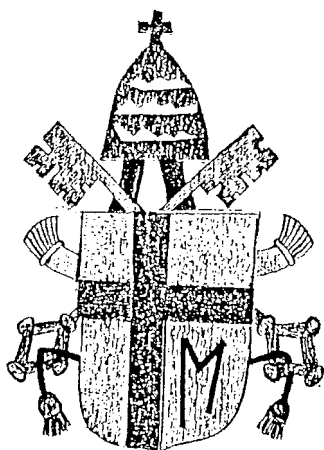




DOLENTIUM HOMINUM

N. 15 (anno V - N. 3) 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. JESUS 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. MARIE - GABRIEL 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. 60.000
(estero \$ 60 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

Sped. in abb. post. gr. IV/70%
III Quadrimestre 1990

sommario

EDITORIALE

- 6 Il magistero di Giovanni Paolo II per gli Operatori Sanitari
Mons. Fiorenzo Angelini
- 11 Il regno futuro è tra noi
Suor Annick Leroux
- 16 XVII Congresso mondiale della FIAMC
Domenico di Virgilio
- 19 Responsabilità e libertà del farmacista cattolico
Giovanni Fallani

MAGISTERO DELLA CHIESA

- 21 Dai discorsi del Santo Padre

ARGOMENTI

- 28 Medicina della migrazione
Piero Chiappini
Antonio Currà
- 39 L'etica medica
Russell E. Smith

TESTIMONIANZE

- 48 Pastorale della Sanità in Colombia
- 49 Programma di formazione a distanza
Manuel Marco
- 51 L'assistenza pastorale ai malati di AIDS (**Ponce**)
- 52 Rapporto sul ruolo della Chiesa nella pastorale della sanità (Comores)
Jean Peault
- 54 Esperienze pastorali fra gli ammalati di AIDS (Burkina Faso)
François Sedgo
- 55 Centro di formazione (Yaoundé)
- 56 Chiesa e assistenza sanitaria in India
Thomas Sebastian

ATTIVITÀ DEL PONTIFICIO CONSIGLIO

60 Discorsi

*Sinodo dei Vescovi: Il sacerdote è chiamato
a portare ai malati la simpatia del Salvatore*

La formazione etica degli Operatori Sanitari

Valori etici e spirituali per un sano stile di vita

Chiesa e salute nel mondo

Dono di sé e donazione di organi

73 Cronache degli incontri

Madrid: *Chiesa e salute*

Nicosia: *IV Conferenza Europea dei Ministri della
Sanità*

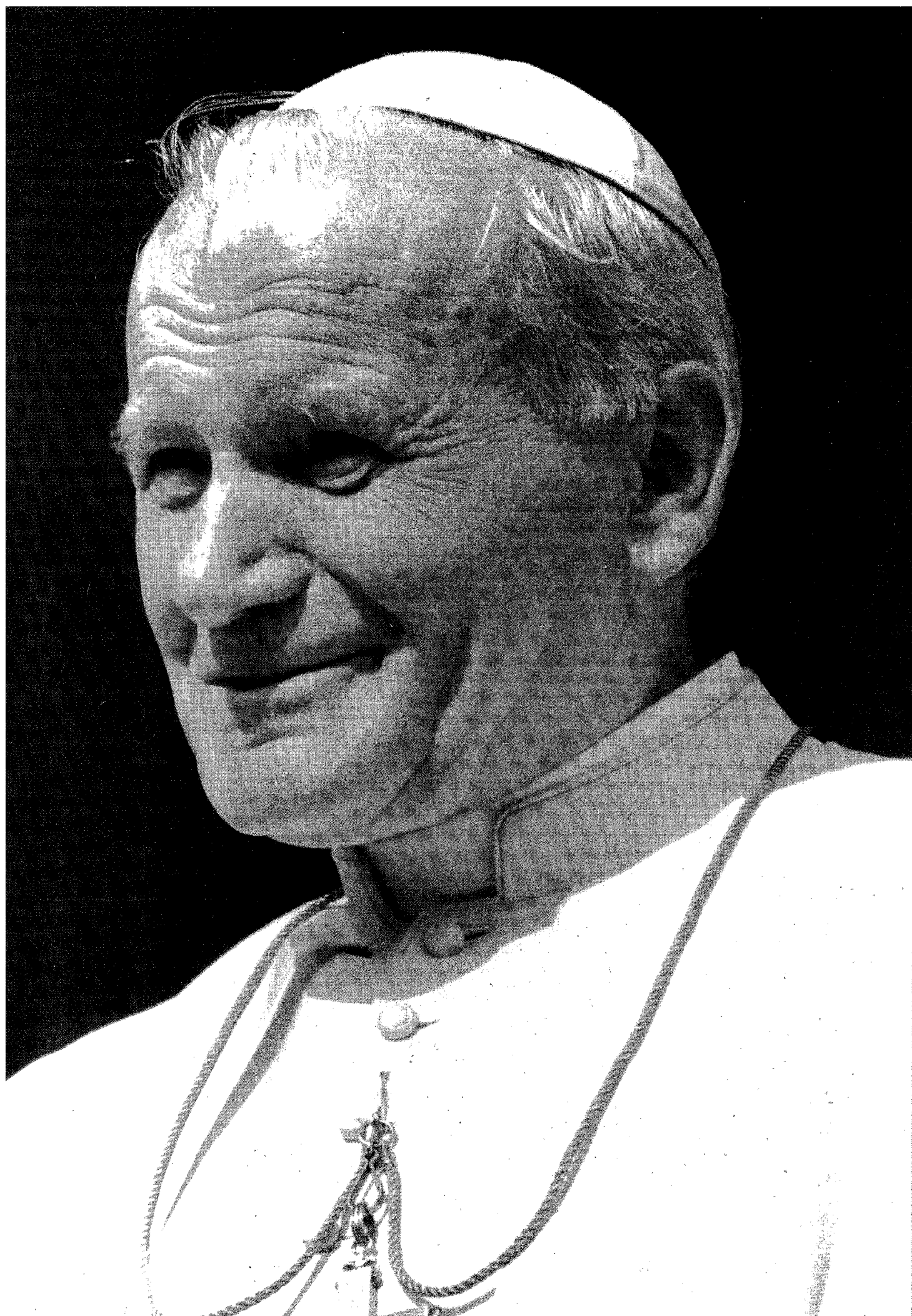
Cracovia: *Dottorato "Honoris causa" a
Mons. Angelini*

Città del Vaticano: *Sinodo dei Vescovi
V Conferenza Internazionale*

Presenza del Pontificio Consiglio in altri incontri

77 Libri

*Le illustrazioni di questo numero
sono tratte dal volume di
Tadeus Chrzanowski
«Oltarz Maracki Wita Stwosza»
Ed. Interpress Warszawa 1985*



Q. F. F. F. Q. S.

SUMMIS AUSPICIIS

SERENISSIMAE REI PUBLICAE POLONORUM

NOS

THADDAEUS CICHOCKI

MEDICINAE DOCTOR,
HISTOLOGICAE PROFESSOR p.e.
R.E. ACADEMIAE MEDICAE NICOLAO-COPERNICANAE CRACOVIENSIS
RECTOR MAGNIFICUS
SIMUL ET PROMOTOR RITE CONSTITUTUS
ET

ADAMUS SZYMUSIK

MEDICINAE DOCTOR, PSYCHIATRIAE PROFESSOR p.e.
h. ORDINIS PROFESSORUM FACULTATIS MEDICAE
DECANUS SPECTABILIS
EX AUCTORITATE ORDINIS PROFESSORUM FACULTATIS MEDICAE
ET SENATUS ACADEMIAE
IN

FLORENTIUM ANGELINI

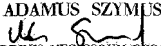
ARCHIEPISCOPUM EXCELLENTISSIMUM
CONSILII PONTIFICII DE APOSTOLATU PRO VALETUDINIS ADMINISTRIS PRAESIDEM
QUI AUXILIUM MEDICUM AEGROTANTIBUS UNIVERSALITER ADMINISTRANDUM IUSTISSIMUS PROVIDIT DEQUE EIUDEM
AUXILII RATIONE CONFORMANDA OPTIME EST MERITUS
QUIQUE ID EGIT, UT CUM ARTIS MEDICAE NATURALI VALORE ET USU HUMANITATIS IUNGERENTUR RESPICERENTURQUE
VIRTUTES AC BONA
SED ET QUAE INTER MEDICOS ET INFIRMOS INTERCEDERE DEBERENT MUTUA CONSORTII VINCULA SECUNDUM CHRISTIA-
NITATIS ATQUE OECUMENISMI PHILOSOPHIAM CONNECTENDA SEMPER DOCUIT PROPAGAVITQUE

MEDICINAE DOCTORIS

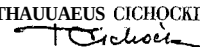
HONORIS CAUSA

NOMEN ET DIGNITATEM, IURA ET PRIVILEGIA CONTULIMUS ATQUE IN EIUDEM FIDEM HOC DIPLOMA ACADEMIAE SIGILLO
SACIENDUM CURAVIMUS

DABAMUS CRACOVIAE POLONORUM, DIE VICESIMA QUARTA MENSIS NOVEMBRIS, ANNO MILLESIMO NONGENTESIMO
NONAGESIMO

ADAMUS SZYMUSIK

ORDINIS MEDICORUM DECANUS



THADDAEUS CICHOCKI

ACADEMIAE RECTOR
DOCTORIS PROMOTOR

*Diploma del dottorato «Honoris Causa» in medicina conferito a S.E. Mons. Fiorenzo Angelini
dalla Università Jagellonica di Cracovia (Polonia), 24 novembre 1990*

il magistero di Giovanni Paolo II per gli operatori sanitari

Discorso di S.E. Mons. Fiorenzo Angelini nell'Università Jagellonica di Cracovia (Polonia) in occasione del conferimento della laurea « honoris causa » in medicina (24 novembre 1990)

Illustre Signor Rettore Magnifico della prima Università di Polonia, l'Università Jagellonica, fondata nel lontano 1364 dal Re Kasimirus; illustre Rettore dell'Accademia di Medicina « Nicolaus Copernicus »; Signori Cardinali Jozef Glemp Franciszek Macharski, Henryk Roman Gulbinowicz. Ecc.mo Nunzio Apostolico, Signor Ministro della Sanità; Ecc.mi Vescovi, illustri Membri del Senato Accademico; illustri Rettori degli Atenei Universitari di Cracovia, egregi Professori, cari alunni, Signore e Signori!

È per me un onore grandissimo trovarmi oggi in questa storica e nobile Università, dove Nicolaus Copernicus fu studente di Medicina ed Astronomia, e dove il Papa Giovanni Paolo II, ancora decenne, vide laurearsi in Medicina il suo fratello maggiore Edmund e dove iniziò gli studi di letteratura polacca per poi intraprendere, dopo l'ultima guerra mondiale, quelli di filosofia e di teologia.

Con molta semplicità affermo di essere particolarmente lieto di ricevere la laurea « honoris causa » in medicina, anche se ritengo di non meritare un così alto riconoscimento per il mio lavoro scientifico, culturale e pastorale che sempre ho ritenuto modesto ma appassionato servizio a Cristo, medico divino delle anime e dei corpi, al Suo Vicario in terra il Papa, alla Chiesa maestra ed « esperta di umanità ».

Ringrazio cordialmente i promotori di questa iniziativa i quali hanno voluto creare questa giornata che, per i suoi valori, resterà per me perennemente memorabile.

Essendo stato invitato a trattare, sia pure brevemente, un argomento che fosse direttamente legato alla cerimonia che stiamo vivendo, ho scritto un breve saggio sul tema: « Il magistero di Giovanni Paolo II per gli Operatori Sanitari ».

Credo opportuna una precisazione terminologica preliminare. Il magistero di Giovanni Paolo II circa l'assistenza agli infermi e, particolarmente, riguardo agli Operatori sanitari, rientra nell'ambito dell'azione pastorale della Chiesa. Si tratta di direttive, spesso molto specifiche, che tengono conto dei molteplici e sempre più complessi problemi etici e morali chiamati in

causa dalla medicina sia come scienza e ricerca sia come prassi. In che senso si può parlare di vero e proprio magistero e, quindi, di autorità di tale insegnamento? Siamo di fronte a direttive dotate di semplice autorità morale in considerazione del prestigio e dell'autorevolezza della fonte, oppure di fronte ad una dottrina e ad un magistero che impegnano il mandato stesso del Pontefice, Vicario di Cristo e custode dell'indeffettibilità della dottrina di fede?

L'originalità e l'importanza del magistero di Giovanni Paolo II in materia di pastorale sanitaria si fonda su di un dato che deve essere sottolineato. Infatti, le sue direttive pastorali in materia poggiano su di una teologia della sofferenza o, se si vuole, su di una teologia della pastorale sanitaria, che il Santo Padre, in molteplici dei suoi documenti, ha chiaramente illustrato. Di qui, a mio giudizio, l'autorità del suo magistero in materia e la necessità di richiamarsi ad esso nell'esercizio della professione e della missione di Operatori sanitari, i quali sono tutti coloro che, a diverso titolo e con peculiari mansioni, svolgono la loro attività nel mondo della sanità e della salute a servizio della medicina preventiva, diagnostica, curativa e riabilitativa, che investe l'uomo nella sua integrità fisica, psichica e spirituale.

Ritengo utile, quindi, in questa breve riflessione, soffermarmi innanzitutto sulla natura e il significato cristiano della sofferenza umana; in secondo luogo, sulle indicazioni dottrinali e pratiche di Giovanni Paolo II per gli Operatori sanitari.

1. Natura e significato cristiano della sofferenza umana

La teologia della sofferenza affonda le sue radici nel mistero dell'incarnazione e della redenzione di Cristo, mistero che parla attraverso « la morte in croce di Cristo », cioè attraverso « l'imperscrutabile profondità della sua sofferenza e del suo abbandono ».¹ Ed è appunto Cristo fatto uomo, e Uomo dei dolori, a far sì che la Chiesa guardi all'uomo come « a sua via », ² poiché, come facendosi uomo, Cristo redense tutto il genere umano, così la Chiesa, incarnandosi, continua l'opera di Cristo.

Ma perché l'incarnazione fosse piena, Gesù scelse di assumere la condizione degli ultimi, degli schiavi, dei deboli, dei sofferenti. Se, quindi, l'uomo è via della Chiesa, egli lo diventa in modo speciale « quando nella sua vita entra la sofferenza ».³

Possiamo chiederci: come può la sofferenza farsi strumento di redenzione, se proprio la redenzione è liberazione dal dolore? Ecco la risposta nel chiaro insegnamento di Giovanni Paolo II: « Operando la redenzione mediante la sofferenza, Cristo ha elevato insieme la sofferenza umana a livello di redenzione. Quindi anche ogni uomo, nella sua sofferenza, può diventare partecipe della sofferenza redentiva di Cristo ».⁴ La Buona novella di Cristo, il suo Vangelo, è dunque per Giovanni Paolo II un « Vangelo della sofferenza ». Infatti, « i testimoni della Croce e della risurrezione di Cristo — scrive il Santo Padre — hanno trasmesso all'umanità uno specifico Vangelo della sofferenza. Il Redentore stesso ha scritto questo Vangelo dapprima con la propria sofferenza assunta per amore, affinché l'uomo “ non muoia, ma abbia la vita eterna ” (Gv 3, 16) ».⁵

La sofferenza non è soltanto quella che porta il nome di una infermità, ma la sofferenza è la condizione umana. Parlando del lavoro umano, quale esso sia, afferma Giovanni Paolo II: « Il sudore e la fatica, che il lavoro necessariamente comporta nella condizione presente dell'umanità, offrono al cristiano e ad ogni uomo che è chiamato a seguire Cristo, la possibilità di partecipare nell'amore all'opera che il Cristo è venuto a compiere. Quest'opera di salvezza è avvenuta per mezzo della sofferenza e della morte di Croce. Sopportando la fatica del lavoro in unione con Cristo crocifisso per noi, l'uomo collabora in qualche modo con il Figlio di Dio alla redenzione dell'umanità. Egli si dimostra vero discepolo di Gesù, portando a sua volta la croce ogni giorno nell'attività che è chiamato a compiere ».⁶

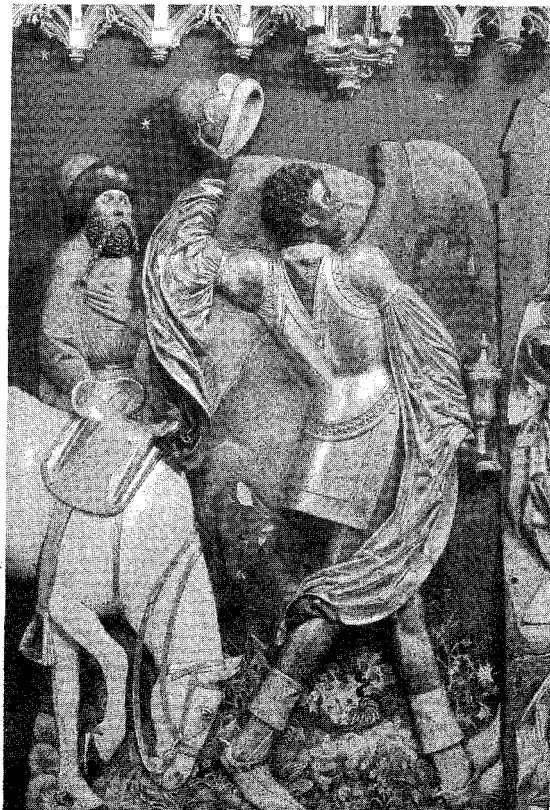
Da questa visione rigorosamente teologica della redenzione discende il significato pratico di essa, che la Chiesa è chiamata a vivere ed a testimoniare.

Nell'enciclica *Sollicitudo rei socialis*, pur collocandosi in atteggiamento di costruttiva speranza, il Santo Padre disegna lo scenario doloroso delle infinite sofferenze dell'umanità dovute agli attentati alla vita, alla violenza ed alle ingiustizie.⁷ Dinanzi a questa situazione, ecco formulato l'orientamento pastorale di fondo della Chiesa oggi. Dice il Papa: « Nell'accoglienza amorosa e generosa di ogni vita umana, soprattutto se debole o malata, la Chiesa vive oggi un momento fondamentale della sua missione,

tanto più necessario quanto più dominante si è fatta una cultura di morte ».⁸

La sollecitudine per chi soffre, nel corpo e nello spirito, è sentita dalla Chiesa « come parte integrante della sua missione ».⁹ Tale sollecitudine deve esprimersi secondo questo duplice orientamento, che Giovanni Paolo II mutua dall'esempio stesso di Cristo: « Cristo — afferma — allo stesso tempo ha insegnato all'uomo a far del bene con la sofferenza ed a far del bene a chi soffre. In questo duplice aspetto egli ha svelato fino in fondo il senso della sofferenza ».¹⁰

Credo non si potesse esprimere in maniera più efficace e, insieme, più concisa il nucleo, il punto di riferimento essenziale della teologia della pastorale sanitaria. E mi sia consentito rivelare che in questa forma di insegnamento e di magistero Giovanni Paolo II ripropone e fa propria quella teologia kerygmatica che caratterizzò la grande catechesi dei massimi Padri della Chiesa: una teologia che è iettura delle verità di fede nell'attuazione misteriosa che esse hanno trovato in Cristo e che, vivendo la sequela di Cristo, possono trovare anche in noi. E non è certamente casuale che richiamandosi spesso alla esemplarità di Maria Santissima, perfetta discepolo di Cristo, Giovanni Paolo II veda la sintesi di questa sequela nella Madre che si è associata alla passione e morte del Figlio.¹¹



2. Indicazioni pratiche per gli Operatori sanitari

Le stesse direttive pastorali del Santo Padre per gli Operatori sanitari si innestano direttamente nella sua teologia della sofferenza. Chi è, per Giovanni Paolo II, l'operatore sanitario? Il Papa ne prende la definizione del Vangelo, quando dice: « Al Vangelo della sofferenza appartiene anche — in modo organico — la parabola del buon Samaritano... Essa indica quale debba essere il rapporto di ciascuno di noi verso il prossimo sofferente ». ¹²

L'operatore sanitario è colui che è vicino al suo prossimo sofferente per recargli sollievo e conforto. D'altra parte, nessuna professione e missione, nessuna attività positiva ha tanto riscontro nel Vangelo quanto l'attenzione verso chi soffre.

Primo tra i pontefici a dedicare un documento tanto ampio ed autorevole al tema della sofferenza, ¹³ Giovanni Paolo II si richiama in questo documento continuamente all'esempio di Gesù che, nel suo ministero pastorale, privilegiò l'approccio agli infermi ed ai sofferenti. Volendo infatti avvicinare tutto l'uomo e tutti gli uomini, il Signore li avvicinò in quello che maggiormente li accomuna: la sofferenza ed il desiderio della salute fisica, psichica e spirituale.

C'è tuttavia un particolare da rilevare: nel campo della sofferenza e della sollecitudine per gli infermi, il magistero e il ministero di Giovanni Paolo II si saldano e si fondono. L'insegnamento è costantemente accompagnato dalla prassi. Anzi, quasi a simboleggiare questa sintesi esemplare, per misterioso disegno divino, il Santo Padre si è trovato ad incarnare la condizione della sofferenza estrema, sfiorando la morte violenta nel drammatico pomeriggio del 13 maggio 1981.

Prima, quindi, di ricordare le indicazioni pratiche di Giovanni Paolo II per gli Operatori sanitari, va preliminarmente precisato che il fondamento dottrinale di tali indicazioni comporta, da parte dell'Operatore sanitario, il dovere serio e grave di conoscere il magistero del Santo Padre.

Nelle indicazioni pratiche del Santo Padre per gli Operatori sanitari distinguerei una duplice dimensione: la preparazione e i requisiti, sostenuti da spirito comunitario.

La preparazione

Agli Operatori sanitari: medici, ricercatori, farmacisti, infermieri/e, personale volontario, amministratori, tecnici, religiosi e religiose, sacerdoti che assistono gli infermi, si richiede una rigorosa preparazione professionale ed etico-morale.

Il diritto alla salute e, quindi, all'assistenza sanitaria, è diritto umano fondamentale primario. ¹⁴ Nello stesso tempo — ribadisce Giovanni Paolo II — « malattia e sofferenza sono fenomeni che, se scrutati a fondo, pongono sempre interrogativi che vanno aldilà della stessa medicina per toccare l'essenza della condizione umana in questo mondo ». ¹⁵

La doverosa preparazione professionale non è qualcosa di separato dalla preparazione etico-morale, poiché la bioetica tocca problemi relativi al nascere dell'uomo, alla sua crescita, al suo sviluppo, alla salvaguardia della sua integrità, al suo naturale tramonto. Problemi non separabili dall'esercizio della professione sanitaria, come peraltro è stato ribadito anche nel recente Sinodo dei vescovi. ¹⁶

L'insistenza continua del magistero di Giovanni Paolo II sulla sacralità della vita; la sua fermezza contro ogni forma di attentato alla vita, dall'aborto alla eutanasia, richiamano la necessità e l'urgenza che la preparazione, a tutti i livelli, degli Operatori sanitari, comprenda quale materia non facoltativa la bioetica, il cui sviluppo è strettamente legato al crescente carattere interdisciplinare della medicina. Scienza e tecnologia hanno compiuto grandi progressi, ma non tutto ciò che è scientificamente e tecnicamente fattibile è moralmente lecito e perciò accettabile. * Con sempre maggiore



frequenza l'operatore sanitario è interpellato dall'indole morale del suo intervento. A tutti questi interrogativi egli deve essere preparato a rispondere.

Requisiti

Un primo requisito pratico dell'Operatore sanitario cattolico scaturisce da quanto appena detto. A lui è richiesta una fedeltà assoluta al magistero della Chiesa, la quale è tanto consapevole di questo dovere da essersi pronunciata, particolarmente nel nostro tempo, con grande chiarezza sui temi centrali della difesa e della promozione della vita. Sui problemi della paternità responsabile, della cosiddetta programmazione familiare, della eutanasia, della sperimentazione genetica, della chirurgia dei trapianti, della prevenzione di fronte alla minaccia di nuove malattie sociali, la Chiesa si è pronunciata con grande chiarezza offrendo direttive non opinabili. Tali direttive si incontrano con frequenza e fermezza in tutto il magistero di Giovanni Paolo II. Il dovere di conoscerlo, considerata la diffusa mentalità materialistica e consumistica, non è soltanto grave, ma anche urgente.

Un secondo requisito che riguarda tutti gli Operatori sanitari è la capacità di dare una impronta *umanizzata* ed umanizzante alla

loro professione. « Il loro impegno — come dice il Santo Padre — non può limitarsi alla sola corretta professionalità, ma deve essere sostenuto da quell'atteggiamento interiore che opportunamente è chiamato "spirito di servizio"... È in questo senso che si pone il richiamo ad umanizzare... Tale umanizzazione significa proclamazione della dignità e della sacralità della vita e della persona umana, rispetto della sua corporeità, del suo spirito, della sua cultura e sensibilità ».¹⁸

Nell'appello agli Operatori sanitari fatto da Giovanni Paolo II nell'Allocuzione a chiusura della IV Conferenza internazionale promossa dal Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori sanitari e dedicata al tema ed ai problemi dell'Aids, il Santo Padre ha disegnato in maniera altissima il carattere umanizzante del servizio richiesto agli Operatori sanitari.¹⁹

Altro requisito che riguarda direttamente gli Operatori sanitari cattolici e quanti intendono ispirarsi alla fede cristiana è quello di evidenziare, nella professione, « l'identità cristiana » del loro servizio. Tale identità abbraccia l'attività individuale e quella associata. Essa, infatti « si ricollega con quella di quanti — sacerdoti, religiosi e laici — sono impegnati nella pastorale degli infermi. In realtà, non pochi aspetti di tale pastorale si incontrano con i problemi ed i compiti del servizio alla vita compiuto dalla medicina ».²⁰ Anzi, il Santo Padre parla di « necessaria interazione tra esercizio della professione medica e azione pastorale, poiché unico soggetto di entrambe è l'uomo, colto nella sua dignità di figlio di Dio, di fratello bisognoso al pari di noi di aiuto e di conforto ».²¹

Infine, come più volte ha ribadito il Santo Padre, è necessario che l'operatore sanitario che si riconosce nell'identità cristiana della sua professione e missione, ne dia aperta testimonianza, soprattutto all'interno della comunità ospedaliera. Non si tratta di testimonianza che porta a dividere ma che, alimentandosi ai principi dell'etica naturale e della morale cristiana, può favorire il massimo della cooperazione.

Proprio nell'Aula magna del « Collegium maius » di questa prestigiosa Università Jagellonica di Cracovia, il 22 giugno 1983, Giovanni Paolo II rivendicava alla cultura cristiana la forza e la capacità di essere fattore di salvaguardia e di promozione della cultura nella sua più vasta accezione, cioè come sapienza, come conoscenza e come rettitudine.²²

Per la prima volta nella storia della Chiesa un pontefice ha creato un dicastero direttamente ed esclusivamente impegnato nel vastissimo campo della sanità e della salute. Istituito il Pontificio Consiglio della



Pastorale per gli Operatori sanitari, che ho l'onore di presiedere, Giovanni Paolo II non soltanto ha riconosciuto l'importanza primaria della pastorale sanitaria, ma ha posto in essere uno strumento che impegna direttamente la Chiesa, al suo massimo livello, in questo campo. Come chiaramente indicato nel documento istitutivo di questo dicastero della Curia Romana, le sue finalità sono: « 1) Stimolare e promuovere l'opera di formazione, di studio e di azione svolta dalle diverse Organizzazioni Internazionali Cattoliche nel campo sanitario, nonché dagli altri gruppi, associazioni e forze che, a diversi livelli e in vari modi operano in tale settore; 2) coordinare le attività svolte dai diversi dicasteri della Curia Romana in relazione al mondo sanitario e ai suoi problemi; 3) diffondere spiegare e difendere gli insegnamenti della Chiesa in materia di sanità e favorirne la penetrazione nella pratica sanitaria; 4) tenere i contatti con le Chiese locali e, in particolare, con le Commissioni episcopali per il mondo della sanità; 5) 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 ».²³

L'accoglienza incontrata nel mondo della sanità e della salute dall'iniziativa del Santo Padre, l'intensa attività condotta dal Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori sanitari nei suoi primi cinque anni di vita, la sua presenza di promozione e di stimolo sia all'interno della realtà ecclesiale sia al suo esterno, il suo impegno quotidiano di servizio nei confronti di tutte le istituzioni sanitarie cattoliche operanti nel mondo, offrono un quadro globale e, vorrei dire, un fondamento visivo alla rilevanza ed alla efficacia del magistero di Giovanni Paolo II per gli Operatori sanitari.

Conclusione

Mi sono limitato a semplici cenni sulle linee del magistero di Giovanni Paolo II per gli Operatori sanitari. I suoi autorevoli interventi, la sua consuetudine con il mondo della sofferenza e della salute, la sua attenzione ai problemi dell'etica medica e della bioetica, i suoi continui contatti con i luoghi di ricovero e di cura e con gli infermi, consentono di affermare che il suo insegnamento per gli Operatori sanitari rappresenta un programma, un iter formativo completo per quanti lavorano nel campo della sanità e della salute.

Forse, sia per il presente, sia per la storia, il tema della sofferenza e della sua valoriz-

zazione — tanto sul piano dottrinale o di magistero quanto su quello della esperienza personale e della testimonianza del Pontefice — costituisce una delle chiavi di lettura più vere e più profonde del suo pontificato. La tradizionale definizione descrittiva che vuole il Vicario di Cristo « servus servorum Dei » potrebbe essere integrata, nella sua attribuzione a Giovanni Paolo II, come « servus infirmus servorum infirmorum Dei ». Vicario di Cristo, di Cristo fatto Uomo e Redentore del mondo assumendo la sofferenza sanante.

Ho voluto che in questa storica Università Jagellonica, nella fausta circostanza del conferimento della Laurea « honoris causa » in Medicina, risuonasse più volte non soltanto il nome — Giovanni Paolo II — ma il riferimento costante alla sua dottrina, al suo dinamismo pastorale, al suo genio di conoscitore esperto dell'uomo e della storia, di trascinatore ispirato ad attuare nel mondo, alla soglia del terzo millennio, la rivoluzione dell'amore.

A Giovanni Paolo II, Vescovo di Roma, Vicario di Cristo, da questa gloriosa Università Jagellonica, e da questa nobile Accademia « Nicolaus Copernicus », vada fortemente riaffermato il mio giuramento di amore e di fedeltà incondizionata. E alla Polonia, sempre fedele, l'auspicio di un tempo di pace e di prosperità, con l'aiuto di Dio, mediatrice la Vergine Santissima.

A voi, strenui cittadini polacchi, il più caloroso saluto!

¹ *Redemptor hominis*, 7.

² *Ibid.*, 10, 14.

³ *Salvifici doloris*, 3.

⁴ *Zbid.*, 19.

⁵ *Zbid.*, 25.

⁶ *Laborem exercens*, 27.

⁷ *Sollicitudo rei socialis*, 13-15.

⁸ *Christifideles Laici*, 38.

⁹ *Motu proprio Dolentium hominum*, 2.

¹⁰ *Salvifici doloris*, 30.

¹¹ *Redemptoris Mater*, 24.

¹² *Salvifici doloris*, 28.

¹³ *Zbid.*

¹⁴ *Laborem exercens*, 19.

¹⁵ *Motu proprio Dolentium hominum*, 2.

¹⁶ *SYNODUS EPISCOPORUM, Instrumentum laboris*, E Civitate Vaticana 1990, nn. 2, 3, 47.

¹⁷ CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Istruzione su il rispetto della vita umana nascente e la dignità della procreazione*, 3.

¹⁸ Cf. Udienza generale del 27.04.1980; inoltre, Allocuzione ai partecipanti al XV Congresso mondiale dei Medici cattolici, 5 ottobre 1982.

¹⁹ Cf. *L'Osservatore Romano*, 17 novembre 1989.

²⁰ Allocuzione ai partecipanti al XV Congresso Mondiale..., *cit.*, n. 6.

²¹ Allocuzione al XV Congresso Mondiale..., *cit.*, n. 6.

²² Cf. *L'Osservatore Romano*, ediz. settimanale, 16-23 giugno 1983, p. XXI.

²³ *Motu proprio Dolentium hominum*, 6.

il regno futuro è tra noi

*Conclusioni del XIV Congresso Mondiale del CICIAMS
(New York dal 10 al 15 giugno 1990)*

È possibile annunciare le conclusioni di un Congresso che abbiamo vissuto insieme? Ognuno di noi, ogni Associazione, ogni Paese, ha evidenziato le proprie convinzioni, interrogazioni, speranze. Le infermiere di New York ci hanno accolto calorosamente e hanno permesso che i nostri lavori si svolgessero in un modo soddisfacente a Mont Saint-Vincent: ricorderemo per molto tempo le loro serate barbecue all'aria aperta.

Inoltre di questa gradevole convivenza, il XIV Congresso Mondiale intendeva:

- Porre in evidenza l'impatto dei rapidi cambiamenti culturali e sociali sopra i concetti di vita, di morte, di salute-malattia, di invecchiamento...

- Fare in modo che i professionisti della sanità acquistino consapevolezza del decadimento dei valori che guidano la loro pratica professionale, da dove l'urgenza di fare presenti e operanti i principi evangelici nel tessuto vivo delle culture e dell'ambiente stesso, a tutti i livelli, nella struttura nella quale si decide la politica e i programmi riferiti alla sanità, i luoghi dove si curano le malattie.

È dovere di ogni congressista, di ogni associazione nazionale, stabilire un bilancio e dire se questo congresso ha raggiunto i suoi obiettivi (vedere foglio di valutazione).

« Cure della salute e valori in un mondo in trasformazione »: questo tema è stato presentato dal discorso-programma di Suor Rosemary Donley, e ripreso poi con l'intervento finale di Mons. Angelini.

Possiamo affermare che molti oratori di qualità hanno esposto magistralmente le principali dimensioni dei valori sopra i quali infermiere e ostetriche possono fondare la loro partecipazione nella promozione de « la salute per tutti nell'anno 2000 ».

Valori umani, spirituali, cristiani, nelle nostre società segnate da cambi socio-culturali profondi e rapidi.

Si tratta di un richiamo a un discernimento etico, a una prospettiva che apra la strada allo sviluppo integrale dell'uomo e dell'umanità. Cosa sarà, in un futuro prossimo, la cura dei bambini e altre cure della salute? Sapremo dedicarci tutti, come professionisti cattolici della sanità, intorno a valori che sono il fondamento della nostre pratiche e

attuare concretamente in questo mondo in evoluzione per introdurre in esso « la bontà, la verità, la bellezza », valori dei quali ci ha parlato il Padre A. Rust Crollius?

Ma, che modalità darsi per rispondere nella maniera migliore oggi alle esigenze di un esercizio adeguato alla nostra professione sanitaria e sociale? Sottoliniamo in particolare la necessità di suscitare:

- una educazione, una formazione solida e aperta, una competenza reale;

- una collaborazione, un accordo fra professionisti e altri partners, un'equipe pluridisciplinare;

- uno sviluppo di vera relazione con pazienti, famiglie, comunità, nel rispetto della verità e della libertà;

- un maggior peso della parte e del significato delle associazioni professionali cattoliche.

Questi sono gli aspetti presi in considerazione e trattati per coloro che sono intervenuti nelle quattro riunioni.

Tutti questi apporti e altri che ora non possiamo esplicitare, ci hanno aperto orizzonti più ampi e numerosi terreni.

La conclusione di questo XIV Congresso Mondiale del CICIAMS, quali orientamenti ci invita a prendere nei prossimi quattro anni?

La prossima assemblea mondiale — la quindicesima — si porrà sensibilmente a metà del cammino dell'ultimo decennio del secolo XX, decennio che già è portatore del terzo millennio (cfr. J. ATTALI, *Lignes d'horizon*, 1989), carico di sfide umane per la società e per la Chiesa.

Che posto occuperanno le nostre associazioni professionali cattoliche e il CICIAMS, che ruolo rappresenteranno durante questo decennio cruciale? A noi tocca decidere e fare in modo che:

- le nostre associazioni siano forza di sostegno e di coesione dei professionisti cristiani della sanità, di fronte alla devastazione generale dei valori tradizionali;

- il CICIAMS sia punto di incontro delle associazioni professionali cattoliche e l'interlocutore competente e credibile di fronte

alle sedi internazionali che orientano le decisioni governamentali e mondiali.

1. Le associazioni, forza di appoggio e di coesione dei cristiani professionisti della sanità

« Il personale infermieristico (e tantomeno il personale ostetrico) non possono operare soli né esercitare sotto la propria responsabilità nel terreno professionale » (Rif. etico 5,5). Teniamo presente la sofferenza di coloro che curano i malati. Oggi si incontrano situazioni inedite e responsabilità ugualmente inedite. Si pensi al vasto campo delle conseguenze derivate dalla possibile applicazione delle tecniche biomediche, che senza dubbio l'uomo già domina, e che possono avere conseguenze disastrose per il futuro della specie umana.

Si pensi ugualmente al degrado dell'ambiente, nello squilibrio ecologico dovuto ad un abuso imprudente delle risorse, che può portare l'uomo al limite della sua autodistruzione (Giovanni Paolo II, 10 gennaio 1990, n° 7).

Allo stesso tempo la Commissione di Giustizia e Pace, in un documento intitolato « La Chiesa di fronte al razzismo », ricordava che « il diritto fissa con prontezza barriere invalicabili al fine che queste tecniche non cadano nelle mani di poteri abusivi e irresponsabili, che intenderebbero "produrre" esseri umani selezionati secondo criteri di razza o di altre particolarità, siano quelle che siano... » (in *Ciciams Nouv.* 1/89).

« Produrre » non è un verbo neutro. La nuova forma dell'ordine di mercato, nel quale siamo entrati, può trasformare tutto in merce: la natura, le risorse naturali dei paesi poveri, la loro mano d'opera a basso prezzo, l'uomo-oggetto, la salute-oggetto, l'oggetto-vita... Tutto questo viene sottoposto al peso del denaro, della economia.

Abbiamo constatato con amarezza come le cure si trovano in misera situazione dove la tecnologia si impone. « Madame Cura » è malata sul bordo della strada e Suor Juchli ci ha invitato a riunirci con altri che vogliano lavorare per trovare uniti strade e strategie che possano di nuovo mettere in piedi « Madame Cura ».

Però le sollecitazioni che spingono a pensare ad un'altra forma sono innumerevoli e insistenti. Ad ogni tecnica nuova, i mass-media intonano soprattutto un inno alla scienza. Incitano la popolazione a credere che si avvicina un avvenire migliore, un futuro mitico nel quale saranno vinti sofferenza e morte. Gli stessi mass-media si fanno portatori dei falsi valori del mercato e

dei soldi, del sesso, dei materialismi di ogni classe, che introducono nel mondo ambiguità e contraddizioni:

disprezzo per la vita (aborto legalizzato, eutanasia...), violenza sociale in tutte le sue forme (attentati, droga, eliminazioni di gruppi etnici, etc.).

Per questa ragione le organizzazioni professionali debbono essere per ogni proprio membro polo di sostegno, centro di riflessione e di formazione permanente, dove si apprende

— ad *analizzare* i fatti sociali e biomedici ed i cambiamenti, che producono;

— ad *illustrare il proprio giudizio* per esigere risposte di fronte alle differenti pressioni, in un processo decisionale (P. Sawicki);

— a far conoscere alle autorità competenti il pensiero del corpo professionale;

— ad organizzare, quando si rende necessario, una opposizione a leggi contrarie all'interesse della popolazione che necessita di cure, inclusi gli stessi professionisti.

Quando questi professionisti sono cristiani, hanno in più il diritto ed il dovere di esigere dalle loro associazioni professionali una chiarezza spirituale, dottrinale, un rinascere della loro fede, al fine che si possa rischiare una parola pertinente di cristiani coscienti.

Spazio di pensiero, spazio di identificazione, le nostre associazioni professionali della salute possono permettere:

— maturare una riflessione sopra le sfide umane: sociali, culturali, etiche,

— rendere concreti date ed identificazioni sopra il doppio registro professionale e cristiano (T.R. 4, M. Lacage).

2. Il CICIAMS, luogo di incontro delle organizzazioni professionali cattoliche

Essendo sostegno al suo livello di professionisti nel mondo, il CICIAMS è luogo di coesione, di accordo. Il suo avvenire è iscritto in quello del pianeta. Le sessanta associazioni membri del CICIAMS abbracciano gli orizzonti del mondo: gli spazi dominanti e quegli altri che si impoveriscono sempre di più. Abbiamo visto come in molti paesi oggi la povertà costringe popolazioni intere a sacrificare frequentemente due dei pilastri essenziali per il loro sviluppo: i servizi della sanità e della educazione.

In questo contesto abbiamo qualcosa da dire e qualcosa da fare come agenti del rispetto del diritto di tutti alla salute,

quando tanti milioni di persone in tutti i paesi non possono arrivare ad esso... inclusi paesi come gli Stati Uniti d'America secondo come ce lo hanno mostrato le parole di Mme. Pamela Maraldo e di molti altri che sono intervenuti nella assemblea.

La complessità del mondo, del pianeta, ci chiama ad una identità forte a una solidarietà tra professionisti cristiani in ogni associazione professionale e tra associazioni a livello mondiale.

Il CICIAMS offre questo punto di confluenza e ha la vocazione di coltivare la solidarietà tra i popoli, nel campo delle cure di infermiere ed ostetriche che è il loro terreno proprio; solidarietà che si manifesta in un congresso mondiale come questo che abbiamo vissuto a New York (P. Joblin, C.N., 1/90, p. 2).

Introdurre i valori di verità di giustizia di solidarietà secondo il Vangelo, nelle nostre azioni quotidiane, testimoniare che è possibile una morale cristiana e che questa fa l'uomo più uomo (P. Joblin): a questo ci invita il CICIAMS.

Di fronte alle sfide etiche di dimensione mondiale che sono per esempio:

— individualismo, rinascita dei particolarismi nazionali;

— moltiplicazione degli esclusi, degli emarginati... che fuggono verso la droga, l'alcol, il nomadismo... cercando una zona di sogno un mondo paradisiaco, distruggendo però la propria salute;

— espansione rapida dell'AIDS con le sue gravi ripercussioni di natura morale, sociale, economica, che tocca tutti gli individui, le famiglie, le comunità, le nazioni... (C.N., p.19). La sessione presieduta da Mons. Cassidy ci ha illustrato questo punto.

« L'esistenza di organizzazioni cristiane si fa necessaria in questo mondo nel quale la soluzione dei problemi abbisogna della consulta e l'accordo di tutti » (Ref. Eth. 5.6).

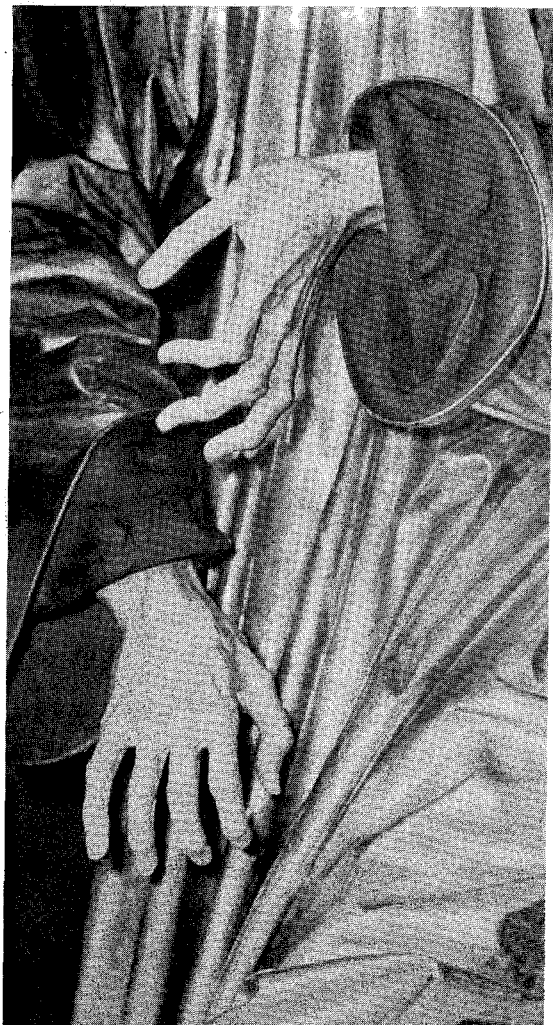
Questo accordo va più in là delle semplici associazioni professionali di sanità: ci sono poche istituzioni e organismi che, con uno od un altro titolo (architetti, urbanisti, ecologisti, etc.) non siano interessati al miglioramento dei problemi della sanità. « L'interdipendenza delle numerose sfide che il mondo attuale deve intraprendere, conferma la necessità di soluzioni concordate, fondate in una visione morale e coerente del mondo » (Giovanni Paolo II, 1/1/90). Questo stesso ha sottolineato Mme. Pamela Maraldo.

Gli uni e gli altri, specialmente i professionisti della sanità, che si dedicano alle malattie che toccano direttamente la vita, la sofferenza, la morte di uomini, di donne, di bambini nella nostra epoca, tutti hanno il dovere di partecipare alla creazione o alla ri-creazione di una umanità voluta da Dio a sua immagine e somiglianza.

Sapremo costituire uniti una grande « Società degli incaricati delle cure » su scala mondiale, che si faccia carico del valoroso rischio di creare una rete di scambio che favorisca la « cultura dell'Amore »? (P.A. Rust Crollius).

3. Il CICIAMS, interlocutore competente e credibile delle istituzioni internazionali

Una delle originalità del CICIAMS consiste nell'essere allo stesso tempo una O.N.G., Organizzazione Non Governativa, e una O.I.C., Organizzazione Internazionale Cattolica. Con questo doppio titolo, la sua vocazione è quella di essere un interlocutore delle istituzioni internazionali, luoghi in cui si orientano decisioni per la umanità. La nostra visita all'ONU martedì 12 giugno ci ha fatto prendere coscienza di questo e



siamo grati ai newyorkesi di averci dato questa opportunità.

Lo statuto consultivo del CICIAMS gli apre l'accesso alla OMS, al BIT, alla FISE, all'UNRRA, all'UNESCO, all'UNICEF (contattata durante questo congresso)...

Il suo riconoscimento da parte della Chiesa le permette di stabilire un dialogo con tutte le altre OIC nel seno della Conferenza della OIC. Riconosciuto dall'una e dall'altra parte come « Comunità ecclesiale », questo lo ha portato ad essere un simbolo.

Il Congresso, nei suoi diversi apporti, ha sviluppato i fondamenti sopra i quali appoggiare solide convinzioni riferite al nostro concetto della vita, della salute, della malattia, dell'invecchiamento, della morte... Ha permesso di rinforzare la nostra fede nell'essere umano in tutte le sue dimensioni, centro stesso delle cure, la nostra fede nella umanità che va verso l'unità del Regno.

Ci rendiamo bene conto che tutto questo interferisce negli argomenti e le questioni trattate dalle organizzazioni internazionali nelle quali partecipa il CICIAMS:

- ruolo della sanità e sviluppo,
- promozione della pace fra i popoli,
- rispetto dell'ambiente e della sua influenza sulla salute
- cure di sanità primaria, e sanità comunitaria,
- formazione del personale della sanità, incluso l'insegnamento dei diritti dell'uomo,
- ruolo della famiglia,
- i bambini, ricchezza del mondo (FISE),
- i rifugiati ed i problemi dell'immigrazione (UNRRA),
- la cultura (tema dell'UNESCO durante il presente decennio) (cfr. C. Nouvelles, Numeri degli ultimi anni).

Però a quali condizioni il CICIAMS sarà compreso in queste diverse sedi? Quali breccie potrà aprire? M.lle L. Fiori ha insistito in varie occasioni sopra questo punto (T.R. 4).

Essere un interlocutore « compreso » significa possedere una reale competenza incessantemente aggiornata, in una parola credibile, matura, come abbiamo detto, nelle nostre associazioni nazionali e ogni volta più estesa per via associativa.

Riconosciute come apportatrici di preoccupazioni e di interessi legittimi, le nostre associazioni — che per natura si incarnano in pratiche riferite alla esistenza umana — sono chiamate a rappresentare un ruolo di

primo piano nell'ingranaggio dei luoghi e organizzazioni influenti nella politica, l'economia, le relazioni sociali. Nella cornice del CICIAMS, che le raggruppa nel piano internazionale, le nostre associazioni possono esprimere le idee al più alto livello, i valori, le convinzioni che animano le loro attività sanitarie e i loro riflessi circa le questioni esplosive che sorgono oggi, e incluso proporre possibili soluzioni.

Considerando i problemi etici la nostra parola di cristiani può essere sentita e tenuta in considerazione per i « parlatori », coloro che hanno il potere di proclamare leggi ed imporle alla popolazioni nazionali più o meno manipolate nella direzione voluta dai politici... può essere sentita dai « parlatori » che, nel piano internazionale, prendono cammini più complicati, più sottili, utilizzando potenti leve economiche e di comunicazione?

Saremo interlocutori ascoltati e riconosciuti se non siamo rappresentati da organizzazioni solide e forti? E vero che il numero conta, però conta di più la serietà dei documenti e la loro argomentazione, basata su una reale obiettività, i metodi rigorosi, un'analisi profonda della occulta posta in gioco, una utilizzazione giudiziosa dei metodi scientifici.

Trattandosi di etica, i professionisti cattolici hanno il dovere di appoggiare le proprie motivazioni in una coscienza e un giudizio illustrato, specialmente consultando persone e sedi cattoliche qualificate (Ref. *Eth.* 4.18).

Investigatori ed esperti, anche i non cristiani, riconoscono la unicità dell'essere umano, del suo concetto del termine della sua vita biologica, il suo destino eccezionale rispetto ad altre forme di vita esistenti sul pianeta: la nostra fede cristiana non ci offre più una radice più attraente quando si tratta di difendere la Vita come valore assoluto contro tutte le forze di morte?



Sollecitato ad apportare il suo contributo nei dibattiti di società riferiti ai maggiori problemi che toccano la salute (problemi sorti per la scoperta bio-genetica, per la rottura della struttura coniugale e familiare, per la manipolazione della popolazione e la sua massificazione nelle grandi megalopoli...), in tali discussioni, potrà il CICIAMS adempiere la sua parte di partner attivo? Sì, se noi sapremo sviluppare una regolare crescita *comunicazione* tra il CICIAMS e le associazioni nazionali, e se i membri di queste sono convinti di dovere apportare il *proprio granello di sabbia* per fare prevalere i valori che si basano sul Vangelo.

« *Pensare globalmente - Attuare localmente* », filo conduttore della O.M.S. nella Giornata Mondiale della Salute, il 7 aprile scorso. Possiamo farlo nostro qui? Attuare localmente mediante le nostre professioni, le nostre equipe, i nostri stabilimenti, le nostre associazioni, e informare di questo a chi — uomo o donna — assume una responsabilità di animazione e di rappresentazione del CICIAMS nel piano internazionale.

Di fronte a quanto abbiamo sentito e condiviso tra noi, si sono aperte durante questo Congresso per lo meno quattro strade:

1) *La famiglia* come prima comunità sociale. I professionisti della salute hanno una missione da compiere: promuovere i valori familiari essenziali e proporre programmi di azione, nel rispetto delle mentalità e delle culture di ogni paese.

2) *La dimensione morale della cultura*. Sviluppare l'accesso di tutti ad una cultura che ingrandisca l'essere umano, quando tante persone e popoli sono umiliati, ridotti a situazioni di esclusione.

La cultura si iscrive in un ambiente nel quale si coniuga la relazione tra l'uomo e la creazione. Il personale della sanità, nel

nome del rispetto della vita, non deve fare attenzione della integrità della creazione?

Il CICIAMS e le associazioni che rappresenta hanno circa questi punti una responsabilità particolare in quanto organizzazioni cattoliche...

3) *La formazione* appropriata del personale della sanità: appoggiare le ricerche, concretizzare i mezzi da porre in opera, sono una necessità di prim'ordine: una formazione che manifesti che oggi ci si può mettere ancora in una professione perchè si *ama curare prossimo*.

4) *Le donne*. Le professioni della sanità sono composte per la maggioranza da donne. Per le loro associazioni e in esse, manifestano il contributo proprio delle donne nella edificazione della Chiesa e nello sviluppo della società, favorendo in maniera specifica la vita nella sua pienezza (Ref. in J.P. II in CH. F. Laici). Ricollocare nel suo vero posto i valori che gli sono propri, non è per caso partecipare alla promozione della donna nelle differenti società? Sappiamo tutti fino a che punto è fondamentale l'impatto della donna nella vita familiare, lo sviluppo culturale, il rispetto dell'ambiente, l'educazione...

Partecipanti a questo XIV Congresso Mondiale del CICIAMS, andiamo ad incontrare, fra pochi giorni, il nostro universo quotidiano. Arricchiti con tutti i nostri contatti internazionali, eccoci qua, rinviiati alla costruzione del mondo, nostro pianeta, a una presenza attiva nella città umana, appassionati per la *vita* al centro delle nostre professioni di incaricati di curare il prossimo.

Ci si invita a camminare tutti uniti fino all'orizzonte del terzo millennio. Compromettiamo le nostre energie di cristiane e di cristiani per divulgare i valori ricordati durante questa assemblea, per avanzare uniti, gli uni con gli altri, al fine che si realizzi la « comunione ecclesiale » nel rispetto delle nostre diversità di cultura e di razza.

Potremo quindi offrire al mondo l'utopia alternativa che le manca della Fraternità, alla quale Giovanni Paolo II ci invita nel suo messaggio del 1° gennaio del 1990.

Fraternità abitata dall'Amore che si dona quando è vissuto nell'esercizio della nostra professione della cura del malato. Fraternità che, in una rete di concreta solidarietà fra persone e tra popoli, manda al mondo un messaggio di Speranza: « *Il regno futuro sta tra noi* ».

Suor ANNICK LEROUX
Francia



natura biologica e dignità della persona umana

XVII congresso mondiale della FIAMC

Bonn, 14 - 18 settembre 1990

16

Circa 400 medici da 27 nazioni in rappresentanza di altre migliaia di medici che si dichiarano cattolici, si sono ritrovati ad ascoltare, meditare, discutere per tre giorni su tematiche ricche di contenuto etico oltre che scientifico: la diagnostica prenatale, la sperimentazione e utilizzazione degli embrioni e dei feti, la manipolazione della identità umana, la sessualità e le sue deviazioni, il prolungamento artificiale della vita umana, il suicidio e l'eutanasia, la morte e la morte cerebrale.

Le relazioni sono state svolte da studiosi sicuramente competenti, anche se purtroppo non tutti hanno sempre espresso una cristallina aderenza al Magistero della Chiesa.

I partecipanti alle riunioni plenarie mattutine si sono poi riuniti in gruppi linguistici per elaborare le loro riflessioni e le loro proposte.

La seduta inaugurale si è aperta con la lettura del messaggio che il Segretario di Stato Card. Agostino Casaroli ha inviato a nome del Santo Padre Giovanni Paolo II.

Il Presidente della F.I.A.M.C. Dott. T.P. Lineham ha poi dato lettura di alcune riflessioni inviate da S.E. Rev.ma Mons. F. Angelini, Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari.

Il Rev.do Prof. E. Schokenhoff, assistente ecclesiastico della Associazione dei Medici Cattolici di Germania, ha quindi tenuto la prolusione sul tema: « La dignità della persona umana ».

« Al centro della riflessione etica oggi si trova la nozione della dignità irrinunciabile della persona umana. È questo un concetto accettato da tutti i medici, anche i più divergenti dal punto di vista dell'interpretazione della natura dell'uomo, come punto di partenza comune.

I cristiani, come altri appartenenti a religioni diverse, trovano in questo concetto l'espressione della loro propria convinzione di se stessi dal punto di vista religioso... la dignità umana rappresenta il "leitmotif" della storia politica e giuridica della libertà nei tempi moderni...

Tuttavia, nella nozione di dignità umana vi sono due componenti, che si integrano, ma che bisogna considerare separatamente:

la norma che vieta di sacrificare una persona a degli obiettivi, che restano ad essa estranei, e la nozione molto più ampia includente le immagini conduttrici di un progetto antropologico e la sua idea di una vita compiuta.

L'argomento della dignità umana rimane formidabile e imperativo soltanto nel suo senso restrittivo e centrale; la stessa società pluralista non può permettersi di superare questa frontiera se essa stessa non vuole distruggere le ragioni culturali che l'hanno "originata" ».

La prima sessione plenaria sul tema: « Questioni etiche e tecniche concernenti l'inizio della vita » ha visto partecipare tre oratori: il Sen. Prof. Adriano Bompiani (Roma), che ha affrontato con grande perizia ed equilibrio il tema della Diagnostica Prenatale; il Prof. H. B. Wuermeling (Erlangen), che ha presentato la problematica delicata della FIVET sotto l'aspetto scientifico ed etico con una certa discordanza da quanto il Magistero della chiesa espone nel documento « *Donum Vitae* » (cosa che ha suscitato vasta perplessità in molti congressisti e particolarmente nel gruppo linguistico italiano); ed infine il Prof. J. Mc Lean (Leeds) che ha sapientemente riferito su « La sperimentazione sull'embrione e sul feto ». Tra l'altro il Prof. Mc Lean ha affermato in conformità con il documento « *Donum Vitae* » « la FIV è un metodo inaccettabile come trattamento della sterilità... La fecondazione in vitro è un metodo utilizzato in molti paesi e da molti ricercatori che affermano che la percentuale molto bassa del 10% dei successi della FIV (i tassi di bambini nati vivi) potrebbe migliorare soltanto se si realizzano sperimentazioni sugli embrioni umani. Ulteriori giustificazioni sono state invocate per questo tipo di ricerca come la pretesa utilità nella diagnostica delle alterazioni cromosomiche, genetiche e delle malformazioni nel periodo che precedono l'annidamento e nella messa a punto di nuove metodiche per il controllo demografico ».

« La ricerca, sull'embrione umano ha continuato il relatore, sancita da vari paesi, accetta la sperimentazione "distruttrice" senza scopo terapeutico per un certo periodo successivo alla fecondazione. Questo tipo di ricerca è contraria all'etica tradizionale della

medicina, con la sua esigenza della protezione attraverso la medicina della vita di tutti i soggetti umani implicati nella ricerca ».

Il poco tempo a disposizione ha impedito a Mc Lean di soffermarsi su « metodiche alternative per vincere la sterilità e per la prevenzione di alcune malattie cromosomiche e genetiche, metodi coerenti con il rispetto assoluto della vita umana ».

La seconda sessione plenaria ha avuto come tema « La persona umana: uomo o donna ». Il primo oratore è stato il Prof. A.W. Von Eiff (Bonn) che ha riferito su « La specificità della persona umana come uomo o donna ». Il relatore con grande perizia ha presentato lo sviluppo filogenetico ed ha puntualizzato il ruolo del cervello nello sviluppo della personalità femminile o maschile.

Il Prof. J.P. Luton (Parigi) ha esposto: « Le basi biologiche della sessualità e le sue deviazioni » affermando che negli ultimi trenta anni si è avuta una migliore conoscenza della differenziazione sessuale, si sono meglio precisate alcune patologie organiche, e si è giunti ad una migliore comprensione dei soggetti portatori di ambiguità sessuale. Così si sono evidenziate le malattie di

disgenesia gonadica, le ambiguità sessuali provocate da una ipersecrezione ormonale (di cui la più nota è l'iperplasia congenita della ghiandole surrenali che porta talora ed un aspetto morfologico totalmente opposto al sesso genetico).

Infine il Prof. R.A. O'Connel (New York) ha svolto una relazione su: « La manipolazione della identità umana: fattori psicologici e sociali che influenzano l'identità sessuale ».

Il relatore ha specificato che « ... l'identità sessuale comprende tre aspetti: le caratteristiche biologiche sessuali femminili o maschili; l'identità del sesso o sentimento personale di essere donna o uomo; e l'orientamento sessuale: eterosessuale, omosessuale o bisessuale ». Di regola esistono caratteri anatomici e fisiologici chiari di uomo o di donna ed un orientamento eterosessuale... Le fasi dell'infanzia e dell'adolescenza sono particolarmente importanti.

L'autore ha poi esaminato l'influsso di alterazioni cromosomiche come causa di modificazioni sessuali e la grande importanza di fattori familiari e socio-ambientali (anche i messaggi dei mass-media) nell'orientamento sessuale dei ragazzi.

La sessione conclusiva è stata centrata su: « La fine della vita umana ».

Il Prof. J. Barreto (Porto) ha parlato con grande lucidità del « Suicidio ed eutanasia ».

Negli ultimi anni è stata sottolineata da una parte di psichiatri e ricercatori la tendenza a tollerare il suicidio, dal punto di vista etico e giuridico, in quelle situazioni, specie nei malati incurabili in fase terminale, con sofferenze incontrollabili. Si è sostenuto che in questi casi l'atto di togliersi la vita, a volte con l'aiuto di medici e altre persone, è la conseguenza di una libera e razionale opinione del malato, purché non offuscato nelle sue facoltà mentali dalla malattia e da gravi turbe emotive (suicidio razionale).

Ci si interroga però sempre più se il « suicidio razionale » può veramente esistere. Le inchieste epidemiologiche mostrano in effetti che esiste una alta percentuale di malati psichiatrici tra le persone che tentano o attuano il suicidio. Comunque studi recenti avrebbero dimostrato che esistono degli squilibri nella ripartizione delle amine cerebrali nelle persone che giungono a suicidarsi indipendentemente dal grado di depressione.

A sua volta il Prof. Kwang-Ho Heng (Seoul) ha posto l'attenzione su « Il prolungamento artificiale della vita ».

Il relatore ha riferito di una inchiesta su 250 infermieri che lavorano in unità di terapia intensiva di 15 ospedali cattolici della Corea ed ha analizzato della loro opinione



sul tema proposto, il ricorso cioè ai sistemi di mantenimento della vita quando la funzione cerebrale è irreversibilmente cessata.

L'autore si è richiamato con forza ai documenti della Chiesa, dalla allocuzione di Pio XII alla dichiarazione sull'Eutanasia della Congregazione per la Dottrina della Fede approvata dal Santo Padre Giovanni Paolo II nel 1980, al rapporto del gruppo di lavoro dell'Accademia Pontificia delle Scienze sul prolungamento artificiale della vita e al documento sulla « determinazione del momento preciso della morte » pubblicato nel 1985. Il prolungamento artificiale della vita resta comunque legato alla definizione della « morte cerebrale e ai metodi utilizzati per la diagnosi di morte cerebrale ».

Infine il Prof. C.J. Vas (Bombay) ha proprio trattato il tema della « morte e morte cerebrale ».

Il relatore dopo un excursus storico-filosofico sul concetto di morte ha riconosciuto che il cervello è l'organo cui far riferimento per questa problematica, concludendo che i criteri di morte della persona debbono riferirsi alla morte del cervello « in toto » (non solo della corteccia ma anche del tronco). Più difficile è la diagnosi di morte nei bambini e delicati e precisi devono essere i criteri di morte per i bambini sotto i tre mesi.

Tutta la tematica del 17° Congresso Mondiale dei Medici Cattolici ha costantemente seguito nelle argomentazioni tre direttrici: scientifica, tecnica, etica, con un frequente riferimento ai documenti del Magistero come è doveroso che sia per medici che si ispirano al messaggio evangelico. La professione medica infatti non può considerarsi tale se non intesa come servizio alla persona umana: il medico non può limitarsi solamente a trattare il corpo sofferente, ma deve estendere le sue capacità tecniche alla persona intera, corpo e anima.

Il progresso tecnologico, quasi esplosivo, è positivo se indirizzato ad aiutare l'uomo, ma esiste un reale pericolo di sconfinamento verso irrazionali « pseudoconquiste », con gravi turbamenti delle coscienze e di equilibri faticosamente raggiunti.

Se gli scienziati ed i ricercatori non avranno l'umiltà di soffermarsi almeno un attimo a valutare le loro potenzialità « creative », angoscia e sdegno potrebbero dividere gli uomini in fazioni inconciliabili.

Se la carenza di etica comportamentale nella società, negli organismi preposti a guidare i popoli, nelle famiglie, non subirà una vigorosa inversione, quale società saremo in grado di costruire per i giovani del prossimo secolo?

Noi medici cattolici di tutto il mondo conosciamo bene questi problemi e questi rischi perché siamo cittadini responsabili ed impegnati in questa società. Ma la nostra formazione etica, la nostra cultura umanistica illuminata e guidata dalla luce della Fede, devono costituire la forza necessaria per contribuire a costruire un mondo migliore.

A cosa servirebbe infatti dichiararsi apertamente cattolici? Cosa significherebbero riconoscersi in Associazioni al servizio del Magistero della Chiesa Universale?

Quale valore avrebbero i nostri Congressi Nazionali ed Internazionali se non fossimo apertamente convinti di « poter fare » e non solo di « saper essere »?

La F.I.A.M.C., per la sua presenza nei cinque continenti, deve avere la capacità di diffondere tra gli aderenti questo spirito di testimonianza, specialmente in un campo, come quello della sofferenza e della salute, in cui la professionalità non può essere disgiunta dalla vocazionalità.

Prof. DOMENICO DI VIRGILIO
Presidente della Associazione Medici Cattolici Italiani (AMCI)



responsabilità e libertà del farmacista cattolico

Celebrazione a Roma del XL anniversario della Federazione Internazionale (FIPC)

3-4 novembre 1990

La Federazione Internazionale dei Farmacisti Cattolici è nata il 2 settembre 1950. Pio XII ne consacrò l'attività con un memorabile discorso. La prima Unione nazionale era nata in Belgio nel 1945 per iniziativa di un sacerdote farmacista. In Italia venne fondata da Pietro Olivieri, un farmacista ligure di campagna nel 1947.

Quaranta anni dopo e precisamente il 3 novembre scorso 300 farmacisti di una ventina di nazioni hanno ricordato, in un incontro romano le origini della Fipc. Anche questa volta il Papa ha tenuto un discorso incisivo e chiaro.

Il Papa Giovanni Paolo II si è rivolto alla « Federazione internazionale dei farmacisti cattolici », per chiedere di attenersi ad « un codice morale rigoroso » e di seguire le indicazioni della Chiesa per quanto riguarda la distribuzione di medicinali che possono essere utilizzati « direttamente o indirettamente » contro la vita.

L'invito del Pontefice ad attuare forme di obiezione di coscienza verso prodotti come la pillola abortiva Ru-486 o come medicinali che possano facilitare l'eutanasia, anche se non fatto in termini espliciti, è evidente dal discorso pronunciato davanti alla delegazione internazionale dei farmacisti, ricevuta in audienza in Vaticano.

Giovanni Paolo Secondo ha detto: « Nella distribuzione dei medicinali, il farmacista non può rinunciare alle esigenze della sua coscienza in nome delle leggi ferree del mercato o in nome di legislazioni compiacenti. Il guadagno, legittimo e necessario, deve sempre essere subordinato al rispetto della legge morale e alla adesione del magistero della Chiesa ». « Per il farmacista cattolico — ha proseguito — l'insegnamento della Chiesa sul rispetto della vita e della dignità della persona umana, dal momento del suo concepimento fino ai suoi ultimi momenti, è di natura etica e morale. Non può sottostare a opinioni mutevoli o essere applicata secondo opzioni che cambiano ».

Il Papa ha ricordato che la Chiesa « cosciente della novità e della complessità dei problemi posti dai progressi della scienza e della tecnica, fa sempre più spesso sentire la sua voce e dà indicazioni chiare al personale della sanità di cui i farmacisti fanno parte. Aderire a questi insegnamenti

rappresenta sicuramente un dovere difficile da rispettare nel concreto del vostro lavoro quotidiano, ma si tratta, per il farmacista cattolico, di orientamenti fondamentali a cui non può rinunciare ».

Naturalmente nei farmacisti presenti all'incontro il discorso ha avuto una profonda risonanza. Se ne sono fatti interpreti l'Arcivescovo Mons. Angelini, Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, l'Assistente Ecclesiastico della Fipc, l'Abbé Schaller, il Presidente della Federazione Magister Edwin Scheer.

S.E. Mons. Angelini, in un intervento nel corso dell'incontro, ha parlato della professione farmaceutica come di una missione che esige il coraggio di andare contro corrente: « È una professione di grande nobiltà e non può essere ridotta a pura attività commerciale. Ma a fondamento di questa missione c'è l'unione con Dio, il rispetto profondo per la persona e la vita umana. La Chiesa non è contraria al progresso, ma interviene sempre a difendere l'uomo da una libertà indiscriminata ed egoistica che non si ferma di fronte alla distruzione della vita umana. Ma la professione farmaceutica è grande anche perché si fa mediatrice tra la scienza e il pubblico. Dal suo bancone il farmacista è amico e consigliere fidato ». Mons. Angelini ha ricordato a questo proposito un dipinto de XVIII secolo esposto nell'Österreichisches Museum di Vienna e che rappresenta Cristo stesso, che dal banco della farmacia distribuisce medicamenti.

Nel suo discorso di saluto ai colleghi stranieri, il Presidente della Unione Italiana Lino Mottironi aveva detto in apertura dei lavori:

« Questo nostro convenire a Roma vuole essere una testimonianza di fede, prima di tutto. Quella fede in Cristo Gesù che deve alimentare l'esercizio della professione farmaceutica. Ma vuole essere anche l'espressione del significato che hanno nella Chiesa le associazioni professionali: un modo di essere Chiesa, un modo di vivere da laici la missione della Chiesa, La nuova evangelizzazione ha bisogno di tutti i credenti e quindi anche del farmacista cattolico, un uomo, un professionista al quale si rivolgono con fiducia ogni giorno molte persone sofferenti o parenti di sofferenti.

A questa vicinanza amica e solidale con l'uomo sofferente ci richiamava il Papa Giovanni Paolo II nel « motu proprio » con il quale istituiva nel 1985, il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari.

L'evangelizzazione, per noi farmacisti cattolici, comincia proprio con il nostro contatto con il pubblico, dal modo con cui riusciamo a stabilire con delicatezza ed umanità un rapporto. Sarà un rapporto brevissimo, ma un segno lo deve lasciare. Un segno dell'amore che Dio riserva ad ogni anima. Questo intendiamo dire quando parliamo di « umanizzazione » della professione. E noi siamo certi che questo modo di trattare con rispetto e tenerezza gli esseri umani sofferenti o angosciati è il primo farmaco e forse il migliore, con conseguenze sociali di una portata che non possiamo nemmeno immaginare.

Un'altra convinzione profonda, che nasce dall'amore di Dio per l'uomo, è che, come ogni altra professione sanitaria, la nostra è sempre a servizio della vita. Noi siamo, come credenti nel Dio Vivente, sempre dalla parte della vita. Non ci adatteremo mai a diventare dispensatori di morte. « Domanderò conto della vita dell'uomo all'uomo e ognuno di suo fratello ». Queste parole del Signore che leggiamo nel Genesi stanno a fondamento della nostra etica professionale.

Quale il cammino percorso dalla Federazione Internazionale in questi 40 anni e quale il suo futuro?

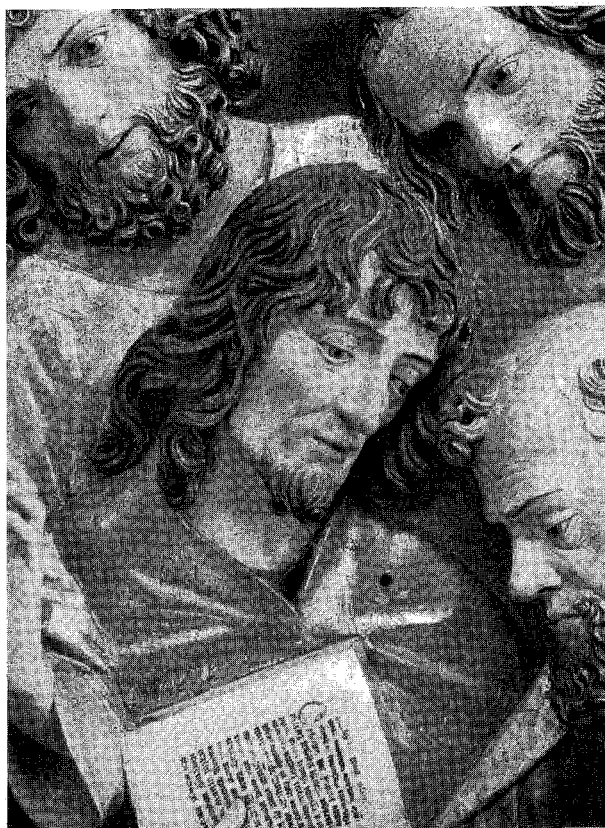
Per quanto riguarda il passato, è stato il fondatore stesso, il Belga Parat, a ricordare le circostanze nelle quali sorse la Fipc, mentre il Presidente Onorario (e Presidente delle Fipc fino al settembre 1987) Jean Dréano ha ripercorso, attraverso la storia dei 19 congressi internazionali l'itinerario culturale e le acquisizioni etiche e professionali raggiunte. La specificità della professione, il suo ruolo nella società civile e nella comunità sanitaria e, insieme il suo carattere liberale, erano stati gli argomenti principali dei primi congressi. Ma l'identità del farmacista era entrata in crisi negli anni '60. E negli anni '70 si fa più forte, con i grandi mutamenti sociali e con il progresso tecnologico, la pressione sul farmacista di due forze nelle quali la sua professione rimane schiacciata come in una morsa: da una parte c'è il crescere dei prodotti industriali, già confezionati e che esigevano dal farmacista soltanto una distribuzione commerciale. Dall'altra la crescente burocratizzazione del sistema di servizio sanitario statalizzato. Queste forze mettevano in serio pericolo l'indipendenza, la responsabilità, la cultura scientifica stessa del farmacista.

La Fipc conobbe, come tutte le realtà associative a quel tempo, una crisi, ma nel Congresso di Graz nel 1983 vennero formulati quattro punti ritenuti fondamentali e costitutivi della identità non perduta, ma resa un po' confusa dai mutamenti storici. La professione farmaceutica dei tempi nuovi si fonda sulla competenza che distingue nettamente la farmacia da un supermarket, la responsabilità (che ne fa un anello indispensabile nel rapporto medico-paziente), la libertà (che distingue un serio professionista da un funzionario). Su questi punti la professione veniva riqualificata. Alla società era riproposta la figura di un competente e di un consigliere scientifico con il compito di contribuire alla educazione sanitaria del pubblico con il quale veniva a contatto ogni giorno. Inoltre il farmacista rivendicava quelle libertà di coscienza che gli permettesse di dare una testimonianza cristiana in quegli atti farmaceutici dove era in giuoco la vita umana nascente (o quella allo stadio terminale). Questi quattro pilastri sono ancora portanti negli anni '90. Ma « il futuro è davanti e arde nel nostro cuore » ha detto nella sua relazione il Presidente della Fipc E. Scheer e non mancano i problemi nuovi di etica professionale che mettono nell'imbarazzo i farmacisti. E altri problemi interpellano i cristiani ed anche i professionisti cristiani, per esempio la fame nel mondo e l'aiuto che l'Europa dell'Ovest deve dare ai Paesi dell'Est umiliati e stremati dal regime comunista. Sono sfide che dobbiamo accettare — ha detto Scheer — aumentando la nostra formazione religiosa che ci aiuta a vivere la tensione etica della quale devono vivere le professioni sanitarie.

Alcune linee di tale formazione sono state tracciate dall'amministratore della Unione Italiana G. Fattori, il quale ha parlato della conversione che fa nuove tutte le cose e a tutte dà un senso nuovo. È approfondendo e maturando la fede religiosa che anche la professione può diventare occasione di evangelizzazione e servizio ai poveri e ai malati. Questa è l'unica garanzia che salva la professione dal diventare un puro commercio.

Dott. GIOVANNI FALLANI
Direttore del SIR

magistero della Chiesa



*dai discorsi
del Santo Padre*

accoglienza generosa di ogni vita e di tutta la vita

(ai partecipanti al Convegno di pastorale familiare promosso dalla CEI, udienza nella Sala Clementina, sabato 28 aprile 1990)

Il vostro Convegno intende riflettere sul grande e fondamentale apporto che la famiglia è chiamata a recare per un efficace servizio alla vita. Non è forse, la famiglia il luogo naturale in cui la vita umana nasce, cresce, matura e declina? Spetta dunque ad essa di porsi al servizio di ogni vita e di tutta la vita, anche quando questa presenta momenti difficili e aspetti problematici. È, anzi, lecito attendersi che soprattutto in queste circostanze la famiglia sappia esprimere quella tonalità di prematura e di amorevolezza che è caratteristica del tessuto spirituale specifico della sua esistenza come comunità di amore.

In particolare, se la famiglia è sanamente impostata, saprà aprirsi all'accoglienza generosa dei figli, come gesto concreto di amore alla vita e come testimonianza chiara di fiducia nella divina Provvidenza, che mai abbandona chi con attiva serenità a Lei si affida. Ciò vale soprattutto per le giovani famiglie, le quali, se cristianamente formate, non si faranno vincere dall'ingiustificata

paura del figlio e sapranno superare tante immotivate ed egoistiche tendenze a procrastinare la nascita, nella consapevolezza che « i bambini sono il preziosissimo dono del matrimonio » (Gaudium et Spes, 50) ed il segno della benedizione del Signore « amante della vita » (Sap 11, 21).

Ciò si rileva particolarmente importante in un momento di forte calo demografico come quello che si sta sperimentando in Italia. Occorre che le famiglie tornino ad esprimere generoso amore per la vita e si pongano al suo servizio innanzitutto accogliendo, con senso di responsabilità non disgiunto da serena fiducia, i figli che il Signore vorrà donare. È questo un atteggiamento che, se assunto con coerenza, consentirà alla famiglia di aprirsi all'accoglienza anche delle numerose situazioni di difficoltà fisiche e spirituali che la vita può presentare nel suo fluire e la disporrà ad offrire solidarietà e aiuto concreto ai tanti emarginati e ammalati ed anziani che la nostra società presenta.

la Chiesa, trova nel vostro dolore, offerto a Dio, unito alla passione di Cristo, un forte sostegno per realizzare la missione che il Signore le ha affidato

(agli ammalati, nella cattedrale di Villahermosa - Messico, venerdì 11 maggio 1990)

Desidero ora rivolgermi agli infermi qui presenti e a tutti coloro che, nella Repubblica Messicana, soffrono a causa della malattia. Mi rivolgo a tutti voi che soffrite per dirvi, ancora una volta, che occupate veramente un posto privilegiato nel cuore della Chiesa, nel cuore del Papa: il Papa così come tutta la Chiesa, trovano nel vostro dolore, offerto a Dio, unito alla Passione di Cristo, un forte sostegno per realizzare la missione che il Signore ha loro affidato.

Se tutti noi cristiani formiamo, come pietre vive, la Chiesa di Gesù Cristo, voi malati siete in certo modo il fondamento di questo edificio. Cristo, morto e risorto, è il

fondamento, la pietra angolare, e insieme a Lui, dando solidità alla costruzione, occupando un luogo apparentemente nascosto e sconosciuto, ci siete voi quando unite il vostro dolore al dolore salvifico del Redentore.

Il Vangelo ci ha trasmesso numerosi esempi dell'atteggiamento di Gesù verso gli infermi: il cieco che mendicava sulla strada (cfr. Mc 10, 46 e ss.), l'emorroissa (cfr. Lc 8, 40 e ss.), l'uomo che aveva una mano paralizzata (cfr. Mt 12, 9, e ss.), la donna curva (cfr. Lc 13, 11 e ss.) i lebbrosi (cfr. Lc 17, 12 e ss.). Sono molti coloro che si avvicinano a Cristo a causa della propria

infermità: forse non si sarebbero avvicinati a Lui se fossero stati sani.

Fratelli e sorelle, cari infermi, voi lo sapete, voi avete avuto questa esperienza: la malattia, quando si accetta, ci avvicina a Cristo.

La malattia a volte ottiene che l'uomo cada da l suo piedistallo di arroganza e si scopra così come è povero, invalido, bisognoso dell'aiuto di Dio. La malattia porta frequentemente a cambiamenti radicali nelle relazioni tra Dio ed una persona: « Coraggio, figliolo ti sono rimessi i tuoi peccati » (Mt 9, 2) sono le prime parole che ascolta il paralitico di Cafarnao: « Ecco che sei guarito; non peccare più, perché non ti abbia ad accadere qualcosa di peggio » (Gv 5, 14) dirà il Signore all'infermo paralitico della piscina Probatica. Sono molti i miracoli che il Signore realizza nei corpi di questi infermi, ma sono molti e più importanti quelli che opera nelle loro anime.

5. Queste guarigioni, servono a Cristo per annunciare la venuta del Regno: « Andate e riferite a Giovanni ciò che voi udite e vedete: i ciechi recuperano la vista, gli storpi camminano, i lebbrosi sono guariti, i sordi riacquistano l'udito, i morti risuscitano, ai poveri è predicata la buona novella » (Mt 11, 4-6). Gli infermi del Vangelo sono

segno del Regno quando sono guariti; anche voi siete segno del Regno e anche in misura maggiore, quando, accettando la volontà di Dio, vivete con gioia la vostra malattia.

6. Capite perché la Chiesa vi guarda con predilezione? Capite perché la Chiesa si appoggia specialmente su di voi? Capite il perché il Papa vi chiede il tesoro del vostro dolore per realizzare la nuova evangelizzazione del Tabasco, della Repubblica Messicana e del mondo intero? Nei vostri corpi malati, nella vostra sofferenza, nella vostra debolezza, e soprattutto nella vostra gioia, lì dove voi siete, uniti a Cristo, la Chiesa troverà la forza per diffondere l'opera evangelizzatrice che Egli stesso le ha affidato.

Prima di concludere desidero manifestare il mio profondo apprezzamento a quanti negli ospedali, sanatori, centri di assistenza e nelle famiglie messicane dedicano la loro capacità professionale e le loro premure per alleviare e curare i fratelli che soffrono.

Vi affido i malati qui presenti e, quanti seguono questo incontro attraverso la radio e la televisione, alla cura materna di Nostra Signora di Guadalupe, mentre vi imparto con affetto una speciale Benedizione Apostolica.

23

le nostre sofferenze e le nostre gioie toccano gli altri in modi che soltanto Dio conosce pienamente

(alla recita del « Regina Coeli » con i malati, sul sagrato della Basilica di San Paolo a Rabat [Malta], domenica 27 maggio 1990)

Cari fratelli e Sorelle in Cristo

1. Gli ammalati sono una parte molto speciale del Corpo di Cristo, la Chiesa. Questa mattina ho la gioia di incontrare alcuni rappresentanti della popolazione di Malta e Gozo, che sono anziani, o soffrono di vari tipi di infermità. Nelsalutarvi, faccio mie le belle parole che troviamo nella Prima Lettura di San Pietro: « Nella misura in cui partecipate alle sofferenze di Cristo, rallegratevi perché anche nella rivelazione della sua gloria possiate rallegrarvi ed esultare » (1 Pt 4, 13). Lodiamo quindi Dio Onnipotente per i numerosi modi con cui Egli ci conferma nella speranza e ci offre la sua consolazione, anche fra le tribolazioni e fra le sofferenze che accompagnano la nostra vita qui sulla terra. La sollecitudine della

Chiesa per gli ammalati viene dall'esempio di Gesù stesso che, nel predicare il Vangelo del Regno, andava avanti « curando ogni sorta di malattie e di infermità nel popolo » (Mt 4, 23). Attraverso i suoi numerosi miracoli, Gesù ha dimostrato quanto Dio è vicino a ciascuno di noi e quanto è grande il suo potere di guarire e di salvare quanti si rivolgono a Lui con fede. In ogni tempo la Chiesa cerca di adempiere alla missione salvifica di Cristo, preoccupandosi delle necessità fisiche e spirituali degli infermi. Essa sa che la grazia di Dio diventa perfetta nella debolezza e che nei suoi membri sofferenti, il potere salvifico della Croce di Cristo è misteriosamente presente ed efficace.

2. *Non lontano da qui c'è la Grotta dove, secondo un'antica tradizione popolare, San Paolo è vissuto durante la sua permanenza a Malta. Come voi sapete, San Paolo ha gioito delle molte sofferenze che ha dovuto sopportare per il Vangelo. Egli ha compreso che soltanto attraverso la sofferenza con Cristo giungiamo veramente a partecipare al potere della sua Resurrezione (cfr. Fil 3, 10-11).*

La nostra fede cattolica insegna che nella comunione dei santi i membri della Chiesa sono uniti l'un l'altro in una profonda solidarietà spirituale. Le nostre preghiere, le nostre sofferenze e le nostre gioie toccano gli altri in modi che soltanto Dio conosce pienamente. Attraverso la vita di grazia, ciascuno di noi ha la possibilità di collaborare con Gesù nel portare il potere salvifico della sua Croce alle necessità dei nostri fratelli e sorelle. Come dice San Paolo, noi possiamo completare nella nostra carne « ciò che manca ai patimenti di Cristo a favore del suo Corpo, che è la Chiesa » (Col. 1, 24).

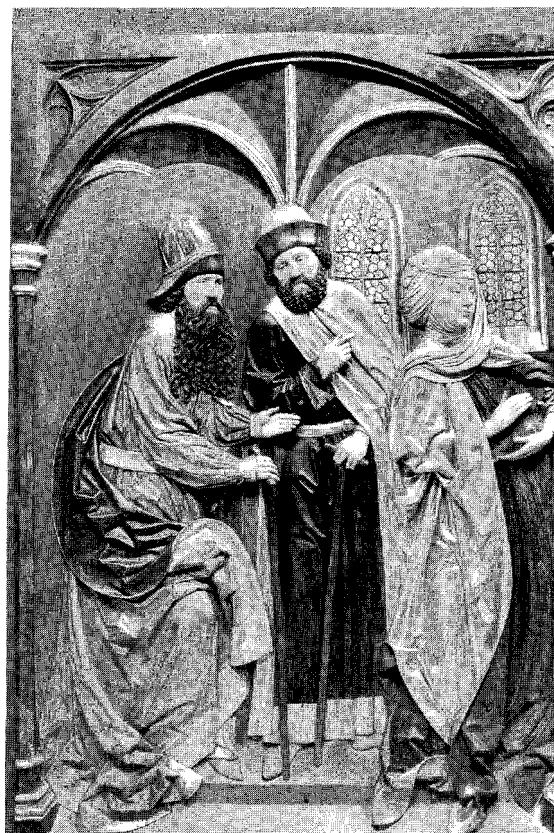
Quando le persone sono malate, o gravate da preoccupazioni, sono spesso tentate di pensare soltanto ai propri problemi, ma la fede ci invita a guardare più in profondità e a vedere l'immenso bene che possiamo fare al nostro prossimo, offrendo le nostre sofferenze in unione con Gesù, quale sacrificio gradito a Dio nostro Padre per i bisogni di tutta l'umanità. Quante persone oggi hanno bisogno delle nostre preghiere! Sia che preghiamo per la nostra famiglia o per i nostri amici, per la pace tra le nazioni o l'armonia tra i singoli, per l'eliminazione di problemi quali la fame, la malattia, l'abuso di droga, noi possiamo esser sicuri che le nostre preghiere verranno ascoltate.

3. *Cari amici, in quest'occasione desidero rivolgere una parola particolare di ringraziamento alle singole persone e ai gruppi che si occupano degli anziani e degli infermi a Malta. Insieme alle agenzie governative, si dedicano all'assistenza dei malati a Malta organizzazioni della Chiesa quali la Kummissjoni Morda dell'Azione Cattolica Maltese, la Caritas e l'Associazione per il trasporto dei Malati a Lourdes. Con le sue case per gli anziani, gli handicappati, e per il recupero dei tossicodipendenti, la Chiesa offre un notevole contributo al benessere fisico e spirituale della società maltese.*

Il mio pensiero va anche ai molti familiari, amici e volontari che confortano e sostengono gli anziani e i malati con la loro presenza e il loro amore. La vostra generosità e compassione per i fratelli e le sorelle bisognosi riflette l'immagine del Buon Samaritano (cfr. Lc 10, 30-37), la cui compassione per il prossimo fu l'espressione

di un amore e di una solidarietà profonda (cfr. Salvifici Doloris, 28).

Tra poco reciteremo insieme la bella preghiera del « Regina Coeli », che invita tutta la Chiesa a partecipare alla gioia della Beatissima Vergine Maria per la Resurrezione di suo Figlio Gesù. Anche quando era ai piedi della Croce, Maria non ha mai cessato di credere che le promesse di Dio si sarebbero realizzate. Per questo motivo Maria è il modello di tutti i discepoli nel seguire il Signore con fede incrollabile, speranza e amore. Con grande fiducia nell'infinita misericordia e bontà di Dio, dunque, uniamoci a Maria in quest'ultima domenica di maggio, mese mariano, nel pregare per tutti coloro che portano un pesante fardello di sofferenza, affinché possano conoscere la gioia della Sua vittoria eterna.



difendere la persona umana dalla nascita alla sua morte naturale

(ai fedeli davanti alla Madonna delle Grazie nell'antico santuario mariano di Benevento, lunedì 2 luglio 1990)

Carissimi Fratelli e Sorelle

1. In questo Santuario della Madonna delle Grazie, Patrona principale di Benevento e del Sannio, desidero ringraziare la Vergine Santissima per la gioia che mi concede di pregare con voi per il bene della Città e di tutta la Regione.

Davanti a questa Immagine miracolosa sono venute moltitudini di Beneventani per confidare alla Madre del Redentore le loro pene ed implorare aiuto e protezione specialmente durante i periodi terribili delle guerre, dei terremoti e delle pestilenze. Soprattutto durante i bombardamenti dell'ultimo conflitto mondiale che distrussero gran parte dell'antica città. Nel santuario anch'esso rinato dalle rovine della guerra, molti hanno ricevuto conforto e coraggio. Qui sono passati poveri e ricchi umili e potenti, dotti e illetterati. Quanti, attanagliati dalla morsa del dubbio, hanno qui ritrovato la luce della fede! Quanti, oppressi dall'angoscia del peccato, hanno sperimentato la gioia indicibile del perdono e della riconciliazione!

Ecco perché questo Santuario è diventato come il polo di attrazione di tutti i fedeli della Regione, nei quali la pietà mariana è tanto profondamente radicata.

Carissimi Beneventani! Seguite le orme dei pellegrini che, davanti alla venerata Immagine della Madonna delle Grazie, hanno ritrovato le ragioni della propria fede e della propria vita; continuate a sentirvi uniti attorno a questo Santuario, specialmente il 2 luglio, giorno in cui da sempre il Sannio celebra con solennità la sua Patrona.

Con amorosa intuizione voi avete saputo cogliere, fin dai tempi antichi, il mistero di Maria, quale mediatrice di tutte le grazie dello stesso Autore della Grazia, Gesù Cristo. Per questo il popolo beneventano lungo il corso dei secoli si è sempre rivolto e continua tuttora a rivolgersi a Lei, invocandola non solo quale « Madonna delle Grazie », ma spesso anche come « Madonna della Grazia ».

2. Carissimi, i pellegrinaggi e le visite che voi fate a questo Santuario devono confermarvi in questa vostra devozione alla Vergine dalla quale voi imparate innanzitutto a credere nell'amore di Dio Padre, nella potenza del Cristo redentore e nella forza

trasformatrice dello Spirito Santo, che Maria accolse senza riserva.

La Vergine vi insegna inoltre a rivolgere il vostro cuore verso gli altri, come Ella fece nella casa di Elisabetta e in quella dei giovani sposi a Cana. Beati voi se, alla scuola di Maria, vi sforzerete di imparare a magnificare in ogni circostanza il Signore, a proclamare la sua misericordia, a riconoscere la potenza del suo braccio, che disperde i superbi, ma innalza gli umili e li ricolma di beni (Cf. Lc, 46ss). Beati pure se saprete far posto alla vita nascente, alle persone che la società rigetta ed esclude, a quelle che soffrono nel corpo o nello Spirito, a quelle che hanno dimenticato la propria dignità umana. L'Immagine della Madonna che stringe il Bambino al petto, ci invita a rispettare la persona umana, fatta ad immagine di Dio, e a difenderla dalla nascita fino alla morte naturale.

3. O Maria Santissima, « piena di grazia », assisti con la tua vigile protezione questo popolo beneventano che in Te confida. Conforta i sacerdoti, i religiosi e le religiose, chiamati a portare il messaggio di salvezza alla società moderna! Assisti le Comunità cristiane ed ottieni loro il dono di numerose e sante vocazioni sacerdotali e religiose. Proteggi coloro che sono investiti di responsabilità civili, sociali e politiche, affinché abbiano sempre come meta il bene comune e lo sviluppo integrale di ogni uomo e di ogni donna.

Veglia su tutti i pellegrini, che ti venerano in questo Santuario, e sui loro ambienti di vita e di lavoro; benedici le famiglie degli emigrati, i disoccupati, i malati e quanti portano nell'anima le ferite tuttora sanguinanti di tristi episodi di violenza.

O Madre della Grazia, proteggi tutti e fa' che tutti comprendano che il segreto della gioia sta nella bontà, nella misericordia e nel perdono. Amen!

la scienza medica è chiamata a collaborare con Dio nella difesa della vita dell'uomo

(incontro con medici e ammalati nella palestra del seminario di Benevento, lunedì 2 luglio 1990)

1. Ringrazio vivamente il Signore per questo incontro con voi, cari ammalati e cari medici, e vi saluto di cuore con un particolare pensiero di riconoscenza per chi s'è fatto interprete dei comuni sentimenti. È stata veramente una interpretazione commovente.

Nelle visite pastorali, questo appuntamento con la sofferenza e con coloro che cercano

misterioso della sofferenza e la potenza redentrice del sacrificio. Egli in tal modo ha assunto nella sua opera di salvezza la parte di sofferenza che c'è nella vita di ogni uomo, annunciando che in ogni dolore ci può essere un ministero di benedizione e di grazia.

2. Esprimo un pensiero riconoscente anche a voi, carissimi medici ed infermieri, che avete scelto come professione il servizio di chi soffre, nell'intento di promuovere con assidua premura e generosa dedizione il sollievo e la guarigione. La scienza medica è chiamata a collaborare con Dio nella difesa della vita e dei diritti fondamentali della persona che soffre. Ben lo comprese il grande medico San Giuseppe Moscati gloria di questa vostra terra. Alla luce dei suoi esempi, sappiate impegnarvi con onestà ed umiltà nell'attuazione dei principi morali che il Vangelo vi suggerisce, ispirando a Cristo ed alla sua testimonianza di amore le decisioni connesse con la vostra professione di operatori sanitari e di garanti del vero bene di ogni uomo che a voi si affida.

È stato un incontro pieno di contenuti profondissimi. Non si poteva non pensare qui alla Croce di Cristo, di Cristo Crocefisso. Che cosa sarebbe il mondo, che cosa sarebbe l'umanità senza questa Croce, senza questo Crocefisso? Che cosa sarebbe la sofferenza umana senza questa Croce e senza questo Crocefisso? Vorrei offrire a tutti una Benedizione ed un ringraziamento per questo incontro.

di vincerla o di lenirla costituisce per me anche un'occasione di interiore conforto. Carissimi, sono qui con voi innanzitutto per condividere la vostra speranza. Ciascuno di voi porta in sé l'aspirazione profonda, ed umanamente ovvia, di superare la sofferenza, di vincere il dolore e l'umiliazione della malattia. Di questo sentimento è ben consapevole la Chiesa, che nella sua invocazione per gli ammalati chiede costantemente a Dio: « Manifesta nei nostri fraterni infermi la forza risanatrice del tuo Spirito, perché tornino presto nella Comunità ecclesiale e cantare le tue lodi » (cf. Messale Romano, « Postcommunio » della Messa per gli infermi).

Questa è anche la mia preghiera per voi oggi, cari ammalati, come lo è abitualmente per tutti coloro che sono visitati dalla malattia. Ad essi mi sento particolarmente vicino perché so bene che Cristo ha preso su di sé la Croce, rivelando così il valore



argomenti



*medicina
della
migrazione*

etica medica



medicina della migrazione: una nuova sfida per la pastorale sanitaria

Introduzione

Sosteneva in una dissertazione il medico militare Johannes Hofer che uno « strano malanno » colpiva i soldati Lanzicheneccchi mercenari in terra straniera.

Non sfuggiva al brillante dottore che questa affezione, peraltro subdola, tanto più si insinuava fra le truppe quanto maggiore era il periodo di stanza lontano dalle vallate delle Alpi svizzere. Egli descriveva la caratteristica sindrome nel modo che segue: « un grave senso di prostrazione, depressione manifesta ed una spiccata tendenza all'indifferenza ed alla insensibilità agli ordini ». Riferiva inoltre che il quadro condizionava negli individui una incessante richiesta di far ritorno verso la terra natia, e che si appalesava con maggior nitidezza dopo che la sera i soldati si riunivano attorno ai bivacchi a cantare canzoni alpine e motteggiare secondo i loro costumi. Il medico Hofer concludeva la sua dissertazione

come era d'uso, coniando un termine che arricchisse la tassonomia del tempo: il dolore per il ritorno, la "nostalgia".

Quasi cinque secoli fa dunque nasceva una terminologia particolare per una medicina particolare, che al contrario di altre branche della materia medica invece di scavarsi trincee entro la nosologia classica già si proponeva lungimiranti sintesi e rapporti interdisciplinari. La medicina delle migrazioni ha conservata intatta fino ai nostri giorni la sua dignità di campo operativo a se stante, sui generis per quanto riguardale strategie di intervento e di programmazione sanitaria, ma omnicomprensivo al riguardo del suo approccio all'uomo, non più solo 'patients' in una visione rigorosamente fisicista, ma « homo dolens » per il quale la sofferenza non ha sole radici corporee, ma è drammaticamente intrisa dell'antropologia intera dell'individuo, del suo rapporto con il maligno, con la morte, con la paura, con

il medico stregone, il mago, il sacerdote.

È imprescindibile dunque per l'operatore sanitario del migrante, la considerazione etnologica, la sensibilità psicologica, l'apertura ed il rispetto totali: in questa epoca di ipermedicalizzazione nella quale sempre più si offusca la figura del medico integrale che sembra invece ridursi ad un effettore tecnico specializzato, la medicina delle migrazioni può riproporre con vigore nuovo il tema della vocazione medica e della missione della pratica, con la nuova immagine di medico dell'uomo e della sua storia, della sua terra e della sua gente. Espressione estremamente impegnativa che travalica il comune bagaglio culturale fornito dalle università e che attinge intensamente nello spirito della persona alla ricerca di motivazioni umane, etiche e religiose le più profonde.

Al fine di agevolarne la consultazione tracciamo appresso il

sommario dei punti sui quali si struttura l'articolo:

L'universalità del problema
Un fenomeno nuovo propone un nuovo migrante
Una visione d'insieme
L'aspetto sanitario
La presenza della Chiesa accanto ai migranti

1. « L'universalità del problema »

Cenni storici

Con la nascita delle civiltà monumentali intorno al terzo millennio a. c. sorge il concetto di migrazione, quale con le pur dovute sofisticazioni, lo intendiamo noi oggi.

Nelle epoche precedenti infatti, il trasferimento di gruppi omogenei di individui segue più le istanze di sopravvivenza in relazione agli accadimenti naturali che il desiderio o il dovere di stanziarsi in territori diversi. In altre parole i tempi che intercorrevano fra gli spostamenti successivi di tribù o clan familiari non erano tali da permettere il formarsi di una cultura o di un'antropologia che fosse tale da essere esportata con il movimento: nel neolitico infatti si riconosce la cultura megalitica dell'Europa occidentale, la cultura *tripolje* dell'area balcanica, ma queste non hanno mai opportunità di confronto poiché i movimenti sono di corto raggio e di stampo nomade.

Dopo il « diluvio universale » (che coincide storicamente con un'epoca di ripetute inondazioni e di eruzioni vulcaniche), la costruzione di dighe e canali in Egitto ed in Mesopotamia diede il natalo alle comunità idrauliche del Wittfogel, che sorgono appunto sulle rive dei grandi fiumi: il Nilo, il Tigri, l'Eufrate, l'Indo, lo Huang-go. Premessa per l'avita è l'adempimento solidale dei compiti di una vita di comunità: si formano diversi strati professionali e coloro che sono esentati dal sistema economico di produzione alimentare possono dedicarsi ad altre occupazioni quali il culto, l'artigianato, l'amministrazione, la tecnica. Si forma cioè una società differenziata fondata sulla città, culla della civiltà che nasce.

Tutte queste comunità sentono la necessità di espansione territoriale e si trasformano in imperi nei quali si afferma un comune modo di sentire, e di pensare fondato su fattori linguistici, religiosi e culturali.

Gli intensi traffici commerciali favoriscono lo scambio di influenze e concorrono alla diffusione delle diverse culture su vaste aree. Gerico, la biblicaprotocittà, sorge infatti all'incrocio delle grandi vie carovaniere, le scene sulle quali si sono prodotte le prime migrazioni secon-

do la accezione moderna, il trasferimento cioè, da un luogo ad un altro del prodotto della vita comunitaria organizzata di molti uomini circoscritta ad un territorio definito.

Sulla base di questa definizione cercheremo di ripercorrere a vol d'uccello i momenti salienti delle migrazioni delle diverse epoche storiche, cercando di sottolinearne le caratteristiche peculiari di ognuna in relazione all'era in cui avveniva, tenendo presente però che va oltre lo scopo di questa esposizione il fornirne qualcosa di più di una breve descrizione.

Un primo esempio è rappresentato dalla cattività babilonese del popolo ebraico intorno al secolo VI a.c., e l'occupazione di Gerusalemme in conseguenza dell'alleanza tra il regno di Giuda e l'Egitto: le pagine del libro dell'Esodo sanno ripercorrere molto meglio di quanto sapremmo fare noi, il dramma e le avverse circostanze di vita nelle quali si trovò il popolo eletto.

Sulle rotte marittime, Ischia fu il primo insediamento dei greci in Italia, durante la seconda migrazione — quella greca — che seguiva la più antica, intorno al 1250 - quella egea. Questi movimenti si producevano secondo i dettami dell'oracolo di Delfi, che adempiva ai compiti di modulazione demografica regolando guerre carestie ed emigrazioni.

Roma, con il suo impero determinò profondissime infusioni di costume ed acculturazione nell'Urbe, grazie alle sue legioni ed al travaso di popoli per avere forza lavoro e militare.

Successivamente gli Slavi, i Germani, i Turchi distrussero la monumentale opera burocratica amministrativa creata dai romani, disgregando anche la coesione militare dell'impero ed aprendo varchi verso settentrione e l'oriente. Normanni, vichinghi, arabi penetravano così nell'Italia meridionale incidendo in modo sensibile e duraturo sugli sviluppi dell'Europa mediterranea.

Con l'alto Medioevo un ulteriore fattore di migrazione fu rappresentato dalle fiere europee e le vie mercantili, la più antica delle quali giungeva in Francia a Sampagna.

Un movimento particolare fu poi quello dei clerici vagantes, compagnie di studenti medievali dalle cui corporazioni sarebbero nate le università: e quello dei pellegrini — Palmieri, Romei e Jacqueri — che con bastone, mantello e bisaccia attraversarono le strade di tutta Europa verso i santuari di Gerusalemme, Roma e Santiago de Compostella.

La guerra dei trent'anni, che nasce col pretesto delle lotte tra gli Asburgo, fu in realtà un conflitto per l'egemonia sull'Europa. Le parti contendenti furono eteroge-

nee e diversificate: erano in campo

— truppe mercenarie al comando di capitani di ventura e di questi era in gran parte costituito l'esercito cattolico della lega;

— l'esercito spagnolo con una tattica ordinata di combattimento, il « quadrato spagnolo »;

— l'esercito di Wallenstein senza unità professionale al motto de « la guerra sostiene la guerra »;

— l'esercito nazionale svedese armato di moschetti e colubrine che diventerà il terrore di questo conflitto.

Mai come in questo turbinio di popoli e di fuoco, per i villaggi e le città d'Europa, fu valida l'equivalenza « straniero uguale pericolo ».

Altra tappa fondamentale fu la traversata dei Pilgrim Fathers sul Mayflower fino alle rive del Massachusetts, ove fondarono il New England ed il Maryland, dopo che Sir Walter Raleigh aveva fondato Jamestown, in Virginia, nel 1607.

Infine citeremo le migrazioni forzate del secolo scorso degli uomini di colore dall'Africa: le grandi deportazioni che più che sradicamento furono un vero e proprio espanto di popoli. A questi individui non veniva concesso nulla, neanche un nome, furono privati della propria identità personale e storica: e questo tuttavia non riuscì negare la fama al figlio di uno di quei deportati, Malcom X.

Le nuove migrazioni internazionali

Dai brevi cenni storici appare chiara la linea guida del flusso migratorio che si è avuto fino agli albori del nostro secolo: da una Europa iperpopolata si partiva alla volta di terre lontane e nuove da civilizzare valorizzare e dominare.

Questo processo ebbe solo una breve flessione nel periodo fra le due guerre, per ragioni facilmente immaginabili. La grande novità delle migrazioni del nostro tempo sta nel fatto che già pochi anni dopo la seconda guerramondiale, il saldo dei gruppi in movimento dall'europa e verso l'europa è decisamente a favore di questi ultimi. Pur mantenendosi infatti il flusso degli europei verso il mito del sogno americano, verso i paesi bianchi del Commonwealth, verso i facili guadagni dell'America Latina, cresceva sempre più il numero di quegli individui che da paesi in guerra, in via di sviluppo, retti da dittature, venivano a svendere la propria manodopera in nazioni che già ricevevano ondate migratorie dagli stessi paesi europei. Queste nazioni meta furono in una prima

fase la Francia, il Belgio, la Germania occidentale e la Svizzera.

Successivamente il fenomeno ha interessato quegli stessi paesi europei che producevano emigrazione, e cioè Italia, Spagna, Portogallo, Jugoslavia e Grecia, assieme a quelle nazioni nelle quali il flusso era totalmente invertito: la Gran Bretagna e l'Olanda.

Si calcola che in questo secolo circa **140 milioni** di persone abbiano abbandonato la loro terra d'origine alla volta di nuovi paesi: citiamo questo dato proprio per cercare di dare una dimensione tangibile dell'entità del movimento umano, a livello planetario, che rende conto di ciò che abbiamo definito « nuove migrazioni internazionali ».

2. « Un fenomeno nuovo propone un nuovo migrante »

Il vecchio aforisma che recita « movimento di se stessi è movimento dell'altro » vale per quelle che hanno preceduto le nuove migrazioni internazionali. È molto significativo per queste l'aspetto relativistico dell'incontro di civiltà umane, nel senso che non tutte avevano le potenzialità per compiere spostamenti continentali di ordine di grandezza simile.

Il dato nuovo dei grandi movimenti di questo secolo — e soprattutto di quelli che hanno succeduto la Grande Guerra — è che ogni popolazione ha i mezzi per esprimere poderosi trasferimenti in massa che non vengono assolutamente dettati dalla volontà o necessità di espansione culturale, ma all'opposto vengono innescati dalla mitizzazione di una cultura e civiltà altrui che appare in grado di offrire opportunità altrimenti inappetibili.

E soprattutto questa caratteristica che ha reso attualmente complesso il problema delle migrazioni, l'intreccio cioè delle ragioni che spingono i milioni di persone a trasferirsi da aree geografiche ove imperversano conflitti sociali, guerre, carestie o siccità, discriminazione razziale, catastrofi naturali come invasioni di insetti, gravi forme di inquinamento, e tutte le altre cause delle quali si è tentato di tracciare un profilo nelle brevi schede geografiche dei paesi di emigrazione.

Queste ragioni « si sono moltiplicate da quando nel **1974**, nelle sedi internazionali, di dichiarava in modo stupidamente miope la fine dei processi migratori di massa. In realtà si intendeva dire che i paesi di immigrazione non sentivano più il bisogno di manodopera che li aveva indotti a regolare in qualche modo i flussi di ingresso a condizione di limitare o procrastinare i diritti dei nuovi venuti. (...) Allora nel **1974**

si fingeva di non conoscere problemi come quelli derivanti dallo squilibrio demografico, dal differenziale di sviluppo economico sociale e demografico tra il Nord ed il Sud del mondo e dell'ampliarsi del fenomeno delle economie sommerse di cui lo sfruttamento dell'uomo diviene una variabile dipendente ».¹

Ecco dunque la novità più pregnante del fenomeno: questi nuovi emigranti sono condannati tout-court alla suboccupazione, alla clandestinità, all'emarginazione. L'ineludibilità di una tale sorte fasi che vengano tentati spostamenti ripetuti in paesi diversi, soprattutto europei, col progetto magari di stabilirsi definitivamente in nazioni transoceaniche quali il Canada, l'Australia. Si caratterizza così una nuova figura di migrante « in transito » che si traduce nel fenomeno globale di una originale forma di nomadismo, poiché fa dei paesi più sviluppati non mete col miraggio di benessere ed inserimento, ma tappe preferenziali e transitorie — e in qualche modo obbligate — prima di raggiungere una agognata terra promessa.

Un'analisi più approfondita è necessaria per comprendere come questo nomadismo nuovo è solo in parte sovrapponibile all'accezione che di tale fenomeno generalmente si possiede: il nomadismo antico infatti ha con il contemporaneo oltre che degli aspetti comuni anche dei fattori differenziali.

Una caratteristica comune è quella che entrambi i nomadismi — con l'occasione della ricerca di beni nuovi da vivere — sono implicite innovazioni alle quali si associa la presenza « dell'orda »: un fatto, questo, che sembrava superato per sempre con la belle époque europea. Nei luoghi più isolati, in ogni tempo, è stata una tendenza quella di incorporarsi alle città principali per godere delle istituzioni che, ormai stabilite decidevano, non senza sforzo, il progresso della civiltà; in questo senso, le rinascite storiche dei popoli sono state numerose ed incessanti. Dall'altra parte, si è però prodotto il fatto che un settore della popolazione rimane soggetto all'indigenza.

L'aspetto divergente è che di fronte alle repressioni politiche, il nomadismo contemporaneo si è progressivamente appesantito di una coscienza di libertà. Sembra che il segno di questo incrocio di razze sia il godimento di una libertà perduta o, in molti casi, mai avuta. Se congiungiamo alla dignità umana questa libertà osserviamo una corrente favorita da un incrocio incessante delle razze: questo transito — al quale si accompagna l'indigenza dei paesi poveri e la scarsità progressiva della popolazione nelle nazioni sviluppate a

causa della contraccezione — diventa altamente doloroso. Le nazioni libere soffrono il peso di un grave carico: le loro stesse crisi politiche ed economiche — e soprattutto morali — danno origine ad una forma di insicurezza provocata dallo spirito « di orda » nelle generazioni più giovani. Il segno di questo « ordismo » si rispecchia nel traffico organizzato dei vizi più gravi, che culminano in un tasso molto elevato di delinquenza. Un alto indice di questo processo di delinquenza deve essere attribuito alla insalubrità mentale, della quale soffrono, per complesse circostanze, gli stessi delinquenti.

3. « Una visione d'insieme »

La mobilità delle popolazioni è antica quanto l'uomo ed ha prodotto una feconda diffusione delle civiltà e delle culture, dall'incontro delle quali è spesso scaturito un arricchimento reciproco per i gruppi etnici a confronto, anche se a costo di conflitti aspri e sofferenze.

La dinamica precedente dei grandi movimenti di popoli aveva infatti intrinsecato la finalità di esportazione ed impianto di una antropologia connotata, in una prospettiva definita di trapianto etnografico. Questa caratteristica è rimasta tale per i flussi migratori fino a quelle che abbiamo definito le nuove migrazioni internazionali. Tale fenomeno infatti perde ogni velleità trasmissiva quanto meno per ciò che concerne le immediate motivazioni — e principali — del movimento degli uomini: ancor più diremo che vengono meno gli elementi fondamentali affinché si realizzi uno scambio — si bidirezionale, ma chiaramente a favore degli immigrati — sovrapponibile a quello che si realizzava nelle epoche precedenti. I nuovi fattori ai quali è imputabile la ragione di un simile cambiamento possono essere così semplificati:

- sono popoli più poveri che muovono verso popoli più ricchi
- sono popoli « primitivi » che puntano verso popoli « evoluti »
- sono persone che non hanno nessuna possibilità di sopravvento culturale nei confronti degli ospiti.

D'altro canto non si può negare che il problema delle nuove migrazioni internazionali abbia degli aspetti dolorosi che spesso si estrinsecano in l'acuzie dei gradi estremi dell'intolleranza — se non addirittura della xenofobia vera e propria.

Questi deplorabili atteggiamenti, benché inaccettabili, sono comprensibili e riflettono la traccia sociale del problema della nuova immigrazione:

— i nuovi arrivati vanno a incidere maggiormente sulle condizioni di vita dei ceti più bassi delle popolazioni ospiti, universalmente i più pressati dai mali classici della società occidentale;

— gli immigrati svendono manodopera e forza lavoro riducendo la potenza contrattuale degli autoctoni per i lavori del terziario;

— i migranti rappresentano i « nuovi poveri » delle società evolute, il capro espiatorio di vessazioni pressanti, frutto di un malcontento dilagante, fra coloro che vivono nella morsa della miseria, della disoccupazione, della mancanza di alloggi, dell'emarginazione, che riversano le frustrazioni e le umiliazioni di cui sono oggetto nella società degli uguali contro coloro che — addirittura! — sono diversi;

— questi stranieri accettano almeno inizialmente (che non significa però per breve tempo) condizioni di vita che garantiscono a stento la sopravvivenza, fornendo al tempo stesso inusitate — e spropositate — opportunità di guadagno a chi abbia sufficientemente pochi scrupoli « da porgere aceto a labbra arse dalla sete ».

In ogni caso gli elementi suddetti non rappresentano che una delle prospettive dalle quali è possibile approcciare il problema sociale dei migranti per darne una definizione d'insieme. Altro sarebbe, infatti, parlare delle minoranze etniche ad alta scolarità provenienti dalle regioni del Corno d'Africa, o dei fuggitivi (perché di questo si tratta!) dai paesi in cui i conflitti sociali sono aspri al punto da compromettere oltre al presente anche il futuro.

In sintesi riteniamo sia opportuno in questa sede tratteggiare le linee guida dei complessi fattori che modulano l'impatto degli immigrati con le società dei paesi che li accolgono e di quegli elementi che intervengono in maniera determinante nella dinamica del processo cosiddetto di integrazione: inoltre è doveroso evidenziare quali siano i punti di partenza per un'efficace azione di contenimento del costo umano che le interazioni sociali con gli immigrati impongono.

1. La situazione psicologica, con tutto il suo risvolto sociale, è uno dei problemi fondamentali che investono il migrante; questa genera una inquietudine, una incertezza profonda, interiore che incide sulla vita quotidiana più della mancanza di un lavoro o di un alloggio.

2. L'informazione ha un peso determinante nella problematica degli immigrati; è evidente come il

sensazionalismo allarmistico della stampa che titola « Italia ventre molle dell'Europa » oppure « valanghe di richieste di permessi di soggiorno » o ancora « ingresso incontrollato di extracomunitari » non favorisca di certo il clima di accettazione da parte della popolazione.

3. I problemi di inserimento vincono le diversità etniche di tutti gli emigranti; gli ostacoli ad instaurare un rapporto di uguaglianza con i nativi frantumano ogni prerogativa ad una civile convivenza.

Trovare un alloggio — ancor prima della disponibilità economica calibrata — esige il riconoscimento del diritto a vivere in quel luogo; ottenere un permesso burocratico oltre ad implicare un iter complessissimo significa uscire dalla clandestinità; la ricerca di un posto di lavoro o di una scuola per i propri figli, prima della prestanza lavorativa o di apprendimento impone una dignitosa conoscenza della lingua, aldilà del poco sufficiente per la sopravvivenza.

L'integrazione degli immigrati alla luce di questi fattori si presenta come un evento multidimensionale nel tempo, che va a cominciare idealmente in epoca anteriore alla migrazione, per ricercarne le motivazioni, le aspettative, i consensi e le partecipazioni familiari che così profondamente incidono sul clima di accettazione ed inserimento nella società ospite e che rappresentano la merce di primo scambio nel processo di trascurazione.

4. « L'aspetto sanitario »

Inquadramento

Lo scopo di questo breve paragrafo vuole essere quello di offrire una sintetica presentazione di ciò che riteniamo debba intendersi per medicina delle migrazioni. Se si comincerà col pensare che questa sia un'ennesima estensione della scienza medica come tecnologia, approccio terapeutico e prassi clinica consolidata, il futuro della problematica sanitaria dei migranti diventerà presto conflittuale e contraddittorio.

La salute degli immigrati, svincolata da una visione globale dei fattori che la condizionano, finirà per essere estromessa dalla medicina « funzionale più all'accrescersi dei mali che non ad una scienza dell'uomo e della vita ».²

La medicina delle migrazioni non può, e non deve, essere solo questo: deve piuttosto valicare gli stretti limiti di approccio occidentale — che semplicemente muta l'oggetto della sua attenzione. Essa deve aprirsi al contatto con l'altro, l'alieno, il diverso; deve confron-

tarsi con schemi mentali ed antropologici che se da un lato scuotono i classici canoni di riferimento, ad un tempo li arricchiscono e compendiano.

Per i pazienti immigrati la modalità occidentale di espressione dei problemi di salute può avere degli effetti finanche drammatici, poiché evitando di tematizzare le manifestazioni culturalmente specifiche dell'essere ammalati si instaura un rapporto di disinteresse ed estraneità nei confronti di ciò che per loro significano Salute e Malattia. Per un paziente immigrato è più importante sapere da dove viene una malattia (etiologia) rispetto ad un ammalato autoctono il quale è invece interessatissimo a sapere di che morbo si tratti (diagnosi); il migrante inoltre manifesta le proprie sofferenze in forme spiccatamente emotive, mostrando apertamente una « bramosia » di attenzione che invece il malato occidentale ritiene esagerata e senza ritengo, poiché è più disponibile a sopportare pazientemente la sua malattia senza eccessive lamentele.

Nelle università i primi incontri con la clinica medica cercano di risvegliare nello studente la curiosità — assopita da pagine e pagine di trattati — per l'uomo, per il malato; tentano di far compiere ad ali ancora implumi il primo volo dal nido dei libri verso il cielo della persona, intesa come unità di spirito, psiche e soma e non solo come insieme ordinato di organi ed apparati. Ebbene, la stessa temerarietà deve avere oggi la scienza medica per spiccare il salto dall'immobilismo che nasce dalla convinzione della propria irrefutabile validità — basata sulle certezze derivate dalla sperimentazione scientifica — per tuffarsi nell'universo multiforme dell'altro, colmo di dimensioni diverse del vivere, sconosciute, che incidono profondamente sul manifestarsi della patologia, sul vissuto che di questa si ingenera nell'individuo.

Senza bisogno di correre con il pensiero agli operatori estetici nepalesi, agli sciamani delle tribù pellerosse dell'America del nord-ovest, si può pensare ai nostri più vicini « guaritori », ai quali, nel nostro occidentalissimo mondo, a tutt'oggi moltissime persone si affidano. Dello stesso consenso godono, a maggior ragione, gli stregoni di popolazioni africane o le analoghe figure di gruppi etnici asiatici: questi sono individui che peraltro vedono il loro prestigio legittimato nella società proporzionalmente all'efficacia che dimostrano. Si pensi che persino antichissimi documenti, fatti risalire ai Sumeri, testimoniano le gravissime punizioni inflitte ad « operatori sanitari » inadempienti, i quali pagavano al prezzo della legge del taglione lo

scotto di una pratica medica empirica ed ancora in embrione.

Le ragioni dell'affidabilità di questi personaggi vanno comunque ricercate al di là dei reali benefici di cui sono capaci, e per l'appunto nel rapporto totale di cui sono artefici con il paziente. Un rapporto a misura di uomo, consapevole del suo contesto storico e sociale, comprensivo nei riguardi del suo vissuto così pieno di simboli, codici e rappresentazioni peculiari di questo.

Non sarebbe rispettoso a questo punto non ricordare che (proprio recentemente) sempre più si va concretizzando l'interesse della medicina ufficiale verso forme di sapere medico « magico » o « tradizionale », come d'altronde testimoniano il crescente impegno di etnologi, psichiatri, antropologi ed il numero dei congressi che, su questo tema, vengono oggi organizzati.

Questo significa che non possiamo più ignorare come certi vecchi pregiudizi riguardo le medicine tradizionali, vengano attualmente rivisitati — con un atteggiamento di serena ed obiettiva valutazione critica — alla luce di moderne teorie scientifiche, le quali suffragano e legittimano quelle condotte sanitarie operate sulla base della mera intuizione antropologica.

La medicina delle migrazioni deve rappresentare il riappropriamento delle radici più umane dell'arte sanitaria: deve immergersi profondamente nell'intimo dell'individuo, scandagliare nella sua dimensione umana per cogliere l'*hominem dolentem*, senza stupirsi, qualora se ne avveda, di star rimstando nello spirito.

La patologia medica

« Quando la malattia che, nella sua essenza è la negazione stessa dell'immigrato, finisce — a condizione d'essere contestata — per costruire un nuovo alibi per l'immigrato (alibi di rimpiazzo, dal momento che il primo alibi, il lavoro, è stato distrutto dalla malattia) essa diventa, come per uno strano paradosso, inseparabile all'immigrato che ne è stato colpito; e così può sparire (cioè guarire) solo se costui non ne ha più bisogno, se trova una soluzione al suo malessere ed alle sue contraddizioni cose tutte che la malattia rivela o acuisce. In mancanza di una via d'uscita, la malattia diventa permanente e viene rivendicata in permanenza; diventa la sola via d'uscita per una situazione che non ne ha nessuna ».³

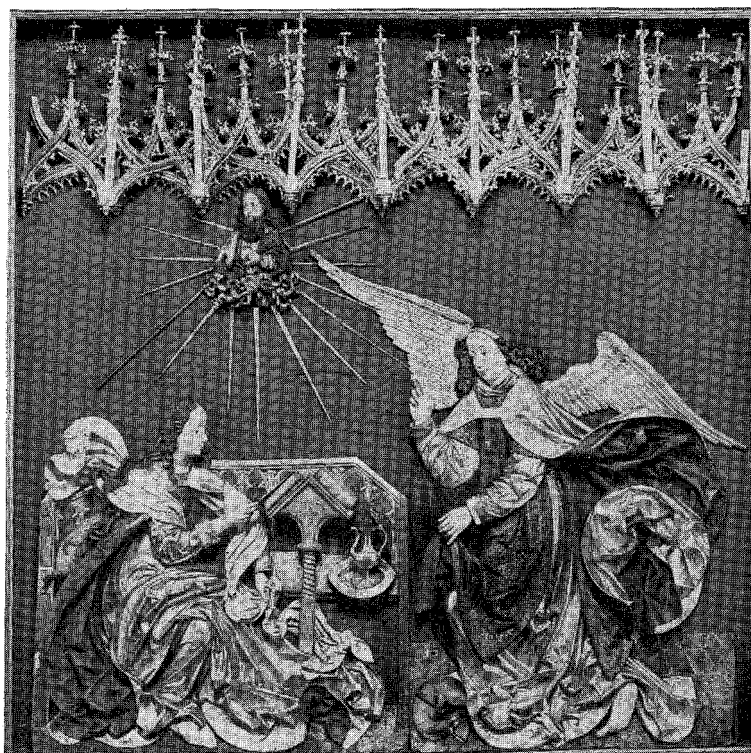
L'importazione di malattie estremamente rare nei nostri clima, le cui cause sono identificate nell'incremento del movimento turistico

internazionale in generale e nei flussi migratori in particolare, rappresenta, per la pubblicistica divulgativa, uno degli aspetti allarmistici della sanità pubblica. Questo punto di vista, però, è evidentemente unilaterale, poiché la vulnerabilità fisica degli immigrati, durante il soggiorno nei paesi di transito e/o definitivi, risente di un notevole aumento e la suscettibilità di questi a noxae patogene — in altri tempi per loro trascurabili — subisce uno spiccato incremento.

Descrivere la situazione sanitaria degli immigrati — di una popolazione cioè che sfugge alle statistiche correnti — è un'impresa titanica, e per ragioni puramente pratiche-organizzative (è in continuo aumento; è molto mobile nelle osservazioni; è solo in piccolissima parte

paesi europei dell'area mediterranea, differiscano in qualche maniera nella distribuzione quantitativa, rispetto a quelle reperibili nelle nazioni dell'Europa settentrionale, nelle quali l'assetto - climatico, dietetico, geomorfologico influisce in maniera peculiare e diversa.

E necessario considerare l'importanza rivestita da fattori quali l'essere proiettati da regioni tropicali o equatoriali in zone a clima temperato, prive di quelle sollecitazioni termiche (quali escursioni di 20 - 30 °C nelle 24 ore, probabilmente importantissime per un riequilibrio vegetativo nictemerale) che la genetica dei migranti mirabilmente governa; il trovarsi costretti all'ingestione di dosi di conservanti ed altri additivi alle quali non sono ancora stati selezio-



monitorabile, etc.) e per motivi di carattere prettamente teorico: non è possibile presentare dei dati che non siano delle stime campionarie di popolazione, le quali si sa, sono suscettibili a fluttuazioni più o meno significative.

C'è da dire inoltre, che in statistica ed epidemiologia si ragiona su « tassi » che per essere determinati hanno bisogno di un denominatore rappresentato dal valore dell'intera popolazione, la quale, come si è più volte avuto modo di dire, non è identificabile con certezza e ancora: nella presentazione di un'analisi epidemiologica è necessario far riferimento a quelle condizioni oggettive che sono variabili importanti per il verificarsi di determinati quadri morbosi. È intuitivo pensare che le patologie riscontrabili nei

nati; e più, la necessità di ingerire associazioni di sostanze alimentari per loro improprie o squilibrate (qualora abbiano le possibilità per una dieta « occidentale »).

La prima tentazione scientifica, all'approccio di una tale problematica, è quella di verificare l'esistenza della relazione che specifici patterns di patologia, tra i diversi gruppi di popolazione, si stabiliscano in base alla provenienza: una tale dimostrazione permetterebbe di delineare una ulteriore peculiarità della medicina delle migrazioni — una medicina geografica cioè — che sovverte il rapporto logico della epidemiologia descrittiva, ribaltando la subordinazione, in base ai correnti schemi mentali, che lega alle patologie la loro distribuzione geografica.

Il secondo capitolo del Rapporto al Ministro degli Affari Sociali e della Sanità francese del 1986, tratta della « patologia da importazione »: questo capitolo è per la maggior parte occupato da malattie infettive, per le quali si è studiata la associazione con diversi parametri significativi. Gli autori hanno concluso che tale patologia è quasi esclusivamente acquisita nel paese ospitante ed è in relazione soprattutto alle pessime condizioni in cui versano gli immigrati. Inoltre hanno considerato che il rischio per gli autoctoni è molto basso, ed in ogni caso costituito da uno spettro di patologie per le quali esistono delle riproverate contromisure terapeutiche (malaria, spirochetosi, alcune parassitosi).

Ai fini di una efficace programmazione sanitaria, risulta di primaria importanza il tipo di domanda sanitaria che scaturisce dal quadro epidemiologico generale suggerito da un attento esame della letteratura. Innanzitutto risalta l'assenza di malattie cronico/degenerative — così come è da aspettarsi da popolazioni di età media piuttosto giovane — che esclude la necessità di particolari forme di assistenza le quali, viceversa, sono fra le più richieste nei paesi sviluppati.

Inoltre il fenomeno dell'immigrazione è strutturato geograficamente in modo del tutto disomogeneo, tale che esistono zone nelle quali la richiesta sanitaria è pressoché trascurabile, e al contempo vi sono aree nelle quali la necessità di assistenza si riversa con un impatto violentissimo: ci riferiamo alle strutture ospedaliere delle grandi città, ed in particolare ai reparti di pronto soccorso. Diviene quindi estremamente problematico calcolare il bacino di utenza delle strutture che vengano adibite alla diagnosi e cura delle malattie degli immigrati, per l'estrema variabilità della popolazione che gravita intorno ai grandi centri abitati, e soprattutto perché difficilissimo sarebbe calcolare il grado di conoscenza ed accessibilità a tali strutture da parte di questi.

Fare una diagnosi poi, non significa necessariamente impostare una terapia efficace, ed è nota a tutti la discrepanza che esiste tra diagnosi e terapia come tendenza della medicina attuale: se da un lato le più avanzate tecnologie permettono di svelare le patologie più sofisticate, dall'altro si assiste all'incapacità di trattarle opportunamente. Questi « fallimenti del successo » hanno un peso maggiore sugli immigrati: quando ci si trova di fronte a malattie della colonna vertebrale o sindromi gastroenteriche di chiara origine psicosomatica — le quali assumono decorso protratto nel tempo e sono resistenti alle comuni terapie sintomatiche — riesce diffi-

cile individuare dei responsi diagnostici corrispondenti alle sofferenze soggettive del paziente. Non raramente queste congiunture esitano nella formazione di etichette ben poco lusinghiere per il paziente immigrato che testimoniano ancora una volta quanto scomoda sia la sua domanda sanitaria: si parla quindi di « psicopatia querulatoria » o « nevrotica pretesa di cure », entrambe locuzioni che dimostrano la polarizzazione aggressiva del rapporto medico-paziente « per lo più perché il medico si è lasciato sfuggire qualcosa o ha un concetto della malattia e della salute che non corrisponde a quello del suo paziente ».⁴

E questa non è la sola situazione in cui si producono malintesi e frustrazioni: quando pure l'immigrato abbia ricevuto una « educazione » ad essere paziente, nel senso più squisitamente occidentale, una conseguenza della sua integrazione sanitaria è quella di una pesante eredità di bisogno tecnologico al ritorno nel suo paese di origine. Questa forte dipendenza tecnologica, che si contrappone al « debole collegamento sociale », mina la ricostruzione dei rapporti sociali interrotti e condiziona l'adeguamento del suo nuovo stile di vita agli standard locali.

« Sul piano istituzionale, l'emigrato di ritorno scopre che le istituzioni sanitarie locali non sembrano granché interessate a ricostituire la sua capacità lavorativa. Perde un sacco di tempo per semplici esami di laboratorio tutto all'opposto che nel paese ospite dove invece si cercava di ridurre al minimo le sue assenze dal lavoro per malattia. E sente anche la mancanza di quel dispendio di mezzi diagnostici e di quegli interventi terapeutici invasivi che aveva imparato a conoscere all'estero. Per averli viaggia sino alle grandi città del suo paese, dove spera che la sua malattia trovi maggiore considerazione.

Sul piano sociale gli riesce difficile rendere comprensibile ai suoi conoscenti non-emigrati il rapporto per lui importante per il lavoro che ha svolto là e la malattia conseguente. È come se i codici tecnologici di rapporto con la malattia da lui appresi attraverso i legami con le istituzioni sanitarie all'estero, lo avessero privato dell'esperienza sociale della malattia e delle capacità di collegamento sociale intorno ad essa.

La malattia che all'estero era sempre stata valutata in confronto con la capacità lavorativa e che poteva essere fonte di una invalidità alternativa al lavoro in patria non sembra più tale. Come se da una stessa sofferenza risultassero due malattie diverse ».⁵

La patologia psichiatrica

Gli effetti psico patogeni degli spostamenti forzati di grandi gruppi di popolazione sulla salute mentale sono stati da più autori dimostrati. Attualmente esiste una rilevante messe di letteratura psichiatrica che indica quali siano le conseguenze psicologiche per individui che si trovino proiettati fra due diverse culture, o che si trovino a vivere l'infausta condizione di dominazione culturale.

Queste implicazioni vengono considerate in particolare per coloro che si trovano in tale situazione non per scelta volontaria, ma a causa di ragioni — le più varie — che abbiano reso ineludibile il realizzarsi di un simile conflitto; i risultati hanno rilevato che, proprio in costoro, le conseguenze dello sradicamento si fanno più serie e precocemente possono produrre il decadimento della personalità del soggetto. Per comprendere il significato psicopatologico del « muoversi fra due culture » è necessario tener presente due punti chiave che agli studiosi oggi appaiono incontestabili. « Il primo riguarda la misura in cui è possibile mantenere il linguaggio, i valori, la cultura tradizionale, ed i patterns preordinati di relazioni sociali; poi c'è la questione della volontarietà di contatto che agisce sul secondo problema con il quale hanno a che fare la maggior parte delle persone: quello dell'isolamento invece della partecipazione. Entrambi i fattori incidono sulle strategie adottate da queste persone — o da quelle che la natura delle società ospiti impone loro. Quelle società che incoraggiano o permettono il mantenimento della cultura tradizionale e che consentono ai gruppi di servire o agire come network di supporto sociale per i suoi membri, tipicamente esprimono minori livelli di problemi di salute mentale fra gli immigrati, rispetto a quelle che optano per strategie assimilationistiche ».⁶

Ma ancor prima di discutere le conseguenze del rischio psicopatologico è opportuno fare delle premesse sulla peculiarità della diagnosi psichiatrica in pazienti come gli immigrati.

È noto ai più quale sia l'entità del problema delle influenze patoplastiche in psichiatria: si è sostenuto che alcuni sintomi e tratti delle neurosi e delle psicosi rimangano invariati nel tempo, tuttavia si afferma che le manifestazioni delle patologie subiscono nel corso dei secoli l'influenza dello « spirito dell'epoca », di particolari mode o stili di vita plasmati da determinate « atmosfere sociali ».

La psichiatria transculturale si preoccupa di confrontare diverse culture e società allo scopo di definire quale sia l'influenza sulla

salute mentale dei diversi patterns antropologici, studiando appunto le differenti manifestazioni psicopatologiche in popolazioni distinte.

Le malattie mentali sono universali? Di fronte alla problematica delle nuove migrazioni internazionali un interrogativo simile si pone a dispetto di ogni pedanteria accademica, poiché è proprio la risposta a questo che condizionerà ogni corretto operare da parte degli operatori sanitari. Le stesse grandi sindromi classiche esprimono manifestazioni transculturali significative: se poche sono per la schizofrenia (per esempio negli indù prevalgono la rigidità catatonica ed il negativismo, interpretati come prodotto di una società che tende a favorire l'introversione, al contrario delle manifestazioni aggressive che predominano negli schizofrenici occidentali), ve ne sono di più per la psicosi maniaco-depressiva (per esempio i popoli primitivi vivono profondi dispiaceri seguiti da repentine riprese; le opere artistiche greche e romane ci dicono come invece tali psicosi « non uscivano da un prospetto naturale », per dirla con Ey, Bernard, Brisset; nella nostra cultura invece ha ampia fluttuazione l'importanza assunta dal sentimento di colpa).

Ancor più importante è la conoscenza di talune sindromi particolari a certe culture: di queste citeremo alcuni esempi.

Fra le reazioni psiconevrotiche acute si annoverano:

- la calentura, nei marinai del XVIII sec.;
- la corsa dell'Amok dei Malesi;
- la psicosi di Windigo, nei pellerosse del Canada;
- le morti psicogene rapida e lenta.

Fra le nevrosi specifiche merita menzione:

- il Latah a Giava;
- il Myrialkit in Siberia;
- l'Imu, in Giappone;
- il Koro nel Sud Est asiatico.

Questa pur brevissima panoramica altro scopo non vuol avere se non quello di dare un quadro schematico dell'estrema variabilità che scaturisce dal contatto con il paziente nell'assistenza psichiatrica degli immigrati: ancor più serve a sottolineare la già citata necessità di un solidissimo bagaglio culturale di tipo interdisciplinare da parte del medico e, maggiormente, dello psichiatra.

D'altronde situazioni come quelle degli immigrati, caratterizzate da disorganizzazione ecologica, instabilità ed incoerenza dei ruoli sociali

(si pensi ai giovani figli che apprendendo la lingua più facilmente del genitore, assumono ben presto un'importanza assolutamente nuova in seno alla famiglia!), sono intuitivamente favorevoli quelle patologie psichiatriche che possono manifestarsi con tutta la particolarità della cultura d'origine.

Ma esistono delle patologie tipiche della condizione di immigrato? La letteratura riporta osservazioni sulle « psicosi nostalgiche » o sugli stati astenici da deportazione, ma bisogna sottolineare come primaria in tutti i sensi sia la sindrome da sradicamento. Si tratta di alterazioni della personalità che trovano la causa nel distacco dagli affetti, dagli usi, dai costumi propri e dalla reazione al nuovo ambiente dal quale il soggetto è circondato.

Il quadro si compone della perdita di iniziativa, della mancanza di senso del tempo per la privazione di qualsiasi attività finalizzata, del deterioramento progressivo delle capacità sociali e delle relazioni interpersonali. Tale sindrome, più che condizione terminale si pone come fattore aggravante il rischio psicopatologico della migrazione, agendo spesso da elemento precipitante situazioni morbose latenti.

Autori tedeschi hanno rilevato come la fenomenologia del morbo sembra attraversare delle fasi alterne: mentre nelle prime prevalgono i sintomi depressivi nelle successive si appaiono invece pesanti patologie psicosomatiche.

Questo aspetto è di importanza notevole poiché suggerisce l'interpretazione che le reazioni depressive scaturite dalle tensioni delle prime esperienze dell'emigrazione non scompaiono con il tempo, bensì evolvono mutando in sindromi psicosomatiche: lo spostamento dei problemi dal piano psicosociale al piano fisico trova spiegazione nel tentativo di normalizzare la propria situazione di vita. D'altronde questo è chiaramente un meccanismo di adattamento non intenzionale, che rientra nel più vasto ambito di quei sistemi buffer attivati dalla mente per superare le condizioni limite, per non vedere le contraddizioni e per evitare cambiamenti repentini e troppo costosi. Un autore ha definito questo fenomeno come la « formazione adattativa delle preferenze », svelandone il pericoloso aspetto manipolativo: « rende gli uomini contenti del poco che possono ottenere ».⁸

Ma quali sono i disturbi psichiatrici maggiori riscontrati fra gli immigrati?

Quali sembrano essere i fattori di rischio psicopatologico?

Qual'è la prevalenza approssimativa dei disturbi psichiatrici fra questi soggetti?

Una risposta a tali quesiti non può prescindere dai rischi che ogni

generalizzazione implica, ma riteniamo di non scostarci molto dal vero dicendo che la prevalenza complessiva dei disturbi psichiatrici non risulta eccessivamente elevata (e solo di poco superiore al 15% stimato per una popolazione adulta generale), anche se vi sono delle differenze statisticamente significative per gruppi specifici di popolazione di immigrati se confrontati con controlli autoctoni. Inoltre l'incidenza dei disturbi psichiatrici maggiori spesso risulta inferiore a quella della popolazione ospite a significare che sono spesso gli elementi più dotati coloro che abbandonano i paesi di origine.

Per quanto concerne i fattori di rischio psicopatologico si è evidenziato che il sesso facilmente è correlato all'insorgenza di patologia, per alcune popolazioni (quali gli eritrei) può essere quello femminile — poiché legato sia al ruolo della donna che all'occupazione che trova nel paese ospite —, per altre popolazioni può essere quello maschile (quali i senegalesi, per la preponderanza degli uomini e le condizioni sub umane di vita alle quali sono soggetti).

Altri elementi circostanziali dell'insorgere dell'insanità mentale si sono dimostrati i periodi prolungati di permanenza nel paese ospite, l'età avanzata degli individui, il livello di scolarità, il tipo di occupazione.

L'aspetto bioetico

Il tema della difesa della vita risuona ubiquitario nelle tavole accademiche e nei dibattiti televisivi, nei quali si discutono con fervore l'ingegneria genetica e la sua proiezione nei prossimi decenni, il diritto alla vita e la procreazione responsabile. E paradossale come la medicina ufficiale lasci da parte il problema così vasto di un'assistenza dignitosa agli immigrati: se la difesa della vita è diritto imprescindibile del singolo deve a maggior ragione significare difesa della vita dei gruppi di individui che versano in condizioni di assoluta emarginazione nelle grandi metropoli europee e di oltre oceano, dove arrivano sotto la spinta dei paesi del terzo mondo.

E molto strano che in un momento storico come quello attuale, nel quale si sta operando per restituire all'atto medico la dignità primaria di atto etico, non si sia ancora prestato attenzione al disconoscimento non di singoli individui, ma di intere popolazioni, quasi a significare che la grandezza dei numeri o l'entità di un intervento economico tolga importanza alla dimensione etica del problema per costringerlo in uno spazio esclusivamente politico. In realtà se l'eutanasia e

l'aborto sono un gravissimo attacco a ciò che c'è di più umano nell'arte sanitaria, ancor più grave è l'abbandono da parte degli operatori sanitari di milioni di persone che necessitano del sollievo e delle cure dei medici.

Noi crediamo che se un medico può essere accusato di omissione di soccorso quando si rifiuta di prodigare la sua arte per il prossimo, allora la stessa accusa deve essere mossa all'insieme del corpo sanitario in casi come questo della medicina dell'esodo, dove non si disattende — come si è già detto — la dottrina del singolo, ma di una intera popolazione. Altrimenti si dovrebbe constatare con tristezza, ancora una volta, che per il privato valgono la coscienza morale e l'etica; per il pubblico la ragion di stato, dolorosa docenza machiavellica.

« Difesa della vita deve anche voler dire assistenza sanitaria alle gestanti africane, a tutti i bambini figli di immigrati, a tutti gli ammalati di qualsiasi nazione, sesso, o stato giuridico » poiché è la dignità della persona umana che rimane il referente obbligato per ogni settore dell'impegno intellettuale, morale e soprattutto religioso.⁹

La bioetica dunque è oggi chiamata a pronunciarsi su questo aspetto — pur giovane, ma di rilevanza sempre crescente — del panorama della medicina contemporanea, poiché « se l'interdipendenza dei popoli, la constatazione che tutti siano veramente responsabili di tutti, fanno della solidarietà un dovere ineludibile ed una virtù cristiana fondamentale, tale principio dovrà trovare applicazione anche nel campo della medicina, sia per la sua crescente e doverosa socializzazione, sia per i problemi che la medicina socializzata impone ». ¹⁰

Non sfuggirà ai più attenti, che il problema della medicina delle migrazioni si inserisce a pieno diritto nel progetto di pastorale sanitaria ispirato ad infondere il rispetto di un codice deontologico illuminato dalla dottrina cristiana.

Nella nostra epoca di ipermedicalizzazione della società, in cui si dibatte sulle esigenze di una medicina articolata in tutte le sfumature e per la quale, in ogni micro-necessità si ritiene onesto creare micro-specializzazioni (medicina di base, medicina del turismo, medicina di massa ecc...), si nega con risolutezza una medicina qualsiasi per i migranti.

Siamo grati alla direzione del progetto pastorale per gli operatori sanitari per aver dato voce ad una istanza così fondamentale per il recupero dei valori più schietti dell'arte medica, certi che già la sua considerazione restituisce dignità ai fruitori sempre più numerosi degli ambulatori volontari che con il

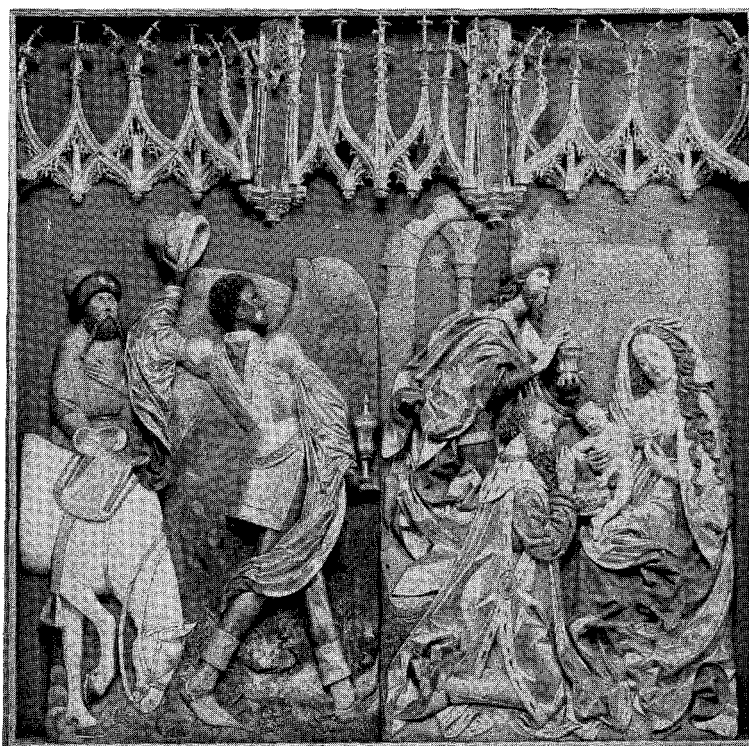
sostegno della Chiesa si sono venuti formando, e sicuri che la sua lusinghiera attenzione costituisce la premessa indispensabile alla realizzazione di una vera medicina delle migrazioni.

Ipotesi risolutiva del problema sanitario

Secondo quanto detto nei capitoli precedenti di questo studio dobbiamo enucleare in due punti principali il problema sanitario delle migrazioni umane: a) il difetto di assistenza sanitaria agli immigrati nelle nazioni di ricezione, difetto dipendente dalla diversità giuridica e civica che per lo meno nei primi momenti dell'immigrazione costituisce un autentico barrage sanita-

possono eludere l'obbligo a trasformare un'ondata clandestina in una presenza civica. In tal senso il primo diritto è sanitario. Parlando in termini estremi infatti se è possibile concepire nella via dell'integrazione della immigrazione una fase intermedia e temporanea di aleatorietà, essa non può perciò prescindere da una protezione sanitaria. Le sottigliezze giuridiche che permettono senza permettere i flussi migratori non possono eludere situazioni patologiche che per la loro acutezza e gravità non possono attendere.

Anche nei termini economicisti, se c'è un'intenzionalità nel consentire un'immigrazione che comporti un afflusso di mano di opera nuova nel sistema produttivo, anche prima di concordare una definitiva equi-



rio b) la diversità culturale della popolazione residente rispetto a quella migrante che comporta una diversa espressività sintomatologica e patologica nei migranti e una concezione diversa del ruolo stesso della sanità e dei suoi operatori.

Per ciò che riguarda il primo punto è evidente che per ragioni di correttezza giuridica e di politica sanitaria come sia impellente la necessità di equiparare le popolazioni stranieri immigranti ai residenti in quegli stati che non hanno pianificato una politica sanitaria per i migranti. Quelle nazioni che accettano pur se non formalmente, ma in pratica con un occulto deciso consenso il principio che la pressione migratoria da nazioni povere a ricche debba trovare sbocco in una *permeabilità* delle frontiere, non

parazione giuridica delle presenze bisogna aiutare dal punto di vista sanitario un'acculturazione tanto debole da potersi trasformare in strage sociale.

Attualmente in nazioni come l'Italia dove non c'è una chiara coscienza istituzionale del problema, il peso dell'assistenza sanitaria ai migranti non integrati è sopportato dalla Chiesa o da aiuti spontanei. La bontà e peraltro la fragilità di tali aiuti non può però essere considerata con tranquillità. Più che una risposta si tratta di segni di sensibilità a cui deve conseguire un intervento più sincero da parte dell'Istituzione pubblica.

Sull'altro punto ovvero su quello delle differenze culturali, deve risaltarsi con chiarezza che non è sufficiente fornire una medicina qual-

siasi ma che essa deve essere consapevole che la grande distanza delle due sfere esistenziali in termini di cultura, fede, lingua etc. degli emigranti e della nazione che riceve, comporta una reale differenza nella maniera di esprimere la malattia e le sintomatologie, ed un peculiare modo di considerare il ruolo sia del paziente che del medico. Prescindere da tale riflessione vuol dire accettare un'incomprensione da parte del medico nella diagnostica di malattie che appaiono diverse, da parte del paziente un'incapacità ad utilizzare l'apparato sanitario occidentale. La peculiarità della medicina per gli emigranti non consiste nelle patologie ma nella possibilità che l'atto medico abbia un senso diagnostico per il medico e curativo per il paziente. Si pensi soltanto alle differenze linguistiche, che rendono praticamente impossibile un'anamnesi corretta, si pensi alle diversità nei costumi sessuali, alla concezione del sangue nella cultura africana, al valore stoico della resistenza al dolore tipicamente giudeo-cristiano e ci si potrà avvedere di quegli elementi strutturali nell'antropologia culturale del medico e del paziente di diversa etnia che comportano in definitiva la possibilità stessa di una diagnosi o di una terapia.

Si potrà dire che le differenze culturali sono già presenti in una stessa nazione in dipendenza di differenze di classe economica. Evidentemente è ben diverso curare un paziente dei quartieri residenziali di Milano da un lavoratore nella pastorizia delle zone più sperdute della Sardegna. In tal senso le differenze più specifiche con i pazienti migranti dipendono da differenze economiche e non culturali. Nel villaggio elettronico universale di MacLuhan il terzo o quarto mondo non rappresentano una differenza culturale, ma economica. Se è vero che la cultura televisiva occidentale arriva ormai anche nella casa dei cittadini di Kinshasa o nei sobborghi di Luanda, il paziente immigrante sarebbe semplicemente isoculturale con il pastore della Barbagia. In pratica il III Mondo sarebbe la borgata della città universale. Borgata i cui abitanti sarebbero — nello stesso gruppo — i poveri che vivono sotto i ponti del Tamigi e quelli delle *favelas* a Rio de Janeiro, gli *homeless* nord-americani e i sottoproletari delle borgate di Roma.

Tale visione se pur ricca di significati ha connotazioni ingenuamente classiste che dimenticano il peso dell'etnia e della cultura tradizionale che costituiscono l'imprinting di un popolo.

Tra l'altro l'esperienza insegna che per i migranti — per esempio gli etiopici in Italia — che provengono da un ceto sociale borghese medio-

alto, pur essendo molto simili per studi, formazione educativa addirittura con cultura universitaria costituitasi su trattati e concezioni europee è ineludibile un resto culturale proprio, un segmento interiore autoctono che costruisce strategie vitali colme di significati occidentali ma con metodologia propria.

Con tale resto culturale deve impegnarsi il medico occidentale, non considerandosi osservatore neutro, con la classica cartesiana fede in una razionalità eunucoide, marelazionata con la propria cultura a quella altrui. Cultura che appariva sfumata in ambiente isoculturale, ma ora traspare con tutta la sua forza caratterizzante e diversificatoria.

Se si recepisce questa lezione si dovrà strutturare una medicina per i migranti ricca di strumenti di interfaccia culturale, con training di formazione per operatori non solo in medicina tropicale ma soprattutto in antropologia culturale, in geografia sanitaria, in igiene mentale culturale. Con edizioni in lingua per i migranti che favoriscano un processo acculturativo sanitario rapido che sia la base di una comprensione reciproca ai fini di una migliore salute e assistenza.

Tali interventi inoltre, ci sia consentito dirlo, potrebbero stimolare una riflessione sulla medicina che anche per le popolazioni occidentali deve saper riconoscere quelle differenze specifiche per cui essa non è solo una scienza di batteri e di molecole malate, ma una relazione curativa con esseri viventi imprugnati di singolarità.

5. « La presenza della Chiesa accanto ai migranti »

« Da questa mobilità dei popoli deriva una nuova e più vasta spinta all'unificazione di tutte le genti e dell'universo intero, nella quale è facile scorgere lo spirito di Dio, che con mirabile provvidenza dirige il corso dei tempi e rinnova la faccia della terra ».

Ancora una volta bisogna riconoscere e dare atto alla Chiesa Cattolica che, prima fra le grandi istituzioni, ha avvertito le importanti trasformazioni che si sono avvicinate nel mondo e che oggi tutti sembrano scoprire: abbiamo cercato di evidenziare come il nucleo drammatico della sofferenza del trapasso, da parte degli individui che sono sradicati dalla loro cultura di origine, consista e si estrinsechi nel carattere antropologico delle diverse civiltà a confronto.

Poniamo il caso degli immigrati africani: la loro cultura è tribale, calda, disponibile, non centrata sull'individuo ma sul gruppo; le società sviluppate invece contrap-

pongono una mentalità individualistica, una società in cui il soggetto è importante proporzionalmente alla sua autosufficienza, e di più, in funzione di quanto sappia usare gli altri per accrescere la propria affermazione. D'altra parte questo sovvertimento della propria tradizione non è certo appannaggio esclusivo dei popoli africani, poiché è proprio sullo svilimento del valore dell'uomo e della dignità della persona che si incentra la rivoluzione etica cui vanno incontro tutti gli immigrati.

Già nell'epoca patristica la Chiesa manifestava la sua apprensione per quanto riguardava la mobilità umana, e in questa prospettiva si era pronunciato il concilio di Elvira, all'inizio del IV secolo, consentendo la nomina di ministri straordinari per il battesimo di coloro che erano in movimento.

Queste non furono le uniche disposizioni concernenti il fenomeno della mobilità umana: dall'analisi di quei testi conciliari e di successivi emergono le indicazioni programmatiche per la cura degli espatriati e dei rifugiati, le preoccupazioni per chi deve essere esiliato e la salvaguardia dell'asilo ecclesiastico.¹²

Presto però alle necessità spirituali dei viaggiatori vennero ad aggiungersi quelle assistenziali, in un periodo che era ancora ben lontano da quel XV secolo che cominciò a considerare tali attività come incombenze statali. È la Chiesa dunque che con le attività caritative dei suoi ordini monastici e cavallereschi si fa onere dei compiti della comunità verso i suoi membri più deboli e bisognosi, e con la regola dei « fratres in servitium venientes pauperum » dà avvio ad un programma che si concretizzerà nella nascita e nell'organizzazione tecnica degli ospedali medievali. Inoltre ai valichi di montagna, ai punti di approdo ed imbarco venivano eretti ospizi e case di accoglienza alle quali erano concessi privilegi, esenzioni ed ampia autonomia di gestione al fine di meglio assolvere le loro funzioni.

Le stesse confraternite (che nascevano anzitutto per i bisogni spirituali) presto perseguirono scopi di ordine materiale, primo fra tutti quello dell'assistenza ai malati. Dagli ospedali ebbero vita ordini che rivestirono un ruolo cardine nel tamponamento delle frequenti e gravissime epidemie, che furono responsabili di iniziative mediche e profilattiche per diminuire i contagi e salvaguardare la salute pubblica, e che soprattutto seppero rendere omaggio e dignità al malato, « che chiunque esso fosse era l'immagine vivente, nelle sue sofferenze, del Redentore che ha patito per salvare l'uomo ».¹³ Fra questi vi furono: l'Ordine dei Cavalieri Teutonici,

sorto in un nosocomio ad impronta nazionale per i tedeschi feriti o ammalati in Terra Santa; l'Ordine di S. Antonio, nel Delfinato, per la cura specifica del male detto del « fuoco sacro » e generalmente di tutte le malattie della pelle; l'Ordine di S. Lazzaro per la cura dei lebbrosi, i cui ospedali avevano la loro sede alla periferia orientale della città (quasi a sottolineare la provenienza del morbo) e sulle grandi strade del traffico internazionale; l'Ordine dei Frati Toscani, ad Altopascio, dedicato a S. Giacomo, protettore dei viandanti e dei pellegrini, le cui « mansiones » erano specializzate nell'assistenza stradale, ed erano caratteristicamente localizzate vicino ai ponti che attraversavano i fiumi più pericolosi.¹⁴

Il XVI secolo diede i natali a due fra le figure più rappresentative dell'impegno della Chiesa nell'assistenza agli infermi ed i sofferenti, S. Giovanni di Dio e S. Camillo de Lellis, i quali fondarono gli ordini dei Fate Bene Fratelli e dei Camilliani, organizzazioni che si diffusero in tutto il mondo grazie ai numerosi discepoli che altro non desiderarono se non di seguire gli esempi dei propri fondatori. Se a Granata Giovanni trovò la sua Croce, fu invece all'ospedale S. Giacomo di Roma che il fervente Camillo praticò il suo umilissimo servizio: la carità e la devozione che i due santi ebbero per i loro infermi, le ingenti fatiche ed i sacrifici gravissimi, rendono ben conto dell'ardore che riuscirono ad infondere nei loro seguaci. Furono essi il vero germe, fecondissimo, che fruttò due fra le più imponenti strutture sanitarie e spirituali che accompagnarono ed orientarono lo sviluppo di un vero e proprio sistema sanitario senza frontiere. Di questi ordini furono molti anche gli uomini illustri: basti per tutti il nome di P. Gabriele Ferrara, Fate Bene Fratelli, medico dell'imperatore d'Austria.¹⁵

A lato di tanto fulgidi esempi diviene superfluo ogni altro dire su come la Chiesa abbia nei secoli operato a fianco dei sofferenti: val la pena di citare invece quelle persone e quelle strutture che oggi proseguono ed incrementano il lavoro cominciato tanto tempo addietro, come Madre Teresa di Calcutta, che si aggiungono alla schiera di quegli spiriti nobili votando, per obbligo divino, ogni energia della loro vita agli infermi.

Ai nostri giorni, dunque, giunge più che mai intenso lo spirito di servizio che la Chiesa nutre e profonde nei confronti degli uomini che sono coinvolti nei grandi movimenti, ed è significativo come ancora oggi le tematiche della migrazione e dell'assistenza sanitaria vengano a confluire, trovando

le stesse risposte di secoli addietro.

Già dal 1952 il « Consiglio Superiore per l'Emigrazione » e la « Opera dell'Apostolatu Maris », istituiti dal Pontefice Pio XII, provvedevano alla pastorale dei migranti e all'assistenza spirituale dei fedeli che fossero costretti per necessità a vivere su natanti, e successivamente la « Opera dell'Apostolatu Coeli o Aeris » prodigava la testimonianza evangelica anche a coloro che viaggiassero a bordo di velivoli. Nel 1965 veniva fondato da Papa Paolo VI il « Segretariato Internazionale per la direzione dell'Opera dell'Apostolatus Nomadum » nell'intento di « recare spirituale conforto ad una popolazione che non ha fissa dimora ed anche a quegli uomini che vivono in condizioni analoghe ».

Con la pubblicazione del Motu Proprio « Apostolicae Caritatis », del 19 marzo 1970 le diverse competenze per le varie componenti della mobilità umana sopramenzionate venivano fatte confluire nella « Pontificia Commissio De Spiritualibus Migratorum Atque Itinerantium Cura », con il compito di provvedere allo studio ed alla applicazione della pastorale per la « gente in movimento »: migranti, esuli, rifugiati, marittimi, aeronaviganti, addetti ai trasporti stradali, nomadi, pellegrini e turisti, e per quei gruppi di persone « che, a diverso titolo, sono coinvolte nel fenomeno della mobilità umana, come gli studenti all'estero, gli operai ed i tecnici che, per grandi lavori o ricerche scientifiche a livello internazionale, debbono trasferirsi da un paese all'altro ». Dal 1988, con la Costituzione Apostolica « Pastor Bonus », il nome di tale commissione è stato mutato in « Pontificio Consiglio della Pastorale per i Migranti e gli Itineranti ».¹⁶

A mezzo millennio di distanza, per milioni di persone, le medesime necessità assistenziali di un tempo fanno corpo a quelle spirituali, e di nuovo cercano risposte oltre i limiti degli interventi statali.

La Chiesa che per prima dunque è stata sensibile alle potenzialità traumatiche ed emarginatrici di un impatto psicologico quale è la transculturazione, e che di conseguenza ha saputo operare solidarietà nei confronti di questi membri della famiglia umana, è di nuovo chiamata ad essere il motore di ogni spinta che muova alla soluzione — pur ardua — del dramma della mobilità umana.

Questa è un'ora anche cristiana. La Chiesa cattolica si è distinta sin dai primi tempi apostolici per la sua dedizione a quelli meno dotati, per far progredire dentro il corpo sociale la vita personale e familiare di questi. Non si fa una celata propaganda se si afferma che la Chiesa

— facendo un riscontro dei secoli — è stata alle volte unica, la potenza che ha risolto i problemi assistenziali, attraverso le meravigliose iniziative dei santi.

Con le sue guarigioni miracolose, Cristo lasciò l'indicazione della promessa di prodigare una forma di impalpabile miracolo — che il giusto sforzo merita — in coloro i quali, mettendo la mano su questo aratro, dedicano la propria nobiltà ad un compito tanto grave. La radice più profonda dal punto di vista cristiano — della medicina dell'uomo — viene rivelata da Lui stesso nella beatitudine che ci annuncia: « Beati i poveri di spirito, perché di essi è il regno dei cieli » (Mt 5,3). Cristo unì dunque le due forme supreme dell'indigenza: corporale e morale. La medicina delle migrazioni, lo studio che vi siete proposti, non deve in nessun modo escluderle.

Una energica profilassi « spirituale » senzadubbio sviluppa, negli individui, la capacità di iniziativa per affrontare quello sforzo che a tanti esseri umani la vita contemporanea richiede, affinché costoro possano raggiungere — nelle loro nazioni di origine, oppure nelle loro nazioni di destinazione — un luogo sanamente propizio per una degna sopravvivenza.¹⁷

Ci sembra importante riflettere su queste parole che affiancano al momento tecnicamente sanitario una componente fortemente pastorale.

La Chiesa infatti, impegnandosi per gli immigrati, dimostra ancora una volta che la sanità non è semplice tecnicismo virtuosistico, né gestione imprenditoriale dove salute è solo una voce di bilancio, ma impegno per la persona aldilà delle componenti etniche, ideologiche, dei budget e dei proclami.

La sanità cristiana nei suoi medici, infermieri, nei suoi ospedali non difende la vita come ente astratto adimensionale, ma la vita della persona, ogni paziente con la sua individualità, spogliato dalle massificazioni e intimamente assistito perché intimamente ed individualmente amato e pensato da Dio. E la Chiesa infatti che deve evidenziare l'identità sostanziale dello straniero nel comune cammino di storia e nella partecipazione degli stessi valori umani, poiché l'amore di Dio è per ogni uomo in quanto suo figlio, pensato con particolarità ed originalità, ed è questo amore a comporre il più profondo dei rapporti fra i popoli, quello di fraternità.

Dott. PIERO CHIAPPINI,
Dott. ANTONIO CURRÀ

Associazione Fernando Rielo Assistenza
e Ricerca Sanitaria

¹ Dagli Atti del I Convegno Internazionale *Medicina e Migrazioni*, F. Foschi pagg. 10-16.

² Dagli Atti del I Convegno Internazionale *Medicina e Migrazioni*, F. Foschi pagg. 10-16.

³ A. SAYAD, *Santé et équilibre social chez les immigrés*, Psychologie Médicale, XIII, 1981, 11, pagg. 1757 - 8.

⁴ U. BECK, *Krankheit al Selbtheilung Wie körperliche Krankheiten ein Versuch zur seelischen Heilung sein können*, Frankfurt 1986.

⁵ T. EMMENEGGER, *Malattia e migrazione. Problemi dell'adattamento e del ritorno*.

⁶ Per avere una idea di tale studio su un campione di immigrati a Roma val la pena di consultare M. CUZZOLARO, L. FRIGHI, *Il rischio psicopatologico in una popolazione di immigrati a Roma negli Atti del I Convegno Internazionale Medicina e Migrazioni*, pagg. 17-23.3) Dagli Atti del I Convegno Internazionale *Medicina e Migrazioni*, B. Harrel-Bond pagg. 42 - 52.

⁷ H. HAFNER, G. MOSCHEL, M. OEZEK, *Psychische Störungen bei türkischen Gastarbeitern. Eine prospektive Studie zur Untersuchung der Reaktion auf Einwanderung und partielle Anpassung*, in *Nervenarzt*, 48, pagg. 268 - 275, 1977.

⁸ J. ELSTER, *Sour Grapes. Studies in the subversion of rationality*, Cambridge University Press, 1983.

⁹ Dagli Atti del I Convegno Internazionale « Medicina e Migrazioni », P. Alfonso Urrechua Libano, *Messaggio Augurale*.

¹⁰ Dal discorso di Sua Eccellenza Monsignor Angelini alla Pontificia Università del Cile, il 13 IV 1988.

¹¹ Dalla *Costituzione apostolica De Pastoralis Migratorum Cura*.

¹² ACHILLE M. TRIACCA, S.D.B., *Preoccupazione pastorale e mobilità umana nella Chiesa Ispano-Visigotica*.

¹³ E. NASALLI ROCCA, *Il diritto ospedaliero nei suoi lineamenti storici*, Milano 1956.

¹⁴ P. BREZZI: *Caratteri e protagonisti della spiritualità cattolica alla fine del Medio Evo*, Napoli 1960.

¹⁵ G. RUSSOTTO, *L'Ordine Ospedaliero di S. Giovanni di Dio*, Roma 1950.

¹⁶ *Annuario Pontificio per l'anno 1989*.

¹⁷ FERNANDO RIELO PARDAL, *Messaggio Inaugurale al I Convegno Internazionale Medicina e Migrazioni*.

Bibliografia

M. BACHET, *Etudes sur les états de nostalgie*, Annales medico-psychologiques, pag. 21.

C. MAXIA, *Le tappe fondamentali tecnologiche e sociali dell'Umanità dal Pliocene all'Olocene*, "Rass. Med. Sarda", 1963, LXV.

G. SPINI, *Storia dell'età moderna*, PBE, 1982.

B. GEREMEK, *Inutiles au monde. Truands et misérables dans l'Europe moderne*, Gallimard-Julliard, Paris 1980.

G. DUBY, *Le trois ordres ou l'immaginaire du féodalisme*, Gallimard, Paris 1978.

M. MOLLART, *Les grandes voies maritimes dans le monde: XV-XIX siècles*, Paris 1965.

P. GEORGE, *Le migrazioni internazionali*, Editori riuniti, Roma 1978.

C.M. CIPOLLA, *Velieri e cannoni sui mari del mondo*, Torino 1969.

K.M. PANIKKAR, *Storia della dominazione Europea in Asia dal '500 ai giorni nostri*, Torino 1972.

ELIAS, MERTON, PARK, SCHUTZ, SIMMEL, SOMBART: *Vicinanza e lontananza. Modelli e figure dello straniero come categoria sociologica*, Milano, Angeli, 1986.

W.C. BOYD, I. ASIMOV, *Race and people*, Schumann, New York 1955.

M. ANWAR, *The myth of return*, Heinemann, London 1979.

C. CAMILLERI, *Jeunesse, famille et développement* Editions CNRS, 1973.

R. BAKER, *The psychosocial problems of refugees*, British Refugee Council/European Consultation on Refugees and Exiles, London 1983.

A. BLEST GANA, *Los trasplantados*, Paris 1906.

E. PARK, *Human migration and the*

marginal man, American Journal of Sociology, XXXIII 1929.

J. EDWARDS, *Dialektik des Exil*, in *Autoren in exil*, Frankfurt a. M., 1981.

C.E. SLUZKI, *Migration and Family Conflict*, Family Process, 18, 4, pagg. 379-90, 1979.

C. LEVY-STRAUSS, *Anthropologie structurale*, Paris, Plon., 1958.

M. REY, *Former à l'éducation interculturelle*, Strasbourg, Conseil d'Europe, 1986.

EY, BERNARD, BRISSET, *Manuale di Psichiatria*.

R. COLASANTI, M. NONIS, *La medicina dell'esodo: assistenza sanitaria agli immigrati clandestini presenti a Roma*, dagli Atti del I Convegno Internazionale « Medicina e Migrazioni », pagg. 58-65.

D. FRIGESSI CASTELNUOVO, *Il modello della nostalgia malattia*, "Antropologia Medica" 4, pagg. 53 - 55, 1988.

L. FRIGHI, P. CARBONE, C. CELLI, M. CUZZOLARO, S. MARCHINI, A. PETRILLI, A. SCAVO, G. VETRONE, *Immigrati stranieri a Roma: problemi di igiene mentale*, "Quaderni Ital. Psichiatria", IV, 2, pagg. 97-130, 1985.

GENTILINI, BRUCKER, MONTVALON, *Salute dei migranti*, "Rapporto al Ministro degli Affari Sociali e della Sanità", Parigi, 1986.

R.F. MOLICA, J. LAVELLE, SVANG TOR, C. ELIAS, *Turning point in khmer mental health. Immediate steps to resolve the mental health crisis in the khmer border camps*, preparato per l'UNBRO, United Nation Border Relief Operation, 1989.

K. NGUYEN BATHIEN, *Adaptation psychosociale et élaboration d'identité des enfants déplacés; à propos du suivi à long terme des mineurs réfugiés du Sud-Est asiatique*, "Neuropsychiatrie de l'enfance", 30, (12), pagg. 691-693.

R.H. SANDLER, T.C. JONES (EDS), *Medical care of refugees*, Oxford University Press, 1987.

C. ZWINGMAN, M. PEISTER, *Uprooting and after*, Springer Verlag, Berlin-New York 1973.



L'etica medica: una creatura della Chiesa

È un piacere ed un onore dedicare questo incontro agli aspetti della teologia dell'etica sanitaria. Per me, poi, è un piacere particolare, poiché oggi è il centocinquantesimo anniversario del Loras College. Nel 1839, sotto il pontificato di Sua Santità Papa Gregorio XVI, il primo vescovo di Dubuque, Sua Eccellenza Mathias Loras, fondò questa missione nell'Iowa. Questo, che è il più antico college dell'Iowa, ha cambiato diverse volte il nome: Seminario di S. Raffaele, Monte S. Bernardo, Collegio S. Giuseppe, College di Dubuque e College di Columbia.

Nel corso del suo centesimo anno scolastico si è passati all'ultimo nome, che è quello attuale, e cioè Loras College.

È con molta umiltà che oggi sono qui a parlarvi di questo college, considerata l'eredità culturale di questa istituzione, dai sacerdoti ai laici che hanno servito incondizionatamente questo istituto, e della tradizione presente e passata dell'arcidiocesi di Dubuque.

Quadro storico della teologia dell'etica sanitaria

La scienza medica ha compiuto ultimamente notevoli progressi; inoltre, parte della tecnologia medica contemporanea si è evoluta assieme all'esplorazione sempre maggiore dello spazio, e alla relativa ricerca di nuovi materiali sintetici ed attrezzature. Oggi i prodigi della scienza medica sono parte integrante della cronaca quotidiana. Nonostante la società se ne sia resa conto soltanto recentemente, la medicina ha con la Chiesa un rapporto che dura ormai da secoli. L'«etica sanitaria», o la «medicina Pastorale», è divenuta una disciplina distinta e ben articolata tra il diciannovesimo e il ventesimo secolo. Lo sviluppo di questa disciplina nell'ambito del cattolicesimo non ha niente in comune con la disciplina giudeo-cristiana, né con il pensiero filosofico del tempo.¹

Questo non per misconoscere l'esistenza del sentimento morale al di là del campo di applicazione della Chiesa; il giuramento di Ippo-

crate ne è una chiara prova. La mia convinzione è che l'etica sanitaria sia una creatura della Chiesa cattolica, in quanto la Chiesa ha avuto i titoli necessari e gli stimoli storici per dare ad essa origine.

Nella vita della Chiesa due importanti correnti hanno contribuito enormemente a che la conoscenza medico-etica fiorisse così presto nella tradizione. La prima è il continuo e sempre presente interesse per i malati da parte di tutti i Cristiani; questo punto di vista si basa sull'esempio dato dal Signore nella sua vita terrena, e cioè la cura dei malati, che è venuta infatti ad essere considerata come una delle «attività corporali della misericordia». Il Vangelo attribuito a Marco — che è considerato dagli studiosi delle Scritture il primo Vangelo scritto — dedica un terzo abbondante del suo contenuto all'attività di Gesù nel curare i malati. Nel Vangelo di Luca, al capitolo nono, quando Gesù invia i dodici apostoli in missione, e quando al capitolo decimo ne invia altri settantadue,

raccomanda loro due cose: curare ed insegnare ² (È interessante notare che Gesù non indica loro di costituire consigli parrocchiali). Nonostante il fatto che il Nuovo Testamento mostri il suo interesse verso i malati sotto forma di miracoli, era già chiaro, attraverso la fede, che Dio agisce immediatamente, per mezzo di cause secondarie nel mondo, e raramente attraverso i miracoli.

A causa della convinzione radicata nella Chiesa, che non può esistere contraddizione tra fede e ragione, le scienze sono sempre state diffuse almeno nei principi, mentre l'enfasi — sui miracoli e semprestata ridimensionata a causa dell'accostamento, da parte del popolo, alla superstizione e alla magia. È stato questo primo fattore — l'interesse per il malato — che ha reso possibile in realtà la crescita degli ospedali.

Nell'età patristica sub-apostolica, la missione verso i malati era affidata ai diaconi; furono fondate speciali istituzioni chiamate « noscomeia », per la cura dei malati. Laici devoti prendevano parte a questa attività. Santa Fabiola (†399), Santa Paola (†404), Sant'Efrem Siro (7373) e S. Basilio da Cesarea (†379), il vescovo che costruì uno dei più famosi ospedali del tempo, conosciuto col nome di « Basiliade », sono nomi che vengono spontanei alla mente.

Nell'Occidente, la riforma monastica di S. Benedetto accentuò il concetto di *ospitalità*; ospitalità era offerta ai pellegrini ed anche ai malati, temporanea ai primi e permanente ai secondi; questo aspetto divenne parte integrante della vita monastica. La regola di S. Benedetto afferma: « la cura del malato va posta al di sopra e prima di ogni altro dovere ».

Tre famosi ospedali dell'inizio dell'epoca medievale furono — costruiti proprio in quel contesto: l'Hotel Dieu a Lione (542), l'Hotel Dieu a Parigi (651) e il S. Spirito a Roma (717). Questa attenzione per i malati è caratteristica di ogni epoca storica, ma il tempo oggi a nostra disposizione non ci consente di parlarne oltre. Va comunque detto che alcuni tra i primi ospedali costruiti nel Nuovo Mondo furono avviati grazie alla Chiesa: Jeanne Mance (†1673) emigrò dalla Francia per assistere gli indiani Iroquois e i coloni francesi. Ciò ha condotto all'apertura, nel 1644, dell'Hotel Dieu di Montreal.

Un gruppo di agostiniane aprirono un Hotel Dieu a Quebec, costruito dalla nipote del cardinale Richelieu; ancora, l'ospedale dell'Immacolata Concezione a Città del Messico nel 1524, da Cortes al comando della corona spagnola. Questo è di fatto il primo

ospedale costruito nel continente americano. ³

I sacerdoti — spesso le uniche persone istruite della zona — diventavano meravigliosi dottori intorno al VI secolo, ma a causa del tempo e delle energie che le due professioni portavano via e che divenivano sempre maggiori, i preti non potevano più « servire due padroni », ai sacerdoti fu quindi proibito, da parte del quarto Concilio Lateranense (1215), di praticare l'attività medica. La disposizione è rimasta in vigore fino al nuovo codice di diritto canonico promulgato nel 1983 ⁴ (alcune eccezioni sono previste per determinati soggetti in terra di missione). Il secondo fattore che ha contribuito allo sviluppo dell'etica sanitaria nella tradizione cattolica è stato la teologia sacramentaria; i sacramenti del Battesimo, della Penitenza, del Matrimonio pongono tutti problemi che chiamano in causa l'esperienza medica. Il sacramento della Penitenza offriva il più ampio contesto a questa « scienza interdisciplinare ».

Dato che la fede si esprime nelle opere, c'è in natura un interesse nei vari doveri necessari per la propria vita. Le confessioni private auricolari erano la norma nel VI secolo, infatti la Chiesa emanò ben presto la disposizione che i peccati dovessero essere confessati in numero e in gravità, almeno una volta l'anno. Il sacerdote doveva determinare l'esistenza, il numero e la gravità dei peccati sì da assegnare un'adeguata penitenza e dare l'assoluzione; la preparazione dei confessori, allora, divenne « casistica », ovvero caso per caso. ⁵

Molti casi analizzati da aspiranti confessori e molti a questo forum dei sacramenti, trattavano problemi di salute; questioni come l'aborto, a partire dal classico dilemma se salvare la madre o il figlio, in quelle situazioni che tutti conosciamo; tali problemi erano ricollegati direttamente al battesimo, che è necessario per la salvezza: quando è che si ha un'anima umana? qual è l'inizio della vita umana? come si fa se siamo incerti, dobbiamo forse battezzare dei mostri?

Altre questioni di questo genere postulano una risposta di taglio etico: come possiamo giustificare la chirurgia che impiega apparentemente metodi amorali (mutilazione) per conseguire un risultato positivo (terapia)? Il problema è più delicato nel caso dell'amputazione: il finegiustifica i mezzi? (no, secondo *Romani*, 3,8).

Un altro elenco di domande riguarda il fatto se i mezzi — straordinari sono sempre moralmente richiesti o solamente permessi — uno dei casi in questione concerne la possibilità che un malato cronico possa cambiare drasticamente clima, cosa che gli permette

di essere curato, e se sia il caso che lasci la sua abitazione, forse per sempre, per migliorare la sua salute.

Unitamente a questi problemi si ha il caso dei trapianti: come possono avere una collocazione morale se, nel caso del donatore la mutilazione avviene per ragioni non terapeutiche? La soluzione di questi nodi dipende dallo sviluppo e dall'applicazione dei noti principi, quali il doppio effetto, — la totalità, la carità, ... etc.

I problemi attuali sono noti a noi tutti, ma non ci lasciano meno perplessi di quanto facessero allora. Quando è che dobbiamo staccare la spina? Quand'è che siamo moralmente obbligati a fare tutto ciò che la tecnologia ci consente? La buona medicina è sempre buona morale? Alcuni problemi non sono ancora molto avvertiti dalla gente. Ci sono complesse questioni riguardo alla ricerca sperimentale (quando il soggetto non è più un paziente). Altre riguardo il consenso libero o informato — soprattutto nei casi in cui i soggetti sono feti; ancora, abbiamo problemi delicati per quanto riguarda l'ingegneria genetica, attraverso la quale siamo ormai in grado di cambiare per sempre almeno la forma, se non l'intelligenza, la salute e la vera definizione di essere umano.

Necessità della questione morale

All'interno del nostro breve quadro storico della tradizione, già si nota un processo ideologico diversificato, c'è qualcosa che va oltre l'accumularsi della conoscenza — scientifica. Nell'ambito dell'attività umana — religiosa o meno — c'è stato un tentativo di ricerca per capire l'impatto e il significato delle azioni umane.

Sempre, in ogni secolo, si è avuto il desiderio di unire la « musica con le parole », per citare Mark Twain; un tentativo di accertare la qualità, aldilà dell'efficacia dell'abilità; la ricerca di standards morali, una riflessione sulla nostra attività per individuarne la qualità, cioè se buona o cattiva.

Fondamentalmente la gente elabora riflessioni morali per assicurarsi che le loro vite affrontano il test della ragionevolezza. Questo tipo di riflessione, in ogni età e in ogni cultura, è stato sempre sottovalutato. Di fronte a qualsiasi pratica o sviluppo nella storia dell'attività umana, la domanda morale « è ragionevole? » si è rivelata sempre appropriata.

Le coordinate per determinare la ragionevolezza dell'attività variano certamente da cultura a cultura e da un periodo storico all'altro; nondimeno, l'approccio etico si è comunque verificato, ed è stato sempre giudicato più di un semplice lusso.

Infatti, la riflessione morale e l'attività sono state viste come essenziali per una genuina « umanità » del genere umano. Basti solo ricordare le parole di Socrate, e cioè che una vita non esaminata non vale la pena di essere vissuta. O, più personalmente, basta solo ponderare il sentimento di orrore, rabbia e disgusto nei confronti dei metodi polizieschi della Germania nazista.

Un'impresa esclusivamente cattolica?

I Cristiani posseggono le coordinate per individuare il bene ed il male; al riguardo il pensiero cristiano si affida alle Scritture — in particolare all'Antico Testamento, dove troviamo il Decalogo, ma anche e soprattutto al Nuovo Testamento dove la dottrina di Cristo è intrisa di insegnamento morale: il « comandamento » dell'amore, le beatitudini. Inoltre, le Lettere di San Paolo contengono più di dodici liste di vizi e di virtù. E ai testi del Nuovo Testamento che i Cristiani si rivolgono sempre per riflettere, orientarsi, ispirarsi, arricchirsi.

Non ci vuole un genio per capire, comunque, che molte domande a cui dobbiamo rispondere non si trovano nel Nuovo Testamento — infatti tali domande non potevano ancora essere formulate. Ai Cristiani fu subito chiaro che la rivelazione di Cristo era più di una dottrina morale.

S. Tommaso D'Aquino ci ha insegnato che la « nuova legge » o la « legge di Cristo » nulla di nuovo aggiungeva alla morale della legge naturale. Il *locus classicus* del suo pensiero al proposito si trova nella *Summa theologica*, I — II, Q. 108, A.2

Egli affermava che « la nuova legge non ha nulla di esteriore da determinare attraverso la prescrizione o la proibizione, tranne i sacramenti e quei precetti morali che sono necessariamente legati alle virtù; per esempio, non uccidere, non rubare, e così via ».

Rispondendo ad una prima obiezione, spiega poi che mentre l'oggetto della fede va aldilà della ragione umana, e quindi dipende dalla grazia di conoscere, « è attraverso la ragione che ci muoviamo attraverso la virtù, poiché questo è il ruolo dell'azione umana. Sicché in materie come queste non vi era necessità di dettare precetti morali aldilà di quelli della Legge che discende dal dettato della ragione ».

Praticamente, pensare che l'intenzione di Paolo VI nell'« *Humanae Vitae* » fosse di offrire una soluzione specificamente cattolica o cristiana al problema del controllo delle nascite, è del tutto ingenuo; una lettura accurata dell'enciclica

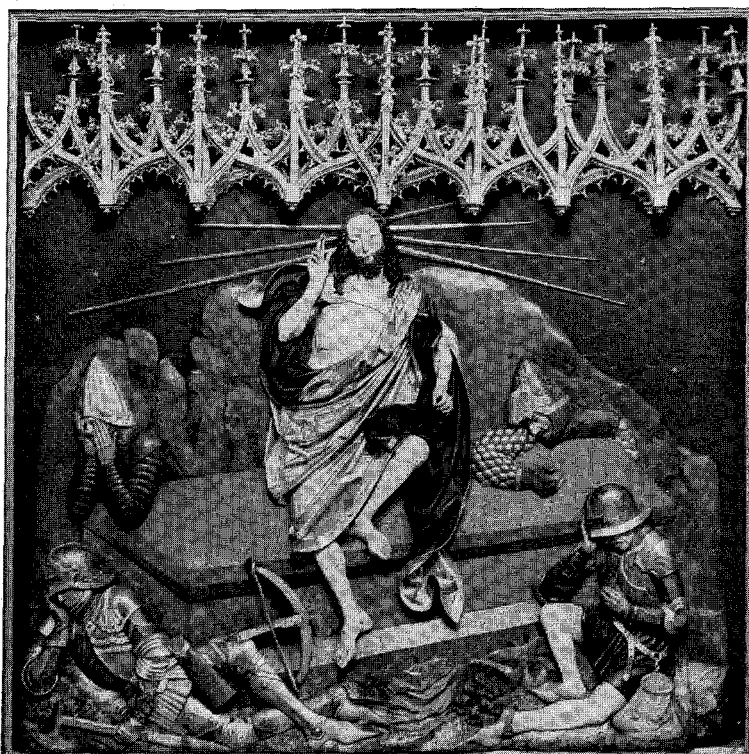
pontificia chiarisce che il papa non intendeva fornire in alcun modo una soluzione specificamente cattolica di una questione morale universale. Appellandosi alla legge morale universale — conosciuta da tutti senza bisogno di rivelazioni divine — Paolo VI è stato ascoltato anche dai non cristiani, e ha posto dinanzi a loro una soluzione umana a un problema umano.

Quindi, si è detto che la rivelazione cristiana non aggiunge nulla al « contenuto » della moralità, ma il suo distinto contributo ad essa risiede puntualmente nel dirigerla, e per così dire nell'intenzionalità. Ma io credo che si enfatizzi il caso. La riflessione etica che deriva dalla fede in Cristo ha di fatto sempre offerto qualcosa di particolare, di correttivo al dibattito generale e

papa Giovanni Paolo II ha detto che « solo l'etica teologica può rispondere completamente alla questione morale dell'uomo ». « Cristo il redentore rivela pienamente gli esseri umani a loro stessi ».⁶

Il punto di vista del Santo Padre può essere così inteso: per sua indole, la moralità della legge naturale ha origine da una radicata fede nell'incarnazione, l'umanità non comprende ciò finché discese Gesù Cristo sulla Terra e la sua creazione, sebbene ferita, non fu distrutta dalla catastrofe morale del peccato.

È esattamente a questo punto — realmente in questa dottrina della grazia — che la fede e la teologia cattoliche si avvicinano alla visione cristiana protestante, e assumono i loro connotati umanistici. Questo



alla riflessione filosofica: è stata profetica senza essere gnostica.

Come credenti, la nostra morale è stata fortemente influenzata dalla nostra fede. È la fede in un Dio personale che ci ha creato e redento nell'amore.

Gli aspetti dogmatici e morali della propria fede sono sintetizzati dalle parole di S. Paolo, « pensare quello che pensa Gesù Cristo ». La teologia morale è *teologia* vera e propria: « è fede che cerca di capire », la teologia (che include la teologia morale) ha quindi come principi obiettivi referenti, soprannaturali espliciti. Questi includono un Dio trascendente, un destino soprannaturale che non è dato conoscere alla ragione se non guidata, ed è irraggiungibile dall'azione morale, senza la grazia. Per questo

non per dire che la teoria morale cattolica ha acriticamente assorbito tutti gli sviluppi intellettuali dei periodi moderno e contemporaneo. Infatti, in ogni età, « l'apparato digerente » cattolico cerca di nutrirsi « consumando » o analizzando « ciò che vi è fuori », ma sempre con un criterio di « metabolismo » d'accordo con le sue linee e strutture organiche. Un panorama dell'ossatura di questo sviluppo intellettuale recente può rivelarsi istruttivo.

Il milieu intellettuale contemporaneo e le sue radici storiche

L'« Illuminismo » è stato un periodo storico intellettuale che ha portato numerosi mutamenti di

pensiero in vari campi di studio: teologia, filosofia, fisica e — per quanto ci interessa ora — etica. Queste diverse visioni furono di fatto dei capovolgimenti di quelle che fino ad allora erano « supposizioni ». Possiamo cominciare con la teologia: il Rinascimento aveva posto molta enfasi sulla persona umana, l'antropocentrismo emergente (derivante impetuosamente dalla scissione tra fede e ragione operata nel Medio Evo)⁷ produsse un entusiasmo ottimistico sulla dignità e il potenziale umano; questo è l'umanesimo rinascimentale che conosciamo dalla storia. Sappiamo che la riforma protestante è stata in gran parte una reazione a questo. L'enfasi più cupa dei riformatori mirava alla riaffermazione dell'assoluta sovranità di Dio su questo mondo. L'ottimismo rinascimentale poteva portare ad un capovolgimento del precedente rapporto tra Dio e l'umanità; sicché era l'uomo ad essere peccatore e ad essere accusato senza giustificazioni dinanzi alla S.S. Trinità. Con l'Illuminismo è ora Dio che viene, con il cappello in mano, a giustificare se stesso dinanzi all'umanità, è Dio che quindi, ora, deve dare una spiegazione e non noi uomini.

In seguito si ebbe con Emanuele Kant la « Rivoluzione Copernicana » in filosofia; Kant sostituì la definizione della verità da « conformità delle nostre menti alla realtà » a « conformità della realtà alle nostre menti ». ⁸ Il vertice della filosofia non era più la metafisica, ma l'epistemologia, e ciò significava che la scienza era posta sullo stesso piano della fisica. Per Kant l'esistenza di Dio era una necessità pratica, ma nel contempo, era teoricamente indimostrabile. La noumenica realtà di Dio non aveva alcun aspetto fenomenico, ed era sempre quindi al di là della conoscenza. Il capovolgimento della filosofia, allora, consiste in questo: prima la filosofia era rapportata all'essenza, alla realtà; ora con Cartesio e Kant il soggetto diviene la mente; la metafisica è sostituita dall'epistemologia. La conoscenza umana stabilisce le condizioni per la realtà stessa, la « verità » è relegata all'aspetto « soggettivo » e non « oggettivo » della realtà.

Questo capovolgimento è ancora più comprensibile nel diciannovesimo secolo; all'inizio del secolo un altro sviluppo di questa forma di antropocentrismo, a Nord delle Alpi, fu l'ateismo teoretico dei Giovani Hegeliani, in particolare di Feuerbach. Nel suo pensiero la teologia è ridotta all'antropologia, l'affermazione che « Dio » è il nome dell'io idealizzato dall'umanità è la chiave di volta per superare l'alienazione inerente alla religione. È in questo modo che vengono riscoperte la fede in se stesso del



genere umano, il suo potere e il suo futuro.

Interessante, in proposito, la tesi di John Courtney Murray, secondo il quale l'ateismo ha le sue origini non in argomenti razionali, ma nel rifiuto morale. ⁹ L'esistenza di un Dio onnipotente che ci ama è assolutamente incompatibile con la povertà, il dolore, le malattie, il dolore che si constatano in tutto il mondo. « Se c'è un Dio onnipotente, Egli avrebbe dovuto creare qualcosa di meglio di questo mondo ». Nietzsche porta questo concetto all'estremo nichilismo; Kant e Feuerbach cedono il posto a Marx e Freud, da un lato, e a Nietzsche dall'altro, e questo corrisponde alla tesi di John Courtney Murray che ci sono due tipi di atei nell'era post-moderna, l'uomo della rivoluzione comunista in tutto il mondo e l'uomo senza Dio della commedia. ¹⁰

Nel caso voi chiediate a voi stessi se la rivoluzione copernicana in filosofia non presupponga una rivoluzione copernicana nella scienza, io direi « sì, da un punto di vista logico, ma in realtà, non necessariamente ». La vera svolta è quella realizzata da Charles Darwin, la sua teoria dell'evoluzione « ha dimostrato che l'origine e lo sviluppo (della razza umana) è stata solo una fase dell'evoluzione cosmica in generale, che le più elevate attività (dell'umanità) potevano essere adeguatamente spiegate nei termini di questa evoluzione, e che mai sarebbe stato necessario introdurre il concetto di creazione da parte di un essere soprannaturale. Il fatto che non ci sia necessariamente un legame tra l'ipotesi scientifica dell'evoluzione biologica e il materialismo filosofico, era infatti chiaro a diversi intellettuali del tempo. Ma c'erano molte persone, a seconda dei casi, che accoglievano o che attaccavano questa ipotesi, poiché non pensavano che il materialismo fosse la naturale conclusione da trarne ». ¹¹

Il « capovolgimento » scientifico si compì in questo modo: prima si credeva che l'ordine dell'universo rispecchiasse un substrato armonioso sottostante. Si può dire che la filosofia presocratica è essenzialmente (non interamente) cosmologia. Cioè, si tratta di sforzarsi di comprendere la natura; anche tra i primi evoluzionisti, come Anassimandro, affermano l'esistenza di un elemento primario indeterminato, ma fondamentale, rispetto ad altri elementi transeunti. In altre parole, la cosmologia classica presumeva l'esistenza del « cosmo ». Secondo il pensiero classico è stata l'umanità ad introdurre l'elemento « caos »; da questa prima concezione presocratica fino all'apice rinascimentale, l'ordine e l'armonia furono i

presupposti della filosofia e della scienza.

Darwin sottolinea, almeno simbolicamente, un capovolgimento di questa supposizione. L'evoluzione progredisce in forza della spinta negativa causata dalla crudeltà e dall'antagonismo competitivo per la sopravvivenza nell'ambito della specie. Il cosmo deriva dal caos. Il concetto di « sopravvivenza del migliore » e l'evoluzione materiale, associata agli altri capovolgimenti in teologia e in filosofia, hanno posto la base speculativa per l'idea che l'ordine deriva dal caos durante il processo evolutivo. Anche i fisici subiscono questa visione; in fisica l'ordine emerge dalla materia amorfa e l'universo « scorre » consumando energie per l'espansione. Oggi le teorie dell'entropia e della casualità combaciano con le teorie cosmologiche attuali del Big-Bang e del Big-Crunch.

La fisica non è più predittiva, ma soltanto descrittiva.¹² Il capovolgimento è il seguente: per i classici il cosmo era all'origine e il caos derivava da esso; ora è il caos l'elemento primordiale e il cosmo ne rappresenta l'evoluzione. L'antropologia diventa lo studio di un fenomeno casuale molto sofisticato. La meta, il punto o telos dell'esistenza umana non è indicato dalla ricerca scientifica, perché di fatto, questo telos, o fine e scopo della vita, non esiste. Piuttosto l'umanità stessa diviene lo strumento, il *faciendus* della propria energia creativa. In altre parole, dato che l'essere umano non ha un significato intrinseco, gliene va attribuito uno tracciando un « progetto di esistenza ».

Per concludere, quindi, molteplici sono stati i mutamenti di concezioni che hanno caratterizzato nel suo complesso il pensiero moderno. Si è passati dalla teologia all'antropologia, dalla metafisica all'epistemologia, dalla creazione al caos e dalla scienza predittiva a quella descrittiva, e quindi dalla fisica alla matematica. Tutto ciò ha avuto un notevole influsso sull'etica. C'è stato l'« inquietante avvertimento », da parte di alcuni settori della filosofia, secondo il quale il linguaggio morale nella sfera contemporanea è di fatto il residuo linguistico sopravvissuto alla completata catastrofe intellettuale.¹³ Nella sua struttura fondamentale l'etica è lo studio e la scienza che indicano da dove veniamo, chi siamo e dove dobbiamo andare e cosa siamo chiamati a diventare compiendo quello che dobbiamo fare. La catastrofe è ciò che ho appena evidenziato; il capovolgimento nella prospettiva teologica (che ha portato all'ateismo) ci lascia senza un *terminus ad quem*, ci lascia, cioè, privi di una « causa

finale », cosicché siamo noi a dover stabilire ciò.

Il capovolgimento scientifico ci lascia senza un *terminus* a quo o punto di partenza naturale. Non esiste nell'essere umano una vera « natura », ma piuttosto uno studio di manifestazioni e cambiamenti con una indicazione per grandi linee, dell'idea di ordine, di tipo descrittivo e non predittivo. Infatti, l'ordine evolutivo dello sviluppo delle specie procede in senso contrario all'entropia dell'universo e alla sua ricaduta nel disordine e nell'imprevedibilità. Quindi, senza una natura sostanziale e senza un fine razionale, il discorso dell'etica — che tradizionalmente ci « guida dalla prima al secondo — rimane senza significato. Il comportamento diviene politico nel senso più deteriore: adattamento per contratto sociale; questo, suppongo, è il « punto morto organizzato » dello stato moderno pluralistico. Senza un chiaro punto di partenza e un punto di arrivo, il discorso etico è un ponte sospeso a mezz'aria che non viene e non porta da nessuna parte, e crolla nel silenzio dell'abisso sottostante.¹⁴

La teoria morale nella sua applicazione: il proporzionalismo

Gli eredi intellettuali del pensiero morale del post-illuminismo sono stati diversi. Non tutti ne hanno colto, però, il tratto più indicativo. A questo riguardo è particolarmente arduo lo sviluppo e l'uso del proporzionalismo nella teoria morale cattolica. Sappiamo tutti che, a partire dall'*Humanae Vitae*, gran parte degli sforzi in campo teologico sono stati rivolti alla metodologia; i limiti di tempo e l'argomento che trattiamo non ci consentono un esame più approfondito, ma la metodologia, possiamo dirlo è di fondamentale importanza per la teologia morale. Infatti, ogni questione attinente a un problema morale pratico, chiama in causa quella della adeguatezza del metodo adottato. I molteplici problemi del proporzionalismo vanno trattati in altra sede, ma vorrei spendere due parole circa il suo legame con i capovolgimenti che abbiamo riscontrato durante l'Illuminismo.

Per prima cosa le teorie proporzionaliste (sia europee che americane) sono basate su un'elaborazione della distinzione tra persona e natura. Il *locus classicus* di ciò nella teologia del ventesimo secolo si ritrova nel saggio di Karl Rahner sulla « Concupiscenza »;¹⁵ qui il teologo gesuita scomparso descrive l'aspetto personale come quello dal quale discende la libera decisione riguardo se stessi; l'aspetto della natura, invece, abbraccia tutto ciò

che precede la libera decisione. La natura è la materia circa la quale l'aspetto personale « decide »; la natura rappresenta ciò che è determinato, mentre l'aspetto personale è ciò che determina. La natura è la materia caotica, inerziale a cui diamo significato e finalità con il nostro intelletto creativo. La materia è puramente strumentale, non intrinsecamente significativa; la « virtù » operativa diviene efficienza. Dato che non possiede un significato intrinseco, la natura non può comportare la possibilità di assoluti morali. La natura non può implicare assoluti morali poiché la morale appartiene solo alla ragione, o, in questo caso, all'« intenzione ».

Rahner ed altri della sua scuola sono stati criticati per aver denigrato il ruolo della grazia, ma penso che una critica maggiore possa farsi per il fatto che è la « natura » ad aver perduto il suo significato. Comunque sia, in teologia morale questo può chiamarsi una distinzione tra il trascendentale e il categorico, tra la persona e la natura, o la distinzione tra la realtà oggettiva (antica, pre-morale) e la morale. Gli atti (moral) sono la « espressione estemporanea » del proprio aspetto personale. Gli atti categorici appartengono alla sfera del « giusto o sbagliato », la dimensione personale è il dominio del « bene » e del « male ». L'etica entra in questo schema, e cioè, il giudizio del bene o del male è una determinazione del fatto se queste « espressioni estemporanee » siano o meno espressione adeguata del nostro più vero intimo. E questo il dualismo che tronca il rapporto tra giusto e sbagliato, o tra bene e male.

Le azioni umane divengono strumenti attraverso i quali si determina un certo stato di cose; dato che esse sono valutate in termini di efficienza, e non sulla base del loro significato proprio, possono esserci « norme morali virtualmente senza eccezioni », ma nessuna può essere « di fatto senza eccezioni ». Logicamente parlando, fare qualcosa di « sbagliato », non significa fare il contrario del « bene », ma il contrario dell'« efficacemente espressivo ».¹⁶ Questo è un capovolgimento di ciò che si riteneva in passato.

Ritornando alle correnti di pensiero del passato, alle quali ho già accennato, se pensiamo che Cartesio, Hobbes, Darwin, Kant, ... non abbiano avuto alcuna applicazione contemporanea, allora consentitemi un'osservazione. Noi americani siamo ossessionati da due cose: il sesso e la morte. Uno studio recente compiuto da un celebre gruppo di donne ha riscontrato che in una determinata stagione televisiva (da metà settembre a marzo) si sono verificati quattordi-

ci mila richiami al sesso. Un altro studio di pochi anni fa ha scoperto che al momento in cui un ragazzo o una ragazza ricevono la patente di guida hanno già visto morire in televisione sedicimila persone, telegiornali a parte. Se questi dati non costituiscono un'ossessione, allora le ossessioni non esistono. Gli argomenti del sesso e della morte sono legati, ed anche profondamente; quello che voglio dire è questo: un altro capovolgimento si è verificato nella vita di tutti i giorni. Secondo la visione cristiana del mondo noi siamo stati concepiti da un atto d'amore e moriamo per un incidente anatomico. Oggi, secondo la visione secolare, ciò che viene proposto è l'esatto opposto: siamo concepiti per puro caso e moriamo per un atto deliberato... sia di odio, sia di crudele pietà.

Considerazioni fondamentali

Questa ricerca estremamente sommaria sul milieu intellettuale non cattolico indica, io spero, le dimensioni del vuoto che separa la Chiesa dal mondo e che va colmato attraverso il dialogo. Per costruire questo ponte dobbiamo però gettare solide fondamenta da entrambe le sponde. Aldilà delle Scritture — e quindi al di là della rivelazione positiva — ci sono tre considerazioni di base o presupposti della teologia cattolica morale, sia essa medica o di altro genere: la teoria della legge naturale, la competenza della Chiesa come autorità d'insegnamento e la nozione di coscienza. I singoli pensatori illustrano in molti modi il passaggio dai principi, per se stessi evidenti, della legge naturale alle norme esplicite concrete. Nonostante le loro differenze individuali, questi studiosi concordano tutti nel ritenere che la teoria della legge naturale è la « tradizione della ragione ». Alla luce dei capovolgimenti verificatisi nel secolarismo, noi affermiamo che l'intelligibilità delle cose è il terreno di tutta la conoscenza umana. Le affermazioni che attengono ai fatti vengono intese come vere o come false. Lo stesso vale per le affermazioni di ordine morale. Si sta lavorando molto per rivitalizzare o ricostituire la teoria della legge naturale come un linguaggio comune condiviso da tutti coloro che prendono parte al dialogo etico contemporaneo.

Questa legge naturale può essere riconosciuta dalla ragione e si tratta di una partecipazione della creatura razionale alla « legge eterna », in quanto essa stessa è essenzialmente la vera ragione e volontà — o essenza — di Dio stesso. Dio dirige tutte le creature al loro fine secondo la rispettiva natura, ora l'essere umano è creato ad immagine di Dio

(Gen 1), la « auto determinazione » attraverso la propria ragione e volontà. Di conseguenza, gli esseri umani non vengono condotti passivamente al loro fine, ma sono insieme a Dio i coautori di questo processo attraverso le decisioni morali che prendono. In questa luce deve peraltro intendersi che la libertà umana o la capacità di autodeterminazione *non* è la possibilità di una revisione costante lungo un indefinito continuum temporale ma è piuttosto la facoltà attraverso la quale impostiamo il nostro modo di *essere* in modo definitivo ed eterno — modo di essere di un certo carattere morale. Proprio con queste decisioni noi incarniamo noi stessi come determinati tipi di esseri, ed è in questo che consiste la serietà dell'etica,

zie politiche non discriminano le persone, per il fatto casuale della loro nascita, così la tradizione non le discrimina per il fatto casuale che siano morte. La tradizione insegnata dal Magistero è l'articolazione della saggezza collettiva portata ad affrontare gli eventi attuali. In questa globale comprensione della moralità, la coscienza ha un grande ruolo, sebbene, per tradizione, sia stata interpretata come poco più di un dettato di ragion pratica che giudica una particolare azione giusta o sbagliata. Più recentemente, la nozione di coscienza è stata ancora più impoverita col porla nella non di certo santa alleanza tra autorità e dissenso. Il modello imperante di coscienza risulta da un'inadeguata interpretazione della sua natura. È vero che la coscienza



nonché la serietà dell'evangelizzazione.

Inoltre, la Chiesa è maestra sia di fede che di morale. Mentre la frase « *mores Ecclesiae catholicae* » ha un'estensione maggiore dell'attuale termine « morale », c'è senza dubbio un'innegabile componente etica nell'insegnamento della Chiesa (è proprio questo aspetto auspicato e sano a svolgere un ruolo considerevole nel rendere tutti gli insegnamenti della Chiesa « autorevoli » e non « autoritari »).

Il « Magisterium » trova espressione nell'insegnamento della gerarchia, i vescovi assieme al papa. Questo è anche il ruolo della tradizione, che Chesterton aveva intuito essere un concetto molto « liberale »: « una democrazia attraverso il tempo ». Cioè, come le democra-

giudica le azioni e la loro qualità morale attraverso decisioni che assumono una particolare identità morale; ma la coscienza *non* crea il bene morale, la coscienza permette di agire prudentemente; « la coscienza è un organo, non un oracolo », ¹⁷ e come organo è percettivo e non creativo. I vescovi irlandesi nella loro Lettera Pastorale sulla coscienza l'hanno paragonata all'occhio umano. L'occhio non crea l'ordine del mondo circostante, ma lo percepisce e permette di operare in base alla conoscenza acquisita. Allo stesso modo, la conoscenza acquisisce conoscenza da ciò che la circonda, dalla rivelazione (mediata dall'insegnamento della Chiesa), dall'esperienza della comunità e dalla particolare situazione in cui si trova ad esprimersi.

Come tutti gli organi la coscienza si perfeziona con la pratica; c'è un aspetto dello sviluppo della coscienza che ha carattere psicologico (in termini della sua struttura formale) ed uno che ha carattere teologico (in termini della sua formazione concreta, specifica, cioè, il contenuto delle norme e dei valori ai quali si richiama nel formulare i suoi giudizi).

La disciplina prende forma

Ma ritorniamo al campo specifico dell'etica medica. Sinora abbiamo dato uno sguardo ad alcuni dei presupposti fondamentali della teologia morale, lo sfondo storico dell'interessamento della Chiesa alle questioni medico-sanitarie, che deriva, da una parte da un'attenzione fondamentale verso il malato, e dall'altra dall'attenzione ai sacramenti; infine il concetto per cui le risposte spesso non sono pienamente ricondotte alla rivelazione, ma dipendono dalla ragione. A questo punto, vediamo come questi fattori hanno agito nella storia della Chiesa e formato questa disciplina che è per gran parte una creatura della Chiesa.

Gli scritti dei padri della Chiesa formano il primo « strato » degli scritti cattolici, preceduti solo dal Canone delle Scritture (con la possibile esclusione degli scritti attri-

buiti a Giovanni). Questi scritti contengono le omelie, i commenti e le preghiere dei vescovi e dei teologi fino ai secoli settimo ed ottavo. Uno dei primi scritti, la *Didachè*, o *Insegnamento dei Dodici Apostoli*, risale circa all'anno 90 d.C. e contiene la prima condanna esplicita dell'aborto in tutta la letteratura cristiana. Questo insegnamento, assieme a molti altri, è stato tramandato di padre in padre, ed è spesso citato anche oggi. Come ho già detto, la forma di confessione privata, che noi pratichiamo, si è sviluppata nel sesto secolo; come sostegno ai sacerdoti, sono stati scritti i Libri *Paenitentiales* largamente diffusi tra il sesto e l'undicesimo secolo, e che contenevano un catalogo particolareggiato dei peccati e delle penitenze appropriate.¹⁸ Questi si combinarono con lo sviluppo della Legge Canonica avvenuto nel dodicesimo secolo, che riguardava in parte gli argomenti medici, morali e sacramentali già menzionati. Risale comunque al quindicesimo secolo, il primo lavoro che riguarda da vicino i doveri dei medici e che porta la firma di S. Antonino, Arcivescovo di Firenze (†1459); nel terzo dei quattro volumi della sua « *summa* » teologica, egli traccia i doveri e gli obblighi di diverse categorie di persone: le coppie sposate, le vergini, le vedove, i

governanti, i soldati, gli avvocati, i medici, i mercanti, i giudici, gli artigiani,...; riguardo ai medici egli insiste sulla loro competenza, diligenza e assistenza ai malati; essi hanno l'obbligo di informare il paziente delle sue condizioni e di prepararlo alla morte. Hanno il diritto di ricevere una giusta ricompensa, ma devono curare anche chi non se lo può permettere. Sant'Antonino crede che i medici debbano essere pagati dallo Stato piuttosto che dai pazienti¹⁹ e che non dovrebbero mai prescrivere nulla contro la legge morale, come la fornicazione o l'aborto.

L'Arcivescovo è la più quotata fonte di riferimento fino al tempo di S. Alfonso de' Liguori, il santo patrono dei moralisti (†1789). Nel diciannovesimo e nel ventesimo secolo sono apparsi centinaia di testi adottati nelle scuole cattoliche per medici e paramedici.

I risvolti odierni

Nell'arena dell'etica medica, abbiamo oggi il dovere di unire le parole alla musica. I problemi sono molto spesso complessi e il forum sociale è molto meno tollerante del mondo cristiano. Nondimeno, la Chiesa cattolica è l'organizzazione singola più grande del mondo nel campo dell'assistenza sanitaria; anche negli Stati Uniti circa il venti



per cento dei pazienti gravi sono ospitati da istituzioni religiose. I problemi essenzialmente etico sanitari quasi sempre hanno a che fare con l'alta tecnologia, « terapeutica » o sperimentale. La questione morale che si pone dietro molti di questi problemi è spesso la stessa: Possiamo fare moralmente tutto ciò che la tecnologia ci mette in grado di fare? I procedimenti per mantenere in vitale persone conducono la gente a domandarsi « a quale punto deve smettersi di prolungare la vita e si comincia a prolungare la morte? perché nelle cliniche con malati acuti muoiono così spesso malati immaginari o soltanto assistiti meglio? Curiamo le malattie o i pazienti? a parte i casi accidentali e l'alta chirurgia, perché la gente muore? guardando al futuro, al fiorente campo della ricerca genetica, cosa dobbiamo considerare nell'eventuale ricostruzione della persona umana? Che ragioni diamo al nostro « no » agli interventi per la fecondazione artificiale e in vitro? come possiamo inquadrare ragionevolmente la sperimentazione che non ha alcuna relazione con la terapia personale: la possibilità della clonazione, del cyborgs e delle chimere?

C'è un'animata discussione, all'interno, circa l'identità dell'assistenza medica cattolica negli Stati Uniti. L'immagine di questa assistenza è tradizionalmente rappresentata dalle Suore; comunque, negli ultimi venti anni quasi il settanta per cento delle religiose dei centri di assistenza principali se ne sono andate, non esistono più, e tanto meno la loro immagine. Da un punto di vista storico questo fatto non dovrebbe sconcertarci. L'esempio di Cristo nella sollecitudine per gli infermi ha assunto diverse forme.

La questione dell'identità cattolica dei nostri ospedali non sta tanto nel crocefisso sul letto, nel quadro del vescovo o nel fatto che sia una suora a misurare la pressione sanguigna. L'identità cattolica è una questione di valori, e non di manufatti; è vero che i suddetti valori accettano e si servono di diversi strumenti, ma l'identità cattolica non è uno spirito disincarnato; è essenziale invece uno spirito di corpo che assicuri e vegli sull'identità cattolica di una certa struttura. Ancora, non possiamo ammettere interventi immorali come l'aborto o la sterilizzazione; dobbiamo rispettare la vita di tutti, compreso chi è stato appena concepito. Coloro che varcano la nostra porta devono provare qualcosa di diverso dall'ospedale pubblico, devono comprendere la nostra convinzione che la « carità » esige che nessuno sia posto al di là del limite del nostro interesse e della nostra compassione. Per avvicinar-

si a un servizio cattolico assistenziale del genere occorre avvicinarsi alle parole di Nostro Signore che disse: « tutto ciò che farete al più piccolo dei miei, lo farete a me » E in mancanza di Luisa de Marillac, di Camillo de' Lellis e di altre persone religiose consacrate, ritorniamo alle nostre radici e guardiamo ai nostri equivalenti santi contemporanei Fabiola, Paola, Elisabetta di Ungheria; ai laici che continuano ad essere il lievito del mondo.

La risposta a molti problemi etici rimane oscura, se non urgente; la tradizione cattolica, comunque, è ancora in evoluzione e dobbiamo affrontare il futuro con speranza — la virtù dimenticata — nonché con fede e con amore. I vostri figli saranno chiamati a risolvere problemi che ancora non siamo neppure in grado di formulare. Ma è nostra convinzione che la Cristianità può rispondere *umanamente* ai problemi umani, abbiamo tutte le ragioni per credere che troveremo ascolto tra le persone ragionevoli.

Il nostro ruolo di educatori, assistenti sanitari e intellettuali è sintetizzato da S. Paolo nella seconda lettera ai Corinzi: « Ogni pensiero è nostro prigioniero, catturato per essere portato all'obbedienza a Cristo » (2 Cor. 10,5). La fedeltà alla parola di Dio e all'insegnamento della Chiesa è stata la costante per ogni iniziativa di successo. La fede è il dono di Cristo ai suoi seguaci, ha ispirato la compassione di coloro che assistono i malati: nei diaconi e nei laici dell'età dei Padri, nei vescovi dell'impero romano, nei monasteri del primo periodo medievale, nei Frati Mendicanti dell'alto medioevo, nei religiosi della Controriforma e dell'età moderna.

Oggi, madre Teresa dice: « Dio ci chiama non per avere successo, ma per avere fede ». Il fascino contagioso della fedeltà ispira gli uomini e le donne nel post-moderno, perché continui la tradizione della quale non abbiamo motivo di vergognarci. Abbiamo bisogno di vescovi pronti ed impegnati nell'educare la gente a questo compito delicato: quelli che apprezzano la tradizione, che affrontano le odierne realtà, che vivono gli eventi e che hanno la capacità mentale di pensare, sognare e di rappresentare la Chiesa con fedeltà creativa — in breve — uomini e donne in grado di unire le parole alla musica per il nostro tempo e per la costruzione del nostro futuro.

P. RUSSELL E. SMITH
Director of Education
Pope John XXIII Center Boston

¹ Questa tesi resiste nonostante gli studi storici condotti recentemente da MARTIN E. MARTY e KENNETH L. VAUX, *Health/Medicine and the Faith Tradi-*

tions. Crossroads, New York 1986-87. Particolarmente pertinente a questo proposito sarebbe anche DAVID M. FELDMAN, *Health and Medicine in the Jewish Tradition* (1986) che riporta gli scritti dei rabbini attraverso i tempi su argomenti quali l'aborto, ecc. Ancora, riveste notevole interesse FAZLUR RAHMAN, *Health and Medicine in the Islamic Tradition* (1987) che attribuisce ai Cristiani (in particolare agli eretici Nestoriani) di aver portato personale medico e tradotto testi medici dal greco al siriano (p. 66).

² JAMES P. CASSIDY, *Ethics Commitments: Relationship to the Local Bishop* in RUSSELL E. SMITH, ed. *Critical Issues in Contemporary Health Care*. The Pope John Center, Boston 1989, pagg. 140 SS.

³ Documento inedito sull'Etica Medica tratto dal Capitolo dell'Associazione Cattolica Sanitaria del New England (Necchia), di James O'Donohoe, ottobre 1988.

⁴ CIC (1917) c. 139 § (v.or.) 2.

⁵ CHARLES E. CURRAN, *Roman Catholic Medical Ethics* nel suo *Transition and Tradition in Moral Theology*, Università di Notre Dame 1979, pagg. 176 SS.

⁶ GIOVANNI PAOLO II, *Sono lieto* (10 aprile 1986), citato in *The Pope Speaks*, vol. 31, n. 2 (1986) p. 178. V. anche *Redemptor Hominis*, 10, citata in *The Pope Speaks*, vol. 24, n. 2, (1979), p.110.

⁷ JOHN COURTNEY MURRAY, *The Problem of God*, Università di Yale, 1964, p.90.

⁸ BENEDICT ASHLEY, *Theologies of the Body: Humanist and Christian*. The Pope John Center, Boston 1985, p. 641.

⁹ MURRAY, *op. cit.*, p. 101.

¹⁰ *Ibidem*, pagg. 104-110.

¹¹ FREDERICK COPELSTON, *A History of Philosophy: Modern Philosophy: Schopenhauer to Nietzsche*, vol. 7, parte II, Image Books, New York 1963, pagg. 127-28.

¹² Cfr. ASHLEY, *op. cit.*, pagg. 38-42 e pag. 49, nota 51.

¹³ ALASDAIR MACINTYRE, *After Virtue*. Notre Dame, 1981.

¹⁴ *Ibidem*, pagg. 52-59.

¹⁵ KARL RAHNER, *The Theological Concept of Concupiscentia in Theological Investigations*, vol. 1: *God Christ, Mary and Grace*. Darton, Longman and Todd, Ltd., Londra 1961. V. specialmente la nota 2 alle pagine 362-3. V. anche il fondamentale « Corcerning the Relationship between Nature and Grace » nello stesso volume, pagg. 297-317. (Questo volume è una traduzione di *Schriften Zur Theologie*, I, pubblicato da Verlagsgesellschaft Benziger & Co., A.G., Einsiedeln - Zurigo - Colonia 1954.)

¹⁶ RUSSELL E. SMITH, *The Theology of Sin and its Distinctions in the United States from 1965 to 1985*. Dissertatio ad doctoratum in theologia morali consequendum, Pontificia Università Lateranense, Accademia Alfonsiana, Roma 1987, pagg. 138-9 e pag. 356.

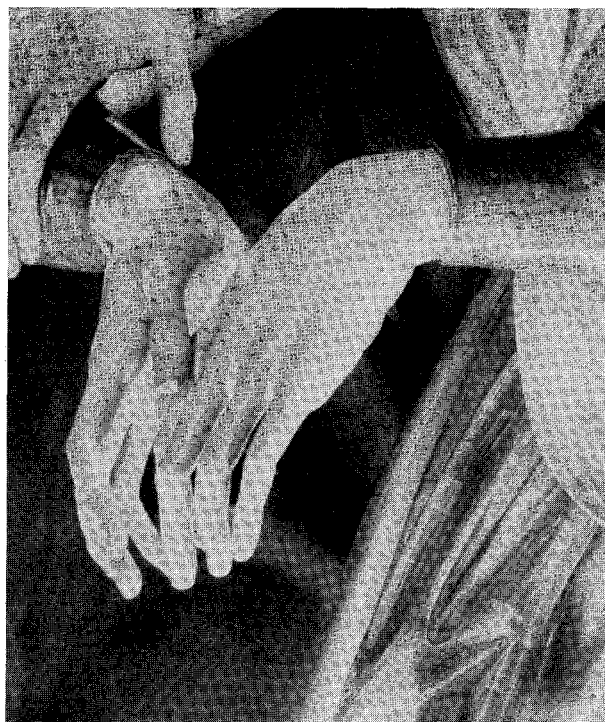
¹⁷ JOSEPH RATZINGER, *Bishops, Theologians and Morality*, in *Moral Theology Today: Certitudes and Doubts*. The Pope John Center, 1984, pag. 14. Cfr. R. SPAEMANN, *Moralische Grundbegriffe*, Monaco 1982.

¹⁸ CURRAN, *op. cit.*, pag. 179.

¹⁹ *Zbidem*, pag. 181.

²⁰ CASSIDY, *op. cit.*, pag. 143.

testimonianze



*pastorale della sanità
in Colombia*

*programmi di formazione
a distanza*

*assistenza pastorale
ai malati di AIDS*

*pastorale della sanità
e Caritas-Comores*

*esperienze pastorali
in Burkina Faso*

centro di formazione

*Chiesa e assistenza
sanitaria in India*

pastorale della sanità in Colombia

48

Il lavoro nel campo della salute è stato una delle grandi preoccupazioni della Chiesa nel corso della sua storia. E non è stata di meno, per la Chiesa Colombiana questa preoccupazione per quelli che soffrono. Da quattro secoli vediamo come le comunità religiose sono presenti portando il messaggio di Cristo nel mondo della sofferenza, fondando ospedali e diverse modalità di centri di accoglienza per chi soffre a causa delle diverse malattie. Così arriviamo all'epoca attuale in cui si sono moltiplicate le istituzioni di diversa specie, che cercano di rispondere ai bisogni dell'uomo di oggi.

Fedele alla sua storia e guardando questa realtà e valorizzando i bisogni le risposte richieste da essi, i Vescovi della Colombia, riuniti in Assemblea plenaria nel luglio 1984, raccomandarono alla Commissione Episcopale di Pastorale Sociale l'impegno di animare e rinvigorire la Pastorale della Sanità nel Paese. Ed è allora che il Segretariato Nazionale della Pastorale Sociale, in qualità di organo esecutivo della Commissione, si assunse questo incarico, predisponendo per cominciare due programmi:

— Il lavoro per la Sopravvivenza e lo Sviluppo Infantile, col sostegno dell'UNICEF; e

— La messa in atto del I Seminario Nazionale di Pastorale della Sanità, con la partecipazione di parroci, cappellani, religiosi e professionisti della salute di tutto il Paese.

Come risultato del Seminario Nazionale è stato disposto un Manuale di Pastorale della Sanità, a carattere provvisorio, il quale, dopo un lungo processo di lavoro di riflessione e valorizzazione da parte di tutti gli organi della Chiesa, fu revisionato per adeguarlo alle esigenze della realtà attuale. Questo testo sarà la guida fondamentale che illuminerà ed orienterà la Pastorale della Sanità in tutto il Paese.

Vista l'accoglienza che hanno avuto le prime opere attuate, la Commissione Episcopale di Pastorale Sociale decise di creare dal 1987, all'interno del Segretariato Nazionale di Pastorale Sociale, un'ufficio che si incaricasse del coordinamento e animazione della Pastorale della Sanità. In questo

modo fu resa possibile la creazione dell'organismo oggi esistente:

1. Un Coordinamento Nazionale il quale si incarica di promuovere e consigliare l'organizzazione dei programmi che rispondano a necessità reali;

2. Un coordinamento diocesano in ogni giurisdizione ecclesiastica (in questo momento esiste in quaranta delle sessantotto circoscrizioni del paese), che a questo livello assume la promozione, assessorato e la organizzazione dei programmi;

3. È un grande gruppo di agenti delle parrocchie che realizzano il lavoro concreto con le comunità.

Questa modalità di « rete » ci ha permesso una attenzione più efficiente e dinamica in accordo con le esigenze della realtà, potendo quando la situazione lo chiede, rispondere ad esigenze specifiche delle diverse regioni del paese, senza che necessariamente sia un problema nazionale.

Ogni livello attua in modo permanente l'analisi della realtà che gli corrisponde, grazie al quale abbiamo potuto dare priorità ad alcuni problemi che toccano tutte le comunità del paese in maggiore o minore misura, a partire dei quali abbiamo determinato i programmi di base della Pastorale della Sanità.

In primo luogo Evangelizzazione e Umanizzazione del mondo della salute costituiscono l'asse di tutto il lavoro. Da questo parte qualsiasi azione che si attua. Inoltre questo programma ha azioni proprie che per il momento possono essere sintetizzate in due: in primo luogo il valore della Vita, dal suo inizio nella concezione fino alla morte; in secondo luogo il sostegno, consiglio e animazione alla Associazione Colombiana di medici Cattolici — ACMEC — fondata in Ottobre 1989 con l'approvazione della Conferenza Episcopale di Colombia e in via di affiliazione alla Federazione Internazionale di Associazioni di Medici Cattolici — FIAMC.

Il secondo programma organizzato è la Pastorale della Terza Età. La Colombia è una nazione con una crescente popolazione di anziani, i quali cominciano ad essere rifiutati

dalle loro famiglie, soprattutto nei grandi centri urbani, perché considerati un peso. Le nostre azioni si indirizzano a reinserire queste persone nelle loro famiglie e comunità, recuperando il loro valore come « memoria storica » e come membri utili per una società che ha bisogno della ricchezza della loro esperienza in ogni campo.

Altra problematica in cui riteniamo importante intervenire è quella delle persone minorate (sensoriali e/o fisiche e/o mentali). In quanto



ai problemi della denutrizione occasionati dalla povertà, è frequente trovare delle persone, adulti e bambini, il cui sviluppo è stato affetto da essi e richiedono speciale attenzione che permetta loro avvicinarsi a livelli di normalità e dare tutto di se stessi.

Nell'attualità stiamo favorendo e promuovendo l'organizzazione di programmi (aule speciali e officine) all'interno delle stesse comunità, con la partecipazione di esse e delle famiglie dei minorati in tutto il processo di riabilitazione.

Le persone così seguite restano affettivamente legate al proprio ambiente, che le accoglie e permette loro di manifestarsi in forma produttiva secondo le capacità di ognuno.

Benché in Colombia il problema dell'AIDS non si presenti con la gravità che si conosce in altri Paesi, figura nelle nostre priorità giacché esiste e aumenta rapidamente. Il nostro lavoro in questo campo lo abbiamo indirizzato dando priorità alla prevenzione mediante la educazione specialmente con i gruppi ad alto rischio. Tuttavia non trascuriamo l'attenzione alle persone affette dal virus e per questo si lavora nell'educazione della famiglia e della comunità per la accoglienza e l'attenzione ai malati.

Stiamo organizzando il programma di Pastorale del Mondo Ospedaliero, che ha come oggetto evangelizzare e umanizzare l'attenzione dei malati.

Tutti questi programmi brevemente descritti, hanno richiesto un lungo processo di riflessione e studio sia nella realtà sia nella dottrina della Chiesa. Sopra ognuno di questi programmi mandiamo avanti programmi di preparazione dei tre livelli che sono compresi nel piano prima descritto (Nazionale, Diocesano e Parrocchiale); e perché il lavoro sia più efficace lo portiamo avanti coordinandolo sempre con le istituzioni governamentali e private, nazionali ed internazionali che siano necessarie.

Infine è molto importante ricordare due fattori senza i quali il nostro lavoro sarebbe molto difficile:

— In primo luogo contiamo sull'appoggio permanente della Commissione Episcopale di Pastorale Sociale alla quale appartiene il Signor Vescovo incaricato della Pastorale della Sanità nel Paese.

— Il secondo fattore consiste nel lavoro di equipe realizzato con i responsabili delle altre aree che congloba il Segretariato Nazionale di Pastorale Sociale -SNPS-. Questo lavoro di equipe di mutuo appoggio e arricchimento ci ha portato a parlare della Pastorale Sociale Integrata.

programma di formazione a distanza per agenti della pastorale della sanità in America Latina

Nell'America Latina ha preso forza negli ultimi anni la Pastorale della Sanità. Ogni Conferenza Episcopale organizza il suo Segretariato o Sezione per questa Pastorale e nei diversi Paesi si realizzano incontri nazionali che radunano i diversi Agenti di Pastorale della Sanità delle Diocesi e degli ospedali. Anche il CELAM ha fatto il suo Primo Incontro sul tema « Chiesa e Salute nell'America Latina », dove è stata verificata la necessità e l'importanza di proseguire, formando nuovi Agenti che portino avanti i diversi programmi che richiede l'evangelizzazione del mondo della sofferenza, della salute e della vita.

Da più di tre anni, L'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio -attraverso il Segretariato Interprovinciale dell'America Latina, SAL.OH— dedica buona parte delle sue energie ad offrire una formazione sistematica e globale a coloro che già si dedicano o vogliono dedicarsi al servizio dei membri privilegiati del Corpo di Cristo: i malati. Si tratta di un programma di Formazione a distanza che prepara « esperti » nella Pastorale della Sanità, nelle aree principali richieste per un ottimo sviluppo della stessa: Studio della Realtà, Basi Biblico-Teologiche, Etica, Linee Pastorali. etc.

Obiettivi

Questo Programma si propone di « preparare agenti della Pastorale della Sanità nei suoi aspetti metodologici, sociali, dottrinali e pastorali, in modo che prestino un servizio efficiente alle comunità in cui sono inseriti, essendo viva testimonianza del buon Samaritano agli albori del Terzo Millennio ».

Questo scopo si svolge in tre Moduli, che rendono idonei a:

— Identificare gli elementi che definiscono la situazione sociale dell'America Latina, in modo che —applicandoli in analisi locali e regionali— l'allievo possa orientarsi ed orientare gli altri verso un impegno evangelizzatore di fronte alla realtà che essi vivono.

— Analizzare ed utilizzare opportunamente i principi teologi-

co-dottrinali della Pastorale della Sanità sicché si abbia la capacità di approfondimento e orientamento circa le basi di questa Pastorale.

— Riconoscere le tappe ed i processi che entrano in gioco nella Pastorale della Sanità per permettere all'allievo l'uso adeguato delle metodologie e degli strumenti tecnici, pastorali e psicologici al servizio del malato, della sua famiglia e del personale della Sanità.

Piano di studi

L'allievo di questo Programma di Formazione a Distanza si iscrive per ricevere a casa sua i materiali di studio, impegnandosi a seguire un



personale orario di studio, rispondere alle valutazioni e assistere, dentro del possibile, agli incontri successivi.

Il programma ha una durata di tre anni (sei semestri) nella modalità di Educazione a Distanza. Ogni anno, l'allievo studia, approfondendolo, un tema o Modulo, orientato secondo Lezioni e Unità elaborate per permettere lo studio personale, il ripasso, gli esercizi e indagini sul posto di lavoro o di residenza. Ogni due o tre Unità di studio, l'allievo deve rispondere ad una valutazione scritta (tipo test) che invia alla Sede del Programma a Bogotá, Colombia.

Enumeriamo di seguito i principali temi di ogni Modulo:

Modulo I

- Evangelizzare oggi in America Latina
- Terra, uomini e popoli latinoamericani
- Cultura e culture nell'America Latina
- Come viviamo? Come produciamo? (Economia)
- Panorama della Salute nei nostri Paesi

— Chi sono che decidono la nostra situazione? (Politica)

- La Chiesa in America Latina
- Prospettive e Sfide Pastorali

Modulo II

- Dimensione Antropologica della sofferenza
- Dimensione Biblico-teologica della Sofferenza
- Gesù Cristo e la Sofferenza Umana
- La sofferenza umana nel Magistero della Chiesa
- La sofferenza umana nella prassi della Chiesa
- Etica della Salute

Modulo III

- La comunità cristiana ed il malato
- I Sacramenti nella Pastorale della Sanità
- Cos'è la relazione di aiuto al malato?
- La Pastorale della Sanità nell'Ospedale

— La Pastorale della Sanità nella Parrocchia

— Come pianificare la Pastorale della Sanità?

— Società, salute ed evangelizzazione verso il terzo millennio.

Adizionalmente i responsabili del Programma attuano periodicamente incontri di continuità e aggiornamento in ciascuno dei dieci Paesi in cui attualmente esistono allievi attivi.

Per quest'anno ci si aspetta che dieci allievi finiscano il ciclo totale di studi e così l'Ordine Ospedaliero avrà la soddisfazione di porre nelle mani della Chiesa i primi « esperti » in Pastorale della Sanità, veri e propri agenti evangelizzatori del mondo della sofferenza formati nell'America Latina. La prima persona con il Certificato di « esperta » in Pastorale della Sanità è stata la Suora Alba Maria Ospina, HC., dopo che ha risposto in modo soddisfacente a tutte le valutazioni e ha svolto con buona riuscita la monografia finale, che include aspetti sociali, teologici e pastorali circa la Pastorale della Salute nella sua comunità. Congratulazioni ad essa.

Fr. MANUEL MARCO
Direttore

Relazione del numero di allievi

Paese	Alunni	Lettori	Totale
Argentina		18	18
Benin (Afr.)	1		1
Bolivia	40	5	45
Brasile	9	2	11
Cile	3	12	15
Colombia	284	41	325
Costa Rica	6		6
Cuba	1		1
Ecuador	32	5	37
Italia	1	1	2
Messico	64	30	94
Paraguay	1		1
Peru	35	17	52
Portogallo	1		1
Puerto Rico	2		2
Rep. Dominicana	4		4
Spagna	2	3	5
Venezuela	20	19	39
Totale	506	153	659

Lettori = Ricevono il materiale come « mezzo informativo », non per il suo studio.
Bogotá, giugno 1990

L'assistenza pastorale ai malati di AIDS nella diocesi di Ponce

Il programma di assistenza pastorale finanziato dalla diocesi di Ponce è in atto da due anni all'ospedale governativo regionale, da quando, nel 1984, il numero dei casi di Aids ha cominciato ad aumentare. La direttrice del programma Suor Maria Teresa Jensen, delle sorelle di S. Giuseppe di Brentwood di New York, ha trascorso un intero anno a studiare il problema.

Visitando i pazienti, offrendo loro e alle famiglie un importante sostegno, ha cercato di individuare i principali aspetti pastorali peculiari della malattia, ed ha studiato come meglio affrontarli.

Suor Maria Teresa, come consulente pastorale, ha cercato di presentare le esperienze condotte con i pazienti in un seminario di diciotto ore, organizzato dalla Fondazione per la lotta contro l'Aids di Porto Rico; ha preso parte ad un simposio sull'Aids a San Juan, e ha lavorato fianco a fianco con i medici e il personale dell'ospedale.

Il Programma di Assistenza Pastorale, secondo l'impegno assunto il 6 aprile 1987, comprende ottanta assistenti pastorali volontari distribuiti nell'ospedale governativo, in due ospedali privati e in un ospedale per i malati di cancro. In aggiunta, altri volontari, per la maggior parte persone che lavorano nel settore o con preparazione affine, hanno attivato un programma di assistenza a domicilio.

Tutti gli ottanta volontari sono presentati dalla Diocesi, hanno partecipato ad un corso di venti ore e sono già collaudati. L'impegno dei volontari ha la durata di un anno, chi lo desidera poi, può rinnovarlo alla fine di ogni anno. I volontari che prestano assistenza a domicilio ricevono una preparazione aggiuntiva da parte di specialisti, poichè gli si richiede di insegnare, orientare e controllare la cura del malato a casa, anche se poi, in effetti, il volontario non presta cure mediche al malato. Questi volontari offrono un sostegno psicologico e spirituale al malato e ai familiari, rispettandone sempre la rispettiva fede religiosa. Inoltre, ai volontari viene insegnato a valutare la situazione familiare, e ad osservare le necessità di chi, in modo particolare presta le cure, e degli altri membri della famiglia. Si è molto attenti a necessità quali i comforts

del paziente, la mancanza di biancheria, le medicine; ed anche ai servizi da assolvere presso gli uffici di altre comunità. Ogni volontario è in collegamento con l'ufficio per l'assistenza pastorale e riceve aiuti in base alle esigenze del malato che assiste. Dato che ogni volontario ha in cura un malato per l'intera durata della malattia, la sua amicizia e la sua disponibilità (anche se limitata da responsabilità familiari e personali) si è rivelata molto importante per il paziente e per la famiglia.

Ai volontari vengono insegnate tecniche di « auto-terapia » che aiutano ad affrontare meglio le frequenti situazioni difficili degli assistiti, e mettono nelle migliori condizioni possibili l'assistito. I volontari, nella loro attività pastorale, non sono mai soli; suor Maria Teresa osserva come ciascun volontario reagisce al comportamento dei malati in cura. Questi ultimi hanno le più diverse ed imprevedibili necessità, e noi facciamo il possibile per aiutarli a superare situazioni apparentemente insormontabili: per espresso desiderio di uno dei malati siamo riusciti, poco prima della morte, a riconciliarlo con la madre, con la quale non parlava da molti anni; a un altro è

stato permesso, sempre secondo suo espresso desiderio, di intrattenersi con ventisei tossico-dipendenti per esortarli a smettere di drogarsi; un altro ha voluto essere preparato al Battesimo che abbiamo celebrato insieme ad altri otto pazienti con molta gioia e con l'organizzazione di una festa. Non molto tempo fa, un altro malato, un carcerato, un vero leader, comunicò a suor Maria Teresa che sei pazienti erano pronti per il Sacramento della Riconciliazione (un altro momento veramente gioioso!). Egli stesso aveva parlato ai suoi amici, convincendoli ed aiutandoli uno per uno.

Seguendo questi malati durante la loro malattia, noi cerchiamo di essergli accanto sia psicologicamente, sia spiritualmente, sempre in contatto con le famiglie. Prestiamo assistenza anche a coloro che tornano in carcere dopo essere stati all'ospedale; essi non vedono l'ora di incontrarci e aspettano con ansia il giorno della visita.

I criteri che ispirano la nostra azione sono improntati ad un'amicizia fedele, incondizionata, per tutto il tempo della nostra assistenza; non ci permettiamo di giudicare nessuno né la loro condotta, pur non approvandola molto spesso; li assistiamo con rispetto e cerchiamo di renderci conto del momento giusto per stimolare un malato, chiamandolo, a volte — se necessario —, ad una maggior fede. Il Signore ci chiama a scoprire le sofferenze dei nostri fratelli e sorelle nell'amore, un amore che faccia scoprire al paziente Dio, la dignità a cui Dio lo chiama, e la possibilità di vivere una vita cristiana per la grazia di Gesù che ci ha redento sulla croce.

Dato che la preparazione dei volontari comprende alcuni tests psicologici per facilitare la comprensione e la soluzione dei problemi, la persona del volontario diviene una risorsa per la stessa famiglia che deve affrontare la malattia del proprio caro. È stato istituito un contatto mensile affinché ogni paziente riceva messaggi di aiuto dal centro di assistenza pastorale. Alcune volte constatiamo che le famiglie colte da questa disgrazia sono emarginate dai vicini proprio per la paura di contrarre la malattia. Il volontario tratta questo problema con discrezione mostran-



do videocassette aventi per soggetto l'Aids, che spiegano la verità attorno alle possibilità di contrarre la malattia.

Siamo consapevoli dei tanti bisogni che hanno queste famiglie; perciò le frequentiamo e le indirizziamo verso centri appropriati. Anche noi abbiamo delle esigenze che, qualora fossero soddisfatte, ci permetterebbero di essere più efficaci nel portare avanti i nostri programmi. Ai volontari serve materiale da fornire ai malati e alle famiglie, opuscoli sacri e illustrativi dei Sacramenti del perdono di Dio; manifesti, cartoline ed altro da mettere a disposizione dei pazienti, nonché materiale che permetta ai volontari una conoscenza ed una crescita spirituali.

Attualmente i volontari, quanto a libri da leggere per tenersi aggiornati, hanno in mano poco e niente. Sappiamo che dobbiamo pregare, affidarci allo Spirito Santo ed esse-



re riconoscenti per i risultati conseguiti lavorando assieme alla nostra Chiesa di Ponce. possiamo contare sui nostri pastori, il nostro vescovo, sempre; abbiamo visto l'amore con il quale Sua Eccellenza il vescovo Ricardo Surinach ha visitato i malati di Aids benedicendoli ed incoraggiandoli uno per uno.

È l'esperienza di ciascun volontario, nonché di suor Maria, che ci fa scoprire nell'amore il messaggio di Dio ai sofferenti, che ci fa ricevere più di quanto diamo.

Noi siamo cambiati, conosciamo Dio sempre più da vicino. Senza l'aiuto della Extension Society dubito che avremmo potuto far tutto ciò a Ponce dal 1982; è realmente un esempio di un servizio reso da un'istituzione che consente di portare il messaggio di Dio in questa piccola parte del Regno!

rapporto sul ruolo della Chiesa nella pastorale della sanità attraverso la Caritas-Comores

Quadro generale della sua presenza al livello della sanità

Indipendente dal 1975, dopo essere stata colonia francese, la Repubblica Federale Islamica delle Comores riconosce agli stranieri presenti nel Paese e che lavorano come operatori con diversi titoli, il diritto di avere guide spirituali e di praticare liberamente la propria religione nel rispetto assoluto dell'Islam, religione di Stato. Così, la Chiesa, come istituzione, è una invitata dalle autorità civili e religiose (islamiche); obbligata per questo alla discrezione, esercita in realtà due attività principali: una, di cappellania per uso esclusivo degli stranieri cattolici di passaggio, nel piano confessionale; e in secondo luogo, una attività di carità, principalmente nel piano sanitario; questo ultimo aspetto è l'oggetto del nostro rapporto.

Azione di carità della Chiesa nel piano sanitario

In questo terreno, la Chiesa si pone al servizio del Paese con uno spirito di assoluto disinteresse e di stretta collaborazione con le Autorità del Servizio di Sanità, secondo un protocollo di accordo firmato congiuntamente.

I due aspetti che seguono devono sottolinearsi con vigore:

— *Istituzioni.* La Chiesa (Missione Cattolica) fa funzionare 6 dispensari di diversa importanza: uno in Moroni, la capitale, e altri 5 in Brousse, (all'interno del Paese) e nell'Isola di Gran Comore; a questo si deve aggiungere un centro di riabilitazione nutritiva per bambini denutriti, che accoglie 25 bambini con le madri.

— *Statistiche del 1987.* Le statistiche, che parlano da sole, mostrano che, nell'anno 1987, 154.253 pazienti hanno ricevuto cure nel dispensario di Moroni, aperto tutti i giorni eccetto la domenica; e 62.526 negli altri centri di Brousse; questo fa un totale di più di 200.000 persone che hanno beneficiato delle nostre cure. Queste statistiche sono richieste dal Servizio della Sanità, statistiche globali e dettagliate secondo le malattie; e a noi servono ugualmente per dar conto agli organismi che ci sostengono sia medici che finanziari.

— *Il personale.* I dispensari, conosciuti col nome di Caritas-Comores, sono sotto la direzione di due religiose francesi, che sono assistite da una ventina di aiutanti, di ambo i sessi, nativi di Comores e musulmani. Il medico dell'Ambasciata di Francia, un giovane che compie il suo servizio nazionale, accudisce per molte volte a settimana al dispensario di Moroni; lo stesso fa una canadese per le visite prenatali e per la formazione di ostetriche native. Un ginecologo francese accompagna alle volte il gruppo che va a Brousse. Così vediamo già che quel lavoro della Caritas-Comores è il frutto della collaborazione tra religioni, razze e popoli. Questo aspetto è positivo in sé stesso: avvicina gli uomini uno all'altro ed è fattore di comprensione e di pace tra i popoli.

— *Formazione umana nel piano professionale.* Primo: cerchiamo di dare al nostro personale indigeno l'occasione di completare la loro formazione, inviandola già a seguire periodi di prova nella Scuola di Infermieri, quando è possibile (questo anno, la direttrice è venuta personalmente in cerca di una infermiera per iscriverla ad un corso), già proporzionandogli corsi noi stessi: una religiosa, già professoressa in Madagascar, è andata a 50 anni a rinnovare le sue conoscenze mediche in Francia, ottenendo il diploma di infermiera prima di venire alle Comores. Oltre questa competenza tecnica che vogliamo dare al nostro personale clinico, si vuole che l'ambiente generale di lavoro consista in una educazione globale per il miglior servizio degli infermi e dei poveri. Fra i fattori che favoriscono questa educazione generale, osserviamo i seguenti: — la fedeltà al lavoro giornaliero, — l'attenzione al malato, — l'organizzazione per la quale lungo l'anno nulla manchi per la cura ai malati — la pulizia, costantemente vigilata — la buona gestione finanziaria che permette a tutti, uomini e donne, di percepire un salario ogni fine del mese — i permessi pagati, o i permessi di maternità e paternità — il lavoro gratuito della Chiesa che rispetta la Religione di Stato — le escursioni in riva al mare o nella selva — le serate-video — gli incontri con i cattolici per un brindisi di gala con motivo della epifania o della festa patronale: tutto questo ha contribuito a dare al nostro

personale delle Comores il senso del dovere, il gusto per il lavoro, la cura dei malati, e la disponibilità al prossimo. Da parte nostra noi Europei cattolici abbiamo ricevuto molto da questo personale: la virtù della pazienza nelle difficoltà, la gioia nelle avversità, la moderazione nei beni di questo mondo e lo spirito di mutuo aiuto... D'altra parte siamo consapevoli in Caritas-Comores che il nostro lavoro è in fin dei conti modesto; grazie a Dio non siamo gli unici a curare i malati; prendiamo la nostra parte come un lavoro di supplenza. La nostra speranza è che grazie al nostro piccolo contributo ogni malato possa sentire attraverso le cure che gli vengono prodigate un cuore che lo ama. Credo di potere affermare che il nostro personale delle Comores lavora in questo senso benché il caldo a volte sia insopportabile e la fatica sia grande per le lunghe mattinate di cure; tutti e tutte si sentono felici di far parte di Caritas-Comores.

Gli europei che vengono ad aiutarci sono sensibili all'ambiente fraterno allegro e laborioso dei nostri dispensari: sono prova le lacrime abbondanti di una giovane che doveva abbandonarci dopo aver lavorato con noi per tutto un

anno. Oppure il giovane medico che ha accettato di venire al dispensario di Moroni una volta in più ogni settimana durante le ferie della religiosa che ha quell'incarico.

— *Formazione morale.* Una volta alla settimana durante gli incontri del venerdì pomeriggio, la religiosa incaricata della formazione generale degli infermieri ha l'occasione di trattare questioni morali attuali delle quali parlano i mass media. Una infermiera formata da essa, ripete questo insegnamento alle giovani delle Scuole dei lavori domestici della Brousse. La Scuola dei lavori domestici di Moroni ha introdotto anche la formazione morale nei suoi programmi.

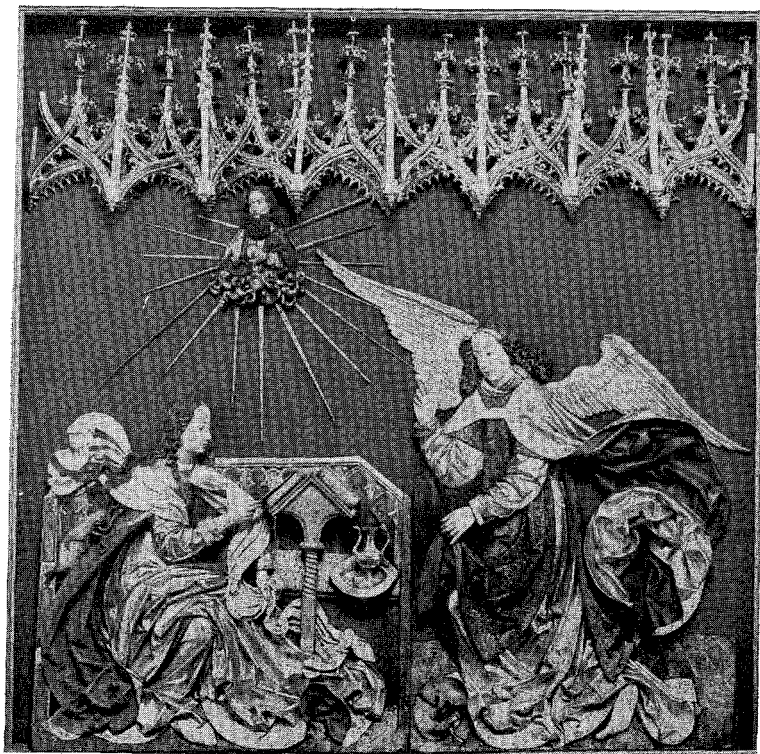
In quanto ai *medici esterni* al servizio della cooperazione ancora non ho trovato il modo di farli riflettere circa queste importanti questioni. Ma ai pochi parrocciani praticanti presento sempre nella Messa i documenti del Magistero riguardanti tali questioni: nel nostro foglio parrocchiale tratto di richiamare l'attenzione del lettore su questi problemi e l'insegnamento della Chiesa. Infine durante la Catechesi agli adulti che non sono più di tre o quattro tratto di queste

questioni delle quali già hanno sentito parlare.

— *Formazione dei pazienti.* Nel Centro di Riabilitazione della Nutrizione le madri che arrivano con i propri figli, ricevono una formazione di base per l'igiene e la cura dei bambini, che già non è poco, e contribuisce a farle scoprire la dignità della persona umana. Con un personale più numeroso e competente potremmo fare molto di più e meglio. Nei dispensari, tanto nei nostri come in quelli del Ministero della Sanità, i pazienti ricevono consigli circa il modo di trattare ed evitare le malattie, e devono possedere la cartella delle cure che permette di seguire l'evoluzione della malattia. In una parola, educazione all'igiene, profilassi, prevenzione materna ed infantile: ecco l'azione della Caritas senza riferirci alle cure ed alle vaccinazioni.

Concludendo devo segnalare che il nostro *Ministro della Sanità* è andato con uno dei miei amici due volte al Vaticano, che conosce Mons. Angelini e che sa della sua visita all'Oceano Indiano quest'anno.

JEAN PEAULT
Amministratore Apostolico
delle Comores



esperienze pastorali fra gli ammalati di AIDS in Ouagadougou - Burkina Faso

Sostituendo il Cappellano dell'Ospedale Civile di Ouagadougou — Burkina Faso — ho lavorato tra gli ammalati di quell'Ospedale e assistito pastoralmente ammalati di AIDS, sia a domicilio che in Ospedale.

Nell'unico Ospedale civile di Ouagadougou, capitale del Burkina Faso, nell'Africa Occidentale, gli ammalati vittime dell'AIDS soffrono e muoiono in numero sempre maggiore.

La maggior parte di queste persone condannate a morte per la sindrome da immunodeficienza umana sono giovani di età compresa da i 18 ai 25 anni — ragazzi e ragazze — e adulti sposati dai 30 ai 40 anni, uomini e donne.

In generale le vittime dell'AIDS si presentano nell'ospedale per il ricovero nella fase dichiarata della malattia. Gli infermi nel nostro contesto sociale hanno la tendenza a presentarsi nell'ospedale solo quando la loro situazione si è fatta grave o critica. Con molta frequenza ricorrono prima ai guaritori tradizionali, agli stregoni; effettivamente per molte persone l'ospedale è sinonimo di morte, non di vita; un luogo di disperazione, non di speranza. Quello che, fra l'altro, spiega il fatto che gli infermi, fra noi, aspettano fino all'ultimo momento prima di rivolgersi a formazioni sanitarie, sono le enormi distanze che li separano da queste strutture sanitarie — per lo più, scarse e mal provviste — e soprattutto la mancanza di mezzi finanziari per l'acquisto di medicinali, sistematicamente prescritti dal medico o dall'infermiere.

Non è raro sentire dagli ammalati o dei sani dire: « Perché andare all'Ospedale? Nessuna medicina! Nessuna cura! Nessuna ricetta! » E questa è la triste realtà. Molti infermi soffrono e languiscono per mancanza di medicinali e di cure. Per quell'infermo sarebbero stati necessari alcune fiale di penicillina per salvargli la vita; per quell'altro, alcune fiale di chinino avrebbero evitato la morte, curandogli la malaria. E vero che si fanno sforzi, però la situazione sanitaria continua ad essere allarmante.

Se menziono brevemente la situazione sanitaria nel Burkina, lo fanno per richiamare ancora di più l'attenzione circa la singolare e drammatica condizione degli

ammalati di AIDS in un medio sociale normalmente sprovvisto di cure mediche efficaci.

Gli ammalati di AIDS che ho assistito pastoralmente a domicilio e nell'Ospedale Civile del mio Paese, conoscono una situazione particolare dovuta, fra le altre cose, alla mancanza di medicinali e di mezzi per il trattamento delle complicazioni della infermità: le manifestazioni cliniche, le infezioni opportunistiche...

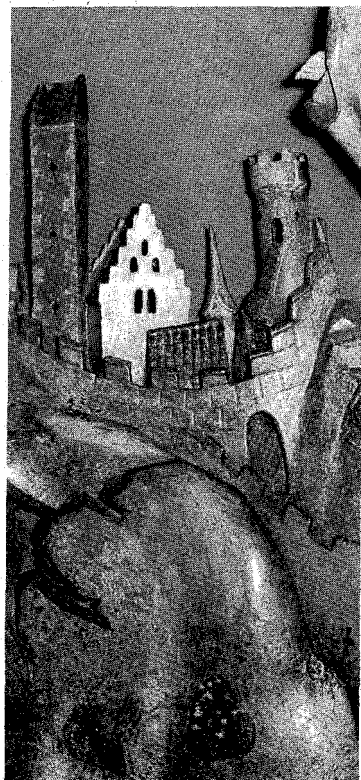
Gli ammalati di AIDS hanno in particolar modo bisogno della nostra fraterna attenzione, del nostro costante e fedele appoggio morale, psicologico, affettivo, spirituale e materiale; il personale incaricato della cura, la famiglia e

gli amici, e tutta la società sono chiamati seriamente a creare costruttivamente una solidarietà efficace per le persone affette dall'AIDS. Accanto agli ammalati vittime dell'AIDS e ospedalizzati in Ouagadougou, o che rimangono presso il loro domicilio, si da sempre la presenza affettiva di parenti e amici... il fenomeno dell'isolamento e dell'abbandono delle persone affette dall'AIDS non esiste tra noi. La sofferenza di queste persone è, in un certo modo, diviso e vissuto da chiunque li ami.

Agli infermi di AIDS ricoverati nell'Ospedale di Ouagadougou o che rimangono nelle loro case, procuriamo dargli una particolare attenzione, a loro e alle loro famiglie, messi di fronte tutti loro a sofferenze enormi, vissute nell'aspettativa della morte imminente; l'avvicinamento pastorale agli ammalati di AIDS e ai suoi parenti richiede competenza e conoscenza, tatto e sensibilità e capacità di compatire... In questa prospettiva, noi ci sforziamo di stabilire con gli uni e con gli altri il dialogo pastorale, privilegiando l'attitudine di ascolto e di discernimento, per conoscere e comprendere le situazioni, al fine di poter tentare di offrire una parola di consolazione e di speranza. Con i parenti e amici degli infermi che li accompagnano durante la permanenza nell'ospedale, organizziamo incontri di preghiera — per gli infermi — comunitaria nella cappella dell'ospedale. A questi incontri di preghiera intervengono anche gruppi carismatici che accorrono da diverse parrocchie della città.

Ai poveri infermi o sprovvisti di mezzi cerchiamo di aiutarli nel limite delle nostre possibilità. Con questo fine, il Padre Cappellano responsabile dell'Ospedale di Ouagadougou, mio fratello di religione, ha creato la *Pharmacie de la Fraernité* per aiutare gli infermi bisognosi. Attraverso il mondo intero, i nostri fratelli e sorelle vittime dell'AIDS e in lotta con la morte, ci chiamano alla compassione, alla solidarietà costruttiva e operante, ispirata e animata dall'amore, e alla maniera del Buon Samaritano.

P. FRANÇOIS SEDGO
Camilliano



il centro di formazione del personale della sanità (Yaoundé)

1. Natura del centro

Il Centro di Formazione del Personale della Sanità delle Missioni Cattoliche, fondato dalla Società Gesù Cristo, è riconosciuto dal Ministero della Sanità con il nome di Scuola Privata di Infermieri e di Aiuti Infermieri di Yaoundé.

Questo centro è un'opera della Chiesa con finalità non lucrative che fa parte del Servizio Cattolico della Sanità.

2. Finalità

Il Centro di Formazione ha per oggetto formare e riciclare Promotori della Sanità al livello di infermieri e aiuti infermieri con le loro diversità specialità (Laboratori, ginecologia, etc.) necessarie al buon funzionamento dei Centri di Sanità e Ospedali delle Missioni Cattoliche del Camerun.

Secondo i posti disponibili, il Centro di Formazione può accettare candidati dalle cliniche private, infermerie di imprese, e altri organismi, come il C.N.P.S., etc.

3. Obiettivi generali della formazione

La formazione del personale in materia di sanità è un'opera pastorale che deve rispondere alle direttive della Conferenza Nazionale Episcopale del Camerun, concordando con le norme emanate dal Ministero della Sanità.

Il Centro di Formazione ha per oggetto formare personale competente consapevole e responsabile atto a:

- Indirizzare la sua attuazione secondo lo spirito dell'insegnamento della Chiesa.

- Promuovere uomini e donne responsabili del suo sviluppo umano e spirituale sia dal punto di vista personale sia da quello familiare e comunitario.

All'interno di questo spirito i programmi degli studi e delle prove devono adeguarsi ai decreti ministeriali in modo che si raggiunga almeno le competenze tecniche determinate dal Ministero della Sanità.

Gli alunni saranno presentati secondo il livello di ognuno ai

concorsi organizzati dal Ministero della Sanità.

4. Obiettivi specifici del centro di formazione

Formare aiuti-medici, infermieri e ostetriche capaci di lavorare nei centri di sanità delle Missioni, molte volte lontani da centri di Medicina o Tecnica Superiore.

I nostri obiettivi si integrano nella descrizione dei ruoli di ogni categoria del personale secondo le direttive del Ministero della Sanità.

L'infermiere diplomato: È destinato a dirigere un Centro di Sanità Elementare, ossia che è responsabile delle cure primarie di sanità nei villaggi dei dintorni, dei comitati di sanità, degli agenti di sanità nelle campagne etc., oltre le consultazioni e le cure ai malati di patologie correnti. Deve poter scoprire gli indizi di complicazioni per poter ricorrere in tempo ad una persona più competente di lui.

L'infermiere diplomato ostetrico: È responsabile delle consultazioni pre e post-natali, dei parti fisiologicamente normali. Deve ricorrere a persona più competente quando si presenta un parto anormale. È responsabile nelle nostre missioni della educazione, della nutrizione nei villaggi, organizza e sorveglia gli P.M.I. nei villaggi.

L'aiuto-infermiere È l'elemento base delle cure di sanità primaria, educazione sanitaria, animazione etc. Inoltre l'aiuto infermiere per le cure generali a livello del centro di sanità, sceglie le cure elementari. Agisce sotto la responsabilità dell'infermiere capo. L'aiutante dei laboratori è atto a realizzare analisi elementari di laboratorio necessari per una buona diagnosi.

N.B.: Si studia la riapertura della sezione infermieri diplomati dello Stato.

5. Organizzazione

Il Centro di Formazione ha un'emittente a Tokombré per la formazione degli aiuti infermieri del Camerun del Nord.

- A Yaoundé il centro possiede un pensionato « Le Foyer » per le giovani che arrivano da lontano

hanno difficoltà a trovare alloggio nella città. Il regime del « Foyer » le cui modalità possono evolvere, è riconosciuto come parte integrante della formazione umana e cristiana che vuole dare il Centro.

L'insegnamento teorico e pratico si dà nell'edificio Scuola... gli esami di applicazione si fanno per tutta la sezione di Maternità, P.M.I. e Laboratorio, con priorità in maternità e P.M.I. private di Nkoldongo.

Le altre prove si effettuano prima nei Centri di Sanità e Ospedali delle Missioni Cattoliche e Ad Lucem, e per i servizi specializzati negli Ospedali e centri Pubblici.

6. Organizzazione finanziaria

6.1. Si appoggia su:

- un apporto finanziario locale che rappresenta circa il 35% delle risorse;

- Un apporto finanziario straniero che rappresenta circa il 63% delle risorse.

Questo apporto è costituito da:

- Una sovvenzione di funzioni che proviene dalle Fondazioni Raoul Follereau,

- Borse di studio provenienti da Misereor, Cebemo e Memisa.

6.2. Si deve osservare che MISE-REOR - CEBEMO - MEMISA concedono inoltre una borsa di sussistenza pari a 300.000 F. CFA per anno per ognuno dei 120 borsisti.

6.3. I donanti non continueranno ad aiutare la Scuola se non nella misura in cui la partecipazione locale vada in aumento, per arrivare progressivamente al 50% e più avanti al 100%.

Si sta studiando un progetto di creazione di un « Fondo Comune » alimentato dai Centri di Sanità delle Missioni Cattoliche.

Centro di formazione del personale medico delle missioni cattoliche. Yaoundé'

Chiesa e assistenza sanitaria in India

56

Salute e assistenza sono argomenti di fondamentale interesse per gli uomini e le donne di ogni nazionalità. L'assistenza ha sempre svolto un ruolo centrale nella missione della Chiesa. Questo documento è un tentativo di esaminare i vari sistemi sanitari in India e la presenza assistenziale della Chiesa.

Sebbene si sappia poco sul sistema sanitario dell'India antica, gli scavi archeologici indicano che gli antichi erano molto sensibili a questo problema: attorno al 1400 a.C. l'India fu invasa dagli ariani e cominciò ad affermarsi il sistema ayurveda. I due sistemi di origine esclusivamente indiana sono l'ayurveda e il siddha.

L'ayurveda è la scienza della vita ed è praticata in tutta l'India. Si dice che sia la scienza medica più antica oggi al mondo. Essendo una « conoscenza della vita », l'ayurveda consente all'individuo di prolungare la sua esistenza. Mira a rendere l'esistenza umana perfettamente bella, in grado di migliorarsi fino ad assurgere al divino. Nell'ayurveda la persona è considerata come un mondo a se e si cerca di individuare la sua costituzione psicosomatica. La terapia è suddivisa in otto branche che rispecchiano tutti i metodi, a loro volta raggruppati in tre categorie chiamate Kayacikitsa (medicina generale), salyatantra (chirurgia) e manasikakitsa (psichiatria). Questo sistema Indù è stato tramandato dall'antichità per la sua importanza a livello mondiale, soprattutto in chirurgia operativa, e per la ricchezza della sua « materia medica ». Susruta, il grande chirurgo, nel suo trattato medico illustra nei minimi particolari l'assoluta necessità di una scrupolosa igiene nella sala operatoria e degli strumenti, espone tecniche di taglio cesareo, di complicati interventi al cranio, di amputazioni, ed altre operazioni praticate originariamente in India.

Gli antichi studiosi Indiani furono anche i pionieri nel campo dell'anestesia: unguenti e polveri particolari rendevano il paziente insensibile al dolore. Susruta elenca più di settecento piante medicinali da usarsi nella terapia di molte malattie; per questo l'anticascienza medica indiana è stata davvero unica nel mondo.

Le ragioni dello sviluppo e del successivo rapido declino della scienza medica indiana nella cura del malato, vanno rintracciate nei concetti filosofici e religiosi che l'induismo è venuto elaborando, e cioè nella particolare attitudine dell'indiano alla sofferenza e nelle differenti concezioni dei medici indu sulle cause e le terapie delle varie malattie.

In comune con altri sistemi antichi, vi è una certa dose di magia, di molte malattie si credeva fossero causate da spiriti malefici. Ma nel periodo Brahmanico (800 — 50 a.C.) si osserva un profondo cambiamento nei credo e nella pratica della religione e della medicina. Caratteristica di questo periodo è proprio la pratica della medi-

cina da parte di sacerdoti-medici, che ha però causato, nel contempo, il sistema castale. Man mano che questo si rafforzava molte abitudini e pratiche superstiziose vennero imposte dal peso morto — del tradizionalismo. La speculazione filosofica che accompagnò l'ascesa del Brahmanismo condusse ad una concezione di Dio e dell'Universo che ha decisamente influito sul declino e la stagnazione della medicina.

L'affermarsi e la diffusione del Buddhismo ebbero una notevole influenza sulla medicina indiana. Questo periodo (500 a.C. — 200 d.C.) coincide con il momento più felice della medicina indiana. Le pratiche chirurgiche non poterono progredire perché il Buddhismo



vietava la vivisezione degli animali e la sezione del corpo umano; ma le altre branche della medicina, sotto la sua influenza umanitaria, fecero passi da gigante. Questo spirito del Buddhismo con la sua tolleranza e disponibilità ispirò la cura dei malati e dei sofferenti. Il comandamento *ahirsa* (non uccidere o ferire nessuna creatura vivente) non fu seguito solo in teoria. Tuttavia, con la ricomparsa, in India, del Brahmanismo, dovuta al declino dei Buddhisti, gli ospedali buddhisti scomparvero.

L'invasione Musulmana e la conquista dell'India nell'ottavo secolo dopo Cristo fu, per la medicina indiana, un altro fattore negativo. Gli invasori portarono con sé i medici e introdussero un sistema

conosciuto come « Unani — Tibb », le cui origini vanno ricercate nell'antica medicina greca. Gli arabi la svilupparono in un'elaborata scienza medica con un'accurata base scientifica. Questo sistema raggiunse il suo apogeo tra l'800 e il 1300 d.C. ed è stato sostenuto dai governanti, fino all'arrivo degli Inglesi. Nel corso del tempo il sistema ayurvedico e l'Unani — Tibb si sono influenzati reciprocamente.

Il *Siddha* è un altro sistema indigeno che ha molti elementi in comune con l'*Ayurveda*. Il *Siddha vaidyarn* (pratica medica) è un metodo esoterico, una tradizione sanitaria che si è trasmessa oralmente da professore a studente, di generazione in generazione sulla

base di procedimenti selettivi dei quali, chi viene fuori, conosce praticamente nulla.

Secondo i *Siddhas* l'uomo ha cinque forme corporali (*deha*), tre naturali e due soprannaturali. Il corpo naturale è formato da materia impura e deve quindi essere purificato, trasmutato, trasfigurato e fatto diventare un corpo vivente per l'eternità.

I *Siddha* credono anche nella metempsicosi, la morte non è altro che il rifiuto del vecchio corpo ed una tappa del processo di metempsicosi. L'obiettivo di ogni *Siddha* è raggiungere la salvezza (*mukti*).

L'origine del loro sistema medico è ancora segreta (*rahasya*). Anche oggi vi sono *Siddhas* che praticano questo tipo di medicina.

Sebbene non sia di origine indiana, né tantomeno antica, l'omeopatia è considerata in India un sistema sanitario indigeno. Arrivò alle coste occidentali dell'India nel 1834 attraverso i missionari e, più tardi, nel Bengala grazie a dei geologi tedeschi. Pur essendo praticata in molti altri paesi, l'India sostiene di essere il paese con il maggior numero di persone che ricorrono a questa forma di medicina.

Il moderno sistema sanitario indiano è quello allopatrico occidentale, che fu introdotto nell'India sud-occidentale dai Portoghesi ai primi anni del XVI secolo, e che fu diffuso dai medici della Compagnia delle Indie Orientali (XVII secolo) e dai missionari europei. Poco prima del XIX secolo vennero costruiti ospedali allopatrici nelle città di Calcutta, Madras, Bombay. Il governo britannico adottò un atteggiamento di indifferenza verso i sistemi indigeni « non moderni » e « non scientifici »; l'appoggio a questi sistemi venne gradualmente ritirato. L'enfasi della politica sanitaria coloniale fu posta sulla costruzione di ospedali nelle città dell'India, i capi dell'India indipendente estesero, nel paese, il modello sanitario inglese, senza procedere a cambiamenti radicali nella loro politica sanitaria; furono così assicurate le esigenze sanitarie fondamentali per la popolazione.

E solo da poco più di un centinaio di anni che la Chiesa, in India, ha cominciato a prestare attenzione ai problemi sanitari ed ha avviato diverse istituzioni e programmi



sanitari. Le Chiese Cattolica e Protestante hanno in India un sistema di assistenza sanitaria ben organizzato; esse svolgono il loro apostolato con mezzi istituzionali e non, con attrezzature mediche e non. La maggior parte delle istituzioni fanno capo all'Associazione Indiana dei Medici Cattolici (CMAI), alla Federazione Indiana degli Ospedali Cattolici (CHAI) e all'Associazione Indiana dei Volontari Sanitari (VHAI).

La sola Chiesa cattolica tra ospedali, farmacie, lebbrosari, case per gli anziani e i disabili, orfanotrofi e centri per la promozione umana ha più di tremila istituzioni sanitarie in tutto il paese. Per preparare il personale esiste un apposito Istituto universitario (St. John's Medical College of Bangalore), più di cento centri per la formazione di infermieri e personale paramedico. La Chiesa protestante ha due colleges, molte scuole per il personale, ospedali e un gran numero di centri e di comunità. Inoltre, centri come ambulatori, scuole di educazione sanitaria e pianificazione familiare sono a carico della Chiesa indiana. Vi è anche una cooperazione ad un certo livello tra la Chiesa e il governo per migliorare le condizioni sanitarie della gente. Il CHAI, la Federazione delle Infermiere Cattoliche, L'Associazione dei Medici Cattolici e l'Associazione della Pianificazione Familiare Naturale sono organizzazioni a livello nazionale della Chiesa Cattolica, direttamente coinvolte nel settore sanitario. La mole di lavoro svolta dalla Chiesa è enorme; il servizio reso è di gran lunga superiore a quello dei privati e delle altre organizzazioni di volontari.

Nonostante i notevoli risultati conseguiti nel campo della salute, ai quali la Chiesa ha decisamente contribuito, il sistema sanitario indiano presenta ancoradelle considerevoli lacune. Nel paese sono ancora molto diffuse malattie evitabili come il tetano, la Polio, la tubercolosi, la cecità, la lebbra, la goitre, il verme della Guinea, ecc.

Nei servizi resi alle varie popolazioni permangono vari squilibri territoriali e qualitativi; in linea di massima, gli attuali servizi sono improntati sul sistema medico — occidentale. L'approccio è orientato sulla malattia più che sulla persona; la medicina preventiva,



promozionale, riabilitativa, sociale, educativa e spirituale sono quasi rifiutate; le medicine indigene non sono nemmeno riconosciute nell'attuale sistema; molti professionisti con la loro preparazione « occidentale » sono distaccati dall'uomo comune e si comportano come membri di una classe superiore, rendendo il servizio sanitario un'« industria ».

I limiti e le inadeguatezze del sistema esistente richiedono, in India, un ripensamento e un aggiornamento dell'apostolato sanitario cattolico. La Chiesa è chiamata a fronteggiare una nuova sfida: dovrebbe reindirizzare le attività sanitarie, dando la priorità alle vere necessità della popolazione. Di questo nuovo programma educativo sanitario dovrebbe far parte una formazione etica e lungimirante dei medici e del personale. Abbiamo bisogno di un ambiente sano per avere una vita sana; la Chiesa deve risvegliare tra la gente una coscienza ecologica, attraverso l'educazione e la testimonianza. L'emergere di centri di salute primaria basati sulle comunità è un segno positivo; seppur tardi c'è un risveglio della Chiesa indiana dell'approccio non medico in campo sanitario. la preghiera, l'impegno carismatico e la medicina dell'anima, l'assistenza pastorale, ... sono alcuni degli strumenti non medici che promuovono la salute, la guarigione e l'assistenza integrale nella Chiesa, negli ospedali e nelle comunità.

La Chiesa indiana che si occupa della salute si ispira ad una testimonianza cristiana unitaria; uno spirito di ecumenismo e di amore cristiano consente alla Chiesa di sostenere insieme dure fatiche per il buon fine della missione. La Chiesa va addirittura oltre l'approccio ecumenico e lavora in collaborazione con altre associazioni di volontari senza tener conto delle caste di appartenenza.

La presenza della Chiesa in India diviene una realtà se le sue forze preziose e sananti si muovono nella direzione della promozione, del benessere fisico, psichico, sociale e spirituale degli individui e delle comunità.

THOMAS SEBASTIAN
PANACHICKAVAYALIL
ofm cap.

attività del Pontificio Consiglio



discorsi
cronache degli incontri

il sacerdote è chiamato a portare ai malati la simpatia del Salvatore

Intervento di S.E. Mons.
Fiorenzo Angelini Presidente del
Pontificio Consiglio della
Pastorale per gli Operatori
Sanitari nella VIII Assemblea del
Sinodo dei Vescovi, 8 ottobre
1990

1. Pur prendendo atto che l'*Instrumentum laboris*, ai paragrafi 2, 3, 21, 45, 47 e 56, ha recepito alcuni suggerimenti a suo tempo inviati dal Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, mi pare che in esso restino vagamente espresse sia la nozione teologica di pastorale sanitaria sia l'importanza e l'urgenza che questa venga recuperata specie nella formazione dei candidati al sacerdozio e in quella permanente del Clero.

2. Numerosi interventi del magistero della Chiesa — anche se non citati dalla *Notae dell'Instrumentum laboris*² — indicano che la pastorale sanitaria, cioè la sollecitudine operativa e spirituale per chi soffre, è « parte integrante della missione della Chiesa »³ Giovanni Paolo II, nel suo magistero e ministero, ha in vari modi affermato che « l'uomo è la via della Chiesa »⁴ e che lo è « in modo speciale »⁵ quando è provato dalla sofferenza. Ha dichiarato poi 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 »⁶. Anzi, « nella sollecitudine del Redentore verso i malati — a ribadito il Santo Padre — la Chiesa vede l'esempio normativo della propria condotta »⁷.

3. La pastorale, dunque, senza la componente sanitaria che riguarda anche la cura spirituale di tutti gli Operatori sanitari è monca, perché priva di quel carisma che Gesù, medico delle anime e dei corpi, per primo privilegiò nella sua azione

redentrice e sanante. La conferma teologica è rigorosa. Se Cristo, per attuare la salvezza, ha assunto la condizione degli ultimi, soffrendo fino alla morte in croce, il sacerdote, continuatore dell'opera di Cristo, ha il dovere, per vocazione, di incontrare l'umanità là dove Cristo l'ha avvicinata, cioè nella sofferenza. Questa e non altra è la via della salvezza.

4. Quanto alla parte che la pastorale sanitaria deve avere nella formazione sacerdotale, è illuminante l'intero discorso pronunciato domenica 12 agosto 1990, all'*Angelus*, da Giovanni Paolo II, con esplicito e diretto riferimento al Sinodo. « Tra i compiti del ministero sacerdotale — ha detto il Santo Padre — è la visita ai malati, che ad essi reca conforto morale, spirituale, per aiutarli a sopportare la prova della malattia e a superarla. In vista del prossimo Sinodo vogliamo riflettere brevemente anche sulla formazione destinata a rendere i sacerdoti atti a svolgere questo compito »⁸. E aggiungeva: « Il sacerdote è chiamato a seguire l'esempio di Cristo e a portare ai malati la simpatia del Salvatore »⁹, riconoscendo in essi « la presenza di Cristo... nella prospettiva della salvezza »¹⁰. È chiara, da queste parole, la nozione esatta di visita ai malati.

5. Mi auguro che nessuno sia tentato di considerare queste affermazioni, soprattutto per la verità teologica che racchiudono, come convenzionali e di maniera, quasi non fossero, invece, normative e riconducibili ai problemi più gravi della crisi di vocazioni, della « Ratio studiorum » o, comunque, della formazione umana, culturale, teologica e spirituale degli aspiranti al sacerdozio. Ritengo, invece, che il motivo di fondo della pericolosa e superficiale valutazione della pastorale sanitaria discenda dal seguente triplice equivoco: — non è vero, come si presume, che tutti i sacerdoti esercitino la pastorale sanitaria o l'assistenza spirituale agli infermi; anzi, troppo spesso sono dimenticati gli stessi confratelli infermi; — non è vero che coloro che la esercitano, lo sappiano fare adeguatamente; — non è vero, infine, che l'esercizio di questo aspetto della pastorale di insieme sia cosa facile.

6. Non è vero che tutti i sacerdoti esercitino la pastorale sanitaria. Generalmente sono i sacerdoti religiosi a praticarla.

Ci sono regioni e diocesi, anche in Paesi a maggioranza cattolica, dove molti luoghi di ricovero e di cura mancano del tutto o quasi della presenza di sacerdoti, religiosi e religiose. Anzi, è sintomatico e triste che tra i primi ambienti a risentire negativamente del calo di vocazioni siano stati proprio gli ospedali, quando essi, invece, avrebbero dovuto considerarsi una priorità pastorale.

7. Non è vero, poi, che quanti esercitano la pastorale sanitaria lo sappiano fare né che essa sia compito facile da assolvere senza preparazione e tirocinio pratico. Molti seminari, nei cicli formativi, ignorano la pastorale sanitaria, assente anche tra le materie di molte Università cattoliche, Atenei e Facoltà di teologia. Sin dagli anni della formazione in seminario si dovrebbero tenere corsi particolari da parte di esperti nel servizio agli infermi, con partecipazione attiva all'amministrazione dei Sacramenti, alla catechesi, alle azioni liturgiche per l'assistenza morale ed anche infermieristica, come in altre forme proprie del volontariato dei laici. Per i giovani aspiranti al sacerdozio, tale esperienza diventa una efficace scuola di vita: li rafforza nei valori spirituali, li conferma nella vocazione ricevuta e accolta. La pastorale sanitaria è anche mezzo straordinario per sostenere umanamente ed asceticamente il sacerdozio, raggiunto ed esercitato in stretta similitudine analogica con quello di Cristo.

8. La creazione a Roma dell'Istituto pastorale « Camillianum » per il conferimento dei gradi accademici in teologia pastorale sanitaria; il fatto che presso la Pontificia Università Lateranense il Corso di studio di Pastorale Sanitaria abbia assunto da quest'anno la stabilità giuridica di Corso permanente nel programma generale dell'Istituto di Pastorale della stessa Università, in virtù di una speciale Fondazione « in perpetuum » da parte del Dicastero della Pastorale per gli Operatori sanitari, sono indicativi della linea da seguire. Iniziative analoghe dovrebbero entrare nei Piani nazionali per le vocazioni e nella

programmazione pastorale della diocesi."

9. Non si dimentichi che l'ospedale è il tempio più grande e più frequentato del mondo e che i malati riuniscono l'assemblea ecclesiale più vasta. La malattia, la sofferenza sono l'unica porta alla quale si affollano tutte le creature umane senza eccezione. A ricevere l'uomo sulla soglia di questa porta non può essere soltanto Cristo, ma siamo anche noi sacerdoti e quanti aspirano a continuare, nel sacerdozio, la missione sanante di Gesù. A questa missione bisogna essere formati, non genericamente, ma con rigore e con specifico tirocinio. Su questo tema, non basta essere riuniti, bisogna essere uniti.

10. Mi sia consentito inviare un affettuoso saluto a tutti i Vescovi e sacerdoti malati sparsi nel mondo. Essi sono spiritualmente tra noi in quest'Aula sinodale. Il loro apostolato della sofferenza nel corpo e

nello spirito, è certamente vigorosa invocazione a Cristo, eterno Sacerdote, « ut mittat operarios in messem suam » (Mt 9,38).

¹ Synodus Episcoporum. VIII Coetus Generalis Ordinarius. *De Sacerdotibus formandis in hodiernis adiunctis. Instrumentum laboris*. Città del Vaticano, 1990. Si riconosce il diritto alla salute come diritto umano fondamentale (par. 2); si afferma che la Chiesa è interpellata sia dai fenomeni della droga e di altre forme di alienazione, sia dalle questioni poste dalla Bioetica in merito all'assistenza agli handicappati e ai malati terminali, sia dai progressi compiuti dalla scienza e dalla tecnica nel campo della biogenetica, della manipolazione dei geni, dell'energia nucleare (par.3); che la spiritualità sacerdotale è impegno a imitare Cristo che « passò beneficiando e sanando tutti » (par.21); si prende atto che la pastorale sanitaria ha assunto dimensioni nuove che richiedono adeguata preparazione e formazione (par.45); formazione che implica conoscenza

interdisciplinare e tirocinio pastorale pratico (par.47); si afferma che la pastorale sanitaria deve essere oggetto anche della formazione permanente del Clero (par. 56).

² *Zbidem*, p. 124-125

³ Motu proprio *Dolentium hominum* (11 febbraio 1985), 1.

⁴ Lettera enciclica *Redemptor hominis*, 10; cf. 14.

⁵ Lettera apostolica *Salvifici doloris* (11 febbraio 1984), 3.

⁶ Esortazione apostolica *Christifideles, laici*, 38.

GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai malati e al personale dell'arcispedale Sant'Anna di Ferrara (domenica 23 Settembre 1990). Cf. *L'Osservatore Romano*, 24 - 25 Settembre 1990.

⁸ Cf. *L'Osservatore Romano*, 13 - 14 Agosto 1990.

⁹ *Ibidem*.

¹⁰ *Ibidem*.

¹¹ Alcune proposte al riguardo sono state avanzate e discusse nel corso della Prima Assemblea Plenaria del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli operatori sanitari (Roma, 9-11 febbraio 1990). Cf. Pontificium Consilium De Apostolatu Pro Valetudinis Administris. *Generalis Conventus Acta*. Pro Manuscripto, Romae 1990, p. 46.50.



la formazione etica degli operatori sanitari

*(Il testo seguente è stato letto da
S.E. Mons. Boutros Gemayel,
capo della Delegazione della
Santa Sede, durante la IV
Conferenza dei Ministri della
Sanità dell'Europa. Nicosia
(Cipro), 18-19 ottobre 1990)*

Ringrazio dell'opportunità offertami di richiamare, sia pure brevemente, il pensiero della Chiesa cattolica sulla formazione etica degli Operatori sanitari, e di confermare la volontà della Santa Sede di collaborare costruttivamente allo studio e alla soluzione dei molti e gravi problemi di ordine etico e morale posti dalle nuove e molteplici acquisizioni della scienza e della tecnica nel campo della sanità e della salute.

La Chiesa cattolica, sin dalle sue origini e nel corso dei secoli, ha sempre guardato con priorità operativa ai problemi della sanità e della salute. Per tale motivo, l'esperienza maturata nella Chiesa attraverso le sue istituzioni sanitarie, costituisce un prezioso patrimonio che tutti le riconoscono. Ritengo, quindi, opportuno, preliminarmente, liberare il campo da due diffusi pregiudizi.

In primo luogo: la posizione della Chiesa di fronte ai problemi etici più gravi che si pongono nel campo della ricerca, della scienza e della prassi mediche, non consiste in una serie di no, ma guarda a questi problemi con atteggiamento di costruttiva cooperazione, sia pure nel rispetto di alcuni principi morali irrinunciabili.

In secondo luogo, la Chiesa cattolica — come dimostrano numerosi documenti e molteplici iniziative — ha sempre avuto ed ha la massima cura che siano rispettate le leggi immutabili della natura per ciò che attiene all'origine della vita e alla sua qualità, dal concepimento al suo naturale epilogo. La Chiesa, infatti, riconosce nelle leggi naturali un disegno divino indirizzato a portare tutto l'uomo e tutti gli uomini a quella condizione di salute fisica, psichica e spirituale che esalta la stessa natura umana e soddisfa le sue più vere e profonde esigenze.

Questa premessa giustifica e rafforza due elementi che ritengo fondamentali: la necessità che gli operatori sanitari, a tutti i livelli, dal più eminente ricercatore al paramedico volontario e a chi svolge ruoli amministrativi, abbiano

una formazione etica, tanto più urgente in una società che, pur essendo sempre più interdipendente, conosce e rispetta una pluralità di culture, di ideologie, di sistemi politici ecc. In secondo luogo, deve essere possibile trovare un punto di incontro su alcuni punti comuni, rinunciando ai quali non sarebbe possibile né parlare di etica né di formazione etica degli operatori sanitari.

La necessità che gli operatori sanitari, a tutti i livelli, abbiano una formazione etica di base e costantemente aggiornata si dimostra da sola.

La provvidenziale e crescente socializzazione della medicina mette i responsabili della sanità e della salute di fronte a problemi di scelte prioritarie; non solo, ma all'interno di queste, esiste una scala di valori che necessariamente devono trovare un punto di riferimento. La medicina avvicina l'uomo nella sua condizione di maggior bisogno; è quindi necessario che l'operatore sanitario abbia quella preparazione umana capace di integrare la professionalità con l'apporto della sensibilità, dello spirito di solidarietà e di partecipazione, anche perché tutti, di fatto o potenzialmente, siamo bisognosi o destinatari dell'aiuto che la medicina e l'assistenza medica possono offrire.

Tuttavia, la necessità e l'urgenza di questa formazione etica si fanno più evidenti se si considerano gli elementi di fondo che devono essere oggetto di questa formazione. Orbene, la medicina è nata, si è sviluppata, ha un senso in quanto è servizio all'uomo, a tutto l'uomo e a tutti gli uomini. La medicina è per la vita e per sua la qualità. Non solo, ma della vita essa difende e promuove i suoi momenti essenziali.

Ne deriva che il presupposto, il nucleo della formazione etica dell'operatore sanitario è l'accettazione del principio che la vita umana e la dignità della persona umana sono valori ai quali ogni altro deve essere subordinato. Nessuna ricerca medica, nessuna sperimentazione lecita, nessuna conquista valida possono comportare la strumentalizzazione della vita e della persona umana.

Uno degli aspetti più sorprendenti del nostro tempo è costituito da alcune stridenti contraddizioni: mentre la scienza ha ridotto a percentuali minime la mortalità infantile, le leggi di gran parte degli stati del mondo legittimano l'aborto provocato; mentre si arriva ad una prassi talvolta esasperata dell'accanimento terapeutico per rinviare il più possibile la morte dell'individuo, si difende l'introduzione legale dell'eutanasia; mentre tutto il mondo è impegnato nella

prevenzione della pandemia dell'Aids, si vorrebbe giustificare la emarginazione di coloro che sono già condannati da questa malattia.

La Chiesa, per la fede che la guida, riconosce un valore costruttivo anche alla sofferenza. Tuttavia, se in questo campo può capitare la difficoltà di accettare tale interpretazione, essa è convinta che sulla sola base razionale sia possibile, dai più diversi versanti ideologici, incontrarsi sul principio del riconoscimento del diritto umano fondamentale alla vita. Diritto dal quale discende una prima conclusione immediata: se la vita è il primo dei diritti umani fondamentali, non si può parlare di qualità della vita ipotizzandone la soppressione. In altri termini, la prima prerogativa della qualità della vita è di essere vissuta sia pure in condizioni di fragilità, di debolezza e di infermità. Ogni criterio discrezionale introdotto all'interno di questo principio sarebbe devastante, come hanno dimostrato recenti e tragiche esperienze.

La Chiesa, quindi, offre tutto il suo appoggio alla formazione etica degli operatori sanitari, richiamandosi tuttavia ai principi fondamentali, già impliciti nel giuramento di Ippocrate.

Sul piano dell'applicazione concreta, come nel caso della costituzione dei comitati di etica, si potranno avere problemi di adattamento alla diversità delle culture, delle aree geografiche, delle tradizioni religiose e culturali. L'importante è che insieme ci si muova dall'accettazione di un principio comune: la difesa e la promozione della vita e della dignità della persona umana suo concepimento al suo naturale tramonto. A questo principio deve ispirarsi innanzitutto la formazione etica degli operatori sanitari.

✠ FIORENZO ANGELINI

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

valori etici e spirituali per un sano stile di vita

*Conferenza di S.E. Mons.
Fiorenzo Angelini a Leningrado,
il giorno 12 dicembre 1990,
durante la conferenza
internazionale sul tema « sfile di
vita sana » promossa dal
ministero della sanità e
dall'istituto superiore di studi
medici di Leningrado*

È certamente significativo che a questa conferenza internazionale dedicata al tema di un sano stile di vita sia rappresentata la chiesa cattolica che, in rigorosa fedeltà al mandato del suo fondatore, considera la salute fisica, psichica e spirituale come valore primario, diritto umano fondamentale, condizione irrinunciabile per il pieno esprimersi della vita e della dignità della persona umana.

Sono trascorsi soltanto pochi mesi da quando, in questa stessa città e in questa sede, ebbi occasione di proficui incontri che permisero di rilevare una notevole convergenza sui temi della umanizzazione della medicina e della idonea preparazione etica degli operatori sanitari.

Proprio in questi giorni la popolazione di questo Paese celebra la sua festività invernale, mettendo ulteriormente in evidenza come un sano stile di vita abbracci una concezione della salute che non considera l'uomo soltanto nella sua realtà fisica, bensì nella sua totalità corporea e spirituale, l'una e l'altra nel contesto di una cultura, di tradizioni, di espressioni artistiche e di aspirazioni che devono spingere anche la scienza medica ad interrogarsi sul rapporto che essa è chiamata ad avere con questi valori. E rappresenta certamente una grande lezione per tutta l'umanità che nel corso dei due incontri, avvenuti in meno di un anno, tra il Santo Padre Giovanni Paolo II e il Signor Presidente dell'Unione Sovietica Michail Gorbaciov, il richiamo comune sia stato ai valori dello spirito.

Se oggi, con crescente insistenza, si associa il concetto di salute a quello di un sano stile di vita, è perché si riconosce, almeno implicitamente, che lo stile di vita, va oltre l'ambito strettamente medico. A sua volta, tuttavia, sia la medicina preventiva, sia quella diagnostica, terapeutica e riabilitativa esigono, nella loro pratica attuazione, il concorso di fattori che, insieme, configurano quello che chiamiamo stile di vita.

Come vuole, però, la stessa espressione, il valore primario richiamato è quello di « vita ». La vita costituisce il fondamento, la radice di ogni altro valore, non avendo senso neppure il parlare di valori umani se essi non trovano riscontro in un rigoroso impegno di difesa e di promozione della vita, di tutta la vita e della vita di ciascuna persona umana.

La medicina, per definizione, è chiamata a servire la vita. Quale vita?

La Chiesa ha certamente una sua precisa concezione della vita umana: una concezione che non tutti condividono pienamente, ma credo di poter affermare che proprio nel concetto di vita difeso dalla Chiesa si ha il massimo punto di incontro e di dialogo, poichè l'umanità, indipendentemente da ideologie, fedi religiose, condizioni sociali, tradizioni culturali, è unanime nell'amare la vita e nel cercarne la difesa e la promozione.

Di questa verità ho trovato conferma nei molti anni dedicati alla pastorale sanitaria. Soprattutto da quando ho la responsabilità del dicastero pontificio per la pastorale degli operatori sanitari, ho toccato con mano come nessun terreno di incontro per la Chiesa stessa sia tanto aperto e disponibile come quello dei temi e dei problemi della sanità e della salute.

Come, peraltro, è stato affermato da un recente documento vaticano (Congregazione per la dottrina della Fede, Istruzione sul rispetto della vita umana nascente e sulla dignità della procreazione, 22 febbraio 1978, n.2), non si può rivendicare una neutralità della ricerca scientifica e delle sue applicazioni.

Non solo, ma i criteri di orientamento non possono essere desunti dalla semplice efficienza tecnica, dalla utilità che possono recare ad alcuni a danno di altri e, peggio ancora, dalle ideologie dominanti.

Scienza e tecnica, anche in medicina, esigono il rispetto di alcuni criteri etici fondamentali, il primo dei quali è il rispetto della vita, la sua difesa e la sua promozione, dal suo nascere, al suo crescere armonico, al suo naturale tramonto.

Da questo presupposto discendono due importanti conclusioni, che la tradizione cristiana e la Chiesa cattolica considerano normative del proprio atteggiamento.

La prima è questa: il principio etico della piena e indiscriminata difesa della vita non è riduttivo della libertà della ricerca scientifica. Anzi, come ha ricordato Giovanni Paolo II alcune settimane fa, nel corso della V Conferenza internazionale promossa dal Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori sanitari e dedicata al tema della mente umana, la scien-

za, come ricerca e come applicazione, trova in una visione elevata della vita un motivo in più per allargare il suo campo di lavoro.

Ma vorrei dire di più. Il nostro tempo, forse per la prima volta nella storia dell'umanità, sta dimostrando fino alla evidenza che se la scienza e la tecnica non sono guidate da precisi criteri etici — primo tra i quali quello della difesa e della promozione della vita — esse possono sfuggire allo stesso controllo dell'uomo che ne è l'artefice.

La seconda conclusione non è meno importante della prima, ed è la seguente: l'uomo, quale ne sia la condizione fisica o psichica, mai può essere assunto a strumento di un servizio che ha per destinatario l'uomo. E superfluo ricordare a quali aberrazioni possa portare ogni forma di strumentalizzazione della vita umana. E credo si convenga sulla nobiltà e la rilevanza della intuizione formulata da Giovanni Paolo II in un recente documento nel quale afferma che la Chiesa, per la parte che le compete, è chiamata a esprimere un momento fondamentale della sua missione proprio nell'attenzione ai più deboli e a tutti coloro che soffrono.

Il concetto di umanizzazione della medicina, cioè di una scienza e di una prassi mediche attente all'uomo nella sua individualità personale irripetibile ha un senso soltanto se si richiama a valori umani che abbracciano anche la sfera dello spirito.

Un sano stile di vita richiede l'accettazione di questi valori e, dove sono trascurati, dimenticati o combattuti, il loro pieno recupero. Soltanto con il riferimento a questi valori lo stile di vita diventa sano, cioè ordinato a difendere, ad arricchire, a trasmettere, ad affermare e a celebrare la vita.

Mi sia, comunque, consentita una duplice considerazione che vedo presa in esame dai temi stessi di questa conferenza. Mi spinge ad essa l'esperienza di tanti anni condotta nel campo della sanità e della salute in ogni parte del mondo.

Sono convinto, e non potrei non esserlo, che nessun aspetto della condizione umana è tanto universale ed aggregante come quello che si riassume nella domanda di salute nel suo significato integrale. La scienza medica, quindi, come ricerca e come prassi, è quella più vicina all'uomo ed al maggior numero di persone umane. Ne consegue che la medicina è chiamata in prima persona a farsi promotrice di un sano stile di vita, anche se con la qualifica di « sano » intendiamo non soltanto ciò che attiene alla condizione fisica dell'uomo, ma a tutta la sua realtà vissuta.

Nessuna categoria, al pari di quella degli Operatori sanitari,

sperimenta quotidianamente lo strettissimo rapporto tra la salute e sano stile di vita; tra stile di vita ed accettazione ed affermazione di alcuni valori etici e spirituali.

Da questa consapevolezza quasi obbligata deriva un dovere di cui la stessa vostra città, con il suo prestigioso Istituto di Medicina per i post-graduati (Institute of Advanced Medical Studies), è testimone e promotrice. Mi riferisco al dovere di una solida formazione etica e professionale degli operatori sanitari. Se la medicina non può prescindere dalla Bioetica, questa non può andare dissociata dalla medicina.

Senza questa idonea preparazione degli Operatori sanitari non può essere portata avanti una seria politica per promuovere un sano stile di vita.

Il nostro tempo è testimone di un fenomeno contraddittorio. Mentre, da una parte, va affermandosi sempre di più il carattere interdis-

plinare delle scienze in generale e all'interno delle molte branche della medicina, dall'altra la frammentazione delle discipline e dei compiti degli operatori sanitari portano a smarrire la necessaria visione di insieme. Può accadere, quindi, che ciascun operatore sanitario consideri non proprio o reputi delegabile dovere di formare ed educare ad un sano stile di vita. Non è e non può essere così.

Un sano stile di vita richiede un codice comportamentale che riconosca alcuni valori etici e spirituali irrinunciabili. Si potrà discutere sulla formulazione la più aperta possibile di questi valori, ma non sulla loro consistenza ed importanza.

Tuttavia, una serie di valori fa riferimento ad una gerarchia interna dei medesimi. Ebbene, io sono convinto — sulla base di tutta la tradizione dottrinale cristiana e dell'insegnamento vigorosamente e, ormai, quotidianamente ribadito

dalla Chiesa — che se al vertice di questa scala di valori è posta la vita, nella sua più ricca accezione, ne deriveranno una serie di direttive che potranno raccogliere il più largo consenso.

E con questo spirito che la Chiesa chiede ed offre la propria cooperazione, consapevole che il tempo a disposizione per un impegno globale per promuovere un sano stile di vita è stretto e non consente dilazioni.

Il mondo della medicina, proprio perché così vicino all'uomo e a tutti gli uomini, insieme ad una grande responsabilità, detiene anche un efficace potere promozionale, che è chiamato ad esercitare con autorevole tempestività.

Il dicastero pontificio che ho l'onore di presiedere sarà vicino a tutte le iniziative rivolte a favorire la coscienza e l'affermazione di un sano stile di vita, condizione e garanzia, di quella piena salute che della vita è scopo e sintesi.

Chiesa e salute nel mondo

Conferenza tenuta dal Padre José L. Redrado nella XV riunione nazionale dei Delegati diocesani della Pastorale Sanitaria di Spagna

Madrid I - 4 ottobre 1990

I. Realtà principali nel campo della salute e presenza della Chiesa

1. Il campo della salute

Inizio questa relazione con un titolo ed un testo che già sette anni fa presentò la nostra rivista « Labor Hospitalaria »:¹ « Presencia de los enfermos en el Sínodo de obispos »; era l'anno 1983; il Sínodo trattava della « Riconciliazione ». L'allora Generale dell'Ordine di San Giovanni di Dio, Fr. Pierluigi Marchesi fu nominato dal Papa « Uditore » e in virtù di questa nomina assistette all'Assemblea e preparò un discorso e un documento circa la « Riconciliazione nel campo sanitario ». Ecco alcune espressioni dirette ai PP. Sinodali: « Noialtri che per mandato della Chiesa e dei nostri Fondatori stiamo vicini agli infermi, dobbiamo evidenziare un sentimento di impotenza e di irrilevanza per quello che possiamo offrire.

Sembra, molte volte, che questo non interessi a nessuno.

Per l'anno 2000 lo slogan e il programma della Organizzazione Mondiale della Sanità è: salute per tutti.²

L'utopia del gran progresso illimitato è dura a morire. Però è un fatto: l'attenzione degli uomini più responsabili si concentra oggi sul problema della salute, la salute per tutti è possibile, però la realtà è in evidente contraddizione con il programma.

- 46.000.000 di morti ogni anno.
- Quasi un miliardo di persone si trovano chiuse nel circolo vizioso della povertà, della denutrizione e dell'infermità.
- In molti paesi in via di sviluppo il tasso di mortalità infantile è dal 100 al 200 per mille.
- La maggior parte dei decessi che si registrano in molti paesi in via di sviluppo sono prodotti da infezioni e da malattie parassitarie.

- Circa 850 milioni di persone vivono in zone di paludismo e altri 250 milioni in zone dove non si applicano ancora mezzi attivi di cura.

- Solamente nell'Africa tropicale muoiono tutti gli anni di malaria un milione di bambini.

- 200 milioni di persone sono infestate da schistosomiasi.

Non pretendiamo qui di ricordare i tragici squilibri della distribuzione del personale e dei centri ospedalieri.

Oggi abbiamo, per vari motivi, una medicina disumanizzata.

Una lenta emorragia di spirito ha vuotato la professione medica e infermieristica anche degli ideali filantropici che erano l'orgoglio della medicina ippocratica. Medicina più efficiente però più distante dalle necessità dell'uomo.

Sarebbe sufficiente ricordare come si muore oggi: provvisti di flebo, di cannule e di respiratori, però privati di tutti i contatti amichevoli, senza una mano che stringa la mano moribonda. In questo quadro crudele ma realista, la Chiesa deve fare arrivare la voce ».

La tabella 1 che presentiamo è una conferma di quanto andiamo dicendo sulla problematica della salute.³

Sono passati dieci anni; gli sforzi in favore della salute sono stati, senza dubbio, numerosi; le strategie segnalate a suo tempo dalla OMS hanno messo allo stesso tempo in rilievo questa volontà degli Stati, ma è un programma lento, come ce lo dimostra il « Bilancio OMS 1989 » realizzato sulle malattie tropicali. Siamo ancora alle stesse cifre che abbiamo indicato per gli stessi problemi.⁴

2. Dati della Chiesa sulla sua presenza nel campo sanitario

Fonte: Ecclesiae Instituta Valedudini Fovendae Toto Orbe Terrarum INDEX (Rivisto e ampliato)

(E Civitate Vaticana: Pontificia Commissio de Apostolatu pro Valedudinis Administris, 11 februarii 1986) - Revisione e ampliamento 1989.

Totale 20.436 strutture sanitarie della chiesa nel mondo.

A) Lettura dei dati anteriori (Tabella 2)

1. Fino al mese di giugno 1989 sono stati registrati, in tutto il mondo, 20.436 strutture sanitarie nelle quali la Chiesa è presente.

2. L'INDEX (volume 1) si arricchisce, per tanto, di circa 9000 riferimenti nuovi in relazione alla sua prima edizione (il che suppone un aumento del 79%).

3. Si deve tenere conto che il numero di stabilimenti sanitari potrebbe essere superiore al termine dell'inchiesta, in quanto mancano alcune diocesi dei 22 Stati africani (55 in totale), che rappresentano il 40% del continente;

dei 31 Stati dell'America Centrale, mancano i dati di 6 di esse (il 19%). Lo stesso succede con gli Stati dell'America del Sud: su 14 Stati, ne mancano 9 (il 64%).

Per quello che concerne l'Asia: mancano 18 su 44 Stati (equivalenti al 41%). Anche per quello che si riferisce ad alcune diocesi di Stati europei, i dati possono aumentare di un 17%.

4. Il 42,4% degli stabilimenti sanitari registrati si trova in Europa; il 19,4% in America, il 18,9% in Asia, il 17,9% in Africa e il restante 1,4% in Oceania. In Europa e nelle Americhe (soprattutto quella del Nord) la presenza della Chiesa ha radici storiche, culturali, giuridiche e religiose. In Asia, in Africa e in Oceania le istituzioni sono fondamentalmente missionarie, caritative e di aiuto.

5. Dentro le strutture sanitarie registrate, gli ospedali coprono il 34,1%. Seguono le istituzioni a favore degli anziani con il 22,9% (forte incidenza dei paesi più sviluppati); gli ambulatori con il 20% (forte incidenza dei paesi in via di sviluppo); i sanatori con il 13,9% e altri stabilimenti sanitari con percentuali di alcune unità e sue frazioni. Merita risalto l'elevata percentuale relativa agli ambulatori nei continenti costituiti per la maggioranza da paesi in via di sviluppo: le vaste aree e le installazioni disperse hanno influito su una preferenza verso le strutture sanitarie di primo livello e la sua

Tabella 1. Indicatori di salute e indicatori socioeconomici affini

	<i>Paesi meno sviluppati</i>	<i>Altri paesi in sviluppo</i>	<i>Paesi sviluppati</i>
Numero di paesi	29	90	37
Popolazione totale (milioni)	283	3001	1131
Tasso di mortalità infantile (per 1000 nati vivi)	160	94	19
Età media di vita (anni)	45	60	72
Percentuale di neonati nati con un peso alla nascita di 2500 gr. o più	70%	83%	93%
Copertura del fabbisogno di acqua potabile	31%	41%	100%
Tasso di alfabetismo degli adulti	28%	55%	88%
PNL per abitante	\$ 170	\$ 520	\$ 6230
Spese pubbliche per la salute, per abitante	\$ 1,7	\$ 6,5	\$ 244
Spese pubbliche per la salute, come % del PNL	1,0%	1,2%	3,9%

Nota: Le cifre del quadro sono cifre medie ponderate, basate sui dati corrispondenti al 1980 o negli anni più vicini ad esso

organizzazione più semplice ha favorito un intervento della Chiesa più consistente.

Come complemento della tabella 2 possiamo sottolineare ugualmente i seguenti dati: attraverso i nostri viaggi in tutte le parti del mondo, per conoscere la realtà della presenza della Chiesa, e le condizioni di necessità che esistono in tutte le nazioni, troviamo che dietro una stessa parola, come per esempio, la denominazione « ospedale » si nascondono realtà assai differenti.

Per esempio, in Africa l'86% degli ospedali sono strutture con meno di 200 letti, e il 68% di questi ha meno di 50 letti, mentre negli Stati Uniti il 30% degli ospedali ha meno di 200 letti e il 62% del totale 200 e 500 letti.

Una lettura dei nostri dati ci informa ugualmente della presenza straordinaria di per lo meno 1100 Istituti religiosi che lavorano nel campo sanitario: in Africa sono 401 gli Ordini religiosi; in America Latina ce ne sono 231; in Asia 192; in Nord America 214; in Europa

416; e in Oceania 56. Il riferimento nel mondo secolare alla Chiesa Cattolica come una « della più potenti associazioni di volontariato nel mondo » è di fatto corroborato non solo dalle statistiche, ma dall'evidenza della sua manodopera professionale assegnata a questo campo di assistenza sanitaria, con la priorità di soccorrere i più bisognosi.

B) Missione della Chiesa nella realtà sanitaria

Tabella 2. Situazione totale delle strutture sanitarie della Chiesa (dati Index)

	<i>H</i>	<i>CC</i>	<i>RA</i>	<i>L</i>	<i>RH</i>	<i>CR</i>	<i>DH</i>	<i>A</i>	<i>CO</i>	<i>LB</i>	<i>AD</i>	<i>X</i>
AFRICA	794	725	49	6	50	11	2	1.805	14	77		119
(Tot: 3.652)	(21.7%)	(19.8%)	(1.4%)	(0.2%)	(1.4%)	(0.3%)	(i)	(49.4%)	(0.4%)	(2.1%)		(3.3%)
(17.9%)												
AMERICA CENTRALE	47	8	26		3	2		67	5	4	3	2
(Tot: 167)	(28%)	(4.8%)	(16%)		(1.8%)	(1.2%)		(40%)	(2.8%)	(2.4%)	(1.8%)	(1.2%)
(0.8%)												
AMERICA DEL SUD	1.031	77	178	1	18	7		318	18	12		83
(Tot: 1.743)	(59.2%)	(4.4%)	(10.3%)	(i)	(1.0%)	(0.4%)		(18.2%)	(1.0%)	(0.7%)		(4.8%)
(8.5%)												
ASIA	1.352	517	221	11	35	36	1	1.535	2	61		76
(Tot: 3.847)	(35.1%)	(13.5%)	(5.7%)	(0.3%)	(0.9%)	(0.9%)	(i)	(40.0%)	(i)	(1.6%)		(2.0%)
(18.9%)												
EUROPA	2.502	950	3809	131	313	218	7	334	5		299	105
(Tot: 8.673)	(28.9%)	(11.0%)	(44.0%)	(1.5%)	(3.6%)	(2.5%)	(0.1%)	(3.8%)	(i)		(3.4%)	(1.2%)
(42.4%)												
AMERICA DEL NORD	1.159	452	363	19	7	11		29		1		27
(Tot: 2.068)	(56%)	(22%)	(17.5%)	(0.9%)	(0.3%)	(0.5%)		(1.4%)		(0.05%)		(1.3%)
(10.1%)												
OCEANIA	94	124	52		7	3	1	4				1
(Tot: 286)	(32.9%)	(43.5%)	(18.2%)		(2.4%)	(1.0%)	(0.3%)	(1.4%)				(0.3%)
(1.4%)												
TOTALE MONDO	6.975	2.853	4.698	168	433	288	11	4.092	44	159	302	413
20.436												
(100.00%)	<i>Ospedali</i>	<i>Cliniche</i>	<i>Centri Anziani</i>	<i>Osp. Lunga-deg.</i>	<i>Centri handicap.</i>	<i>Centri Riabil.</i>	<i>Day Hosp.</i>	<i>Ambul.</i>	<i>Consul.</i>	<i>Lebbros.</i>	<i>Asist. Dom.</i>	<i>Strutt. Non spec.</i>
	(34.1%)	(13.9%)	(22.9%)	(0.8%)	(2.1%)	(1.4%)	(0.5%)	(20.0%)	(0.2%)	(0.7%)	(1.4%)	(2.0%)

La Chiesa esiste per evangelizzare, annunciare, comunicare la Buona Novella, come continuatrice delle parole e dei gesti di Gesù (Mt 28; EN 13, 14).

« Evangelizzare è la ragione di essere della Chiesa, e se questa è la sua missione specifica, tutti i suoi membri devono avere viva coscienza delle proprie responsabilità in quanto alla diffusione del Vangelo ». (Messaggio del Papa per la Giornata Missionaria Mondiale - 21/10/90).

« Egli allora chiamò a sé i dodici e diede loro potere e autorità su tutti i demoni e di curare le malattie. E li mandò ad annunciare il Regno di Dio e a guarire gli infermi » (Lc 9,1; Mt 10,1).

Allora essi partirono e passavano di villaggio in villaggio annunziando dovunque la Buona Novella e operando guarigioni (Lc 9,6) ed espulsero molti demoni e unsero con olio molti infermi e li curarono (Mt 6,13).

Alla Chiesa, in quanto comunità di credenti, attraverso il mandato apostolico è stata affidata la « cura dei malati ». Questo mandato di curare gli infermi è inseparabile dalla « evangelizzazione ».

La cura degli ammalati figura tra i segni messianici (Lc 4, 18-19; 18-23). La vita e l'insegnamento di Gesù, dimostrano questa unione tra « annuncio del Regno di Dio e la liberazione dalla sofferenza ».

Liberando gli uomini dalla sofferenza, Gesù apre il cammino della salvezza e inizia concretamente il Regno di Dio.

Le parole insegnare, predicare e curare riassumono non solo il « lavoro » di Gesù ma anche il « modo » di prenderla sua missione.

La stessa tradizione della Chiesa, attraverso il suo Magistero, ci insegna:

— Che il servizio agli infermi è parte integrante della sua missione (*Dolentium Hominum*, n. 1)

— La Chiesa cerca l'incontro con l'uomo, in modo particolare, attraverso il cammino della sofferenza. « L'uomo è il cammino della Chiesa » (Salvifici Doloris, n. 3).

— Curare gli ammalati è « diaconia » della Chiesa locale e universale. Questo ministero non si limita ai suoi fedeli, ma si apre — si deve aprire — per fedeltà al Vangelo — a tutti quelli che soffrono (Luc 10, 25-37).

— La cura dell'ammalato fa riferimento all'uomo nella sua unità somatico-spirituale (*Dolentium Hominum* n. 2).

— Sarà per tanto obbligo della comunità cristiana aiutare l'ammalato a liberarsi di tutto quello che impedisce che la sofferenza sia, per

lui e per gli altri, « una forza di redenzione » (Salvifici Doloris n. 19).

— La cura degli infermi è una « diaconia » ecclesiale che esprime in modo perfetto la sua essenza di « sacramento universale di salvezza » (*Lumen Gentium* n. 1).

Questa pratica pastorale con gli infermi la vediamo sempre viva attraverso tutta la storia della Chiesa. Una volta sarà una missione di « supplenza », ponendo le sue istituzioni al servizio, lì dove c'è una carenza, lì dove non arriva lo Stato. Altre volte, la Chiesa offrirà allo Stato, che già è presente, una « collaborazione » come segno di qualità nella assistenza agli ammalati. Però la Chiesa dovrà sempre realizzare la sua « specifica missione di presenza pastorale »: essendo la continuatrice di Gesù, è inviata a dire una parola, a fare un gesto con tutti, però soprattutto con i deboli, gli anziani, gli ammalati. E qualcosa di irrinunciabile, è la sua missione; l'assistenza agli infermi da parte della Chiesa non è un consiglio ma un vero mandato dato da Gesù.

Alla Chiesa si deve tutta l'organizzazione ospedaliera, alberghi e ospedali per i pellegrini, gli infermi, gli orfani.

Concili e sinodi — come quello di Cartagine (309) e quello di Tours (567) — ordinarono di stabilire alberghi vicini alla Chiesa e obbligarono di accudire bisognosi, malati e vedove.

San Basilio, vescovo di Cesarea di Cappadocia, verso il 370, fonderà un complesso denominato « Basiliade »: una vera fondazione ospedaliera con foresteria, rifugio, ospedale, lebbrosario.

In quell'epoca nascono diversi tipi di ospedalizzazione:

— Xenodochio, albergo destinato a raccogliere pellegrini, viaggiatori ed esiliati.

— Nosocomio, ospedale per ammalati.

— Orfanotrofio, per accogliere bambini privati dei loro genitori.

— Gerontocomio, o ricovero per anziani.

Il secolo IV aveva già tutto questo sistema ospedaliero.

San Benedetto raccomandava nella sua regola, capitolo 53: « Mettere il massimo impegno nel ricevere i poveri, perché in questi si riceve Cristo, più particolarmente che nei ricchi e nei potenti ».

Sono di speciale interesse per questa epoca le Foresterie monastiche e la « Campana degli smarriti » per chiamare i pellegrini disorientati nei boschi.

Santi come San Fernando, San Luigi, re di Francia, Carlo Borro-

meo, Giovanni di Dio, Camillo de Lellis, Vincenzo de Paul: istituzioni in favore degli ammalati, come i Fatebenefratelli, i Padri Camilliani, le Sorelle della Carità, le Piccole Sorelle dei Poveri, le Suore di Santa Anna, le Suore Ospedaliere del Sacro Cuore di Gesù e altre ancora, sono un testimone vivo dentro la Chiesa. « Che apologia può presentare la storia umana più ricca, più umanitaria e più convincente se non quella che si centra nella vita stessa di Cristo, e che la Chiesa continua per mezzo delle sue opere? Nessuna altra religione può presentare fatti che parlano con tanta realtà, che innamorano e seducono tanto ».⁶

Questo interesse della Chiesa per gli ammalati (la cui testimonianza non è grande solo in estensione, ma anche per la qualità, come dimostra la storia), queste preoccupazioni vengono sottolineate nel Magistero di questi ultimi anni. Pio XII illuminò la scienza medica con innumerevoli discorsi che fanno testo ancora nel momento attuale.⁷ Il Concilio Vaticano II, a parte il Messaggio diretto agli ammalati, chiede tanto al vescovo come al sacerdote che abbiano maggiore attenzione « per gli ammalati e per i moribondi, visitandoli e confortandoli nel Signore » (PO, 6, 8 LG 38).

Lo stesso Diritto Canonico (*Can. 529*, paragrafo 1) ricorda ai parroci il dovere di assistere gli ammalati e i moribondi e di farlo con generosa carità.

Per ultimo, i due documenti dell'attuale Papa, Giovanni Paolo II, *Salvifici Doloris* e *Dolentium Hominum*,⁸ il primo circa il senso cristiano della sofferenza ed il secondo il Motu Proprio istitutivo del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, hanno avviato un nuovo movimento nella cura pastorale verso gli ammalati.⁹ Questa sollecitudine pastorale è stata pure ricordata dal Papa nella sua Esortazione Apostolica: « *Christifideles laici* » numeri 53 e 54.

Senza entrare ora in un tema che potrebbe essere « polemico » — se la Chiesa debba avere o no istituzioni proprie — mi interessa segnalare la grande azione evangelizzatrice e carismatica che la Chiesa è chiamata a esercitare nelle istituzioni sanitarie. Azione che le è propria e peculiare per la sua missione. In determinate circostanze storiche e socioculturali si chiede alla Chiesa l'esercizio di questa azione: che sia voce di quelli senza voce. Quando i sistemi degenerano come succede in tanti paesi poveri, « la gente guarda alla Chiesa Cattolica come l'unica voce libera di quelli senza voce ».¹¹

II. Sfide che il campo sanitario presenta alla Chiesa

Abbiamo descritto nella prima parte solo alcune realtà sanitarie; la complessità non sta solo in quello che abbiamo detto, ma anche in altre realtà che non appartengono ora a questo tema, ma che, sicuramente, interrogano fortemente la Chiesa. Questi problemi vengono presentati dal progresso tecnico, per i suoi aspetti umani ed etici.

Enumeriamo alcune sfide, tenendo presente che ognuna potrebbe essere oggetto di uno studio particolare, visto da diversi versanti: sociale, umano, etico, religioso...

Principali sfide

1. *Secolarizzazione della medicina*, con la conseguente perdita di mistica e capacità di attrazione per il personale sanitario. Oggi non si va dal malato principalmente per vocazione, per missione, ma per altri motivi.

2. *Disumanizzazione della medicina*: esiste una ipertrofia tecnica; l'uomo è stato soppiantato dalla macchina, si è creata una mentalità tecnica, dove l'impersonale, lo stress e il sentirsi un robot impediscono l'avvicinamento al malato ed il realizzare una assistenza integrale. L'assistenza si fa sempre più tecnica e meno umana.

3. *La mancanza di preparazione etica* nei professionisti genera criteri negativi in temi tanto importanti per la vita come sono la genetica, l'eutanasia, l'aborto, la morte. O in temi che derivano dalla professione: le responsabilità, il rispetto, la giustizia, la lealtà.

4. *Importanza sociale dei temi della salute* che servono spesso da piattaforma politica più che come soluzione delle realtà concrete. I governi e i costi sanitari « spingono » la Chiesa a rimanere fuori. I governi intervengono sempre più nella sanità come mezzo di controllo dei loro popoli.

5. *Complessità del campo sanitario* che rende difficile a volte la distribuzione delle risorse tecniche, umane ed economiche.

6. *La maggior parte dei problemi morali* attuali contro i quali oggi ci scontra la Chiesa sorgono nella sanità.

7. *Invecchiamento del personale religioso* della maggioranza degli Istituti, con il conseguente ritiro dai posti di lavoro.¹²

8. *Il rapido e profondo cambiamento* che ha sperimentato l'assistenza sanitaria e la mancanza di



adattamento allo stesso ritmo e livello per parte di non pochi Istituti religiosi sanitari. È mancato il salto di qualità per saper stare con le nuove esigenze sanitarie.

III. Prospettive

La Chiesa è chiamata a dare una risposta a questi interrogativi, a queste sfide.

1. Nel momento in cui diminuisce la presenza tecnico-professionale della Chiesa il mondo della sofferenza presenta gravi problemi morali e spirituali che, come abbiamo indicato, costituiscono una sfida per la Chiesa. Sebbene la Chiesa ancora deve supplire alla carenza di strutture (in paesi sottosviluppati e in via di sviluppo), è chiamata in « prima persona » a dare una risposta evangelica agli interrogativi di ordine etico e spirituale che nascono dall'organizzazione socio-sanitaria di oggi e dalle situazioni limite della esistenza umana.

2. Di fronte alla autonomia del mondo sanitario che accentua l'allontanamento dall'ordine etico e religioso e si mantiene in un « pregiudizio » sopra i valori fondamentali dell'uomo, la Chiesa è chiamata a dare risposta agli interrogativi sopra il significato di vivere, soffrire e morire. Per questo, essendo « esperta in umanità » deve difendere l'uomo dalle molteplici violazioni che vanno contro la vita e la sua integrità.

3. Di fronte alla cultura di morte del nostro tempo, espressa nella sanità, la Chiesa dovrà sottolineare in modo costante la sacralità e dignità di ogni persona umana, fatta ad immagine e somiglianza di Dio, e stimolare il personale medico e infermieristico affinché si impegni a « non danneggiare » nessun essere umano, nessun paziente.

4. *Coordinamento*: « Si impone un coordinamento migliore di tutti questi organismi. Per farlo non basta l'azione individuale. Si richiede un'opera d'insieme intelligente, programmata, costante e generosa, e questo non solo in ogni paese, ma su scala internazionale. Giacché il coordinamento a livello mondiale consentirebbe un annuncio migliore e una difesa più efficace della vostra fede, cultura e impegno cristiano nella ricerca scientifica e nella professione » (*Dolentium Hominum*, 4).

5. Il campo della salute ha bisogno oggi di una nuova evangelizzazione. Su questa nuova evangelizzazione a livello generale insiste

continuamente Giovanni Paolo II.¹³ E si fa realtà concreta nel settore sanitario, poiché probabilmente il campo della salute è il luogo di maggiore novità, un po' come il termometro che misura i cambiamenti così profondi e accelerati che si danno nel nostro mondo, e al tempo stesso il luogo dove i nuovi segni si fanno più urgenti.

6. Questa novità deve cominciare dalle persone: per un cambiamento di mentalità, una nuova formazione, una nuova cultura. Questa è una via che ci aiuterà a scoprire oggi il nostro vero ruolo di presenza della Chiesa nel campo della salute: « Essere testimoni, guide morali, anticipatori ed innovatori, sviluppare l'apostolato e trasformarlo ».¹⁴

La fedeltà alla Parola di Dio e l'insegnamento della Chiesa ci devono ispirare oggi una risposta nuova nel campo della salute; e in mancanza dei grandi campioni — Giovanni di Dio, Cammillo de Lellis, Vincenzo di Paul e altri del nostro secolo — torniamo ad ispirarci in tanti nostri fratelli, religiosi e laici, che fanno della loro vita un'autentica consacrazione al servizio dei bisognosi e sono nel nostro mondo e nella Chiesa segno di gratuità, di libertà, di impegno, di originalità e generosità, di amore evangelico, di affascinante e creatrice fedeltà. O come dice un autore moderno¹⁵: « Uomini e donne in condizione di unire le parole alla musica per il nostro tempo e per la costruzione del nostro futuro ».

¹ *Labor Hospitalaria*, n° 190/1983. « Discurso y documento del P. Pierluigi Marchesi en el Sínodo de Obispos ».

² OMS, *Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000*, Ginevra, 1981.

Nel 1977, l'Assemblea Mondiale della Salute decise che la principale mèta sociale dei governi e della OMS doveva consistere nel raggiungere per tutti i cittadini del mondo nell'anno 2000 un grado di salute che gli permettesse di avere una vita sociale e economicamente produttiva. Tale obiettivo venne popolarmente chiamato « salute per tutti nell'anno 2000 ». Nel 1978 La Conferenza Internazionale sulla Attenzione Primaria di Salute, celebrata ad Alma-Ata (URSS), dichiarò che l'attenzione primaria di salute è la chiave per raggiungere questa mèta.

Nel 1979, l'Assemblea della Salute lanciò la Strategia Mondiale di salute per tutti per fare sua la Relazione e la

Dichiarazione de Alma-Aia, e invitò gli Stati membri ad iniziare individualmente la formulazione di strategie nazionali e collettivamente la formulazione di strategie regionali e mondiali.

Nel 1979, il Consiglio Esecutivo della OMS stabilì i principi fondamentali per la formulazione di strategie con lo scopo di raggiungere la salute per tutti nell'anno 2000.

³ OMS, *Esfrategia, o.c.*

⁴ Cfr. Rivista « Medicina e Missioni » n° 2/1990, pagg. 3-17.

⁵ Un esempio attuale e concreto di questa « supplezza » lo troviamo in India dove la Chiesa ha più di tremila strutture sanitarie, un Centro Universitario (St. John's Medical College of Bangalore), più di cento centri per la formazione di infermieri e aiutanti, Federazione di Medici Cattolici (CMAI), Federazione di Ospedali Cattolici (CHAI) e Federazione di Volontari Sanitari (VHAI).

Il lavoro sviluppato dalla Chiesa è enorme; il servizio fatto è molto superiore a quello dei privati... (Cfr. THOMAS SEBASTIAN PANACHICKAVAYALIT *Healing Presence of the Church*, Good tidings Publication. Bangalore 1989. Pure: *Chiesa e assistenza sanitaria in India* » in *Dolentium Hominum* n° 15/1990.

Lo stesso si potrebbe dire di molti paesi dell'Africa e dell'America Latina dove il « peso specifico della Chiesa nel campo sanitario è molto significativo sia per la quantità delle Istituzioni sia per la qualità dei servizi.

La Chiesa « collabora » pure con lo Stato con abbondanti istituzioni sanitarie soprattutto in alcune nazioni d'Europa; alcune di queste istituzioni hanno un « peso significativo » nella rete dello Stato, specialmente nell'ambito della emarginazione e dei nuovi bisogni: cronici, anziani, malati mentali... Altre sono piuttosto segno e riferimento, modello qualitativo nell'assistenza.

Non possiamo dimenticare un altro tipo di presenza della Chiesa nel campo sanitario con l'integrazione di religiose e cappellani in infinità di strutture statali, i quali ispirandosi all'amore cristiano verso i malati convertono il loro lavoro in una missione e una vocazione Cfr. *Index Ecclesiae Instituta Valetudini Fovendae Toto Orbe Terrarum* elaborato dal Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, Città del Vaticano, 1986. Pure *Annuario Statisticum Ecclesiae*, 1988, Segreteria dello Stato della Città del Vaticano.

⁶ L. REDRADO JOSE, *Presenza cristiana in cliniche e ospedali*. Ed. PPC, Madrid 1969. Pure: RUSSEL E. SMITH: *L'etica medica: una creatura della Chiesa in Dolentium Hominum*, 15/1990.

⁷ F. ANGELINI: *Pio XZZ: discorsi ai medici* Ed. Orizzonte Medico, Roma 1959.

⁸ GIOVANNI PAOLO II: *Lettera Apostolica Salvifici Doloris* 11 febbraio 1984. Motu Proprio *Dolentium Hominum*, 11 febbraio 1985, Tipografia Poliglotta Vaticana.

⁹ F. ANGELINI, *Quel soffio sulla*

creta, Tipografia Poliglotta Vaticana, 1990.

¹⁰ JAVIER OSES, *Profetismo e Istituzione en la Iglesia* Ed. Sal Terrae, Santander 1990. Pure *Labor Hospitalaria* n° 188/1983 (Numero monografico su « L'Ospedale Cattolico »). P. BARTOLOMEO SORGE, S.J., *La Chiesa di fronte alle nuove poverfù e alle sfide dell'era tecnologica*, in *Atti Convegno Nazionale Aris-Oda*, Acireale giugno 1988.

¹¹ Cfr. *Vida nueva* 18/25 agosto 1990, pag. 24/30.

¹² Mons. JAMES CASSIDY, « Ospedali Cattolici nel mondo », in *Dolentium Hominum* n° 14/1990, pagg. 22-23. Pure RUSSEL E. SMITH, *L'etica medica: una creatura della Chiesa*, in *Dolentium Hominum*, 15/1990.

¹³ Esortazione Apostolica *Christifideles laici*, 36. Pure: *Lettera Apostolica ai religiosi e religiose di America Latina in occasione del V centenario della Evangelizzazione*; 14. 19. 24. 28.

¹⁴ PIERLUIGI MARCHESI, *Ospitalità dei Fatebenefratelli verso il 2000*. Curia generalizia, Roma 1987, n° 53-58.

¹⁵ RUSSEL E. SMITH, *o.c.*

Bibliografia

PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI, *I religiosi nel mondo della sofferenza e della salute*, Città del Vaticano 1987 *I laici nel mondo della sofferenza e della salute*, Città del Vaticano 1987.

SECRETARIADO NACIONAL DE PASTORAL SANITARIA, *La iglesia en el mundo de la salud*, Edice, Madrid 1982; *La asistencia religiosa en el hospital*. Edice, Madrid 1987.

VARIOS, *La Iglesia y los hospitales*, Ed. Ariel, Barcelona 1969.

VARIOS, *Los religiosos al servicio de los enfermos*, Instituto de Teologia Vida Religiosa, Madrid 1982.

TILLARD, *En el mundo sin ser del mundo*, Ed. Sal Terrae, Santander 1982.

BUREAU DE PASTORAL DE ENFERMES DE BRUSELAS, *La comunidad cristiana y los enfermos*, Marova 1980.

A. PERULAN, P. SAAVEDRA, *Evangelizar hoy a los enfermos*. Col. SELARE, n° 3, Bogotá 1980.

VARIOS *Pastoral de enfermos en el Hospital y en la Parroquia*, E. Hospitalaria, Barcelona 1982.

VARIOS. *Los religiosos ante la actual situación de España*, Instituto de Teologia Vida Religiosa, Madrid 1983.

VARIOS, *Evangelización y hombre de hoy*, Edice, Madrid 1986.

VARIOS. *Humanización en salud*, Col. SELARE, n. 24, Bogotá 1988.

D. TETTAMANZI, *Chiesa e bioetica*, Massimo, Milano 1988.

RICHARD A. MCCORNICK, *Salute e Medicina nella tradizione cattolica*, Ed. Camilliane, Torino 1986.

AUTORI VARI, *Presenza nell'ascolto e nella sofferenza*, Ed. Camilliane, Torino 1987.

dono di sé e donazione di organi

Intervento del P. Jose' L. Redrado, Segretario del Dicastero, nella « Quinta Giornata Europea di Bioetica », 30 novembre, Milano-Medicina 90

Il mio intervento a questa « Quinta Giornata Europea di Bioetica » che si svolge nell'ambito di Milano-Medicina 90, con il patrocinio dell'Istituto Scientifico Ospedale San Raffaele e la collaborazione del Corriere Medico, tratta soprattutto alcuni valori etici che sono presenti nella complessa e difficile questione del trapianto di organi.

Accettando volentieri l'invito a partecipare ai lavori e a fare una comunicazione, il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari ha voluto esprimere così il suo interesse e il suo apprezzamento per la giornata e particolarmente per l'argomento all'ordine del giorno.

S.E. Mons. Angelini desiderava essere presente a questa giornata di studio. Ma per motivi di urgenti impegni, ha dovuto rinunciare, assicurando comunque la presenza del Dicastero Pontificio con la partecipazione del Segretario, P. Redrado qui presente. Il nostro Presidente rivolge a tutti i partecipanti qui convenuti un affettuoso saluto.

La quinta giornata europea di Bioetica dedicata all'Etica dei trapianti e donazione di organi è per tutti noi qui presenti — medici, giuristi, operatori sanitari, educatori — un momento importante per una seria discussione e una approfondita e corale riflessione su una problematica che, pur aprendo orizzonti nuovi di speranza di vita, non manca di suscitare apprensione e sospetti di varia natura. Da una parte, gli ultimi successi della medicina dei trapianti d'organo, risultato di un impegno e uno sforzo notevole in vari ambiti delle scienze biomediche, hanno consentito di salvare tante vite umane strappandole da morte prematura. D'altronde, l'assenza di tanti ad accettare e ad aprirsi alla nuova cultura della generosità e della solidarietà, autentico fondamento della medicina dei trapianti di organo, nonché i numerosi quesiti di ordine etico e legale, rendono sempre attuale e pertinen-

te la tematica di questa giornata di studio.

Mi è stato affidato un tema, che senza essere tecnicamente medico va al principio stesso dell'attività scientifica e medica, cioè l'uomo, mistero e libertà, capace di autodeterminarsi e di donarsi generosamente per il bene altrui. « Dono di sé e donazione di organo », questo titolo della mia relazione mi suggerisce di andare alla matrice umana, morale e spirituale senza la quale diventa non solo difficile far comprendere il significato e il valore della medicina dei trapianti d'organo, ma questa ultima rischia di apparire disumana e addirittura immorale perché priva della sua ragione di esistere.

Lo sviluppo del tema prende in considerazione due problemi che ambedue ruotano attorno all'uomo, misura e criterio della medicina dei trapianti d'organo.

In un primo momento brevemente della medicina dei trapianti in quanto servizio all'uomo. Seguiranno poi considerazioni assiologiche che, secondo me, approfondite e tradotte in progetto educativo societario, potranno far emergere una nuova coscienza culturale del valore eminente del dono e della solidarietà.

1. La Medicina dei trapianti al servizio dell'uomo

È un luogo comune affermare che la medicina è al servizio dell'uomo; una medicina che non coincide « con l'autentico bene dell'uomo », afferma Giovanni Paolo II, rischia di avere come conseguenza « il regresso dell'uomo » e « esiti drammatici ».¹

Queste espressioni del Papa evidenziano in modo chiaro l'ambivalenza del progresso tecnico, scientifico e medico che, come una spada a doppio taglio non è immune da rischi. L'assioma tante volte ribadito dal magistero pontificio negli ultimi decenni secondo il quale « non tutto ciò che è tecnicamente fattibile è moralmente ed eticamente accettabile » è sempre valido e attuale.

Collocandomi sul campo della medicina dei trapianti d'organo, posso dire che una proficua e continua collaborazione tra etica e tecniche dei trapianti d'organo è un imperativo imprescindibile. Lo afferma giustamente S.E. Mons. Angelini in questi termini: « La cooperazione tra scienza e morale si fa perciò costruttiva senza mai cader nell'indebita interferenza, in quanto non è possibile che la scienza esiga, per il proprio progresso, il sacrificio della vita che è chiamata a servire. Altrettanto inammissibile però, sarebbe ogni freno posto dalla morale al vero progresso.

Innammissibile perché immorale e in contraddizione con se stessa ».²

La complessità e la gravità dei problemi morali e legali connessi al trapianto d'organo è uno stimolo per andare avanti e fare un passo di civiltà a favore dell'uomo, della sua vita, della sua dignità.

Il problema della liceità del trapianto d'organo nato dalla diffidenza reciproca tra medicina dei trapianti e morale, ha trovato dopo anni di sospetto, un consensus in favor della liceità. Le divergenze ancora esistenti non riguardano il principio di liceità come tale, bensì le garanzie come condizioni di tutela dei valori in gioco. Accettare e sostenere la liceità del trapianto d'organo presuppone il riconoscere che « l'uomo non è "proprietario" ma "usufruttuario" del proprio corpo ».³

In altre parole, l'uomo è chiamato in quanto essere intelligente e libero a gestire o amministrare il suo organismo nel rispetto del disegno di Dio. E anche « la mutilazione », in questo contesto di disponibilità e di gestione responsabile della vita, acquisisce una valenza positiva in quanto da essa può ri-nascere la vita.

Il giudizio medico chiamato a valutare e chiarire il diverso grado di valore tra il dovere di conservare la vita e quello di conservare l'integrità corporea deve considerare i vari problemi relativi al donatore, al ricevente e alle Equipe mediche. La politica sanitaria a livello nazionale, regionale e locale va anche presa in considerazione. Altri numerosi problemi di natura etica aspettano ancora chiarimenti e approfondimenti.⁴

Ciò nonostante, e in attesa di ulteriori e definitivi elementi di risposta, ecco alcuni punti, giudicati irrinunciabili in quanto tutelano come un argine il corpo, la vita e la dignità dell'uomo.

1. « Considerata l'attuale situazione della medicina dei trapianti, il ricorso a questa terapia particolare — date anche le condizioni di disponibilità e di consenso dei protagonisti — deve esser l'unico mezzo cui ricorrere, e cioè un tentativo motivato dalla mancanza di alternative valide.

2. Nel trapianto tra viventi, la mutilazione sofferta dal donatore non può essere tale da metterlo nella condizione di bisogno del beneficiario anteriore all'effettuazione del trapianto ».⁵

3. Nel trapianto da morto a vivo, si deve accertare inequivocabilmente e medicalmente la morte del donatore.

Dal punto di vista strettamente etico,

4. « La dignità di persona umana deve essere riconosciuta ad ogni essere che si sviluppa in seguito a fecondazione umana, qualunque possano essere le sue eventuali menomazioni e deformità, fosse pure una anencefalia;

5. Conseguentemente gli vanno riconosciuti tutti i diritti dell'uomo, a cominciare da quello, primario alla vita;

6. Il prelievo di tessuti cerebrali a scopo di trapianto dai feti abortiti è eticamente inammissibile;

7. Motivi etici validi portano pure a escludere ogni prelievo di organi a scopo di trapianto da feti volontariamente abortiti ».⁶

2. Trapianti di organi e valori etici

Il discorso sul trapianto sarebbe incompleto se venisse a mancare il punto di vista assiologico, cioè dei valori di altruismo e di solidarietà che costituiscono all'atto di donazione la sua valenza umano-spirituale. Donare senza contropartita è la caratteristica della donazione. Questa generosità diventa eroica nel dono di qualcosa di sé, e in questo caso nel dono di una parte del proprio corpo. La donazione trova nel dono di sé la massima espressione dell'altruismo e della solidarietà umana e cristiana.

È vero che le difficoltà a trovare organi da trapiantare non provengono solo della mancanza di una cultura della generosità da parte della gente. C'è anche il fatto che il numero degli organi disponibili sono pochi di fronte alla richiesta dei malati che aspettano. Comunque una sensibilizzazione e informazione a tutti i livelli della vita sociale avrebbe come conseguenza un notevole aumento di organi disponibili. Tra i valori da coltivare e sviluppare, meritano un accento particolare la generosità, la gratuità, l'altruismo, la solidarietà e la carità.

La nozione di « identità personale » rimane la chiave di lettura di ogni discorso assiologico sul trapianto d'organo. Essa trascende il substrato corporale, aprendosi all'altro. È necessario aggiungere la dimensione relazionale, la comunicabilità all'identità personale. Scrivendo su questo argomento preciso, Mons. Angelini dice: « La rinuncia, anzi il sacrificio a favore del prossimo sono da considerarsi elementi costitutivi della vita e dell'esperienza umana.

Va da sé, quindi, che sacrificio e identità personale non si escludono

reciprocamente né possono dare origine a conflitto di doveri ».⁷

La gratuità e la solidarietà si trovano al cuore della donazione di organi. Infatti, questa ultima è una oblazione gratuita e un segno visibile di solidarietà umana. Concetti dice che: « la donazione di organo è un segno di crescita della civiltà dell'amore e della fraternità ».⁸ Anche se sembra facile distinguere la gratuità dalla solidarietà, l'altruismo dalla carità, in pratica, tutti questi valori sono correlati e si arricchiscono e valorizzano l'oblazione che fa di sé un donatore in un'atto di donazione di organo.

La riscoperta del vero e autentico significato del gratuito è una delle grandi sfide che deve fronteggiare la nostra civiltà moderna. In una cultura dominata dall'interesse, dal calcolo e dove l'uomo fa fatica ad aprirsi all'altro per capirlo, conoscere i suoi bisogni ed aiutarlo come un fratello, donare senza ricevere in cambio qualche cosa, come nel caso di una donazione di organo, diventa la via obbligata di una civiltà che vuole essere alla misura dell'uomo. È altrettanto doveroso dal punto di vista morale, da parte del beneficiario del dono, l'atto di gratitudine che può esprimersi in vari modi, tra l'altro con un semplice « grazie ». Un noto educatore di tossicodipendenti dirà: « che la gratuità nel nostro tempo è un progetto, una proposta educativa valida per tutti ».⁹ Perciò, ogni forma di commercio di organi da trapiantare è rigorosamente da impedire per il fatto che « il trapianto va visto necessariamente connesso ad un atto di donazione di un bene non commerciabile ».¹⁰

La solidarietà riconosce nell'altro un essere umano con i suoi diritti e la sua uguaglianza davanti a tutti. Ma illuminata dalla fede, la solidarietà cristiana diventa sinonima di totale gratuità.¹¹ L'altro è immagine di Dio, redento da Cristo e tempio dello Spirito Santo. Questa teologia della solidarietà giustifica l'oblazione che Massimiliano Kolbe fa della sua vita in favore di un compagno del campo di concentramento oppure la testimonianza di generosità e di carità cristiana del buono Samaritano. Egli è un modello perfetto per tutti quanti desiderano fare del bene a chiunque soffre o si trova nel bisogno. Giovanni Paolo II mette in risalto il dono di sé del buon Samaritano in questi termini: « In esso egli mette il suo cuore, ma non risparmia neanche i mezzi materiali. Si può dire che "dà se stesso", il suo proprio "io", aprendo quest'"io" all'altro. Tocchiamo qui uno dei punti-chiave di tutta l'antropologia cristiana. L'uomo non può ritrarsi pienamente se non attraverso un dono sincero di sé. Buon Samaritano è l'uomo capace



appunto di tale dono di sé. ».¹² I vescovi di Spagna insistono nei loro documenti pastorali sulla donazione di organi, sulla necessità di riscoprire e di coltivare la vita, come dono di Dio, la solidarietà umana e la carità cristiana e l'atteggiamento evangelico.¹³ Una volta assimilati e vissuti questi valori faranno progredire l'uomo dal punto di vista morale, aprendo orizzonti nuovi di solidarietà e di fraternità che vanno al di là della medicina dei trapianti.

La dimensione religiosa e fraterna della donazione fu espressa in questi termini ai donatori di sangue e di organi durante l'udienza svolta nel Palazzo Pontificio di Castel Gandolfo il 2 agosto 1984: « Nel donare il sangue o un organo del vostro corpo, abbiate sempre questa prospettiva umana e religiosa; il vostro gesto verso i fratelli bisognosi sia compiuto come una offerta al Signore, il quale si è identificato con quanti soffrono a causa della malattia, di incidenti della strada o di infortuni sul lavoro; sia un dono fatto al Signore sofferente, che nella sua passione ha dato tutto se stesso e ha versato il suo sangue per la nostra salvezza ».¹⁴

Conclusioni

Nonostante la complessità dei problemi di natura varia, la medicina dei trapianti offre all'umanità possibilità nuove di crescita umana e cristiana, facendo riscoprire gli alti valori di gratuità, di oblatività e di generosità del gesto di donazione. Le parole del Cardinale Zoung-grana, arcivescovo di Ouagadougou (Burkina Faso), sintetizzano in modo meraviglioso ciò che è in gioco qui: « ... l'uomo, nelle sue ardite ricerche, vuole vincere la morte, essere portatore di vita per i suoi fratelli (...), mettere le forze del suo spirito e le risorse del suo amore al servizio della vita, in ossequio alla vita del Creatore, che è Trinità nell'unico Dio, Padre, Figlio e Spirito Santo ».¹⁵

La donazione di organo che è gesto di gratuita oblazione di sé è un modo di testimoniare del Vangelo di Cristo, che riconosce nell'atto di donare la vita agli altri il più grande segno di amore cristiano (cfr. *Gv.* 15, 13). Quest'amore trova in Cristo la sua fonte e la sua misura; chiunque fa dono di sé nel donare un organo sperimenta e realizza la pertinenza e l'attualità di questo paradosso evangelico: « Chi perderà la propria vita per Me, la salverà » (*Lc* 9, 24).

¹ GIOVANNI PAOLO II, Disc. ai partecipanti alla IIa Conferenza Internazionale del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, *Dolentium Hominum. Chiesa e salute nel mondo*, 7 (1988), 7.

² F. ANGELINI, *Quel soffio sulla creta*, Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, Città del Vaticano 1990, p. 475.

³ *Ibid.*, p. 474.

⁴ Cf. L. CICCONE, *I trapianti d'organo: aspetti etici*, in *Medicina e Morale*, 4 (1990).

⁵ F. ANGELINI, *op. cit.*, p. 476.

⁶ L. CICCONE, *op. cit.*, 713.

⁷ ANGELINI, F., *op. cit.*, 476.

⁸ G. CONCETTI, *I trapianti di organi umani, esigenze morali*, Piemme 1987, p. 69.

⁹ Don M. PICCHI, *La vita è una meravigliosa avventura*, Centro Italiano di Solidarietà, 1a ed., Roma 1986, p. 52.

¹⁰ D. RODRIGUEZ, *Dono, commercio, esproprio di organo*, in *Medicina e Morale*, 4 (1990), p. 717.

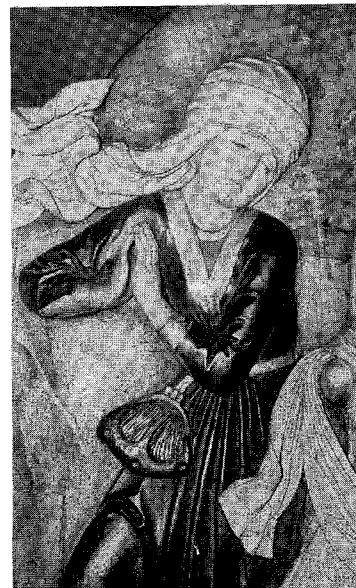
¹¹ GIOVANNI PAOLO II, ENC. *Sollicitudo reissocialis*, 30.12.1987, n. 40.

¹² IDEM, Lett. Apost. *Salvifici dolori* ~11.02.1984, n. 28.

¹³ Cf. *Labor hospitalaria*, 194 (1984), pp. 238-241.

¹⁴ GIOVANNI PAOLO II, *L'Osservatore Romano*, 2.08.1984.

¹⁵ P. ZOUNGRANA, *Scienza e fraternità umana*, AA.VV., *Trapianto di cuore e trapianto di cervello*, Roma, Orizzonte Medico, 1983, p. 256 sg.



**MADRID
(Spagna)**

Chiesa e salute

Dal 29 settembre al 4 ottobre hanno avuto luogo a Madrid i due incontri nazionali di maggior rilevanza fra quelli che ogni anno celebrano i responsabili della Pastorale Sanitaria della Spagna: la 30ª Riunione dell'Equipe Nazionale e la XV Riunione Nazionale dei Delegati Diocesani. Ad entrambi gli incontri ha presenziato il P. José L. Redrado, Segretario del Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari.

1. Riunione dell'Equipe nazionale

L'Equipe nazionale di Pastorale Sanitaria celebra due riunioni l'anno, dedicate a preparare i piani e iniziative pastorali che successivamente saranno presentati, attraverso la commissione Episcopale di Pastorale, alla Conferenza Episcopale Spagnola per la sua approvazione, e a tutte e ognuna delle Chiese locali di Spagna per la loro messa in pratica. In questa riunione, celebrata i giorni 29 e 30 settembre, sono stati trattati i seguenti temi:

— La bozza del progetto della Giornata del Malato 1991, che verterà sopra Chiesa e Salute e include tra i suoi obiettivi quello di analizzare i modelli di salute attualmente vigenti, e apportare la visione e l'esperienza della salute dal punto di vista cristiano.

— Il Piano Pastorale del Dipartimento della Pastorale Sanitaria per il triennio 1990-1993, in sintonia con quello della Conferenza Episcopale Spagnola per lo stesso periodo.

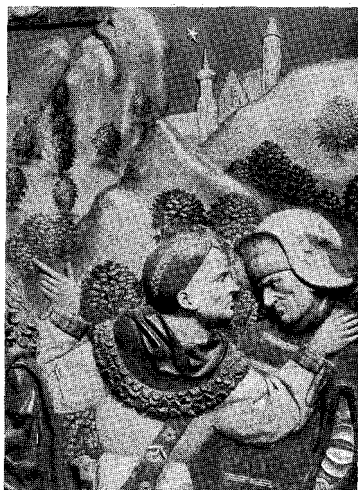
— Lo studio della bozza di progetto di un documento su Chiesa e Sanità in Spagna, che la Conferenza Episcopale Spagnola renderà pubblico nel 1993.

— La possibile presenza e intervento della Pastorale Sanitaria della Spagna nelle commemorazioni del

V Centenario della Scoperta dell'America.

— La programmazione delle Commissioni Nazionali di Pastorale Sanitaria: di Formazione, di Pastorale Ospedaliera, di Pastorale Parrocchiale, di Professionisti Sanitari Cristiani (PRO. SA. C.) e della Salute Mentale, così come le attività di ambito nazionale per il periodo 1990-91.

— Informazioni circa le attività del Pontificio Consiglio della Pastorale Sanitaria, a cura del suo



Segretario Generale, il P. José Luis Redrado.

L'Equipe Nazionale di Pastorale Sanitaria è costituita dal Direttore e dal Segretario del Dipartimento Nazionale, dai delegati regionali o interdiocesani, dai responsabili nazionali delle cinque commissioni, più quelli della Federazione Nazionale di Religiosi/e Sanitari/e e della Fraternità Cristiana di Malati e Minorati.

2. Riunione Nazionale dei Delegati Diocesani

Con l'assistenza di più di cento partecipanti fra delegati diocesani e collaboratori, ha avuto luogo nei giorni dall'1 a 4 ottobre la XV Riunione Nazionale dei Delegati Diocesani della Pastorale Sanitaria.

La prima parte della stessa è stata dedicata a svolgere il tema Chiesa e Salute, lavoro iniziato con cinque

relazioni: Modelli attuali di salute, approssimazione al concetto di salute, a cura del Prof. Diego Gracia Guillén, cattedratico di Storia della Medicina; Modello cristologico di salute, approccio all'esperienza della salute in Gesù a cura del Prof. José Antonio Pagola, vicario generale della diocesi di San Sebastián; L'esperienza umana della salute nell'ottica cristiana, a cura del Padre Francisco Alvarez, provinciale dell'ordine di San Camillo; La Chiesa, sacramento di salute, a cura di D. Marino Galve, responsabile nazionale della Commissione di Salute Mentale; e Chiesa e Salute nel Mondo, a cura del P. José Luis Redrado.

Ognuna delle relazioni è stata seguita da un colloquio e da un lavoro di riflessione di gruppo.

Come nelle riunioni degli anni precedenti, c'è stata anche in questa una parentesi dedicata all'inter-scambio di esperienze e iniziative tra le delegazioni regionali e diocesane, seguendo la norma del Piano di Aiuto Mutuo. In più quest'anno il Dipartimento ha pubblicato un Dossier del Delegato diocesano, in cui si dà una documentazione assai utile per organizzare il funzionamento delle delegazioni.

Attenzione speciale meritano i documenti dedicati alla preghiera in comune: lodi e eucarestia, così come l'incontro speciale di orazione sulla consapevolezza cristiana della salute. Si è trattato di commemorazioni preparate con cura che penetrano profondamente nell'animo di tutti.

JESUS CONDE HERRANZ

*Delegato diocesano
della Pastorale Sanitaria
Madrid*

**NICOSIA
(Cipro)**

IV Conferenza Europea dei Ministri della Sanità

Si è celebrata a Nicosia nei giorni 18 e 19 ottobre 1990 la IV Conferenza Europea dei Ministri della Sanità. La Santa Sede è stata presente con una delegazione ufficiale composta da S.E. Mons. Boutros Gemayel, arcivescovo di Cipro come capo della delegazione, il P. Maurice Dooley, professore di Morale e il P. José L. Redrado, Segretario del Pontificio Consiglio

per la Pastorale degli Operatori Sanitari.

Il tema centrale dell'incontro è stato: il personale della sanità, cambiamenti e difficoltà. La delegazione della Santa Sede nella sua relazione all'Assemblea dei Ministri, ha esposto il tema « La formazione etica degli Operatori Sanitari », testo che pubblichiamo integralmente in questo stesso numero della rivista.

Il denso programma di questi giorni è stato una opportunità per diversi Ministri e delegazioni di esporre le loro preoccupazioni circa il personale sanitario, tra cui la rapida diminuzione delle infermiere e la necessità di una preparazione e aggiornamento in accordo con le esigenze sanitarie attuali; temi demografici, nuove tecnologie, problemi della salute, nuove patologie, così come diverse esperienze di cura a domicilio, sono stati i temi che abbiamo ascoltato questi giorni.

Nel dibattito aperto il capo della delegazione della Santa Sede ha preso la parola per sottolineare la necessità di proteggere la vita, aggiungendo agli anni una maggior

qualità, aspetti — disse — che sono sempre presenti nei discorsi dell'attuale Papa Giovanni Paolo II, che ha istituito un nuovo Dicastero, il Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, col fine di animare e illuminare i diversi aspetti della salute.

Al termine di questa IV Conferenza, è stato approvato un testo in cui si sottolinea l'importanza del personale sanitario, la formazione, la promozione di valori etici, le risposte ai diversi cambiamenti, la gestione delle risorse umane, i nuovi sviluppi nel campo scientifico e tecnologico, l'ambiente sociale della salute, le nuove patologie. Questi ed altri punti del testo finale segnalano la carenza specifica e le risposte che devono avviarsi.

Hanno partecipato 23 nazioni, oltre a diverse delegazioni come « osservatori »: Santa Sede, O.M.S. Europea, Consiglio d'Europa, ecc.. Se importanti sono stati gli scambi in Aula, lo sono stati pure quelli nei corridoi: una opportunità per moltiplicare le esperienze.

JOSÉ L. REDRADO
Segretario del Dicastero



Cracovia (Polonia)

Laurea « honoris causa » in medicina a Mons. F. Angelini

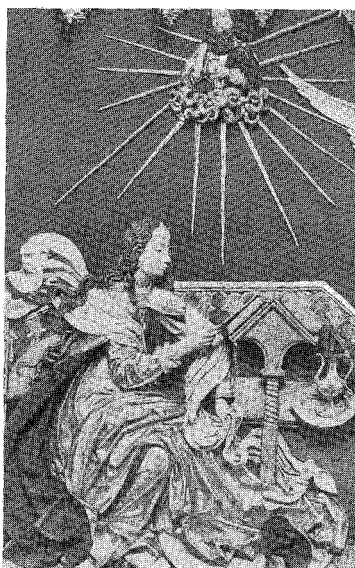
L'accademia di Medicina « Nicolaus Copernicus » dell'Università Jagellonica di Cracovia, una delle più antiche d'Europa, fondata nel 1364 da Re Casimiro e dove Copernico studiò medicina e anatomia, ha conosciuto un giorno particolarmente solenne il 24 novembre 1990.

Protagonista della giornata S.E. Mons. F. Angelini, al quale la suddetta Università ha conferito la laurea « honoris causa » in Medicina. Molteplici i motivi del conferimento, ma prima tra tutti la dedizione di Mons. Angelini ai temi e problemi della sanità e della salute, della sollecitudine per gli infermi, per gli operatori sanitari. Impegni assolti per tanti anni dal nuovo Dottore e soprattutto negli ultimi cinque anni alla guida del giovane dicastero della Pastorale per gli Operatori sanitari.

Accompagnavano S.E. Mons. Angelini i pp. L.J. Redrado e F. Ruffini, rispettivamente Segretario e Sottosegretario, e i professori Corrado Manni, Rino Cavalieri, Domenico Di Virgilio e Franco Splendori, consultori del Pontificio Consiglio.

La cerimonia ha avuto luogo alle ore 10.00 a.m. di sabato 24 novembre 1990 in un ambiente carico di riferimenti alla scienza e alla cultura. Ha introdotto la cerimonia il Rettore dell'Università Prof. Aleksander Koj illustrando i motivi del conferimento della laurea a Mons. Angelini, il quale ha tenuto la « lectio » magistrale sul tema: « Il magistero di Giovanni Paolo II per gli Operatori sanitari » (pubblichiamo il testo in questo stesso numero della rivista). Mons. Angelini ha tenuto la lezione in lingua latina.

Tra le personalità ecclesiastiche civili presenti, S.E. il Card. Franciszek Macharski, arcivescovo di Cracovia; S.E. Mons. Jozef Kowalczyk, Nunzio Apostolico in Polonia; S.E. Mons. Bronislaw Dabrowski, Segretario generale della Conferenza Episcopale polacca; il Prof. Andrzej Kosiniak-Kamysz, Ministro della Sanità; il Dr Vincenzo Manno, Ambasciatore d'Italia in Polonia; il Prof. Tadeusz Cichocki, Rettore dell'Accademia di Medicina.



Si può ricordare che in questa stessa Università si laureò in Medicina il fratello maggiore del Santo Padre, Edmud e che lo stesso Giovanni Paolo II, che vi aveva studiato filosofia e teologia, vi ottenne la laurea « honoris causa » nel 1983.

La cerimonia e l'iniziativa è, senza dubbio, un riconoscimento compiuto nei confronti di Mons. Angelini; tuttavia, come egli stesso ama precisare, « è un riconoscimento alla Chiesa, al Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori sanitari, al Santo Padre » per il grande lavoro che viene compiuto nel campo della sanità e della salute. Diciamo anche che si tratta di un riconoscimento universale, sullo stesso piano del Premio Sasakawa assegnato a Mons. Angelini nel corso di quest'anno a Ginevra dalla Organizzazione Mondiale della Sanità o del Premio « Umanizzazione della Medicina » conferitogli a Washington, dall'Università Georgetown nel 1986.

La nostra permanenza in Polonia è stata occasione di vari incontri: con il Nunzio Apostolico Mons. Jozef Kowalczyk; con S.E. il Card. Jozef Glemp, Primate di Polonia e con il Segretario della Conferenza Episcopale polacca S.E. Mons. Bronislaw Dabrowski; con l'Arcivescovo di Cracovia Card. Franciszek Macharski e con l'Ambasciatore d'Italia in Polonia S.E. il Dr Vincenzo Manno.

Domenica mattina 25 novembre, visita all'Istituto Secolare S. Famiglia a Lomianki, nei pressi di Varsavia, con celebrazione dell'Eucaristia e incontro con Mons. Kazimierz Majdanski, Vescovo responsabile del suddetto Istituto: si è parlato, presente un gruppo di giovani, dei problemi, dei programmi e dello sviluppo di questa nuova istituzione.

Lasciando la Polonia, vivissimo in tutti un sentimento di riconoscenza per la ricordata iniziativa, per l'accoglienza e l'incentivo venuto dalla celebrazione vissuta a Cracovia.

JOSÉ L. REDRADO
Segretario del Dicastero

CITTÀ DEL VATICANO

Sinodo dei Vescovi

L'argomento del Sinodo 1990 è stato vissuto nel nostro Dicastero, non solo nel suo svolgimento — nel mese di ottobre — ma anche nel suo allestimento durante il quale abbiamo cercato di apportare l'elemento specifico di questo Dicastero, ovvero sia quanto è in rapporto alla salute, la malattia, i malati, i professionisti...

La presenza del nostro Presidente Mons. Angelini nell'Aula del Sinodo ci ha indotto a viverlo più da vicino, attraverso questi vari aspetti: il suo intervento in Aula, la pubblicazione del libro « Formazione sacerdotale e pastorale sanitaria », consegnato ad ogni Padre Sinodale e, per ultimo, la visita personale o in gruppo fatta da molti PP. Sinodali alla nostra Sede, occasione della quale noi abbiamo approfittato per insistere sull'argomento ed anche su concreti aspetti del Dicastero.

V Conferenza Internazionale: La Mente Umana

Per la quinta volta, il Dicastero della Sanità è stato il protagonista, nell'Aula del Sinodo, di un incontro internazionale che ha riunito numerosi scienziati ed esperti sull'argomento della Mente Umana, nei giorni 15-17 novembre 1990.

Tutti gli aspetti scientifici concernenti la mente umana sono stati svolti e approfonditi da circa 60 ricercatori, scienziati e diversi premi Nobel; teoria e prassi sono state messe insieme in brillanti e chiare relazioni; non sono mancati neanche i riferimenti ad aspetti psichiatrici, sociali, etici e pastorali della materia.

La V^a Conferenza Internazionale è stata segnata da una Mostra sulla *Mente umana*. Espressione visuale dei problemi allo studio, la mostra ha messo in luce il mistero della grandezza e della dignità dell'uomo che, con il suo spirito, è a immagine del suo Creatore. La successione storica dei quadri accompagnati dalle leggende dimostra come l'itinerario della mente umana è quello di Dio. Dalla religiosità alla scienza contemporanea, attraversando la filosofia, la psicologia, i diversi quadri della mostra hanno stimolato la riflessione e suscitato dei sentimenti che invitano i scienziati e gli artisti a penetrare il prodigioso mistero della conoscenza umana.

Sua Santità Giovanni Paolo II ha chiuso i lavori della V Conferenza indirizzando ai partecipanti un

discorso che è un inno alla mente umana, alla grandezza dell'uomo creato a immagine e somiglianza di Dio, alla sua capacità di dominio su di sé e sul creato, alla sua libertà e anche con riferimento alle diverse limitazioni a causa, soprattutto, delle malattie della mente; e ha stimolato i scienziati allo studio dell'essere umano nella sua pienezza.

Alla Conferenza hanno preso parte 1650 congressisti di 90 paesi. Gli interventi saranno pubblicati nel n° 16 (Gennaio 1991), monografico, della nostra Rivista *Dolentium Hominum*.

PRESENZA DEL PONTIFICIO CONSIGLIO IN ALTRI INCONTRI

Ginevra

Il 27 giugno 1990 ebbe luogo un incontro interconfessionale, organizzato dalla « Christian Medical Commission » del Consiglio Ecumenico delle Chiese. Argomento dell'incontro era: « Ruolo delle Chiese nell'abuso delle droghe ». Si sono fatte diverse proposte chieden-

do un maggior intervento dei mass media e delle autorità religiose per combattere la droga, evitarne il traffico ed elaborare un testo ufficiale che condanni il traffico di droga, ecc.

Il nostro Pontificio Consiglio era rappresentato da Don Jean-Pierre Schaller, consultore del Dicastero.

Roma

— La Federazione Internazionale dei Farmacisti Cattolici ha commemorato a Roma, i giorni 3 e 4 novembre 1990 il 40° anniversario della sua fondazione; sono intervenuti più di 300 professionisti. Nella suddetta commemorazione erano presenti Mons. Angelini e P. Redrado. Mons. Angelini, nel messaggio indirizzato ai partecipanti, ha sottolineato la responsabilità etica del farmacista cattolico. Una sintesi dello svolgimento e contenuti della commemorazione appare in questo stesso numero della rivista.

— Il 13 novembre ebbe luogo l'apertura, nel Camillianum (Roma), dell'anno accademico 1990-91. P. Redrado, segretario del Dicastero, ha presieduto la sessione accademica in cui furono consegnati i titoli di Dottore, Laureato e Diplomi vari in Pastorale Sanitaria. La lezione magistrale fu fatta da P. Vergilio Pasquetto, preside del Teresianum, sul tema: « Il credente davanti alla esperienza del dolore ». P. Cinà, il preside del Camillianum sottolineò nella prolusione la strada percorsa in questi primi quattro anni di vita accademica. P. Redrado ringraziò quanti avevano ricevuto i diversi titoli e li invitò a mettere in pratica la loro scienza. Fece pure un augurio e si congratulò con il Camillianum per la serietà e responsabilità nel sentiero percorso.

— Il Pontificio Consiglio è intervenuto, con la presenza di P. Redrado, in un incontro coordinato dal Pontificio Consiglio per la promozione della unità dei cristiani, avuto a Roma il 4 dicembre. Argomento dell'incontro è stato: « Riflessione sulle relazioni con i movimenti pentecostali internazionali ».

Milano

È stata celebrata il 30 novembre, nell'ambito di Milano-Medicina 90, la quinta Giornata Europea di bioetica, sul tema ((Trapianti di organi)).

Il P. José L. Redrado, segretario del Dicastero, prese parte al convegno con la conferenza « Dono di sé e donazione di organi », che pubblichiamo in questo numero della rivista.



Due nuovi documenti del nostro Dicastero



*formazione sacerdotale
e pastorale sanitaria*

Introduzione

LA DOTTRINA

1. *L'esempio di Cristo, sacerdote e medico delle anime e dei corpi*
 - nei Vangeli
 - nella lettura della tradizione liturgica, patristica e teologica
2. *Chiesa e salute nel nostro tempo*
 - Pio XII
 - Giovanni XXIII
 - Paolo VI
 - Giovanni Paolo II
3. *Alcuni punti chiave di una efficace pastorale sanitaria*

LA PRASSI

1. *I malati, l'assemblea ecclesiale più vasta*
2. *Organismi a livello di Conferenze episcopali, di diocesi e parrocchie*
3. *L'impegno concreto delle Chiese particolari per il coinvolgimento volontario dei laici*
4. *Formazione sacerdotale alla pastorale sanitaria*

Conclusione



JEAN PIERRE
CHALLER

*i sacramenti:
farmaco
di immortalità*



Presentazione

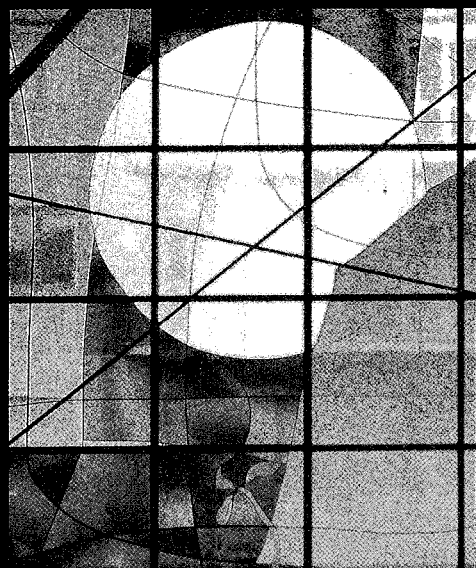
Prefazione

- I. LA LITURGIA
- II. I PADRI DELLA CHIESA
- III. TOMMASO D'AQUINO
- IV. TRE SACRAMENTI
 1. La Confessione
 2. La Comunione
 3. Il sacramento dei malati
- V. GLI ALTRI SACRAMENTI
 1. Il battesimo
 2. La confermazione
 3. Il Matrimonio
 4. Il sacramento dell'Ordine

CONCLUSIONE

**Richiedere presso la
Direzione della Rivista**

FIorenZO ANGELINI



quel soffio sulla creta



*In tre parti (I. La salute; II. Accanto agli infermi;
III. Accanto agli operatori sanitari)
il volume raccoglie,
in disposizione sistematica,
una serie di studi e saggi di Mons. Fiorenzo Angelini
su argomenti attinenti
al vasto e complesso campo della Medicina
come ricerca scientifica e prassi professionale,
in stretta connessione
con la Teologia morale e la Pastorale sanitaria.*

*Della salute,
dell'assistenza agli infermi
e dell'attività professionale dei medici
e degli operatori sanitari
sono toccati i temi più vivi ed attuali.*

*Come vuole il titolo del volume,
ispirato alla Bibbia,
la pubblicazione evidenzia
come quanto si riferisce alla salute ed alla malattia,
alla scienza ed alla ricerca mediche,
all'etica sanitaria si traduca
in difesa, promozione e celebrazione della vita
e della dignità della persona umana.*

1. RIVISTA «DOLENTIUM HOMINUM»

Dal prossimo anno 1991 l'abbonamento alla nostra rivista «Dolentium Hominum» sarà di

60.000 Lire Italiane

(estero \$ US: 60 o importo equivalente in valuta locale) compresa spedizione

I nostri lettori comprenderanno questo aumento della quota di abbonamento se terranno presente che, benché «DOLENTIUM HOMINUM» sia quadrimestrale, il primo numero dell'anno viene dedicato agli Atti della Conferenza Internazionale promossa dal Dicastero, che da solo comprende il totale di pagine dei tre numeri.

AI
NOSTRI
LETTORI

2. LA VI CONFERENZA INTERNAZIONALE IN VATICANO

La VI Conferenza Internazionale promossa dal Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari nel 1991 avrà per tema: «La droga e l'alcool» e sarà celebrata nell'Aula del Sinodo in Vaticano, i giorni 21, 22, 23, di novembre.

Quest'incontro vedrà riuniti scienziati e esperti del mondo nel campo scientifico, medico, sociale, psicologico, etico e pastorale.

Per informazioni più precise, rivolgersi al nostro Dicastero, indirizzo e telefono indicati sulla rivista.

*RIVISTA DEL
PONTIFICIO CONSIGLIO
DELLA PASTORALE
PER GLI OPERATORI
SANITARI*

*Campagna di
abbonamento 1991*

1991



**Nel prossimo
numero**

Saranno pubblicati gli Atti della V Conferenza Internazionale sulla Mente Umana. La Conferenza Internazionale è stata promossa dal nostro Pontificio Consiglio, e ha avuto luogo nell'Aula del Sinodo in Vaticano, nei giorni 15-17 Novembre '90. I non abbonati alla nostra rivista possono acquistare gli Atti presso la nostra Direzione, inviando l'importo di £ 60.000 (+ spese postali), per assegno bancario, o con il cc.pt. n. 63353007, intestato al Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari — Via della Conciliazione, 3 — 00193 ROMA

**Abbonarsi
o rinnovare
l'abbonamento
è semplice:
basta versare
£ 60.000 (estero 60 \$)
sul conto corrente Postale
numero 63353007
intestato al
Pontificio Consiglio
della Pastorale
per gli Operatori
Sanitari
Via della Conciliazione, 3
00193 Roma**

*Avvertiamo gli abbonati che riteniamo
rinnovato l'abbonamento per il 1991
salvo segnalazione contraria in merito*