Consiglio. Tuttavia, Padre Santo, la sproporzione tra quanto si attende da noi e quanto in realtà, sia pure con massimo impegno, si cerca di compiere, non è motivo di smarrimento, ma soltanto incentivo ad accrescere il nostro entusiasmo e la nostra dedizione. Di ciò siamo grati innanzitutto a Lei, Padre Santo, per avere nel Suo ispirato magistero e ministero, dato la giusta rilevanza alla pastorale sanitaria.

Con la Sua paterna benedizione ed il Suo incoraggiamento, ci accompagni l'assistenza della Vergine Santissima, Madre degli Infermi ed esempio altissimo di servizio a chi soffre. Da noi tutti, poi, voglia accettare, Padre Santo, la completa ed irrinunciabile volontà di rigorosa fedeltà alle Sue direttive, ai Suoi desideri e la promessa che, per quanto sarà in noi e nelle nostre deboli forze, il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari si adopererà per l'integrale attuazione dei compiti e delle finalità che gli sono state assegnate.

Con il prossimo Anno Accademico 1990-1991, presso la Pontificia Università Lateranense, il Corso di Studio di « Pastorale Sanitaria », assumerà la stabilità giuridica di corso permanente nel programma generale dell'Istituto di Pastorale della stessa Università. Ciò avviene in virtù di una speciale Fondazione in perpetuum da parte del nostro Pontificio Consiglio.

relazione sull'attività svolta nel primo quinquennio dalla sua costituzione

(11 febbraio 1985 - 11 febbraio 1990)

Introduzione

Per conoscere e valutare adeguatamente l'attività svolta nel suo primo quinquennio di vita dal Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, occorre innanzitutto tener conto di due elementi: primo, in campo ecclesiastico il nuovo Dicastero, sebbene da tempo auspicato e, al momento della sua istituzione, salutato come provvidenziale iniziativa del Santo Padre Giovanni Paolo II, non poteva contare su nessuna esperienza ed attività analoghe anteriori; secondo, per attuare le finalità assegnategli, il nuovo Dicastero doveva adottare alcuni criteri di fondo o direttrici che, poi, si sono confermate valide ed efficaci.

Circa il primo punto. Né a livello nazionale, né a livello ecclesiale universale, esisteva un censimento delle istituzioni sanitarie cattoliche. Una carenza, questa, che si notava spesso anche nella maggioranza delle grandi diocesi. Inoltre, nelle Conferenze Episcopali, poche in verità, dove esisteva un Vescovo incaricato anche della pastorale sanitaria, questa era generalmente inclusa nelle attività sociali della Chiesa. Quale ambiguità e confusione derivassero da ciò è intuitivo. L'ambito sociale infatti, in campo pastorale, veniva e viene giustamente inteso come presenza in particolari settori e categorie, quando invece il mondo della sanità e della salute attiene a tutto l'uomo e a tutti gli uomini singoli ed associati. Era poi abituale considerare la pastorale sanitaria quasi esclusivamente nell'aspetto di assistenza religiosa agli infermi, e non come presenza della Chiesa anche accanto agli Operatori sanitari. In altre parole, quello che potrebbe considerarsi, cronologicamente, il primo Dicastero ecclesiale — essendo la pastorale sanitaria parte integrante della missione della Chiesa in tutto l'arco della sua storia (Motu proprio *Dolentium hominum*, 1) — di fatto si trovava a nascere ex novo e senza precedenti.

Al momento della sua istituzione, quindi, il nostro Dicastero aveva anche problemi organizzativi non indifferenti, imposti appunto dalla sua stessa novità.

Circa il secondo punto: a quali criteri o direttrici ispirare l'attuazione delle finalità

assegnate al Pontificio Consiglio? Mi riferisco, ovviamente, a criteri o direttrici costanti. Il problema inizialmente non era semplice, poiché mentre da una parte occorreva adottare una linea da creare ex novo, dall'altra il Dicastero nasceva come Pontificia Commissione e quale « parte organica » del Pontificio Consiglio per i Laici, « pur mantenendo una sua propria individualità organizzativa ed operativa » (Motu proprio *Dolentium hominum*, 6).

Naturalmente questo ultimo aspetto particolare è stato valorizzato al massimo, provvedendo sin dall'inizio la preparazione di una sede idonea e garantendo al Dicastero, con l'approvazione e la soddisfazione del Santo Padre, l'autofinanziamento: primo ed unico caso, sino ad oggi, tra i Dicasteri romani.

La prima linea direttrice è stata di evitare che il nostro Dicastero potesse diventare un organismo burocratico, uno strumento di vertice. Ecco allora lo sforzo e le iniziative per renderlo centro promotore attraverso l'informazione e l'animazione, l'una e l'altra a tutti i livelli e nei confronti di tutti i centri di vita della Chiesa. Tutto in costante unità con il Santo Padre e con la Santa Sede.

La seconda direttrice è stata quella di considerare la pastorale sanitaria non come qualcosa di a se stante, quasi un settore separato della pastorale di insieme, bensì una sua espressione qualificante e trainante. Dell'importanza di questa impostazione abbiamo avuto conferma sia dall'entusiasmo con cui da tutti i settori della Chiesa ed anche da settori esterni ad essa è stata accolta l'istituzione del nuovo Dicastero, sia dalla sollecitudine con cui le Conferenze episcopali hanno risposto all'invito di nominare, al loro interno, un Vescovo incaricato della pastorale sanitaria. Ed in proposito, non pochi Vescovi e sacerdoti hanno dimostrato di scoprire o di riscoprire un campo e un continente di evangelizzazione nuovo.

La terza linea direttrice va ravvisata nello sforzo di favorire la crescita nella continuità delle iniziative e delle attività del nostro Dicastero. Di qui il suo spirito di apertura a tutti, senza esclusione dell'apporto di nessuno. Organismo della Curia romana, il

Pontificio Consiglio ha cercato di trattare, nel proprio campo, le questioni della Chiesa universale, nella consapevolezza di dover adempiere « alla propria funzione per il bene e a servizio della Chiesa » (cf¹. CIC, can². 360), anche se resta moltissimo da fare per un vero ed efficace coordinamento delle implicazioni nella pastorale sanitaria dell'attività dei vari Dicasteri della Curia Romana. Né può escludersi che alcune difficoltà derivino dalla diversa struttura gerarchica degli organismi centrali stessi.

Una quarta linea direttrice si ispira anch'essa ad una indicazione contenuta nel Motu proprio « *Dolentium hominum* », e cioè la necessità e l'urgenza che i problemi di ordine sanitario siano affrontati nel loro duplice aspetto di assistenza ai malati e di salvaguardia ed affermazione di valori etici e morali irrinunciabili, oggi costantemente chiamati in causa dalla medicina. Come precisa il Motu proprio: « Le nuove frontiere aperte dai progressi della scienza e dalle sue possibili applicazioni tecniche e terapeutiche toccano gli ambiti più delicati della vita nelle sue stesse sorgenti e nel suo più profondo significato » (n. 3). Ne deriva che « da parte della Chiesa pare innanzitutto importante un'opera di più organico approfondimento delle sempre più complesse problematiche che gli Operatori sanitari debbono affrontare, nel contesto di un maggior impegno di collaborazione fra i gruppi e le attività corrispondenti » (ivi, n.4).

Si parla da tempo di una scienza e tecnica mediche adulte e sempre più avanzate, ma di una formazione etico-professionale degli Operatori sanitari non in linea con gli interrogativi da cui sono interpellati nel loro lavoro. Il nostro Dicastero, perciò, ha cercato di agire anche su questo vastissimo e delicato piano, sia attraverso la rivista « *Dolentium hominum* », sia con la pubblicazione di sussidi, sia soprattutto organizzando ogni anno una Conferenza internazionale di alto livello sui temi più attuali e complessi che scienza e ricerca mediche si trovano a dover affrontare.

La quinta linea direttrice è stata quella di dare all'attività del nostro Dicastero un carattere non limitato e ristretto all'ambito cattolico, ma aperto e con prospettive di vera evangelizzazione. Pur nella rigorosa adesione al Magistero della Chiesa e con attenzione costante alle richieste e alle direttive delle Conferenze episcopali, è stata sollecitudine del nostro Dicastero — ed i risultati conseguiti si possono considerare più che incoraggianti —, favorire la collaborazione e l'apporto di tutti gli uomini di buona volontà, indipendente-

mente dalla loro ideologia, cultura ed anche fede religiosa. Identico atteggiamento nei confronti di istituzioni pubbliche e private, di organizzazioni nazionali e internazionali, con grande attenzione alla politica sanitaria dei vari Paesi, quali ne fossero l'indirizzo e l'assetto politico. Emblematica al riguardo la cooperazione operativa, avviata con la firma di una Convenzione tra il Ministero della Sanità di Cuba e la Conferenza episcopale locale. Risultato ottenuto con la mediazione decisiva del nostro Dicastero e del Capo dello Stato cubano.

Questa dimensione, *ecumenica* ed *universalistica* insieme, ha ulteriormente confermato il rapporto strettissimo tra cooperazione sanitaria ed azione promotrice della pace.

Infine, un'ultima linea direttrice sulla quale abbiamo cercato di muoverci, è stata quella di un costante contatto, sia nei diversi Paesi del mondo, sia con la quotidiana accoglienza presso la sede del nostro Dicastero, con tutta la realtà sanitaria cattolica o comunque oggetto di interessamento e di impegno da parte della Chiesa. Questo dinamismo operativo, non certamente fine a se stesso, ha reso possibile accelerare i tempi di attuazione di alcune iniziative, ha favorito una più rapida conoscenza della presenza, dei compiti e della disponibilità del Pontificio Consiglio, ha suscitato approcci con noi anche inattesi. In linea con tale operatività, il Dicastero ha provveduto attrezzature sanitarie anche sofisticate, ha creato Borse di studio, ha reso possibili scambi culturali tra operatori sanitari di Paesi diversi, ha promosso una promettente animazione vocazionale, come risulta da una relazione tenuta nel corso di questa Assemblea plenaria.

Sono convinto che una adeguata valutazione dell'intera attività compiuta in questi primi cinque anni di vita dal nostro Dicastero sia possibile soltanto se letta e interpretata alla luce di queste linee direttrici. Anche perché i compiti specifici assegnati al Pontificio Consiglio (cf. Motu proprio *Dolentium hominum*, 6) hanno una loro stretta interdipendenza e possono essere assolti non già separatamente o, almeno non sempre distintamente, ma congiuntamente.

Resta l'urgenza che tutta la Chiesa, nelle sue espressioni ed organismi universali, nelle sue articolazioni nazionali, regionali e locali prenda coscienza che la pastorale sanitaria, in quanto apostolato attinente alla salute fisica e spirituale degli individui e della comunità sociale e politica, è campo prioritario di azione per l'evangelizzazione.

Ciò premesso, tenterò una rapida panoramica sulle attività del passato quinquennio, distinguendo le molteplici iniziative nei seguenti punti: 1) Il coinvolgimento delle Conferenze episcopali; 2) Animazione e promozione a livello ecclesiale, ecumenico e di politica sanitaria internazionale; 3) Partecipazione al Sinodo dei Vescovi; 4) Attività editoriale; 5) Le Conferenze internazionali; 6) Attività varie e strutture operative del Dicastero.

Dei suddetti punti richiederò i dati significativi essenziali, senza entrare nei particolari, contenuti in allegato dossier.

1. Il coinvolgimento delle conferenze episcopali

Secondo le finalità assegnategli, e cioè di « tenere i contatti con le Chiese locali e in particolare con le Commissioni episcopali per il mondo della sanità » (Motu proprio *Dolentium hominum*, 6), il Dicastero si è subito mosso in una triplice direzione: ha preso tempestivo contatto con le Conferenze episcopali e con le Commissioni episcopali per la pastorale sanitaria esistenti, anche se in numero limitato; si è adoperato con insistenza affinché, ove queste mancassero, venissero istituite; infine ne ha recepito iniziative e programmi suggerendo e sostenendo a sua volta particolari attività.

Sulla cifra complessiva di 91 Conferenze episcopali (alcune peraltro con un numero molto ridotto di Vescovi), dopo soli due anni dalla costituzione del nostro Dicastero, quelle che avevano nominato un Vescovo specificamente incaricato della pastorale sanitaria assommavano a 58; attualmente hanno raggiunto la percentuale del 95%. Praticamente tutte, se si considerano alcune oggettive difficoltà per alcune Conferenze episcopali dei Paesi dell'est o di regioni ecclesiastiche costituite da arcipelaghi.

In questi cinque anni, numerosi gli inviti rivolti dalle Conferenze episcopali per una visita sul posto da parte dei responsabili del nostro Dicastero.

Prima tuttavia di elencare queste visite, ritengo doveroso sottolineare il ruolo determinante assolto dai Nunzi Apostolici dei Paesi visitati, sia nella preparazione che nello svolgimento migliore delle nostre visite.

Di queste credo utile segnalare le seguenti compiute dal Presidente del Dicastero, sempre accompagnato o dal Segretario o dal Sottosegretario o da altri membri.

Nel 1985: in Spagna (Madrid, 1 maggio); nel Burkina Faso e in Costa d'Avorio (16-20 luglio).

Nel 1986: in Polonia (22-26 maggio), in America Latina (Brasile, Argentina,

Colombia e Venezuela, 5-18 agosto). Particolarmente importante questo viaggio per contattare Vescovi, Clero e Operatori sanitari laici e studiare le strutture operanti in quei Paesi e quelle attualmente in programma.

Nel 1987: nel Benin e nel Togo (13-17 gennaio), con fruttuosi incontri con i seminaristi; negli Stati Uniti d'America (9-12 febbraio), per il seminario organizzato per i Vescovi degli Stati Uniti, del Canada, del Messico, dei Caraibi e dell'America centrale su medicina preventiva e alta tecnologia nei Paesi del primo e del terzo Mondo.

Nel 1988: in Nigeria e nel Camerun (23 febbraio-1 marzo); nel Madagascar e nelle isole della Réunion e di Mauritius (26 settembre-4 ottobre).

Nel 1989: nella Repubblica sudafricana (10-14 febbraio) su invito del Dipartimento per l'Educazione sanitaria della Conferenza episcopale del Sudafrica. In Polonia (20-24 giugno).

Queste visite, mentre hanno consentito di conoscere le realtà sanitarie locali e di comunicare programmi ed azione del nostro Dicastero, sono state sempre accompagnate da iniziative concrete di aiuto alle strutture sanitarie locali.

Anche quando le visite non erano su diretto invito delle Conferenze episcopali (India, Panama, Cuba, Cile, Peru, Bolivia, Filippine, Austria), costante è stato il contatto con i Vescovi e con le strutture sanitarie cattoliche nonché con le organizzazioni di pastorale sanitaria e quasi sempre con autorità sanitarie politiche.

2. Animazione e promozione a livello ecclesiale, ecumenico e di politica sanitaria internazionale

Sebbene, sin dall'inizio, gli impegni in sede fossero intensi, si è subito verificata l'efficacia della nostra presenza tra le chiese locali per un avvio serio ed organico di pastorale sanitaria.

A parte occasioni specifiche che hanno orientato il calendario di queste presenze, le visite e gli incontri in loco si sono attenuti al seguente criterio: coinvolgere le Conferenze episcopali, incontrare i Responsabili degli Istituti religiosi femminili e maschili aventi finalità esclusiva o primaria nel campo dell'assistenza sanitaria; riunire e incontrare medici, paramedici e operatori sanitari cattolici per favorirne l'azione coordinata, visitare ospedali e strutture sanitarie, informarsi attentamente su attività e programmi in atto, assicurare di persona l'interessamento e il sostegno del

nostro Dicastero. Le visite in loco compiute in questi cinque anni con le suddette caratteristiche sono state molte, ma se ne ricordano le principali.

Quanto all'impegno ecumenico il nostro Dicastero lo ha curato in maniera particolare con incontri in sede con esponenti delle altre confessioni cristiane ed anche partecipando ad iniziative all'estero.

Circa poi le iniziative a livello di politica sanitaria internazionale, alcune hanno avuto grande rilevanza.

Si accenna, in ordine cronologico, alle principali iniziative di animazione e promozione a livello ecclesiale, ecumenico e di politica sanitaria internazionale.

Nel 1985: a livello ecclesiale: a Washington (8 gennaio) per la XL Conferenza nazionale dei coordinatori degli ospedali cattolici; nel Burkina Faso, in Costa d'Avorio e nel Niger (16-20 luglio) con visita ad ospedali, incontri con Vescovi, sacerdoti, seminaristi, religiosi e religiose, personale medico e paramedico e volontari; a Vienna, Berlino-Ovest, Cracovia, Varsavia, Czeszochowa, Utrecht (6-20 agosto) con incontri con componenti ecclesiastiche impegnate nella sanità, visite a ospedali e a Facoltà di Medicina; a Bruges (Belgio), per il XVIII Congresso della Federazione dei Farmacisti cattolici (7-8 settembre).

A livello di politica sanitaria internazionale, importante incontro, nell'agosto, a Berlino Ovest, con il Ministro della sanità; inoltre, nei giorni 25-27 novembre, il Pro-Presidente è stato inviato dalla Segreteria di Stato quale rappresentante della S. Sede alla Conferenza dei Ministri della Sanità del Gruppo « Contadora » a Madrid, presenti anche i colleghi della Comunità europea, degli Stati Uniti e del Giappone.

Nel 1986: a livello ecclesiale: nel Ghana (3-5 febbraio) per il I Congresso panafricano dei Medici cattolici. È stata questa un'occasione per incontri a tutti i livelli in campo sanitario. A Varsavia, Breslavia e Czeszochowa per incontri con gli Operatori sanitari cattolici (22-26 maggio). A Chicago, New York e Washington (18-27 giugno: visita al primo centro cattolico di assistenza ai malati di AIDS; incontri di studio; assegnazione del premio « Humanity in Medicine » al Presidente del Dicastero da parte della Georgetown University). A Buenos Aires (9-18 agosto) al Congresso della Federazione internazionale dei Medici Cattolici (Fiamc). Per la circostanza, incontri con religiosi e religiose, nonché laici e volontari impegnati nella sanità. Nei medesimi giorni, visite a strutture ospedaliere a Buenos Aires, a Rio de Janeiro, a Bogotá ed a Caracas. A Strasburgo (15-19 settem-

bre) per la V Sessione internazionale del « Movimento Cristiani in Psichiatria ». A Madrid (22-25 settembre) per l'XI Incontro nazionale dei Delegati diocesani per la Pastorale sanitaria. A Lisbona (9-13 ottobre) per il XIII Congresso Mondiale del Ciciams. In India (6-10 novembre) per il XLIII Congresso dell'Associazione degli Ospedali Cattolici. La visita in India è stata motivo per visitare numerose strutture sanitarie ed incontrare molti responsabili della pastorale sanitaria.

A livello ecumenico. Con la Chiesa ortodossa, incontro ad Atene (5 aprile) con esponenti di questa chiesa per un'azione convergente a favore dell'unità. Con i fratelli separati di Occidente, ad Atlanta (Georgia, USA, 26 aprile), partecipazione al meeting organizzato dalla « Christian Medical Commission »; a Ginevra (7 ottobre), su invito del Direttore generale del Consiglio Mondiale delle Chiese, visita alla « Christian Medical Commission », con preghiera comune e impegno di futura collaborazione. A Gerusalemme (13 aprile), partecipazione al XVII Congresso internazionale a carattere ecumenico sulla epilessia.

Nel quadro dell'apertura ecumenica, da tener presenti i costanti ed ottimi rapporti con organismi internazionali (per esempio, l'Organizzazione Mondiale della Sanità e altri) i cui rappresentanti appartengono a confessioni cristiane separate.

A livello di politica sanitaria internazionale, partecipazione a Copenhagen (27 maggio) ai lavori dell'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS sulla collaborazione con il nostro Dicastero.

Nel 1987: a livello ecclesiale. Nel Benin e nel Togo (13-17 gennaio), incontri con Vescovi, clero, religiosi/e, studenti in medicina, operatori sanitari e visita a strutture sanitarie. A Czeszochowa (23 maggio) incontro con 2500 medici, infermieri, cappellani e volontari in occasione di un ritiro spirituale. A Roma (maggio), partecipazione all'incontro europeo Fatebenefratelli-Camilliani. A Nagoya (Giappone, 15-22 giugno), al Congresso annuale delle Associazioni cattoliche dei medici, infermieri, terza età e protezione dei minori. In India (agosto), a Cochín, al Congresso degli operatori sanitari cattolici con visita a 24 centri sanitari. Ad Avignone (5-8 settembre) al XIX Congresso della Federazione dei Farmacisti cattolici. A Milano (27 ottobre) all'inaugurazione di Milano-Medicina.

A livello di politica sanitaria internazionale, incontro a Ginevra (17 gennaio) con l'Osservatore permanente della S. Sede presso le Nazioni Unite per la OMS. Dal 4

al 16 aprile, partecipazione a Ginevra, alla XL Assemblea generale dell'Oms, con apprezzati interventi del Presidente del Dicastero su problemi attuali (terza età, tabagismo, trapianti di organo, effetti dell'inquinamento atomico, lotta contro l'AIDS). Il 12 maggio, partecipazione al seminario sui Comitati etici preparato dall'Associazione Medici Cattolici italiani e dalla Fondazione Smith Klin.

Nel 1988: a livello ecclesiale. Nel Camerun (27 febbraio-1 marzo), incontri con Vescovi e visita a 10 centri ospedalieri. A Versailles (8-9 maggio), al Congresso europeo dei Medici cattolici. A Varsavia, Katowice e Piekary (Polonia, 25-30 maggio) visita ad ospedali e incontri con operatori sanitari. A Philadelphia, New York e Boston (20-25 giugno), partecipazione a simposi medici su medicina e morale. In India, a Bangalore (6-9 agosto), al Congresso internazionale delle Facoltà di medicina delle Università cattoliche, con visita a tre ospedali e incontri con Vescovi e operatori sanitari. A Barcellona e Tarragona (24-26 ottobre), partecipazione alle assemblee dei responsabili della pastorale sanitaria della Catalogna.

Sulpiano della politica sanitaria internazionale, nei giorni 26-28 gennaio, il Pro-Presidente, quale rappresentante della S. Sede, ha partecipato al summit internazionale per la prevenzione contro l'AIDS, promosso dalla OMSZ e dal Governo del Regno Unito, presenti i Ministri della Sanità di 148 Paesi. Positivo esito ha avuto l'intervento affinché nella Dichiarazione conclusiva venissero inseriti alcuni concetti e indicazioni che stanno a cuore alla Chiesa.

Da sottolineare la partecipazione ad iniziative di politica sanitaria di grande rilevanza nazionale. A Cuba, dove si era già recato in precedenza per un primo approccio con la Conferenza episcopale ed il mondo sanitario locale, è stato raggiunto grazie all'intervento diretto del Pro-Presidente, un accordo sull'invio di religiosi e religiose nell'isola caraibica per l'assistenza sanitaria. Ancora a Cuba, dal 16 al 20 novembre, partecipazione al II Seminario internazionale su « Il medico di famiglia ». Nei giorni 23-27 marzo, a Pechino, nella Cina Popolare, con partecipazione ad un Simposio scientifico ed inaugurazione di tre ospedali nel quadro della collaborazione Italia-Cina. A Madrid (26-29 aprile) partecipazione alla II Conferenza dei Paesi del Gruppo « Contadora ». In tale circostanza il Dicastero si è impegnato per la realizzazione in Costa Rica di un'opera sanitaria, inviando un contributo di Doll. USA 20.000.

Nel 1989: A livello ecclesiale. In Sudafrica (10-14 febbraio), visita a numerose strutture sanitarie (anche in Transvaal) e incontri a vari livelli con operatori sanitari. A Lourdes (2-6 giugno) con il pellegrinaggio dei Medici e Farmacisti cattolici italiani. A Tarnow, Varsavia e Danzica (20-24 giugno), incontri con Vescovi, clero, operatori sanitari. A Cuba, visite a ospedali, incontri con Vescovi dell'isola e con religiosi e religiose operanti nelle strutture sanitarie. A Roma (6 giugno), intervento alla Giornata di studio sugli anziani e le implicazioni sanitarie e pastorali, organizzata dalla Consulta nazionale di Pastorale sanitaria della Cei. Ancora a Roma, il 26 giugno, partecipazione alla II Giornata mondiale contro l'abuso e il traffico della droga. A Bogotá (2-6 ottobre) partecipazione all'Incontro « Chiesa e Salute in America Latina » organizzato dal Celam-Depas e dalla Federazione internazionale dei Medici cattolici. A New York, Boston e Washington, incontri con la Chiesa locale sulla pastorale sanitaria e visita ai centri di assistenza ai malati di AIDS. A Roma (12-17 ottobre) partecipazione al VII Simposio dei Vescovi d'Europa; il 27 ottobre, visita alle strutture per malati di AIDS a Roma.

A livello di politica sanitaria internazionale, partecipazione a L'Avana (Cuba, 2-8 luglio) al II Congresso Internazionale sulla Medicina di emergenza e dei disastri.

3. Partecipazione al sinodo dei vescovi

Partecipando al Sinodo dei Vescovi 1987 sulla vocazione e la missione dei laici nella Chiesa e nel mondo, il Pro-Presidente si è adoperato per sensibilizzare l'Assemblea alla pastorale sanitaria. L'inserimento tra le 53 Proposizioni di quella riguardante la pastorale degli infermi e degli Operatori sanitari — approvata, su 220 votanti, con 218 voti favorevoli (si è trattato della più alta votazione a favore avutasi nel Sinodo) — e l'inserimento della Pastorale sanitaria nella bozza di documento finale, hanno certamente contribuito alla preparazione della Esortazione apostolica « Christifideles Laici », ricca di riferimenti al riguardo.

In occasione del Sinodo 1987, poi, il nostro Dicastero ha curato la pubblicazione di due Sussidi (I Laici nel mondo della sanità e della salute, i religiosi nel mondo della sofferenza e della salute) distribuiti in cinque edizioni linguistiche.

Durante il Sinodo, oltre 60 padri sinodali hanno avuto incontri nella sede del nostro Dicastero.

In preparazione al Sinodo del 1991 sulla formazione al sacerdozio oggi, il nostro

Dicastero ha inviato alla Segreteria del Sinodo, affinché siano incluse nell'*Instrumentum laboris*, una serie di proposte che sottolineano anche l'importanza della pastorale sanitaria nella preparazione dei candidati al sacerdozio e nelle loro prime esperienze di apostolato.

4. Attività editoriale

Non mi soffermo a descrivere le singole attività, trattandosi di materiale accessibile ed ampiamente divulgato.

La rivista quadrimestrale « *Dolentium hominum. Chiesa e salute nel mondo* » è già al suo dodicesimo fascicolo. Essa incontra largo favore per la sua impostazione, per l'apporto dottrinale (interventi del Santo Padre, documenti della S. Sede e delle Conferenze episcopali), per gli studi che pubblica, per le informazioni di pastorale sanitaria, per la cronaca delle attività del Dicastero.

È in fase di avanzata preparazione il secondo volume del Catalogo delle istituzioni sanitarie cattoliche. Il primo volume, con oltre 12.500 voci, venne pubblicato nel 1987. Si tenga presente che si tratta del primo catalogo o Index, cioè del primo censimento del genere mai condotto nella Chiesa. La raccolta dei dati, infatti, fu compiuta muovendo da zero, dal Pontificio Consiglio con la collaborazione delle Conferenze episcopali e degli Istituti religiosi che hanno forme di attività pastorale sanitaria.

Da notare, poi, che fanno parte della rivista « *Dolentium hominum. Chiesa e salute nel mondo* », gli Atti delle Conferenze internazionali promosse e organizzate annualmente dal nostro Dicastero.

5. Conferenze internazionali

Quattro le Conferenze internazionali promosse e organizzate sinora dal nostro Dicastero, mentre la quinta è già in fase di avanzata preparazione.

La prima (23-25 ottobre 1986) su *I farmaci al servizio della vita umana*; la seconda su *L'umanizzazione della medicina* (10-12 novembre 1987); la terza su *Longevità e qualità della vita* (8-10 novembre 1988); la quarta sull'Aids: *Vivere, perché?* (13-15 novembre 1989). La prossima avrà il seguente tema: *Ad immagine e somiglianza nostra. La mente umana*.

Le Conferenze hanno avuto luogo nell'Aula del Sinodo in Vaticano, con la partecipazione di scienziati e ricercatori di fama internazionale. A tutte le Conferenze

è intervenuto il Santo Padre con un discorso-messaggio.

Gli Atti delle quattro Conferenze sono stati dati alle stampe. La loro diffusione, su prenotazione e richiesta, ha superato ogni aspettativa. Gli Atti contengono tutti gli interventi che hanno avuto luogo nel corso delle Conferenze. Sinora, oltre dieci Premi Nobel hanno partecipato a questa importante iniziativa scientifica e pastorale.

Al termine delle Conferenze internazionali, il nostro Dicastero ha sempre assunto una importante iniziativa benefica e assistenziale a favore di Paesi poveri.

6. Attività varie e strutture operative del dicastero

Attività varie

Mi sembra opportuno menzionare, tra le più rilevanti e quali frutto dell'impegno promozionale del nostro Dicastero, la erezione, con Decreto del 28 aprile 1987, nell'ambito della Pontificia Facoltà Teologica « Teresianum » di Roma, dell'Istituto internazionale di Teologia pastorale sanitaria « Camillianum ». Si tratta del primo del genere che conferisce i gradi accademici con specializzazione in teologia pastorale sanitaria. Esso fu inizialmente promosso, nel 1985, quale Istituto a carattere privato per l'Italia, ma con l'intento di una sua estensione internazionale. Auspicio prontamente accolto dall'Ordine dei Ministri degli Infermi.

Strutture operative del Dicastero

L'attività iniziale del Dicastero aveva la sua sede provvisoria nei locali dell'Associazione Medici Cattolici Italiani (Amci). Per la ricorrenza del secondo anniversario dell'istituzione (11 febbraio 1987) furono animati i nuovi uffici in Via della Conciliazione 3, Roma, nel Palazzo San Paolo, di proprietà della S. Sede. I locali erano stati a noi consegnati in pessimo stato; sono stati restaurati ed arredati *ex novo* in ogni loro parte, così da essere perfettamente funzionali. Una piccola Cappella, dedicata al Santo Volto di Gesù, espressione della sofferenza umana santificata, rappresenta il centro motore del nuovo luogo di lavoro del Pontificio Consiglio.

Sebbene gli organici del personale non siano ancora al completo, grazie alla generosa dedizione del personale volontario, il Dicastero riesce a portare avanti una grande mole di lavoro.

Attrezzature e strumenti sono in funzione della operatività degli uffici del Dicastero.

Ho già accennato all'autofinanziamento che rappresenta, per sé, un motivo di giusta fierezza ed una conferma della sensibilità del mondo sanitario cattolico nei confronti dell'impegno assunto dal Pontificio Consiglio. Della disponibilità economica e finanziaria viene dato regolarmente conto, secondo le norme, all'A.P.S.A.

Conclusione: bilancio e prospettive

È mio grato dovere, al termine di questa breve panoramica, ringraziare di cuore tutti i membri del Pontificio Consiglio per la loro stretta, preziosa e generosa collaborazione. Resto convinto che il lavoro condotto in silenzio, nell'ombra, è certamente più impegnativo e maggiore di quello i cui risultati sono manifesti.

Quando il nostro Dicastero venne istituito, esso fu da noi e in ogni parte del mondo salutato come provvidenziale iniziativa del Santo Padre. Come Egli ha ricordato nella Esortazione apostolica « *Christifideles Laici* », « nell'accoglienza amorosa e generosa di ogni vita umana, soprattutto se debole e malata, la Chiesa vive oggi un momento fondamentale della sua missione » (*Christifideles Laici*, 38). È nostro compito, come organismo centrale della Curia Romana, essere espressione credibile di questo fondamentale momento della missione della Chiesa.

Il bilancio del passato quinquennio, anche se articolato in molteplici attività, è soprattutto un bilancio di impegno, essendo stata preoccupazione preminente del nostro Dicastero programmare piuttosto la totale dedizione che non il raggiungimento di vistosi ed immediati risultati. Questi certamente non sono mancati, ma la loro rilevanza come pure i loro frutti sono dipesi e dipenderanno dall'entusiasmo e dalla totalità del nostro comune impegno.

Quanto alle prospettive, mi limito ad accennare ad alcune iniziative prossime.

Infatti, per una realtà che, essendo ai suoi primi anni di vita, cresce *eundo*, non poche iniziative matureranno sia in forza delle circostanze sia per il dinamismo creativo che deve sempre spingerci.

Per l'immediato, ricordo: — la preparazione di un Codice deontologico o Carta per gli operatori sanitari cattolici di tutto il mondo; — l'istituzione della Associazione internazionale degli Ospedali cattolici, con finalità principale della formazione culturale, morale e manageriale in ordine alla amministrazione degli ospedali cattolici nel mondo; — particolari iniziative promozionali per le vocazioni sacerdotali e religiose alla pastorale sanitaria; in tale ottica sono state inviate anche nostre proposte per il prossimo Sinodo dei Vescovi; — adeguate iniziative per sensibilizzare ed incoraggiare i Vescovi incaricati dalle rispettive Conferenze episcopali nel loro servizio di pastorale sanitaria; — promozione di Congressi internazionali o regionali nei vari continenti o nei vari Paesi. Il prossimo avrà luogo in Polonia, nel giugno del corrente anno 1990 e sarà di intesa con l'organizzazione Mondiale della Sanità. Esso avrà per tema l'umanizzazione della medicina.

Né mancheranno iniziative editoriali, come l'aggiornamento del Catalogo delle istituzioni sanitarie cattoliche e il coinvolgimento di un sempre più vasto numero di autorevoli collaboratori della nostra rivista.

Siamo chiamati ad essere promotori e testimoni di una cultura e di un servizio che devono essere cultura della vita e servizio alla vita, riflesso ed immagine della vita stessa di Dio. E poiché nella sofferenza tutta l'umanità si riconosce, sappiamo che nel servizio a chi soffre e nell'essere accanto agli operatori sanitari, si attua una costruttiva ed efficace azione di pace, poiché basata sull'amore.

✠ FIORENZO ANGELINI

*Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale
per gli Operatori sanitari*

Chiesa e politica sanitaria nel mondo

Le immagini televisive sono potenti ma esse non potranno mai darvi la sensazione di tenere un bambino morente tra le vostre braccia. Come Presidente dell'Associazione Cattolica per l'Assistenza Vicino Oriente ho dovuto recarmi in Etiopia. Ho dovuto allora vedere con i miei propri occhi le processioni senza fine di persone che venivano giù dalle montagne attraverso la terra desolata, molti trovando la morte lungo la strada per raggiungere i centri di nutrizione. Ho dovuto tenere tra le mie proprie braccia un bambino emanciato al punto di un defedamento irreversibile, un bambino divenuto cieco a causa delle mosche e della malnutrizione, un bambino che morì appeno lo presi tra le braccia.

Allora ho potuto rendermi conto ancora una volta della follia della guerra che taglia via i sistemi di supporto vitale, allo stesso modo in cui essi possono essere rimossi da qualsiasi dottore nel più sofisticato ospedale moderno. Mi sono reso conto di nuovo della terrificante irrazionalità dei legami internazionali che precludono quel genere di assistenza allo sviluppo a lungo termine di cui hanno bisogno le popolazioni al Sud del Sahara ed altri popoli (tecnologia ingegneristica, dighe, conoscenze agricole, equipaggiamento pesante, e così via).

Ho potuto ricordarmi della premessa fondamentale necessaria ad ogni discussione sull'assistenza sanitaria (cattolica o no): l'assistenza sanitaria è più che non la medicina, i dottori e gli ospedali. Le sue dimensioni includono considerazioni sul cibo e sulla fornitura di acqua, sull'alloggio, sulla disponibilità di vari servizi sociali, sull'educazione e le preoccupazioni a essa correlate. La economista internazionalmente famosa e solidamente cattolica, Barbara Ward nella sua opera « La casa dell'uomo » dice a proposito dell'assistenza sanitaria assai più di quanto ho potuto vedere su molte riviste mediche. Invece contro l'orribile inquinamento delle acque contro cui molti governi fanno assai poco, essa afferma: « il colera, il tifo, le infestazioni parassitarie sono normalmente accompagnamento del villaggio idilliaco al quale alcuni dei primitivisti moderni più estremi vorrebbero farci ritornare.

In molte parti del mondo in via di sviluppo, le acque stagnanti (risaie allagate, stagni da pesca, canali di irrigazione) trasportano anche la lumaca che completa il suo ciclo vitale passando nella vescica umana, lasciando dietro di sé uno stato di infezione e debilitazione relativamente incurabile nota come bilirziosi o schistosomiasi. Almeno 200 milioni di persone ne sono vittime. Le acque turbolenti d'altro canto sono il terreno di coltura in Africa della piccola mosca nera che depositando le sue larve sotto la pelle umana esposta alle acque, genera un parassita che mangia il nervo ottico e ha prodotto villaggi con un quasi universale grado di « cecità fluviale ». La stima delle persone da essa affette è di circa 20 milioni. Le terre paludose sono le case acquatiche della malaria, alcune specie della quale stanno divenendo resistenti al DDT, mentre il DDT stesso come idrocarburo clorato a lunga azione entra nella catena alimentare di varie specie animali con risultati spesso pericolosi ed impossibili da predire... ».

Tornando per un momento all'Etiopia, vorrei descrivere un'altra tragedia derivata dalla mancanza di assistenza. La maggior parte di coloro che ho visto nei centri di nutrizione erano alla completa mercé sia dei loro vicini che della ferocità degli elementi. Il sole tropicale li prosciugava di giorno in giorno, i venti gelidi li raffreddavano durante la notte, determinando così una combinazione di denutrizione, deidratazione, ed esposizione al freddo. Al contrario di questi, un numero assai più piccolo era ospitato nelle tende. Essi erano in grado di riunire le loro famiglie insieme nella riservatezza ed erano riparati dalla crudeltà degli elementi. Il loro tasso di sopravvivenza era significativamente più alto. Le tende erano state donate da varie agenzie di soccorso e si erano rivelate un meraviglioso dono in grado di salvare delle vite. La tragedia tuttavia è che, giacché ogni tenda costa soltanto 50 dollari USA, noi siamo costretti a chiederci se un mondo che realmente si preoccupa della vita umana non possa provvedere tutte le tende necessarie al prezzo di 50 dollari per tenda. E un pensiero sconvolgente, ma è

quel genere di pensieri che ci portano al cuore di un'assistenza veramente cattolica. Perché dovrebbe la Chiesa preoccuparsi dell'assistenza sanitaria? Quali dovrebbero essere i segni distintivi di un'assistenza sanitaria della Chiesa? La risposta ad entrambe le domande è la stessa. La Chiesa sopra ogni altra cosa deve essere dedicata alla sacralità ed alla dignità di ogni persona umana. Mi sembra che il pensiero originario da cui sono derivati tutti gli scritti del Papa Giovanni Paolo II si trovi nella *Redemptor Hominis*, là dove egli ci dice che « L'uomo è la via della Chiesa ».

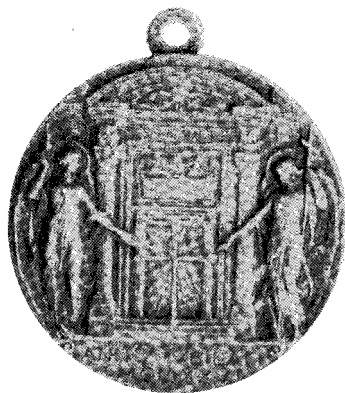
Voi mi perdonerete per far qui uso della mia propria Arcidiocesi come di un microcosmo esemplificativo della dedizione della Chiesa all'assistenza sanitaria, ricordando tuttavia che New York è qualcosa di più di un semplice punto sul globo terrestre. Nella Arcidiocesi di New York la Chiesa promuove una Facoltà di Medicina, 18 ospedali cattolici, 10 case di riposo, 14 istituzioni cattoliche per l'assistenza all'infanzia, oltre ad una serie di istituzioni sussidiarie. Il costo totale è di circa 1.300.000.000 dollari americani per anno. La maggior parte del denaro proviene da ciò che noi chiamiamo « pagamenti per conto terzi » (convenzioni ed assicurazioni). Tuttavia, in aggiunta a questi, la Chiesa deve raccogliere molti milioni di dollari ogni anno per poter pagare questi enormi conti. Ciò costituisce una gravosa responsabilità, così come è per il compito di cercare di prendersi cura delle persone con AIDS, dei drogati, dei ritardati, degli invalidi, dei ciechi. Vi è inoltre il problema di cercare di reclutare e di trattenere in servizio del Personale Sanitario qualificato e di ricordarsi con il gran numero di regolamenti governativi senza violare i principi medico morali della Chiesa. Perché mai la Chiesa continua in tali sforzi? Perché così tante comunità religiose in tutto il mondo sacrificano le loro vite nell'assistenza sanitaria, rischiando malattie e talvolta perfino il martirio? La risposta è fondamentale: la Chiesa crede nella sacralità e nella dignità di ogni persona umana, di qualunque colore, razza, credo, nazionalità od etnia.

La Chiesa rifiutadi lasciare l'assistenza sanitaria esclusivamente allo stato o alla società secolare, poiché la Chiesa vuole che ogni persona abbia la possibilità di essere trattata non solo con una tecnologia medica d'avanguardia, ma anche come persona. Noi vogliamo che i pazienti sappiano che essi possono entrare in un ospedale o in una casa di riposo dove la loro dignità e il loro valore saranno visti come fatti a immagine di Dio.

E per tale motivo che i luoghi di cura promossi dalla Chiesa devono mantenere gli standard più alti sia dal punto di vista medico che di quello morale rimanendo integri dalla mentalità dell'aborto che ha affermato così gran parte delle Istituzioni Sanitarie secolari. Nessuno potrà mai moralmente impegnarsi in pratiche eutanasiche o portare avanti procedimenti chirurgici non etici. Nessuno in un'Istituzione Sanitaria veramente cattolica potrà pensare che i pazienti o gli ospiti stiano semplicemente occupando spazi costosi, gravando troppo dal punto di vista economico sulla società o sui loro parenti. Allo stesso modo sarebbe del tutto estraneo allo spirito della assistenza sanitaria cattolica suggerire che la « qualità della vita » di un paziente è così gravemente ridotta che egli o ella dovrebbe liberare se stesso ed il mondo dal fardello della propria esistenza.

Le Istituzioni Sanitarie Cattoliche devono essere radicate nel senso ecclesiale della persona umana, corpo, mente e anima. E solo là dove questo senso prevale che si può parlare di assistenza sanitaria di qualità. Dove invece tale senso è carente la qualità dell'assistenza sanitaria è minima, l'assistenza sanitaria diviene, nella migliore delle ipotesi, un affare articolato nel linguaggio della terminologia del mercato o, nella peggiore delle ipotesi, uno strumento di controllo. Il preambolo della Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità afferma « Il godimento degli standard sanitari più alti ottenibili è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano ». Ma perché esso è un diritto fondamentale di ogni essere umano? La ragione ce la dà il Papa Giovanni Paolo II: « La dignità inalienabile di ogni persona umana è naturalmente il fondamento di tutta l'assistenza sanitaria cattolica... » (Phoenix, Arizona, USA, 14 settembre 1987). In altre parole un'assistenza sanitaria di qualità è un diritto fondamentale di ogni essere umano precisamente perché ogni essere umano è sacro, di inestimabile valore e dignità, fatto a immagine di Dio.

Una delle responsabilità maggiori della Chiesa riguardo



alla politica di assistenza sanitaria nel mondo è ricordare costantemente alla comunità mondiale che il mondo ha fallito miserevolmente nell'offrire l'assistenza sanitaria ai poveri. Nel mio stesso Paese circa 40 milioni di persone sono prive di assicurazione per l'assistenza sanitaria. Con costi per le cure mediche costantemente in crescita, questi 40 milioni hanno molte possibilità di ottenere soltanto un'assistenza minima. Possiamo noi cittadini del mondo altamente industrializzato sottrarci alla grave infamia di non essere stati in grado di offrire ai poveri del mondo un'assistenza sanitaria di qualità. Il nostro Santo Padre Giovanni Paolo II, nel suo messaggio per la giornata della pace di quest'anno, ci ha ricordato pressantemente i nostri obblighi verso l'ambiente. Quanto siamo noi responsabili dell'inquinamento delle acque, della defoliazione, della deforestazione, della disseminazione di erbicidi velenosi, della devastazione delle riserve alimentari e così via? Senza contare la nostra disponibilità nel condividere con tutto il mondo le quasi inesauribili riserve che Dio ha fatto nostre. Nel 1983 i Vescovi degli Stati Uniti hanno denunciato il fatto che perfino all'interno dei Paesi sviluppati ci sono governi che hanno fallito clamorosamente nell'assicurare ai loro popoli un'assistenza sanitaria. Il denaro è riservato nei sistemi di armamenti e nello sviluppo delle forze armate. Tale denaro potrebbe procurare e distribuire immensi quantitativi di medicinali basilari e fondamentali, fornire l'addestramento il sostegno di medici, infermieri ed altro personale sanitario, contribuire anche in altre maniere al salvataggio di vite umane. Mi spiace dover osservare che le nazioni ricche non sono state sole nella corsa agli armamenti; esse sono state affiancate da nazioni povere alla ricerca di armi nucleari e perfino di armi biologiche e chimiche che avrebbero effetti orribili sulla salute del mondo. Per molti anni la Chiesa ha spinto ad una più equa distribuzione delle risorse verso le aree rurali. Tradizionalmente la percentuale largamente maggioritaria delle malattie si osserva nelle campagne, mentre invece la percentuale di gran lunga maggioritaria di personale medico addestrato risiede nelle città. Le spese governative nel corso degli anni sono andate dai 20 cents per anno per persona in alcuni paesi non industrializzati a più di 300 dollari per anno per persona negli USA. All'inverso il rapporto tra i medici e la popolazione va da un medico per 100.000 persone ad un medico per 400 persone. E di solito il povero ad avere la minore assisten-

za. (Pur provando a citare Mao Tse Tung in questo consesso, non di meno è interessante notare il suo amaro commento secondo cui il Ministro della Sanità dovrebbe piuttosto essere chiamato Ministro della Sanità per la gente di città.) I papi, da Giovanni XXIII a Giovanni Paolo II, hanno costantemente richiamato alla correzione di una tale ingiustizia, ricordandoci ripetutamente che la Chiesa deve avere una « opzione preferenziale per i poveri ». La Chiesa deve rifiutare di girare le spalle a quelli che vivono nei Paesi in cui l'assistenza sanitaria è gravemente deficitaria, specialmente per i poveri, e non è fornita adeguatamente da alcuno, inclusi i governi. Tale è il caso, dopo tutto, anche dei paesi altamente industrializzati. Nella mia stessa città di New York, le Sorelle della Carità provvedevano assistenza sanitaria ai più poveri tra i poveri assai prima che il governo li prendesse sul serio. Le Suore Domenicane di Suor Rosa Hawthorne si prendevano cura dei poveri cancerosi quando il governo semplicemente li metteva da parte per morire. Tale dedizione da parte della Chiesa continua a prevalere oggi là dove le condizioni sono più arretrate e il povero ammalato è virtualmente abbandonato dagli altri. Ho visto le Suore Missionarie della Carità di Madre Teresa assistere i poverissimi con un amore che va al di là delle medicine, aiutandoli a morire nella convinzione profonda e meravigliosa che Dio li ama. Come abbiamo suggerito precedentemente, la Chiesa ha l'imperativo morale di coinvolgere se stessa nell'assistenza sanitaria per assicurare una dimensione morale ed etica di ordine più alto, una dimensione così facilmente ignorata nell'approccio puramente secolarizzato all'assistenza sanitaria. Con il suo solo esempio la Chiesa può chiamare il mondo agli standard morali più alti nel comportamento umano. Soltanto così la Chiesa può adempiere la sua missione di preoccuparsi per la persona umana, corpo, mente e anima. In un intervento che ho avuto il privilegio di fare qui in Vaticano durante il convegno sull'AIDS, io ho affermato ciò che ribadisco ancora una volta: cioè che una buona moralità fa una buona medicina. Questo concetto è stato rifiutato da quelli che attaccano i Vescovi degli Stati Uniti per aver rigettato l'uso dei preservativi nella prevenzione e nel controllo dell'AIDS. Tuttavia i Vescovi hanno continuato ad affermare che questa piaga mondiale sarà vinta in ultima analisi soltanto da un comportamento sessuale moralmente sano. Lo stesso può essere detto di molte altre malattie, ivi



incluse le malattie veneree, ma non solo esse. Per esempio, malgrado anni di penicillina, un nuovo ceppo di sifilide è apparso, che sembra sconfiggere la penicillina che ha distrutto il vecchio ceppo.

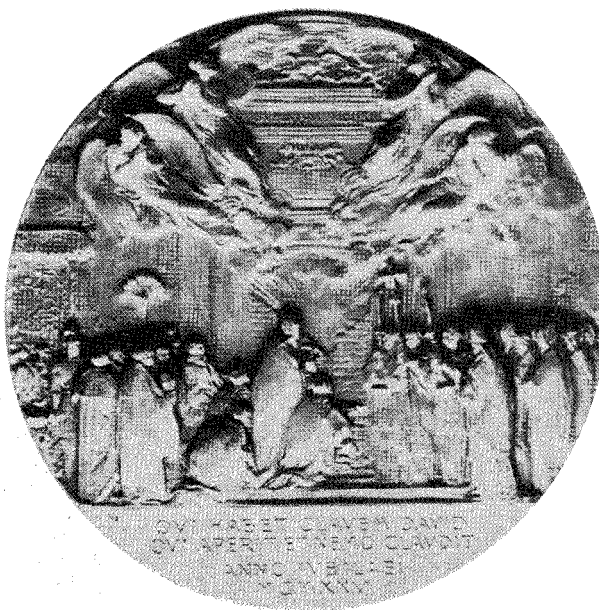
E cosa dire dell'aborto, dell'uccisione di un bambino nel grembo materno? Negli Stati Uniti è stata fatta la stima di un milione e mezzo di aborti all'anno dal 1973, quando la nostra Corte Suprema dichiarò l'aborto legale. Da allora circa ventiquattro milioni di aborti procurati sono stati realizzati nel nostro paese. La stima mondiale annuale è impressionante. Circa 40 milioni di aborti ogni anno, di cui una percentuale sostanziale nei così detti Paesi cattolici. Una volta ancora dove fondare la risposta se non sull'insegnamento morale della Chiesa riguardo alla sacralità di ogni vita umana?

Mentre per esempio trovo molte cose valide nella Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del bambino, firmata recentemente da 59 stati membri, trovo stupefacente in verità che là dove la convenzione parla del diritto alla vita del bambino, essa non faccia alcuna menzione dei diritti dei bambini non ancora nati, all'interno dell'utero materno. Allo stesso tempo sono grato per il laborioso dialogo che viene portato avanti per cercare di includere almeno nel preambolo della Convenzione una qualche forma di protezione del bambino non ancora nato. (Naturalmente le preoccupazioni espresse nella Convenzione riguardo al lavoro minorile, allo sfruttamento sessuale, alla malnutrizione, ecc., sono molto benvenute per ognuno che abbia a cuore l'assistenza sanitaria dei bambini.) Lo stesso insegnamento morale che è a fondamento dell'assistenza sanitaria cattolica, cioè la sacralità di ogni vita umana, chiama la Chiesa a sfidare la disturbante tendenza, almeno nei paesi tecnologicamente sviluppati, verso l'eutanasia, o uccisione pietosa, o « morte con dignità ». Mentre la gente vive assai più a lungo di un secolo fa ed una tecnologia medica altamente sofisticata è in grado di sostenere la vita in modi sino a qui sconosciuti, va aumentando la tentazione di legalizzare il suicidio o perfino la rimozione non volontaria di cibo e di idratazione. Pur essendo vero che tutto lo studio teologico sul sostegno alla vita non è stato ancora concluso, tuttavia i principi morali basilari del cattolicesimo rifiutano senza mezzi termini il concetto che gli altri esseri umani possano essere gli arbitri ultimi della vita. Noi dobbiamo, come Chiesa, proclamare costantemente la sovranità di Dio e l'immutabilità della legge morale naturale. Sarebbe disonesto rivolgersi al

tema della Chiesa e della politica sanitaria mondiale a un livello veramente pratico, senza chiedersi sino a che punto la Chiesa è preparata per usare le sue proprie limitate risorse per promuovere la causa della vita umana. Perdonatemi ancora una volta per far riferimento alla mia Arcidiocesi. Non lo faccio per ostentazione, ma semplicemente per suggerire il genere di sacrifici che noi tutti dobbiamo voler fare, dove possibile, per la causa della vita umana. Il 15 ottobre 1984, subito dopo il mio arrivo nell'Arcidiocesi di New York, io annunciai che nessuna donna in stato di bisogno, di ogni religione, colore o origine etnica doveva poter credere di essere nella condizione di essere costretta ad avere un aborto. Noi dobbiamo garantire che ognuna di tali donne che fosse venuta da noi avrebbe ricevuto tutta l'assistenza medica necessaria senza alcun costo, inclusa l'ospedalizzazione.

Questo programma è andato avanti ormai per più di cinque anni. Io spero di continuarlo finché ce ne sarà bisogno. Il programma ha costituito un pesante fardello finanziario per l'Arcidiocesi, ma io credo che esso fosse un dovere morale. Programmi come questi dovrebbero essere estesi nel mondo ovunque possibile.

Permettetemi ora di rivolgermi ancora ad un aspetto del ruolo della Chiesa nell'Assistenza Sanitaria a livello mondiale: la chiamata alla vocazione sanitaria. Il fatto che Cristo abbia sofferto e sia morto sulla Croce per la nostra eterna salvezza non ha mitigato in alcun modo la sua evidente preoccupazione per il sofferente, il morente, perfino per il morto. Così come il miracolo della moltiplicazione dei pani e dei pesci suggerisce, Cristo non poteva sopportare di vedere alcunché di perduto. Egli era venuto come Ministro della riconciliazione, per raccogliere insieme i frammenti, evitare che andassero persi, per raccogliere i pezzi delle vite spezzate. I suoi miracoli sembrano quasi evidenziare questo punto: la vista al cieco, l'udito al sordo, la integrità al lebbroso, la guarigione all'emorragica, la vita al morto. E attraverso la sua propria morte Cristo ci ha insegnato che tutta la sofferenza umana può avere un commensurabile potere salvifico, se unita alla sua sofferenza sulla croce. Il carisma dell'assistenza sanitaria, l'apostolato per i morenti, il ministero della dedizione a coloro che sono nel dolore: certamente questa è una chiamata divina, una vera vocazione, all'interno o all'esterno della vita religiosa. La Chiesa deve far risuonare una tale chiamata ancora ed ancora,



non semplicemente al fine di procurare personale per le sue Istituzioni, ma per venire ad alleviare l'umanità intera, fortemente carente di personale sanitario totalmente dedicato. « Chi è il mio prossimo? », chiese il giovane a Gesù, e gli fu risposto con una delle parabole più eloquenti, quella del buon Samaritano. La vocazione all'apostolato sanitario tuttavia deve essere una chiamata a provvedere assistenza di qualità sia al corpo che all'anima. Anche quando siano disponibili trattamenti altamente sofisticati per il corpo, sussiste la tentazione di dimenticare l'intrinseca unità della persona umana. Non è abbastanza, per esempio, per coloro che operano nel campo sanitario riparare il danno fisico che segue ad un aborto. Nella Arcidiocesi di New York abbiamo promosso il progetto Rachele per aiutare la guarigione spirituale ed emozionale di coloro che sono stati coinvolti negli aborti. Soltanto se l'assistenza agli infermi sarà vista come vocazione la Chiesa sarà capace di adempiere i suoi doveri verso i poveri; doveri a cui così tragicamente i governi non sono riusciti a corrispondere. C'è un numero quasi incalcolabile di operatori sanitari cattolici nel mondo che vivono quella vocazione, seguendo le orme del nostro Signore Gesù Cristo, il più umile operatore sanitario che il mondo abbia mai conosciuto. Di fronte agli ostacoli anche più severi, i lavoratori cattolici impegnati nell'assistenza sanitaria porteranno alle loro diverse responsabilità un senso di sacralità di tutte le persone umane, vedendo in ogni paziente il volto di Cristo. Il loro lavoro si estende al di là

delle strutture istituzionali formalmente intese; molti lavorano nelle missioni o come fornitori di assistenza sanitaria domiciliare, frequentemente ignorata e assai poco apprezzata. (Io posso soltanto sperare che il presentatore di un'altro intervento si rivolgerà alla cura degli operatori sanitari stessi. Essi anche sono persone umane sacre, una realtà che non può essere dimenticata troppo facilmente. Le responsabilità morali ed umane della Chiesa a questo riguardo sono gravi). La missione dell'assistenza sanitaria per la Chiesa è globale. La Chiesa deve costantemente invitare a metter fine al genocidio, qualunque sia il modo in cui la distruzione di un intero popolo si attua e qualunque sia il colore, la razza o il credo del popolo eliminato. La Chiesa deve sia cooperare che influenzare legittimamente tutti i Corpi Internazionali, come le Nazioni Unite e l'organizzazione Mondiale della Sanità, al fine di far avanzare la nozione che la Assistenza Sanitaria è un diritto umano a causa della sacralità della persona umana. Il famoso microbiologo, Louis Pasteur aveva ragione, ma il suo ideale può essere attualizzato soltanto attraverso tali agenzie internazionali: « Io ho la ferma convinzione che la scienza e la pace trionferanno sulla guerra: che le Nazioni andranno avanti insieme non per distruggere, ma per costruire; che il futuro appartiene a quelli che lavorano di più per la umanità sofferente ». Soprattutto comunque la Chiesa deve trascendere tutti i sistemi politici, tutte le burocrazie e tutte le istituzioni che disumanizzano e depersonalizzano il modo di fare assistenza sanita-

ria. Io mi ricordo di un amico psicologo che portò il suo vecchio malato genitore all'ospedale. Le procedure di ammissione sembravano senza fine, con i moduli di ogni tipo richiesti nelle società burocratizzate. Infine le procedure furono finalmente completate e un ausiliario diede al mio amico un braccialetto da porre intorno al polso del padre. Il mio amico psicologo disse in maniera piana a questo ausiliario « il nome di mio padre è Eugenio D. Tuttavia quell'ausiliario non fece neanche una piega e replicò: « Qui noi andiamo per numeri D. Ripensavo a quella storia vera mentre visitavo una clinica per la maternità, in un piccolo villaggio fuori di Amman, in Giordania. Due infermiere, entrambe suore cattoliche, stavano facendo tutto ciò che potevano per una donna incinta musulmana che pazientemente stava di fronte a loro, aspettando il suo turno per il trattamento prenatale. Ogni donna (e ce ne sono molte) veniva chiamata ed esaminata come se essa fosse la sola donna del mondo. Io mi meravigliai del calore e del buon umore, della tenerezza e della riverenza espressa da entrambe le suore verso ognuna delle donne che erano lì in attesa. Ogni donna incinta poteva ben esser stata Maria, mentre aspettava di dare alla luce il Cristo bambino. Ognuna veniva chiaramente trattata per ciò che lei era: sacra, di valore inestimabile, una donna piena di dignità, fatta a immagine di Dio. Questo è il significato di un Assistenza Sanitaria Cattolica in tutto il mondo.

Card. JOHN O'CONNOR
Arcivescovo di New York



ospedali cattolici nel mondo

22

Premessa

È sempre una gioia per me essere qui a Roma presso la cattedra di San Pietro. Come sacerdote e come operatore sanitario sono veramente lieto di avere l'opportunità di parlare ai membri del pontificio Consiglio per la Pastorale degli operatori sanitari. L'impegno della Chiesa in questo campo è motivo di grande fierezza. La Chiesa cattolica, infatti, è nel mondo la maggiore dispensatrice di assistenza sanitaria: essa è veramente fedele al mandato ricevuto da Cristo di insegnare e di sanare.

A. Necessità del Dicastero

Vorrei esprimere la mia riconoscenza al Santo Padre Giovanni Paolo II per il Motu proprio «*Dolentium hominum*», ed a Mons. F. Angelini per dato così idonea attuazione alle direttive ed alle indicazioni del Santo Padre per gli operatori sanitari nel mondo.

Prima del Motu proprio «*Dolentium hominum*» di cinque anni fa era piuttosto difficile per noi discutere delle molteplici implicazioni tra medicina e morale della Chiesa. Chi fosse venuto a Roma per trattare un problema di pastorale sanitaria non avrebbe saputo dove andare. Mancava un centro in cui discutere questi argomenti. Anzi, prima dell'istituzione del Pontificio Consiglio non c'era neppure un luogo dove esporre i propri problemi e le proprie idee al riguardo. Allora ogni questione di pastorale sanitaria atteneva, direttamente o indirettamente, alla Congregazione per i Religiosi, dato che la maggior parte delle istituzioni sanitarie cattoliche fa capo a comunità religiose.

Le cose ora stanno cambiando in molte parti del mondo, dove laici cattolici portano avanti un crescente impegno in campo sanitario.

L'assistenza sanitaria, nella società moderna, è divenuta un problema di grande rilevanza. Attraverso le moderne acquisizioni, la gente vive più a lungo e in maniera più sana. perciò, nel nostro tempo, in maniera sempre più estesa, gli stessi governi sono

alle prese con i problemi della sanità e della salute. Persone come noi che, giorno dopo giorno, operano negli ospedali e nei luoghi di cura, sono molto grate al Pontificio Consiglio e per quanto esso ha fatto in tanti settori dell'assistenza sanitaria. Certamente rimane ancora molto da fare e questi primi anni sono soltanto un inizio.

B. Mutamenti nell'assistenza sanitaria cattolica

Nel passato decennio l'assistenza sanitaria cattolica ha conosciuto un'autentica rivoluzione. Consapevole di ciò, la Santa Madre Chiesa ha intuito la necessità di questo Pontificio Consiglio. Penso che tre cose abbiano contribuito a questa rivoluzione.

In primo luogo, in molti Paesi, soprattutto in quelli industrializzati, si è avuto un calo numerico dei religiosi, specie di quelli impegnati nella pastorale sanitaria. Negli Stati Uniti abbiamo avuto un calo del 60% delle donne che lavoravano nei luoghi di sofferenza e di cura. L'età media delle donne che tuttora vi lavorano è, negli Stati Uniti, di oltre 65 anni. Meno del 10% delle nostre infermiere sono suore. Attualmente, oltre il 50%, del personale amministrativo negli ospedali cattolici è formato da laici. La pastorale sanitaria sta passando sempre più nelle mani del laicato cattolico.

In secondo luogo, la direzione dell'assistenza sanitaria si è fatta sempre più complessa. I moderni ospedali dispongono di grandi complessi tecnologici che richiedono personale specializzato. L'amministrazione e la direzione di un ospedale o di una clinica richiedono grande professionalità. Anni fa non era difficile amministrare un ospedale; oggi esso comporta complesse e sofisticate procedure. Anche questo contribuisce all'alto livello di assistenza che essi sono in grado di offrire. Ma questo vuol dire che l'amministrazione di tali servizi esige personale altamente preparato e specialisti. Le comunità religiose non sono in grado di assicurare tutto questo personale professionalmente preparato.

Il terzo fattore che ha prodotto un effetto tremendo sulle strutture sanitarie cattoliche è costituito

dall'intervento dell'assistenza pubblica. Molti governi si sono resi conto dell'importanza dell'assistenza sanitaria nella vita dei loro cittadini. Negli Stati totalitari, il primo passo dei governi è stato quello di assumersi integralmente l'onere e il controllo della sanità. Questi governi non sono mossi soltanto dal desiderio che a tutti sia assicurata l'assistenza sanitaria, ma anche dall'intento di controllare la vita dei cittadini. E ciò si verifica attraverso la distribuzione delle risorse e le disposizioni governative. In alcuni casi, le strutture sanitarie cattoliche sono state integralmente rilevate dallo Stato e i religiosi/e sono stati mandati via. In altri Paesi, dove la Chiesa può ancora svolgere almeno in parte la sua azione, essa è fortemente controllata.

E consolante tuttavia che, in questi ultimi mesi, la situazione stia cambiando nei Paesi dell'est europeo. Attualmente i nuovi governi, come in Ungheria e Polonia, chiedono alla Chiesa di ritornare ad occuparsi dell'assistenza sanitaria soprattutto per i malati e i disabili. La cosa non è facile, poiché i religiosi che un tempo assolvevano questi compiti sono passati ad altre forme di apostolato e rimane soltanto un ridotto numero di religiosi formati alla pastorale e assistenza sanitaria.

Non si può tuttavia che guardare con gioia allo sviluppo di nuovi ospedali e istituzioni sanitarie cattoliche in questi Paesi ed alle richieste che pervengono alla Chiesa da parte di celebri istituzioni sanitarie.

C. La missione della Chiesa

Nel capitolo nono del Vangelo di Luca è riportato questo mandato di Cristo ai suoi apostoli: «*Predicate il Regno di Dio e guarite gli infermi*», e questa la missione prioritaria della Chiesa: insegnare e guarire. Non siamo Chiesa di Cristo se non ci impegniamo ad insegnare la dottrina di Cristo ed a sanare gli infermi. Se la Chiesa non si impegna nella pastorale sanitaria, non è Chiesa di Cristo.

Oggi più che in passato la Chiesa è coinvolta in questo campo. I principali problemi morali del

nostro tempo discendono da questo settore. Si tratta di problemi che attengono alla vita ed alla morte. Se la Chiesa trascurasse l'ambito sanitario sarebbe difficile per lei entrare nel merito di questi problemi.

Siamo invece chiamati ad intervenire per dare alla nostra società risposte di vita o di morte.

Molte persone potrebbero pensare che da quando i loro governi si sono fatti carico della sanità e della salute non ci sia più bisogno della presenza della Chiesa. Ed invece, ora più che mai, la Chiesa è chiamata ad offrire un modello di come deve essere prestata ed assicurata l'assistenza sanitaria. Essa deve essere impartita nella consapevolezza della sacralità e della dignità di ogni individuo che è stato creato ad immagine e somiglianza di Dio.

Uno dei problemi più gravi della nostra società è costituito dalla de-personalizzazione. Questo è particolarmente vero in campo sanitario. La gente, negli ospedali, perde la sua identità ed il suo nome. Diventano un numero ed una cartella clinica. Non sono più una persona reale. Nell'ospedale cattolico l'assistenza deve essere prestata con la consapevolezza della dignità di ciascun individuo, quale sia la diagnosi o la malattia. L'assistenza sanitaria cattolica ha il compito di offrire modelli e norme di come deve essere prestata l'assistenza sanitaria.

Gli ospedali

Al centro di tutto il sistema sanitario sono gli ospedali.

Secoli orsono, i migliori ospedali erano istituzioni dove i poveri

arrivavano per morire, con il passare del tempo essi si sono sviluppati e moltiplicati e sono divenuti luoghi di cura. Tutte le più varie e articolate forme di cura provengono dagli ospedali. Il livello di assistenza sanitaria di un Paese si misura dalla qualità dei suoi ospedali. Una delle più rilevanti iniziative assunte dal pontificio Consiglio sotto la guida di Mons. Angelini è stata la pubblicazione del primo Catalogo delle istituzioni sanitarie cattoliche nel mondo. Pri ma della pubblicazione di quest'opera avevamo soltanto idee vaghe sul numero e la reale consistenza delle istituzioni sanitarie cattoliche. Ora sappiamo che esse sono più di dodicimila e che cinquemila di esse sono ospedali. È questa una grande risorsa che la Chiesa non ha esaurito. Si tratta della maggiore organizzazione sanitaria che può soltanto crescere con l'apertura dei paesi dell'est Europeo.

Ricordo che, una volta, uno degli ospedali più rinomati di New York cercava di avviare contatti nel mondo per avere pazienti che si avvalsero dei suoi servizi specialistici. Si rivolse anche all'organizzazione Mondiale della Sanità. Dopo aver avuto nomi e indirizzi, cercò affiliazioni con diversi ospedali specializzati specialmente nei Paesi sviluppati. Dopo alcuni anni, con diversi cambiamenti nell'amministrazione e nel personale, non aveva concluso molto. Si rivolse nuovamente all'Organizzazione Mondiale della Sanità e questa volta gli dissero che il solo complesso di ospedali di una grande consistenza e affidabilità era costituito dagli Ospedali Cattolici.

Nei miei viaggi per il mondo, mi è stato espresso da parte di molti ospedali cattolici la grande necessità di essere sostenuti dalla gerarchia cattolica per mantenere la loro identità. Mi hanno pure espresso il desiderio di incontrarsi con i responsabili di altri ospedali cattolici per discutere i loro problemi e studiare le possibili soluzioni. Sarebbe questa una grande opportunità per loro di scambiare risorse e personale, di rafforzare la loro identità cattolica e di rendere un servizio migliore ai loro assistiti. Diversi Paesi hanno già solide associazioni di ospedali (in Europa e nel Nord America).

Inoltre, c'è un grande bisogno di incontri tra amministratori di diversi Paesi e continenti per scambiare idee e di esperienze. Auspichiamo che uno degli impegni maggiori di questo Pontificio Consiglio sia di offrire queste opportunità qui a Roma, nel centro della Chiesa, affinché ci si comunichi a vicenda su come meglio attuare il mandato di Cristo di « guarire i malati ».

Conclusione

Sono molto riconoscente di trovarmi qui in questo momento storico, qui nella Città eterna. Guardo al passato e tanto più sono lieto della istituzione del Pontificio Consiglio e per il lavoro da esso compiuto nel trascorso quinquennio.

Soprattutto, però, guardo al futuro, al grande lavoro che ancora bisogna fare e che sono certo questo Pontificio Consiglio farà.

Mons. JAMES CASSIDY
Assistente Ecclesiastico della FIAMC



associazioni mediche cattoliche

A nome dei membri della Federazione Internazionale delle Associazioni mediche cattoliche sono particolarmente lieto di avere l'opportunità di parlare ad un pubblico così elevato che opera in campo sanitario come pure ai membri di questo Consiglio.

Non intendo tracciare la storia della Federazione, non essendo questa la circostanza per farlo. Mi basti dire che essa fu creata nel 1924 sotto gli auspici di Pio XI, anche se allora aveva un nome leggermente diverso. Sin da allora, fatta eccezione degli anni del secondo conflitto mondiale, la Federazione ha tenuto un Congresso internazionale ogni quattro anni. In realtà, fino ai tempi recenti, questo era il suo compito principale. Il nostro economo o tesoriere, il Dr Jean Xluyskens, ha scritto un'eccellente storia della Federazione facilmente accessibile a chi abbia interesse alla cosa.

La Federazione è internazionale ed è rappresentata, a livello mondiale, da sei regioni o aree. La cosa più importante è che la Federazione è riconosciuta dalla S. Sede ed è una delle organizzazioni laiche ufficiali costituzionalmente istituite per disposizione del Pontificio Consiglio per i Laici. Ovviamente, attualmente abbiamo uno speciale rapporto con questo Pontificio Consiglio e mi auguro che esso si sviluppi ancor più negli anni. Spero che potremo lavorare più strettamente con l'organizzazione femminile del Ciciams con il quale abbiamo, naturalmente, così comuni interessi.

Il nostro prossimo Congresso internazionale quadriennale avrà luogo dal 14 al 16 settembre 1990 a Bonn e tratterà dei più attuali problemi di etica medica. Terranno conferenze sia illustri clinici che Accademici; sarà dato spazio particolare ai lavori di gruppo. Il Congresso non è limitato esclusivamente ai medici, ma aperto agli operatori sanitari paramedici ed ai religiosi interessati ai problemi dell'etica medica. Nelle prossime settimane sarà diffuso il programma particolareggiato del Congresso.

L'essere ufficialmente riconosciuti dalla Santa Sede è il nostro unico privilegio, ma è anche una grave responsabilità; e quindi di grande importanza che le nostre

organizzazioni nazionali attuino questa speciale posizione della federazione. Secondo il linguaggio commerciale noi siamo, di fatto, una compagnia corporativa con tante compagnie sussidiarie che, insieme, formano una società unica. Ritengo opportuno, perciò, richiamare l'art. 3 del nostro Statuto, il quale così definisce i compiti della Federazione.

Statuto, art. 3. Compiti o finalità della Federazione sono:

A. Coordinare gli sforzi delle associazioni mediche cattoliche nello studio e nella diffusione dei principi cristiani nella professione medica in generale.

B. Sostenere lo sviluppo, in ogni Paese, delle Associazioni mediche cattoliche per favorire il medico cattolico nella sua formazione spirituale e morale come pure nella sua preparazione tecnica.

C. Partecipare allo sviluppo generale della professione medica e promuovere la salute e l'impegno sociale secondo i principi della vita cristiana.

D. Creare un servizio di consultazione per lo studio dei problemi medici e la loro soluzione teoretica e pratica.

Fino ad epoca relativamente recente non organizzavamo che un Congresso internazionale ogni quattro anni. Negli anni recenti le cose sono cambiate. La maggior parte delle nostre regioni, soprattutto l'Asia e l'Europa, ora organizzano ogni quattro anni i propri Congressi. In pratica, in ogni area

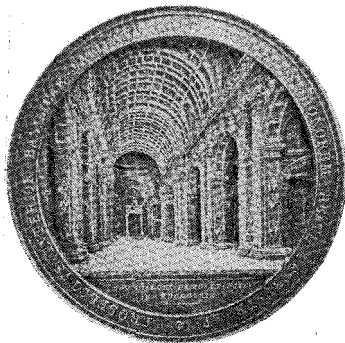
del mondo si tiene un Congresso ogni due anni. Fino a dieci anni fa non eravamo rappresentati nel continente Latino-americano. Fummo davvero fortunati con l'ingresso nella nostra Federazione dell'Argentina, che ora ha un gruppo molto attivo a Buenos Aires. Grazie poi all'intenso lavoro svolto dal nostro Vice-Presidente Dr Hugo Obiglio, abbiamo ora nel continente Latino-Americano alcune federazioni nazionali, e cioè nel Paraguay e nell'Uruguay e sono in fase di trattative altri due Paesi. Un rapido passo avanti in breve spazio di tempo; io penso vi abbia contribuito in maniera determinante il fatto che, nel 1986, abbiamo tenuto il nostro Congresso Mondiale a Buenos Aires. Il vantaggio di queste sotto-federazioni è che esse non sono molto distanti dagli organismi nazionali; si spera quindi che l'America Latina abbia poi eventualmente le sue proprie sotto-federazioni.

Sono a noi affiliate le associazioni nazionali di circa 26 Paesi; il loro ambito e la loro attività sono incredibilmente varie.

Diversi di questi Paesi pubblicano eccellenti periodici. Mi limito a ricordarne alcuni; se alcuni di voi lo riterranno utile, potranno abbonarsi. I nostri colleghi francesi, per esempio, pubblicano *Medicine de l'Homme*, in lingua francese. L'Associazione belga pubblica il *Bollettino* di San Luca, in francese e fiammingo. Ad Hong Kong viene edito un eccellente *Notiziario*. Negli Stati Uniti si pubblica il *The Linacre Quarterly* e, nel Regno Unito, il *The Catholic Medical Bulletin*. In Argentina il *Consorcio Medicos Catolicos*. Questi soli dati bastano a dimostrare la considerevole attività delle nostre associazioni a livello nazionale.

I problemi sono diversi da regione a regione, senza dire che le associazioni nazionali concentrano il loro lavoro e i loro sforzi su problemi diversi. Per esempio, nella Nuova Zelanda, un aspetto molto rilevante del lavoro dell'associazione è quello di tenere i contatti con i politici e gli organismi affini per seguire da vicino le tendenze anti-cristiane della legislazione.

Altri Paesi che hanno grosse associazioni come l'Italia sono in



grado di svolgere una più intensa azione sul piano politico di quanto non possano fare alcune delle nostre più piccole associazioni. Certamente molti di voi conoscono i nostri colleghi italiani (Amci), che hanno dato un apporto rilevante, ad esempio, nel dibattito che ha preceduto l'introduzione della legge dell'aborto in Italia. Le associazioni nazionali hanno le loro articolazioni interne e, generalmente, tengono un congresso nazionale una volta l'anno.

Un aspetto dello sviluppo della Federazione può considerarsi la creazione di un Centro di Bioetica a Bombay; lo istituì una decina d'anni fa, con generoso sforzo, il nostro Presidente onorario Dr Chicot Vas. Questo Centro è un punto di riferimento per il mondo medico cattolico in India: oltre che organizzare incontri, pubblica anche scritti periodici. Recentemente, a Buenos Aires, il nostro Vice-Presidente ha istituito un analogo Centro di Bioetica che si è confermato molto utile.

Negli ultimi quattro anni, a motivo di alcune opportunità offerteci, il lavoro della Federazione e la sua stessa struttura sono cambiati. Per la prima volta nei passati quattro anni siamo stati veramente fortunati a poter disporre di un ufficio nel Palazzo San Calisto in Roma; vi ci lavora attualmente un segretario per un giorno la settimana. Per questo ufficio abbiamo avuto in dono un computer che è stato utilissimo; speriamo ci sia donato anche un Fax. In precedenza non avevamo, come organismo internazionale, alcun ufficio in Vaticano né altrove nel mondo per tenere gli annuali incontri della Commissione o come centro per le comunicazioni. Ci si trovava, di anno in anno, in un Paese o in una città, dove la Commissione ritenesse opportuno riunirsi.

Questo aiuto datoci dal Vaticano ha consolidato la nostra istituzione e ne ha favorito lo sviluppo. Oggi, per la prima volta, abbiamo un Notiziario che speriamo di poter pubblicare due o tre volte l'anno; esso potrà essere inviato alle nostre associazioni nazionali e, cosa più importante, alle altre organizzazioni cattoliche interessate all'etica cattolica medica. La distribuzione del bollettino — che si chiama *Decisions* — include anche importanti organizzazioni non-cattoliche. In tal modo possiamo meglio far conoscere il pensiero della Federazione Medica

Cattolica e la dottrina della Chiesa nel campo della prassi medica.

Gli attuali straordinari progressi tecnologici in medicina creano ovviamente tremendi problemi per la Chiesa e per la Legge; io credo sia una buona idea per i problemi etici emergenti far conoscere la posizione e la condotta del medico cattolico.

Il Bollettino che è ora giunto al suo quarto numero viene preparato a Londra per cortese prestazione del proprietario di un giornale nazionale; le bozze corrette vengono spedite a Roma e il bollettino viene inviato dal nostro ufficio. Certamente un piccolo inizio e qualcuno di voi può pensare che io enfatizzi la cosa, ma si tratta di iniziativa dalle grandi potenzialità.

E' stato deciso che il Bollettino debba avere almeno un articolo per ogni numero sufficientemente impegnativo; per il resto, ci preme di raggiungere il maggior numero possibile di lettori.

La cosa più importante nel mondo medico cattolico è che si possa fare riferimento a principi chiari; di qui il titolo del nostro Bollettino, *Decisions*. Al momento il nostro elenco abbonati è modesto anche a causa del costo, ma la risposta avuta dagli organismi della Curia romana è stata solidale e più che incoraggiante.

Naturalmente non saremmo una Federazione cattolica se non avessimo problemi finanziari che coinvolgono ogni attività concreta della Chiesa. A motivo quindi delle nostre modeste entrate, è stato deciso di costituire un fondo capitale i cui interessi maturati servono ad affrontare le spese ordinarie della Federazione. Abbiamo da poco lanciato un appello ed abbiamo ricevuto un primo consistente aiuto e mi piace informare che molta parte di questo aiuto è venuto da fonti non cattoliche. Gli ultimi anni hanno visto un grande sviluppo del lavoro della Federazione in America Latina grazie all'intenso impegno profuso dal nostro Vice-Presidente Dr Hugo Obiglio e dai suoi colleghi Dr Dabustie e Dr Beaubrun della Giamaica. Nello scorso novembre il Dr Obiglio ha partecipato a Bogotá all'incontro dedicato al coordinamento della pastorale sanitaria nell'ambito della Celam. I due ultimi anni hanno visto più che promettenti associazioni con altri organismi. Nel marzo 1987, è stato organizzato un ruscitissimo Incontro su l'Aids in collaborazione con il Medical College di New York; lo scorso

novembre è pure molto ben riuscito un Convegno interdisciplinare con il Centro di Bioetica all'Università di Coimbra.

Le conferenze erano di alto livello. Un doveroso riconoscimento al nostro Segretario generale Dr Prof Walter Oswald per la sua grande capacità organizzativa e la straordinaria conoscenza delle lingue. Il Dr Kluyskens, nostro tesoriere, ci ha guidato nei nostri problemi finanziari e non tutte le Federazioni possono dire che il loro Assistente ecclesiastico è un Cancelliere di una Scuola medica: mi riferisco a Mons. Cassidy.

Certamente la Federazione, in questo momento, si dedica soltanto a problemi di etica medica e vorremmo essere associati al coordinamento dell'attività dei diversi organismi impegnati nella pastorale sanitaria, se non a livello di centro, almeno a livello nazionale. La Federazione ha preso atto che ci sono molte persone di buona volontà, che non sono medici, che sono disposti ad aiutarci; abbiamo poi ricevuto un sorprendente sostegno da persone non appartenenti al campo medico. Credo che la Federazione sia una centrale di energia dal potenziale enorme, ma non è sufficientemente utilizzata, certamente per problemi finanziari; noi abbiamo i nostri sogni, ma dobbiamo vivere nella realtà e nulla è più amaro del ricevere richieste di aiuto e di non essere in grado di soddisfarle né di avere la struttura idonea. Non si tratta di un quadro pessimista; la Federazione sta sviluppandosi bene e credo che nel prossimo decennio essa diverrà molto conosciuta.

La nostra richiesta per lo status di Organizzazione non governativa inoltrata all'Oms procede bene; attualmente siamo membri attivi dell'Oic e come organismo internazionale desideriamo essere adeguatamente rappresentati a quel livello, ma questo richiede tempo ed anche denaro, cose entrambe faticose. La Federazione è andata avanti grazie all'arduo lavoro dei suoi Paesi membri e del nostro Comitato esecutivo. Come dire il tutto in due parole? Penso al giudizio conclusivo che gli alunni ricevono in Inghilterra alla fine del corso scolastico, quando l'insegnante scrive: « Si sforza, ma potrebbe fare meglio ». Noi intendiamo fare meglio e siamo sempre disponibili ad accogliere il consiglio di tanti nostri esperti sul come riuscire a divenire migliori.

Dr. THOMAS LINEHAN
Presidente della Fiamc

le associazioni cattoliche degli operatori sanitari

Premessa

Chi è l'Operatore sanitario cattolico? È colui che, in forza del suo battesimo, traduce il Vangelo in testimonianza di vita attraverso tutte le sue attività professionali.

Il mio intervento si rifà al recente documento pontificio (30 dicembre 1988), l'Esortazione apostolica sulla vocazione e missione dei Laici nella Chiesa e nel mondo. Basandomi sulla mia esperienza vissuta nel Ciciams dal 1970, mi atterrò a quei punti che sono significativi per le Associazioni cattoliche degli Operatori sanitari.

Il Ciciams fu fondato più di 50 anni fa. La sigla prende le iniziali dal nome in lingua francese, e significa « Associazione Internazionale Infermiere e Assistenti Sociali Cattoliche ». In cinque regioni o aree il Ciciams si adopera affinché le infermiere ed altri paramedici svolgano il loro lavoro richiamandosi all'amore cristiano. E questo in linea con la chiara direttiva offerta da Pio XII nelle parole rivolte ai partecipanti al IV Congresso Internazionale del Ciciams, tenuto a Roma nel 1950: « L'organizzazione è indispensabile. Oggi noi vediamo che le attività hanno bisogno di organizzazione. La infermiera cattolica deve essere impegnata nell'apostolato. Essa deve essere aiutata a svolgere la sua professione alla luce dell'insegnamento della Chiesa ».

L'indole cattolica

Non mancano persone che considerano le organizzazioni cattoliche come fattori di divisione e di ostacolo ad una sincera cooperazione per il bene dell'umanità. Esse affermano che, in passato, i cattolici hanno operato nella società individualisticamente, senza far parte di alcuna associazione professionale. Non è così; in fatti l'esperienza dimostra che i Cattolici, anche operando da soli, sono sempre parte di una comunità cristiana come, ad esempio, le comunità cristiane di base.

Perché un'Associazione professionale cattolica svolga il proprio ruolo è necessario che riunisca il maggior numero di persone che, nella società, svolgono una determinata professione. Essa deve

formare un nucleo nel quale l'etica professionale è vissuta in conformità con il Vangelo. In tal modo, i suoi membri, attraverso la loro testimonianza, costituiscono un richiamo per tutti coloro che operano per il bene dell'umanità.

L'indole professionale

L'accento va posto sul termine « professionale ». Esso spiega, tra l'altro, perché il settore associativo viene raggruppato in associazioni. « Una associazione professionale è quel gruppo di persone impegnate in una medesima attività che dà loro la consapevolezza di appartenere ad una comunità ». La prima caratteristica delle Associazioni cattoliche degli operatori sanitari è di riunire membri impegnati, ad un determinato livello, nell'attività sanitaria, come quello delle infermiere e dei paramedici. Il ruolo da assolvere si colloca all'interno dell'organizzazione sanitaria professionale in rapporto all'amministrazione ospedaliera, ai malati, ai medici e all'altro personale sanitario.

Un professionista si qualifica per la professione che esercita.

Ogni professione, nel suo esercizio, comporta l'accettazione di un codice etico. Il dovere professionale richiede una certa conformità affinché chi appartiene a quella professione non sia respinto dagli altri membri che ne fanno parte.

Rapporto tra professione ed essere cattolici

Il rapporto tra professione ed essere cattolici comporta un particolare riferimento ai Vescovi, attraverso i quali la comunità cristiana è legata a Cristo, come pure al Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori sanitari il cui compito è proprio quello di assicurare la partecipazione dei laici all'apostolato della Chiesa. In concreto ciò si esprime con un atteggiamento aperto verso i non cristiani che desiderano associarsi nell'attività. Le Associazioni cattoliche di operatori sanitari sono in grado di offrire un contesto nel quale tutti possono procedere insieme nella carità e scoprire quell'*Unum* che è sorgente di dimensione umana.

Poiché la società, nell'approssimarsi dell'anno 2000, sta diventando sempre più complessa, è necessario che gli Operatori sanitari cattolici si organizzino in modo da influire sulle politiche sanitarie. Ecco perché le Associazioni degli Operatori sanitari cattolici devono spingere i membri impegnati nelle diverse attività ad essere sempre più consapevoli della loro responsabilità e meglio preparati a farvi fronte.

Compiti delle Associazioni degli Operatori sanitari cattolici

1. Funzione mediatrice

Le Associazioni cattoliche hanno una funzione insostituibile non soltanto perché assicurano l'esercizio della libertà di coscienza, ma perché rendono i loro membri capaci di riconoscere che cosa è compatibile o meno con la coscienza nel mondo nel quale si vive. Di qui l'ambizione di una Associazione professionale cattolica che non si impegni soltanto a sostenere la fede dei suoi singoli membri; essa offre anche un punto di riferimento tra la Chiesa, sorgente di vita e di carità, e un mondo governato dalla prospettiva della crescita economica, dalle istanze della tecnica e dal materialismo. Le Associazioni cattoliche — come afferma Giovanni Paolo II — hanno una « funzione di mediazione attraverso la quale la dottrina cristiana può penetrare efficacemente nella vita contemporanea ». Esse applicano i principi cristiani nelle situazioni concrete nelle quali sono professionalmente coinvolte. Le Associazioni degli Operatori sanitari cattolici sono quindi un momento essenziale della vita della Chiesa in quanto la rispecchiano nei mutamenti in atto nel campo della sanità e negli effetti sulla vita del laicato.

2. Funzione educativa

La società moderna è alla ricerca di strutture capaci di permettere il progresso attraverso l'unità. Una di queste è la funzione educativa delle Organizzazioni non governative (Ong) E quindi uno dei compiti prioritari delle Asso-

ciazioni cattoliche degli Operatori sanitari educare le popolazioni in modo da renderle idonee a capire questa evoluzione ed a farsene parte attiva. Hanno quindi un loro compito nella formazione dei laici. In un tempo in cui si ha un così celere progresso della scienza e della tecnica, il compito dell'operatore sanitario si è fatto sempre più esigente a livello di preparazione professionale e di relazioni umane. Proprio recentemente il Ciciams è stato invitato ad offrire, nel campo specifico nostro, informazione e formazione sui metodi relativi alla fertilità nel contesto del nostro servizio ai valori ed ai diritti umani. (cf circolare del Pontificio Consiglio per la Famiglia). Alla V Conferenza regionale del Ciciams, tenuta a Hong Kong nel settembre 1989, i partecipanti hanno riconosciuto l'urgenza di promuovere l'evangelizzazione attraverso la pastorale e l'educazione familiare sanitaria nei rispettivi posti di lavoro. Con riferimento all'Istruzione « Sul rispetto della vita nascente », gli Operatori sanitari cattolici hanno una chiara visione di tutti i problemi connessi. Poiché i membri provengono da diversi contesti culturali e sociali, essi potranno farsi promotori della difesa della vita. Essi, quindi, devono conoscere sempre meglio questo importante documento sulla vita umana.

3. Funzione etica

Sotto questo aspetto gli Operatori sanitari cattolici contribuiscono a « dare attuazione all'etica cristiana nella professione ». Papa Giovanni Paolo II affrontò questo argomento rivolgendosi, nel 1980 a Parigi, alle Organizzazioni Cattoliche internazionali (Oci). Disse: « Il vostro insostituibile e specifico contributo è quello di dare ai problemi nei quali è coinvolto il destino degli individui e dei popoli una dimensione etica e religiosa, la quale rappresenta un elemento fondamentale della condizione umana ». Le Associazioni cattoliche degli Operatori sanitari sono luoghi nei quali uomini e donne sono riconciliati con se stessi in una esperienza professionale vissuta in spirito di fede. Gli Operatori sanitari cattolici devono muoversi insieme agli altri per condividere e chiarire i loro problemi. Come evangelizzatori hanno una posizione privilegiata, poiché mettono in luce la contraddizione tra la loro coscienza e il tipo di società che prevale, soprattutto per quanto riguarda l'atteggiamento verso la vita.

4. Funzione ecclesiale

Le Organizzazioni cattoliche internazionali degli Operatori

Sanitari assicurano una « presenza organica della Chiesa » a livello internazionale. Giovanni Paolo II considera la loro partecipazione alle attività pubbliche di primaria importanza. « Senza le Organizzazioni cattoliche internazionali — ha detto — mancherebbe qualcosa alla vitalità della Chiesa ed alla sua missione profetica e apostolica nella società internazionale di oggi ». Sotto questo aspetto, un'Organizzazione Cattolica internazionale o nazionale è vista come uno « strumento » credibile per la missione del Vescovo di Roma nei confronti della Chiesa universale o per quella del Vescovo diocesano per la comunità locale.

Tradizionalmente le società cattoliche hanno sempre guardato alla nascita e alla morte come a un punto di incontro tra la libertà e il mistero di Dio. Ogni giorno siamo interpellati da gravi problemi derivanti dall'applicazione della medicina moderna alle istanze bioetiche emergenti. Le sfide più significative sono: l'aborto, l'atteggiamento negativo riguardo alla pianificazione familiare, il crescente ricorso alla contraccezione, l'eutanasia, il suicidio, l'abuso dei farmaci e i problemi morali derivanti dalle scoperte biomediche (Federazione della Conferenza dei Vescovi asiatici, settembre 1986). In tali circostanze, gli Operatori Sanitari cattolici devono muoversi in forma associativa per salvaguardare e difendere la sacralità della vita umana.

I loro membri, quindi, devono essere bene informati e decidere insieme ai rispettivi livelli. Essi godranno del diritto all'obiezione di coscienza ogni qualvolta un atto medico apparirà contrario al loro concetto di persona umana. Dovranno poi avere a loro disposizione gli strumenti di opposizione quando la politica sanitaria non è diretta al servizio dell'uomo. L'Associazione degli Operatori sanitari cattolici, quindi, è il luogo in cui le infermiere e le assistenti paramediche troveranno luce sui problemi che incontrano nella vita di ogni giorno.

Formazione spirituale

Ogni cristiano è chiamato a crescere continuamente nell'intima unione con Cristo. Le Associazioni degli Operatori sanitari cattolici devono assicurare ai loro membri le condizioni per consolidarsi nella loro fede. La formazione spirituale deve riguardare anche gli aspetti nei quali la fede si manifesta, come la vita di santità, la conoscenza della dottrina e la sua applicazione nella vita professionale.

Nella recente Conferenza regionale asiatica tenuta a Hong Kong

dal Ciciams è stata approvata una risoluzione circa la formazione spirituale. I partecipanti hanno convenuto che la formazione spirituale è un processo permanente nella vita dell'Operatore sanitario cattolico. Egli deve promuovere la propria e altrui rinascita spirituale attraverso la preghiera e i sacramenti; deve sviluppare una coscienza bene informata ed un forte senso di responsabilità ed essere un testimone al servizio della verità e della vita nell'amore.

Conclusione

La diversità dei problemi porta il fedele laico ad unirsi in associazioni di diverso tipo. Ciò conferma la natura sociale della persona e, per questo motivo, porta ad una più decisa efficacia operativa. Si riconosce che l'apostolato di gruppo è un segno di comunione e di unità nella Chiesa. Una associazione di cristiani ha come proprio scopo la santificazione dei suoi membri che devono esercitare la loro professione secondo la dottrina della Chiesa, in comunione con il Papa; infine, assicura la presenza e l'impegno missionario.

La partecipazione del laicato attraverso un'associazione organizzata non è qualcosa di discrezionale o di secondaria importanza, ma deve rappresentare l'atteggiamento normale di ogni battezzato, dal momento che i Cristiani sono responsabili insieme dell'opera di evangelizzazione nella famiglia, nella società, nella vita professionale e politica.

I fedeli laici sono chiamati a partecipare alla vita della Chiesa, come viene sottolineato dall'ultimo Sinodo dei Vescovi del 1987. È chiaro che la Chiesa è un'assemblea nella quale tutti i fedeli entrano a pieno titolo per assolvere le loro specifiche mansioni. Gli operatori sanitari cattolici sono le Sue mani, i Suoi piedi, la Sua voce per portare sostegno e conforto ai membri sofferenti del Corpo Mistico. In virtù del nostro battesimo abbiamo tutti il dovere di diffondere la buona novella del Vangelo. Dovremmo guardare a questa partecipazione associativa come a parte di quel glorioso apostolato che deve essere esercitato in uno spirito di unità e solidarietà degno di una così nobile professione. Molti oggi guardano alle Associazioni cattoliche degli Operatori sanitari per averne direttive e stabilità. In un mondo senza pace, con le sue sconfitte e infermità, le Associazioni degli Operatori sanitari cattolici sono le organizzazioni ufficiali della Chiesa per la pastorale sanitaria cattolica.

RICHARD LAI CHONG
Presidente del Ciciams

salute e organizzazione sanitaria nei paesi in via di sviluppo

Nel linguaggio corrente il termine « salute » indica la vitalità esuberante di un individuo o il suo stato di efficienza rispetto ai suoi compiti. I medici la concepiscono come assenza di ogni compromissione sia organica che funzionale dell'organismo umano.

Dopo la seconda guerra mondiale gli esperti dell'OMS, volendo darne una definizione in termini positivi, l'hanno intesa come « uno stato di totale benessere fisico, psichico e sociale ».

Rispetto ad altre concezioni, questa definizione è sembrata la migliore, almeno per tre ragioni: essa abbraccia la dimensione psichica dell'uomo; sposta la prospettiva dall'attenzione alla malattia alla promozione della salute come benessere globale dell'individuo; contiene un'apertura iniziale al carattere sociale della persona umana. Così intesa, la salute è stata definita come uno dei diritti umani fondamentali di ogni essere umano.

Possiamo considerare questa posizione come ideale e profetica rispetto alla salute dell'uomo; essa, tuttavia, ci sembra contenere una certa ambiguità. In realtà, una tale concezione non tiene conto dell'indole inevitabilmente relativa della salute umana: la salute è relativa a molte circostanze, alcune delle quali possono essere modificate, altre no poiché dipendono né dai mezzi né dalla volontà dell'uomo: per esempio, quando dice relazione all'età dell'uomo. Se, difatti, la salute è « uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale » e se essa fa parte dei diritti umani fondamentali, quale significato può avere per l'uomo questo inevitabile stato di malessere e di compromissione fisica, mentale e sociale, cioè l'invecchiamento?

-Muovendo da questa riflessione cercherò di presentare: 1. Alcuni aspetti dello stato di salute nei Paesi in via di sviluppo; 2. Alcuni aspetti dell'organizzazione sanitaria in questi Paesi; 3. La fiducia che essi hanno nella collaborazione dei Paesi industrializzati; 4. Alcune considerazioni sulla salute dal punto di vista cristiano.

1. Alcuni aspetti della salute nei Paesi in via di sviluppo

I Paesi in via di sviluppo corrispondono e grosso modo, ai Paesi

dell'emisfero sud del mondo o, più precisamente, ai Paesi della zona equatoriale. In questi Paesi, la situazione sanitaria si presenta ora con caratteristiche comuni, ora con caratteristiche proprie. Mi sarà perciò difficile poter scendere ai particolari. Dal mio punto di osservazione, che si trova nell'Africa del Sahel, in zona tropicale, cercherò di sottolineare gli aspetti che possono offrire un'immagine significativa delle caratteristiche comuni a ciascuno di questi Paesi.

I Paesi a scarso reddito sono, in generale, nel campo della salute — come peraltro negli altri settori — i meno favoriti quanto ad aspettativa di vita. Questa, nel 1980, era di 57 anni nei Paesi del Sud contro i 74 anni della popolazione dell'emisfero Nord. Solo 3 abitanti su 10 avevano accesso all'acqua potabile, mentre questo problema non esiste affatto nei Paesi industrializzati. Un medico doveva servire 6.000 persone, contro le 620 degli altri Paesi. A titolo indicativo, nel Burkina Faso, si conta attualmente un medico ogni 30.000 abitanti ca.; un dentista per circa 500.000 abitanti. Sebbene eloquenti, queste cifre non svelano che parzialmente la realtà. Nei Paesi poveri ci sono pure dei ricchi e delle persone favorite che godono della stessa aspettativa di vita e di salute degli abitanti dei Paesi industrializzati; queste persone, incluse nella media, falsano per eccesso il livello di aspettativa di vita dei più poveri. Nel Burkina Faso, la speranza di vita è attualmente di 42 anni nel Paese preso nel suo insieme, ma poco più di 33 nelle campagne.

Una seconda serie di dati conferma quanto detto sopra: sempre nel 1980, su 1000 bambini, 94 non raggiungevano un anno di vita. Nei Paesi dell'emisfero Nord, ne morivano soltanto 11. E mentre nei Paesi in via di sviluppo si disponeva di un dollaro per abitante per la sanità, negli altri Paesi se ne disponeva di 235.

Come ricordato, la maggior parte dei Paesi economicamente deboli si trova nelle zone equatoriali tropicali, in regioni calde e spesso umide: condizioni ideali per la nascita e lo sviluppo dei parassiti. In questi luoghi il parassita è forte e la sua preda (donna, ragazzo o adulto) è debole. Questo

spiega la rilevante diffusione delle sei grandi malattie parassitarie nei Paesi del Sud:

1) Il paludismo o malaria, veicolato dalla zanzara e che minaccia un miliardo di persone. Si sperava e si spera ancora di vincere questa malattia, ma la vittoria non è ancora stata ottenuta.

2) La Bilaziosi, che colpisce ca. 260 milioni di persone. E questo numero tende a crescere a motivo dello sviluppo dei punti d'acqua dovuti all'irrigazione e alle dighe. Ciò conferma che in materia di sanità nulla è semplice: una diga che, sotto l'aspetto agricolo, è una fonte di sviluppo, può, dal punto di vista sanitario, offrire ai parassiti il luogo favorevole alla loro proliferazione.

3) La Filariosi, che provoca lesioni della pelle, degli occhi e del sistema circolatorio e che colpisce ca. 150 milioni di persone.

4) La Tripanosomiasi (dove la malattia del sonno) fa parte di quelle malattie che si crede siano state vinte e che, invece, tendono a riapparire.

5) La Leishmaniosi che attacca gli intestini e la pelle e che si propaga oltre le regioni tropicali.

6) La lebbra che, malgrado gli importantissimi risultati conseguiti conta ancora tra i 10 e i 12 milioni di ammalati.

A questo quadro di malattie, caratteristiche della zona tropicale ed equatoriale, vanno aggiunte le malattie che la gente del Sud ha in comune con quella del Nord. Mi riferisco alla tubercolosi, alla poliomielite, al tetano, alla pertosse, alla difterite, alla rosolia, alla meningite, alle epatiti, ecc. Alcune di queste malattie che, nei Paesi del Nord, non rappresentano più un problema grave, in quelli del Sud sono ancora mortali, come per esempio la meningite e la rosolia. Un bambino che, dalla nascita, non è stato alimentato correttamente, possiede minori difese e, di conseguenza, è più spesso vittima di malattie e spesso, anche di una vecchiaia precoce.

La zona d'ombra di questo quadro non deve tuttavia trascurare gli sforzi ed i buoni risultati ottenuti negli ultimi anni. Nella

misura in cui aumentano le strutture e l'esperienza nelle cure, migliora lo stato globale della sanità. E così, negli ultimi anni, l'aspettativa di vita si è alzata ed è diminuita la mortalità infantile. E questo non è poco, poiché anche aggiungere un anno, due anni all'esistenza umana non ha prezzo.

Lo scarto con i Paesi industrializzati, però, resta rilevante; esso sottolinea la distanza esistente tra i due emisferi nel campo della salute e le grandi difficoltà da superare. Le somme spese nel Nord per la promozione della salute hanno raggiunto livelli che, per noi, sono impensabili. E se la sanità è sempre più concepita come un diritto fondamentale dell'uomo, la situazione concreta ci pone davanti al problema tragico di come rispondere.

2. Organizzazione e prospettive per la difesa della salute nei Paesi in via di sviluppo

Recentemente leggevo un articolo sull'organizzazione sanitaria dei Paesi in via di sviluppo, dal titolo provocatorio: « Bisogna dunque bruciare gli ospedali? ». Sotto il titolo, l'Autore presentava l'aspetto tragico del problema della difesa della salute nelle regioni povere, con tutte le sue difficoltà, alternative, speranze e metteva in discussione il sistema piramidale della difesa della salute attualmente vigente in questi Paesi.

Questo sistema concepisce la struttura sanitaria come una piramide al vertice della quale stanno gli ospedali nazionali; ai livelli intermedi, i Centri medici e gli ospedali zonali e, alla base, i servizi sanitari per le cure primarie più immediate e popolari: luoghi per le prime cure, dispensari periferici e Centri sanitari dove, insieme alle cure correnti, si offrono prestazioni relative all'educazione sanitaria ed alla medicina promozionale.

Il problema sollevato dall'articolo citato attiene giustamente a questa struttura e alla sua validità. Il problema si presenta in questi termini: occorre favorire la base della piramide nel senso di una strategia della salute di massa nella quale la prevenzione e l'educazione sanitaria, godendo dell'apporto degli interessati e degli infermieri ausiliari, rendono le cure più popolari e meno costose, oppure occorre favorire gli ospedali che assorbono la parte più consistente del bilancio sanitario senza beneficio per la maggioranza della popolazione, che continua ad essere esclusa da ogni forma di progresso sanitario?

A questo interrogativo non sarebbe né giusto né saggio dare

una risposta esclusiva in un senso o nell'altro; non si tratta di alternativa che postuli una risposta a favore del vertice o della base del sistema piramidale; l'uno non esclude l'altra.

Certamente l'azione sanitaria deve tendere ad eliminare le disuguaglianze nella prestazione delle cure sanitarie ma, nello stesso tempo, deve promuovere la ricerca e lo sviluppo della scienza medica e, per questo, le « cure sanitarie primarie » non possono sostituire del tutto gli ospedali.

Tuttavia, la constatazione delle disuguaglianze realmente esistenti nel campo delle prestazioni sanitarie, ha portato l'OMS — da una quindicina d'anni a questa parte — ad assumere iniziative che sembrano favorire le cure comunitarie e popolari.

— La prima iniziativa che si riconduce a questa tendenza è quella presa nel 1974 dall'Assemblea Mondiale della Sanità che ha deciso un « Programma allargato di vaccinazioni ». L'obiettivo era di vaccinare, entro il 1990, tutti i bambini del mondo contro le sei malattie infettive più frequenti nei Paesi poveri: morbillo, pertosse, difterite, tetano, poliomielite e tubercolosi.

— Più tardi, il 12 settembre 1978, nella Dichiarazione di Alma-Ata (URSS), l'OMS formulava esplicitamente l'idea delle « Cure sanitarie primarie », e ne indicava obiettivi e condizioni; nel 1979, per completare la Dichiarazione di Alma-Ata, l'OMS pubblicava un Documento: « Formulazione delle strategie in vista della salute per tutti entro il 2000 », nel quale si suggeriva ai Governi il modo di contribuire all'attuazione del piano; infine, nel 1981, sempre nel campo delle « Cure sanitarie primarie », veniva creato un programma di azione dei farmaci essenziali.



Oggi, a dieci anni dalla formulazione di questo progetto, la realtà, purtroppo, ci porta a costatare che sono pochi i Paesi che sono stati capaci di far avanzare in maniera veramente decisiva il suddetto programma. Occorreva una maggiore sensibilizzazione a livello popolare, politico e tecnico, per una partecipazione popolare effettiva alla realizzazione del piano. Occorrevano anche investimenti finanziari complementari.

L'abitudine a centralizzare e ad attestarsi su metodi già utilizzati ha impedito alla creatività della base di manifestarsi; ciò ha pure impedito di applicare fino in fondo il progetto delle « Cure sanitarie primarie »; si è così assistito alla sovrapposizione della nuova organizzazione nascente sul vecchio sistema che è rimasto immutato. Di conseguenza, senza una profonda trasformazione del sistema di cure, il piano delle « Cure sanitarie primarie » rischia di diventare un Piano di « Cure sommarie » per i poveri.

Probabilmente l'espressione « Cure sanitarie primarie » ha contribuito a creare questa confusione. Per alcuni, « cure primarie » significa soddisfare i bisogni assolutamente essenziali. Invece, secondo la Dichiarazione di Alma-Ata, tale espressione va letta nel contesto della visione globale di salute e dei suoi presupposti. Vale a dire: educazione sanitaria, promozione sociale ed economica, miglioramento dell'ambiente, ecc. Le « Cure sanitarie primarie » avrebbero dovuto rispondere a tutte le istanze ed i bisogni, sia con interventi immediati sia orientando la gente ad una formazione sanitaria più idonea.

Altri hanno ritenuto che le « Cure sanitarie primarie » dovessero escludere dalla piramide l'azione degli ospedali. A Alma-Ata, invece, è stato definito con molta chiarezza il compito degli ospedali. Gli ospedali devono appoggiare e completare l'azione sanitaria avviata a livello di villaggio o di zona sanitaria. Secondo l'OMS, l'Operatore sanitario del villaggio non rappresenta che un elemento della strategia delle « Cure sanitarie primarie »; egli è integrato nel sistema piramidale della salute ma non può assumere una funzione diagnostica o terapeutica importante. Sopra di lui stanno gli infermieri pubblici e i medici.

In conclusione, le « Cure sanitarie primarie » non potranno mai rimpiazzare l'ospedale; tuttavia, bisognerà creare una situazione ambientale politica e tecnica che renda possibile la salute per tutti.

3. Per rendere possibile la salute è necessaria la collaborazione

La promozione della salute ha innanzitutto bisogno della cooperazione di tutti i Paesi del mondo. Essa, poi, deve essere concepita secondo un piano di sviluppo globale. Bisogna soprattutto intendere la cooperazione come un'azione intrapresa insieme con i partners e non al posto loro.

Per progredire insieme in maniera armonica, va tenuto conto, a giusto titolo, dell'unità ma anche delle caratteristiche proprie di ciascun popolo. I popoli interessati devono essere coinvolti in maniera responsabile sia nella ricerca sia nell'applicazione dei programmi. Gli interventi unilaterali, malgrado la miglior buona volontà, rischiano di offrire uno sviluppo prefabbricato che non corrisponde affatto ai bisogni ed alla cultura del popolo interessato e, quindi, difficilmente proficuo.

Nella cooperazione occorre evitare anche il complesso di inferiorità come pure il paternalismo superficiale e invadente. La vera collaborazione non è solo sentimento ma anche e particolarmente programmazione. E la scoperta che l'altro vuole e può essermi utile e che, nello stesso tempo, io posso esserlo a lui. Ciò significa scoprirsi vicini e diversi per mettere in comune il dinamismo che nasce dalle differenze.

Un altro convincimento che deve accompagnare la collaborazione è che certi ritardi non sono legati al carattere della regione o delle popolazioni, ma alla mancanza di mezzi. Non esistono società destinate per natura al progresso e altre destinate alla miseria. Dove è presente l'uomo, con lui ci sono anche infinite possibilità e modalità di sviluppo.

Parlando di sviluppo nel mondo della salute, l'espressione evoca quasi spontaneamente immagini che rappresentano un mondo in stato di buona salute (il Nord) e un mondo (il Sud) malato per vocazione. L'immagine non è del tutto falsa, ma è pericolosa. Se è vero, infatti, che il Sud è provato da un certo numero di malattie endemiche, è altrettanto vero che non bisogna considerare questa situazione come connaturale e una necessità o come uno stile di vita. Sarebbe dunque più giusto distinguere il vero dal falso.

È vero che i Paesi del Nord hanno un vantaggio straordinario in fatto di medicina e di salute sia pubblica sia privata e che il Sud si trova in qualche modo avvantaggiato dalle scoperte già fatte: infatti, esso non deve riscoprire del tutto la medicina, ma integrarla ed applicarla. E falso però pensare che la situazione del Sud sia senza rimedio; sarebbe inesatto quanto il

credere che si possa porvi rimedio con il semplice invio, sul posto, dei mezzi offerti dalla moderna medicina. Certamente questi mezzi sono necessari, ma essi devono essere adattati ai rispettivi bisogni, ai programmi dei destinatari, al loro modo di vivere: per introdurre la lotta alla malattia, è innanzitutto necessario rendere possibile la salute. Per raggiungere l'obiettivo della buona salute per tutti, il Sud ha bisogno di sviluppo e, per un tale sviluppo, occorre una collaborazione bene articolata che tenga conto delle esperienze offerte dalla storia. Soltanto un secolo fa alcune regioni europee erano devastate da epidemie, mortalità infantile, cattiva alimentazione, povertà, urbanizzazione incontrollata, paludismo. Se la situazione è cambiata è perché si è potuto intervenire sulle condizioni generali che favorivano tali malattie. La situazione attuale del Sud è simile a quella già vinta al Nord, e se essa è stata vinta al Nord, noi abbiamo fiducia di poter vincere anche al Sud... Bisognerà percorrere la stessa strada ripetendo le esperienze già fatte, secondo le modalità imposte dai bisogni concreti di questi Paesi.

C'è da aggiungere che, oggi, molte malattie sono divenute cosmopolite. Nessuno è in grado di circoscriverle ad un solo luogo, così che anche nelle nostre regioni del Sud appaiono affezioni di cui, prima, non si era mai sentito parlare: l'ipertensione, l'infarto, il diabete, i tumori, le malattie trasmissibili per via sessuale, le intossicazioni, le malattie professionali, le conseguenze di incidenti con handicaps, le malattie psichiche derivanti da cattivo adatta-

mento (psicopatie, nevrosi dovute alla vita moderna).

Sono quindi possibili una collaborazione più stretta ed anche una più larga comprensione tra i paesi che cercano di sviluppare la sanità e quelli che cercano di raggiungerla. Le condizioni che possono renderle possibili ed efficaci possono riassumersi nelle seguenti:

a) Considerare i Paesi nella loro singolarità, sotto il loro aspetto positivo e nella loro condizione sanitaria concreta. Il Burkina Faso non è la Cina e il Venezuela non è l'Argentina.

b) Tener conto che se la malattia impegna in maniera diretta la responsabilità degli operatori sanitari, l'azione sanitaria deve impegnare tutti gli operatori sociali: gli insegnanti, gli urbanisti, la propaganda, gli economisti, i politici, senza dimenticare la personalità degli stessi ammalati.

c) Considerare che la collaborazione non è un sentimento, ma un metodo fondato su un convincimento ragionato. Essa non elimina le differenze, ma cerca di trasformarle in dinamismo creativo, assumendo gli aspetti positivi delle diverse posizioni per integrarli.

d) Tener conto che nessuno è maestro di sanità: tutti ne sono alla ricerca. Per diventare possibile, essa ha bisogno di uno sviluppo globale, ma essa è anche condizione necessaria per ogni ulteriore sviluppo.

e) Questa ricerca comporta: — aiuti per le situazioni di estrema povertà e per i casi imprevisti; — l'educazione sanitaria e la partecipazione ai programmi di lotta per



la salute intrapresi dai diversi Paesi; — la vigilanza sul buon andamento delle gravidanze e delle nascite; — la ricerca scientifica delle cause delle malattie; — il controllo dei farmaci ed il costo delle cure.

Si potrebbe allungare la lista, ma essa indica sufficientemente i settori nei quali è possibile ed auspicabile stabilire una collaborazione effettiva. Noi sentiamo che il mondo della salute, attraverso la collaborazione, ci aiuta a rendere planetari i problemi dell'uomo e questo è un bene se diventiamo più fratelli in Gesù Cristo.

4. Considerazioni sulla malattia dal punto di vista cristiano

A questo punto possiamo chiederci come si collocano i problemi relativi alla sanità nel contesto della problematica di fondo dell'esistenza umana, sia muovendo dalla visione razionale sia da quella di fede.

Per rispondere a questo interrogativo, riprendo le osservazioni già fatte circa la definizione di salute proposta dagli esperti dell'OMS. Mi chiedo, cioè, se la definizione della salute come « uno stato di totale benessere » non sia piuttosto la definizione della felicità che non della salute. E perciò, non è forse uno spingere gli uomini all'illusione facendo loro credere che essi sono in possesso della ricetta e delle tecniche per conseguire questa felicità? C'è nell'uomo una spinta verso l'infinito che né le ricette né le tecniche possono pienamente soddisfare.

Eppure è proprio questa immagine idealizzata di salute che circola, impercettibile, nella nostra società e penetra nelle mentalità. E proprio questa immagine fatta di giovinezza, di bellezza, di benessere e di equilibrio che troviamo sulle copertine delle riviste e dei libri.

Non voglio certo sottovalutare lo sforzo ed il merito della medicina, ma non dobbiamo dimenticare che, più ancora della salute, il benessere, nel soggetto, è cosa eminentemente personale; esso dipende dall'idea che ciascuno si è fatto della vita ed allo spazio che si dà ad essa per l'incontro e per il riconoscimento degli altri. Se, nella vita, non lasciamo uno spazio per l'altro, il benessere rischia di diventare semplicemente una maschera dell'egoismo.

Orbene, non esiste una tecnica per suscitare nel cuore dell'uomo l'amore, così come non c'è una ricetta per dare un significato alla vita umana. La società del benessere rischia di dimenticare che ci sono ombre peggiori della cattiva salute fisica, psichica o morale. Pensiamo al potere politico che, con il pretesto di salvaguardare la « sanità mentale », rinchiuso in ospedali psichiatrici persone sagge e intellettuali di opposta tendenza; oppure ai motivi avanzati dal legislatore per giustificare la legalizzazione dell'interruzione volontaria delle gravidanze. Secondo i testi adottati in questa ottica, una gravidanza che, per l'immediato o in un futuro più lontano, potrebbe pregiudicare la salute fisica, psichica o mentale della donna, può essere interrotta se questa ne fa

richiesta; e questo atto criminale viene qualificato, di fatto ma assurdamamente, come « intervento medico ».

Nel contesto di questa relazione, non posso prolungarmi sull'argomento. Comunque, poiché la componente soggettiva nella nozione di salute è notevolissima, non si può accettare di definire la salute soltanto come « stato di totale benessere fisico, mentale e sociale » e farne un diritto umano fondamentale; ciò può costituire un pericolo.

Ci sono problemi della salute che sono anche problemi morali, non soltanto di morale personale ma anche sociale. L'ipocrisia sta nel mascherarli presentandoli come problemi puramente medici e lasciando credere all'opinione pubblica ed agli stessi medici che i tecnici della salute sono i più qualificati, se non per risolverli, almeno per trattarne. L'aborto, l'eugenetica, l'eutanasia appartengono a questo tipo di problemi; la loro soluzione non dipende dalla semplice competenza tecnica, ma dal significato e dal valore dati all'uomo in quanto tale.

Queste riflessioni ci portano a chiederci qual è allora il senso da dare al concetto di salute. È evidente che questa interpretazione deve tener conto del significato profondo dell'esistenza umana, sia in generale sia in particolare; essa non può ignorare il rapporto esistente tra l'auto-sperimentazione fisica del benessere dell'uomo ed i richiami di Dio nelle attese, nelle speranze e nei progetti che egli coltiva; soprattutto il fine che il Creatore gli ha assegnato. L'uomo è fatto per Iddio e, in Lui, trova il suo compimento pieno.

Ciò premesso, potremmo dire che una persona è sana quando è abitualmente capace di vivere in ogni situazione che si presenta, sia essa anche difficile e dolorosa, utilizzando tutte le facoltà e le risorse di cui realmente dispone per l'assolvimento della sua missione. Si tratta di un equilibrio vivo e dinamico che va continuamente costruito e sviluppato. L'uomo è un essere sociale che ha la vocazione a svilupparsi al contatto di ogni persona con cui vive, in tutte le situazioni, secondo una crescente capacità di amore oblativo.

L'uomo si realizza nel dono di se stesso, dono che può implicare il sacrificio della propria vita.

Come si vede, la fede cristiana guarda alla salute come ad un valore relativo, ordinato ad altri valori superiori. E un bene del Creatore, bene relativo nello spazio (la salute non è vista nella stessa maniera ovunque), nel tempo (la salute è molto progredita) e ordinata ad altri valori.



Conosciamo tutti delle persone, afflitte da gravi handicaps, che sprigionano serenità e pace, dando prova di dinamismo nelle attività che sono loro possibili; altri, in piena salute fisica, ma che conducono una vita senza scopo, senza iniziative, tentati dalla disperazione. Dove sta la salute?

Per concludere, mettiamoci accanto a coloro che soffrono, al malato acuto, al malato cronico, all'handicappato, all'uomo che invecchia o che muore, per osservare qual è il suo rapporto con il mondo che lo circonda. Ci accorgeremo, allora, che le sue facoltà umane — come, ad esempio, l'amore, la pazienza, la sessualità, la comunicazione, l'autoaffermazione, l'autonomia, l'indipendenza e la fiducia — non arrivano a manifestarsi ed a dargli un aiuto. Allora egli si rivolge alle persone che lo circondano. Spesso le sue attese si rivolgono esclusivamente al medico, ai farmaci, alle terapie dalle quali spera di ricavare la guarigione. Se, però, la malattia si prolunga, se la malattia è grave, allora egli comincia ad interrogarsi sul significato della sofferenza e della malattia, di ciò che la vita o la morte possono riservargli: che mi rimane ancora? Chi rimane con me?

L'assistenza a queste persone dovrebbe partire da questi interrogativi. Una terapia che tenga conto della salute della persona nella sua totalità — come guarigione, come capacità di controllare un male inguaribile, come accettazione di un handicap permanente, come aiuto a morire — non può eludere questi problemi né di interrogarsi sulla Trascendenza che, direttamente o indirettamente, chiamano in causa. Il più delle volte, è soltanto penetrando nella crisi di una persona che si riesce a contribuire ad una guarigione effettiva o ad apportare un aiuto che il malato riesca ad accettare in maniera positiva.

Per un compito come questo, ovviamente, nessuno può vantare una competenza esclusiva e nessu-

na sfera di azione può compromettere l'apporto delle altre. Noi crediamo, tuttavia, che l'assistenza spirituale occupi un posto rilevantissimo nella cura della malattia.

Al sacerdote, all'assistente spirituale, oltre al compito pastorale specifico, spetta sovente il compito profetico di rappresentare, all'interno del gruppo terapeutico, determinati aspetti dei valori umani, in particolare, il rispetto delle relazioni personali del paziente, della sua vita, della sua sofferenza e della sua morte. In altri termini, egli deve rappresentare una posizione che va al di là del concetto puramente profano della terapia.

Il mondo della salute è forse il luogo in cui le esperienze umane fondamentali — la vita e la morte — sono vissute nella maniera più forte. Ecco perché tutto ciò che si vive in questo contesto è messo in rapporto sia con la vita sia con la morte e, di conseguenza, trova o meno il suo giusto valore, per essere accettato o respinto.

Il mondo della salute non costituisce un piccolo mondo, ma si apre all'universo dell'uomo per far trovare la vera dignità umana in rapporto con il progetto di Dio.

E in questa prospettiva umanitaria e spiritualista che la Chiesa, sin dalle sue origini, ha sempre arricchito la sua missione di evangelizzazione e di santificazione associandole, come parte integrante, l'assistenza ai malati, a coloro che soffrono. In questo essa segue le orme di Cristo, suo divino Fondatore, che predicava il Regno dei Cieli curando i numerosi ammalati che gli presentavano. Molto spesso i Vangeli ci mostrano il Signore che, oltre alla guarigione del corpo, opera, più nel profondo, la guarigione spirituale, legata all'annuncio della Buona Novella di salvezza; la salute del corpo data da Cristo si apre, come segno, alla salute o al benessere dell'anima, cioè dell'uomo nella sua integralità personale.

Non deve quindi stupire che nei Paesi in via di sviluppo la Chiesa, attraverso i suoi missionari, uomini e donne, laici o religiosi ed ecclesiastici, moltiplichi da sempre le sue strutture e istituzioni di pastorale sanitaria mentre si impegna a proclamare la Parola di Dio ed a svolgere la sua missione santificatrice. Tutti sanno che in ogni Paese dell'Africa, ad esempio, esistono numerosi Dispensari e Centri Medici, senza contare i numerosi e importanti ospedali.

Il grosso volume « *Ecclesiae Instituta Valetudini fovendae...* » pubblicato nel 1986 dal Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, per iniziativa del suo Presidente Mons. Fiorenzo Angelini, offre una testimonianza concreta della presenza e dell'azione della Chiesa a favore della salute nel mondo e, soprattutto, nei Paesi in via di sviluppo.

La fede e la generosità che sostengono sia i Pastori sia gli Operatori sanitari confermano come la salute sia intesa nei suoi aspetti pienamente umani, fino alle loro dimensioni spirituali, per inserirli nella realtà della Salvezza. Tanto è vero che l'azione sociale cristiana, di cui l'attività socio-sanitaria è peculiare espressione, discende dalle virtù teologali della fede, della speranza e della carità.

Non posso concludere senza esprimere la mia profonda e filiale gratitudine a S. Santità Giovanni Paolo II per aver fondato questo Dicastero della Pastorale per gli Operatori sanitari. Ringrazio pure, dal profondo del cuore, il Santo Padre per il suo vibrante appello lanciato il 28 gennaio scorso da Ouagadougou a favore del Terzo Mondo e specialmente dell'Africa. Questo Dicastero della Pastorale per gli Operatori Sanitari, direttamente voluto da Giovanni Paolo II, è l'attuazione concreta del suo insegnamento sulla sofferenza, la malattia e la salute, sull'uomo e sulla sua dignità in Gesù Cristo, Verbo Incarnato.

Card. PAUL ZOUNGRANA
Arcivescovo di Ouagadougou

apostolato della sofferenza e l'evangelizzazione

L'evangelizzazione del mondo non è soltanto un progetto, ma un preciso comando del Signore: « Euntis docete omnes gentes ». Il comando comprende non solo l'impegno dottrinale di trasmettere le verità rivelate, ma anche il programma educativo di far osservare tutto ciò che comporta la dignità dei figli di Dio.

Per l'evangelizzazione la Chiesa dispone dei pulpiti delle Chiese, delle scuole di ogni grado e — date le dimensioni demografica e geografica del mondo contemporaneo — necessariamente dei mezzi di comunicazione sociale. Ma tutti questi mezzi rischierebbero di agire solo in superficie e quindi di essere contrastati dal triplice confronto con la debolezza umana, con l'avversario del Cristianesimo e i suoi seguaci e con la tendenza desacralizzante di certi aspetti della cultura moderna.

Si potrebbe dire, ricorrendo all'analogia con la geofisica moderna riguardante il nostro pianeta, che l'azione evangelizzatrice si svolge su due piani: uno superficiale che corrisponderebbe all'atmosfera e alla microsfera che vengono oggi sottoposti al processo di progressivo riscaldamento (il cosiddetto « effetto serra ») e l'altro in profondità che riguarderebbe invece quel progressivo raffreddamento della crosta terrestre che, con il concomitante aumento della pressione della lava all'interno della terra, provoca sulla superficie un continuo movimento di interi Continenti.

Stando nei limiti di una analogia tra le realtà su accennate, si potrebbe dire che la sofferenza, nell'azione evangelizzatrice della Chiesa, svolge una funzione « termodinamica » facendo crescere nella profondità della realtà sociale della Chiesa e dell'individuo e per loro tramite di tutto il mondo, modificazioni anche profonde e terremoti sulla superficie visibile, spostando interi Continenti di culture e di civiltà.

Il sofferente, visto con gli occhi della Fede, nella sua intima unione con la Passione di Cristo, può essere paragonato ad una centrale nucleare sotterranea capace di far sentire le sue nascoste energie nonostante distanze di luogo e di tempo.

L'azione del sofferente non può essere bloccata o vanificata, come le altre più visibili, ma anche più superficiali attività di evangelizzazione, perché si svolge sull'indistruttibile piano dello Spirito. Sarebbe insomma un'« arma assoluta » per l'evangelizzazione.

Il grande problema pastorale consiste nell'orientare, motivandola opportunamente, la sofferenza verso l'opera evangelizzatrice.

Il Servo di Dio Padre Pio da Pietralcina ha sempre messo in rilievo che l'unico vero aiuto al sofferente può essere offerto dando un senso alla sua sofferenza.

Gli operatori sanitari, che sono quotidianamente circondati dalla

marea crescente della sofferenza umana, dovrebbero sapere che non si deve perdere, né sperperare una tale ricchezza che il piano divino permette di orientare verso il rinnovo del mondo secondo il Vangelo di Cristo e che solo tale rinnovo potrebbe risparmiare nel futuro nuove sofferenze causate dall'ingiustizia, dalla stupidità o da altre debolezze umane.

Sotto il Pontificato di Pio XI gli aderenti all'Azione Cattolica Italiana portavano un distintivo con le iniziali PAS che significava « Preghiera-Azione-Sacrificio ». Oggi si potrebbe dare agli operatori della rievangelizzazione del mondo un analogo distintivo con le parole « Preghiera-Azione-Sofferenza ». Vedrei significativo che tale distintivo venisse quanto prima proposto dalle singole Associazioni Cattoliche delle varie categorie degli operatori sanitari: Cappellani, medici e infermieri.

Nella mia qualità di Membro della Congregazione per le Cause dei Santi mi vengono sottoposte settimanalmente le più diverse testimonianze riguardanti la vita dei candidati all'onore degli altari. Si tratta di una grande varietà di uomini e donne di ogni cultura, razza e lingua che è sotto il cielo. Tutti hanno tuttavia, quasi senza eccezione, una caratteristica comune, cioè di essere giunti all'apice della perfezione umana attraverso la strada della sofferenza.

A mio sommo avviso si tratta qui di un'altra dimensione del rapporto tra la sofferenza e l'evangelizzazione: una dimensione che si potrebbe chiamare verticale, a fronte di quella orizzontale che riguarderebbe l'estensione geografica e storica del cristianesimo attraverso cioè secoli e continenti.

Nella speranza di aver trattato il tema affidatomi da tutte le possibili angolazioni in modo da offrirne una visione completa, anche se necessariamente sintetica, ringrazio l'Assemblea qui presente per la sua cortese attenzione e pazienza, mentre speso di aver offerto un pur modesto contributo all'evangelizzazione senza essere stato causa di sofferenza dei miei cortesi ascoltatori.

ANDREA M. Card. DESKUR
*Presidente em. del Pontificio Consiglio
delle Comunicazioni Sociali*



religiosi al servizio degli infermi e operatori sanitari: verso nuovi obiettivi

1. Nuova ospitalità e promozione vocazionale

In fedeltà agli ideali di S. Giovanni di Dio e dei tanti Santi Fondatori di Ordini Religiosi Ospedalieri, è necessario oggi riaffermare la nostra passione per il Bisognoso, in quanto fratello nostro e termine privilegiato di un preciso impegno ecclesiale. Questa passione esprime il nostro carisma e si manifesta ispirando, sorreggendo, illuminando quanti operano attorno al malato, perché sappiano testimoniare la speranza, la fiducia, l'amore verso il più bisognoso degli uomini, il malato. L'ospitalità del futuro potrà cambiare ancora molto nelle sue forme esteriori ma non dovrà mai venir meno la capacità di testimoniare il messaggio evangelico nelle strutture e nei servizi dedicati al sollievo della sofferenza e alla cura del dolore.

Su questa base penso si possa affermare che la promozione delle vocazioni a servizio dell'uomo malato è inscindibilmente legata con ogni attività evangelizzatrice.

Per secoli la Chiesa, con i Suoi religiosi, con le Sue Religiose, cosa che ancora sta facendo nel cosiddetto Terzo Mondo, ha vicariato le carenze delle nazioni e degli stati nel campo della salute dei propri cittadini.

Oggi nel mondo sanitario, così velocissimamente travolto dalle più alte tecnologie, è il caso di domandarci se c'è ancora spazio per i Ministri della Chiesa. Dentro le strutture ospedaliere, come sappiamo, sono spaventosamente diminuite le presenze delle religiose e dei religiosi.

Giustificare questo vuoto con la generica scusa del calo generale che si registra nelle vocazioni sacerdotali e religiose personalmente, mi sembra non solo semplicistico, ma persino banale.

Oggi manca una chiara e viva percezione degli autentici bisogni dei malati ed ancor più l'esatta visione delle necessità spirituali e psicologiche degli operatori della Sanità.

Pretendere di suscitare senza aver chiarito il quadro reale dell'azione pastorale in Sanità, significa votarsi al fallimento. Sarebbe giusto chiedersi se certe crisi di vocazioni, oltre che alla cecità spirituale, non siano provocate

dall'incapacità di osservare la reale condizione umana che siamo chiamati a curare.

Son entrato poco più che bambino, nel lontano 1940, nella famiglia religiosa dei F.B.F.

A 15 anni già facevo servizio notturno presso un reparto di anziani in un ospedale della Lombardia. Si era in piena seconda guerra mondiale e tutte le risorse disponibili erano impegnate a servizio dei bisognosi, col risultato di trascurare anche la nostra preparazione scolastica.

L'istituzione dell'Ordine Ospedaliero entrò così nella mia vita, nelle mie vene, ben cinquant'anni orsono.

È bello, anche se forse un po' melanconico, ricordare quel tempo e tutti questi giorni: giorni e anni mai tediosi e senza scopo, anni duri, di sacrificio ma mai senza speranza.

Ho assistito, non solo da spettatore, alla trasformazione, ad una vera e propria rivoluzione.

Ho assistito alla storia dei rivolgimenti culturali, sociali, economici, spirituali del nostro pianeta Sanità. Fui coinvolto, assieme a tanti religiosi e a decine di migliaia di operatori della Sanità, in scelte difficili che, grazie a Dio, ci hanno temprati: anche se abbiamo patito sofferenza, scoraggiamento, delusioni e anche se abbiamo dolorosamente accumulato ritardi.

In questi ultimi anni ho avuto l'onore e l'onere di guidare il mio Ordine per ben 12 anni; un tempo che ha costretto a rendermi conto, per restare dalla parte del mio Ordine, di come operassero i 200 Ospedali dei FBF sparsi in 43 Paesi.

Ora, da poco più di un anno ho intrapreso, come Priore di una struttura psichiatrica, la sperimentazione di quanto ho teorizzato nei miei anni di Generalato. In quegli anni ho cercato di tenere acceso il fuoco centrale della passione verso il malato, nel rispetto e nella valorizzazione della complessità del mondo sanitario. Per evitare che anche i miei Confratelli cedessero alla lusinga di quanti ritenevano ormai raggiunto, con il benessere economico e il progresso della scienza e della tecnica, il massimo possibile nel campo dell'amore del prossimo.

Nella mia nuova attività ho la conferma che *per qualche secondo ancora ci sarà bisogno di questa passione* verso chi soffre a causa della malattia, dell'abbandono, della povertà. E che se noi Istituti cattolici falliremo non sarà certo per mancanza di « clienti », di destinatari, bensì per nostra cecità, per pigrizia, per paura eccessiva e quindi per mancanza di fede nel Cristo Salvatore e alleato dei bisognosi.

Quando 5 anni fa, dopo aver avuto l'onore di partecipare al Sinodo della riconciliazione ed avere supplicato la Chiesa perché facesse un Suo pellegrinaggio in Ospedale, per cercare in esso di fare lo spazio di Dio, accadde che, subito dopo il Sinodo, Sua Santità creò la Pontificia Commissione per gli Operatori Sanitari. Così pensai e sperai ad un giorno nuovo, pensai e sperai al sorgere di una nuova cultura, di una nuova teologia, della guarigione, della speranza e del servizio.

Forse, per quanto attiene specificatamente alla promozione vocazionale, la Pontificia Commissione non ha potuto o dovuto fare una peculiare azione di pastorale



vocazionale e le motivazioni penso non hanno bisogno di essere qui evidenziate. Quanto, però, la Pontificia Commissione ha seminato con i Suoi operatori centrali, ha non solo scosso le coscienze — ma ha generato un movimento di informazione, di formazione e di cultura che sicuramente, nel mondo della sanità, ha aperto una nuova strada a Dio, alla Chiesa sicuramente tutto questo arriverà a generare o nuove vocazioni per la sanità o nuove famiglie religiose per la stessa.

Certo nel mondo degli operatori sanitari, oggi più che mai, c'è domanda di trascendente, di etica e di moralità e questo è certamente il frutto più bello generato dalla Pontificia Commissione.

2. A servizio degli infermi: nuovi bisogni e nuovi bisogni

Restituire senso di profezia alle attività religiose al servizio degli infermi deve imporre un rovesciamento radicale degli orientamenti dati finora a troppe forme di reclutamento. Dobbiamo avere il coraggio di non porre più al centro delle attività l'« economia », la gestione dei singoli Istituti religiosi o la « sopravvivenza » delle singole famiglie religiose, ma finalmente i bisogni nuovi e diversi dei nostri fratelli malati.

Da quello che la scienza statistica ci dice sugli sviluppi degli Ordini Religiosi, lasciando al Signore la bontà del miracolo, le previsioni non sono incoraggianti: tra 10 anni molti di essi non

esisteranno più e fra venti scomparirà la metà delle famiglie religiose femminili.

Mai come ora quindi occorre ripensare a nuovi modelli di promozione vocazionale, sperando contro ogni speranza, come Abramo o come lo stesso Cristo vittorioso della morte, proprio nel momento della massima umiliazione, « la morte in croce ».

Dobbiamo però avere il coraggio di credere che, se mireremo dritto a curare le ferite degli uomini, a sanare le piaghe dell'anima di chi si ammala, rinunciando persino se necessario al proselitismo, noi potremo stimolare una nuova e diversa primavera di vocazioni.

Uno studioso italiano di storia della medicina, G. Cosmacini, in una recente intervista ad un quotidiano, alla domanda sulla differenza tra Medicina e Sanità, rispondeva: « La Medicina è la salute vista dalla parte dei medici. La Sanità è la medicina vista dalla parte dei malati ». Mentre « la storia della Medicina è la storia dei Medici e degli avvenimenti da essi provocati, la storia della salute è la storia di un'umanità anonima in cui ciascuno tuttavia si può riconoscere ».

Per quanto ci riguarda, noi come famiglie religiose ospedaliere, non possiamo dimenticare che la storia futura delle nostre opere sarà molto breve, *a meno che*, oltre a criticare i Medici e la Medicina per avere rimosso la biografia dei pazienti sottomettendola alla biologia, non si prenda contatto con la nostra rimozione profonda: abbiamo rimosso l'avvento benefico della complessità e l'emergere degli **operatori laici** nelle nostre Istituzioni.

Abbiamo dimenticato che dopo anni di sterile competizione col « mondo », i bisogni dell'umanità (biologici - psicologici - sociali - trascendentali) non ricevono ancora oggi tutta la nostra attenzione.

Una terza rimozione è stata operata da gran parte del clero.

Questo è altamente impreparato, sia in corsia, sia nelle Comunità ecclesiali, al compito di assistenza umana e spirituale al malato, quando non guarda con sospetto ad alcuni pionieri nel campo della tossicodipendenza, dell'Aids, della malattia mentale.

Sua Santità Giovanni Paolo II invece, ci richiama in continuazione a diventare collaboratori del progetto Salute e Salvezza, distinguendo, ma non separando, i due momenti, per lasciarli sì a disposizione dell'umanità, ma dopo averli proposti con generosità e nel rispetto delle personali convinzioni dei pazienti.

Per fortuna il rimosso dalla medicina, dai religiosi ospedalieri e di troppi sacerdoti è stato porta-

to a galla da una categoria emergente: quella del volontariato. Esso ci dà lezioni notevoli: ad esso dobbiamo guardare con attenzione per progettare meglio il nostro futuro.

Un futuro non di pura e pigra sopravvivenza, ma di ricerca e di vera profezia.

3. I nuovi bisogni del malato negli ospedali

Il malato, che viene ricoverato in Ospedale, attende di guarire sperando che la medicina moderna porti al « recupero » della salute. Attende informazioni accessibili alla sua comprensione e non velate da una terminologia indecifrabile. Non vuole vedersi trattato come « il caso patologico », ma come un individuo che soffre per una determinata malattia, come persona irripetibile. Il malato vuole sentirsi accolto in un'atmosfera intrisa di calore umano.

Potrei qui intrattenermi per un tempo tanto ampio da fiaccare la resistenza del più allenato uditore sul tema della tecnologia sfrenata — della politicizzazione — di un sindacalismo non sempre preparato sulla sperimentazione selvaggia, in una parola sulla imperante disumanizzazione dei centri ospedalieri ed assistenziali.

La dignità della persona umana è inviolabile.

E mi fermo qui solo per porre un interrogativo.

Questa materia che può uccidere o guarire è trattata sicuramente dal volontariato, ma in che misura è parte di un'attività promozionale per le vocazioni religiose o parte integrante della formazione dei Sacerdoti?

Eppure l'Ospedale è diventato il crocevia di ogni vita umana.

Oggi, in particolare in un Ospedale Cristiano, il servizio pastorale sta acquistando valore di giorno in giorno. L'uomo di oggi, specie quando viene fermato dalle malattie e dalle sofferenze, cerca la fede e il trascendente, ma la cerca in modi diversi che nella sua parrocchia o nella sua casa.

Ma questa realtà è ansia permanente — è ricerca — è profezia nella promozione vocazionale o nella formazione dei nuovi Sacerdoti?

A Roma, grazie al carisma di una famiglia religiosa e con il determinante appoggio della Pontificia Commissione, è nata in questi anni un'apposita facoltà, il Camillianum. Ma nei seminari — nei centri vocazionali cosa si dice — cosa si insegna in questo campo — che è il campo della vita e della morte?

Parlare dell'unità di corpo e anima serve a volte persino come



copertura per la manipolazione ormai senza limiti del corpo umano. In corrispondenza a questa scissione tra il dire e il fare la medicina meccanica nega l'esistenza di *confini* preposti alla scienza e alla coscienza.

I confini preposti a difesa della dignità della persona umana e dell'invulnerabilità del mistero del suo corpo e della sua anima vengono trasgrediti in maniera brutale.

Parlare della fede nell'immortalità dell'anima diventa una impresa arrischiata di fronte alla moderna medicina meccanica, che nega la morte ignorandola e combattendola nell'intento di annientarla. Dovrebbe far riflettere a questo proposito una verità fondamentale espressa da Ippocrate: « Tutto ciò che l'arte medica non è in grado di guarire in accordo con la natura, guarisce alla fine la morte ».

Lo ripetiamo un'altra volta: la moderna medicina meccanica corre il rischio di non sentire e « vedere » più il « grido sommerso » dell'anima dell'uomo. E il paziente che è in questione, la persona concreta nella situazione limite chiamata malattia. Ed è proprio questa situazione limite ad esigere la nostra solidarietà e la nostra presenza al suo fianco.

Qualora poi aprissimo il nostro orizzonte oltre l'Ospedale generale, per inoltrarci in settori del vivere e del soffrire speciali o emergenti, troveremmo dei grandi vuoti che, profeticamente, dovrebbero invocare la promozione vocazionale religiosa e sacerdotale.

Voglio brevemente fare accenni a due di questi settori, uno sconosciuto — la Psichiatria — l'altro emergente — la Vecchiaia.

4. Nella Psichiatria

La persona colpita da una malattia psichica ha il bisogno di essere riconosciuta come persona malata, come paziente, come essere umano tormentato, come persona che patisce il dolore.

Il malato psichico « sperimenta » così spesso gli incubi, le angosce e i tormenti di un mondo immaginario crudele. Come paziente ha dunque un forte desiderio d'amore, attenzione e comprensione. Al suo desiderio, « matto », di comprensione, si potrà rispondere soltanto se si è disponibili ad accogliere il suo tormento in quella dimensione e in quella complessità che egli ci comunica astenendoci da ogni tentativo di valutare razionalmente il suo vissuto dal proprio punto di vista.

Compatire significa allora affacciarsi nel mondo dei vissuti personali del malato, avventurarsi nella

sua follia, lottare assieme al malato contro la sua follia partendo dal suo mondo allucinato e contrapporre un senso autentico a questo mondo. Soltanto in questa maniera è anche possibile rispondere al suo bisogno di concepire la propria malattia psichica come guaribile, come malattia con cui (e non contro cui) si può vivere.

Altre considerazioni sui bisogni specifici dei malati psichici: non si cela forse dietro la paura dei rischi incalcolabili dei farmaci — soprattutto se somministrati costantemente — il bisogno del paziente di ricevere una dose ridotta al minimo possibile di farmaci e medicinali per avere cure alternative che nascono, in parte dalla scienza ma le quali vengono sorrette da cuori liberi e da anime generose?

Non sono questi spazi che si dovrebbero riempire con l'utopia dell'amore che coinvolge il malato e quanti a lui sono legati da vincoli di parentela e di affetto?

Messaggi vocazionali appropriati sono urgenti, perché un'eutanasia senza volto è già presente dove vive l'uomo malato di mente.

5. Nei centri per anziani

Il centro per anziani può divenire uno degli scenari della storia della persona umana, può entrare a far parte di questa storia soltanto se cerca di rivivere e di comprendere la storia personale dell'anziano nei suoi momenti vissuti e non vissuti, nelle sue situazioni limite (malattia, dolore, morte), nelle sue offese mortificazioni psichiche

(traumi della guerra), nelle sue delusioni, nelle sue speranze e attese vane, nelle sue aspirazioni, nei suoi desideri realizzati, nelle sue gioie e nei suoi momenti felici. Se il centro per anziani non riconosce l'indissolubilità che lega l'individuo alla sua storia personale, rimarrà un corpo alieno nella vita dell'anziano (tanto più che l'individuo è da considerarsi un essere indivisibile anche e soprattutto in riferimento al suo passato, presente e futuro). Una comprensione della situazione attuale e reale dell'anziano è possibile soltanto *sulla base della sua storia personale*.

Nella sua attività interiore l'anziano continua a sviluppare la propria idea della felicità coltivata per decenni, ad approfondire il proprio desiderio immanente della felicità e inizia a sognare della vita dell'aldilà. La passività intesa correttamente è una cosa molto *creativa*, *progettativa* e *viva*. La passività non produce alcunché di concreto, fisso o tangibile — ma da essa nasce l'umano e l'interpersonale. Soltanto un centro per anziani, che non è soggetto a coartazioni pedagogiche o terapeutiche, saprà cogliere e valorizzare « il movimento verso l'interno » dell'anziano.

Il problema dell'anziano, così fortemente evidenziato proprio dal Pontificio Consiglio, sta diventando il problema di tutti i Paesi.

È anche un problema ignorato nelle attività di promozione vocazionale e nelle formazioni religiose e sacerdotali.

Non voglio poi parlare del lavoro di accoglienza e di accompagnamento ed ancor più nell'assistenza di nuovi bisognosi, quali tossicodipendenti, malati di Aids o malati terminali, per i quali la Pontificia Commissione ha messo delle fondamenta su cui è necessario ed urgente costruire l'edificio di una carità giovane — di una carità profetica.

Nell'ottica di una rigenerata e rinnovata promozione vocazionale, non si possono trascurare o ignorare i bisogni degli operatori sanitari laici.

Per questo abbiamo bisogno di ridefinire i vari ambiti dell'azione apostolica dei religiosi per stimolare nuove vocazioni e dare, nello stesso tempo, la spinta decisiva ad una svolta nella concezione della vita religiosa.

Sarebbe auspicabile una maggior collaborazione con tutti i Dicasteri preposti alla guida dei Religiosi nei paesi sviluppati ed in quelli in via di sviluppo per aprire nuovi orizzonti.



6. I bisogni degli operatori sanitari

Un'altra crisi preoccupa oggi il mondo della sanità in molti paesi: si tratta della mancanza di personale infermieristico.

E questo un problema che, pur avendo motivazioni socio-politiche ben gravi, per certi versi si associa al problema vocazionale delle famiglie religiose, specie in quei centri sanitari in cui stesse operano.

In un volumetto sulla Ospitalità nel 2000, nel quale cercavo di indicare le linee guida dell'Ospitalità nel futuro, ricordavo che se S. Giovanni di Dio fosse, il fondatore del mio Ordine, fosse con noi, oggi, si occuperebbe della *formazione permanente* degli Operatori sanitari, oltre che dei suoi religiosi. Avrebbe preso sul serio, oltre che i bisogni del malato, quelli dei nostri collaboratori: un vero e proprio servizio al servizio di coloro che ogni giorno devono trasmettere competenza e umanità. In quel documento dicevo ai miei confratelli che era finito il tempo di chiudersi in arroganti « fortezze vuote »!

Noi che predichiamo l'amore del prossimo, dimentichiamo, che il primo gradino dell'amore è rappresentato dalla comprensione del mondo dei nostri collaboratori laici.

È una delle mete formative da conquistare, il legame tra laici e religiosi. In occasione di un Congresso Internazionale dei laici che operano nei nostri Ospedali dicevo che noi FBF diventeremo

figure tragiche, manichini della sanità e della salvezza, se non saremo capaci di rapporti interpersonali significativi con i nostri collaboratori.

È infatti indispensabile che tutti gli operatori di salute si integrino il più possibile, in un rapporto di reciproca ricerca, anche se ciò può ferire e mettere in discussione inutili certezze.

Il malato, il bisognoso, non cerca l'onniscienza nei medici né la perfezione nei religiosi: egli vuole un'ospitalità integrale e integrata. Non importa al malato che la costruzione di un edificio invisibile, ma potente: la casa dell'alleanza tra laici e religiosi, in nome di una visione moderna della scienza, della tecnica e di quell'Alleanza dei bisognosi, il quale, duemila anni fa insegnò e visse la vera alleanza.

Il Duemila è vicino: e la speranza è che attraverso un lavoro permanente di crescita personale e professionale le nostre pregevoli istituzioni sappiano evitare il rischio quotidiano di arrivare ai confini del loro sapere e della loro stessa capacità di espansione. Dacci oggi la nostra crescita personale e professionale

Questa potrebbe essere un'invozione quotidiana: oltre al pane del corpo il nostro sviluppo quotidiano è un bene di prima necessità per gli stessi operatori laici oltre che per i malati. In modo che scienza e tecnica, passione e ragione, personalità professionali e umanizzate, tutto ciò che appartiene all'umano e al divino, confluisca per il benessere dell'umanità,

la quale, ha ancora e sempre avrà bisogno di operatori veramente capaci: aperti e quindi in grado di accogliere il bisogno dell'altro.

Un'accorta pastorale vocazionale deve attirare l'attenzione verso una nuova forma di collaborazione apostolica che miri alla testimonianza e d'integrazione dei carismi.

Forse è questa la forma migliore di promozione delle vocazioni che nascerebbe dalla condivisione di un unico ideale.

7. Quale futuro per la promozione vocazionale

Se hanno avuto la pazienza di seguirmi fino a questo punto, posso enunciare succintamente quale modello di promozione vocazionale ritengo attuabile.

Come il Concilio e l'insegnamento dei Papi ci hanno predicato, dobbiamo mettere in atto dei modelli che coinvolgano tutta la comunità di credenti, il popolo di Dio. È la comunità intera che prende coscienza dei bisogni dei suoi membri e cerca di risolverli con amore.

Per quanto riguarda la sanità, sappiamo che esiste una crisi di vocazioni infermieristiche come di religiosi!

Non è forse perché, spinti, dal tecnicismo galoppante, sono stati smarriti i valori umani che sono tipici di ogni professione?

Bisogna ricominciare a parlare in forma convincente e a testimoniare in maniera visibile di quei valori che la tradizione cristiana ha posto da sempre alla base della sua predicazione.

La vocazione al servizio può nascere soltanto in seno ad una comunità la quale vive realmente e profeticamente la solidarietà con i poveri e con i bisognosi e che si occupa dei più piccoli, in tutte le forme possibili.

Mi sia permesso di ricordare quanto il Concilio Vaticano II afferma a proposito della vocazione sacerdotale, intesa come chiamata del Signore: « Ma si badi che questa voce del Signore che chiama non va affatto attesa come se dovesse giungere all'orecchio del futuro presbitero in qualche modo straordinario. Essa va piuttosto riconosciuta e esaminata attraverso quei segni di cui si serve ogni giorno il Signore per far capire la sua volontà ai Cristiani prudenti » (*Presbiterorum ordinis*, 11).

Analogamente quindi l'ascolto della voce dello Spirito di Dio deve essere sostenuta, preparata, seguita da un atteggiamento psicologico, sociale e diremmo materiale di tutta la Comunità.

In particolare le Comunità religiose che grazie al Concilio Vatica-



no hanno rinnovato le loro costizioni, devono aprirsi ad accogliere i giovani e anche gli adulti desiderosi di compiere un'esperienza di vita religiosa.

Mi domando se non sia giunto il tempo di rivoluzionare un sistema che era atto maggiormente al proselitismo che alla promozione vocazionale. Parlo della complicata struttura dei vari postulanti, studentati e noviziati, i quali rendono macchinosa la formazione e difficile il discernimento dei candidati alla vita religiosa.

Vorrei chiedere se non fosse più opportuno che ogni comunità religiosa ospedaliera aprisse uno spazio di **apprendistato** vero e proprio per tutti coloro i quali vogliono dedicarsi ai malati.

Tale periodo dovrebbe servire ad ogni singolo candidato per apprendere, innanzitutto, a vivere quei valori umani che riteniamo base dell'assistenza ai bisognosi.

Vivendo in comunità un uomo può anche capire e riconoscere il senso della vita religiosa dedita al servizio di chi soffre.

La formazione tradizionale nella spiritualità del proprio Ordine deve essere innestata in un senso di appartenenza alla missione. Si dovrebbe appartenere prima al malato, vero Cristo incarnato sofferente, poi all'Ordine religioso cui ci si vuole affiliare.

I carismi dei religiosi e in particolare di coloro i quali si dedicano al servizio dei sofferenti, devono essere considerati come punti di vista sull'insieme dei bisogni della chiesa.

Il carisma deve aiutare a capire un bisogno cui Dio vuole che io risponda, ma ciò che è importante è l'aiuto e il sostegno dato al bisognoso, non l'adesione data all'Ordine religioso: « i carismi sono per il bene dei fratelli », ci ricorda S. Paolo e per l'edificazione della comunità.

Perciò parlo di apprendistato.

La formazione religiosa deve essere innestata in seguito sul terreno che ne ha generato l'esistenza: il terreno dell'umanità sofferente vista nella sua attualità storica e ambientale.

In tale addestramento bisognerà privilegiare:

1) la sensibilità alla persona malata: ogni malattia è un evento personale, quindi, la comunità dovrà affinare le capacità psicologiche del futuro religioso. La terapia senza la cura dell'anima non è soltanto incompleta, ma pensiamo che possa essere in certi casi inefficace;

2) la capacità di vivere in comunità e lavorare in gruppo. Per troppo temo l'ideale religioso è

stato un rifugio per egoismi di massa: chi vuole servire i malati sarà entusiasmato dal condividere soluzioni e inventare strategie insieme agli altri;

3) evidenziare le capacità gestionali e manageriali: una preparazione ai valori deve far passare lo spirito nell'organizzazione e nelle strutture, dove spesso la persona è stritolata, dimenticata.

Concludendo, vorrei dire che senza questi cambiamenti di

riorientamento e impossibile forse rinnovare la vita religiosa, ma soprattutto tempo che insieme ai religiosi scompariranno dagli ospedali ideali di umanizzazione cristiana che noi professiamo.

La Pontificia Commissione potrebbe essere il punto di riferimento di questo urgente rinnovamento della promozione vocazionale e della formazione religiosa e sacerdotale in sanità.

Fra PIERLUIGI MARCHESI

Direttore dell'Istituto
« Beata Vergine Consolata »
S. Maurizio Canavese (TO)



codice di deontologia professionale per il personale medico e paramedico delle istituzioni sanitarie cattoliche

I membri delle professioni liberali le cui decisioni possono concorrere a modificare le norme di comportamento della società di fronte ai problemi della vita sociale o biologica, hanno sempre avvertito il bisogno di definire il quadro etico della loro azione.

Lo stesso deve dirsi oggi delle professioni mediche e paramediche di fronte alle innovazioni scientifiche e tecniche. Alcuni pensano che i nuovi poteri ottenuti sulla vita permettano loro di mettere in discussione le concezioni dell'uomo sinora accettate; altri si interrogano sulle « ipotesi direttrici » che potrebbero loro consentire di guidare tutti i cambiamenti in vista del miglior servizio all'uomo.

1. Necessità attuale di una ricerca sui principi etici alla base delle attività professionali mediche e paramediche

Numerose associazioni cattoliche hanno già studiato, con riferimento alla fede, le nuove responsabilità che pesano sui loro membri; per quanto mi risulta lo hanno fatto la Federazione internazionale delle Associazioni Mediche Cattoliche, la Federazione internazionale dei Farmacisti Cattolici, il Comitato internazionale Cattolico delle infermiere e assistenti medico-sociali (Ciciams), la Federazione internazionale delle Università Cattoliche (Fiuc), la Pro Life Action Association Ltd (Plaa)...

Recentemente sono stati adottati diversi Codici di etica: di questi ho potuto consultare *Références éthiques et principes d'action pour le personnel infirmier et obstétrical catholique* (1988) che aggiorna il *Code de déontologie*, che il Ciciams aveva adottato nel 1972, come pure l'*Handbook on the Care of the Handicapped Newborn*, pubblicato dalla Plaa nel 1987.

I lavori intrapresi dalle diverse associazioni cattoliche dimostrano che si avverte l'esigenza di una riflessione etica di insieme sulla deontologia professionale delle attività mediche e paramediche.

*Riflessioni sul documento:
Progetto di tavola delle materie
del Codice di deontologia*

2. Introduzione

2.1. Il progetto di tavola delle materie in esame, propone, in forma di introduzione, il testo di un *giuramento* da pronunciarsi da parte del personale delle istituzioni sanitarie cattoliche (Isc). Al riguardo si possono studiare diversi problemi:

— considerato che la mentalità moderna, in molti Paesi, non ama esprimere la sua fedeltà alle direttive dell'autorità sotto forma di un giuramento, non sarebbe opportuno, per non urtare di primo acchito la sensibilità di eventuali lettori:

— rimettere alla fine del Codice questo tema?

— dato che alcuni Vescovi o Conferenze episcopali potrebbero reputare inopportuno imporre un tale giuramento, non sarebbe il caso di specificare chiaramente che spetta alle autorità ecclesiastiche di ciascun Paese decidere se è bene imporlo, per esempio, a tutti i membri del personale di alcune istituzioni o a qualcuno soltanto.



2.2. Certamente la preoccupazione delle autorità religiose di conservare alle istituzioni che guidano il loro carattere di cattoliche è salvaguardata se il Codice si apre con la formula del giuramento di fedeltà. Ma, dato che l'esistenza di istituzioni cattoliche *come tali* non si ha in tutti i Paesi e che, tuttavia, le Chiese di questi Paesi intendono assicurare una presenza cristiana nell'ambiente sanitario, non si corre il rischio che esse finiscano per considerare il codice di deontologia come qualcosa che attiene a situazioni diverse dalla loro?

2.3. Sarà certamente utile tener presente che la legislazione di alcuni Paesi non riconosce alcun effetto giuridico agli impegni presi di rispettare un codice di etica. Gli obblighi che esso vuole imporre al personale possono essere giudicati discriminatori e contrari alle leggi che regolano le condizioni del lavoro. I conflitti che ne nascerebbero diverrebbero pubblici. Numerosi problemi incontrati negli ospedali, nelle Facoltà di Medicina o nei Centri di ricerca nascono dal fatto che membri del personale hanno accettato di farne parte con una determinata etica professionale, ma che, ad un certo punto, hanno deciso di rivederla. La tendenza dei tribunali, oggi, è di non creare giurisprudenza nei processi istruiti per questi motivi. Non sarebbe auspicabile che il Codice tenesse conto di questa situazione?

2.4. Bisognerebbe compiere uno sforzo per arrivare a definire esattamente che cosa si intende per *istituzione sanitaria cattolica*, quali autorità hanno il compito di decidere siffatta qualifica, il tipo di personale al quale chiedere il giuramento...

3. Disposizioni generali

3.0. Si suggerisce di fare del Titolo I l'introduzione generale del Codice.

3.1. Definizione della deontologia. Va bene.

3.2. Spiegare perché il personale sanitario cattolico sente il bisogno di precisare regole professionali comuni: Di fronte a situazioni

nuove, essi chiedono di poter esaminare i principi loro proposti in una prospettiva cristiana.

3.3. Indicare qual è la prospettiva cristiana: il servizio sanitario trova la sua sorgente in Dio che vuole che tutti gli uomini rispondano al suo amore.

3.4. Il personale e le istituzioni sanitarie cattoliche svolgono un vero ministero al servizio delle persone, delle famiglie e della comunità. Si tratta di sapere se si deve parlare di vocazione.

— Questo concetto può essere applicato all'insieme delle professioni, specie di quelle che rendono un servizio sociale alla società: « Ogni vita è vocazione » (*Populorum progressio*, 15).

— Questo concetto può essere preso in un senso più stretto, quasi religioso. Qui andrebbe usato in senso molto preciso onde evitare equivoci.

— Si può parlare di vocazione in senso stretto quando si tratta di personale secondario o dei servizi generali (segreteria) esecutivi che assumono un impiego in una Isc perché è qui che è stato loro offerto?

— Gli amministratori delle Isc sono presi tra esigenze contrastanti: assicurare la qualità tecnica del loro servizio, mantenere il loro orientamento cristiano, soddisfare le norme di legge della loro amministrazione, le ricerche avviate... Un'eccessiva insistenza sul concetto di vocazione non rischierebbe di creare equivoci quando il personale sanitario che non offre un esempio di vita cristiana accetta di cooperare in una Isc nel rispetto delle sue esigenze etiche?

3.5. Questo articolo potrebbe precisare chi sono i destinatari del Codice: personale sanitario che si dedica al servizio della vita; amministratori delle Isc, specialmente di quelle che intendono farsi testimoni del progetto di Dio sul mondo; persone che, nelle Isc, sono incaricate dell'assistenza religiosa; persone che fanno parte di Comitati di etica; membri delle associazioni professionali sanitarie. Si tratta di persone che hanno bisogno di punti di riferimento per comportarsi in maniera responsa-

bile e cristiana nelle nuove situazioni in cui vengono a trovarsi.

4. Elementi da includere in un codice deontologico

4.1. Lo scambio di vedute sul Codice da redigere dovrebbe permettere di tracciare un catalogo degli elementi che attualmente costituiscono un problema per le diverse categorie di personale sanitario. Il tentativo qui fatto recepisce le preoccupazioni salienti degli infermieri, degli assistenti medico-sociali e delle ostetriche cattoliche; completano alcune osservazioni sugli assistenti ecclesiastici e sugli amministratori.

Principali preoccupazioni del personale infermieristico

4.2. La cooperazione all'attività dei medici

Poiché il personale infermieristico non è chiamato a decidere sulla terapia di un malato, ma ne è responsabile dell'applicazione, si possono creare casi di coscienza circa la liceità di quanto ad esso richiesto. Dal loro punto di vista,

quindi, un codice deontologico comporta necessariamente:

— una chiara enunciazione dei principi relativi all'azione a doppio effetto;

— una chiara affermazione che determinati atti sono intrinsecamente malvagi e che, quindi, l'ordine del superiore non esime dalla responsabilità morale di chi li compie per ubbidirvi;

— una applicazione di questi principi ai casi più ricorrenti: consultori familiari: attitudine del personale sanitario esecutivo (infermieri, farmacisti) nei confronti dei centri di pianificazione familiare; diagnostica prenatale: a quale condizione può considerarsi legittima perché non porti ad incitare all'aborto?; Aborto: da che momento comincia una cooperazione attiva alla soppressione di una vita?; chirurgia sugli embrioni e sui neonati: in che misura il personale infermieristico può essere informato sulla natura dell'intervento programmato e dei rischi che esso comporta?; trattamenti speciali: quale l'obbligo di continuarli quando non c'è più speranza di guarigione, mentre il loro costo distoglie risorse non impiegate altrimenti a fini terapeutici?;



eutanasia: come distinguerla dalle terapie aventi lo scopo di attenuare il dolore? Come evitare che essa non sia praticata per ricavare organi?...

4.3. La responsabilità della coscienza

Di fronte a situazioni spesso delicatissime di fronte alle quali si trova, il personale infermieristico sa di dover applicare dei principi a delle situazioni concrete. Esso desidera avere direttive generali, ma chiede di comportarsi secondo la responsabilità della propria coscienza di fronte ai singoli casi. Perciò esso dà grande importanza al riconoscimento effettivo del suo *diritto all'obiezione di coscienza*. Questo è menzionato all'art. 18 della Raccomandazione 157 dell'Organizzazione internazionale del Lavoro. Il testo adottato dopo lunghe trattative tra i lavoratori e i datori di lavoro, è stato alla fine accolto dalla maggioranza dei governi: « I membri del personale infermieristico devono essere in grado, senza averne per questo pregiudizio, di essere esentati dall'obbligo di assolvere certi compiti che siano contro le loro convinzioni religiose, morali o

etiche, fermo restando che essi, in tempo utile, informeranno della loro obiezione il rispettivo superiore gerarchico affinché possano essere prese tutte le misure necessarie per rimpiazzarli perché non abbiano a mancare ai pazienti le cure indispensabili ».

Per aiutare il personale infermieristico a risolvere i casi di coscienza di fronte ai quali si trova, sarà opportuno formulare alcuni principi semplici e vedere poi fino a che punto essi possano venir precisati:

— resta criterio fondamentale, nella visione cristiana dell'uomo, l'interesse del bambino nato o nascituro;

— ogni azione medica il cui solo effetto immediato sia il porre fine a una vita va condannata e nessuno può commetterla.

4.4. Rapporti con il marito e la famiglia

Gli operatori sanitari che intendono svolgere il loro lavoro in maniera umana e cristiana sono consapevoli di avere speciali responsabilità nei confronti dei malati e delle loro famiglie. Essi

incontrano, infatti, i seguenti problemi:

— In che misura bisogna dire *la verità al malato* e alla sua famiglia? Certamente non si può dare nessuna norma automatica, poiché i rapporti tra l'infermiere e il malato dipendono dalla psicologia e dalla forza morale dell'uno e dell'altro. Comunque si dovrebbero poter indicare alcuni principi generali, quali: il diritto del malato alla verità sul suo stato; nascondergliela, se lui la chiede espressamente, dovrebbe essere un'eccezione. Più difficile sostenere che il malato è in grado di sopportare la verità e che ha bisogno di conoscerla. L'informazione al malato sul suo stato di salute va accompagnata da tentativi discreti di risvegliare in lui una reazione religiosa. L'infermiere deve adoperarsi affinché siano messi a disposizione dei malati tutti i mezzi della propria religione; per i cattolici si tratta del sacramento degli infermi.

— Il personale infermieristico deve adottare, nei confronti delle *famiglie dei malati* un atteggiamento costruttivo. Da una parte, può aiutarli ad accettare la sventura soprattutto quando si presenta nella forma di un figlio handicappato; può aprirli ad una visione religiosa dell'esistenza. A sua volta la famiglia svolge un ruolo non trascurabile nel processo di guarigione allorché circonda il malato del suo affetto; questo aspetto è molto importante nelle civiltà che hanno conservato una forte coesione familiare.

4.5. Il personale infermieristico e la sua vita professionale

La crescente complessità della vita moderna postula che sia assicurata la « partecipazione organica » (Paolo VI) dei lavoratori alla gestione della vita economica attraverso le organizzazioni professionali. Questo movimento è già penetrato nell'ambiente sanitario in molti Paesi; il Codice deve riconoscerlo come positivo. A tale scopo si suggerisce:

— di dedicare un articolo alle *associazioni professionali e sindacali*. È attraverso di esse che i problemi etici sollevati oggi dall'amministrazione sanitaria



potranno essere portati davanti a chi deve giudicare.

— Affrontare il problema delicato del *diritto di sciopero*. Pur approvando che debba essere riconosciuto al personale infermieristico, si deve accennare alla prudenza con cui esercitare questo diritto, essendo in grado di causare danni gravissimi ai malati.

— Insistere sul ruolo e l'importanza delle *associazioni professionali cattoliche* per aiutare il personale sanitario di fede cristiana a formarsi la sua coscienza e ad essere consapevole che costituisce una forza che merita rispetto. Ciò è tanto più importante se si considera che oggi un'influenza laicizzante pervade l'ambiente sanitario contestando che le associazioni cattoliche siano compatibili con lo spirito moderno, in quanto essere sarebbero un fattore di discriminazione.

5. L'assistenza spirituale ai malati

5.1. Il Codice dovrebbe prendere atto che l'assistenza spirituale ai malati è sempre più assicurata da *gruppi (équipes)* che non sono necessariamente posti sotto l'autorità del sacerdote.

5.2. Le ragioni di assicurare l'assistenza spirituale ai malati sono molteplici:

— La pastorale della Chiesa ha sempre privilegiato coloro che soffrono. I motivi sono di ordine spirituale e danno il loro carattere di originalità al servizio reso dai cristiani ai malati.

— Andrebbe qui sviluppato qualche tema fondamentale della spiritualità della sofferenza.

— Le Isc sono un luogo privilegiato di evangelizzazione. Il malato e la sua famiglia sono in una situazione in cui si dà il suo vero valore alle cose della vita. La bontà e il disinteresse dell'assistenza sono spesso l'occasione per risvegliare una attitudine religiosa in una coscienza che si era assopita.

— Diversi assistenti ecclesiastici si trovano talvolta in una situazione delicata rispetto al personale

sanitario che è loro ostile. Un articolo potrebbe accennare a questa situazione.

— Si dovrebbe far cenno ai rapporti dell'assistente ecclesiastico con quelli di altre religioni. Spesso essi sono i soli a potersi valere di un servizio di cappellania, anche se la popolazione non è in maggioranza cristiana. Ciò può provocare attriti, ma anche favorire il nascere di un vero spirito di mutua comprensione.

6. Gli amministratori dei luoghi di cura

6.1. Bisognerà distinguere chiaramente gli amministratori cattolici di istituzioni sanitarie dipendenti dallo Stato o da una associazione privata, da quelli posti ufficialmente sotto la direzione della Chiesa.

6.2. Gli amministratori cattolici di luoghi di cura non confessionali:

6.2.1. Le decisioni che sono chiamati a prendere possono porre loro pesanti casi di coscienza. Va ricordato il loro obbligo di:

— Fare tutto il possibile per favorire una migliore comprensione e accettazione della morale cattolica.

— Esporre i principi enunciati da Pio XII nell'allocuzione *Ci riesce* (6 dicembre 1953) ai giuristi cattolici sulla tolleranza.

6.2.2. La responsabilità etica degli amministratori di luoghi aconfessionali non si limita a questo, ma per altri casi la responsabilità va ricondotta a quelli delle Isc.

6.3. Gli amministratori di istituzioni sanitarie cattoliche

6.3.1. La politica amministrativa e l'arte di avere rapporti umani con tutti sono essenziali per la formazione di un clima di dedizione ai malati. Tale finalità non deve essere cancellata a motivo di preoccupazioni amministrative che gravano talvolta sui responsabili dell'amministrazione.

6.3.2. L'esigenza sopra ricordata deve portare i cappellani a sentirsi responsabili della formazione del personale sia infermieristico che amministrativo.



Poiché agli amministratori delle Isc si pongono problemi specifici, sarà opportuno consultarli ulteriormente per la redazione di alcuni articoli del Codice che li riguardano.

7. Altri punti da prendere in considerazione

Al personale sanitario capita oggi di trovarsi di fronte a situazioni che, quasi sempre, in passato non si ponevano. Bisognerà quindi esaminare quali sono i nuovi ambienti in cui esso interviene e quali direttive etiche vanno precisate al riguardo. Si tratta il più delle volte di personale sanitario che ha un contratto che lo lega ad una amministrazione e dal quale dipende per la sua carriera. Essa deve quindi conciliare la sua lealtà professionale verso il malato con quella di cui deve rispondere al suo datore di lavoro.

7.1. *Il personale sanitario nei luoghi di detenzione e di pena*

7.1.1. Si trova alle prese con detenuti che fanno lo sciopero della fame; quali cure devono

prestare loro malgrado? Se il loro parere è decisivo per determinare l'atteggiamento dell'amministrazione penitenziaria, possono o devono farsi interpreti dei sentimenti degli scioperanti?

7.1.2. Il richiamo all'interdizione della cooperazione diretta alla tortura sembra necessario. In che misura il personale sanitario è tenuto al segreto professionale, quando il rivelare azioni proibite dalla morale internazionale può contribuire a scongiurarle? Quale partecipazione indiretta può considerarsi lecita? Come mantenere effettiva la volontà di cercare innanzitutto l'integrità fisica del paziente e la salvaguardia della sua capacità relazionale con gli altri e il mondo? In che misura può servirsi della sua conoscenza delle droghe al servizio degli investigatori? Come deve comportarsi di fronte alle minacce che possono pesare su di esso e la famiglia?

7.1.3. Quali direttive dare per assicurare la sincerità dei rapporti medici? Da quale momento comincia la compiacenza nel firmare determinati certificati?

7.2. *La medicina del lavoro* pone il problema della obiettività del personale sanitario che può

farsi ausiliare dell'amministrazione ai danni dei lavoratori o viceversa.

7.3. *La medicina dello sport* presenta anch'essa problemi nuovi al personale sanitario. Il suo parere deciderà dell'accettazione o del rifiuto di un soggetto sportivo da una competizione e può condurre a compromettere gli interessi finanziari di un club, la salute dello sportivo, la sua carriera ecc. Si pongono qui tutti i problemi relativi al doping.

7.4. *La medicina militare.* Sarebbe qui il caso di riprendere e di aggiornare le direttive di Pio XII sulla collaborazione dei medici alla guerra atomica, batteriologica e chimica.

7.5. Sarà opportuno precisare i tipi di somministrazione di cure che vanno menzionate in un Codice di etica: *psichiatria, geriatria.*

Conclusione.

Punti suggeriti per la discussione

8.1. Il servizio sanitario è posto oggi di fronte a grossi problemi. Questi sono dovuti non soltanto alle innovazioni tecniche che portano ad interrogarsi sulla liceità di certi tipi di cure o di esperimenti, ma soprattutto al mutamento di valori che va affermandosi nella società, dove il cristianesimo è sempre più messo in causa come fonte normativa di comportamento. Persino nei Paesi che si richiamano ufficialmente al Cattolicesimo per dare una spiegazione della vita, non è inconsueto che si abbiano visioni dell'esistenza incompatibili con quella cristiana.

8.2. La suddetta constatazione conferma l'urgenza di offrire punti di riferimento etico al personale sanitario, ai cappellani e agli amministratori dei luoghi di cura affinché individuino l'atteggiamento giusto da assumere nelle situazioni che loro si presentano.

8.3. L'elaborazione di questo insieme di direttive (norme, consigli, ecc.) richiede che sia chiarito innanzitutto un certo numero di punti:

8.3.1. Quali sono gli eventuali destinatari del lavoro da intraprendere? Ci si rivolge soltanto a



operatori sanitari cattolici o si vuole, nello stesso tempo, offrire un testo di riferimento a personale meno legato alla Chiesa e persino non-credente?

8.3.2. Si deve precisare la nozione di luogo di cura cattolico.

8.3.3. Quali sono i nuovi problemi di etica sanitaria che devono essere affrontati nel testo progettato?

8.3.4. Come non soffermarsi sui problemi etici che si pongono nei Paesi altamente sviluppati proprio per poter tener conto delle questioni peculiari alle quali devono rispondere i luoghi di cura e il personale sanitario dei Paesi in via di sviluppo?

J. JOBLIN S.J.
*Assistente ecclesiastico
del CICIAMS*



sette riflessioni sulla deontologia

Il compito impostomi, Eccellenza, è impossibile; ma poiché è impossibile dire di no a Lei, tenterò l'impossibile.

Mi limiterò al campo nel quale ho qualche competenza. Infatti oltrepassa del tutto le mie capacità redigere un codice di deontologia. Lascio ai più preparati di me parlare di evangelizzazione dei malati e dei medici, delle infermiere e di tutti gli operatori sanitari.

Lasciatemi soltanto dire che si parla spessissimo di medici e di infermieri che potrebbero dare molto ai loro assistiti, ma è necessario anche l'opposto: ho visto malati evangelizzare i medici in maniera ammirevole e straordinariamente efficace. Ognuno in questo ha la sua parte al proprio livello.

Mi limiterò ad un richiamo storico. In tutte le lingue del mondo *ospedale* viene da *ospitalità*: ricevere l'altro. In francese — e credo in tutte le lingue del mondo — i primi ospizi si chiamavano « Hôtel-Dieu », cioè, Dio che riceve il povero, oppure « La Carità », una parola in cui è compendiato tutto il codice di deontologia che sono stato invitato a presentare.

Comunque, non volendo sottrarmi al compito affidatomi, dopo numerose riflessioni, sono arrivato a compendiarle in sette. La cifra mi ha impressionato: sette, infatti, sono i peccati capitali e il trovare sette articoli solo per la mia piccola disciplina mi fa pensare che la tecnologia finisce per moltiplicare i peccati capitali!

Il primo punto lo riprendo dal Santo Padre; è molto semplice ed è tra le prime parole da Lui dette: « Cristiani, non abbiate paura! ». Certamente sarete accusati per la vostra fede. Vi si terrà fuori dalle commissioni e da altri posti e, in nome del pluralismo, vi si mostrerà lo stendardo insanguinato della tirannia sperimentale. Ma non abbiate paura, voi conoscete la verità. Siete voi a possedere la verità, non per averla inventata, ma per esserne i veicoli. A tutti i medici che non uccidono i loro malati, bisognerebbe ripetere: è la malattia che bisogna vincere, non il malato che bisogna attaccare. E tutta la storia della medicina ci dà ragione.

Non farò che un esempio. Si è parlato molto del Bicentenario della Rivoluzione francese e dei Diritti dell'uomo. Orbene, in Francia, 21 anni dopo la proclamazione dei Diritti dell'Uomo, un filosofo fece una proposta di legge che chiedeva fosse proibito di « affogare o di far morire in altra maniera i malati affetti di rabbia ». La proposta di legge non fu neppure discussa. Dodici anni più tardi nasceva un bambino di nome Louis Pasteur. La sua vita fu la dimostrazione che coloro che hanno liberato l'umanità dalla peste e dalla rabbia non furono quelli che bruciavano gli appestati nelle loro case o che soffocavano i malati di rabbia tra due materassi; sono stati quelli che hanno attaccato la malattia e difeso l'ammalato. Questo primo punto, quindi, potrebbe riassumersi in una frase, parafrasando quello che ci ha insegnato il piccolo catechismo dicendoci di odiare il peccato, ma di amare il peccatore. Il codice deontologico dei cristiani è molto semplice: *La medicina è odio per la malattia e amore per il malato.*

Il secondo paragrafo ci riporta alle origini della storia umana. L'uomo è fatto ad immagine di Dio. E questa la ragione di fondo della sua dignità e del rispetto dovutogli. In sintesi: *Ogni essere umano è una persona dal concepimento alla morte*. E i cristiani dovrebbero adoperarsi perché fosse la legge a dire questo, la legge civile.

Nelle società cosiddette pluraliste, ci riempiono le orecchie di pluralismo morale e subito aggiungono: *voi cristiani, però, non avete il diritto di imporre la vostra morale agli altri!* Ebbene, non soltanto avete il diritto di tentare di far entrare la vostra morale nelle leggi, ma ne avete il dovere democratico. Nelle democrazie moderne che non si richiamano più ad una legge morale superiore, il dovere intrinseco del cittadino onesto è quello di adoperarsi di far entrare nelle leggi ciò che lui è convinto essere il meglio per la società; è il solo dovere che gli incombe, la sola libertà che gli resta. Quando i cristiani cercheranno di far entrare nelle leggi dei loro Paesi il principio « ogni essere umano è una persona », essi non abuseranno del loro diritto di voto.

ma compiranno pienamente il loro dovere di cittadini.

Il terzo punto ci porterà dall'antichità alla storia del nostro tempo. Vorrei ricordare che il padre della medicina è vissuto 400 anni a. Cr. Il saggio di Coe ha fatto giurare ai suoi discepoli: — passerò la mia vita ed eserciterò la mia arte nell'innocenza e nella purità; — non somministrerò veleno neppure se mi viene chiesto né suggerirò il suo uso — ecco l'eutanasia —; non applicherò un pessario a una donna — ecco l'aborto. 400 anni prima della nostra era, la saggezza naturale, la luce naturale illuminava l'uomo che fondò la medicina. E per oltre duemila anni tutti i maestri della medicina hanno fatto il giuramento di Ippocrate.

E questo senza soluzione di continuità. Vi risparmierò, data la brevità del tempo disponibile, le diverse dichiarazioni formulate in materia nel corso dei secoli. Insomma, esse si riassumono in una sola frase che si trova nel Vaticano II: « L'aborto e l'infanticidio sono crimini abominevoli ». Il nostro dovere è di ricordarlo continuamente alle nostre società che, purtroppo, tentano di dimenticarsene.

Il quarto punto ci porta ad una nozione molto precisa per i cristiani, e cioè che la morale ha un fondamento oggettivo. Il magistero ce ne offre una spiegazione appropriata per il nostro tempo, e non abbiamo bisogno dei Comitati di Etica! La Francia si è fatta una certa notorietà al riguardo, a quanto pare, per aver costituito un Comitato Nazionale di Etica. Alcuni membri di questo Comitato vengono eletti, *intuitu personae*, dal Presidente della Repubblica che nomina anche il presidente di questo Comitato. Gli altri membri vengono eletti dai ministri nominati dal Presidente della Repubblica. Il Comitato, quindi, rappresenta l'opinione di una persona o di un governo. E questo è vero, *mutatis mutandis*, di tutti i comitati di etica. Essi sono o autoeletti o nominati da un'autorità che se ne arroga il potere. La cosa è quanto mai interessante poiché svela la tendenza generale dei comitati di etica, quali essi siano. In tutti i Paesi in cui sono stati istituiti essi servono a sostituire la morale con una « morale di stato ». Sarà

dunque lo Stato, il potere pubblico o semplicemente una consorte a dettare la morale. Si fa ricorso al termine greco *etica* per non usare il latino morale, mentre i due termini hanno il medesimo significato originario. Si teme, però, oggi, che la gente capisca ancora un po' di latino. Mentre si sa che — Ateniesi a parte — riesce un po' più difficile capire il greco.

Ecco il discorso che si fa oggi: ogni volta che un uomo parla di morale si richiama a dei valori superiori ai quali vorrebbe conformare il suo comportamento. Ogni volta che una parla di etica, pretende che le leggi si adeguino ai costumi. E questo si può osservare sia negli Stati Uniti che in Australia, in Nuova Zelanda, in Francia, a Roma, ovunque!

Termino su questo punto con un consiglio: « Voi che assistete i malati, che siete al loro servizio, sappiate che esiste una morale; essa è chiara, è universale (in quanto è cattolica). Essa deve guidarvi e non già un consenso

vago, risultante da un'abile ponderazione di opinioni inconciliabili.

Quinto punto (sarebbe un enorme capitolo): il bambino non può essere lasciato all'arbitrio e il matrimonio è indissolubile. Per richiamare questo argomento, ricorderò un aneddoto. Accadeva una settimana prima del 15 agosto, in una piccola villa del Tennessee di nome « Maryville », la villa di Maria. Testimoniavo in un processo di divorzio. Una donna di nome Maria era difesa da un avvocato di nome Christenberry. Già era curiosa la combinazione dei nomi! La donna chiedeva che i suoi tre figli ibernati (sette embrioni che, con fecondazione artificiale extracorporea, lei aveva avuto avuto dal marito, le fossero affidati perché — diceva — sono miei figli. Il marito che chiedeva il divorzio, desiderava che gli embrioni venissero conservati indefinitamente al freddo o fossero distrutti, « poiché — diceva — non voglio diventare il padre di figli di una donna dalla quale voglio separarmi ». La

madre aveva dichiarato davanti al tribunale: « Se la giustizia si rifiuta di darmi i miei figli, chiedo almeno che non siano uccisi e preferirei piuttosto venissero affidati ad un'altra donna, piuttosto che sapere che moriranno ». Questa donna aveva avuto esattamente la medesima reazione che, tremila anni prima, aveva avuto una madre nel tentativo di salvare suo figlio allorché re Salomone aveva detto: « Tagliatelo in due e datene la metà a ciascuno di queste due donne ».

Il giudice di Maryville, piccolo comune del Tennessee, pronunciò la stessa sentenza di Salomone. Dichiarò che questi embrioni, sebbene conservati per un certo tempo in frigo, erano pur sempre degli esseri umani e che, di conseguenza, essi non potevano venir spartiti come un bene che può essere liquidato, ma che dovevano essere affidati in custodia e che la sola persona alla quale essi potevano essere affidati era colei che voleva aiutarli a vivere, la madre.

Ieri un altro processo analogo ha avuto luogo in Inghilterra e ne ignoro il risultato. Una proposta di legge chiedeva di dare o di negare agli sperimentatori la possibilità di manipolare embrioni umani come se fossero materiale da esperimenti. Ignoro la decisione della Camera dei Lords poiché non ho ascoltato la radio, ma oso sperare che essi siano stati saggi quanto il piccolo giudice del Tennessee. Non lo so, ma so che se l'Inghilterra permettesse di strumentalizzare i suoi figli quando sono ancora giovanissimi, essa avrebbe perduto ciò che la rende celebre nel mondo per il principio dell'*habeas corpus*. Se infatti la legge non rispettasce più il corpo dei suoi figli giovanissimi, l'*habeas corpus* inglese, finalmente accolto dalla maggior parte dei Paesi del mondo, sarebbe cancellato.

Non c'è soltanto il fatto che il bambino non è disponibile, ma anche il fatto del matrimonio indissolubile: anzi, è proprio attraverso la consumazione che esso diventa definitivo.

La fecondazione extracorporea presenta una difficoltà intrinseca poiché il tecnico si arroga tutto il potere sulle cellule della riproduzione, mentre la prerogativa del marito è proprio quella di essere il



solo a poter deporre i suoi gameti in quel tempio interiore che è l'organo genitale della sposa. Non vogliatemi se chiamo l'utero tempio interiore; è l'espressione normale ed anatomica che si usa in Giappone, dove l'utero viene indicato con due « conji », l'uno che significa il tempio o il palazzo, l'altro che significa il bambino e, nello stesso tempo, qualcosa di discreto e di nascosto. Nella profondità delle lingue umane affiora, ora in Giappone, ora in Francia, ora in Spagna o altrove, il fondamento stesso del rispetto dell'essere umano, ed è saggio ascoltare tutte queste voci che dicono la medesima cosa. La famiglia dipende da due esseri, da due persone, il padre e la madre, ed è la loro unione fisica, carnale, sessuale il fondamento della loro unione definitiva. In altre parole, bisogna essere in due persone per generare una terza. Curiosissima trinità anatomo-fisiologica che gli uomini hanno sempre conosciuto, poiché gli stessi pagani rappresentavano il dio dell'amore con i tratti di un bambino.

Il sesto punto è il seguente: « Onora il padre e la madre ». Questo comandamento non è nuovo, ma è di una estrema modernità scientifica. Sappiamo da moltissimo tempo che il patrimonio genetico trasmesso dallo spermatozoo e quello trasmesso dall'ovulo sono omologhi e comparabili per quantità di informazioni. Nei due ultimi anni abbiamo appreso che essi non sono equivalenti circa il modo in cui l'informazione deve essere messa in atto. Esiste una « impronta » formata da frammenti di molecole concentrate nell'Adn, una *metilazione* dell'Adn. Senza entrare in particolari tecnici, ciò che ci indica questa modificazione del messaggio è sorprendente.² La « impronta » trasmessa dal padre porta su passaggi che serviranno a formare le membrane e la placenta. Si tratta di messaggi che sono come sottolineati per essere immediatamente tradotti. Al contrario, il messaggio femminile, è formato dalle istruzioni che diranno come costruire i tessuti del feto che sono subito sottolineati. Dopo la fecondazione e nel compiersi delle divisioni cellulari, queste sottolineature iniziali si modificano, e questa è

la chiave della progressiva differenziazione delle cellule. Partendo da un'uovo unico, esse finiscono per fabbricare cose così vertiginosamente diverse come una cellula che fabbrica un'unghia o dei neuroni che formano il cervello. In altri termini, nella sfera di un millimetro e mezzo dell'uovo fecondato, la « impronta » già prefigura la divisione del lavoro: all'uomo il compito del nutrimento e della costruzione della casa (le membrane e la placenta); alla donna l'elaborazione del bambino (la specializzazione dei tessuti). Ciò è tanto vero che un uovo fecondato che non contenga il messaggio maschile anche a doppio esemplare con il numero voluto di cromosomi non è un essere umano; non si formano che delle piccole vesciche o pseudosacchi amniotici: è quello che si chiama una mola vescicolare (mole hydatiforme). A sua volta, un uovo fecondato che contenga soltanto, sia pure completo, il messaggio femminile, non è un essere umano; esso non può

fabbricare che pezzi staccati: peli, denti, pelle, ecc., ma senza alcuna forma definita (è la ciste dermoide); l'impronta maschile e l'impronta femminile sono entrambe e simultaneamente necessarie per il concepimento di un essere umano. Per fare un bambino occorrono un padre e una madre. Se posso permetterlo e se ci sono qui dei rappresentanti dei mass-media, confiderò loro uno scoop: sappiamo oggi che le manipolazioni contro natura sono assurde. Non si può procreare un bambino defoncando l'ovulo con il nucleo di un altro ovulo o confenzionando un embrione partendo da due nuclei di spermatozoi. La riproduzione uniparentale per clonazione o per omosessualità cellulare è impossibile. Onora il padre e la madre è un comandamento divino, che la natura rispetta.

Infine, settimo punto, è il seguente: il genoma umano, il capitale genetico della nostra



specie non è disponibile. Cominciamo a decifrarlo lettera per lettera. Tra qualche anno, forse, sarà accessibile alle manipolazioni! La medicina è al servizio dei malati, ma essa deve pure difendere coloro che stanno bene. Non possiamo lasciare permettere che la tecnica scherzi con questa informazione biologica che è il sigillo divino della nostra specie. Bisognerebbe far sapere che le formule dell'Adn umano non sono affatto cose che si possono brevettare e vendere o maneggiare senza pudore. Bisognerebbe che le leggi dicessero che gli uomini non hanno il diritto di abusare di un patrimonio di cui noi siamo soltanto depositari. Voglia il cielo che i nostri discendenti non abbiano a ripetere: « I nostri padri hanno mangiato uva acerba e i denti dei bambini si sono allegati ».

Ho terminato. Vi ho proposto sette punti; sette peccati capitali da evitare. Per questo mi sono dilungato troppo. Sarei dovuto partire dalle virtù teologali che sono

soltanto tre! La fede che ci dice di rispettare l'immagine di Dio; la speranza che ci aiuta a proteggerla e la carità che tutto giudica.

¹ Assaf, medico giudaico del VII secolo: « Non cercate mai di uccidere nessuno con succhi velenosi e non fate mai bere una pozione abortiva a una donna incinta per adulterio ».

Amato Lusitano, medico giudaico portoghese (1511-1568): « Non ho mai porto a nessuno una coppa piena di veleno mortale. Mai donna ha abortito con il mio concorso ».

La Tefilat Harofim di Jacob Zahalon, medico e rabbino italiano (1630-1693): « Signore, liberami dalla mano del malvagio, dalla mano dell'iniquo e dell'oppressore. Non mettermi nelle loro mani neppure per un momento affinché io non prenda parte ai loro festini per somministrare una droga, una pozione velenosa che potrebbe nuocere a un uomo o far abortire una donna ».

Il giuramento di Ginevra, dopo gli orrori della guerra mondiale: « Non permetterò mai che motivi di religione, di nazionalità, di razza, di partito o di classe sociale vengano ad interporli tra

me e il mio paziente. Avrò rispetto assoluto della vita umana, dal suo concepimento ».

Ciascuno, nella sua lingua e secondo la sua cultura, questi medici hanno espresso nel corso dei secoli questa verità che Pio XII, nel 1951, richiamava: « Ogni essere umano, anche il bambino nel seno della madre, ha diritto alla vita ricevuta direttamente da Dio e non dai genitori o da qualche società o autorità umana. Non c'è dunque alcun uomo; alcuna scienza, alcuna indicazione medica, eugenica, sociale, economica, morale, che possa motivare o offrire un titolo giuridico valido a disporre direttamente o deliberatamente di una vita umana innocente ».

² I lavori sperimentali che permettono di affermare queste nozioni fondamentali sono stati compiuti sull'embrione di topi da numerose équipes, tra le quali quelle di Azim Surani a Cambridge (GB), di Judith Swain a Durham (Usa) e di Robin Holliday (Hope, Usa).

Prof. JÉRÔME LEJEUNE

*Professore di genetica
fondamentale alla Università
di Parigi (Francia)*



coordinamento della pastorale sanitaria

Il servizio agli infermi e ai sofferenti come pure la promozione e lo sviluppo umano sono parte integrante della missione della Chiesa di insegnare e sanare. Vorrei esprimere la mia gratitudine al Santo Padre per aver creato la Pontificia Commissione, elevata poi a Pontificio Consiglio. Siamo particolarmente lieti che, in molte parti del mondo, grazie all'impegno del nostro Presidente e dei suoi collaboratori, siano state costituite le Commissioni episcopali per la pastorale sanitaria. Il fatto che un membro della Conferenza episcopale sia impegnato nel coordinamento della pastorale sanitaria accresce la consapevolezza che la sanità e la salute affondano le loro radici nella missione della Chiesa. Cristo è venuto affinché abbiamo la vita. Troppo spesso in passato molti Operatori sanitari non si sono sentiti parte della missione sanante di Cristo.

Mi è stato detto di parlare del co-ordinamento della pastorale sanitaria a Roma e nel mondo. Interpreto il titolo nel senso di co-ordinamento della pastorale sanitaria nel mondo attraverso il centrale Pontificio Consiglio di Roma oppure nel senso del modo in cui il Pontificio Consiglio può servire la pastorale sanitaria.

Vorrei mettere l'accento su alcuni aspetti del mandato di questo Consiglio e formulare alcune proposte per un ulteriore sviluppo e coinvolgimento. Premetto il richiamo ad alcune realtà di fronte alle quali si trovano gli Operatori sanitari nel mondo. Esse già sono state, per molti versi, menzionate in questa assemblea.

— La pastorale sanitaria è un punto di incontro per tutti gli uomini di buona volontà: tutti possono lavorare insieme indipendentemente dalla religione, dall'ideologia e dalla cultura; — Le soluzioni scientifiche e tecniche, prive di calore umano risultano insufficienti come mezzi per migliorare la salute dell'uomo;

— Riconosciamo la necessità di un approccio integrale alla salute, piuttosto che di un semplice approccio medicotecnologico.

Problemi economici

— Si riconosce che la sanità è divenuta un'industria con connotazioni politiche.

— Da ogni parte sentiamo che la domanda di servizi medici in termini di personale/farmaci/strutture ha oltrepassato le risorse dei governi e dei bilanci.

— L'Aids e l'Arc hanno ulteriormente ridotto le risorse di tutti i Paesi.

— Le risorse che, in molti Paesi, potrebbero essere destinate alla sanità sono state utilizzate per incrementare gli arsenali di armi e di distruzione, la polizia segreta e gli eserciti.

— Il debito internazionale ha diverse ramificazioni nella sanità: per es., in un Paese africano, la politica governativa di Programma di adeguamento strutturale (Structural Adjustment Programme), basata sul piano economico dei crediti traduce praticamente in una insidia (la sigla Sap assume significato ambivalente), in quanto va contro la vita della gente assogettandola alla povertà, alla fame, alla disperazione ed al crescente impoverimento.

Abbiamo bisogno di aiuto e sostegno per sollecitare questi creditori a favore dell'umanità.

Problemi culturali

— Il modello medico di assistenza sanitaria va riconsiderato.

— L'orientamento scientifico dei servizi medici « eredita » dalla Chiesa e dallo Stato in diversi Paesi del III Mondo non lasciato alcun spazio per la concezione tradizionale di malattia e di integrità. Questo ha irritato molti.

— La guerra chimica porta a interrogarsi sull'integrità della ricerca a livello nazionale e internazionale. È a favore o contro l'umanità?

— Su che cosa è incentrata la ricerca: per es., la malaria continua ad essere una calamità in Africa.

Tipologia patologica e mali sociali

— Il 5% delle risorse mediche di un Paese europeo è destinato a persone che soffrono di disadattamento o di infermità psicosomatiche. La sindrome depressiva è assai più diffusa dell'alcool e della droga. L'« io » cancella il « noi ». I diritti del singolo sono

considerati oltrepassare per importanza la responsabilità sociale rispetto al gruppo o alla comunità, portando alla solitudine e all'isolamento.

— La paura e il terrore dello sviluppo nel nostro mondo impedisce la fiducia dell'uno negli altri. In realtà non sappiamo chi nel mondo controlla la nostra vita.

I problemi sono seri, gravi e ben noti.

Molta gente cerca la « fede Sanante » e la « cura spirituale ». E questo un vuoto del quale Cristo era consapevole già nel suo tempo. Egli parlò di popolo come di « gregge senza pastore ». Molti operatori sanitari si sentono « tagliati fuori » di fronte a queste spinte e frustrazioni.

E questo un momento propizio per la Chiesa per sostenere, incoraggiare e aiutare la gente a riscoprire le loro interiori risorse basate sui valori umani spirituali. L'amore di Dio e la compassione di Cristo devono motivarci nel campo della salute. La fede nella missione salvifica di Cristo va recuperata con nuovi modi per far sì che Cristo ci ridoni nuovamente la vita. Non basta mettere l'accento su questi problemi.

L'opzione della Chiesa per i poveri e per la giustizia

Non ci si può meravigliare se la società e la Chiesa si rendono conto che il crescente divario tra ricchi e poveri, tra Nord e Sud, è il vero dramma della società e dell'umanità.

In molti casi, l'assistenza sanitaria che noi procuriamo al più basso costo possibile, è ancora al disotto delle possibilità di coloro che sono nel maggior bisogno. Ciò è motivo di grande angoscia per molti Operatori sanitari.

I servizi sanitari primari hanno messo in luce un nuovo modo di offrire un genuino servizio, nella giustizia, al povero. Aiutandolo a partecipare alla propria assistenza sanitaria, non solo si fa sì che egli scopra fiducia e consapevolezza, che rispetti i suoi diritti e la sua dignità, ma lo si colloca nel giusto posto nella società. Gli Operatori formati all'assistenza sanitaria primaria capiscono la loro gente, parlano il suo linguaggio, sono parte del loro ambiente. Essi sono in grado di rispettare e integrare i sistemi nativi di assistenza e di cura.

In superficie tutto questo sembra apparire meno prestigioso, per la Chiesa, di quanto non lo sia l'assistenza istituzionale. In realtà, ciò può essere molto più efficace in ordine alla funzione che la Chiesa può assolvere.

Premessa ad alcune proposte circa il mandato del Pontificio Consiglio

Sono convinta che il Pontificio Consiglio non ha a che fare con gli aspetti tecnici dell'assistenza sanitaria, ma con il suo *spirito*. Esso ha la possibilità di essere il « lievito nella pasta », motivando, incoraggiando e interpellando.

Va evitato ogni doppione e si deve cercare la collaborazione con l'OMS, la WAW, la CMC e altri organismi. Dobbiamo riconoscere che tutti i servizi sanitari appartengono in primo luogo a coloro che ne usufruiscono. Tutti dobbiamo sentirci fieri di partecipare pienamente alle decisioni riguardanti la nostra vita.

Dobbiamo sollecitare le persone a riflettere, a discutere ed al dialogo intorno alle reciproche responsabilità in materia di salute. Accettare con realismo la nostra interdipendenza è la maggiore e più necessaria sfida di oggi.

Per creare una rinnovata visione della vita protesa a donare occorrono disciplina e una forte motivazione. Ciò spingerà a cambiare il nostro atteggiamento e la nostra condotta. La promozione della salute fa parte dell'annuncio del Vangelo. Le nostre congregazioni religiose devono trasformarsi in comunità di assistenza e di tolleranza, di amore e di sostegno alle paure, alla solitudine ed alla crescente povertà di spirito, in una cultura asservita alla scienza e alla tecnica ».

Proposte circa il coordinamento e la cooperazione come aspetti del Mandato del Consiglio

Finalità del Consiglio sono:

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

— Seguire con attenzione e studiare orientamenti programmatici ed iniziative concrete di politica sanitaria, a livello sia internazionale che nazionale, al fine di coglierne la rilevanza e le implicazioni per la pastorale della Chiesa, La presenza attiva del Presidente, di altri membri del Consiglio e di Operatori sanitari religiosi e laici alle varie Conferenze e Congressi è un modo per assolvere queste finalità. così lo è la rivista « *Dolentium hominum* ». La rivista deve raggiungere una maggiore diffusione.

Potrebbe essere uno strumento per collegare nuove iniziative nel campo dell'assistenza sanitaria. Gli Operatori del settore dovrebbero essere incoraggiati a partecipare

le loro esperienze pratiche e le loro iniziative. A tale scopo la rivista potrebbe essere semplificata come qualità della carta e impaginazione. Una rivista semplice non costerebbe soltanto meno stamparla, ma anche spedirla. *Contact*, pubblicato dalla Commissione Medica Cristiana (della WCC) ha rappresentato un aiuto concreto per gli Operatori sanitari nelle più remote zone per anni. Veniva inviata gratuitamente alle stazioni sanitarie.

Le quattro Conferenze internazionali promosse dal Pontificio Consiglio, riunendo insieme esperti di fama internazionale nei diversi campi, sono state un forum per riflettere su molti aspetti e problemi della pastorale sanitaria oggi. Molti hanno suggerito che a questi incontri siano tenuti più interventi così che sia data l'opportunità a tutti i partecipanti di scambiare le rispettive idee.

Il Consiglio ha anche il compito di tenere i contatti con le Chiese locali.

1. Sviluppo strutturale

Vorrei felicitarmi con l'Arcivescovo S.Ecc.za Mons. Angelini e con i suoi collaboratori per aver portato avanti la costituzione in così numerosi Paesi delle Commissioni episcopali nazionali per la pastorale sanitaria. È auspicabile che la cosa si estenda anche a livello diocesano. L'esperienza dimostra che sarebbe molto utile. In molti casi è il Vescovo che tratta con le autorità di governo sulla loro politica sanitaria. Queste commissioni dovrebbero curare un approccio inter-settoriale ai problemi della sanità, dell'acqua, dell'agricoltura, della casa, dell'ambiente ecc., e cercare l'incontro a livello operativo. Mentre la Commissione episcopale nazionale dovrebbe tenere i legami con il Consiglio, il Vescovo dovrebbe esserne il coordinatore. I problemi emergenti dovrebbero continuare ad essere trattati ai rispettivi e appropriati livelli. Questo sistema di comunicazione ci consentirebbe di guardare ai problemi concreti e di affrontare alla radice le cause di disagio ed i problemi amministrativi dell'assistenza sanitaria.

2. Noi, come Pontificio Consiglio, abbiamo il ruolo e il grado di contattare gli Stati e le organizzazioni nazionali e internazionali. I rappresentanti della Santa Sede in ogni Paese hanno il diritto di accedere ai Governi e al corpo diplomatico e sono quindi in grado di esercitare un'autorevole influenza quando è necessario, ad esempio, trattando con i rappresentanti

degli Stati i cui programmi governativi o intergovernativi vanno contro la dignità della persona umana ed il rispetto della vita. Il Consiglio ha già avviato la possibilità di dialogo in questa linea.

I governi nazionali creano le condizioni socio/economico/politiche nelle quali noi operiamo e talvolta essi guardano all'attività religioso/politica in termini di populismo umanitario. Essi devono sapere ed essere assicurati dal più alto livello che noi intendiamo cooperare e collaborare per lo sviluppo del popolo.

3. Il Consiglio potrebbe prendere contatti con le diverse istituzioni assistenziali esistenti nella Chiesa ed anche oltre allo scopo di arrivare ad una programmazione uniforme in relazione al finanziamento dei vari programmi. Può accadere che coloro che sponsorizzano determinati progetti subordinano la loro attuazione all'affermazione dell'istituzione benefica con il rischio che cadano le nostre priorità per il fatto che i finanziatori ignorano le reali esigenze dei destinatari dei programmi.

4. Il Pontificio Consiglio deve continuare i suoi sforzi per sviluppare una cultura di « umanizzazione » della medicina, specialmente nei settori della ricerca farmaceutica, dei prodotti e della tecnologia medica.

5. Quanto al personale: attraverso le Commissioni episcopali e diocesane il Pontificio Consiglio deve adoperarsi affinché mediante dibattiti, seminari e incontri le decine di migliaia di Operatori sanitari siano incoraggiati e rafforzati nella loro vocazione, la quale richiede amore, compassione, speranza ed entusiasmo, come pure intelligenza e competenza professionale.

Noi stessi abbiamo bisogno di una allargata visione della salute e dell'assistenza sanitaria — la consapevolezza che ne deriva è condizione primaria di rinnovamento.

Ho accennato ad alcuni criteri idonei a rispondere al compito assegnatoci dal Santo Padre per « un lavoro di collaborazione, intelligente, ben programmato, costante e generoso » nell'interesse della salute.

Cristo venne per fare del bene: Gli chiedo di guidare il Pontificio Consiglio nella sua opera per l'umanità in un tempo carico di necessità, di possibilità, di angoscia e di speranza. Tutti noi abbiamo bisogno di vita e di amore.

Sr. CATHERINE DWYER
Superiora Generale delle Suore
Medico Missionarie di Maria

magistero della chiesa



*dai discorsi
del Santo Padre*

« un messaggio di rispetto per l'uomo è lanciato da voi all'intera comunità »

(Pisa, 22-IX-1989, agli ospiti e al personale della «Casa Cardinale Maffi»)

I. Con animo lieto e commosso inizio la mia visita pastorale all'Arcidiocesi di Pisa incontrandomi con voi, che siete ospiti della «Casa Cardinale Maffi», o in essa prestate il vostro caritatevole servizio.

A tutti rivolgo il mio saluto affettuoso, che intendo estendere a tutti coloro che riescono o prestano la loro opera nelle altre Case di Riposo e di Assistenza, suscitate nelle varie località dell'Arcidiocesi dall'amore a Cristo e dalla sollecitudine per il prossimo.

Mentre esprimo il mio apprezzamento per queste Istituzioni, ringrazio e saluto l'Arcivescovo Monsignor Alessandro Plotti e le Autorità civili e religiose, che sono qui convenute per la circostanza.

Un attestato di riconoscenza debbo riservare a Monsignor Pietro Parducci, che di questa Casa fu, tanti anni or sono, il fondatore. Sviluppando un'iniziativa generosa dell'indimenticabile Cardinale Maffi, egli ampliò l'iniziale Asilo Infantile, attrezzandolo anche come Casa di accoglienza per le molte persone. Cinquant'anni di attività ha offerto ospitalità e conforto a circa ottomila persone.

Mi unisco a tutta la Chiesa diocesana nel ringraziamento al Signore per il bene che è stato possibile compiere in questa Istituzione nell'arco di quasi mezzo secolo, ed invoco sul Fondatore e sui collaboratori il costante conforto della divina Bontà.

2. Non posso al tempo stesso, non rallegrarmi per il messaggio che da iniziative come questa giunge all'intera Comunità. È un messaggio di rispetto per l'uomo in ogni fase della sua esistenza e per ogni dimensione della sua personalità. Il cristiano sa riconoscere in ogni uomo un fratello che Dio chiama a partecipare alla sua stessa vita. Egli si impegna, perciò, ad offrire una risposta non solo alle sue esigenze materiali, o più generalmente umane, ma anche a quelle religiose.

Con tale intento è sorta questa Casa. Per non tradire le sue origini, a questo spirito essa deve restare sempre fedele. Esorto, pertanto, quanti in essa svolgono la loro attività a farsi guidare in ogni circostanza da quei principi ispiratori.

Impegnatevi, cari fratelli e sorelle, a far sì che le persone alle quali prestate le vostre cure possano sempre ravvisare in voi e nelle

vostre azioni la bontà di Dio, il quale si china soprattutto su coloro che soffrono e sono soli, per lenire il dolore ed il senso di abbandono.

3. E voi, sorelle e fratelli, giovani ed anziani che avete trovato accoglienza tra queste mura ospitali, mantenete sempre viva nell'animo la certezza dell'amore che Dio ha per ciascuno di voi. L'avervi chiamato a partecipare alla sua croce è un segno della fiducia che Egli ha in voi e del contributo che voi potete recare alla sua opera redentrice.

Siate sempre aperti all'ottimismo e alla speranza. Voi siete parte eletta della Chiesa, che ha bisogno di voi, della vostra fede, del vostro coraggio. Anche il Papa conta su di voi e sul sostegno della vostra preghiera.

Vi affido tutti a Maria, Madre della Pietà, perché raccolga l'offerta della vostra sofferenza e vi ottenga da suo Figlio quanto il vostro cuore desidera.

La mia Benedizione convalidi l'augurio di grazia e di pace, che di vero cuore formulo per ciascuno di voi.

Prima di lasciare l'istituto Cardinal Maffi, il Santo Padre si è brevemente intrattenuto con il personale che presta la sua opera per il funzionamento della Casa. Queste le sue parole di saluto:

Voglio ringraziare tutti i presenti per l'opera che svolgono in questa Casa. Certamente per ciò che fate per i poveri ammalati, — abbiamo visto quanti, abbiamo visto quali — ma anche per Cristo, perché così lui ha detto di ogni buona opera, di un'opera Samaritana, che è un'opera fatta a lui stesso, a Dio uomo. Vi auguro la benedizione del Signore per la vostra vita personale, per le vostre famiglie e per la vita professionale.

senso autentico della vita

(Pisa, nell'Aula Magna della «Sapienza», 24-IX-1989, ai professori e studenti dell'Università)

Questi interrogativi — che ripropongono il tema dell'intellectus quaerens fidem e dell'indagine che media il passaggio dalla fase del quaerere a quella dell'invenire — assumono più concreta consistenza, se vengono inquadrati e integrati nella dimensione etica. Nel suo irrinunciabile impegno di ricerca e di servizio, la scienza ha un'intrinseca moralità da rispettare: mentre gli orizzonti verso cui essa si muove appaiono sempre più vasti, l'uomo che la coltiva e la sviluppa scopre, al tempo stesso, nuovi limiti, dubbi e difficoltà. Alla luce delle esperienze fatte, dei traguardi già raggiunti o intravisti e, purtroppo, anche dei possibili pericoli, oggi più che in passato si impone il discorso sul rapporto tra ricerca ed etica. Dinanzi all'uomo di

scienza, che indaga ed approfondisce per capire sempre di più e sempre meglio, si fanno vicini e quasi palpabili i misteri della natura e, prima di tutto, il mistero stesso dell'uomo. Spingendosi fin verso i confini della realtà e della vita, egli avverte come un brivido nel suo stesso osare e non può non interrogarsi, oltre che sul senso generale del proprio lavoro conoscitivo, sull'esito finale e sulla validità morale di tanto impegno. Puntando lo sguardo sulle forze più nascoste della natura ed appropriandosi delle metodologie più ardite per dominarle e utilizzarle, l'uomo avverte il rischio di sconfinare in abusi.

Parlo ad un auditorio esperto: posso quindi limitarmi ad accennare a fatti innegabili, quali il pericolo ecologico, l'accumulo di armi dagli effetti disastrosi, la fondatezza di certe denunce e accuse. E nel campo della vita umana, tutti conoscono i mirabili progressi della biologia e della bioingegneria, ma sono noti parimenti i pericoli di operazioni troppo ardite, che comportano forme inaccettabili di manipolazione e di alterazione. Come sapete, io stesso in varie occasioni ho richiamato la urgenza e il dovere di procedere in materia tanto delicata con la massima cautela: il che vuol dire — senza imporre mortificanti limiti alla ricerca — rispetto delle leggi supreme della natura e della vita, adeguamento in ciascuna fase della ricerca alle esigenze derivanti dalla dignità della persona. Vuol dire, in una parola, senso di responsabilità.

la diffusione della lebbra nel mondo è uno scandalo per la comunità internazionale

(Cumura, Guinea Bissau, 28-1-1990, Messaggio per la giornata mondiale dei malati della lebbra)

1. L'annuale celebrazione della Giornata mondiale contro il flagello della lebbra ripropone alla riflessione di tutti gli uomini di buona volontà e, in modo particolare, di quanti portano il nome di cristiani, il dovere di un'azione urgente ed efficace per sconfiggere questa gravissima infermità, da cui sono, ancora oggi, colpiti milioni di esseri umani, che uniscono quasi sempre, alla condizione di malattia, quella di un'esistenza segnata dalla povertà, dall'insufficiente assistenza sanitaria, dall'emarginazione e dall'abbandono.

Richiamando il profeta isaia (cf. Is 35,

5), il Vangelo ci ricorda che grazie all'azione di Gesù i ciechi vedevano, i sordi udivano e lebbrosi erano mondati (Mt 11, 5). Gli apostoli, per parte loro, sapevano di adempiere un esplicito comando del loro Maestro, quando nelle loro peregrinazioni missionarie si dedicavano a curare e a sanare i lebbrosi (cf. Mt 10, 8).

La Chiesa, che in tutta la sua storia ha considerato la sollecitudine verso chi soffre come parte integrante della propria missione, da secoli opera in prima persona sia per l'assistenza a quanti sono colpiti dalla lebbra in ogni parte del mondo, sia per creare condizioni di idonea prevenzione contro i rischi di questo temibile contagio.

2. Tra le iniziative che associano evangelizzazione e promozione umana, la doverosa attenzione e la cura verso i colpiti dalla lebbra possono ancora oggi considerarsi prioritarie. In questa speciale Giornata, desidero ricordare i pastori, i sacerdoti, i religiosi, le religiose, i laici consacrati e la schiera di volontari che, nelle aree più difficili e spesso in situazioni di vera e propria emergenza, hanno scelto di essere vicini ai malati di lebbra, per assisterli e per favorire condizioni più umane di vita nei lebbrosari, impegnandosi in una azione sanitaria volta a contenere e circoscrivere la diffusione di questa malattia endemica.

Insieme con tutti costoro, io non posso dimenticare il contributo delle Comunità ecclesiali dei Paesi del mondo non toccati da questo flagello: esse dimostrano di avvertire in maniera crescente le dimensioni e la gravità del problema e, con esemplare generosità, sostengono iniziative pubbliche e private, istituzioni ed organizzazioni specificamente impegnate nella lotta alla lebbra. Grazie a questa prova tangibile di solidarietà e di carità cristiana, si è riusciti a limitare in modo decisivo la diffusione del contagio anche nelle aree a più alto rischio, sicché ora è legittimo intravedere, almeno in prospettiva, la possibilità di una sconfitta definitiva di questa malattia.

Non esistono ormai problemi di un Paese che non chiamino in causa la responsabilità di tutti gli altri. Ciò vale anche per questa malattia. L'odierna Giornata Mondiale ha innanzitutto lo scopo di ricordare che non si opera pienamente per la salute di nessun Popolo, se non ci si impegna al tempo stesso per la salute di tutti. Anche di fronte al problema dei lebbrosi, le cui immagini devastate, in un mondo contrassegnato dall'ampiezza e tempestività delle comunicazioni sono davanti agli occhi di tutti, la solidarietà internazionale costituisce la prima e più urgente risposta. D'altra parte, le cifre della diffusione della calamità, confrontate con la modesta entità delle risorse necessarie per sconfiggerla definitivamente, non possono non essere conside-

rate come uno scandalo per l'intera comunità internazionale.

3. Urge, pertanto, risvegliare la sensibilità delle singole persone e delle pubbliche istituzioni nei confronti di questo problema. Infatti, «le istituzioni sono molto importanti e indispensabili; tuttavia, nessuna istituzione può da sola sostituire il cuore umano...», l'iniziativa umana, quando si tratti di farsi incontro alla sofferenza dell'altro. Questo si riferisce alla sofferenze fisiche, ma vale di più se si tratta delle molteplici sofferenze morali, e quando, prima di tutto, a soffrire è l'anima» (cf. Lett. Ap. Salvifici doloris, 29). È quindi importante recepire, in tutta la sua vastità fisica, morale e spirituale, il dolore indotto dalla lebbra nei milioni di persone che ne sono vittime.

Nell'antica tradizione biblica la guarigione dalla lebbra è costantemente associata al concetto di purificazione, quasi a volerci ricordare che, per essere interamente mondata da questa malattia, l'umanità deve purificarsi dalle molteplici forme di egoismo e di indifferenze al dolore altrui che deturpano lo spirito. Quando il cuore di ciascuno si sarà aperto più generosamente alle necessità del fratello, saranno certamente abbreviati i tempi della definitiva sconfitta anche di questo morbo. Sì, lo straordinario progresso della scienza e della tecnica, se sarà posto senza riserve a servizio dell'uomo, mediante i doni divini dell'intelligenza e della grazia, si farà strumento della virtù sanante di Gesù medico delle anime e dei corpi.

4. In questa Giornata di riflessione, di preghiera e di rinnovato impegno, il mio pensiero si volge con profondo affetto a tutti coloro che, in ogni parte del mondo, vivono nella propria carne il dramma della lebbra. Tornano alla mente le parole indirizzate dal lebbroso al Signore Gesù e la consolante risposta che ne ricevette: «Se vuoi, puoi guarirmi!». E Gesù: «Sì lo voglio, sii sanato» (cf. Mc 1, 40-41).

Amati Fratelli, che soffrite di questa dolorosa infermità, non cessi la vostra preghiera al Signore e non si spenga mai la speranza. Dallo scrigno prezioso della vostra sofferenza scaturisce, se saprete accettarla con fiducioso abbandono in Dio e speranza nella Vergine Madre, una sorgente di grazia per la Chiesa e per l'umanità. Sappiate «nell'amore... trovare il senso salvifico del vostro dolore e risposte valide a tutti i vostri interrogativi» (Lett. Ap. Salvifici doloris, 31).

A coloro che, in varie forme, sono al servizio dei malati di lebbra, vada il doveroso riconoscimento di tutta la Chiesa,

la quale, grazie anche alla loro azione articolata e diffusa, avverte ancor più l'impegno di farsi sollecitatrice di interventi più estesi ed efficaci. L'azione pastorale della Chiesa nel campo della sanità e della salute — come già ho più volte ripetuto — si pone sotto il segno della speranza, poiché essa, mentre assiste l'uomo che soffre nel corpo, opera per consolare e dare fiducia al suo spirito.

La «Giornata Mondiale contro la lebbra» sia, quindi, per tutti occasione di preghiera e di rinnovato concreto impegno. Ogni vittoria contro i mali fisici è vittoria dello spirito, perché raggiunta mediante lo sforzo della mente, la dedizione della volontà, la sollecitudine partecipe del cuore.

In questo giorno, io invoco ben volentieri su quanti sono afflitti da questa malattia, sugli operatori sanitari, sulla schiera sconosciuta dei servitori dei lebbrosi, sulle istituzioni ed organizzazioni impegnate contro la lebbra, la speciale benedizione di Dio e la protezione di Colei che, in Cristo suo Figlio, guarda a ciascuno con cuore di madre.

la sofferenza non è un fallimento ma una prova di fede e un atto d'amore

(Roma, 24-III-1990, ad un gruppo di ammalati e di volontari dell'Oftal)

1. Con questo pellegrinaggio di fede e di preghiera, voi intendete ricordare il trentennio della morte del Fondatore dell'Opera Federativa Trasporto Ammalati a Lourdes (O.F.T.A.L.), Monsignor Alessandro Rastelli, ed insieme anche il trentennale di assistenza e di apostolato tra le persone che soffrono.

Ringrazio Monsignor Vittorio Piola, Vescovo emerito di Biella, per le amabili parole che ha voluto ora rivolgermi, interpretando anche i sentimenti di tutti i presenti.

Saluto i dirigenti della vostra Associazione, gli ammalati, i barellieri, le dame e i volontari. Desidero manifestarvi la viva riconoscenza della Chiesa, perché voi offrite le vostre preghiere e le vostre sofferenze, come pure la fatica e i disagi del viaggio, per chiedere la santificazione dei sacerdoti e delle persone consacrate e invocare numerose e sante vocazioni per la Chiesa. E

questo un grande ideale che, mentre nobilita e conforta la vostra vita quotidiana, attiva la benevolenza di Dio verso la Chiesa e l'umanità.

Gesù stesso infatti legò strettamente alla preghiera il numero e la qualità dei sacerdoti e dei religiosi, necessari per la salvezza del mondo. Sentendo compassione per le follé, che erano stanche e sfinite come pecore senza pastore, il divin Maestro disse: «La messe è molta, ma gli operai sono pochi! Pregate dunque il padrone delle messe perché mandi operai nella sua messe» (Mt 9,36-38).

A questo proposito desidero ricordare le parole dell'Esortazione «Christifideles Laici»: (Anche i malati sono andati come operai nella vigna del Signore. Il peso, che affatica le membra del corpo e scuote la serenità dell'anima, lungi dal distorglierli dal lavorare nella vigna, li chiama a vivere la loro vocazione umana e cristiana ed a partecipare alla crescita del Regno di Dio in modalità nuove, anche più preziose)) (n. 53). Vi siano di guida e di orientamento queste parole nella vostra preghiera, nell'offerta quotidiana delle vostre sofferenze.

2. L'incontro con voi, ammalati, e con voi, amici e volontari, che li assistete, ci fa riflettere sul valore della sofferenza e sulla sua efficacia espiatrice e santificatrice. Gesù, il Verbo Incarnato, ha sofferto nel corpo e nell'anima e tale passione ha acquistato un valore universale per la redenzione dell'umanità.

Nel Cristo sofferente l'umanità trova il significato dei propri patimenti. L'uomo, pur compiendo ogni sforzo per combattere ed eliminare la sofferenza, deve convincersi che essa non è un fallimento, bensì una prova di fede ed un atto di amore!

François Coppée, un illustre letterato francese, che sulla via del dolore ritrovò il tesoro smarrito della fede, scriveva: «Saper soffrire! Saper amare! Ecco il prezioso segreto che ho scoperto nel Vangelo durante la mia infermità!» (Saper soffrire, cap. xi).

E nella dolorosa malattia che lo portò in cielo si fece mettere un Crocifisso alla parete e guardando l'immagine del Cristo sofferente trovò la forza di accettare con rassegnazione e serenità la dura prova permessa da Dio per la sua purificazione e per la nostra edificazione.

3. Maria Santissima, Corredentrice del genere umano accanto al suo Figlio, vi dia sempre coraggio e fiducia!

E vi accompagni anche la mia Benedizione, che ora di gran cuore vi imparto!

presenza della Chiesa nel mondo della sofferenza

(Roma, 1-IV-1990, ai malati ed al personale sanitario dell'ospedale delle « Figlie di San Camillo »)

1. Siamo ormai vicini ai giorni in cui celebreremo i più grandi misteri della nostra redenzione. Nella prospettiva della Pasqua ho voluto venire tra voi, per portarvi il mio augurio e la mia benedizione.

Saluto e ringrazio il Signor Direttore Sanitario per le nobili parole con cui, a nome di tutti, mi ha dato il benvenuto e rivolgo il mio cordiale saluto al Signor Cardinale Vicario, al Delegato per l'assistenza religiosa agli Ospedali di Roma, Monsignor Brandolini, ai medici, al personale paramedico, ausiliario, amministrativo e tecnico.

Saluto, in particolare i cari malati, ospiti di questa Casa di Cura, i loro parenti ed amici e quanti si prestano per offrire loro assistenza.

In questi ultimi giorni del cammino quaresimale che ci prepara alla Pasqua del Signore, come nel crescendo di una grande sinfonia, la liturgia della Chiesa intensifica i suoi messaggi, volti a farci scoprire il significato e la portata dell'evento che stiamo per rivivere. Oggi ci presenta Gesù che proclama: « Io sono la risurrezione e la vita » (Gv 11, 25).

Se c'è un luogo nel quale queste parole risuonano con una particolare carica di consolazione e di speranza, questo è l'Ospedale — ogni Ospedale e Casa di Cura, dunque anche la vostra. Qui, infatti, tutto è orientato a servire la vita, nell'intento di restituire alla salute chi è stato colpito dalla malattia e ridonarlo all'affetto dei suoi cari.

2. Nella prospettiva del pieno ricupero della salute, vorrei tuttavia invitarvi, cari malati, a non sottovalutare il periodo che state ora vivendo. Fa parte anche'esso di un disegno provvidenziale.

Tutti sappiamo, per esperienza diretta, che la sofferenza e la malattia appartengono alla condizione dell'uomo, creatura fragile e limitata, segnata fin dalla nascita dal peccato originale. Accade non raramente che coloro che ne sono colpiti cedano alla tentazione di considerarle un « castigo » divino e dubitino, in conseguenza, della bontà di Dio, che Gesù ci ha rivelato come « Padre » che ama sempre e comunque i suoi figli.

In una società come quella attuale, poi, che pretende di costruirsi sul benessere e sul consumismo e tutto valuta sulla base

dell'efficientismo e del profitto, il problema della malattia e della sofferenza, non potendo essere negato, o viene « rimosso » oppure si pensa di poterlo risolvere affidandosi esclusivamente ai mezzi offerti dalla moderna tecnologia avanzata.

Tutto ciò costituisce una vera e propria « sfida » per coloro che si professano credenti e che hanno dalla Rivelazione, e soprattutto dal Vangelo, una risposta da accogliere nella loro vita e da proporre al mondo come segno di speranza e come luce che dà senso all'esistenza. E la « parola della Croce », che tutti coloro che lavorano nel mondo della salute e della malattia sono chiamati a far propria, a testimoniare e annunciare agli altri.

3. Voi malati, anzitutto! Il Papa, venuto oggi tra voi, vi dice dunque: guardate a Cristo crocifisso e imparate da Lui! Egli, assumendo totalmente la condizione umana, ha voluto liberamente caricarsi delle sofferenze umane e, offrendosi al Padre come vittima innocente per noi uomini e per la nostra salvezza « con forti grida e lacrime » (Eb 5, 7), ha redento la sofferenza, trasformandola in un dono d'amore per la redenzione di tutti.

Certo, la malattia e la sofferenza restano un « limite » e una « prova »; possono, perciò costituire una pietra d'inciampo nel cammino della vita. Nell'ottica della Croce tuttavia, diventano un momento di crescita nella fede e uno strumento prezioso per contribuire, uniti a Cristo, alla realizzazione del progetto divino della salvezza.

Carissimi Fratelli e Sorelle ammalati, vivete così la vostra esperienza! Non vi mancheranno l'aiuto di Dio e la forza che viene dallo Spirito Consolatore. Il Papa è con voi e vi accompagna ogni giorno con la sua preghiera. La Chiesa di Roma, chiamata al rinnovamento spirituale e pastorale con il Sinodo diocesano, conta sul vostro prezioso contributo di offerta e di supplica per vivere più intensamente la comunione e dedicarsi con rinnovato impegno ad una « nuova evangelizzazione » della Città.

4. La « parola della Croce » ha un messaggio anche per voi, Operatori sanitari, che, a vari livelli e con diverse responsabilità, svolgete il vostro servizio in Ospedali.

È Cristo Gesù, infatti, che si nasconde e si svela nel volto e nella carne, nel cuore e nello spirito di coloro che voi siete chiamati ad assistere e curare. Egli considera fatto a Sé ciò che si fa ad uno di questi fratelli più piccoli, malati e spesso soli ed emarginati dalla società (cfr. Mt 25, 40).

Ciò esige da voi atteggiamenti interiori, parole e gesti ispirati non solo da una profonda e ricca umanità, ma da un autentico spirito di fede e di carità.

Vi so già impegnati in questa delicata e difficile missione. Vi esorto tuttavia a

crescere e progredire sempre più in questa direzione.

Chiedo dunque a voi, e attraverso voi a tutti coloro che lavorano nelle strutture sanitarie della Città, di vincere la tentazione dell'indifferenza e dell'egoismo e di adoperarvi anzitutto per umanizzare e rendere più vivibili gli ambienti sanitari, in modo che l'uomo malato sia curato nella sua totalità di corpo e di spirito. Adoperatevi perché siano riconosciuti e promossi tutti i diritti fondamentali e i valori della persona umana, primo fra tutti quello della vita, dal suo sorgere fino al suo naturale compimento. Ciò esige attenzione alle diverse situazioni, dialogo rispettoso e paziente, amore generoso per ogni uomo considerato come immagine di Dio e, per chi è credente, « icona » di Cristo sofferente.

5. Ciò esige non solo spiccate qualità umane, competenza professionale e seria volontà di collaborazione, ma una profonda coerenza morale e una matura consapevolezza dei valori etici che sono in gioco quando la vita è minacciata dalla malattia e dalla morte. Occorre accostarsi come « buoni samaritani » all'uomo che soffre, come ha fatto Gesù e come Egli ha insegnato fare a coloro che vogliono essere suoi discepoli. Bisogna saper « vedere » le sofferenze dei propri fratelli, non « passando oltre » per fretta o pigrizia, ma facendosi « prossimi », stando accanto a loro, per dire le parole della consolazione e somministrare le cure necessarie, con gesti di servizio e di amore rivolti alla salute integrale della persona umana.

Ciò è particolarmente compito della pastorale sanitaria, che si propone di realizzare una presenza efficace della Chiesa per recare la luce del Vangelo e la grazia del Signore, attraverso i sacramenti, a coloro che soffrono e a quanti se ne prendono cura, primi fra tutti i familiari dei malati che spesso sono i più esposti ai contraccolpi che la sofferenza comporta nell'esistenza umana.

Anche in questo settore il Sinodo pastorale diocesano dovrà portare frutti di rinnovamento e di maggiore impegno, nella linea della comunione e della missione.

6. Carissimi Fratelli e Sorelle, sono queste le « lezioni » che ci giungono dalla « parola della Croce », dal mistero pasquale di Gesù, che ci prepariamo a celebrare in pienezza nei prossimi giorni.

In comunione con tutta la Chiesa accogliamo con fede, viviamo con impegno.

Impariamo da Maria, che ai piedi della Croce ha unito le sue sofferenze a quelle del Figlio suo, contribuendo così alla redenzione dell'umanità. Diciamo come Lei e con Lei il nostro « sì », per fare un « dono di amore ». Per la gloria di Dio e la salvezza dell'uomo.

argomenti



*sull'eutanasia e l'assistenza
per una morte degna*

*salute del corpo e dell'anima
nella liturgia bizantina*

la salute dei giovani

piano di azione della conferenza episcopale spagnola sull'eutanasia e l'assistenza per una morte degna

Presentazione

Mons. Javier Osés, preside della commissione episcopale di pastorale, nella sua breve nota su: « L'accompagnamento al morente e la legalizzazione dell'eutanasia » presentata all'assemblea plenaria della conferenza episcopale spagnola (Cee) nell'aprile 1989, espone alle conclusioni di un comitato scientifico, manifestava il bisogno di un piano di lavoro coordinato di tutta la Chiesa, elaborato dalle commissioni implicate nel tema.

Il segretario generale della Cee, monsignor Agustín García Gasco, convocò i direttori della commissione per la dottrina della fede, don Antonio Cárizares, del dipartimento di pastorale sanitaria, don Rudesindo Delgado, e del comitato dei vescovi per la difesa della vita, don José Luis Irizar, per elaborare insieme un « piano di azione sull'eutanasia e l'assistenza ai morenti ».

Le bozze del piano furono trasmesse ai direttori delle commissioni dei vescovi interessate al tema, sollecitando la loro collaborazione. In raduno, convocato e presieduto dal vescovo segretario, i direttori presentarono i loro contributi assicurando piena disponibilità per una collaborazione concreta.

Così arricchito, il piano fu presentato alla commissione permanente della conferenza episcopale spagnola per accogliere altri contributi e suggerimenti opportuni.

Il piano di azione, nella prima parte mette in rilievo le ragioni che hanno sostenuto la decisione di elaborare il documento e le modalità dello stesso. Poi presenta gli obiettivi a breve, media e lunga scadenza, e mette a fuoco le iniziative per raggiungerli, dando concretezza a quanto si farà e si sta facendo da parte delle tre commissioni della Cee, e suggerendo progetti operativi per le diocesi.

Madrid 12 settembre 1989

1. Ragioni del piano di azione sull'eutanasia e l'assistenza per morire bene

Ragioni diverse rendono necessario oggi un piano di azione della

Chiesa sull'eutanasia e l'assistenza per morire bene.

Ecco le più rilevanti:

1. *Di tipo sociale.* La nostra società vive ignorando la morte. E il tabù del secolo XX. La maggior parte della gente non si pone l'argomento morte e sente paura e angoscia di fronte al soffrire. In genere, non conosce e non è bene informata sull'eutanasia. Essendo argomento che attira, morboso, i mezzi di comunicazione sociale ne parlano sempre più, anche se a volte in modo tendenzioso. Un esempio: la morte per compassione è presentata come unica alternativa assistenziale nei casi di gravi dolori fisici o sofferenze morali.

2. *Di tipo etico.* Esiste una grande confusione di termini e di contenuto sull'argomento che influisce su tutta la popolazione e in modo speciale sui professionisti della salute.

3. *Di tipo giuridico.* Ci sono lacune e carenze giuridiche nella legislazione, che bisogna risolvere o riformare. Ma, con quali conte-

nuti? Il rischio principale sta nel fare una legge ambigua che apra la porta a tutte le interpretazioni.

4. *Di tipo politico.* Gli interessi di tipo politico possono condurre a porre il problema in modo non rispondente ai bisogni reali. L'attuale partito del governo è interessato nel fare una legge sull'eutanasia prendendo una posizione affine a quella dell'associazione per la morte degna. L'associazione non è assolutamente rappresentativa del sentire maggioritario dei cittadini.

5. *Di tipo assistenziale.* L'eutanasia incide direttamente su un problema grave dal punto di vista sanitario e pastorale: il bisogno di assistenza integrale ai malati terminali, alle loro famiglie e a coloro che li assistono e curano. Tutti riconoscono la forma inumana del morire oggi, soprattutto in un grande ospedale, con attenzioni mediche, ma nella solitudine, senza l'appoggio e il calore umano e soprannaturale con il quale possono e devono circondarlo tutti coloro che sono vicini al malato, genitori e figli, medici e infermieri.

6. *Di tipo ecclesiale.* La Chiesa spagnola non può vivere ignorando un problema così importante. Deve assumere la sua responsabilità e offrire un contributo prezioso: promuovere e coordinare la sua azione mediante un « piano » realista. Non si parte da zero. Durante il 1988/89 vari gruppi di professionisti sanitari cristiani, interpellati sul problema dell'eutanasia che vivono molto da vicino, l'hanno studiato, arrivando a conclusioni e impegni che hanno presentato ai vescovi, attraverso la commissione episcopale di pastorale.

2. Obiettivi e azioni del piano sull'eutanasia e l'assistenza per morire bene

Gli obiettivi generali del piano d'azione sono cinque, da raggiungere a breve, media e lunga scadenza.

Obiettivo I

Far conoscere all'opinione pubblica il pensiero e l'azione della Chiesa intorno all'argomento



dell'eutanasia e l'assistenza per morire bene.

Azioni

1. Elaborare « messaggi » brevi intorno a quello che pensa, fa e progetta la Chiesa.

2. Tracciare e realizzare una campagna intorno al tema rivolta all'opinione pubblica, con i seguenti obiettivi:

a) Sdrammatizzare il tabù del morire e della morte.

b) Suscitare atteggiamenti di aiuto ai morenti e ai loro familiari.

c) Informare sulle soluzioni alternative all'eutanasia che già si stanno praticando es.: la medicina palliativa.

d) Suscitare una opposizione radicale all'eutanasia attiva diretta o « morte per compassione ».

e) Diffondere il « testamento vitale » come un mezzo di evangelizzazione per promuovere la buona morte tra i cristiani.

Obiettivo 2

Presentare ai legislatori i dati che definiscono le dimensioni reali del problema dell'eutanasia, insieme ai criteri per legiferare su questa materia in modo giusto ed efficace.

Azioni

Costituire un gruppo interdisciplinare di esperti (professionisti sanitari, giuristi e moralisti) perché elabori un documento informativo.

Obiettivo 3

Promuovere all'interno della Chiesa una pastorale che aiuti l'uomo di oggi, particolarmente il cristiano, a vivere una buona morte, affidandosi all'aiuto di Dio e all'assistenza dei suoi fratelli.

Azioni

1. Educare i cristiani a « vivere » e aiutare a « vivere » una buona morte.

Per questo:

— Dare più importanza nei programmi di catechesi per tutte le età e nei programmi di formazione degli operatori pastorali, agli aspetti del messaggio cristiano che riguardano il morire e la morte,

come pure l'assistenza dovuta ai morenti e ai loro cari.

2. Promuovere una collaborazione più intensa tra il « servizio di assistenza religiosa » negli ospedali, le religiose/i e gli operatori sanitari cristiani, per offrire una buona morte ai malati ricoverati.

3. Dare vita nelle parrocchie all'assistenza pastorale ai malati terminali e alle loro famiglie, nelle loro case. Per questo:

— Coscientizzare i sacerdoti e sollecitare la loro collaborazione per l'educazione dei cristiani all'accompagnamento dei malati terminali e loro famiglie.

— Promuovere nelle parrocchie gruppi di pastorale sanitaria che visitino, accompagnino, curino e sollevino i malati terminali e le loro famiglie.

4. Offrire vie e mezzi di formazione agli operatori di pastorale sanitaria che assistono i malati terminali.

5. Riconoscere e appoggiare l'insostituibile azione degli operatori sanitari cristiani nell'assistenza per morire con dignità.

6. Ricuperare l'unzione come Sacramento dei Malati, e il Viatico come « Eucaristia del passaggio da questa vita ».

Obiettivo 4

Coscientizzare le « istituzioni sanitarie » e la società perché negli ospedali e nelle case si aiuti a morire bene.

Azioni

1. Coscientizzare e chiedere alle « autorità sanitarie » (Ministero di Sanità, « Conserjerias » di Salute...);

— La creazione di centri che offrano un'assistenza integrale ai malati terminali.

— La creazione negli ospedali di condizioni che favoriscano una buona morte.

— Lo sviluppo di programmi di assistenza integrale al malato terminale in casa.

— La sensibilizzazione del personale sanitario che assiste ai malati terminali.

Testamento vitale

Alla mia famiglia, al mio medico, al mio sacerdote, al mio notaio:

Se arriva il momento in cui io non possa esprimere la mia volontà sulle terapie mediche che mi applicheranno, desidero e chiedo che questa Dichiarazione sia considerata come l'espressione formale della mia volontà, assunta in modo cosciente, responsabile e libero, e che sia rispettata come se si trattasse di un testamento.

Considero che la mia vita in questo mondo è un dono e una benedizione di Dio, ma non è il valore supremo e assoluto. So che la morte è inevitabile e pone fine alla mia esistenza terrena, ma per la fede credo ch'essa mi apre il cammino alla vita che non finisce, insieme a Dio.

Per questo, io sottoscritto, chiedo che, se per la mia malattia mi trovassi in una situazione critica irrecupe-

rabile, non sia mantenuto in vita da mezzi sproporzionati o straordinari; che non mi sia applicata l'eutanasia attiva, né mi sia prolungata abusivamente e irrazionalmente il mio processo di morte; che mi siano amministrate le cure adatte per palliare le sofferenze.

Chiedo ugualmente aiuto per assumere cristianamente e umanamente la mia propria morte. Desidero potermi preparare a questo avvenimento finale della mia esistenza, in pace, con la compagnia dei miei cari e la consolazione della mia fede cristiana.

Sottoscrivo questa Dichiarazione dopo matura riflessione. E chiedo che chi dovrà aver cura di me rispetti la mia volontà. Sono cosciente che vi chiedo una grave e difficile responsabilità. Proprio per condividerla con voi e per attenuare ogni possibile sentimento di colpa, ho scritto e firmo questa dichiarazione.

— L'elaborazione di un protocollo per l'assistenza al malato terminale.

— La creazione del Comitato di Bioetica negli ospedali.

2. Promuovere una maggiore collaborazione tra Chiesa e le sue istituzioni per tradurre in realtà queste richieste. Per questo:

— Appoggiare la riconversione di centri della chiesa per assistere i malati terminali.

— Promuovere la formazione etica degli operatori sanitari cristiani.

— Promuovere esperienze-pilota di assistenza a domicilio di malati terminali.

— Creare équipes mobili di operatori sanitari cristiani per sensibilizzare e formare i gruppi di volontariato presenti nelle parrocchie.

— Appoggiare e suscitare la creazione di « associazioni di medicina palliativa » o di cure palliative.

Obiettivo 5

Influire nelle « istituzioni educative » perché, già dalla scuola, si affrontino i temi del morire e dell'ultima tappa della vita, della morte come fine naturale della vita e dell'assistenza dovuta ai morenti e alle loro famiglie.

Azioni

1. Informare del piano le « istituzioni educative » della Chiesa, offrire loro suggerimenti e materiale e sollecitare la loro collaborazione.

2. Promuovere l'inclusione del tema, così come quello della Bioetica, nei programmi di formazione dei futuri operatori sanitari.

Al piano d'azione, la Cee aggiunge il testo di una pagellina diffusa a migliaia di esemplari, con le ultime volontà del cittadino per quello che riguarda la propria morte, e che ciascuno potrebbe portare su di sé assieme ai documenti personali:



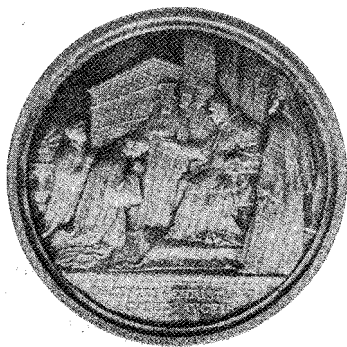
la salute del corpo e dell'anima nella liturgia bizantina

La Chiesa Bizantina nella liturgia prega ripetutamente per la salute del corpo, intimamente legata a quella dell'anima. Conformemente alla tradizione patristica, l'infermità del corpo è vista come naturale conseguenza dell'infermità dell'anima, causata dal peccato. Perciò, il Signore Gesù è il medico dell'anima e del corpo, e il pastore delle anime è paragonato al medico. Ma anche il medico del corpo svolge una funzione sacra, secondo il noto detto « mens sana in corpore sano ». I Padri della Chiesa sottolineano chiaramente la somiglianza e il parallelismo tra la salute del corpo e la salute dell'anima, tra medicina corporale e medicina spirituale. San Gregorio di Nissa, nella sua lettera canonica al vescovo Letoius di Melitene, scrive: « ... Come a proposito della malattia corporale, la medicina non ha che un solo scopo, ossia di guarire l'ammalato, pur essendo vari i modi della cura, datocché secondo la varietà delle malattie a ciascuna di esse viene applicato il modo di guarigione che conviene, similmente a proposito della malattia dell'anima, essendo grande la varietà delle passioni, saranno necessariamente diverse le cure, per operare la guarigione secondo la specie della passione ». (cfr. P.P. Ioannou, *Canons des Pères Grecs*, Rome 1963, pp. 204-205).

È caratteristica la descrizione fatta dal Concilio Trullano (691) sul modo di comportarsi della Chiesa verso il peccatore secondo la gravità del peccato, facendo espresso parallelismo con lo stato di malattia corporale. Il can. 102 di questo Concilio, considerato come ecumenico dalla Chiesa Bizantina, prescrive quanto segue:

« Coloro che hanno ricevuto da Dio il potere di legare e sciogliere devono esaminare la qualità del peccato e la prontezza del peccatore stesso di pentirsi; solo allora essi devono ordinare il rimedio appropriato, poiché venendo a mancare la misura nell'uno e nell'altro senso, non è possibile ottenere la salute dell'ammalato. In effetti, la malattia del peccato non è semplice nella sua natura, ma complessa e varia, suscitando delle numerose ramificazioni del male, per cui il male si estende e progredisce, fino al momento in cui esso è fermato

grazie al potere del medico. Colui, dunque, che pratica la medicina dello Spirito Santo deve in primo luogo esaminare la disposizione del peccatore, e vedere se egli tende alla salute, o se invece con la propria condotta provoca egli stesso la malattia; si deve esaminare parimenti come il peccatore si comporta durante il periodo della cura, se si oppone o no all'arte del medico, perché l'ulcera dell'anima non si stenda a causa delle medicine applicate. Visto tutto ciò, si misurerà di conseguenza la misericordia da usare. La volontà di Dio e dell'uomo, a cui è stato affidato l'ufficio pastorale, è di ricondurre la pecorella smarrita, di guarire la morsicatura del serpente, senza spingere l'uomo nel precipizio della disperazione, e rilassare i suoi reni fino ad una vita dissoluta e piena di disprezzo. Ad ogni modo, attraverso dei rimedi sia austeri ed amari, sia altri dolci e calmanti, l'opposizione al male e l'impegno di cicatrizzare l'ulcera, è l'unico scopo di colui che giudica i frutti del pentimento e con prudenza prende cura dell'uomo chiamato all'illuminazione celeste... » (cfr. P.P. Ioannou, *Canons des Conciles Oecuméniques*, Roma 1962, pp. 239-241).



Nel calendario liturgico della Chiesa Bizantina, i medici hanno il proprio santo patrono, San Pantaleone, martire, di cui memoria si celebra il 27 luglio. Figlio di un pagano e di una cristiana di Nicomedia nella Bitinia, diventò medico. Si convertì al cristianesimo quando era al servizio dell'imperatore Galerio Massimiano. Essendo stato denunciato come cristiano all'imperatore, questi lo sottopose ad atroci tormenti facendolo infine decapitare (305). La liturgia bizantina lo onora cantando: « Vittorioso santo e medico, Pantaleone, prega Dio misericordioso affinché ottenga alle anime nostre la remissione dei peccati ».

Celebrando la memoria dei santi Cosma e Damiano, (1° novembre), due santi molto popolari in Oriente, chiamati anarghiri, perché come medici curavano gli infermi, senza riceverne dei soldi, la Chiesa Bizantina canta: « O Santi Anarghiri e Taumaturghi, volgete lo sguardo vostro sulle nostre miserie; come gratuitamente avete ricevuto, così gratuitamente compartiteci i vostri favori »; e ancora: « Gloriosi medici e Taumaturghi, che avete ricevuto il dono delle guarigioni, date l'opportuno aiuto ai bisognosi. Con vostro potere conculcate l'ardire dei nostri nemici, salvando il mondo colle vostre meraviglie ».

La preghiera per la salute del corpo e dell'anima è il tema centrale dell'Ufficiatura della Paraclisis nel rito bizantino in onore della Ss. Madre di Dio, ossia della supplica per implorare l'aiuto della Madonna nei nostri bisogni, che viene recitata durante la prima quindicina del mese di agosto ed in altre circostanze di necessità spirituale. Indicativamente segnaliamo alcuni testi di questa ufficiatura:

— « Porgimi aiuto, o Vergine, poiché sono torturato da acerbe infermità e da morbose passioni; Te infatti riconosco, o Tutta pura, qual tesoro incessante ed inesauribile delle guarigioni ».

— « O Madre di Dio degna di ogni lode, volgi i tuoi occhi, benigni, sulla grave malattia del mio corpo e sana le piaghe dell'anima mia ».

— « Giaccio ora in un letto d'infermità, né vi ha salute per il

mio corpo; ma Tu che hai generato il Salvatore del mondo e Dio ed il risanatore dei morbi ti supplico, o pietosa, risollevami dalla corruzione delle infermità ».

— « O Vergine pura, Madre di Dio, conforto dei tribolati e salute degli infermi, salva la tua città ed il tuo popolo, Tu che sei la pace degli oppressi dalle guerre, la tranquillità dei naufraghi, la sola protettrice dei fedeli ».

— « O Genitrice di Dio, che ci hai generato il Cristo Salvatore, degnati di sanare il languore dei corpi e l'infermità delle anime di quanti con amore si affidano alla Tua divina protezione ».

— « Guarisci, o Vergine, l'infermità della mia anima e i dolori del mio corpo, perché io Ti glorifichi, o piena di grazie ».

— « A cagione dei miei molti peccati è infermo il mio corpo ed è inferma la mia anima; presso di Te mi rifugio che sei piena di grazie; o speranza dei disperati, porgimi aiuto ».

Nell'Inno « Akathistos » alla Divina Madre, inno ordinariamente cantato nella grande Quaresima, il venerdì sera, si canta, tra altro:

— « Salve, o Sposa divina, che hai dato alla luce il medico degli uomini... ».

— « I morti, vivi son fatti per Te che hai partorito la vita in persona, eloquenti si fanno coloro che eran privi d'eloquio, i lebbrosi sono mondati, le malattie vengono fugate, gli sciami degli spiriti dell'aria sono sconfitti, o Vergine, salvezza dei mortali ».

Nella Liturgia di San Giovanni Crisostomo, il sacerdote invoca il Signore « per i naviganti, i vian-

danti, i malati, i sofferenti, i prigionieri, e per la loro salvezza », « per implorare misericordia, vita, pace, sanità, salvezza, visita (di Dio all'anima nostra), perdono e remissione dei peccati dei servi di Dio, che dimorano in questa città », per domandare « al Signore un angelo di pace, guida fedele, custode delle anime nostre e dei nostri corpi », « per una morte cristiana, senza dolore, senza rimorso e placida, e una buona difesa dinanzi al tremendo tribunale di Cristo ».

Dopo la consacrazione e l'epiclesi, il sacerdote prega segretamente « per i viandanti, gli ammalati, i sofferenti, i prigionieri e per la loro liberazione ». Il sacerdote, prima della comunione prega segretamente: « ... Tu, dunque, o Signore, distribuisci a noi tutti, per il nostro bene e secondo il bisogno di ciascuno, i doni qui presenti; naviga coi naviganti, viaggia coi viandanti, sana i malati; Tu medico delle anime nostre e dei nostri corpi ». Il sacerdote, prima di comunicare, prega: « O Signore, la partecipazione dei tuoi misteri non mi torni a giudizio o a condanna, ma a salvezza dell'anima e del corpo ».

Anche la liturgia di San Basilio contiene delle preghiere simili per gli ammalati, invocando il Signore « medico degli infermi » per « visitare coloro che si trovano in stato di infermità ».

La liturgia bizantina, mettendo in risalto le guarigioni corporali degli infermi, operate dal Signore, suscita presso i fedeli la fede e speranza della guarigione dell'anima. Indicativamente segnaliamo il canto, nella terza domenica dopo Pasqua, in cui si commemora il Paralitico della piscina probatica: « Solleva, o Signore, col tuo divino potere, l'anima mia, che si trova gravemente paralizzata e

immersa in tanti peccati e in opere indegne, a somiglianza del Paralitico, che già altra volta ti sei degnato guarire: così anche io griderò salvo: O misericordioso Gesù, gloria alla tua potenza ». Nella quinta domenica dopo Pasqua, in cui si commemora il miracolo del cieco-nato, la Chiesa bizantina canta: « Privo di luce dell'anima, a Te mi appresso, come il cieco nato, e pentito a Te grido: Tu sei la Luce, che splende per quanti giacciono nelle tenebre ». A questa opera di guarigione corporale e spirituale partecipano anche i santi, specie gli eremiti. Al loro onore, la Chiesa bizantina canta: « Ti sei fatto cittadino del deserto, o divino Padre nostro N., angelo in carne e taumaturgo; col digiuno, le veglie, la preghiera hai ottenuto i celesti carismi, per cui guarisci gli infermi e le anime di quelli che con fiducia a te ricorrono. Sia gloria a chi ti ha dato questo potere; gloria a chi ti ha incoronato; gloria a Dio, che per tuo mezzo opera tante guarigioni ».

Concludendo, appare chiaramente come la liturgia bizantina usa ampiamente la funzione del medico per far comprendere l'opera salvifica del Salvatore nostro Gesù Cristo, medico della nostra anima e del nostro corpo, opera a cui partecipano la Madre di Dio e i Santi, e il rapporto tra malattia del corpo e malattia dell'anima, ambedue causate dal peccato. Questo rapporto appare, infine, nell'orazione specifica sugli ammalati, recitata tutte le volte che essi invitano il sacerdote a celebrare il sacramento degli infermi oppure l'orazione per gli infermi, secondo le prescrizioni dei libri liturgici della Chiesa Bizantina.

DIMITRI SALACHAS

*Prof. di diritto Canonico orientale e
Consulente del Pontificio Consiglio per
l'unità dei cristiani*



la salute dei giovani

Intervento di S.E. Mons. Justo Mullor Garcia, Capo della Delegazione della Santa Sede alla XLII Assemblea Mondiale della Sanità - 15 maggio 1989

Il tema proposto quest'anno per le discussioni tecniche è quello de « La salute dei giovani ». La Delegazione della S. Sede esprime le sue felicitazioni al Consiglio Esecutivo dell'OMS per questa scelta felice. La sua importanza è tale che ad essa, davanti questa Assemblea plenaria, intende dedicare il suo intervento.

Il documento-base sottoposto alla riflessione della Conferenza offre una serie di statistiche che, accanto ai dati relativi alla salute dei giovani ed ai pericoli che la minacciano, mostrano vere e proprie radiografie morali della situazione dei giovani nel mondo. Come spesso nella vita, medicina e morale si affiancano.

Dal punto di vista quantitativo, la gioventù — che è condizione per un futuro tranquillo o inquieto per l'umanità — presenta un primo dato che spinge alla riflessione. « Dal 1960 al 1980 la popolazione mondiale è cresciuta del 46%, mentre il numero dei giovani compresi tra i 15 e i 24 anni, è aumentato del 66% ». In Africa, per esempio, « nel 1985 i ragazzi con meno di 15 anni rappresentavano il 45% della popolazione ». Gli adulti della popolazione mondiale invecchiano, mentre i ragazzi e i giovani si affacciano sempre più numerosi sulla scena del mondo. Il mondo è loro.

La gioventù è lo specchio della società e la società è, a sua volta, lo specchio in cui la gioventù cerca il suo cammino. Giovinezza e società formano i due aspetti di una medesima realtà sociale. Si tratta di due momenti della medesima storia umana. È la società a formare i giovani, ma essa stessa è forgiata dai giovani. Per il loro gusto di autenticità, per la generosità spontanea, per il desiderio di trovare nuove strade, i giovani sfidano il mondo adulto e, con la loro capacità imitativa e per l'indole di eredi di chi li ha preceduti, essi svelano alla società che li circonda i suoi pregi e i suoi difetti, le sue grandezze e le sue miserie. Essi sono i figli della pace o della guerra, di una generazione

sensibile ai valori o priva di punti di riferimento.

Le statistiche presentate dal documento di base indicano alcuni pericoli di ordine sanitario al quale i giovani sono soggetti: il consumo di droga, di alcool e di tabacco, la precocità sessuale e l'aumento delle malattie trasmesse attraverso il sesso, l'aumento dei rischi mortali per incidenti d'auto, il crescente numero di suicidi. Altra cosa mettono in evidenza: accanto alle malattie di ordine fisico, si hanno ugualmente malattie morali. La salute umana non attiene soltanto al corpo. Essa è una realtà che abbraccia anche lo spirito. Perciò, rivolgendosi due anni fa ai partecipanti alla II Conferenza Internazionale sull'umanizzazione della medicina organizzata dal Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori sanitari, Giovanni Paolo II osservava che la ricerca medica mancherebbe di un criterio orientatore « se i diversi argomenti venissero affrontati prescindendo da una adeguata visione antropologica, capace di guidarne la discussione verso soluzioni di vero progresso » (cf. *Dolentium hominum*. Chiesa e salute nel mondo, 7, 1988/1, p. 7).

Si tratta di un fattore che non può essere ignorato da chi — come l'OMS — si interessa alla complessa problematica sanitaria riguardante i giovani. La mia Delegazione è sensibile ai richiami diretti o indiretti del Documento di base agli aspetti morali di questa problematica: il bisogno di offrire alle nuove generazioni « l'occasione di allargare il loro orizzonte spirituale e di sviluppare il loro sistema di valori » (p. 12); il principio secondo il quale « l'educazione non è soltanto un mezzo per informare i giovani, ma strumento per favorirne lo sviluppo intellettuale, sociale e morale » (p. 39); il compito che, nell'educazione dei giovani sono chiamati a svolgere l'ambiente familiare e i responsabili religiosi (p. 39 e 52) e, di conseguenza, il significato negativo sui giovani dell'instabilità della famiglia (p. 10).

La salute fisica è, infatti, in gran parte svuotata del suo significato e resa fragile se non è sostenuta da una sanità morale sufficientemente solida. La salute — e così la considera la mia Delegazio-

ne — è un « totum » che riguarda la persona nel suo insieme. Il progetto ambizioso e nobile promosso dall'OMS di una « salute per tutti » mancherebbe di una solida base, se non guardasse anche alla salute di tutto l'essere umano.

Uno dei maggiori problemi del nostro tempo — e vorrei dire della medicina oggi — è quello della sua frammentazione. A forza di guardare al particolare, si trascura l'insieme. Quando non è accompagnata da una visione globale del malato o delle persone gravemente esposte alla malattia, la specializzazione può rendere difficile la diagnosi e persino falsarla. Questo spiega la tendenza, sempre più invalsa in campo medico, di lavorare in équipe. La mia Delegazione è lieta di constatare che, tra i « principi d'intervento per la salute dei giovani », è riconosciuto quello della « utilizzazione, nei programmi, di un approccio inter-settoriale che assicuri la partecipazione ottimale a questi programmi di gruppi di persone che operano convergentemente con i giovani, soprattutto gli educatori, la famiglia, gli operatori sanitari, i responsabili religiosi e quelli delle organizzazioni e istituzioni comunitarie » (p. 52). Questo approccio interdisciplinare andrebbe logicamente stabilito in un'ottica di prevenzione dai pericoli che attualmente insidiano la salute dei giovani e dei quali il Documento di base offre un elenco molto eloquente e in qualche caso allarmante.

a) Una prima caratteristica di questi pericoli è che essi sono in manifesto rapporto con il progresso senza precedenti avvenuto in campo tecnologico. Progresso che, talvolta, è più quantitativo che qualitativo. Per esempio, più i Paesi sono sviluppati, più elevata è la possibilità di depressioni che portano al suicidio (cf. pp. 26 e 27).

b) Si rileva che questi pericoli aumentano dove si registra un crescente svolgimento dei rapporti familiari che, secondo il documento di base, è « una delle cause di comportamento suicida più frequenti, tra i giovani compresi fra i 15 e i 29 anni (p. 25ss).

« L'instabilità familiare, unitamente a eccessive pressioni negati-

ve dell'ambiente circostante — si osserva nel Documento di base — finiscono più facilmente di approdare a comportamenti nocivi alla salute come il ricorso e all'abuso di tabacco, di alcool e di altre droghe, ad abitudini dannose in fatto di alimentazione e di igiene, a rapporti sessuali disordinati, provocando gravidanze indesiderate e malattie trasmissibili attraverso il sesso, tra le quali l'infezione Hiv, un comportamento temerario sulla strada (sovente legato al consumo di alcolici), nel lavoro, in casa e nello svago, una violenza deliberata verso se stessi e gli altri e il degrado delle facoltà mentali » (p. 2).

c) Al contrario, secondo il suddetto Documento, « un ambiente amorevole ma anche caratterizzato da stabilità, che incoraggia una progressiva autonomia pur fissando alcuni saggi limiti, favorirà nell'adolescenza, lo sviluppo dell'amor proprio e di una condotta utile alla salute, nella scuola, sul luogo di lavoro, negli svaghi, nello sport, come pure nell'instaurare nuovi rapporti » (p. 2).

Queste osservazioni confermano l'utilità dell'approccio interdisciplinare proposto e l'urgenza di lavorare in questo senso, non soltanto nell'ambito dell'OMS, ma anche ai diversi livelli nazionali incaricati di elaborare una conseguente legge e politica sanitaria.

Non è certamente colpa dei giovani se il nostro mondo, che si dice sviluppato o che aspira ad uno sviluppo maggiore e più autentico, anziché proporre loro degli schemi validi di salute fisica e morale, diventa invece una trappola per il loro corpo ed il loro spirito. Il disattendere, più o meno coscientemente, alcuni principi etici ed una visione ambigua del ruolo della coscienza personale, ridotta ad un meccanismo di tolleranza

verso se stessi, hanno portato al paradosso con il quale i giovani oggi si confrontano. L'eccezionale progresso rappresentato dallo sviluppo mondiale delle comunicazioni, le nuove conquiste delle scienze mediche ed i programmi avanzati della « salute per tutti », la crescente sensibilità verso i valori della democrazia e dei diritti dell'uomo, vanno ad urtare contro la fragilità del loro destino. Un tale progresso, infatti, non costituisce una garanzia contro la disoccupazione, contro l'instabilità delle famiglie in cui sono nati, contro la povertà affettiva che si cela dietro la sessualità o l'alcolismo precoci, contro la droga onnipresente e contro la depressione.

Sarebbe fuor di posto analizzare in questa sede le cause prossime o remote di un tale paradosso ed abbandonarsi a sterili lamenti. Per vocazione e per esperienza voi sapete che una deontologia medica illuminata non ha il compito di diagnosticare le malattie, anche se gravi, per lamentarsene, ma per trovare mezzi efficaci di guarigione e per evitarne la ricaduta.

In una tale prospettiva, la Delegazione della Santa Sede, vorrebbe limitarsi a ricordare a questa Assemblea alcuni principi capaci di ispirare costruttivamente il lavoro interdisciplinare necessario per rispondere alle legittime esigenze sanitarie della nuova generazione.

1. Una medicina preventiva seria non può prescindere dalle cause dell'attuale situazione in materia di salute fisica e morale. Continuare a ignorarle o pretendere di risolvere i problemi attuali con ricette superficiali, porterà ad ostacoli ancora maggiori. Per esempio, non è con il proporre ostinatamente i contraccettivi che sarà risolto il disordine sessuale e, ancor meno, saranno risolte le gravi carenze affettive o sociali che esso può celare.

2. I giovani amano la fatica ed hanno diritto ad un esempio di sforzo da parte degli adulti, in particolare da parte di coloro che hanno il compito di preparare loro un avvenire migliore. Essi apprezzeranno certamente ciò che farà l'OMS per proporre agli Stati che ne sono membri, rimedi solidi ai pericoli che minacciano la loro salute e che sono conseguenza diretta o indiretta di comportamenti mancanti di una piena dimensione umana. La droga o l'alcolismo e le conseguenze che ne derivano, hanno radici concrete che si chiamano egoismo personale e collettivo, ignoranza dei doveri familiari o sociali, denaro facile e corruzione, incitamento ad ignorare ogni etica restrittiva in materia di rapporti interpersonali, di comodità, di affermazione sociale.

3. La salute è parte integrante del benessere e, nello stesso tempo, uno strumento privilegiato per lavorare e per essere socialmente attivi. Essa va insegnata ai giovani in un clima di franchezza e di rispetto della loro persona. Offrire loro proposte per difenderla o per prevenirla la perdita, basate su ipotesi ideologiche arbitrarie e non fondate su solide basi scientifiche, è rendere loro un magro servizio. Parlare loro di tenacia e di coraggio, di saper rinunciare oggi per possedere pienamente domani, di pensare agli altri come a se stessi, può sembrare ad alcuni superato e persino psicologicamente pericoloso. Molto probabilmente, però, la maggioranza dei giovani non la pensa così. Essi hanno sempre preferito i profeti. E non è affatto detto che i medici siano condannati a rimanere inchiodati nella loro attività pratica e immediata senza dover assumere, di volta in volta, soprattutto quando sono a contatto con i giovani, un ruolo profetico e formatore di comportamenti veramente umani.



testimonianze



*camillianum
medicus mundi
prosalus
un prete tra i drogati*

Una data storica

Sicuri di fare cosa grata a quanti lavorano nel campo della sanità e della salute, diamo ai nostri lettori le seguenti informazioni sul Camillianum.

Un giorno è passato alla storia: è il sei marzo del 1990; per la prima volta in duemila anni di storia della Chiesa abbiamo il primo dottore in Teologia Pastorale Sanitaria, laurea conferita dal nuovo Istituto Camillianum di Roma.

Sono le cinque di sera del 6 marzo quando il dottorando Massimo Petrini presenta davanti alla Commissione la sua tesi: « Linee pastorali per l'assistenza ai morenti ». Sono presenti vari docenti e studenti; inoltre ha voluto partecipare a questo evento anche il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli operatori sanitari, rappresentato da p. José L. Redrado, segretario del Dicastero, che alla fine si è rivolto ai presenti con il seguente indirizzo di felicitazioni:

« A nome del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli operatori sanitari, del suo Presidente Mons. Fiorenzo Angelini, assente in questi giorni da Roma, esprimo le mie più vive congratulazioni all'Istituto Camillianum. Questo giorno entra nella storia, non solo del Camillianum, ma di tutta la Chiesa: è la prima volta in assoluto, infatti, che viene conferito il Dottorato in Teologia Pastorale Sanitaria. Le mie calorose e sentite congratulazioni vanno anche al neo dottore Massimo Petrini per il titolo che oggi gli viene conferito e per il fatto che sia un laico il primo ad averlo conseguito; gli auguro di trasmettere a tutti, attraverso la sua esperienza e la sua vita al servizio della Chiesa, degli infermi e del personale sanitario, i valori umani, etici e spirituali che rappresenta questa laurea oggi conferita dall'Istituto Camillianum. Lei, Dottor Massimo Petrini, è il primo di un elenco, mi auguro lungo, di tali e tanti altri studenti di questo istituto.

Colgo l'occasione per rivolgere una parola di incoraggiamento e di speranza anche ai responsabili del Camillianum, per ribadire quanto sia importante il lavoro di questa istituzione, finalizzata alla formazione di « maestri »: a) capaci di stimolare l'evangelizzazione nei centri sanitari; b) in grado di formare nuovi operatori di pastorale sanitaria; c) in grado di aggiornare le forme dell'assistenza agli infermi; d) capaci di trasmettere entusiasmo e di accrescere con

nuovo spirito la presenza della Chiesa tra gli infermi, il personale sanitario e il volontariato; e) in grado di far capire alla comunità cristiana il dovere di assistere i malati e i bisognosi. Che questo tipo di incontri siano frequenti al Camillianum, affinché l'Istituto possa avere nella sua vocazione formativa. Auguri al Camillianum. Auguri al neo dottore ».

Intervista con il Dottor Massimo Petrini, primo laureato in Teologia Pastorale Sanitaria al Camillianum

1. Dott. Petrini: Lei è il primo dottore in Teologia Pastorale Sanitaria in tutta la storia della Chiesa, ed è un laico: che cosa prova in questo momento?

Non posso negare che quando mi sento chiamare il « primo dottore in teologia Pastorale Sanitaria in tutta la storia della Chiesa » provo una sensazione di forte responsabilità. D'altra parte, il fatto che sia laico credo che confermi la ricchezza spirituale della Chiesa e richiami la necessità della collaborazione che tutti quanti siamo chiamati a prestare in vista del Regno di Dio. Comunque la sensazione che mi ha sempre accompagnato in questi quattro anni di studio è stata la seguente: studiare con sacerdoti, religiosi ed altri laici credo sia una viva esperienza dell'indispensabile molteplicità e complementarietà dei messi della Chiesa.

Venendo ad un contesto più ristretto, tengo a ringraziare la mia famiglia per avermi compreso, incoraggiato e « sopportato » in questo mio lungo periodo di studi.

2. Qual è in breve la sua esperienza di due anni al Camillianum?

L'esperienza della molteplicità e della complementarietà si è arricchita particolarmente in questi due anni, grazie anche alla coscienza vissuta dell'universalità della Chiesa: considero infatti un grande arricchimento il fatto di aver avuto compagni di corso provenienti da tutto il mondo, molti dei quali, inclusi gli italiani, avevano alle spalle un lungo periodo di missione come sacerdoti o religiosi. L'interscambio di esperienze, la confluenza di tante modalità pastorali — esperienze peraltro condivise da moltissimi docenti — ritengo che arricchiscano molto ampliando i nostri orizzonti.

È per questo che il Camillianum deve continuare a promuovere la fraternizzazione degli studenti in

uno studio che sia anche sviluppo della persona nella sua integrità.

3. Lei ha discusso una tesi dal titolo « Linee pastorali nell'assistenza ai morenti ». Perché? Che novità apporta la sua tesi all'immensa letteratura già esistente sull'argomento?

Questa tesi rappresenta lo sviluppo del mio lavoro precedente « Pastorale della morte », tesi di laurea alla Pontificia Università Lateranense. Se in essa l'attenzione era centrata sul fenomeno della « morte », in questo lavoro l'attenzione si sposta verso « l'uomo che vive la sua morte » e sui molteplici aspetti che condizionano la sua assistenza. Nella tesi si riscontrano dei dati, raccolti attraverso un questionario che ha raggiunto 2.700 anziani nell'ambito di una più vasta ricerca condotta sulle problematiche della popolazione anziana. Quando ho elaborato le domande, mio scopo era di verificare in concreto le necessità alle quali la pastorale deve andare incontro. Considero quindi il mio lavoro come una summa delle problematiche che comporta l'assistenza a chi soffre. D'altra parte, il moribondo deve essere considerato come un uomo che vive un'esperienza nella quale si acutizzano molte necessità, comuni a tutti coloro che soffrono e alle loro famiglie. Se ne trae quindi l'esigenza di una pastorale che non si limiti, ad, esempio, all'assistenza del coniuge, ma che si faccia carico di tutto il nucleo familiare che vive nella sofferenza.

4. Quale messaggio manderebbe ai responsabili delle diocesi in relazione alla pastorale sanitaria, e alla direzione del Camillianum?

Credo che si debba sempre tendere ad una progressiva formazione di tutti coloro che lavorano pastoralmente in contatto con la sofferenza umana, così come ad una centralizzazione della pastorale sanitaria nella vita della Chiesa locale, partendo dalla parrocchia. Non vi è dubbio che la sofferenza richiede un impegno di solidarietà e una testimonianza di aiuto, che sono spesso indispensabili per l'umanizzazione della medicina, tanto ripetutamente invocata.

Umanizzazione che significa fondamentalmente rispetto della vita in tutti i suoi aspetti, quel rispetto che può anche essere un punto di incontro con chi non crede e offrire una testimonianza umana dell'amore di Dio.

P. JOSÉ LUIS REDRADO

Segretario del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli operatori sanitari

medicus mundi

La Medicus mundi è una organizzazione internazionale non governativa (Ong), professionale e indipendente, che opera per la promozione della salute, prioritariamente nei paesi in via di sviluppo.

Opera attraverso il dialogo, la compartecipazione, nel rispetto delle varie culture, con iniziative sanitarie integrate nello sviluppo globale, affinché le comunità raggiungano l'autosufficienza attraverso l'attivo supporto di una politica particolarmente rivolta ai problemi sanitari.

La Medicus mundi è stata ufficialmente riconosciuta e collabora con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Risoluzione EB 63 R 27).

Attualmente raggruppa otto nazioni: Germania occidentale, Belgio, Spagna, Francia, Irlanda, Italia, Olanda e Svizzera, come altre organizzazioni internazionali.

La Medicus mundi è il frutto della inquietudine provata dagli operatori sanitari dinanzi alle enormi difficoltà incontrate nei paesi in via di sviluppo. Riunificati diversi movimenti ed associazioni che avendo lo stesso fine hanno sentito la necessità di unirsi in un lavoro comune.

La Medicus mundi è stata fondata nel 1962 ad Aquisgrana, nel corso di un incontro tra medici e tutte quelle associazioni non governative responsabili dei progetti nei vari paesi in via di sviluppo. Dopo questa assemblea di fondazione, è stato redatto lo Statuto dell'organizzazione riconosciuta come un'Associazione con personalità giuridica propria.

Linee ispiratrici

La Medicus mundi, attraverso le sue riunioni ed assemblee internazionali, è andata configurando lungo i suoi 27 anni di vita uno spirito che si riflette nelle sue pubblicazioni e nei risultati delle ricordate assemblee. Da una di queste citiamo: « Il personale sanitario in aiuto ai paesi in via di sviluppo deve avere piena coscienza delle responsabilità che gravano su di esso quando con la sua assistenza interviene nelle strutture

e nei modi di vita di una comunità. Crediamo che la sua attività sarebbe ingiustificata se non accompagnata da una adeguata competenza tecnica e da una sufficiente esperienza. Ma non basta. Questo di più che si chiede al personale sanitario è una sensibilità etica che affonda le sue radici nell'umanitarismo (vale a dire nell'amore per l'uomo e per il progresso sociale che eleva l'uomo) arricchito spesso da un ideale religioso (amore per l'uomo come realizzazione dell'amore di Dio) ». (Assemblea del 1981)

La struttura

La Medicus mundi è sostenuta, come già detto, da otto articolazioni nazionali che, in collaborazione con la Segreteria Generale costituiscono un ufficio di orientamento, documentazione e informazione sulla situazione medico-sociale dei paesi in via di sviluppo. A capo vi è un presidente internazionale. Oltre alla Segreteria generale, ogni diramazione ha un presidente nazionale e una segreteria, in contatto con la segreteria generale.

L'Assemblea generale si riunisce una volta all'anno, a rotazione nei diversi paesi, affiancata da un comitato direttivo che si riunisce periodicamente. Il funzionamento della Medicus mundi internazionale è regolato da uno Statuto modificabile solo dall'Assemblea.

Le finalità

L'obiettivo della Medicus mundi è quello di offrire un personale sanitario in grado di assicurare continuità ai programmi sanitari, governativi o meno, intrapresi nei paesi in via di sviluppo, purché detti programmi siano a favore della popolazione più bisognosa. Questi programmi debbono rispondere ad alcuni requisiti: a) tenere in considerazione la comunità; la salute non può considerarsi solamente dal punto di vista curativo e ospedaliero, ma occorre la considerazione globale della comunità, dei sani e degli infermi, così come l'avvio di programmi di prevenzione, in collaborazione con i responsabili eletti dalla popolazione. b) essere integrati in un progetto di sviluppo globale: l'azione della Medicus mundi è stata sin dall'inizio un'azione integrata, consapevole che non può concepirsi un miglioramento del livello sanitario se non nel contesto di uno sviluppo di tutti i fattori socioeconomici. c) favorire la collaborazione e la formazione: il nostro sostegno è stato sempre concepito all'insegna di una collaborazione tra i partecipanti ad un obiettivo comune. L'azione nei paesi in via di sviluppo

po dipende particolarmente dal personale locale, e pertanto dalla formazione di personale medico e paramedico.

Uno degli aspetti più importanti nel lavoro della Medicus mundi è la continua valutazione e verifica dei risultati realizzati con i propri collaboratori dei paesi in via di sviluppo. Essa si effettua a livello internazionale durante le assemblee annuali alle quali partecipano più di 150 rappresentanti, inclusi quelli dei paesi in via di sviluppo, le autorità sanitarie, i Presidenti e i responsabili delle diramazioni nazionali e delle organizzazioni affiliate. Tra i temi trattati spiccano quelli che hanno per oggetto lo sviluppo della considerazione primaria della salute, le politiche sanitarie in funzione delle necessità delle popolazioni, il ruolo delle organizzazioni nazionali non governative, delle istituzioni ospedaliere, l'importanza dei farmaci essenziali e l'uso di personale straniero. Questi incontri stimolano i nuovi impulsi ed orientamenti di cui hanno bisogno le azioni intraprese.

La metodologia

L'Organizzazione Mondiale della Sanità riconosce attualmente come prioritaria la promozione di una considerazione primaria della salute. Durante i suoi 27 anni di vita, la Medicus mundi ha accumulato una notevole esperienza in questo campo, avendo svolto un ruolo innovatore e pionieristico nel settore dello sviluppo della salute nella comunità. Attualmente la Medicus mundi continua in questa direzione ed è per questo che: a) appoggia tutte quelle iniziative delle organizzazioni non governative dei paesi in via di sviluppo in linea con i propri obiettivi. b) Partecipa ai programmi sanitari integrati, globali, ad ampio raggio ed ai programmi educativi paralleli. c) Dedicare una particolare importanza alla formazione del personale dei paesi in cui si trova, affinché si responsabilizzi pienamente riguardo ai programmi intrapresi. d) Rispetta il contesto culturale in cui si trova ad operare e in particolare le pratiche sanitarie ivi adottate. e) Stimola la partecipazione di tutta la comunità. f) Cerca di promuovere metodi lavorativi che permettano una maggiore efficienza ad un prezzo accettabile, in previsione dell'autosufficienza sanitaria (autofinanziamento). g) Tende a integrarsi in programmi multidisciplinari. h) Lavora in collaborazione con i responsabili del paese. 1) Dà particolare importanza alla valutazione ed alla ricerca delle metodologie più adatte alla considerazione primaria della salute.

Modalità d'intervento

1. *Sostegno ai responsabili locali*: — concessioni di borse di studio, edizione di riviste di perfezionamento e formazione (« Sviluppo e Salute »), sostegno economico, materiale e logistico ai progetti locali, regionali o nazionali, formazione dei responsabili.

2. *Gestione di progetti* (assistenza tecnica).

3. *Appoggio alle organizzazioni non governative locali, in particolare in materia di valutazione e di metodologia*.

4. *Invio di personale*: selezione dei candidati, preparazione degli stessi, formazione permanente, centro di documentazione.

5. *Sensibilizzazione*, informazione e sensibilizzazione dell'opinione pubblica nei paesi industrializzati.

Queste modalità di intervento sono proprie della Medicus mundi come delle sue distinte diramazioni nazionali.

La medicus mundi e le organizzazioni internazionali

Abbiamo già detto che la Medicus mundi è, stata riconosciuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Partecipa direttamente ai lavori dell'OMS, sia nelle discussioni tecniche che all'Assemblea Mondiale della Sanità, alla quale invia sempre delegati e relatori. Tra l'altro ha partecipato anche ai lavori di Alma-Ata.

La Medicus mundi collabora con il « gruppo delle organizzazioni nazionali non governative per la considerazione primaria della salute », contribuendo alle ricerche realizzate dall'OMS sulla malaria, sui farmaci essenziali e sull'alimentazione.

Altre organizzazioni o associazioni internazionali con le quali la Medicus mundi intrattiene rapporti sono: la Commissione Medica Cristiana del Consiglio Ecumenico delle Chiese, la Conferenza Regionale del Servizio Volontario Internazionale, la Federazione Internazionale delle Istituzioni Ospedaliere, il Comitato Internazionale delle Infermiere Cattoliche, La Federazione Internazionale dei Farmacisti Cattolici, l'Unione Internazionale contro la Tuberculosis, Cor unum, Misereor.

Organizzazioni membre della Medicus mundi

— Action medeor, Ufficio per il Servizio Medico d'Oltremare, Consiglio per la Missione Medica Cattolica, Fatebenefratelli, Missionarie Mediche di Maria, Sorelle

della Missione Medica, Missionari Camilliani.

La presenza nel mondo della Medicus mundi

La Medicus mundi internazionale è presente nei seguenti paesi: Angola, Algeria, Benin, Bolivia, Botswana, Brasile, Burkina Faso, Burundi, Cambogia, Camerun, Colombia, Costa d'Avorio, Chad, Cile, Egitto, Etiopia, Filippine, Gabon, Ghana, Guadalupa, Guinea Equatoriale, Guinea Bissau, Haiti, India, Kenia, Lesotho, Malawi, Mali, Marocco, Mauritania, Mozambico, Nepal, Niger, Nigeria, Pakistan, Panama, Perù, Rep. Dominicana, Reunion, Rwanda, Sao Tomè, Senegal, Sierra Leone, Singapore, Sudafrica, Sudan, Tailandia, Tanzania, Togo, Tunisia, Uganda, Venezuela, Yemen, Zaire, Zambia, Zimbabwe.

Dott. JOSÈ M. CEBEIRO

Direttore sanitario clinica
S. Juan de Dios,
Pamplona - Spagna



prosalus: promozione della salute nei paesi in via di sviluppo

I. Che cosa è Prosalus?

Prosalus è una organizzazione internazionale non governativa (Ong), vale a dire che la sua opera, le sue azioni e i suoi sforzi sono indipendenti dai governi; e il suo obiettivo è la promozione del sistema sanitario nei paesi in via di sviluppo.

Prosalus nasce nel 1985, in Spagna, per iniziativa del Segretario Missioni dell'Ordine Ospedaliero di S. Giovanni di Dio, con l'intento di dettare linee guida al lavoro compiuto negli anni da volontari/collaboratori nei diversi centri ospedalieri che il detto Ordine gestisce in Africa, in un contesto più adeguato alle circostanze, al laicato, all'ambiente aconfessionale, alle linee internazionali di sviluppo,... Inoltre l'iniziativa vuole portare avanti il lavoro in maniera razionale e secondo le attuali direttive delle organizzazioni internazionali non governative, all'avanguardia nello sviluppo, vuole offrire tutto l'appoggio che dal Dipartimento delle Missioni dell'Ordine si sta già concretizzando in America ed in Africa.

Il primo dicembre del 1985 sono stati emanati gli Statuti di Prosalus, nei quali si può riscontrare l'impegno di migliorare il livello sanitario dei paesi in via di sviluppo e il suo carattere apolitico. Gli Statuti furono approvati il 24 febbraio del 1986, e Prosalus fu iscritta nel Catalogo degli Enti del Ministero degli Interni con il Cif/G 78223872, il 25 settembre del 1986.

Prosalus, inoltre, è un'organizzazione aperta a tutti coloro che si riconoscono nei programmi e nelle attività intese a promuovere la salute nei paesi in via di sviluppo, al pari che nei paesi sviluppati, e riprende direttamente dall'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio lo spirito di sacrificio dedicandosi completamente agli emarginati, in particolare ai malati. Prosalus fa parte del coordinamento delle Ong di Spagna, e partecipa attivamente al volontariato, al cofinanziamento di progetti, aiuti alimentari, educazione per lo sviluppo. E anche membro di EuronAid, un'organizzazione che ha il compito di indirizzare gli aiuti alimentari della Cee.

Prosalus, grazie al suo sviluppo e alla sua vitalità, ha due delega-

zioni attivissime a Tenerife e a Guipúzcoa; queste già dispongono di progetti propri e lavorano a tutti i livelli in maniera continua ed encomiabile.

L'organizzazione si finanzia e finanzia i suoi progetti grazie ai suoi soci, in collaborazione con il Ministero degli Affari Esteri di Spagna e la Comunità Economica Europea, e con la partecipazione dei diretti beneficiari della sua opera.

II. Obiettivi - Linee ispiratrici

L'Associazione ha come obiettivo l'incremento e la promozione della salute dei bambini e degli adulti nel Terzo Mondo, attraverso l'applicazione di programmi formativi e l'invio di personale medico, infermieristico e tecnico sanitario; farmaci, materiale sanitario, alimentazione infantile, autoambulanze, vestiario, etc.; mantenimento degli ospedali e degli ambulatori creati dalle istituzioni spagnole nei paesi più bisognosi dell'Africa e dell'America Latina; tutto ciò che porta allo sviluppo e alla promozione sanitaria nel suo più ampio aspetto. Per questo l'Associazione può collaborare con altri organismi internazionali per i suoi fini benefico-sanitari; può affiliarsi ad organizzazioni simili senza fini di lucro sia nazionali che straniere, sempre secondo le decisioni che può adottare la Giunta generale. L'Associazione Prosalus è un'organizzazione privata non governativa senza fini di lucro.

Prosalus considera alla base del suo operare il valore della persona come individuo, come un'unità integrale e somma di valori da rispettare, prestando una particolare attenzione all'ambiente e alla cultura nell'ambito delle quali ciascuna di queste persone vive.

Prosalus è consapevole del fatto che ogni azione ha ripercussione internazionale attraverso i sistemi economici e di comunicazione; così cerca di non commettere ingerenze e di evitare effetti collaterali di ostacolo al suo obiettivo. Avendo come punto di riferimento la persona, non pratica nessuna discriminazione di razza, cultura, sesso, ideologia e religione.

E considerata aconfessionale poiché non impone ai suoi membri una religione o confessione in particolare. Aconfessionale indica un'ampia dimensione all'interno della quale si assommano tutte quelle ideologie e confessioni che riconoscono alla persona tutta la sua dignità; lavorando per lo sviluppo dei popoli, come cammino per conseguire la propria dignità.

Prosalus riconosce, senza dubbio, che le sue origini e il

contesto sociale all'interno del quale si muove, sono profondamente segnati dalla filosofia cristiana, e riconosce che l'impegno di molti suoi membri è contraddistinto dall'umanesimo cristiano.

III. Relazione con la salute - Attività principali

Prosalus si propone di promuovere la salute nel mondo in maniera integrale, prestando attenzione non solo a ciò che riguarda la medicina fisica e mentale, ma a tutto quello che contribuisce allo sviluppo della persona: istruzione, cultura, formazione umana e spirituale, etc., sforzandosi di creare i presupposti affinché l'individuo possa crescere completamente, e quello della salute è il primo presupposto, quello cioè che permette di sviluppare tutti gli altri aspetti. E così che Prosalus cerca di raggiungere i propri obiettivi, attraverso le seguenti attività:

— *programmi sanitari a sostegno dei centri ospedalieri esistenti:* sostanzialmente si tratta di un aiuto logistico, la fornitura di strumenti e farmaci fondamentali agli ospedali che i Fatebenefratelli hanno in Africa e in America Latina. Le nostre azioni si concentrano nel Senegal, Sierra Leone, Liberia, Ghana, Benin, Camerun, Etiopia, Mozambico, Perù, Bolivia e Repubblica Dominicana.

— *Programmi di considerazione primaria della salute:* l'appoggio e l'incoraggiamento dati a questi progetti sono l'attività prioritaria dell'organizzazione, progetti che debbono seguire le direttive enunciate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e prevedono la formazione di operatori locali, igiene e alimentazione, prevenzione, promozione della stessa medicina empirica locale, etc. Nella regione di Asafo (Ghana) si sta portando a termine un progetto di assistenza primaria battezzato con il nome di «Nsoroma», il cui costo totale è stato di 56.624.002 pesetas.

— *Volontariato:* Prosalus invia volontari partecipanti ai programmi sanitari nel Terzo Mondo, cercando sempre di ricompensarli con un giusto salario d'accordo con la Previdenza Sociale, di modo che al loro rientro non si trovino in situazioni precarie.

— *Programmi alimentari:* in collaborazione con la Comunità Economica Europea, in quei paesi o regioni dove si riscontra un deficit alimentare, e dove non vi è traccia di un'agricoltura locale efficiente, Prosalus è impegnata a colmare queste lacune. Il program-

ma deve essere allo stesso tempo coordinato, di stimolo allo sviluppo e tendere a portare il paese all'autosufficienza. Questo programma di Prosalus si esplica secondo due direttive o linee: «cibo per lavoro», nel quale gli alimenti si danno in cambio di un lavoro comunitario di sviluppo, come la costruzione di scuole, ambulatori, etc. «programmi alimentari sotto controllo medico nelle cliniche e negli ospedali».

Si considera molto importante e necessario approfondire la conoscenza e il miglioramento dei processi associati al programma alimentare, in particolare quelli che richiedono lo studio accurato delle cause della fame e i possibili effetti collaterali negativi del programma.

— *Obiezione di coscienza:* Prosalus è stata in grado di inviare, a partire dal 1989, quattro obiettori in Africa a svolgerci il loro dovere sociale, e allo stesso tempo Prosalus potrà destinare un obiettore ai suoi uffici di Madrid.

— *Educazione per lo sviluppo:* Prosalus compie un'opera educativa e allo stesso tempo di sensibilizzazione delle coscienze, sopra la problematica dei paesi in via di sviluppo. Elabora dossier e materiale audiovisivo sui diversi temi dello sviluppo. Inoltre pubblica una rivista trimestrale con ampie informazioni sul tema dello sviluppo, in particolare per quanto riguarda la salute. Organizza, poi, discussioni, convegni, sia nella sua sede che nei Colleges, università e centri culturali; promuove inoltre campagne di sensibilizzazione nelle differenti città spagnole.

— *Studi e ricerche:* Prosalus effettua anche delle indagini sulla tematica dello sviluppo; recentemente ha realizzato uno studio sulla produzione e il consumo dei prodotti latteocaseari negli ultimi 15 anni in Africa e in America Latina.

FR. JOAQUIN SANCHEZ
Presidente della Prosalus

un prete tra i drogati

Sono un sacerdote secolare della diocesi di Parigi, Vicario parrocchiale, Cappellano del Consiglio dipartimentale degli Scouts, Cappellano dei giovani. Ricopro pure l'ufficio di Vice-presidente dell'Unione Familiare di Lotta con la Tossicomania (42 avenue Jean Moulin, 75014 Parigi, tel. 45424374): Associazione familiare che accoglie, consiglia e orienta genitori e giovani dei due sessi e di tutte le fedi e più diverse culture sociali. L'Associazione è composta di una équipe di terapeuti, psicologi, psichiatri, medici, familiari. Fu fondata dalla D.ssa Croze-Castet (madre di famiglia coinvolta dal figlio).

Ho cominciato ad occuparmi di tossicomani 20 anni fa, nel 1968, quando lavoravo in una società come agente commerciale, pensando all'invito del Signore: « Pietro, vieni e seguimi ».

Certamente i problemi posti dal ricorso alla droga riguardano le nazioni, le famiglie che le compongono e gli Stati, garanti dell'ordine e del rispetto delle leggi e questi problemi chiamano in causa la nostra etica familiare e sociale.

E altrettanto certo che, senza droga sul mercato, non si avrebbe la tossicomania (si intende per tossicomania l'uso regolare di un prodotto che agisce sul cervello e modifica il comportamento; un prodotto che può essere una sostanza sintetica o naturale).

Tuttavia, si può osservare che le droghe sono distinte in due categorie: quelle lecite e quelle illecite — sono lecite le droghe la cui vendita è autorizzata dalla legge: l'alcool etilico, il tabacco, i farmaci, la maggior parte dei calmanti sono prodotti leciti. L'hashish, l'eroina, la cocaina, gli allucinogeni sono prodotti illeciti, il cui commercio ed uso sono proibiti dalla legge.

Il termine « droga » designava una volta un ingrediente usato in farmacia o in tintoria; poi ha designato un prodotto usato a scopo terapeutico e, per estensione, un prodotto usato a fini tossicomanici.

Nel termine « tossicomania » c'è la parola greca « mania » che vuol dire « ossessione », cioè « pensiero o sentimento che si presenta allo spirito in modo incoercibile, ossessivo e angosciante, di carattere assurdo, sproporzionato e parassitario ».

Un buon numero di ragazzi o adolescenti hanno provato una « droga » perché incitati da compagni « già presi » o da rivenditori. Si possono presentare tre situazioni: — o si cerca di sedare un'ansietà banale e transitoria,

risultato di un conflitto e provocata da prove di una vita difficile da superare; — o si cerca una sensazione nuova, un piacere; — o, nel caso di alcune malattie mentali, di alcune turbe del comportamento, l'assunzione di droga è la conseguenza di un perturbamento iniziale e si potrebbe quindi considerare come un rifugio e un rimedio; in questo caso, però, siamo in un campo che riguarda la psicoterapeuta, e cioè lo psichiatra, il medico o uno specialista.

Nel nostro linguaggio corrente due nozioni devono essere chiare; quella della tolleranza e quella della dipendenza.

La *tolleranza* è la necessità, per alcune droghe, che si aumenti regolarmente la dose se si vuole ottenere il medesimo effetto dopo un certo periodo di uso.

La *dipendenza* è il bisogno avvertito dal consumatore quando « gli manca » ciò di cui fa uso da un certo tempo.

Tutte le droghe possono indurre una dipendenza. In realtà, dopo la prima fase di piacere, di euforia e di senso di gioia, gli effetti variano a seconda dei prodotti utilizzati; subito la droga viene cercata per il piacere che reca al soggetto cancellando il malessere provocato dalla privazione e dalla condizione di mancanza di questa sostanza.

Perché questa droga, queste droghe?

Il problema è di dimensioni vastissime. Finiti gli schemi che han già fatto il loro tempo, di una classe sociale, di genitori divorziati, dell'amore vissuto male...

Ciò che dobbiamo sapere, ricordare, è che viviamo in un'epoca della storia in cui è estremamente importante che i nostri adolescenti sappiano e vedano che noi li amiamo intensamente e che essi non sono la causa di un fallimento familiare. Un ragazzo, un adolescente che si senta amato e circondato di affetto è pur sempre vulnerabile alle influenze esterne; ma se l'adolescente non avverte questo amore prezioso, egli farà molta fatica a difendere i valori umani, morali e religiosi. Sono proprio adolescenti affamati di amore quelli che i molti distruttori della gioventù vogliono sedurre offrendo loro, in apparenza, ciò che la famiglia non gli dà più: attenzione, affetto, clima familiare.

« Il ragazzo non ha bisogno di un genitore come compagno » mi diceva un adolescente sedicenne che si distruggeva con la droga, « ma di un adulto che l'aiuti a costruirsi, a sostenersi, a crescere nella nostra società ». L'adolescente va alla ricerca di chi gli dia il maggior numero di gesti di amicizia.

Il giovane può non sopportare la solitudine; può cercare la sicurezza. L'influenza delle sette, dei gruppi, delle responsabilità, i suoi sogni e i suoi progetti lo portano su molte strade. Egli ha anche bisogno di identità cristiana, di punti di riferimento della fede trasmessagli dai suoi genitori.

Un ragazzo cerca di partecipare il suo stato d'animo, il suo affetto, i suoi contrasti con i genitori. Due i pericoli che si presentano: o si va incontro a tal punto al proprio figlio/a così che egli abbia tutto, o egli mancherà del tutto di discussione. Di qui, spesso, il tentativo di fuga da parte del ragazzo... e questo sarà la droga.

Ecco allora il pericolo: l'abbandono familiare di fronte alla costatazione: « Non sapevamo che lui si drogasse da sei anni con l'eroina. Ci eravamo accorti che il suo comportamento era cambiato... Sì, Isabella ci manifestava in lacrime la sua angoscia... e noi non volevamo capirla ».

Certamente il ruolo di educatori dei genitori è fondamentale e insostituibile. Ma bisogna, soprattutto, che essi non si colpevolizzino, né che si ritirino dal combattimento e dal loro ruolo. Essi devono informarsi e fare prevenzione parlando con i loro figli del problema della droga. Perciò i genitori dovrebbero informarsi. Ci sono corsi di formazione per gli adulti. Anche noi ne organizziamo nel nostro centro.

Da dieci anni a questa parte è cambiata la realtà dei pericoli della droga? Certamente; nel centro post-terapeutico del pastore Alain Benoit, per esempio, che accoglie 18 giovani, la terapia è molto più medicalizzata. Fondato partendo da un focolare di animazione, il centro conduce un lavoro di pazienza che dura 5-6 anni di accompagnamento, nel corso dei quali i drogati potranno lavorare il legno e fare dell'apprendistato. (Non dimentichiamo che la maggior parte dei giovani hanno lasciato la scuola all'età del Bepc e che non hanno alcun mestiere perché la droga li ha tagliati fuori dal sistema, dalla formazione scolastica, da ogni forma tradizionale di vita). Non solo, ma non c'è un tossicomane simile all'altro. Per mille casi occorrono mille trattamenti diversi, mille maniere diverse di applicare la medesima energia.

La droga: cambiamento, conversione, richiamo alla Fede?

La droga è il peccato più spaventoso, il male in tutto il suo orrore. E l'inferno sulla terra. Di alcuni giovani che ne escono con una lotta umana, medica, psicolo-

gica, grazie a una mano tesa, pochi lo fanno per un cammino cristiano. Attraverso la droga non ci si converte. Essa uccide ogni speranza. Nella mia missione di prete in mezzo ai drogati ho una funzione di testimone, qualche volta di accompagnamento, nella preghiera e nelle celebrazioni religiose. Mi permetto una citazione dal mio libro in materia: « Rito per Nicola ~ Nicolas, ci hai lasciato. Ciò ci ferisce. Abbiamo fatto fatica a capire, ad accettare; questo ci scandalizza; il fatto che siamo credenti o non-credenti. Tu non hai vissuto la tua vita non importa come, ed è questo che tutti insieme cerchiamo di ricordare. I tuoi genitori ci dicevano come hai tentato di lottare per uscirne. Sono coloro che ti circondano, la forza del tuo desiderio, della tua volontà di uscirne, tutto il tuo Amore che il Signore ora accoglie. Noi crediamo che il Signore può aiutarci se vogliamo metterlo in cima alla nostra lotta. Nicolas, tu hai ingaggiato, tu hai condotto questo combattimento. Non abbassare le braccia, è il messaggio di speranza che ci lasci, anche se tu sei stato sconfitto, atterrato dall'avversario ».

Nessuno può uscirne da solo

Troppo spesso noi vogliamo « fare del bene » agli altri operando al posto loro. Può anche essere una cosa buona, ma c'è dell'altro più importante: è aiutare l'altro a volere il suo bene. I drogati non devono, attraverso le loro bugie, le loro grida di disperazione, diventare degli assistiti. Sarà necessario talvolta che « sfiorino la morte » per accettare di uscirne, per fermarsi. Ed è qui che i genitori, l'adulto, devono essere presenti per un compito che può essere decisivo.

Sì, la droga non si racconta, si vive. E così che ho conosciuto Jean-Jacques che emerge penosamente dal suo incubo dopo cinque anni di lotta in vista di un reinserimento nel quale l'ho accompagnato. Ora ha appena aperto un piccolo laboratorio di elettricità. Il contatto con il cliente, la gioia di fare un lavoro che gli piace e secondo il suo ritmo, gli permettono — secondo le ultime notizie che mi ha dato — di essere felice.

Ciò che manca sono delle piccole imprese, dei laboratori dove i giovani potrebbero trovare un lavoro fisso. Se voi siete disposti ad accoglierli, e dunque a salvare degli esseri umani, scrivetemi all'Associazione.

Ascoltare vuol dire comprendere e non giudicare.

Non si ha il diritto di lasciar morire un adolescente perché si è

perduto nel delirio della droga, mentre lui stava male prima, si annoiava, o era entrato in un momento di ribellione. Possiamo salvarlo. Sto cercando di acquistare una fattoria in Normandia dove i giovani che passeranno dal nostro centro potrebbero trascorrervi un certo periodo per imparare a rivivere o a vivere all'aria pura della campagna, impegnati nei lavori quotidiani, nutrendosi dei loro prodotti e vivendo in parte di prodotti artigianali. Tutto il ricavato del mio libro è destinato all'acquisto di questa fattoria. Comincio a ricevere alcune offerte di ragazzi, di chiese in cui è stata fatta la questua, o di adulti... Li ringrazio vivamente (il denaro inviato al nome dell'Unafalt... è dedotto dalle imposte). Questa fattoria sarà tenuta da educatori cristiani. Ai giovani sarà proposto ogni giorno un momento di preghiera. Si chiederà loro il rispetto reciproco. Ma sarà attraverso la preghiera, l'Eucaristia che l'uomo troverà la sua forza, la sua ragione di essere e riscoprirà la sua identità di cristiano e si riscoprirà amato e perdonato da Dio.

Del mio accompagnamento di famiglie, di ragazzi e di giovani abbandonati, vorrei farmi eco attraverso tre testimonianze.

— Un giovane di 20 anni mi diceva: « Non ne posso più di attendere e di sperare di trovare un piccolo lavoro » (Alain).

— Un giovane di 26 anni, orfano, mi diceva: « La vita non val la pena di essere vissuta. Ogni volta che cerco lavoro, mi fanno notare che sono 4 anni che ho smesso di lavorare... Riemergere la colpevolizzazione ». « Sei un drogato... non ho lavoro per te » (Jean-Christian).

— La madre di Nicolas, dopo il rito di sepoltura del figlio, mi ha portato una busta, dicendomi: « Niente fiori né corone per il rito religioso. Questo denaro servirà per aiutare i suoi giovani in difficoltà ».

Alcuni genitori mi chiedevano qualche giorno fa: « Padre, come si fa ad amare Dio con tutto il cuore quando tuo figlio o tua figlia sono dei drogati? ».

Io penso che il mezzo più vero è quello di amare, di prendere il tempo di amare gratuitamente. Il vero segreto è quello dello strumento: a studiare si impara studiando, a correre correndo. Questa lotta ci permette di amare in verità per la giustizia che non si riduce ad una legge umana. Amare è dire « sì » alla propria moglie, al proprio marito, per la durata della vita, nella fedeltà; è donarsi questa alleanza, segno di partecipazione e di dono di sé per non essere che uno solo.

Amare, per me sacerdote, è questo « sì » che ho risposto alla Chiesa il giorno della mia ordinazione sacerdotale, in risposta all'appello di Cristo: « Vieni e seguimi! ». Quale sia la nostra vita, il nostro modo di essere, di pensare, Dio ci chiama a vivere. Ma credere, avere la fede, vivere, non esclude la sofferenza, il combattimento spesso crudo, ma non senza gioia.

Con i tossicomani che incontro, ciò che ci unisce, è la fiducia reciproca, il rispetto dell'uno per l'altro.

« Voi riceverete una forza, quella dello Spirito Santo, che discenderà su di voi. Voi sarete allora miei testimoni fino ai confini della terra ». San Luca insiste sulla testimonianza ispirata dallo Spirito. Questo Spirito che, dopo la Pentecoste, ha spinto Pietro a prendere la parola ». (Atti 1, 8).

« Come il Padre mi ha mandato, anch'io mando voi » (**Giovanni 20, 21**). Proclamazione della remissione dei peccati per la vita nuova nello Spirito che libera l'uomo.

Sì, i cristiani sono chiamati da Dio a una relazione personale con Lui nell'amore. È il mistero dell'amore di Dio attraverso « le povere creature che noi siamo ». E questa azione non comincia oggi. E una storia d'amore nella storia di tutto un popolo. Da sempre Dio ha voluto fare alleanza con l'uomo.

E in questo popolo ci sono i più deboli, coloro che sono caduti sotto l'effetto di un'attrazione distruttiva, la droga. Dio non li abbandona; è la lebbra — con l'Aids — della società del nostro tempo.

Questa droga che colpisce il ragazzo sin dalla sua giovane età... a 8 anni... e che non ha ricevuto un'educazione preventiva... vuole gustare questo prodotto, a volte mortale.

Il ragazzo ha bisogno di stabilità, della disponibilità dei suoi genitori. Ha bisogno di dialogo con i genitori che gli hanno dato la vita. Il figlio resta un figlio. Ricordiamo che un figlio è, per definizione, in costruzione permanente e che nessuna situazione e nessuna attitudine può mai essere definitiva. Se il ragazzo ha bisogno di stabilità, i suoi bisogni evolvono. Il ragazzo cerca presso la madre e il padre un benessere, tenuto conto delle sue esigenze relazionali (e questo resta vero anche per le coppie separate).

Peraltro, se noi ci ricordiamo di essere Amati da Dio, la libertà ci interpellava. Sono un cristiano che risponde ad una vocazione? Sono un consumatore di sacramenti, di sacerdoti? La Chiesa non si riduce a « me ». Come sono integrato nella Chiesa missionaria? Quali

mezzi uso per alimentare e per coltivare la mia fede, le mie conoscenze? Sono io in comunione con il mio Vescovo, con il nostro Papa? Allora posso proclamare con gioia la mia professione di fede, ogni domenica, con tutti i miei fratelli e sorelle riuniti per il sacrificio eucaristico, segno di partecipazione di un unico impegno.

Il drogato vuole un testimone che non lo giudichi, ma che lo ascolti e che non lo condanni.

Nel mio libro non parlo di prevenzione. È un libro che può essere letto dai ragazzi e dagli adulti. Costruiamo tra di noi questa catena di solidarietà, di aiuto reciproco e di preghiera.

Se ho accettato volentieri di lavorare all'Unafalt, è perché vi trovo tutto l'ambiente di famiglia che mi sembrava mancare. Come prete mi batto per il mantenimento della famiglia. Una coppia che si unisce e che porta alla nascita un figlio, frutto del loro amore, deve aver fiducia nonostante le sconfitte e motivarsi a vivere.

In questo campo si avverte il bisogno di solidarietà delle fami-

glie coinvolte. Esse hanno assolutamente bisogno di uscire dall'anonimato, dall'isolamento e di raggrupparsi con altre famiglie che vivono o che hanno vissuto lo stesso tipo di problemi, per sentirsi comprese, accompagnate, rispettate e non giudicate. « Il vissuto passato permette di stabilire una relazione facilitata e una speranza con genitori o congiunti che sono nel pieno del dramma. La necessità per queste famiglie di sentirsi avvolte nella speranza e in queste iniziative positive, attraverso la creazione di una forza di azione e di gruppo che consente loro di andare oltre i propri problemi e di farsi rappresentativi dei loro bisogni e di quelli di questi giovani ». Così ha detto la Dott.ssa Croze-Castet. Nella nostra Associazione abbiamo creato dei corsi di formazione, di prevenzione e di informazione a tre livelli o gradi; essi attengono anche ai genitori, al corpo medico, agli educatori ed agli uomini di legge (si può chiedere il materiale).

L'Unafalt e la sua iniziativa sono il risultato di una esperienza

vissuta nel quotidiano. È una risposta realista ai bisogni dei giovani e delle famiglie. E anche una speranza in atto: si può uscire dalla droga; alcuni giovani e alcuni genitori dell'Associazione ne sono testimoni. Il tossicomane « vittima » ne uscirebbe più facilmente se trovasse intorno a sé le « stampelle » familiari e sociali necessarie. Questo problema riguarda tutti. E un problema che deve essere partecipato, poiché l'insieme delle famiglie è chiamato in causa dal futuro dei nostri giovani.

Nessuno è al riparo dalla droga. Insieme alla mia Associazione lanciai un appello pressante di fraterna solidarietà a tutti coloro che vorranno aiutarla e sostenerla; genitori di drogati o di ex drogati come pure tutti coloro che si sentono toccati dalla sua azione e quanti possono aiutarci finanziariamente. Grazie della preghiera per loro a Cristo, risuscitato il giorno di Pasqua.

ABBÉ PIERRE DE
PARCEVAUX
Vice-Presidente



attività del Pontificio Consiglio



*discorsi
cronache degli incontri*

messaggio di S.E. Mons. F. Angelini alle Chiese dello Zaire, Zambia e Malawi

Nel corso della sua visita alle Chiese dello Zaire, dello Zambia e del Malawi (20-28 marzo 1990), S.E. Mons. F. Angelini, Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, ha particolarmente sottolineato nei suoi discorsi tre idee: la fede in certi valori, la visione ecumenica della sofferenza e della malattia e l'assistenza ai malati come forma moderna di evangelizzazione. Ecco qualche passaggio caratteristico dei suoi interventi:

« Le difficoltà che il mondo conosce: le diverse forme di violenza, la diffusione della droga, l'AIDS, la crudeltà di certe leggi di sviluppo economico, sono la prova che la fede in determinati valori costituisce le fondamenta di una autentica politica sanitaria, efficace e costruttiva. La sua salvaguardia è una garanzia per la salute » (Kinshasa, 21.03. '90, *Etica Medica Cristiana*: Ufficio Medico della Conferenza Episcopale dello Zaire).

« Il vero tempio universale, anche prima delle nostre chiese e delle nostre varie religioni, è l'ospedale, luogo di rifugio e di assistenza per tutti senza distinzioni e dove si fa un'esperienza di grande intensità spirituale favorita da quel tempo della malattia che ci induce alla riflessione e pure alla ricerca e al bisogno del Trascendente, di Dio » (Lusaka, 24.03. 90, *Prospettiva ecumenica della assistenza sanitaria*: Associazione Medica delle Chiese).

« Il rinnovamento ed il rilancio del servizio di assistenza sono forse il nuovo nome della evangelizzazione. Un nome moderno per una verità eterna, da quando il Signore ha detto con straordinaria chiarezza e con parole accessibili a tutti che saremo giudicati proprio sul modo con cui tratteremo o

assisteremo le persone che soffrono » (Lilongwe, 27.03. 90, *L'assistenza ai malati: nome moderno della evangelizzazione*: Responsabili diocesani dello Ufficio Medico Cattolico).

chiamati ad essere testimoni della speranza

Omelia di Mons. Fiorenzo Angelini nell'Ospedale di Monze (Zambia), 25 marzo 1990.

Sorelle e fratelli carissimi!

Abbiamo appena ascoltato una meravigliosa narrazione evangelica, la guarigione del cieco nato da parte di Gesù. Un evento che ha rafforzato la fede dei presenti. Come in altre parti del Vangelo, Gesù che guarisce ci viene presentato con la sua forza sanante e di attrattiva.

La lettura che abbiamo ascoltato è particolarmente appropriata alla circostanza della mia odierna visita qui, tra voi, nel Monze Hospital. E sono veramente lieto di incontrarmi con tante persone impegnate nell'attività sanitaria.

Questo ospedale, come mi è stato detto, è stato inaugurato soltanto quattro giorni dopo la dichiarazione dell'indipendenza dello Zambia (28 ottobre 1964). Sin dagli inizi, per felice iniziativa del vostro Vescovo Mons. James Carboy, questo ospedale è stato gestito dalle Suore irlandesi del Santo Rosario in aiuto alla Missione cattolica. Benedico di cuore tutte le sorelle di questa Congregazione che hanno lavorato nei vari reparti. Un particolare tributo di apprezzamento ai responsabili dello Zambia che, nel corso di questi anni, hanno portato avanti con fatica e generosità, l'impegno di servizio verso i malati. Un riconoscimento pure alle Suore della Misericordia, della diocesi irlandese di Meath, che per lungo periodo sono state associate a questo ospedale. Una o due di loro hanno lavorato per diversi anni in questo luogo e le loro comunità in patria e i loro amici hanno manda-

to generosi contributi a favore dei malati ospiti di questo ospedale. Di grande importanza, poi, per il buon andamento di questo ospedale, la valida assistenza e cooperazione date da numerosi operatori volontari laici: medici, infermieri/e, farmacisti, amministratori, tecnici. Essi hanno offerto generosamente parte del loro tempo per servire i poveri e i malati di questa regione. Vedo che stamattina sono presenti anche i Fratelli di San Giovanni di Dio, la cui attività a favore degli handicappati è tanto apprezzata ed il cui lavoro integra il servizio portato avanti da questo ospedale. Certamente il Monze Hospital non avrebbe conosciuto l'attuale sviluppo senza l'attivo sostegno costantemente ricevuto dal Governo, particolarmente attraverso il Ministero della Sanità. So anche di preziosi capitali assegnati dal Governo dello Zambia attraverso alcuni organismi locali.

Il vostro più solido benefattore è stato l'organismo « Misereor » della Germania occidentale. Mi associo a voi nel ringraziamento e nella benedizione per lo straordinario aiuto dato da tutti costoro durante questi anni. So bene che avete anche altri benefattori, come, il Norad, l'agenzia governativa norvegese per lo sviluppo. Proprio in questo momento essa sta aiutandovi per la costruzione di un nuovo padiglione. Anche la Delegazione E.C. di Lusaka ha contribuito con una consistente donazione e si è offerta per aiutare ulteriormente.

L'opera svolta dal Monze Hospital è molto preziosa non soltanto per la popolazione di questa regione, ma per l'intero Zambia. Sono sicuro che voi tutti che qui lavorate avrete più volte parlato e riflettuto sulla vostra esperienza: la vostra è una vocazione privilegiata, una vocazione santa. Nel ministero della salute al quale vi dedicate voi continuate l'attività sanante di Gesù. E questo un ministero che Gesù ha esercitato con generosità, in maniera instancabile, con efficacia, con il conforto della parola, con la dolce compassione dei gesti, con la continua preghiera. Come abbiamo sentito dalla bellissima pagina del Vangelo di stamattina, Gesù si accosta a coloro che sono nel

bisogno, li circonda di tenerezza e dà loro forza nel corpo e nello spirito. Nell'assolvere la missione di questo ospedale, voi dovete essere consapevoli che, attraverso di voi, Gesù è presente in questo luogo. La sua azione sanante continua per mezzo di voi. Quale sfida e quale privilegio!

Vorrei, oggi, tra voi, fare alcune riflessioni sull'etica medica. Si discute molto, oggi, intorno all'etica medica, sulle norme e le linee direttrici e sui valori che dovrebbero presiedere al lavoro che si conduce in un ospedale.

Una parola, innanzitutto, sull'etica professionale. Che cosa ci si aspetta da ogni operatore sanitario? Inoltre, che cosa si intende per «etica di servizio», svolta in nome di Gesù?

Senza dubbio, il primo dovere di etica professionale è quello del *rispetto della vita*. La vita è un dono sacro di Dio Creatore; alla vita, quindi, dobbiamo un profondo ed incondizionato rispetto. Ogni persona con cui venite a contatto ha l'inestimabile dignità di essere una figlia o un figlio di Dio, creato a sua immagine e somiglianza. Venendo a contatto della vita umana, voi incontrate il Volto stesso di Dio. Comprendete subito quale rispetto sia dovuto alla vita umana. Ecco perché, per esempio, dobbiamo dimostrare una particolare sollecitudine per i nascituri, riconoscendo quanto offenda il piano amorevole di Dio per la vita, l'aborto. Allo stesso modo, dobbiamo rispetto ai bambini, agli anziani, ai poveri, in una parola, a tutto il popolo di Dio, e in particolar modo ai più bisognosi ed emarginati.

L'etica professionale richiede anche, da parte vostra, *competenza*, cioè l'impegno a compiere al meglio il vostro lavoro. Le vostre qualità e i vostri talenti come operatori sanitari sono un dono di Dio: doni che devono essere coltivati con grande cura ed esercitati con pari diligenza. In tal modo, la vostra attività, dal punto di vista professionale, sarà caratterizzata dalla competenza che l'assistenza medica efficace richiede. Attraverso di voi, la rinomanza di cui gode il Monze Hospital in tutto lo Zambia, continuerà ad affermarsi.

Infine, l'etica professionale postula *rettitudine*. In ogni aspetto

e momento della vostra attività, dovete essere consapevoli delle preziose risorse con cui vi trovate ad operare. Si tratta di risorse importanti, scarse e grandemente richieste. Un impegno retto e generoso deve caratterizzare il vostro lavoro, quale ne sia il settore.

Ma, sorelle e fratelli carissimi, come operatori sanitari, voi dovete pure ispirarvi ad *un'etica di servizio*. Prima caratteristica di questo atteggiamento deve essere la *compassione*; compassione sollecitata dalla sofferenza della quale siete testimoni e che si traduce in sensibilità verso la condizione dei malati e delle loro famiglie. Il vostro è assai più di un lavoro, di un compito da portare a compimento. L'assistenza sanitaria non è soltanto qualcosa di tecnicamente operativo; è una istanza che sale dal cuore dell'uomo. L'amore è il farmaco più importante conosciuto dall'umanità. E qui voi avete uno straordinario modello in Gesù che, come spesso ci ricorda il Vangelo, era mosso a pietà alla vista della sofferenza e dei bisogni del popolo. Un medico insensibile, un infermiere freddo, un assistente abulico sono altrettante contraddizioni di fronte alla domanda di compassione richiesta dall'etica di servizio.

Vorrei ricordare che, oggi, la vostra compassione deve riguardare soprattutto i malati di Aids che siete chiamati ad assistere. Se non potete essere di aiuto, potete però e dovete rimanere colpiti dalla sofferenza e dalla morte di cui tanti di questi malati sono oggi vittime, specialmente tra i giovani. L'Aids non colpisce soltanto le loro vite, ma anche quella delle loro famiglie e di chi li assiste. Vi esorto vivamente ad esercitare nei loro confronti una grande e profonda compassione, segno sicuro della vostra sequela dell'esempio amorevole di Gesù Salvatore.

L'etica di servizio richiede anche *generosità*. La generosità porta ad agire per amore nell'assistere gli infermi; un amore senza misura e senza attesa di ricompensa. Ma, siamo sinceri! Operare con generosità non è facile, o almeno non lo è sempre. Spesso i malati sembrano avanzare pretese irragionevoli, senza rendersi conto di tutte le responsabilità di voi operatori sanitari. Ma il vero servizio, sull'e-

sempio di Gesù, porta a rispondere con il massimo della generosità.

Infine, l'etica di servizio, richiede *coraggio*. Gesù era pronto ad affrontare rischi di fronte a quanti, intorno a lui, cercavano di opporsi alla sua azione sanante. Lo vediamo quando Gesù sfida i Farisei che lo rimproverano di guarire in giorno di sabato. Anche voi dovete essere coraggiosi nello sfidare ogni mancanza di comprensione da parte degli altri, ogni tradizione o costume che siano contro la verità e l'assistenza amorevole.

Attuare l'etica professionale e l'etica di servizio di cui ho parlato comporta, oggi, nello Zambia, una sfida veramente particolare per gli operatori sanitari. A motivo della crisi economica che il Paese attraversa, gli ospedali si trovano di fronte a diverse difficoltà. Le risorse sono scarse e gli strumenti non sono sempre all'altezza. Tanto più, quindi, si chiede di integrare l'assistenza con l'umanità del tratto, con la dolcezza del linguaggio, con il sorriso che dà coraggio. Dopo tutto, il ministero verso i sofferenti e i moribondi non richiede soltanto risorse e strumenti, ma chiama in causa specialmente l'amore.

Lo Zambia è un giovane Paese, una nazione che si batte per raggiungere uno sviluppo veramente umano, integrale e giusto, uno sviluppo del quale siano partecipi tutti gli abitanti dello Zambia. La salute costituisce un fattore cruciale per questo sviluppo della nazione. È superfluo che mi soffermi a ripetervi quanto sia decisivo il vostro apporto di operatori sanitari per il futuro del vostro Paese.

Termino ricordando la gioiosa visita allo Zambia compiuta soltanto undici mesi fa da Giovanni Paolo II. Tema della visita pastorale del Papa fu la speranza, la speranza che tutti abbiamo in Cristo. Con parole che oggi, per noi qui riuniti, sono particolarmente significative, Giovanni Paolo II, durante la celebrazione eucaristica a Lusaka, disse: «La Chiesa proclama un messaggio di speranza per tutti coloro che, oggi, nello Zambia soffrono sia fisicamente sia spiritualmente: per i malati e i moribondi, specialmente

per le vittime dell'Aids, e per quanti sono privi di cure ».

Sorelle e fratelli, proprio per il vostro generoso impegno nel ministero della salute in questo Monze Hospital, voi siete chiamati ad essere testimoni di questa speranza.

Sorgente di questa speranza e proprio l'evento sacro che celebriamo fra tre settimane: la risurrezione di Gesù. Durante questa Eucaristia io prego con tutto il cuore il Signore risorto affinché rafforzi la vostra speranza e, attraverso di voi, la speranza di tutti coloro dei quali siete al servizio.

Il Signore vi benedica.

valore prioritario del servizio alla vita

Conferenza di Mons. Fiorenzo Angelini alla Accademia delle Scienze mediche di Mosca, 2 aprile 1990.

Mi è profondamente grato partecipare a questo nobile ed insigne consesso di illustri rappresentanti della cultura e della scienza. Mentre ringrazio dell'invito che tanto mi onora, sono lieto di avere l'opportunità di esprimere, in così alta ed autorevole sede, il desiderio e la volontà della Chiesa cattolica di sostenere con ogni sforzo e per la parte che le compete, iniziative e programmi rivolti a favorire, attraverso l'attenzione al mondo della sanità e della salute, l'affermazione della giustizia nella pace e nella libertà.

Il dicastero pontificio, che ho l'onore di presiedere e di rappresentare, fu istituito cinque anni orsono per dare al bimillenario impegno della Chiesa nel campo della sanità e della salute un impulso nuovo, una maggiore coordinazione e, soprattutto, per offrire a tutti gli uomini di buona volontà una collaborazione intesa a riaffermare, in campo sanitario, il valore prioritario del servizio alla vita, a tutta la vita ed alla vita di ciascun essere umano. La minaccia che incombe sull'ambiente e i rischi crescenti di un progresso che rifiuti di misurarsi sui valori umani fondamentali, ripropongono con nuova attualità il tema non solo del diritto di tutti alla salute, ma quello di una autentica umanizzazione della medicina. Non può infatti dirsi estranea a quella che oggi viene assai spesso indicata come « cultura di morte », una crescente disumanizzazione della scienza e dell'arte medica, conseguenza distorta del loro stesso straordinario progresso.

Nel corso della seconda conferenza internazionale che riuniva, a Madrid, nell'aprile del 1988, i responsabili della sanità dei Paesi del Gruppo Contadora, si parlò della sanità e della salute come di un « ponte per la pace ». Sanità, salute, medicina possono realmente costruire un ponte verso la pace, se concretamente e insieme si muovono sulla strada di una vera umanizzazione. Tuttavia, criterio e misura di autentica umanizzazione non può essere che una integrale nozione di vita quale somma di valori fisici, psichici e spirituali.

Il nostro Dicastero, dopo solo due anni dalla sua istituzione,

promosse una Conferenza internazionale sul tema della umanizzazione della medicina. Intervenedo a quell'importante congresso scientifico, Giovanni Paolo II precisò natura e compiti di una medicina umanizzata, affermando: « Una prassi veramente umanizzata della medicina non può restare indifferente di fronte ad una ricerca scientifica che si ponga fine a se stessa, ignorando le esigenze di un autentico servizio all'uomo. Anche lo studio della vita deve tradursi in servizio alla vita. Gli interrogativi sollevati dalla sperimentazione, dal rapporto popolazione-risorse, dalle malattie irreversibili, si sono fatti più incalzanti da quando il progresso della tecnica ha facilitato il ricorso a soluzioni e strategie che offendono la dignità della vita e della persona umana ».

La via da seguire per non cadere nelle stesse suggestioni di una medicina disumanizzata deve trarre ispirazione da una concezione antropologica che riconosca in ogni essere umano eguale e pieno diritto a quell'equilibrio fisico, psichico e spirituale per servire il quale la medicina è nata e si è sviluppata. Ogni conquista della scienza e della tecnica è tale se è conquista per l'uomo, se serve l'uomo, non se si serve dell'uomo.

I principi cristiani di fede, di trascendenza, di valutazione etica e morale non possono costituire un ostacolo ad una azione convergente di tutti — individui, gruppi, nazioni e popoli — quali ne siano le motivazioni ideologiche, politiche e culturali. L'esperienza più recente insegna che proprio il tema della vita e quindi della sua salvaguardia e promozione è in grado di riassumere, anche in termini operativi, il più svariato apporto dato da organismi ed entità facenti capo a confessioni religiose diverse e ai più vari sistemi politici e sociali.

Con umiltà, ma con la fermezza che ci deriva dalla fede, chiediamo di poter essere testimoni di questi valori ed a riprova della sincerità di tale impegno, offriamo un contributo credibile sia attraverso direttive che considerano l'uomo come via e tramite di una civiltà ispirata ed alimentata dall'amore, sia con un vasto impegno assistenziale e di promozione umana in ogni parte del mondo ed accanto ai più bisognosi, poveri e dimenticati.

La Chiesa cattolica, in unione di intenti con la Chiesa ortodossa, vuole essere vicina alla cultura ed alla scienza, sollecitarne gli sforzi, sostenerne le scoperte, parteciparne le conquiste che saranno tali, se accolte ed applicate per servire l'uomo e la vita. Umanizzare la medicina significa renderla a misu-



ra dell'uomo. Considerando l'uomo perfetta immagine del suo Creatore, non si può non gioire di ogni nuova scoperta in grado di migliorare, quantitativamente e qualitativamente, le condizioni di vita dell'uomo sulla terra. È questa, senza dubbio, una dimensione ecumenica in cui tutti possono riconoscersi e ritrovarsi.

Una piena umanizzazione della medicina non è richiesta soltanto dalla sua stessa natura e dal fine che deve proporsi, ma costituisce anche la prima e più drammatica attesa da parte di chi soffre. Allo scienziato, al ricercatore, al medico e ad ogni operatore sanitario, il malato effettivo o potenziale si affida nella misura in cui trova in esso un fratello in umanità. Socializzazione della medicina e sempre più articolata diversificazione delle sue branche rischiano di cancellare il necessario e doveroso rapporto medico-paziente: rapporto la cui efficacia è condizionata in maniera determinante dalla sua carica di umanità.

Se poi dal piano individuale si passa a quello associato e comunitario, la necessità di una maggiore umanizzazione è messa in risalto soprattutto dai rischi e dalle conseguenze negative della disumanizzazione. Non soltanto la prassi medica richiede di essere umanizzata, ma anche la politica sanitaria deve muovere da intenti umanizzati e umanizzanti, i quali renderanno possibile stabilire priorità nelle scelte, negli interventi, nella qualità dei servizi. La crescente ed inarrestabile interdipendenza tra i popoli ha reso indifferibile una più stretta collaborazione tra stati e organizzazioni internazionali per una politica sanitaria organica ed efficiente.

La Chiesa cattolica che, in ogni parte del mondo, è così largamente presente nel campo della sanità e della salute, sa di poter dare un suo contributo e lo offre con sincera apertura e forte volontà di cooperazione. E sono veramente lieto di aver avuto, oggi, l'opportunità di riaffermare in così nobile e qualificata sede, questo concreto, leale e disinteressato impegno di cui è particolare strumento e garanzia il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori sanitari, istituito per essere al servizio di tutti senza distinzione di razza, di aree geografiche, di stato sociale, di fede religiosa, di ispirazione politica. Un servizio all'uomo per renderne più umane le condizioni di vita.

riconoscimento della presenza e dell'impegno della Chiesa nel campo sanitario

Parole di Mons. Fiorenzo Angelini alla XLIII Assemblea della OMS nella cerimonia del conferimento del Premio « Sasakawa per la salute ».
Ginevra, 9 maggio 1990.

L'odierna cerimonia del conferimento alla mia persona del Premio Sasakawa per la Sanità è comprensibile motivo di profonda commozione e di responsabile riflessione. E lo è in modo particolare perché essa si compie nel corso di questa XLIII Assemblea generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Il Dicastero pontificio, che presiede e rappresento, sa di avere un suo spazio attivo ed efficace nell'impegno crescente di tutti gli Stati per la promozione della sanità e della salute.

Il conferimento alla mia persona del Premio istituito dalla generosa iniziativa di Mr. Ryoichi Sasakawa vuole certamente essere, ben oltre l'assegnazione individuale, il riconoscimento della presenza e dell'impegno della Chiesa nel mondo della sanità e della salute.

Ringrazio innanzitutto il Direttore generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità il Professor

Hiroshi Nakajima, valoroso ed infaticabile animatore di questo grande organismo internazionale. Un particolare ringraziamento, poi, al Comitato per l'assegnazione del Premio Sasakawa ed a tutti i Signori Ministri della Sanità dei vari Paesi del mondo qui rappresentati.

E mia motivata convinzione che vada crescendo, a tutti i livelli, la consapevolezza che i problemi riguardanti la sanità e la salute richiamano valori etici, morali ed anche spirituali, il cui rispetto e la cui accettazione sono presupposti per una efficace e convergente politica sanitaria. Per questo motivo la Chiesa, che da sempre è sensibile alle sconfinato dimensioni della sofferenza, sa di essere chiamata a farsi carico in prima persona dei problemi che ne derivano.

Il conferimento di questo Premio al Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori sanitari a soli cinque anni dalla istituzione di questo dicastero è per noi motivo di legittima fierezza, ma soprattutto di grande incoraggiamento per le circostanze e per l'autorevole sede della assegnazione.

Ho sempre considerato la via della sanità e della salute come strada non soltanto idonea, ma quasi obbligata per un'azione comune di tutti, indipendentemente da ogni diversità ideologica, culturale, sociale, politica e persino religiosa. Incontrare, anzi andare incontro all'uomo nella sua domanda di salute, è andare incontro a tutta l'umanità in ciò che essa cerca con urgenza prioritaria.

Giovanni Paolo II ha recentemente affermato che « nell'accoglienza amorosa e generosa di ogni vita umana, soprattutto se debole e malata, la Chiesa vive oggi un momento fondamentale della sua missione ».

Per questa ragione, nell'esprimere profonda gratitudine per il Premio assegnatomi, colgo l'occasione per ribadire che il Dicastero pontificio, che ho l'onore di presiedere, non è un organismo burocratico, ma si propone, secondo le sue finalità istitutive, di farsi centro promotore di azione coordinata all'interno delle molteplici attività sanitarie della Chiesa e fattore di incontro con quanti, in ogni parte del mondo, e ad ogni livello, sono impegnati nel campo della sanità e delle salute.

Siamo con voi e accanto a voi per assicurare, con la difesa e la salvaguardia della vita, i valori supremi della giustizia, della pace, della dignità della persona umana. Per servire l'uomo e, attraverso questo servizio, costruire una civiltà di concorde e fraterna convivenza.



Cronache degli incontri

ZAIRE, ZAMBIA, MALAWI (AFRICA)

crocevia di molte culture

Dal 20 al 28 marzo 1990, ebbe luogo — per invito dei vescovi dei rispettivi Paesi — la visita pastorale di S.E.R. Mons. Angelini allo Zaire, allo Zambia e al Malawi. Il Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari viaggiava accompagnato dal Rv. Padre Redrado, Segretario del Dicastero e dal Rv. P. Mupendawatu, collaboratore dello stesso.

Questa visita pastorale offrì al Dicastero la possibilità di rafforzare le proprie relazioni con le Commissioni episcopali della pastorale sanitaria, prendendo coscienza sul posto delle gioie e delle speranze, delle tristezze e angosce di quelle giovani Chiese. Durante la visita ci furono molti incontri con le autorità religiose e civili, sedute di lavoro con le associazioni, i movimenti e gli altri organismi del mondo della salute; tutto questo e la presenza nostra accanto ai malati, ci ha arricchito nella nostra esperienza della realtà socio-sanitaria africana.

Centri visitati

Sono stati in tutto 12 i centri da noi visitati, tra ospedali, maternità, poliambulatori, centri per handicappati.

Zaire

— Poliambulatorio della arcidiocesi di Kinshasa, a Kingasani

— Maternità, delle Suore Bakhitta, dell'arcidiocesi di Lubumbashi

— Ospedale Sendwe, di Lubumbashi

— Centro di handicappati di Lubumbashi

— Policlinico dei Padri Salesiani di Lubumbashi.

Zambia

— Ospedale Universitario di Lusaka

— Ospedale del Distretto di Monze

— Centro per handicappati dei Fatebenefratelli a Monze

— Clinica-Maternità di Chilenge.

Malawi

— Ospedale Likuni, di Lilongwe

— Ospedale Madisi

— Sanatorio delle Suore Carmelitane

Personalità ecclesiastiche e civili trovate

1. Ecclesiastiche

S.E. Mons. Alfio Rapisarda, Pro-Nunzio Apostolico nello Zaire e S.E. Mons. Eugenio Sbarbaro, Pro-Nunzio Apostolico nello Zambia e Malawi. Da entrambi i rappresentanti del Papa siamo stati ospiti accolti con grande fratellanza e amicizia.

Nello Zaire abbiamo incontrato sei vescovi, tra cui il Presidente della Conferenza Episcopale, S.E. Mons. Laurent Monsengwo e il vescovo responsabile della pastorale Sanitaria nello Zaire, S.E. Mons. Dieu-donné M. Sanda. Nello Zambia abbiamo parlato con quattro vescovi e nel Malawi con tre: fra di essi, i responsabili della pastorale Sanitaria: S.E. Mons. Raymond Mpezele, dello Zambia, e S.E. Mons. Allan Chagwera, del Malawi.

2. Civili

Il Ministro della Sanità dello Zambia con il Segretario Permanente del Ministero.

Il Segretario Permanente del Ministero della Sanità del Malawi e il Consigliere tecnico del Ministero.

Incontri e conferenze

Numerosi sono stati gli incontri con diversi gruppi e associazioni del mondo della sanità:

— Seduta di lavoro con il Presidente della Conferenza Episcopale, il vescovo incaricato della pastorale sanitaria ed il gruppo di collaboratori dell'Ufficio di Opere Mediche cattoliche dello Zaire.

— Conferenza-dibattito con gli operatori della sanità nel centro Lindonge di Kinshasa

— Visita alla sede del Movimento per la vita familiare a Lusaka

— Conferenza-dibattito con il personale medico e paramedico cattolico dello Zambia nel Centro ecumenico dell'Università di Lusaka.

— Visita e conferenza al Comitato esecutivo della Associazione Medica delle Chiese dello Zambia a Lusaka.

— Incontro e conferenza con i responsabili diocesani degli Uffici delle Opere Mediche nella Scuola secondaria di Likuni a Lilongwe.

— Conferenza-dibattito con gli operatori della sanità nella chiesa parrocchiale di Likuni, a Lilongwe.

La salute, una realtà ecumenica

Questa visita alle comunità cristiane dello Zaire, dello Zambia e del Malawi ci ha permesso prendere nuovamente coscienza, in quanto Dicastero pontificio, del fatto evidente che la salute, come realtà profondamente umana e trascendente, diventa sempre più il bene cui aspirano tutti i popoli oltre le ideologie, le religioni, le razze... e costituisce una specie di crocevia di tante culture e quindi piattaforma di collaborazione ecumenica. Nello Zambia, grazie all'impegno in favore della vita e della salute di tutti, 16 comunità cristiane trovano un fecondo terreno di dialogo e, insieme, testimoniano Cristo Gesù, Medico per eccellenza dei corpi e delle anime.

P. JEAN-MARIE
MUPENDAWATU

Collaboratore del Dicastero

UNIONE SOVIETICA (MOSCA, KIEV, LENINGRADO)

una luce che inizia a splendere

Chi avrebbe pensato, qualche mese fa, in tutti questi cambiamenti che vengono dall'Est? Cadono i muri, si celebrano visite ufficiali, si creano libertà...

È vero che siamo ancora nel chiaroscuro degli avvenimenti, ma sono ormai molti i passi dati in avanti.

In questo clima di cambiamenti non poteva mancare il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari.

Nei giorni dal 1 all'8 aprile, una delegazione presieduta da S.E. Mons. Fiorenzo Angelini viaggiò a Mosca, Kiev e Leningrado. Accompagnavano Mons. Angelini i PP. José Luis Redrado e Felice Ruffini, rispettivamente segretario e sottosegretario del Dicastero, così come il Prof. Franco Splendori, Consultore del Dicastero e gli Esperti Dott. Gaetano Frajese e Dina Nerozzi. Il P. Redrado ed il Prof. Splendori rispondono adesso a diverse domande e danno ampia informazione circa il contenuto ed il significato del viaggio.

1. P. Redrado, Prof. Splendori: Quale è stata la finalità del viaggio in Russia?

Tutto è avvenuto quasi senza pensarlo. Il giorno seguente la visita di Gorbaciov al Papa, si tenne un incontro nella sede dell'Associazione Italia-Urss per trattare del tema della salute in Russia. Siamo stati invitati a partecipare al suddetto colloquio e in questa occasione abbiamo conosciuto e parlato con il Professore Chuchalin, Vice-Presidente dell'Accademia Medica delle Scienze di Mosca, e lo abbiamo invitato a visitare la nostra Sede, cosa che ha fatto il giorno seguente con un gruppo della sua delegazione. Lì è nata la nostra visita,

giacché il Professor Chuchalin invitò Mons. Angelini a parlare nella Sede dell'Accademia a Mosca. Questa è stata, quindi, la prima finalità. Poi sono apparsi altri obiettivi perché abbiamo avuto un'altra visita, quella del Ministro della Sanità dell'Ucraina, Professore Anatholy Romanienko. E così a poco a poco abbiamo preparato il programma, sempre più intenso, tutto preparato per la nostra visita a Mosca, Kiev e Leningrado.

2. E l'accoglienza?

L'accoglienza è stata eccezionale. Le persone che ci hanno accompagnato come guide, interpreti e, soprattutto, i responsabili del programma sono stati accattivanti. Subito abbiamo fatto amicizia; siamo stati liberi esprimendo i nostri criteri e tutti hanno rispettato le diverse scelte.

Abbiamo trovato grande delicatezza e sensibilità.

3. Raccontateci qualcuno degli atti e incontri principali avuti in questo viaggio.

Intenso è stato il programma svolto. A Mosca abbiamo visitato la Sede della Prima Regione, ascoltando dal suo Sindaco tutti i problemi sanitari vissuti in quella zona.

Abbiamo anche visitato uno ospedale statale per 600 anziani. A Kiev la nostra visita è stata incentrata nello Istituto Radiologico, sia la Clinica per bambini, sia l'ospedale per adulti, due ospedali con reparti per malati affetti dalla catastrofe di Chernobyl. A Leningrado abbiamo visitato l'Accademia Medico-Militare e l'Istituto Medico per Post-graduati.

Fra gli atti accademici svolti dobbiamo sottolineare la conferenza data da Mons. Angelini nella Sede dell'Accademia Medica delle Scienze di Mosca; un'altra nell'Aula dell'Istituto di Pediatria di Kiev e, finalmente, un grande incontro con più di 400 medici, molti di essi professori, nell'Istituto per Post-graduati a Leningrado. In tutti questi atti abbiamo apprezzato il grande interesse per gli argomenti umani ed etici. Al termine di uno di questi atti acca-

demici in cui Mons. Angelini espone il tema « Disumanizzazione della medicina », l'Accademico e ex-Ministro della Sanità dell'Ucraina, Prof. Romanienko, si esprime così: « Siamo grati alla Chiesa di Roma per questo incontro. Non credevamo che gli ideali della Chiesa e i nostri fossero gli stessi in quanto attiene alla difesa della vita. Mai avremmo immaginato che la medicina e la propria umanizzazione fossero così unite nella Chiesa. Per questo motivo noi desideriamo collaborare con la Chiesa cattolica... ».

Abbiamo incontrato delle personalità nel campo sanitario: il giovane Ministro della Sanità dell'Ucraina, Juri Spizenko a Kiev; il Ministro della Sanità dell'Unione Sovietica a Mosca, I.N. Denisoff; il Sindaco della Prima Regione di Mosca, Vjaceslav Grigerievich, l'Accademico Anathol Romanienko e il Prof. Chuchalin, Vice-presidente dell'Accademia Medica delle Scienze. E potremmo continuare l'elenco, che sarebbe interminabile.

4. Tutto quanto ci avete finora detto è in stretto rapporto con la finalità del Dicastero; ma avrete avuto pure qualche contatto a livello di Chiesa.

Certamente. A livello di Chiesa Ortodossa segnaliamo le visite al Patriarca di Mosca S.E. Kirill; al Metropolita di Kiev S.E. Filarete, e al Metropolita di Leningrado, S.E. Alexi.

In quanto alla Chiesa cattolica, ogni giorno celebravamo la Messa in una chiesa: San Luigi: a Mosca; Esaltazione della Croce, a Kiev; e San Pietro a Leningrado.

Sono stati momenti vivi, intensi, pieni di emozione; pensavamo che tutta quella gente usciva dalle catacombe. In tutte queste occasioni ci siamo visti sorpresi dalla gran folla di gente. Particolare fu la celebrazione avuta a Mosca, nel « Centre for Social Services I », un centro dello Stato dove vivono 600 anziani. In questo Centro vi sono 15 religiose di Madre Teresa di Calcutta, che fanno lavori molto semplici, umili e di grande accoglienza, soprattutto agli anziani più bisognosi. Nella loro cappel-

la, dentro l'ospedale dello Stato, celebriamo una Eucaristia piena di ricordi e di emozione. Nessuno dei presenti lo avrebbe pensato, ma fu realtà: c'era presente il Direttore del centro, forse guidato dalla curiosità, forse per rispetto agli ospiti « illustri »; ma il fatto è che si trovava lì.

Abbiamo parlato apertamente di religione, delle vocazioni, della preparazione alla Pastorale Sanitaria... con le religiose abbiamo anche salutato un giovane sacerdote che è il loro direttore spirituale e si incarica del servizio religioso nel centro. Siamo stati testimoni della simpatia ed il rispetto che tutti mostrano verso le religiose.

Il direttore del centro, il Dott. Truttachen, esprimendo la sua gratitudine per la nostra visita, ci disse: « Nel 1989 ci ha fatto visita Madre Teresa e chiese di organizzare una comunità religiosa, cosa alla quale abbiamo acconsentito; con le religiose è migliorata l'assistenza.

Sono di grande aiuto ».

5. Come si vive in Russia la « perestroika », tutto il processo di cambiamento?

Oggigiorno si vive la perestroika con l'entusiasmo e la consapevolezza della fine di un'epoca. Si vive la perestroika come un viaggio spaziale: dopo il decollo, tutti vivono nella suspense risultante dalla condizione di inimmaginabili ed inaccessibili rischi. Infatti, la perestroika è soggetta a dei rischi: una non prevista reazione deconservatori; una crisi internazionale causata dalla centralizzazione

dei gruppi etnici; un apparente e rapido calo economico del popolo. Comunque, la possibilità di frenare la perestroika è sempre più lontana perché la gente, la classe operaia, gli intellettuali, sanno che non possono tornare indietro, benché sia evidente che oggi si vive la fase più delicata della transizione dal vecchio al nuovo e, come sempre, prima dell'alba la notte è più buia.

6. Credete che l'occidente può fidarsi di tutti questi cambiamenti dell'Unione Sovietica?

Otto mesi fa, la riunificazione della Germania era impensabile; tra oggi e l'estate si porteranno avanti gli accordi per liberare l'Europa dalle truppe e dalle armi americane e sovietiche. A giugno, Bush e Gorbaciov firmeranno il convegno per ridurre le armi nucleari strategiche. Frattanto in Europa centro-orientale le libere elezioni hanno dato il potere a forze non comuniste. Il Pcus — annuncia Gorbaciov — non avrà più il monopolio del potere come lo ha avuto negli ultimi settanta anni. Dentro l'esercito si chiedono delle riforme...

I sovietologi del Pentagono prevedono che prima dell'anno 2000 ci sarà una nuova organizzazione europea nella quale la Cee includerà pure i Paesi dell'Est ed i Paesi Baltici.

Infine, sembra che il processo sia irreversibile: l'importanza delle relazioni economiche internazionali ha superato la minaccia delle forze armate.

GINEVRA

consegnato a Ginevra a Mons. Angelini l'importante riconoscimento « Premio Sasakawa per la salute »

Davanti a 1.200 delegati dei 64 Paesi aderenti alla Organizzazione mondiale della sanità, riuniti nella 43.esima assemblea annuale dal 7 al 18 maggio a Ginevra, il giorno 9 maggio 1990 è stato consegnato all'arcivescovo Mons. Fiorenzo Angelini, presidente del Pontificio Consiglio della pastorale per gli operatori sanitari, il « Premio Sasakawa per la salute ». L'importante riconoscimento è stato istituito nel 1985 dall'industriale giapponese Ryoichi Sasakawa e viene assegnato annualmente dall'OMS « ad una o più persone, ad una o più istituzioni, che abbiano realizzato eccellente opera innovativa nello sviluppo della sanità ». La sua assegnazione a Mons. Angelini costituisce un apprezzamento molto qualificato dei meriti dell'Arcivescovo e del dinamismo da lui impresso al Consiglio che presiede ed anche un riconoscimento ufficiale, da parte del massimo organismo mondiale della sanità, del ruolo che ha la Chiesa cattolica nella diffusione dell'assistenza sanitaria.

Parlando davanti all'assemblea annuale dell'OMS a Ginevra su « Aspetti umani ed etici della medicina », il Presule ha detto tra l'altro che « scienza e prassi medica sono chiamate quotidianamente a confrontarsi con la totalità della persona umana. Difendere, promuovere e recuperare la salute comporta guardare all'uomo nella sua integralità ».

Hanno accompagnato Mons. Angelini in questo importante atto il P. José L. Redrado, OH, Segretario del Dicastero, i Professori Manni e Splendori, Consultori, e un piccolo gruppo di amici del Premiato e del Pontificio Consiglio.

I nostri migliori auguri a Mons. Angelini e ai componenti del Pontificio Consiglio di cui lui è il Presidente.



STATI UNITI

due date per una cronaca

Washington (25-26 aprile 1990)

S.E. Mons. Fiorenzo Angelini, invitato dall'Accademia nazionale delle Scienze, si è recato a Washington per tenere una conferenza al Congresso sul tema: « Transculturale e dimensioni etiche ». Accompagnava il Presidente del Pontificio Consiglio il Consultore del nostro Dicastero Prof. Corrado Manni.

New York e Waterbury (13-20 giugno 1990)

Nel corso di questa visita S.E. Mons. Fiorenzo Angelini era accompagnato dal Segretario del nostro Dicastero P. José Luis Redrado.

New York

• *Partecipazione al XIV Congresso Mondiale del CICAMS.* Tema del Congresso (10-15 giugno 1990): « Salute e valori in un mondo in trasformazione ». La presenza dei responsabili del Dicastero alla sessione conclusiva, il messaggio di Mons. Angelini e la celebrazione dell'Eucaristia hanno inteso sottolineare la crescente rilevanza dell'attività degli infermieri/e soprattutto oggi. Nel prossimo numero daremo un'ampia, informazione sul Congresso e sui cambiamenti avvenuti negli organi direttivi.

• *Visita al « Calvary Hospital ».* La mattina del 14 giugno abbiamo visitato questo ospedale di proprietà della diocesi di New York. Dispone di 200 camere ed è esclusivamente destinato a malati terminali di cancro. Vi lavorano 30 religiose di diverse congregazioni. Accolti dal personale direttivo, abbiamo visitato i diversi reparti e alcune strutture tecniche, umane, sociali e religiose. Si tratta di uno sforzo notevolissimo per favorire

una migliore qualità di esistenza ai malati terminali. Le 630 morti l'anno portando ad un triplice e totale ricambio annuo dei degenti. Qui in modo particolare si tocca con mano l'insostituibile importanza di una assistenza improntata ai valori spirituali. Negli incontri con i sacerdoti, le religiose e il personale laico assistente come pure con coloro che si dedicano ad un servizio sociale volontario abbiamo preso atto della loro dedizione e sottolineato l'importanza del « supplemento di anima » che la particolare situazione dei ricoverati richiede dal loro lavoro.

Waterbury

Il giorno 16 giugno ci siamo trasferiti da New York a Waterbury per visitare lo « International Christian AIDS Network (ICAN) », un centro cristiano per malati di Aids. Ci accompagnava un giovane sacerdote, coordinatore del Centro, il p. James Graham. A nome dell'arcivescovo diocesano era con noi anche il Vescovo ausiliare Mons. Paul S. Loverde.

Questo nuovo centro per malati di Aids è di recente costruzione. È distribuito in quattro unità fisiche del tipo Casa/famiglia. Ogni unità ospita una decina di malati ed hanno in comune la cappella, il centro sociale ed altre attività. Abbiamo visitato le strutture già in funzione e siamo stati informati sul progetto finale. Una di queste unità, intitolata a Mons. F. Angelini — come ricorda un'apposita iscrizione — è stata benedetta dal nostro Presidente.

Il centro è legato in maniera particolare al St. Mary Hospital per quanto riguarda le necessità mediche dei malati. Abbiamo visitato anche questa clinica, incontrando i responsabili e il corpo medico ed interessandoci al suo recente ampliamento.

Ritornato al Centro per malati di Aids, Mons. F. Angelini ha incontrato i rappresentanti della stampa, ricordando loro la Conferenza internazionale sull'AIDS tenuta in Vaticano lo scorso novembre e sottolineando l'importanza del Centro che stavamo visitando.

La nostra visita è stata caratterizzata da entusiasmo degli ospiti,

da realismo, accoglienza e carità, grazie soprattutto al coordinatore p. Graham.

La giornata si è chiusa con la celebrazione eucaristica alla quale hanno partecipato ammalati, volontari e sostenitori dell'opera.

La visita a questa struttura ci ha ulteriormente convinti della necessità e dell'urgenza che iniziative del genere si moltiplichino ovunque.

Prima di ripartire per Roma abbiamo fatto visita al Cardinale arcivescovo di New York J.J. O'Connor e concelebrato l'Eucaristia nella cattedrale di San Patrizio.

Anche questo viaggio ci ha permesso preziosi incontri con ammalati, operatori sanitari, sostenitori. Un grazie particolare a Mons. James Cassidy, Consultore del nostro Dicastero, Cancelliere del « Medical College » di Vahalla (USA) e Amministratore del « Terence Cardinal Cooke Health Care Center ». Nei giorni della nostra visita siamo stati ospiti di Mons. Cassidy.

P. JOSÉ L. REDRADO
Segretario del Dicastero



POLONIA

la libertà ritrovata

Continuando il lavoro pastorale in Polonia, nei giorni 20-25 giugno 1990, visita del Presidente Mons. Fiorenzo Angelini e del Segretario p. José L. Redrado — su invito della Conferenza Episcopale polacca — a Varsavia, Breslavia e Siedlce.

Varsavia

All'aeroporto erano a riceverci S.E. Mons. Mons. Bronislaw Dabrowski, Segretario della Conferenza Episcopale polacca e il Ministro della Sanità della Polonia Prof. Andrzej Kosiniak-Kamisz. Durante il soggiorno nella capitale polacca siamo stati ospiti di Mons. Dabrowski nella residenza della Conferenza episcopale, il cui Segretario aveva approntato anche il programma da svolgere a Varsavia.

Abbiamo fatto visita al nuovo Nunzio Apostolico in Polonia S.E. Mons. Josef Kozalczyk, presente poi all'incontro, al Palazzo del Governo, con il Ministro della Sanità, insieme a Mons. B. Drabrowski, al Vice-Ministro della sanità Prof. Andrzej Wajtczak, alla Consigliera del Ministro Prof.ssa Lidia Retkowska-Mika e ad alcuni esponenti della Sanità. Il colloquio ha riguardato alcuni problemi della Sanità e la possibilità di tenere in Polonia una Conferenza internazionale sulla umanizzazione della medicina.

L'indomani dell'arrivo, in mattinata, abbiamo incontrato l'Ambasciatore d'Italia in Polonia S.Ecc.za Vincenzo Manno che si è interessato al nostro programma. Quindi, alle ore 11.00 siamo stati ricevuti dal Primo Ministro Prof. Tadeusz Mazowiecki. Ci accompagnavano Mons. B. Dabrowski e il Ministro della Sanità. L'incontro è stato cordiale ed è durato oltre il previsto. Mons. F. Angelini ha illustrato al Primo Ministro il motivo della nostra visita spiegando l'intento di tenere in Polonia una Conferenza internazionale sulla umanizzazione della Medicina. Il Primo Ministro si è vivamente interessato ai problemi della sanità, insistendo particolarmente su quelli legati all'ecologia, aspetto avvertito con preoccupazione in Polonia.

Dopo l'incontro con il Primo Ministro; ci siamo trasferiti al Ministero della Sanità per discutere del programmato Congresso internazionale. Partecipavano: il

Signor Ministro, il Vice-Ministro, la Consigliera del Ministro, un rappresentante dell'OMS europea, il Prof. Costantino Sakellariocs e un gruppo di funzionari ed esperti. L'ampio e articolato colloquio si è concluso nei seguenti termini: sarà tenuto in Polonia un Congresso internazionale sulla umanizzazione della Medicina promosso dal Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori sanitari d'accordo con la Segreteria della Conferenza Episcopale polacca, con il patrocinio del Ministero della Sanità e della OMS per la Regione Europa. Saranno invitati soprattutto i Paesi dell'est per una loro partecipazione attiva. Data prevista i giorni 21-24 febbraio 1991. L'organizzazione del Congresso sarà curata da un Comitato rappresentativo. Mons. F. Angelini ha ribadito che la suddetta iniziativa vuole essere non soltanto espressione di amicizia, bensì anche di aiuto concreto.

Il pomeriggio dello stesso giorno, visita ad un ospedale di Stato che, dopo 40 anni, ha ripreso il suo nome originario « Bambin Gesù ». Mons. F. Angelini ha benedetto alcune apparecchiature mediche già donate per iniziativa del Pontificio Consiglio.

Ci siamo quindi trasferiti al Centro di erboristeria diretto dai

Fatebenefratelli ed al nuovo ospedale per non-vedenti. Quindi, visita alla cattedrale e sosta in preghiera presso la Tomba del Card. Wyszyński, già Primate di Polonia.

Breslavia

Nel viaggio da Varsavia a Breslavia era con noi S.E. il Nunzio apostolico Mons. Kowalczyk. Prima di lasciare la capitale, incontro con un gruppo di medici cattolici interessati all'attività del Pontificio Consiglio ed alla realizzazione del Congresso sulla umanizzazione della Medicina. Nel frattempo, i mezzi di comunicazione di massa — stampa e televisione — avevano presentato ampiamente il nostro viaggio e gli scopi della visita.

A Breslavia siamo stati accolti da S.E. il Card. Henryk Roman Gulbinowicz, arcivescovo dell'omonima diocesi e dai suoi quattro Vescovi ausiliari, grande solennità era stata predisposta per accogliere la prima volta il Nunzio Apostolico Mons. Kowalczyk.

Dopo un incontro fraterno nella residenza del Cardinale, del quale siamo stati ospiti, partecipazione alla benedizione dell'edificio della Pontificia Facoltà di Teologia. Dopo 40 anni, l'edificio è stato restituito dallo Stato alla Chiesa. La benedizione è stata impartita da Mons. Angelini. Quindi, nel seminario metropolitano e alla presenza del Corpo docente, nel corso di un atto ufficiale è stata rievocata la storia dell'importante Centro culturale e delle persone che lo hanno reso celebre. Hanno quindi preso la parola il Signor Cardinale, S.E. il Nunzio apostolico e Mons. Angelini, il quale ha sottolineato l'importanza di una solida formazione pastorale dei candidati al sacerdozio; chiudendo il suo intervento Mons. Angelini, rivolto al Cardinale arcivescovo di Breslavia, ha detto: « Eminenza, mandi i seminaristi ad assistere gli infermi negli ospedali! Una completa formazione pastorale, infatti, non può prescindere dalla pastorale sanitaria! »

In cattedrale, solenne celebrazione eucaristica, nel corso della quale sono stati conferiti da parte del Nunzio Apostolico Mons. Kowalczyk gli Ordini minori a 40 seminaristi. Nel tempio, gremito di fedeli, tra le autorità, per la prima volta dalla fine del secondo conflitto mondiale, anche due ufficiali dell'Accademia Militare. Tutta la cerimonia religiosa svolta con grande solennità ha avuto al centro di ogni espressione di omaggio e devozione il Rappresentante Pontificio.



Il giorno successivo, 23 giugno, altro solenne rito in cattedrale, con l'ordinazione di 53 Diaconi. Ha presieduto Mons. F. Angelini, assistito dai pp. Redrado e Janak, presenti l'Arcivescovo e il Nunzio Apostolico. Nella sua omelia, Mons. F. Angelini ha ricordato ai nuovi Diaconi il servizio della Parola, l'Eucaristia e la cura pastorale soprattutto verso i deboli e i malati.

Siedlce

A Siedlce abbiamo preso parte alla benedizione del nuovo seminario diocesano in grado di ospitare 200 seminaristi. Il rito è stato presieduto dal Cardinale Josefz Glemp, presenti diversi Vescovi delle diocesi limitrofe, professori del seminario, seminaristi e un folto pubblico.

Nell'incontro di domenica 24 giugno con il Cardinale Primate di Polonia si è parlato degli incontri avuti nel corso di questa visita e dell'iniziativa del Congresso internazionale sulla umanizzazione della Medicina.

Nella recente visita in Polonia abbiamo trovato un clima più sereno dovuto alla recuperata libertà. Certamente i problemi gravi ed urgenti sono molteplici,

dalla disoccupazione all'esigenza di salari più alti e di un migliore tenore di vita. In campo sanitario urgono farmaci e idonee attrezzature.

In particolare, c'è da rilevare che attualmente lo Stato è propenso a restituire, ad esempio, agli istituti religiosi strutture loro sottratte dal precedente regime; gli istituti religiosi, però, hanno difficoltà ad accettare questa offerta, sia per mancanza di personale sia perché si tratta di strutture che richiederebbero uno sforzo impari.

Senza dubbio l'attuale situazione della Polonia pone una sfida anche alla Chiesa ed agli istituti religiosi. Il recupero della democrazia è un valore che occorre saper difendere ed amministrare. Ciò richiede un cammino di preparazione, scelte nuove e coraggiose e solidarietà concreta dagli amici della Polonia.

In merito a questa nuova visita in Polonia, un particolare ringraziamento a quanti abbiamo incontrato; un grazie vivo e sincero alla nostra guida fraterna e generosamente sempre vicina S.E. Mons. B. Dabrowski ed ai suoi stretti collaboratori nella sede della Conferenza Episcopale Polacca, i padri Sawinski e Sobieraj.

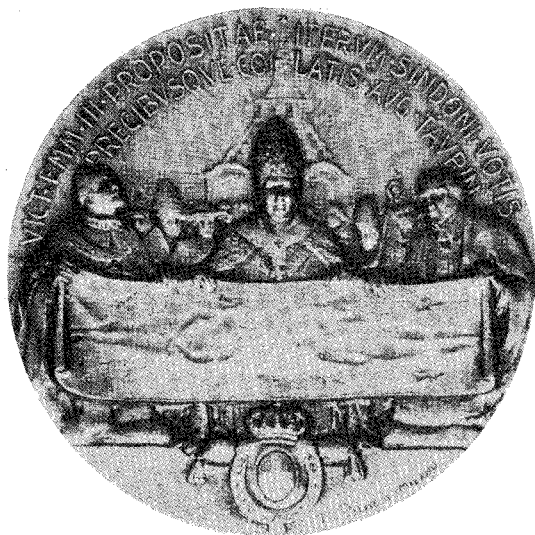
p. J.L.R.

i vescovi cattolici di rito ucraino e il pontificio consiglio

Sabato 30 giugno ha avuto luogo un fraterno incontro tra il Presidente del nostro Pontificio Consiglio e i Vescovi Cattolici di Rito Ucraino presenti a Roma perché invitati dal Papa Giovanni Paolo II. Sono stati presenti all'incontro oltre il Presidente S.E. Mons. Fiorenzo Angelini, il Segretario P. José Luis Redrado, e il Sottosegretario P. Felice Ruffini e i Consulenti Prof. Corrado Manni e Prof. Franco Splendori. I Vescovi presenti oltre l'Em.mo Cardinale Myroslav Ivan Lubachivsky Arcivescovo Maggiore di Lviv sono:

S.E. Mons. Volodymyr Sterniuk Locum-Tenens del Cardinale M.I. Lubachivski, S.E. Mons. Philemon Kurchaba Ausiliare di Lviv, S.E. Mykhailo Sabryha Ausiliare di Lviv, S.E. Mons. Sophron (Stefan) Dmyterko Eparca di Ivano-Frankivsk, S.E. Mons. Pavlo Vasylyk Coadiutore di Ivano-Frankivsk, S.E. Mons. Irynej (Ihor) Bilyk Ausiliare di Ivano-Frankivsk, S.E. Mons. Ivan Semedi Eparca di Mukachiv, S.E. Mons. Ivan Marghitych Ausiliare di Mukachiv, S.E. Mons. Josyf Hoiovach Ausiliare di Mukachiv.

Durante l'incontro anche conviviale sono stati trattati alcuni fondamentali argomenti di pastorale sanitaria quale mezzo *credibile ed idoneo per una efficace evangelizzazione*. Hanno preso la parola l'Em.mo Cardinale Lubachivsky, il suo Luogotenente S.E. Mons. Volodymyr Sterniuk, Mons. Mario Rizzi Sottosegretario della Congregazione per le Chiese Orientali, S.E. Mons. Julian Voronovsky ed infine S.E. Mons. Fiorenzo Angelini. Fatto rilevante è stato che nel corso dell'incontro il Luogotenente Mons. Sterniuk ha reso nota la nomina di S.E. Mons. Julian Voronovsky a Vescovo delegato della Pastorale Sanitaria per la Chiesa Cattolica di Rito Ucraino. I Presuli erano accompagnati da Mons. Mario Rizzi e Mons. Glodz Slawoj Sottosegretario e Ufficiale della Congregazione per le Chiese Orientali, dai Monsignori Iwan Dacho e Jaroslav Czukhnij. I rapporti tra i Vescovi incontrati e il nostro Pontificio Consiglio avranno continuità ed è stata assicurata la più fervida, concreta e costante disponibilità di collaborazione con una Chiesa esemplare ed eroica.



presenza del pontificio consiglio a diversi incontri

1. Pontificio Consiglio « Giustizia e Pace »

A Roma il giorno 1 marzo ha avuto luogo un incontro interdicasteriale, coordinato dal Pontificio Consiglio « Giustizia e Pace ». Il tema centrale era: « Giornata Mondiale della Pace ». Fatta un'analisi del significato del messaggio dell'anno 1990, sono stati studiati diversi criteri per il Messaggio del 1991. Il P. José L. Redrado rappresentava il Dicastero della Pastorale sanitaria.

2. Pontificio Consiglio per il dialogo con i non credenti

Giovedì 10 maggio 1990, si è svolto a Roma nella sede del Pontificio Consiglio per il dialogo con i non credenti un incontro interdicasteriale sul tema: *l'ateismo in occidente dopo il fallimento del marxismo*. Rappresentava il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli operatori sanitari, Don Jean-Marie Mupendawatu, collaboratore del medesimo Dicastero. L'intervento del Professore Luis Clavel, principale relatore dell'incontro, fu centrato sull'analisi filosofica e sociale del fallimento del sistema marxista e le sue conseguenze sul piano ecclesiale. Nel suo intervento, il rappresentante del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli operatori sanitari fece notare che senza una riscoperta dell'etica, l'uomo e l'umanità stessa sono in pericolo. E, concludendo il suo intervento, l'inviato del Dicastero della Pastorale del mondo della salute, accennò all'impegno del Dicastero per un dialogo con l'Est nel campo sanitario. È un impegno sempre costante nella sua attività, ma che avuto questi ultimi mesi un impulso notevole in ragione degli avvenimenti dell'Est. L'ultimo viaggio in Russia del Presidente e il suo intervento all'Accademia delle Scienze Mediche di Mosca ha permesso di conoscersi meglio e di scambiare esperienze.

3. Medicus mundi international

Nei giorni 12 e 13 maggio, si è svolto a Ginevra l'annuale colloquio Internazionale di Medicus Mundi. Il tema trattato è stato: « Quali sono le soluzioni possibili di fronte ai costi della salute a livello di distretto (il ruolo dei governi, delle popolazioni e delle ONG) ».

Le riflessioni teoriche e le esperienze pratiche dei partecipanti, provenienti da 24 Paesi, hanno permesso un esame approfondito

di un aspetto non sufficientemente considerato — alla luce della costante contrazione dei fondi nel settore sanitario — come è quello delle priorità da definire sulla base del budget disponibile e del ruolo della popolazione del distretto nella compartecipazione alle decisioni e alle spese sanitarie per l'elevazione della qualità della vita e la cura dei malati.

Per il nostro Dicastero, ha seguito i lavori il camilliano P. Salvatore Renato.

4. Assemblea mondiale della sanità

La 43^a Assemblea mondiale della Sanità (7 - 17 maggio) ha beneficiato di un clima più favorevole a seguito dell'attenuazione delle tensioni ideologiche e politiche a livello mondiale. Al contrario, la grave situazione economica si ripercuote in maniera negativa in questi ultimi anni sullo sviluppo sanitario e spinge a ulteriori sforzi per un utilizzo più razionale delle risorse disponibili.

I temi maggiormente considerati sono stati:

a. gli aspetti nazionali e internazionali dello sviluppo sanitario nel corso del prossimo decennio;

b. gli effetti dell'ambiente sulla salute (i residui tossici);

c. il ruolo della ricerca nella sanità;

d. il rapporto sulla strategia mondiale di lotta contro l'Aids;

e. la lotta contro l'abuso delle droghe.

Il camilliano P. Salvatore Renato ha rappresentato il Pontificio Consiglio in seno alla delegazione ufficiale della S. Sede, guidata dal Nunzio Apostolico S.E. Mons. Justo Mullor, Osservatore Permanente presso l'O.N.U. a Ginevra.

5. Caritas Internazionale

Un gruppo di lavoro della Caritas Internazionale si è riunito a Roma i giorni 23 a 26 maggio per fare una riflessione sull'AIDS.

Il nostro Pontificio Consiglio è stato invitato a svolgere il tema: « Dopo la Conferenza sull'AIDS in Vaticano, che cosa ha fatto il nostro Pontificio Consiglio? » Il P. José L. Redrado rappresentò il Dicastero ed espose ai presenti quello che significò la nostra Conferenza ed il modo di raccolta dati che avevamo intrapreso nel Pontificio Consiglio: documenti delle Conferenze Episcopali, criteri, valori da sottolineare e azioni che si portano avanti.

una fondazione a perpetuità per un corso di pastorale sanitaria

L'Istituto di Pastorale della Pontificia Università Lateranense di Roma, dagli inizi della sua fondazione, ha offerto agli studenti un corso di Pastorale Sanitaria.

Il Consiglio dell'Istituto e i propri studenti hanno valutato molto positivamente questa esperienza e hanno dichiarato la necessità che questo corso venga inserito in maniera stabile all'interno del programma. Il Rettore della Pontificia Università si è rivolto al Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari chiedendo il sostegno per una fondazione in perpetuum.

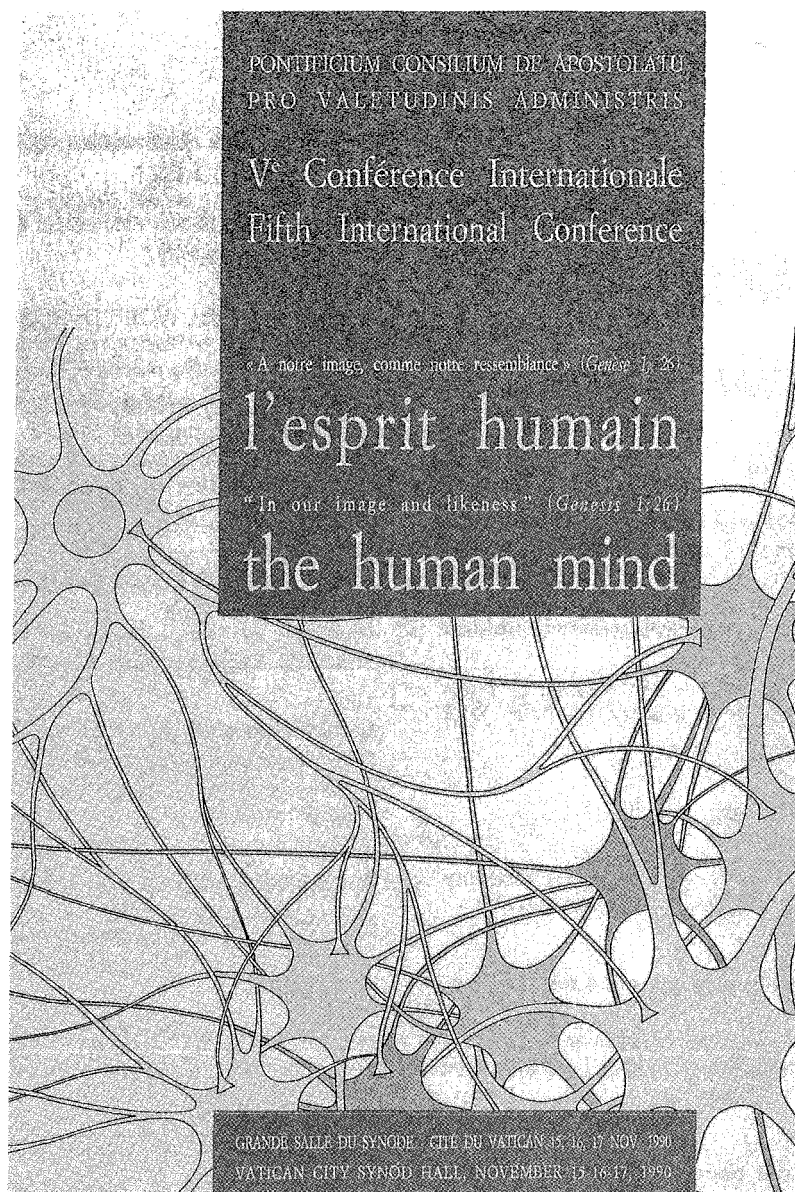
Il Presidente del Pontificio Consiglio, S.E. Mons. Fiorenzo Angelini ha così risposto al Rettore, S.E. Mons. Pietro Rossano:

...« Dopo aver ascoltato il parere del Segretario e del Sottosegretario del Pontificio Consiglio, ritengo doveroso accogliere la sua proposta. Perciò siamo disposti a definire la stabilità del corso con fondazione a perpetuità... ».

Il corso si svolgerà nell'arco di sei mesi, in due ore settimanali; il Professore verrà designato dal Consiglio dell'Istituto di Pastorale, dopo aver ascoltato il parere del Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari. Nell'Ordo dell'anno accademico verrà indicato che il corso è stato fondato dal Pontificio Consiglio.

Il nostro ringraziamento va all'Ecc.mo Rettore Magnifico dell'Università Mons. Pietro Rossano, e al Presidente dell'Istituto di Pastorale, Mons. Francesco Marinelli, perché si deve alla loro sensibilità ed intuizione se da tempo è operante in Roma questo speciale corso.

Esprimiamo il nostro augurio perché iniziative simili sorgano anche in altre Università Pontificie, Facoltà di Teologia, Istituti Superiori di Cultura, Religiosa e Seminari.



Non può sfuggire la rilevanza e l'attualità del tema scelto ad argomento della V Conferenza Internazionale promossa dal Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari.

La conoscenza dell'uomo, quale sia la disciplina che se ne occupa, comporta risposte sempre più motivate all'interrogativo sulla natura e le prerogative della mente umana.

Assistiamo oggi all'affermarsi obbligato della interdisciplinarieta e complementarieta delle diverse branche del sapere. Ogni forma di conoscenza non procede su linee parallele condannate a non incontrarsi, ma muove, come raggi di luce verso un punto prospettico, in direzione convergente verso una comprensione unitaria della complessa realtà studiata. La riflessione sulla mente umana comprova in maniera singolare questo dato, poiché, per riconoscimento della scienza, la mente umana sintetizza insieme e trascende la realtà psicosomatica dell'uo-

mo che, per la prerogativa del pensiero, è essere umano integrale ed individualità personale irripetibile.

I traguardi raggiunti dalla neurochimica, dalla psicosomatica e dalla nuova era della psico-neuro-endocrinologia pongono, poi, particolari problemi anche alla scienza morale, la quale mai può prescindere dalla piena promozione e dalla totale difesa della vita e della sua dignità che, nella mente umana, mostrano il sigillo dell'immagine e somiglianza divina.

La V Conferenza Internazionale intende raccogliere un'istanza avvertita in un momento emergente dell'ardita ricerca nel campo delle neuroscienze i cui orizzonti si aprono all'affermazione di una civiltà sempre più a misura della grandezza e della nobiltà della persona umana.

✠ Fiorenzo Angelini
Presidente

GIOVEDÌ 15 NOVEMBRE 1990

P R E S I D E N Z A

S.E. Mons. FIORENZO ANGELINI
*Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale
per gli Operatori Sanitari*

S.E. Prof. GIOVANNI BATTISTA MARINI BETTOLO
Presidente della Pontificia Accademia delle Scienze

9:00

APERTURA DELLA CONFERENZA

9:15

P R O L U S I O N E

Em.mo Card. JOSEPH RATZINGER
Prefetto della Congregazione per la Dottrina della Fede

9:40

Mente e cervello come fulcro dell'esistenza umana

Prof. GERALD M. EDELMAN
Premio Nobel per la Medicina, Professore di Neurobiologia alla Rockefeller University di New York (U.S.A.)

10:00

L'interfaccia mente-cervello

Prof. FLOYD BLOOM
Direttore della Divisione di Neuroscienze e Endocrinologia alla Scripps Clinic, La Jolla, California, (U.S.A.)

10:20

Lo sviluppo del cervello e la genetica molecolare

Prof. JAMSHED TATA
Direttore del Laboratorio di Biologia Evolutiva all'Istituto Nazionale di Ricerche Mediche di Londra (Gran Bretagna)

10:40

Le basi biologiche del pensiero: il linguaggio dei neurotrasmettitori

Prof. PIERRE MAGISTRETTI
Direttore dell'Istituto di Fisiologia all'Università di Losanna (Svizzera)

11:00

Intervallo

11:20

Diversità strutturale dei recettori GABAergici nella regolazione delle emozioni

Prof. ERMINIO COSTA
Direttore dell'Istituto per le Neuroscienze alla Georgetown Medical School di Washington (U.S.A.)

11:40

La diagnostica per immagini: guardando il cervello al lavoro

Prof. MARCUS E. RAICHLE
Direttore della Divisione di Scienze Radiologiche presso la Scuola di Medicina della Washington University (U.S.A.)

12:00

La plasticità funzionale del Sistema Nervoso Centrale

Prof. MICHAEL GAZZANIGA
Direttore del Dipartimento di Psichiatria alla Dartmouth Medical School di Hanover (U.S.A.)

12:20

Il sonno: l'altra dimensione della mente

Prof. MICHEL JOUVET
Professore di Medicina Sperimentale e Direttore dell'Unità CNRS-INSERM Onirologia Molecolare all'Università di Lione (Francia)

15:00

Moderatore: Prof. WOLF D. HEISS
Direttore del "Max Planck Institut" per la ricerca neurologica di Colonia (Germania Federale)

Gli aspetti etici delle nuove tecnologie biomediche

Prof. JEROME LEJEUNE
Membro della Pontificia Accademia delle Scienze, Professore di Genetica Fondamentale alla Università di Parigi (Francia)

15:20

Intelligenza artificiale ed intelligenza contemplativa

Prof. PIETRO PRINI
Ordinario di Storia della Filosofia all'Università degli Studi "La Sapienza" di Roma (Italia)

15:40

Lo sviluppo mentale di un nuovo essere umano

Prof. ADRIANO OSSICINI
Professore di Psicologia Generale alla Università "La Sapienza" di Roma

16:00

Il ruolo della famiglia nello sviluppo della personalità

Prof.a WANDA POLTAWSKA
Direttore dell'Istituto di Teologia della Famiglia alla Pontificia Accademia Teologica di Cracovia (Polonia)

16:20

La vita della mente

Prof. CARLETON GAJDUSEX
Premio Nobel per la Medicina, Direttore del Laboratorio di Studi sul Sistema Nervoso Centrale al National Institute of Health di Bethesda (U.S.A.)

16:40

Cervello, comportamento e invecchiamento

Prof. MARAT VARTANIAN M.D., Dci.
Capo della Commissione sugli Psicofarmaci ed i Narcotici del Ministero della Sanità (U.R.S.S.)

17:00

Intervallo

17:20

Dalla Bibbia alla Medicina Psicosomatica

Prof. Don GIAMBATTISTA TORELLO
Rettore della Chiesa di S. Pietro a Vienna (Austria)

17:40

Lo spirito e il corpo

Prof. JEAN-DIDIER VINCENT
Professore di Fisiologia alla Facoltà di Medicina dell'Università di Bordeaux (Francia)

18:00

Psicosomatica 2000: stato e prospettive

Prof. FERRUCCIO ANTONELLI
Presidente della Società Italiana di Medicina Psicosomatica (Italia)

18:20

Meccanismi mentali dello stress emozionale

Prof. KONSTANTIN V. SUDAKOV
Membro dell'Accademia delle Scienze di Mosca, Direttore dell'Istituto di fisiologia normale (U.R.S.S.)

Prof. 9:00

Moderatore: Prof.a CARLA GIULIANA BOLIS
Professore Ordinario di Biologia Comparata all'Università di Milano (Italia)

Le meraviglie del risveglio alla vita

Prof. OLIVER W. SACKS
Professore di Clinica Neurologica presso l'Albert Einstein College di Medicina, New York (U.S.A.)

9:20

Interazione virus-cellule nervose e malattia

Prof. ADOLFO TURANO
Direttore dell'Istituto di Microbiologia all'Università di Brescia (Italia)

9:40

La malattia dell'anima: aspetti biologici

Prof. FREDERICK K. GOODWIN
Amministratore della Sovrintendenza degli Istituti per l'abuso di alcool e sostanze stupefacenti e della salute mentale, Washington (U.S.A.)

10:00

Per ridurre la domanda di droga

Prof. HERBERT KLEBER
Condirettore dell'Ufficio per la politica del controllo nazionale del farmaco, Washington (U.S.A.)

10:20

Le radici della violenza

Prof. RENZO CANESTRARI
Direttore dell'Istituto di Psicologia all'Università di Bologna (Italia)

10:40

Intervallo

11:00

Fattori di rischio e fattori di evoluzione: premesse della prevenzione

Prof. CARLO LORENZO CAZZULLO
Direttore dell'Istituto di Clinica Psichiatrica dell'Università di Milano (Milano)

11:20

Psicanalisi e psicoterapia

Prof. Don IGNACIO CARRASCO DE PAULA
Rettore dell'Ateneo della S. Croce in Roma (Italia)

11:40

Le prospettive della psicofarmacologia come mezzo del restauro della mente

Prof. BRUNO SILVESTRINI
Professore di Farmacologia e Farmacognosia all'Università "La Sapienza" di Roma (Italia)

12:00

Farmacologia e Recupero psicosociale dalla Schizofrenia

Prof. HERBERT Y. MELTZER
Direttore del Laboratorio di Psichiatria Biologica alla "Case Western Reserve University di Cleveland" (U.S.A.)

12:20

La mente umana e il futuro della rianimazione

Prof. CORRADO MANNI
Direttore dell'Istituto di Anestesia e Rianimazione

all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma (Italia)

15:00

Moderatore: Prof. GOTTFRIED ROTH
Professore Ordinario di Medicina Pastorale all'Università "Alma Mater Rudolphina" Vienna (Austria)

L'apporto della Fede alla salute mentale

Prof. GUSTAVE MARTELET S.J.
Professore di Teologia dogmatica alla Facoltà Teologica della Compagnia di Gesù di Parigi (Francia)

15:20

Mente umana, individualità e libertà

Prof. FERNANDO ANGULO
Direttore del Servizio di Psichiatria all'Ospedale S. Giovanni di Dio di Barcellona (Spagna)

15:40

Problemi del cervello e attualità

Prof. OLEG V. ADRIANOV
Membro dell'Accademia delle Scienze di Mosca (U.R.S.S.)

16:00

La sindrome dei sopravvissuti

Prof. ZDZISLAW RYN
Professore Associato di Psichiatria all'Accademia Medica di Cracovia (Polonia)

16:20

Lo sviluppo della dottrina sull'uomo nell'Antico Testamento

Prof. Don NICOLA LOSS
Professore di S. Scrittura alla Pontificia Università Salesiana di Roma (Italia)

16:40

Intervallo

17:00

Esperienza religiosa e mente umana

Prof. JORDI FONT
Direttore Tecnico della Fondazione "Vidal y Barraquer" di Barcellona (Spagna)

17 20

La cultura come progetto creativo e l'emergenza biologica

P. EDOUARD BONE
Professore Emerito di Antropologia all'Università Cattolica di Louvain (Belgio)

17:40

La capacità della mente di discernere il bene e il male

P. BONIFACIO HONINGS O.C.D.
Professore di Teologia Morale alla Pontificia Università Lateranense

18:00

I segreti della memoria

Prof. MORTIMER MISHKIN
Direttore dell'Istituto di Neuropsicologia al National Institute of Health di Bethesda (U.S.A.)

9:00

TAVOLA ROTONDA

Culture e malattie mentali

Moderatore: Prof. Fr. AIRES GAMEIRO O.H.
Professore di Psicologia Clinica all'Università Cattolica di Lisbona (Portogallo)

Prof. PIERRE NDIAYE
Direttore del Servizio di Neurologia all'Ospedale "Fann" di Dakar (Senegal)

Prof. SHEN YU-CUN
Direttore dell'Istituto di Sanità all'Università Medica di Pechino (Repubblica Popolare di Cina)

Prof. FRANCISCO ESCOBEDO
Professore all'Istituto Nazionale di Neurologia e Neurochirurgia di Città del Mexico (Mexico)

Prof. Rev. HENRY BABEL
Pastore della Cattedrale di S. Pietro di Ginevra (Svizzera)

10:30

Intervallo

11:00

TAVOLA ROTONDA

Problemi assistenziali: aspetti umani, organizzativi, etici, giuridici e pastorali in psichiatria

Moderatore Prof. ELIO GUZZANTI
Direttore Scientifico all'Ospedale Bambino Gesù di Roma (Italia)

Aspetti giuridici

Prof. NICOLA OCCHIOCUPO
Rettore dell'Università degli Studi di Parma, Ordinario di Diritto Costituzionale alla Facoltà di Giurisprudenza (Italia)

Vivere con il malato mentale in famiglia

Dott.ssa ANNA ROSA ANDRETTA
Fondatrice e Presidente dell'Associazione "difesa ammalati psichici gravi" - DIAPSIGRA - Roma (Italia)

Aspetti organizzativi

Dott. Fr. RAMON FERRERO O.H.
Psichiatra, Direttore dell'Ospedale Cattolico di S. Giovanni di Dio a Thiès (Senegal)

Droga e alcool

Mons. JAMES CASSIDY
Cancelliere del "Medica1 College" di Valhalla - New York (U.S.A.)

Formazione professionale per lavorare in psichiatria

Fra PIERLUIGI MARCHESI, O.H.
Direttore dell'Istituto Psichiatrico "Beata Vergine della Consolata" di Torino (Italia)

Aspetti umani

Suor TERESA LOPEZ
Psichiatra, Superiore Generale delle Suore Ospedaliere del Sacro Cuore di Gesù, (Spagna)

Aspetti Etico-Pastorali

Prof. P. DOMENICO CASERA M.I.
Professore di Teologia Pastorale Sanitaria all'Istituto Internazionale "Camillianum" di Roma (Italia)

15:00

Moderatore: Prof. ALESSANDRO BERETTA
ANGUISSOLA
Presidente del Consiglio Superiore di Sanità (Italia)

La neurobiologia del linguaggio - La base della comunicazione umana

Dr. GUY McKHANN
Professore di Neurologia al John Hopkins Hospital di Baltimora (U.S.A.)

15:20

L'influenza delle radiazioni ionizzanti sull'attività psichica e neurologica dell'uomo

Prof. ANATOLY EFIMOVIC ROMANENKO
Direttore del Centro di Medicina per le Radiazioni - Accademico delle Scienze Mediche (U.R.S.S.)

15:40

Lo scienziato e la Mente

Prof. CARLO RUBBIA
Membro della Pontificia Accademia delle Scienze, Premio Nobel per la Fisica, Direttore del centro europeo di ricerche nucleari CERN - Ginevra (Svizzera)

16:00

Il bambino e l'intelligenza

JAMES P. GRANT
Direttore esecutivo dell'UNICEF, New York (U.S.A.)

16:20

La difficile realtà del ritardo mentale

Prof. FEDERICO MAYOR ZARAGOZA
Direttore Generale dell'U.N.E.S.C.O., Parigi (Francia)

16:40

Epidemiologia dei disturbi mentali nel mondo

Dott. HIROSHI NAKAJIMA
Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, Ginevra (Svizzera)

17:00

Decade del cervello

LOUIS W. SULLIVAN, M.D.
Ministro della Sanità degli U.S.A.

17:20

Intelligenza e Trascendenza

Prof. ANDRÉ FROSSARD
Membro dell'Accademia di Francia