

DOLENTIUM HOMINUM

N. 18 – Anno VI (N. 3) 1991

RIVISTA DEL PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI

Direzione, Redazione, Amministrazione:
Città del Vaticano
Tel.: 698.3138, 698.4720, 698.4799
Fax: 698.3139
Telex: 2031 SANITPC VA

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 20.000
(estero \$ 20 o importo equivalente
in valuta locale) compresa spedizione

Stampa
Tipografia Vaticana

Sped. in abb. post. gr. IV/70%
III Quadrimestre 1991

Direttore:
FIORENZO CARD. ANGELINI

Redattore Capo:
P. JOSÉ L. REDRADO, OH

Segretario:
P. FELICE RUFFINI, MI

Comitato di Redazione:
DON GIOVANNI D'ERCOLE F.D P
SR. CATHERINE DWYER M M M.
DR GIOVANNI FALLANI
MONS. JESÚS IRIGOYEN
PROF. JÉRÔME LEJEUNE
P. VITO MAGNO R.C.I.
ING. FRANCO PLACIDI
PROF. GOTTFRIED ROTH
MONS. ITALO TADDEI

Collaborano in Redazione:
P. DAVID MURRAY M.ID.
MARÍA ÁNGELES CABANA M.ID.
SR. MARIE-GABRIEL MULTIER
D. JEAN-MARIE M. MPENDAWATU
SR. M. JUDITH WASTE
ROSA CALABRETTA M.ID.

sommario



EDITORIALI

7 Pastorale sanitaria e promozione vocazionale
Card. Fiorenzo Angelini

10 La bioetica nella prospettiva cristiana
Card. Joseph Ratzinger

16 La coscienza ministeriale dell'operatore sanitario
Dott. Salvino Leone

MAGISTERO DELLA CHIESA

22 Dai discorsi del Santo Padre

ARGOMENTI

30 Salute e urbanizzazione
S. Ecc.za Mons. Justo Mullor

32 Lo stress psicoemotivo
Prof. Sudakov K. B.

38 La salute dei poveri
P. Renato Dì Menna

40 Il compito degli ospedali cattolici
Sr. Rosalie Bertell

TESTIMONIANZE

44 La Federazione Internazionale dei Farmacisti Cattolici (F.I.P.C.)
Dott. Jean Dréano

48 Casa della Speranza e della Fraternità
P. Augusto Vila-Chà



51 La malattia momento di prova

S. E. Mons. John Njienga

53 Congregazione Benedettina delle Suore Riparatrici del Santo Volto di Nostro Signore Gesù Cristo

Sr. Maria Maurizia Biancucci

ATTIVITÀ DEL PONTIFICIO CONSIGLIO

56 Conferenze

L'Ospedale per la città

Questa Chiesa è una porta di speranza al luogo di sofferenza

Senso umano e cristiano della vita di fronte all'Aids

Servire i malati con lo stesso amore con cui una madre assiste il suo unico figlio

Le nuove frontiere della bioetica

69 Cronache

Bucchianico: Visite di S. Em.za il Cardinale Fiorenzo Angelini

Mosca: Nuovi contatti

Fatima: Aids, Etica e Morale cristiana

San Marino: Premio a S. Em.za il Cardinale Angelini

Lourdes: Pellegrinaggio del Dicastero

Città del Vaticano

Altre Attività e incontri

Dai Messaggi natalizi di Sua Santità Giovanni Paolo II

« Solo l'amore che si fa dono può trasformare la faccia del nostro pianeta, volgendo le menti ed i cuori a pensieri di fraternità e di pace » (1986).

*

« Nel mistero del Natale la Storia dell'uomo — di ciascuno e di tutti — è chiamata a superare il limite che interiormente può bloccare il cammino verso la salvezza di Dio. L'uomo può ignorare questa chiamata. Può perfino non accettarla. Ma la "salvezza" non può venire all'uomo se non da Dio. Ed è venuta! Proprio questa notte » (1988).

*

« Venite alla culla del Bambino inerme, che è la potenza di Dio. Egli è nato per noi. Venite.... e vedrete.... e sarete accolti, perché oggi si sono manifestati la bontà di Dio e il suo amore per gli uomini » (1989).

*

« Le ombre, che pur paiono addensarsi all'orizzonte, non riescono ad offuscare la luce di Cristo. Cristo cammina con gli uomini, cammina e vive con noi. È fra noi, vivo e glorioso nel suo trionfo di misericordia » (1990).



*Gloria in excelsis Deo
et in terra pax hominibus bonae voluntatis*

pastorale sanitaria e promozione vocazionale

Card. Fiorenzo Angelini

7

Sin dal momento della istituzione del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, l'esigenza di promuovere le vocazioni sacerdotali e religiose specificamente impegnate nel mondo della sofferenza e della salute fu avvertita come compito tra i prioritari del dicastero. La prima Assemblea Plenaria del Pontificio Consiglio celebrata in Vaticano nel febbraio 1990 ha ribadito tale istanza e l'ha posta tra gli obiettivi da perseguire nell'immediato della sua attività.

La ragione di fondo è triplice. In primo luogo si constata un fatto paradossale: sebbene quasi tutti gli istituti religiosi maschili e femminili contemplino, nel loro apostolato, l'attenzione verso gli infermi e la loro assistenza, ci sono vaste aree del mondo con popolazione a maggioranza cattolica dove mancano sacerdoti e religiosi/e preparati per assistere spiritualmente e pastoralmente i malati. In alcuni Paesi dell'America Latina — ma non solo di quest'area geografica — l'80% della popolazione inferma muore senza l'assistenza religiosa. I dati offerti dai Vescovi incaricati della Pastorale sanitaria in seno alle Conferenze episcopali sono preoccupanti.

In secondo luogo, la perdurante crisi di vocazioni sacerdotali e religiose, mentre da una parte ha aggravato il suddetto fenomeno, dall'altra registra insufficiente preparazione nei responsabili della pastorale sanitaria.

Infine, è ferma consapevolezza del nostro dicastero — sostenuto in questo dall'approvazione e dal crescente sostegno dei Vescovi e dei Superiori/e religiosi/e — che la pastorale sanitaria, sia come fattore integrante della formazione sacerdotale e religiosa sia come esperienza concreta di ministero e di diaconia della sofferenza, costituisca un campo privilegiato di animazione e di promozione vocazionale proprio perché il servizio a chi soffre si dimostra ogni giorno come via particolarmente efficace della nuova evangelizzazione e di quella ri-evangelizzazione, che il Santo Padre Giovanni Paolo II indica come missione urgente della Chiesa nel nostro tempo.

Subito dopo l'Assemblea Plenaria del febbraio 1990, il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari ha voluto direttamente raccogliere suggerimenti e proposte da Istituti religiosi maschili e femminili che operano nel mondo della sanità e della salute come pure da settori e ambienti interessati o dedicati alla pastorale vocazionale ed alla formazione sacerdotale e religiosa. Contestualmente, nuove indicazioni sono venute dalle Conferenze episcopali non poche delle quali hanno cominciato ad inserire espressamente nei loro documenti orientativi delle rispettive chiese locali il richiamo all'importanza della pastorale sanitaria per la stessa pastorale delle vocazioni.

Questo materiale, insieme ad altri elementi emersi dai contatti e dalla collaborazione del Pontificio Consiglio con altri dicasteri della Curia Romana, è stato discusso nel corso dell'apposito incontro svoltosi a Roma il 13 marzo 1991 ed esclusivamente dedicato all'impegno del nostro dicastero nella promozione delle vocazioni sacerdotali e religiose.

Nel frattempo, oltre al sostegno offerto al neo istituto teologico « Camillianum », creato a Roma nel 1987 per il conferimento dei gradi accademici in teologia con specializzazione in pastorale sanitaria ed oltre al passaggio a fondazione perpetua — grazie al contributo del nostro Dicastero — del Corso di pastorale sanitaria nel programma dell'Istituto di Pastorale Sanitaria della Pontificia Università Lateranense, si è cercato di dare un chiaro taglio vocazionale ai tre sussidi pubblicati in più lingue, che il Pontificio Consiglio ha edito in occasione del Sinodo dei Vescovi del 1987 e del 1990. Particolarmente il Sussidio « Formazione sacerdotale e Pastorale sanitaria » (1990) è entrato direttamente nel merito della promozione vocazionale. È inoltre in preparazione un sussidio audiovisivo che si propone di sensibilizzare al problema della pastorale sanitaria un crescente numero di persone a tutti i livelli della comunità ecclesiale, senza dire dello spazio dedicato a questo problema dalla nostra rivista « *Dolentium hominum. Chiesa e salute nel mondo* ».

Tutti questi elementi fanno da cornice ad una strategia e ad iniziative concrete che è necessario elaborare, soprattutto per superare un equivoco abbastanza diffuso, e cioè che la pastorale sanitaria sia qualcosa di scontato nell'ambito della pastorale di insieme e che quindi non richieda un'attenzione specifica. Che essa sia qualcosa che appartiene per sua natura e quasi ovviamente alla pastorale di insieme è vero, ma questo non significa che non comporti, per il suo esercizio, una preparazione attenta alla complessità delle situazioni e soprattutto ai nuovi e molteplici problemi di natura etica e morale posti dalla medicina e dall'assistenza agli infermi. Non solo, ma proprio perché la pastorale sanitaria avvicina gli esseri umani in ciò che maggiormente li accomuna, si conferma terreno particolarmente fertile per l'animazione e la promozione vocazionali.

La Lettera ai sacerdoti che il Santo Padre ha scritto per il Giovedì Santo di quest'anno tocca un problema, che già era stato avvertito con grande chiarezza da Pio XII nell'enciclica « *Fidei donum* » (21 aprile 1957): quello della necessità, a causa soprattutto della crisi di vocazioni sacerdotali e religiose, dell'interscambio e del reciproco aiuto tra diocesi meno povere e diocesi più povere di sacerdoti ed anche di religiosi.

L'awio dell'umanità al formarsi di quello che viene oggi chiamato il « villaggio globale », rende particolarmente attuale una indicazione abbastanza dimenticata del Vaticano II che, nel decreto *Apostolicam actuositatem*, 10, sottolinea la necessità che la collaborazione interecclesiale non si limiti ai confini della parrocchia e della diocesi, ma si « allarghi nell'ambito interparrocchiale, interdiocesano, nazionale o internazionale », dato che il crescente spostamento delle popolazioni, lo sviluppo delle mutue relazioni, la facilità delle comunicazioni non consentono più ad alcuna parte della società di rimanere chiusa in se stessa.

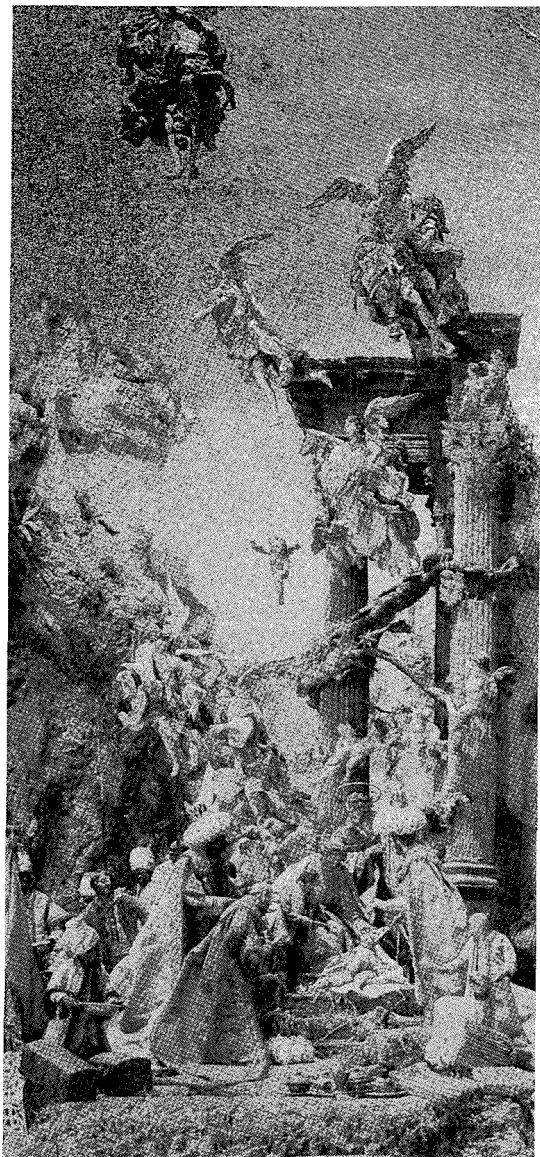
Per quanto attiene alla pastorale sanitaria, la crescente socializzazione della medicina, l'ampiezza delle strutture sanitarie ed ospedaliere, lo sviluppo della medicina preventiva, rendono sempre più difficile — anche per la crisi di vocazioni — a singoli istituti religiosi come pure al clero diocesano occuparsi esclusivamente della pastorale sanitaria di determinati luoghi di ricovero e di cura o di particolari ambienti. Per assolvere questi compiti non basta, né potrebbe essere oggetto di alcuna programmazione, la creazione di nuovi istituti ospedalieri o a prevalente apostolato di pastorale sanitaria. Diventa, invece sempre più urgente favorire due settori: quello della collaborazione interdiocesana e intercongregazionale e quello di una conte-

stuale animazione e promozione vocazionale da condurre nell'ambito di tale collaborazione.

Alcuni tentativi compiuti al riguardo hanno dato frutti straordinari pur avendo incontrato difficoltà organizzative non facili da superare. Si è trattato, tuttavia, di fatti isolati, anche perché persiste una mentalità corporativistica nel campo della pastorale vocazionale, in quanto ciascun istituto tende a preoccuparsi soltanto delle proprie vocazioni.

La disponibilità, da parte di istituti religiosi ospedalieri ad associare alla formazione dei propri membri, religiosi di altri istituti per prepararli alla pastorale sanitaria, rappresenta un valido contributo, ma non può essere sufficiente, non fosse altro perché non tutti gli istituti religiosi maschili e femminili a preminente apostolato di pastorale sanitaria sono presenti ovunque con istituzioni idonee a questa formazione comune. Il discorso, poi, non riguarda soltanto i religiosi/e, ma anche il clero, i diaconi permanenti, gli istituti secolari e i laici consacrati. Non va dimenticato, ad esempio, che i Diaconi permanenti, in meno di due decenni, sono saliti da meno di un migliaio a oltre quindicimila nel mondo; gli istituti secolari di diritto pontificio superano la cifra di centocinquanta e stupisce che le statistiche delle persone consurate continuino, in genere, ad ignorare questo fenomeno, che già Pio XII, con la Costituzione apostolica *Provida Mater Ecclesia* (2 febbraio 1947) e con il Motu Proprio *Primo feliciter* (12 marzo 1948) salutò come provvidenziale segno del nostro tempo e come fecondo campo di nuove vocazioni consurate, sia clericali sia laicali (cf. CIC, cann. 710, 711).

Secondo il Motu proprio istitutivo, il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari è stato creato per essere « (organismo di coordinamento di tutte le istituzioni cattoliche, religiose e laiche, impegnate nella pastorale degli infermi » (Motu proprio *Dolentium hominum*, 11 febbraio 1985, n. 6). Si parla espressamente di « pastorale degli infermi » e, quindi, di apostolato che in maniera non esclusiva, ma certamente essenziale e preminente, sono chiamati a svolgere innanzitutto i sacerdoti, i religiosi e le religiose e i laici consacrati. Ovviamente non è pensabile un'azione di coordinamento delle forze esistenti, ove manchi una contestuale azione di promozione vocazionale per favorire l'aggiungersi di nuove leve a quelle esistenti che sono scarse e che minacciano di conoscere una ulteriore diminuzione.



Vorrei subito aggiungere la particolare attualità, in sede di pastorale vocazionale, della prospettiva della pastorale sanitaria. Di fronte alla riconosciuta crisi di valori che affligge soprattutto i giovani, la prospettiva di un apostolato così autenticamente evangelico ed umanamente ideale quale l'attenzione a chi soffre, costituisce un'attrattiva sicura. Già l'esperienza è in grado di dimostrare quante vocazioni sacerdotali e religiose hanno trovato, nella prassi della pastorale sanitaria, un consolidamento della propria scelta vocazionale ed una sua preziosa verifica.

È mia ferma convinzione che uno strumento idoneo di promozione vocazionale alla pastorale sanitaria potrebbe essere rappresentato dalla creazione di una *forma associativa* (Lega, Alleanza, Unione) che *unisce sacerdoti di qualsiasi diocesi, religiosi e religiose di tutti gli istituti e membri clericali e laicali degli istituti secolari, che si impegnano stabilmente o temporaneamente, nel territorio in cui vivono o altrove, ad esercitare interamente o parzialmente la pastorale sanitaria*.

Tale forma associativa, regolata da apposito Statuto, farebbe capo al Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, il quale, di concerto con le Conferenze episcopali, con le diocesi e con i responsabili maggiori degli istituti religiosi e secolari, si assumerebbe i seguenti compiti:

- assicurare ai membri associati una formazione essenziale alla pastorale sanitaria;
- indicare le aree, i luoghi, le necessità di intervento del personale disponibile;
- raccogliere dai membri impegnati nella pastorale sanitaria ogni informazione attinente ai problemi umani, sociali, sanitari, religiosi e pastorali più urgenti;
- curare l'aggiornamento pastorale degli associati, anche attraverso il loro avvicendamento;
- offrire a questo personale strumenti idonei di pastorale vocazionale;
- favorire, con mezzi concreti, la possibilità alle nuove vocazioni, di essere avviate, nel pieno rispetto delle loro aspirazioni, alla vita sacerdotale e consacrata.

L'eventuale sviluppo di questa forma associativa, sarebbe seguito, a livello locale, dai Vescovi delegati, nell'ambito delle Conferenze episcopali, per la Pastorale sanitaria, in piena comunione di intenti e di decisioni, con i Vescovi diocesani e con i responsabili degli istituti di vita consacrata.

La suddetta iniziativa, oltre a raccogliere tutte le possibili iniziative di pastorale vocazionale promosse dal Pontificio Consiglio, potrebbe segnare l'alba di un nuovo giorno per la pastorale sanitaria, che la Chiesa considera « parte integrante della sua missione » e che, nel nostro tempo, si conferma fattore di unità, di pace e di cooperazione tra i popoli, essendo la salvaguardia ed il ricupero della salute come pure l'assistenza a chi soffre e la valorizzazione della sua condizione uno degli aspetti che si riconducono ai diritti umani fondamentali.

la bioetica nella prospettiva cristiana

1. Le questioni della bioetica poste alla Chiesa

I grandi progressi della biologia umana e delle tecnologie mediche mentre spalancano enormi possibilità di bene, pongono nello stesso tempo nuovi inquietanti interrogativi, di fronte ai quali il biologo e il medico non vogliono essere lasciati soli a decidere e cercano quindi illuminazione e conforto nella società da chi è ritenuto più competente sull'« *humanum* ».

Quale spazio legittimo può avere l'intervento artificiale del medico nell'ambito della procreazione, al fine di rimediare la sterilità di una coppia? Quali sono i limiti etici degli interventi a livello della genetica umana, la quale va non solo alla ricerca di una terapia « radicale » di certe malattie, ma che avrebbe anche la possibilità di migliorare o comunque di modificare alcuni caratteri specifici o individuali? Quali sono i criteri in base ai quali giudicare l'applicazione di trattamenti speciali a pazienti in condizioni particolarmente critiche o in fase terminale? Quale risposta dare al dolore delle persone in queste condizioni estreme? Come comportarsi di fronte alla possibilità di diagnosticare, già prima della nascita, anomalie, per le quali tuttavia non si è ancora in grado di offrire soluzioni terapeutiche? A quali criteri ricorrere negli interventi di trapianti di organi o di tessuti, soprattutto per quanto riguarda il rispetto del donatore?

L'interesse immediato dei ricercatori, dei medici e degli operatori sanitari è avere delle risposte etiche precise su che cosa si può fare e che cosa non si può fare. Il loro ammirabile sforzo di far progredire la scienza medica al servizio dell'uomo, la loro dedizione spesso del tutto disinteressata e la loro grande sensibilità umana non possono essere messe in questione dagli abusi che alcuni, col pretesto del progresso della medicina o della risposta a richieste drammatiche e sofferte, compiono contro la natura stessa della medicina e contro il rispetto dovuto alla dignità dell'uomo. La stessa richiesta di suggerimen-

ti etici e la disponibilità a lasciarsi consigliare testimoniano della nobiltà e generosità con cui la gran parte dei medici vivono la loro missione.

Nella crisi dei riferimenti etici, la Chiesa appare come rappresentante di una grande tradizione morale, capace di illuminare sui valori, ma anche di suggerire modelli di ragionamento per questioni difficili e di trovare soluzioni adeguate e articolate a casi difficili.

Che cosa offre dunque la Chiesa come contributo specifico che la fede cattolica può dare alla soluzione delle questioni più scottanti della bioetica, quali emergono soprattutto nella prospettiva dell'esercizio attuale della medicina?

2. Alle radici di una difficoltà di comprensione

Tuttavia le risposte che l'insegnamento morale cattolico propone si incontrano spesso con difficoltà di comprensione: esse appaiono talvolta di una durezza inumana. La situazione si presenta dunque paradossale. Ciò che si chiede al moralista cattolico o al Magistero stesso della Chiesa in materia di bioetica è precisamente ciò che gli si rimprovera poi di dare in tutti gli altri ambiti dell'attività umana e, paradossalmente, *e* anche ciò che gli si rimprovera di dare nel campo della bioetica: delle regole definite, dei limiti che non sarebbe mai possibile superare, delle prescrizioni rigorose.

Perché questa difficoltà di comprensione, proprio in presenza di una grande domanda di illuminazione? Di fatto la Chiesa parla a partire da una prospettiva globale di senso sulla vita, per cui non è possibile comprendere fino in fondo le risposte particolari che essa dà se non si *e* disposti a mettersi nella logica di tale prospettiva.

Si rimprovera alla morale cristiana di deresponsabilizzare l'uomo prescrivendogli norme assolute di comportamento. Ma questo stesso rimprovero alla morale cristiana dipende dal fatto che fin dall'inizio ci si è ri-

fiutati di assumersi la responsabilità per le questioni ultime che essa pone e di ascoltare veramente le risposte radicali, a partire dalle quali essa indica tutte le altre risposte specifiche. È precisamente e principalmente sulle questioni ultime che essa invita l'uomo ad assumersi tutta la sua responsabilità. In altre parole: quando vengono sganciate dalla prospettiva globale di fede e dal loro radicamento in una coerente immagine dell'uomo, le risposte etiche specifiche dell'insegnamento cattolico non possono che diventare incomprensibili ed essere faintese.

Occorre pertanto cogliere il nesso intimo che unisce l'etica applicata (intesa come ricerca delle risposte particolari a casi morali specifici) con la morale (quale sapere sull'agire umano in rapporto col senso ultimo della libertà) e con la fede cristiana, la quale accoglie precisamente quella luce che la rivelazione proietta sull'uomo, sulla sua vocazione soprannaturale e sulla sua responsabilità.

3. «Esperienze limite» e tentazione della dimenticanza

Le questioni di cui si occupa la bioetica fanno riferimento a delle «esperienze limite», non solo nel senso che esse riguardano le estremità della vita dell'uomo: il suo inizio e la sua fine, ma anche e soprattutto nel senso che esse riguardano sempre un uomo (lo scienziato ricercatore o il medico) posto davanti ad un altro uomo, la cui personalità, il cui «essere persona», la cui capacità di svilupparsi come persona sembrano inattuate o vacillanti. In queste situazioni limite il ricercatore e il medico si trovano davanti a un essere umano che non ha ancora espresso le potenzialità del suo essere personale o che, invece di tendere a realizzarsi come persona, rischia di ricadere al semplice stato di essere vivente, di organismo vivente, di materia biologica manipolabile.

Si può dire anche che la bioetica riguarda sempre un uomo (lo scienziato, il medico) davanti ad un altro uomo che egli è tentato di non considerare e di non trattare come

una persona, per ragioni di utilità anche nobili, come il bene di altre persone. È precisamente qui che si pone la questione morale decisiva: ed è a tale questione che la fede cristiana offre la sua luce insostituibile.

Il grande progresso scientifico verificatosi nell'ambito della biologia è stato reso possibile da una scelta metodologica che caratterizza la «scienza moderna» come tale fin dalle sue origini: prendere in considerazione della realtà solo le quantità misurabili, rilevate mediante l'esperimento, e cercare di stabilire tra esse modelli di rapporto sul tipo di leggi matematiche.

Questa metodologia, in sé perfettamente legittima, si realizza attraverso una riduzione dell'altro, nella sua fisicità, ad oggetto della mia osservazione, anzi ad oggetto, in un qualche modo costruito attraverso la riduzione metodologica, che considera solo alcuni aspetti della sua realtà.

Un ulteriore elemento da considerare è la connessione di questo tipo di conoscenza scientifica con l'applicazione pratica per risolvere problemi concreti. La grande efficienza della tecnologia, messa a punto a partire dalla scienza moderna, ne costituisce il titolo di accredito più impressionante e convincente agli occhi dell'uomo contemporaneo. E tuttavia proprio l'emergere di inquietanti interrogativi circa la possibilità che le scoperte della biologia si trasformino in minacce terribili per l'umanità e in nuove occasioni di dominio sull'uomo, rendono avvertiti della necessità di inserire il sapere scientifico della biologia all'interno di un più comprensivo sapere sull'uomo, che ne regoli l'uso a suo vantaggio reale.

Il dualismo tra una ragione tecnica capace di un dominio sempre più esteso e di successi strabilianti, e un corpo ridotto a oggetto di un simile fare comporta intrinsecamente la tentazione di una dimenticanza. L'uomo, che ha acquisito una presa di possesso tecnica sugli inizi e sulla fine della sua vita, sulle stesse strutture costitutive del suo organismo fisico, potrebbe essere portato a dimenticare il mistero dell'essere. Le esperienze metafisiche

della nascita e della morte, del dolore e del proprio limite, che rimandano alla questione ultima del senso della vita, vengono così facilmente censurate e ricondotte dall'ambito dell'essere a quello del fare. Forse proprio per sfuggire a tali angoscianti domande l'uomo cerca di assicurarsi una padronanza completa su questi momenti chiave della vita, illudendosi di possedere se stesso mediante una libertà assoluta: egli potrebbe realizzare l'antico sogno di autofabbricarsi, non lasciando nulla all'incerto, al caso, al mistero.

In questa prospettiva le norme morali non possono apparire che come limitazioni incomprensibili, dettate da una paura irrazionale di fronte alle possibilità meravigliose che la ragione umana crea alla libertà.

Ma in realtà la dimenticanza dell'essere e delle proprie esperienze originarie tramite il fare tecnico si rivela un'illusione che può portare alla distruzione. In realtà la vita non è soltanto e prima di tutto il fenomeno su cui indagano con successo le scienze biologiche; essa è prima di tutto un'esperienza della persona, carica di domanda e di promessa. Senza tali dimensioni di responsabilità, riconosciute e accolte nel loro aspetto drammatico, la libertà si vanifica e il soggetto umano sparisce. E così anche il beneficio che la tecnica dovrebbe assicurargli risulta insensato e vano. La questione morale ritrova in tal modo il suo cattere preminente e decisivo proprio dall'interno della pratica biomedica.

4. La fede e la questione del senso ultimo

La questione radicale, che l'emergere delle domande bioetiche pone, non può essere dunque elusa. Pena il perdere la possibilità di comprendere anche le stesse risposte dell'etica. E tale domanda è quella che riguarda il senso stesso della vita, dunque del fine ultimo, che si rivela alla luce della fede.

Mediante la fede l'uomo scopre il valore infinito del suo essere personale: Dio desidera entrare in comunione con lui; e scopre, nello stesso tempo, il fine soprannaturale per il quale è stato creato, l'unico fine ultimo per il quale esiste: essere unito a Dio. La vita morale non è se non il *dynamismo* attraverso il quale, aspirando a quest'unione, l'uomo vi si rende sempre più disponibile.

Tutti i fini secondari dell'uomo, compreso il fine che gli si presenta come connaturale alla luce della sola ragione: quello di vivere felice sulla terra, devono essere quindi pensati nel dinamismo di questo fine ultimo, a cui essi si ordinano. La rivelazione cristiana accoglie il desiderio naturale di felicità dell'uomo. Lo conferma Sant'Agostino, all'inizio del suo primo trattato sistematico di morale cristiana, il *De moribus Ecclesiae catholicae*:

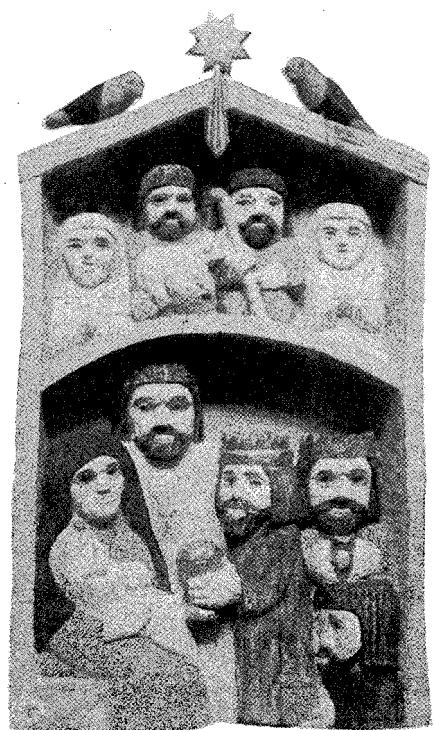
«Quale sarà dunque il nostro punto di partenza?... Cerchiamo mediante la ragione in qual modo l'uomo debba vivere. Certamente tutti noi vogliamo vivere felici e in tutto il genere umano non c'è nessuno che non convenga con quest'affermazione ancor prima che essa sia pienamente enunciata». Ora, rivelandogli il fine ultimo della sua vocazione alla comunione con Dio, la fede insegna nello stesso tempo all'uomo che la felicità è, nella sua essenza, qualcosa che si riceve e non qualcosa che si conquista. Essa gli mostra che non si può mai essere felici da soli, nel senso che l'unica cosa che un individuo può fare per essere felice è creare le condizioni della felicità degli altri, cioè donarsi loro in maniera disinteressata, affinché essi possano più facilmente donarsi a loro volta in modo libero. Come afferma il Concilio Vaticano II e come ama ripetere il Santo Padre, «l'uomo è la sola creatura sulla terra che Dio abbia voluto per se stessa; egli non può ritrovarsi pienamente se non mediante un dono disinteressato di sé» (GS 24; RH 13; MD 7).

La felicità, anche sulla terra, consiste nel dono reciproco e gratuito. Esso ha come esigenza che ciascuno cerchi non il proprio bene, ma il bene dell'altra persona e lo cerchi per l'altra persona stessa. Esso comporta che ciascuno cerchi il vero bene dell'altro, trattando l'altro secondo tutta la sua dignità di persona libera.

La realizzazione dei fini secondari dell'uomo ed anche del suo fine naturale appartiene alla ragione. E tuttavia il fine naturale si inscrive all'interno del fine soprannaturale. Il fine naturale è quello di essere felice e ciò non è possibile se non nella partecipazione ad una comune umanità, in una comunità umana unita: una comunità che sia comunione. Ed anche Dio non desidera solo unire a sé ciascun uomo singolarmente, ma l'umanità intera in una comunione fraterna. Se il fine naturale dell'uomo è l'unione agli altri uomini in una piena reciprocità, tale fine naturale è come attirato all'interno della dinamica del fine soprannaturale.

Per esercitare validamente il suo compito in materia morale, la ragione deve lasciarsi illuminare dalla fede, la quale sa qualcosa di più. La fede conosce infatti il contesto in cui si inserisce il settore limitato, di per sé accessibile anche alla sola facoltà razionale. E, dal momento che ogni cosa prende senso in funzione del suo contesto, questa conoscenza della fede è decisiva.

Le norme morali cristiane, che appaiono inumane quando sono separate dal loro contesto, esprimono in realtà le condizioni della felicità dell'uomo, le condizioni della realizzazione del suo fine naturale, compreso nella luce del suo fine ultimo. Esse non possono



che restare incomprese e venire rifiutate da parte di colui che non entra nel dinamismo del fine ultimo soprannaturale e così finisce facilmente per equivocare anche sul suo fine naturale e sui suoi fini prossimi. Esse rimangono incomprensibili da parte di chi non si assume sinceramente la responsabilità degli altri e dunque non accetta di entrare nella logica del dono gratuito di sé, in vista del bene autentico dell'altra persona, del dono di sé perché l'altro viva.

Ma, da un altro punto di vista, questo dono di sé non è possibile se non a patto che si scopra che si è stati oggetto, nella propria persona, di un dono radicale e assolutamente primario rispetto a qualsiasi nostra risposta. In fondo, io non posso donarmi ad un'altra persona se non scopro che Dio per primo si è donato a me. Posso assumermi fino in fondo il rischio dell'altro, il rischio di accettarlo così com'è, con il suo valore infinito, ma anche con i suoi difetti e col disagio che eventualmente mi causa, posso accettare il rischio di donarmi gratuitamente a lui solo se scopro che Dio per primo si è assunto il rischio della mia persona. Dio è la garanzia ultima del dono di me stesso, la garanzia ultima che rende possibile la gratuità. La gratuità infatti non è possibile che nella fiducia in Dio.

Il mistero della redenzione e del perdono prende così il suo posto di chiave di volta della morale cristiana.

Alla sua luce anche la sofferenza e la morte non sono più un enigma incomprensibile. Esse rimangono una prova per chi le vive in prima persona, per chi ama e per il medico che ne partecipa, in quanto svelano la debolezza dell'uomo e gli mettono di fronte con urgenza e drammaticità la domanda su ciò per cui vale la pena di vivere e di morire. Esse sono appello ad una compagnia umana che sappia comprendere e accogliere la profondità della domanda: dentro ogni domanda di salute e di guarigione è contenuta sempre anche una domanda più radicale, che è in fondo una domanda di salvezza, cioè una domanda sul proprio destino ultimo. Quando questa domanda viene accolta e si incontra con la luce della fede, allora la sofferenza e la morte possono essere assunte e persino trasformate in occasioni per il dono di sé. La tentazione di rifiutarle, di censurarle e, finalmente, la tentazione suprema di togliere con la domanda inquietantemente aperta anche il soggetto che la pone, possono così essere superate. Il no all'eutanasia dell'etica cristiana trova la sua giustificazione più profonda nella luce che su tutta la vita viene dal mistero della croce e risurrezione del Signore: non c'è più nulla di inutile, neppure il soffrire.

5. Le dimensioni complete della morale cristiana

Se la morale appare come la ripresa riflessiva di un dinamismo e di una opzione vitale, l'etica può essere definita come la enunciazione dei principi che derivano da questo dinamismo e da questa opzione.

Non si può costruire la morale a partire dall'etica, cioè a partire dalla ricerca di soluzioni particolari, senza confrontarsi sulla scelta fondamentale che tutte le sostiene e le motiva. Una mera convenzionalità, che stipula accordi su particolari questioni etiche, non è in grado di garantire veramente un atteggiamento morale globale di rispetto dell'uomo. Al limite essa si può trasformare in un'ipocrisia. Da questo punto di vista la morale cristiana è l'opposto del legalismo: per il legalismo le norme morali sono solo espressioni isolate della volontà di un legislatore, che le ha promulgate; invece per il cristiano si tratta di verità sul bene della persona, che hanno la loro radice nell'essere e il loro fondamento nella sapienza creatrice di Dio e nella sua grazia redentrice.

Neppure si può dire che la morale cristiana sia costituita da un elenco di bei principi dedotti da un'antropologia elevata, quasi si trattasse di applicare meccanicamente alle situazioni diversificate e drammatiche dell'esistenza un sapere astratto. La morale nasce piuttosto dalla conoscenza del valore della persona, quale si rivela dall'atteggiamento di Dio nei confronti dell'uomo, dalla sua donazione senza limiti in Gesù Cristo. Essa accoglie quanto Dio ha fatto e fa per ciascun uomo: a partire da ciò essa deriva nello stesso tempo il valore dell'uomo e il modo giusto di rapportarsi a lui.

6. La regola fondamentale della bioetica

La bioetica, assunta nella prospettiva cristiana, si sforza di mantenere questo sguardo di fondo sull'uomo, aperto alla sua verità completa. Come si è già accennato, di fronte alla tentazione di concepirsi semplicemente come rapporto tecnico con organismi viventi, si può dire che la bioetica è chiamata a salvare sempre la verità del rapporto di una persona (lo scienziato, il medico) di fronte ad un'altra persona, che si trova in una condizione di fragilità, una persona che chiede di essere aiutata a realizzarsi nelle sue potenzialità personali.

Al fondo, la regola basilare della bioetica non è diversa da quella « regola aurea » sempre intravista dalla sapienza delle genti e promulgata, nella sua formulazione definitiva e positiva, da Gesù in persona: « Tutto quanto volete che gli uomini facciano a voi, anche voi fatelo a loro » (Mt 7, 12). Regola

che Kant traduceva in questo modo: agisci sempre in modo da trattare l'umanità in te stesso e nell'altro come un fine e mai solo come un mezzo.

La regola fondamentale della bioetica è la regola fondamentale di qualsiasi etica: tratta sempre l'uomo come un fine. Ma questo ci riporta alle considerazioni che abbiamo precedentemente sviluppate: prendere qualcuno come fine significa sempre, in qualche modo, donarsi a lui in forma disinteressata. Fino ad un certo punto è possibile comprendere ciò, anche nel quadro di una morale costruita semplicemente alla luce della ragione. Infatti, se si riflette bene, solo su questa base una società può funzionare veramente. E non di meno questo dono disinteressato è possibile quale risposta umana solo sulla base del dono gratuito e redentore di Dio. Al di fuori di tale dono, al di fuori di questa garanzia offerta da Dio nel dono della sua stessa persona, al di fuori di quest'impegno di Dio per l'uomo che solo giustifica una fiducia senza limiti, l'uomo è sempre tentato da una forma di utilitarismo. Egli da solo non può essere disinteressato fino in fondo.

Se l'uomo deve garantirsi da solo la sua esistenza e il suo futuro, egli non può essere completamente disinteressato. L'altro gli apparirà sempre in qualche modo come un mezzo per la sua felicità, un mezzo per sé, per garantirsi la sua esistenza.

Per un'apparentemente strana, ma in fondo molto logica inversione, il problema etico, staccato dalle sue basi morali, diverrà semplicemente quello di stabilire dei limiti a questa inevitabile oggettivazione dell'altro (per esempio prescrivendo di non attentare alla sua vita quando è nato oppure quando è ancora in stato di coscienza), al fine di rendere ancora possibile la vita in società. La logica dell'interesse tende però a respingere quanto più lontano possibile le zone in cui gioca la logica della gratuità.

Tutti i problemi della bioetica potrebbero essere affrontati in questa luce e in questa prospettiva trovare lo spunto per il giudizio adeguato alla situazione interpersonale che li qualifica essenzialmente dal punto di vista morale. Separando l'origine della nuova vita dall'atto coniugale, la procreazione artificiale tende a considerare il bambino semplicemente come una risposta al desiderio della coppia; l'eutanasia rifiuta di aiutare l'altro a soffrire e a restare persona nella sofferenza; l'intervento genetico è lecito quando aiuta l'embrione a guarire e a sviluppare il suo essere personale; e così via.

7. Identità della medicina

Alla luce di queste considerazioni si può cogliere anche l'importanza di un comitato

di bioetica all'interno di un ospedale cattolico. Esso sarà chiamato a dare risposte su questioni particolari attinenti all'esercizio della medicina, in relazione alle tecnologie più avanzate oggi a disposizione. Non dovrà limitarsi però a elaborare solo soluzioni casistiche, mediante coordinate di ragionamento limitate alla prassi della deontologia medica in accordo con principii accettati dalla morale cattolica. Esso dovrà continuamente attingere, come a propria sorgente vivificante, alle grandi prospettive di senso della morale cristiana e della fede.

Proprio così facendo, nella assunzione esplicita della visione cristiana della vita e della morte, della sofferenza, della sessualità e della procreazione, esso darà un contributo a tutelare l'identità propria della professione medica. Oggi la sfida passa anche di qui. Il medico è chiamato a custodire l'originario carattere ippocratico della sua professione, di responsabilità per la salute dell'uomo che è intrinsecamente animata da una dimensione etica di rispetto e promozione della persona dell'altro. Egli non può ridursi ad essere un libero professionista che offre una competenza scientifica su domanda dell'utente (non

più paziente), esente da responsabilità etiche, le quali ricadrebbero solo sul richiedente le prestazioni o sulla società.

Inserire la ricerca specifica della bioetica in una prospettiva cristiana non toglie il carattere razionale e l'apertura al dialogo con tutti di tale impegno, ma allarga gli orizzonti e radica la riflessione nelle questioni veramente decisive, quelle sulle quali è importante che avvenga il confronto.

Vorrei concludere con una parola di uno dei grandi pionieri della teologia cattolica, Clemente di Alessandria († c. 215), il quale scrive: « Questa è l'opera più divina di Dio e più degna del re dell'universo: portare guarigione all'umanità » (*Paed.* I, 12, 100 ss.). Cristo, in questo testo, è considerato come il vero Asclepio, il medico divino, modello e misura di ogni medico. Il titolo centrale di Cristo-Soter, salvatore, va interpretato in questa linea: la compassione di Dio con noi, realizzata nella passione di Cristo, è la nostra guarigione — guarigione non solo dell'anima, ma dell'uomo nella sua totalità indivisibile. Come il mondo antico nella figura di Asclepio aveva espresso ad un tempo la sacralità e la razionalità della medicina, il suo centro etico così come quello tecnico, nel senso originale della parola « tecnica », cioè: arte; così ora la religione cristiana ritrova tutti questi elementi riassunti nella figura di Cristo.

La sacralità della vita umana: chi tocca la vita umana, entra nella sfera riservata della proprietà divina e perciò il mestiere del medico non è un mestiere qualunque, ma è un mestiere sacro in un senso molto profondo. La sacralità implica il dovere etico, cioè esclude l'oggettivazione della persona, la quale non diventa mai cosa disponibile per scopi diversi da sé, ma è sempre sacra; la sacralità implica anche il dovere della professionalità, il dovere dell'arte e si oppone ad ogni ciarlataneria. Non per caso intorno ai santuari di Asclepio si sono sviluppate le prime scuole mediche; l'Isola Tiberina, dal 293 a.C. santuario di Asclepio e centro di arte medica, ce ne offre un esempio proprio qui a Roma.

Quanto più cominciamo oggi ad avanzare fino alle fonti più profonde della vita umana, tanto più urgente e indispensabile diventa la consapevolezza di questo carattere sacro dell'arte medica. Un agire puramente tecnico, utilitaristico finirebbe per condurre all'autodistruzione della dignità umana. Quando invece l'arte sempre meglio dominata diventa espressione e strumento per il rispetto della dignità divina della vita umana, l'agire del medico partecipa alla dignità dell'azione salvatrice del medico divino, secondo la parola: « Questa è l'opera più grande e più degna... di Dio: portare guarigione agli uomini ».



la coscienza ministeriale dell'operatore sanitario

1. Semantica del concetto di « coscienza ministeriale »

Una corretta metodologia vuole che preliminariamente all'approfondimento di una tematica si chiariscano i suoi estremi terminologici. Nel caso in oggetto, pertanto, occorre chiedersi innanzitutto quale sia il significato della *ministerialità* per poi analizzare in che modo tale ministerialità competa all'operatore sanitario e in che modo questi possa e debba averne « coscienza ».

Il latino *ministerium* corrisponde al termine greco *diakonia* traducibile, abbastanza fedelmente, con « servizio ».

L'originario concetto greco ha un significato essenzialmente dispregiativo identificabile nell'idea di schiavitù-serviti¹ L'assunzione nell'area semantica del gergo « tecnico » da parte della Chiesa primitiva denota quindi una ben precisa scelta che non lascia adito a dubbi o accomodazioni riduttive: il servizio inteso come servitù-dell'altro. Non a caso un grande « operatore sanitario » del passato, Camillo de Lellis, chiamava « *ministri* », cioè « *servi* » degli infermi i religiosi dell'Ordine da lui fondato « *i quali doppo aver fatto molto discorso sopra ciò spinti dalla loro gran carità verso gli infermi (che da loro erano ritenuti in conto di Signori e Padroni) havevano quasi risoluto di chiamarsi servi dell' infermi. Ma sovenendoli poi che nella Chiesa d'Iddio v'era una Religione chiamata de' Servi, per non cagionar confusione cessarono da quel parere. Ricordandosi poi Camillo che nel Santo Evangelio si faceva più volte menzione del nome di Ministro per imitar Giesu Christo nella santa humiltà si contentarono d'esser chiamati li Ministri dell' Infermi* ».²

Parlando di « coscienza ministeriale », pertanto, dobbiamo far riferimento alla percezione che l'operatore sanitario ha o deve avere di sé in quanto *soggetto-a-servizio-dell'altro*. Si cercherà, pertanto di analizzare in una prospettiva sia genericamente umana (o, come si usa dire oggi, « laica ») che specificamente cristiana il significato e le espressioni di tale ministerialità.

2. La ministerialità dell'operatore sanitario nella Storia.

Parlare di ministerialità dell'operatore sanitario significa andare alla radice di una delle componenti più genuine e originarie dell'arte medica.

Le più autorevoli testimonianze del passato sottolineano costantemente l'impegno etico di servizio dell'operatore sanitario. Non solo ma lo pongono spesso in rapporto con un « mandato » divino da espletare. Così, ad esempio, recita la *preghiera di Maimonide*:³

« Nella Tua Eterna Provvidenza, Tu hai scelto me per vigilare sulla vita e sulla salute delle Tue creature. Ora sto per dedicarmi ai compiti della mia professione. Sostienimi, o Dio Onnipotente, in questa importante impresa, affinché io possa essere di giovamento all'umanità ».

Analoga atmosfera si respirava già nel *Giuramento di Asaph*⁴ in cui l'idea di ministerialità acquista toni ancor più dichiaratamente religiosi:

« Egli ha fatto sì che crescano piante benefiche, ha istillato nei cuori dei saggi l'abilità di guarire per mezzo dei Suoi innumerevoli benefici e di render note alla moltitudine le sue meraviglie, così che coloro che vivono sappiano che Lui li ha creati e che al di fuori di Lui non c'è nessuno che dia salvezza ».

Andando all'epoca contemporanea appare di delicata e toccante bellezza il significato ministeriale della professione sanitaria quale appare dal Codice Islamico di Etica medica:⁵

« L'esercizio della professione medica rappresenta la pietà di Dio nei confronti dei suoi sudditi. L'essere medico, quindi, è anzitutto un atto di bontà e di carità e poi un modo per guadagnarsi da vivere. Ma tutti possono godere della misericordia di Dio: i buoni ed i cattivi, i virtuosi ed i viziosi, gli amici e i nemici, proprio come tutti godono dei raggi del sole, del sollievo che dà la brezza, della freschezza dell'acqua e dell'abbondanza delle messi ».

3. La ministerialità dell'operatore sanitario nella prospettiva cristiana.

Da quanto sommariamente esposto si vede come l'idea stessa di ministerialità per ciò che attiene alla professione sanitaria sia comune a molti versanti ideologico-culturali.

Tuttavia è nel Cristianesimo che tale idea assume un rilievo e una pregnanza del tutto particolari: « *Se ogni operatore sanitario deve considerare l'esercizio della professione come un "servizio" prestato alla persona che soffre, a maggior ragione sono chiamati a fare propria questa convinzione coloro che sono mossi nel loro operare dall'esempio di Cristo* ».⁶ La motivazione essenziale è data dal riferimento alla ministerialità di Cristo, « diacono » del Padre per gli uomini, servo di Dio per essere servo dei fratelli e che proprio in questa dimensione del servizio identifica la sua dimensione esistenziale (cfr. *Mt 20, 28; Mc 10, 45*). Non a caso Policarpo (fine I sec.) chiamerà Cristo « *diacono, servo di tutti* ».

Il successivo sviluppo teologico-ecclesiale si fonda sull'identificazione di Cristo col suo corpo mistico. È allora che la ministerialità comincia ad assumere quella variegata espressione tipologica che troviamo negli scritti neotestamentari e che, lungi dall'essere esaustiva, racchiude in sé la sintesi della poliedricità espressiva dello Spirito Santo (cfr. *1 Cor 12, 4-11*).

In sostanza la ministerialità appartiene al cristiano in quanto « *alter Christus* »: la « cristificazione » battesimal, in un certo senso, costituisce il cristiano « *servo* ».

È questo un aspetto sacramentale che andrebbe maggiormente approfondito. Siamo soliti pensare al battesimo come al sacramento che ci fa figli di Dio, che cancella il peccato originale che ci innesta nella Chiesa ma proprio in ragione di tutto ciò è necessario vedervi anche il sacramento che ci fa servi, ministri, diaconi dei fratelli.

In tal senso una interessante prospettiva potrebbe esser quella di correlare la *diakonia embrionaria*, se così possiamo definirla, conferita dal battesimo a una più matura diako-



nia di cui il sacramento della Cresima dovrebbe essere espressione specifica. In tale prospettiva potrebbe inserirsi allora anche la differenziazione vocazionale e carismatica per cui le vicende esistenziali, gli stati di vita, l'ambito lavorativo diventano occasioni e impegni ministeriali. Laddove poi la professione ha insita in sé una così diretta partecipazione alla necessità esistenziale dell'altro (come nel caso delle professioni sanitarie) ecco che la percezione di tale ministerialità (la *coscienza ministeriale* come è stata definita nel titolo di questa relazione) diventa impegno prioritario e ineludibile:

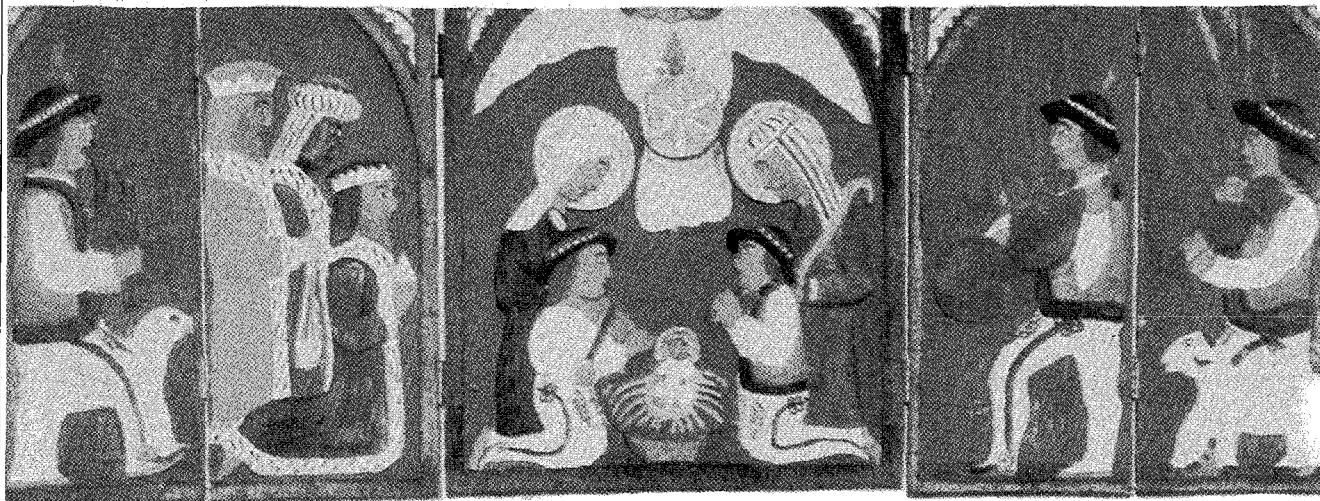
« *In forza della loro condizione di battezzati che li rende partecipi della stessa missione di Cristo, gli operatori sanitari cattolici sono chiamati a cooperare alla promozione del Regno attraverso l'esercizio della loro professione* ».⁷

18

4. Le espressioni ministeriali dell'operatore sanitario.

Avendo fatto fondamentale riferimento alla ministerialità del Cristo occorre ancora una volta riferirsi ad essa per ciò che riguarda le concrete espressioni ministeriali dell'operatore sanitario. Non tanto per desumere una dettagliata casistica operativa quanto per individuare delle linee guida di sicuro riferimento cristologico.

Il punto di partenza dovrebbe essere costituito dal triplice « *munus* » di Cristo: re, *sacerdote* e *profeta*. Regalità, sacerdotalità, profezia dovrebbero dunque costituire le tre direttive lungo cui orientare la diakonia dell'operatore sanitario o, detto in termini più ecclesiologico-pastorali, il compito di governare, di santificare e di insegnare.



a) *Munus regendi*. Se appare abbastanza chiara, anche per l'abbondanza di riferimenti scritturistici la funzione regale di Cristo, di meno immediata comprensione è il riferimento alla regalità del cristiano. Ancor meno immediato il rapporto con l'operatore sanitario.

L'espressione fondamentale della regalità è costituita dal governo di una collettività che in qualche modo « appartiene » al suo reggente. Anche se storicamente tale funzione si è manifestata nella costituzione di un rapporto di sudditanza del popolo nei confronti del re, la sua più genuina espressione è data dal servizio che il re rende al suo popolo, dall'agire cioè per il bene del popolo che appartiene al re. Questo, tuttavia, non esclude aspetti a vario titolo « impositivi » che si

esplicano in tutte quelle che sono le ordinarie manifestazioni del governo.

Trasferendo tutto questo all'ambito di cui ci stiamo occupando la regalità dovrebbe esprimersi essenzialmente nella carità (*aspetto del servizio*) e nella professionalità (*aspetto del governo*).

Carità innanzitutto, ma un carità robusta, forte, intelligente, non le pietistiche parodie della carità cui spesso assistiamo, fatte di sospiri, di inviti alla rassegnazione, di pacche sulle spalle. « *Voi recate nella camera dell'inferno e sopra la tavola dell'operazione qualche cosa della carità di Dio, dell'amore e della tenerezza di Cristo, il grande medico dell'anima e del corpo. Questa carità non è un sentimento superficiale. Essa è infatti amore che abbraccia tutto l'uomo, un essere che è fratello*

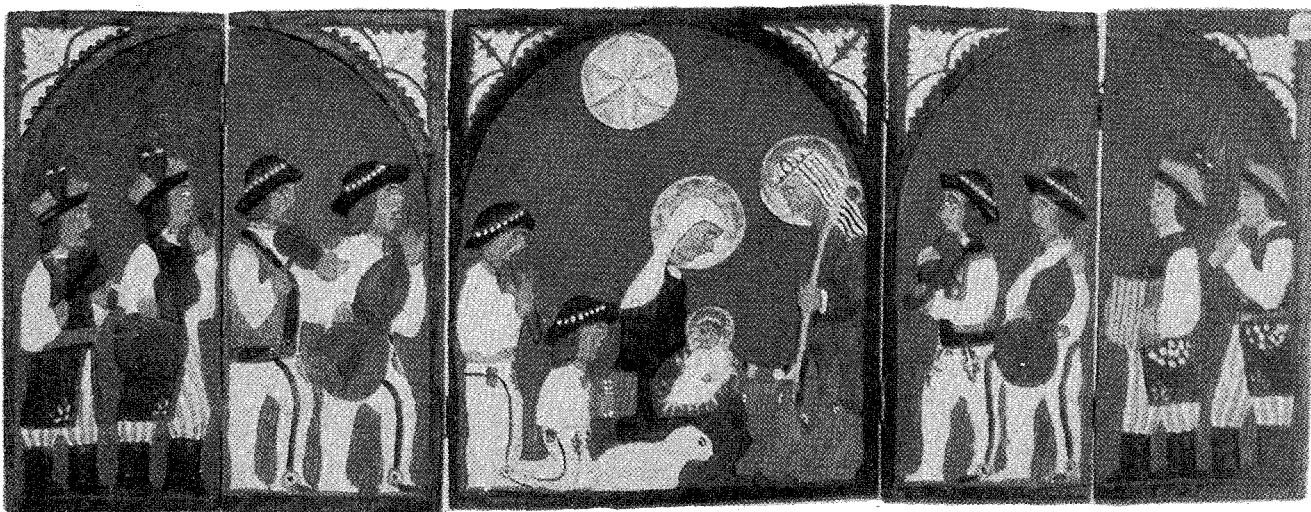
*nell'umanità, e il cui corpo ammalato è ancora vivificato da un'anima immortale, che tutti i diritti della creazione e della redenzione uniscono alla volontà del suo maestro divino.*⁸ Una carità che sia la realizzazione storica di un « mistero »: quello dell'incontro tra operatore sanitario cattolico e malato; mistero, certo, perché attuazione di una realtà che non esiterei a definire quasi-sacramentale. *Il sacramento dell'incontro col malato*, infatti, realizza una duplice presenza di Cristo: l'esser Cristo del malato nei confronti dell'operatore sanitario; l'esser Cristo dell'operatore sanitario nei confronti del malato.

Io opevatore sanitario incontro Cristo nel malato e sono Cristo per il malato.

Carità ma anche professionalità che della carità può ritenersi qualificata espressione. Il primo dei diritti del malato è quello di essere curato adeguatamente. Sul piano delle mini-

sterialità e della regalità in particolare vedrei nella professionalità un aspetto particolare e irrinunciabile di quella « reggenza del mondo » che compete al cristiano. Occorre che il cristiano sia professionista non solo qualificato ma *particolarmente* qualificato. Occorre cioè che il cristiano diventi punto di riferimento qualificato nel suo ambito professionale. Se è vero che non i grandi ma i piccoli hanno fatto la storia è altrettanto vero che grazie all'intervento dei « grandi » tali piccoli hanno potuto trasformare il mondo. Il cristianesimo uscì dalle catacombe quando si convertirono i primi ufficiali dell'impero e i figli di S. Francesco non sarebbero arrivati al 2000 senza l'intuizione di un Papa che ne ufficializzò l'istituzione. E dove sono i primari, i cattedratici, i ricercatori che con la loro autorevole testimonianza possono costituire qualificati elementi per la costruzione, o me-

19



glio la ri-costruzione, di una cultura cristiana per il nostro tempo?

b) Munus sanctificandi. L'esercizio della sacerdotalità viene ordinariamente identificato con le funzioni cultuali. E questo è esatto. Ma la funzione liturgico-cultuale non è che la più alta punta espressiva dell'azione sacerdotale, di per sé identificabile nella consacrazione a Dio di se stessi e del mondo. « Sacro » e « santo », anche se oggi diversificati nell'uso linguistico, esprimono in realtà l'identica idea di « *separazione dal mondo per Dio* ». Il sacerdote è per eccellenza il « separato » (quindi il con-sacrato) e così pure l'intero popolo eletto⁹ e il popolo della nuova alleanza.¹⁰ Ma la sacralità-santità del popolo sacerdotale non è solo passiva, espressione — cioè — di qualcosa che il sacerdote è « per sé » ma ha una funzione sociale, attiva, di

« *santità-per-gli-altri* » o, detto in altri termini, di santificazione.

In questa luce la prospettiva sacerdotale del ministero sanitario acquista una triplice valenza: santificazione di se stessi, del proprio lavoro, del proprio ambiente.

Di se stessi. Sarebbe semplicistico, oltre che falso, asserire che il proprio lavoro non presenti difficoltà, stanchezza, fastidio, noia o che non susciti invidie, gelosie, pettegolezzi, ripicche. Sono proprio queste, occasioni per viverlo con lo spirito di Cristo a cui il cristiano appartiene, per valutarle con occhio soprannaturale, per offrirle al Padre, per esercitare le virtù cristiane (dimensione etica non meno vincolante del Decalogo).

Del proprio lavoro. Ormai siamo abituati a considerare il lavoro in termini pragmatistici, autorealizzativi, economici o sindacali. Diffi-

cilmente vi vediamo la partecipazione all'azione creatrice di Dio che continua attraverso il nostro lavoro. Il mondo ci è stato consegnato per rispettarlo e « coltivarlo ». Per ciò che ci compete dobbiamo riconsegnarlo a Dio arricchito, perfezionato, abbellito, « portato a compimento » dal nostro lavoro.

Del proprio ambiente. L'evangelizzazione rimane il termine ultimo della santificazione. Non si può esser santi se non coinvolgendo anche gli altri nella propria santificazione. La santità è un dono e un impegno che si riceve per farne partecipi anche gli altri. Probabilmente è questo l'aspetto più difficile della santificazione e della ministerialità in genere. Rispetto umano, contingenze personali, situazioni di vita, attitudini individuali rendono a volte arduo tale compito. Ma la difficoltà non deve far abbandonare l'impegno che, per il cristiano, non è ma risponde a un'esplicito mandato di Cristo.¹¹ Toccherà allora ad ognuno in ascolto, da un lato della propria natura e della propria situazione, dall'altro del soffio dello Spirito, trovare le proprie vie, le proprie modalità, le proprie congenialità.

c) Munus docendi. Strettamente correlato all'impegno di santificare il proprio ambiente mediante una proficua opera di evangelizzazione tale espressione ministeriale deve essere essenzialmente volta a una adeguata *formazione* cristiana (ma spesso, più semplicemente umana!) del personale sanitario. Idee preconcette, antiquate, a volte persino puerili costituiscono il substrato in cui l'operatore sanitario cattolico si trova spesso ad agire. Il giusto rispetto del pluralismo, d'altra parte, non può esimere dal dovere di annunziare (nei modi e nelle forme più opportune, senza stupidi fanatismi) il messaggio di Cristo. La tolleranza, che tanto si invoca ai nostri giorni non deve ritenersi un valore del tutto cristiano. Cristiana è la comprensione, il rispetto, l'amore ma non la « tolleranza » di un universo ideologico non conforme al piano di Dio. Piano che certamente prevede diversità individuali e comunitarie ma che è tutto orientato al compimento in Cristo di ogni realtà terrena. A tale progetto anche noi contribuiamo. Il disegno di « *ricapitolare in Cristo tutte le cose* » passa anche attraverso di noi.

In questa prospettiva di formazione si colloca anche la necessità di una ri-fondazione etica della professione sanitaria. Confusamente e a passi incerti se ne comincia ad avvertire il bisogno. Ne è sintomatica espressione la rinnovata attenzione ai problemi

bioetici. Ma non si può relegare tutto questo all'incontro occasionale o al corso di aggiornamento. Occorre che ogni operatore sanitario sia adeguatamente preparato non solo a *saper* e a *saper fare* ma anche a *saper essere*.

Dott. SALVINO LEONE
Consigliere Nazionale
dell'Associaz. Medici Cattolici Italiani

¹ Per tutta questa parte cfr. E. LODI, *Minutero/Ministeri* in « Dizionario di Liturgia », Ed Paoline, Roma 1984

² S. CICCATELLI, *Vita del P. Camillo de Lellis*, Curia generale dei Camiliani, Roma 1980, 70

³ Si tratta della preghiera attribuita (non senza incertezza) al medico ebreo-egiziano Mose Maimonide (1135-1204). La versione italiana di questo come degli altri testi sotto riportati è quella curata da S. SPINSANTI, *Documenti di etica medica*, Cinisello Balsamo 1985

⁴ Questo giuramento concludeva il *Libro di Asaph il medico*, il più antico testo medico dell'antichità, scritto verso il VI secolo d.C.

⁵ Dichiarazione redatta al termine della Conferenza Internazionale sulla Medicina Islamica tenuta nel Kuwait nel 1981

⁶ *La pastorale della salute nella chiesa italiana*, Nota della Consulta nazionale della CEI per la pastorale della sanità, 52

⁷ *La pastorale*, 51

⁸ PIO XII, *Allocuzione al personale dell'ospedale Fabbronefratelli* « senza ulteriori indicazioni » citato da CEI, *La pastorale* (nota 23)

⁹ Cfr *Deut* 4, 20, 14, 2.

¹⁰ Cfr *I Pt* 2, 9, 2, 10

¹¹ Cfr *At* 10, 42, *Rom* 10, 14-15

magistero della Chiesa



*dai discorsi
del Santo Padre*

in un mondo segnato dalla brama insaziabile dell'avere la « parola della Croce » invita alla logica dell'Amore

(dal Santo Padre ai degenti dell'Ospedale Oftalmico di Roma, domenica 10 marzo 1991)

1. Sia lodato Gesù Cristo!

Ringrazio il Dott. Muzzi, Direttore Sanitario, per le gentili parole di accoglienza che mi ha rivolto. Ringrazio anche per l'indirizzo di benvenuto che a nome di tutti mi è stato dato da uno dei degenti dell'Ospedale.

Unitamente al Pro-Vicario, Arcivescovo Camillo Ruini, e al Vescovo Delegato per l'Assistenza Religiosa agli Ospedali, Monsignor Luca Brandolini, rivolgo un particolare saluto a voi qui presenti.

La visita pastorale del Vescovo di Roma in questo Ospedale avviene nell'ultimo scorciò del tempo quaresimale, quando cioè siamo proiettati verso la Pasqua, verso il grande evento della *morte e risurrezione di Cristo*. È un evento, questo, che conferisce un significato particolare al nostro incontro.

La liturgia di questi giorni, infatti, ripropone alla nostra fede e all'attenzione di tutti il mistero della Croce, che costituisce la piena e definitiva rivelazione dell'amore di Dio all'umanità e quindi il contenuto essenziale del messaggio cristiano.

La Croce di Cristo è il segno supremo dell'amore di Dio, per cui ognuno può dire con San Paolo: « mi ha amato e ha dato se stesso per me »! (*Gal 2, 20*).

Questa professione di fede sia per tutti motivo di consolazione e fiducia, ma specialmente per quanti Dio chiama a unirsi alla Croce del Figlio, attraverso le innumerevoli sofferenze che segnano la carne e lo spirito dell'uomo. E voi, malati, siete tra questi!

2. La Croce di Gesù non è solo un « mistero » da contemplare e da adorare, è anche parola da accogliere e alla quale affidarsi; è un messaggio da annunciare, perché diventi per tutti fonte di salvezza.

L'ultima parola, infatti, che spiega la tremenda realtà del dolore, come pure ogni forma di ingiustizia e di violenza, di oppressione e di morte, è certamente quella della Croce!

Essa ha due facce: se da una parte dichiara l'inevitabile realtà della sofferenza e della morte, denuncia la malvagità e la miseria che

caratterizzano l'esistenza personale e le vicende umane; dall'altra proclama la vittoria sul male e sulla morte e quindi l'amore di Dio che perdonava, redime e ridà la vita.

Qui, e non altrove, va cercata la risposta ai grandi interrogativi che l'uomo si pone riguardo al senso del vivere e del morire; del dolore e del destino ultimo del suo pellegrinaggio terreno; qui sono da ricercare gli sbocchi della speranza che non delude; come pure l'ultima ragione della vita, vissuta come dono d'amore a Dio e ai fratelli.

3. « La parola della Croce » (*1 Cor 2, 18*), per essere accolta nella fede e annunciata al mondo, comporta tuttavia una *permanente conversione*.

Esige, cioè, da parte di chi l'accetta e ad essa si sottomette, che ci si volga a Colui che hanno trafitto (cfr. *Gv 19, 37*) e si creda all'amore di cui Egli ha dato prova suprema. Domanda ancora che, in un mondo segnato dall'egoismo, dalla superbia, dall'interesse e dalla brama insaziabile dell'avere, si entri nella « logica » di un amore capace di donarsi, interamente e gratuitamente, affinché tutti abbiano la vita e l'abbiano in abbondanza (cfr. *Gv 10, 10*). Chiede, finalmente, da parte di coloro che attraverso il *Vangelo della Croce* si sono lasciati trasformare dallo Spirito, di conformare il proprio modo di vivere a quello di Cristo crocifisso e risorto, nella consapevolezza che dalla morte scaturisce la vita, dalla sofferenza offerta per amore può rinascere la speranza.

4. Carissimi Fratelli e Sorelle degenti in questo Ospedale, a voi, innanzitutto, voglio rivolgermi; e, attraverso di voi, a tutti i malati della Chiesa che è in Roma.

La « parola della Croce » è indirizzata particolarmente a voi, che siete chiamati a completare nella vostra carne ciò che manca alla passione di Cristo a favore del suo corpo, che è la Chiesa (cfr. *Col 1, 24*).

Accoglietela nella fede e con speranza, testimoniate la con amore!

Voi ben conoscete la sofferenza che comporta il non vedere bene, a cui è legato spesso un senso di solitudine e di smarrimento. Perciò desiderate giustamente di riacquistare pienamente la vista e, con essa, la gioia di vivere e di sentirvi ancora utili alla famiglia e alla società. E quindi vi affidate alle premure e alla competenza di quanti vi curano.

Questo momento è un banco di prova per voi; esso vi fa sperimentare la terribile realtà della sofferenza. Ma se saprete accettarla con fede, potrete diventare collaboratori dell'opera della salvezza, realizzata da Cristo Signore con il suo mistero di passione, morte e risurrezione.

La Chiesa tutta, e in particolare quella che è in Roma, sollecitata con il *Sinodo pastorale*

diocesano a rinnovarsi nella fede e a conformarsi sempre più a Cristo per annunciare a tutti il Vangelo della Croce, attende da coloro che soffrono nel corpo e nello spirito, il contributo della loro preghiera e dell'offerta sacrificale della vita, per realizzare un programma tanto impegnativo.

Ci sono, infatti, tenebre da dissipare nel campo dello spirito ben più gravi di quelle legate alla mancanza della vista fisica. Sono le tenebre della incredulità e dell'indifferenza e quindi del rifiuto di Dio e del suo progetto d'amore. Chiunque fa il male è in queste tenebre e non viene alla luce (cfr. Gv 3, 20).

5. Anche per voi, Operatori Sanitari, chiamati a curare e promuovere la salute integrale dell'uomo, la « parola della Croce » costituisce un messaggio esigente.

Sulla via che porta al Calvario e accanto al Crocifisso, il Vangelo ci fa incontrare alcune persone, prima fra tutte Maria, che sono solidali con Cristo, con parole e gesti di amore e di compassione.

Accanto ai malati, nei quali si prolunga in certo modo la passione di Gesù, voi siete chiamati a compiere la stessa missione. La vostra professione di medici, di infermieri, di tecnici e di volontari diventa, in questa ottica, carica di significato e ricca di prospettive. La vostra opera richiede non solo competenza professionale e tecnica, ma anche sensibilità umana, spirituale e morale; richiede generosa dedizione, anche per vincere le tentazioni dell'indifferenza, del disinteresse e dell'assenteismo e dare così testimonianza di un amore sempre pronto a farsi « dono ». Tanto più se l'impegno trae ispirazione e sostegno dalla fede.

Per assolvere compiti così urgenti e delicati nel mondo della malattia, accogliete le iniziative di formazione umana, cristiana ed etica che vi sono offerte. Cercate di realizzare un'azione concorde, superando le spinte al corporativismo e all'individualismo, che nuociono al buon funzionamento dell'Istituto. A questo proposito, vi invito a vincere anche quelle forme di tensioni che possono nascere in una situazione di precarietà, non perdendo di vista la condizione dell'ammalato, che deve essere il destinatario principale del servizio sanitario.

Siate buoni testimoni di Cristo in tutto ciò che dite e fate. Sarà più facile, così, trasformare l'ospedale da casa di dolore a « luogo di speranza ».

Il Signore vi sostenga tutti e interceda per voi Maria, « salute degli infermi »!

aiutare i rifugiati e curare le vittime dell'Aids

(dal Santo Padre ai partecipanti alla XIV Assemblea Generale della « Caritas Internationalis », Roma, martedì 28 maggio 1991)

La XIV assemblea generale della Caritas Internationalis ha luogo durante l'Anno della dottrina sociale della Chiesa, nei giorni in cui ricordiamo l'enciclica *Rerum novarum*. Ringrazio il vostro nuovo Presidente per le parole gentili che mi ha rivolto e sono felice di accogliervi in questo momento, perché il tema scelto per ispirare i vostri lavori, Cavità cristiana, solidarietà umana, mette in rilievo un aspetto fondamentale dell'atteggiamento cristiano nella vita sociale...

Tra le vostre preoccupazioni specifiche, vorrei ricordarne tre che mi stanno particolarmente a cuore. Penso anzitutto all'aiuto che dobbiamo offrire ai rifugiati, così numerosi attualmente, soprattutto in Africa. D'altra parte, ci sono tutti i problemi legati alla salute, alle epidemie inquietanti che imperniano in questo momento; alcune potrebbero essere bloccate se i mezzi di prevenzione e di cura fossero meglio ripartiti, per altri, ed è il caso dell'AIDS, non si dispone ancora dei mezzi per guarire; tutto ciò ci invita a radoppiare la generosità per prevenire l'estensione delle calamità e curare le vittime. Infine menzionerei l'aiuto che meritano tante famiglie che hanno vita difficile ad accogliere e ad educare i loro figli ed a assicurare una vecchiaia degna agli anziani: la loro condizione costituisce una preoccupazione primaria per la Chiesa, perché la vita della famiglia tocca le radici vive di ogni persona, delle sue possibilità di esprimersi e di essere fedele alla sua vocazione. Voi potete dare un grande contributo per far sì che non si resti indifferenti o inattivi davanti alle loro difficoltà...

Al termine del nostro incontro, vorrei ridirvi la mia fiducia ed i miei incoraggiamenti. La vostra missione si situa nel cuore della pastorale sociale che è una testimonianza evangelica. Continuate con l'ardore dell'amore che viene da Dio, a vivere la carità nella Chiesa ed a manifestarla in tutta la società.

Che la Vergine Maria che si affrettava attraverso la montagna per andare a visitare Elisabetta guidi i vostri passi! Che il Signore, venuto per manifestare l'amore del Padre mettendosi al servizio dei fratelli, vi sostenga ogni giorno!

Che Dio vi benedica!

il bambino concepito è una persona umana; non è un intruso né un aggressore

(dal Santo Padre durante la Messa celebrata nell'aero-club di Maslow, lunedì 3 giugno 1991)

«Carissimi... l'amore è da Dio» scrive S. Giovanni (I Gv 4, 7). Senza ritornare a Cristo, al Sacramento, non si ricostruirà il vacillante legame familiare, non si cureranno le ferite inferte dalle debolezze umane e dal peccato. «Ti ricordo — scrive S. Paolo al Vescovo Timoteo da lui consacrato — di ravvivare il dono di Dio che è in te per l'imposizione delle mie mani» (2 Tm 1, 6).

E anch'io grido a voi, Fratelli e sorelle, *di ravvivare nuovamente il carisma divino di sposi e di genitori*, che è in voi mediante il *Sacramento del Matrimonio*. Solo poggiando su questa grazia è possibile il pieno perdono, la riconciliazione e la ripresa della strada comune. Per suo mezzo si rinnova e si ravviva l'amore umano e l'identità e l'autenticità delle umane promesse. Il carisma del Sacramento del Matrimonio è anche *il carisma, la grazia e il dono della vita*.

«Onora il padre e la madre» dice il quarto comandamento di Dio. Ma perché i figli possano onorare i loro genitori devono essere ritenuti ed accolti come *dono di Dio*. Sì, ogni bambino è un dono di Dio. Questo è un dono a volte difficile da accettare, ma è sempre un dono inestimabile.

Bisogna prima cambiare il rapporto verso il bambino concepito. Se è venuto inatteso, mai è un intruso, né un aggressore. È una persona umana, dunque ha diritto che i genitori non gli risparmino *il dono di sé*, anche se ciò richiedesse da essi un particolare sacrificio.

Il mondo diventerebbe un incubo se gli sposi in difficoltà materiali vedessero in un loro figlio concepito, solo un peso e una minaccia per la loro stabilità; se a loro volta, gli sposi benestanti vedessero nel figlio un accessorio della vita superfluo e costoso. Ciò significherebbe infatti che nella vita degli uomini l'amore non conta più. Ciò significherebbe che è stata completamente dimenticata la grande dignità dell'uomo, la sua vera vocazione e il suo definitivo destino.

La base di un vero amore per il figlio è un autentico amore tra gli sposi, e il fondamento dell'amore sia matrimoniale che quello dei genitori è in Dio.

Quando gli sposi cercano di darsi reciprocamente in dono, essi formano in se stessi corretti atteggiamenti come genitori. Nel-

l'educazione di un figlio infatti, non si tratta solo di sacrificarsi per lui. Si tratta di sacrificarsi in un modo saggio — così da educarlo ad un vero amore. Al vero amore si educa anche esigendo, ma solo amando si può esigere. Si può esigere, ma esigendo da se stessi. Perciò in considerazione del bene della generazione futura è importante che gli sposi consolidino, nobilitino ed approfondiscano il loro reciproco amore. Allora anche i loro figli saranno in grado di fondare a loro volta famiglie veramente cristiane e sapranno amare i propri genitori.

alle vittime della crudeltà umana nel nostro secolo si aggiunge il grande cimitero dei non-nati e degli indifesi

(dal Santo Padre durante la Messa celebrata nell'aeroporto militare di Radom, martedì 4 giugno 1991)

1. «*Beati quelli che hanno fame e sete di giustizia*» (Mt 5, 6).

Con il Vangelo delle otto beatitudini di Cristo del Discorso della montagna saluto la città di Radom. Saluto anche la Chiesa della diocesi di Sandomierz-Radom. Saluto cordialmente tutti qui riuniti.

Con una particolare venerazione mi rivolgo verso l'antichissima Sandomierz — città nella quale la storia della Polonia è inscritta sin dai tempi antichissimi: la storia della nazione e della Chiesa.

Saluto tutta questa terra, ricordando con gratitudine il suo passato lontano e più recente. *La terra dei santi* — cominciando dai Martiri di Sandomierz, dal beato Vincenzo Kadlubek, Ladislao di Gielniow, Salomea — sino a S. Casimiro, il quale, come figlio del re governa il regno polacco in sostituzione di suo padre, Casimiro Jagellone. Proprio da Radom, nato a Wawel, ritorna santo a Vilnius per essere Patrono del Popolo di Dio della Lituania.

Saluto la patria di Jan Kochanowski, di Jan Dlugosz e di tanti altri uomini benemeriti per la cultura e per la scienza polacca. Ricordo gli eroi delle insurrezioni nazionali, salutando insieme i comandanti e i soldati dell'ultima guerra, specialmente dell'esercito clandestino, ai quali dobbiamo il posto della Polonia sulla carta d'Europa.

2. Durante la visita odierna mi soffermerò accanto al sasso-monumento con la iscrizione: « *In memoria di coloro che hanno subito dei torti in occasione della protesta operaia del 1976* ». Sono tempi non lontani che la città di Radom e tutta la Polonia hanno scritto profondamente nella loro memoria. Si può dire che l'anno 1976 fu l'introduzione ai successivi eventi degli anni Ottanta. Sono costati molti sacrifici, arresti, umiliazioni, torture (praticate specialmente sotto il nome del « sentiero della salute »), morti (tra gli altri di uno dei sacerdoti di Sandomierz) — e attraverso tutto questo aprirono la strada all'umano desiderio di giustizia.

« Beati quelli che hanno fame e sete della giustizia, perché saranno saziati » (Mt 5, 6).

La fame della giustizia si esprime anche con la protesta? Con una protesta operaia, come nell'anno 1976? La fame e la sete di giustizia certamente significa tendere verso la vittoria su tutto ciò che è ingiustizia e torto, che è violazione dei diritti dell'uomo.

3. Sul percorso del mio pellegrinaggio attraverso la Polonia mi accompagna il Decalogo: le dieci parole di Dio pronunciate con forza sul Sinai, confermate da Cristo nel discorso della montagna nel contesto delle otto beatitudini. Il Creatore è il fondamento della morale umana. Egli è, al tempo stesso, il supremo Legislatore, infatti creando l'uomo a propria immagine e somiglianza, inscrisse nel suo « cuore » tutto l'ordine della verità, che condiziona il bene e l'ordine morale, e perciò è anche la base della dignità dell'uomo — l'uomo-immagine di Dio.

Al centro stesso di quest'ordine sta il comandamento « non uccidere », un fermo ed assoluto divieto che contemporaneamente afferma il diritto di ogni uomo alla vita: sin dal primo istante del concepimento fino alla morte naturale. Questo diritto in modo particolare prende difesa di uomini innocenti e indifesi.

« Avere fame e sete di giustizia » — vuol dire far di tutto affinché questo diritto venga osservato, affinché nessun uomo diventi vittima dell'aggressione alla sua vita o salute: perché non venga innocentemente ucciso, torturato, tormentato, minacciato. Nel discorso della montagna, Cristo ancora amplierà l'ambito del quinto comandamento del Decalogo a tutte le *azioni* contro il prossimo, *generate dall'odio o dalla vendetta* (persino senza arrivare ad uccidere). « Chiunque si adira con il proprio fratello » — dice Cristo nel Discorso della montagna.

4. I codici umani di diritto difendono la vita e puniscono gli assassini. Contemporaneamente però è difficile non affermare che *il nostro secolo è il secolo gravato dalla morte di milioni di uomini innocenti*. Ha contribuito a ciò il nuovo modo di condurre le guerre che consiste in una massiccia lotta e distruzione della popolazione che non prende parte atti-

va nella guerra. Basti ricordare i bombardamenti (fino all'uso della bomba atomica), poi i campi di concentramento, le massicce deportazioni della popolazione, concluse con la morte di milioni di vittime innocenti. Tra le nazioni d'Europa, la nostra nazione ha avuto una parte speciale in questa ecatombe. Sui nostri territori il comandamento « non uccidere » è stato violato da milioni di crimini e di delitti.

Tra questi delitti *rimangono particolarmente sconvolgenti i sistematici sterminii di intere nazioni* — prima di tutto degli Ebrei oppure dei gruppi etnici (come gli Zingari), unicamente per motivi di appartenenza a quella data nazione o razza.

5. Era questo soltanto un fatto di particolare crudeltà?, di immediata crudeltà?

Bisogna costatare che gli effetti micidiali dell'ultima guerra *erano stati preparati da interi piani di odio razziale ed etnico!* Tali programmi respingevano il principio morale del comandamento « non uccidere » come assoluto e comunemente obbligatorio. Facendo riferimento alle ideologie demenziali lasciavano, alle privilegiate istanze umane, il diritto di decidere della vita e della morte di singole persone, ed anche di interi gruppi e di singole Nazioni. Al posto del « non uccidere » divino è stato messo il « è lecito uccidere » umano e perfino il « bisogna uccidere ».

Ed ecco che enormi parti del nostro continente sono diventate la tomba di uomini innocenti, vittime di crimini. La radice del crimine sta nell'usurpazione da parte dell'uomo dell'autorità divina sopra la vita e la morte dell'uomo. Si fa sentire in questo una lontana ma tuttavia insistente eco di quelle parole accettate dall'uomo « sin dall'inizio » contro il proprio Creatore e Padre. Esse suonavano così: « diventerete come Dio, conoscendo il bene e il male » (cfr. Gn 3, 5) — (che vuol dire: deciderete di ciò che è buono, e di ciò che è cattivo, voi uomini — come Dio, come Dio — contro Dio).

6. Perdonatemi, cari Fratelli e Sorelle, se andrò ancora oltre. A questo cimitero di vittime della crudeltà umana nel nostro secolo si aggiunge ancora un altro grande cimitero: il cimitero dei non-nati, cimitero degli indifesi, di cui perfino la propria madre non conobbe il volto, acconsentendo, oppure cedendo alla pressione, perché venisse loro tolta la vita ancora prima di nascere. E tuttavia già avevano la vita, erano già concepiti, si sviluppavano sotto il cuore delle loro madri, senza presentire il pericolo mortale. E quando questa minaccia divenne ormai un fatto, questi esseri umani indifesi tentarono di difendersi. La cinepresa ha registrato questa disperata difesa di fronte all'aggressione nel grembo della madre di un bambino non-nato. (Una volta vidi un tale film — e fino ad oggi non posso liberarmi dal suo ricordo,

non posso liberannene). È difficile immaginare il dramma orrendo nella sua eloquenza morale, umana.

La radice del dramma — quanto è a volte estesa e differenziata! C'è poi anche l'istanza umana, i gruppi, a volte « i gruppi di pressione », i corpi legislativi, che « legalizzano » la privazione della vita all'uomo non-nato. Esiste una tale istanza umana, esiste un tale parlamento, che abbia il diritto di legalizzare l'uccisione di un essere umano innocente ed indifeso? Che abbia il diritto di dire « è lecito uccidere », e perfino « bisogna uccidere), là dove occorre massimamente proteggere ed aiutare la Vita?

7. Osserviamo ancora, che il comandamento « Non uccidere » contiene in sé non solo il divieto. Esso ci esorta a determinati atteggiamenti e comportamenti positivi. « Non uccidere », piuttosto proteggi la vita, proteggi la salute e rispetta la dignità di ogni uomo, indipendentemente dalla sua razza o religione, dal livello di intelligenza, dal grado di conoscenza o di età dallo stato di salute o di malattia.

« Non uccidere », piuttosto accogli un altro uomo come dono di Dio — specialmente se è tuo proprio figlio.

« Non uccidere », ma piuttosto cerca di aiutare i tuoi prossimi perché accolgano con gioia il loro figlio, anche se, umanamente parlando — secondo loro fosse venuto in un momento inopportuno.

Dobbiamo aumentare nello stesso tempo la nostra sollecitudine sociale non solo per un bambino concepito, ma anche per i suoi genitori, specialmente per sua madre — se la comparsa del figlio li ha messi di fronte alle preoccupazioni e le difficoltà quasi al di sopra delle loro forze, o almeno lo pensano. Questa premura dovrebbe trovare espressione sia nelle azioni e negli atteggiamenti umani spontanei che nella creazione di forme istituzionali di aiuto ai genitori. Volessero anche le parrocchie e i conventi inserirsi in questo movimento di solidarietà sociale con il bambino concepito e i suoi genitori in difficoltà!

8. « *Beati quelli che hanno fame e sete della giustizia* ».

Queste parole disse Cristo e queste parole portò con sé sulla croce. Sulla croce egli anche fu condannato a morte — e subì questa morte, e questa fu la morte del più santo tra i figli dell'uomo. Anche a lui hanno tolto la vita...

Il Figlio di Dio subì la morte sulla croce perché, in modo più che mai radicale fosse confermata la forza del comandamento: « Non uccidere ».

Ai piedi della croce stava sua Madre — così come sta in tanti santuari di tutta la terra. Ricordo il santuario a Blotnica presso Radom e l'incoronazione della Madre di Dio — proprio nell'anno 1977.

« Non uccidere »!

Sulla croce è stata inflitta la morte al suo Figlio. Nel segno della croce cerchiamo le vie della redenzione e della remissione di tutti i peccati.

Ecco muore sul legno dell'ignominia colui che annunziò all'umanità il messaggio delle otto beatitudini. *Il Figlio di Dio che è « il Primo e l'Ultimo » (cfr. Ap 22, 13) tra quelli che hanno fame e sete della giustizia*. Colui che unisce questa fame e sete con l'assicurazione « saranno saziati ». Sì: « perché saranno saziati d.

Fratelli e Sorelle di Radom e di tutta questa terra! *Edifichiamo il comune futuro della nostra Patria secondo la Legge di Dio*, secondo quell'eterna Sapienza, che non perde la validità in nessuna epoca, secondo il Vangelo di Cristo!

Costruiamo... Piuttosto: ricostruiamo, perché tanto è stato distrutto... sì, distrutto negli uomini, nelle coscienze degli uomini, nei costumi, nell'opinione pubblica, nei mezzi di comunicazione.

Ti preghiamo, Redentore del mondo, Cristo crocifisso e risorto, ti preghiamo per mezzo della Tua e nostra Madre, per mezzo di tutti i santi e giusti figli e figlie di questa terra, perché il futuro appartenga a coloro che veramente e inflessibilmente « hanno fame e sete della giustizia ».

**per voi
e per tutti gli uomini,
chiedo il dono della salute
e della fede**

(*Dal Santo Padre ai piccoli degenti dell'ospedale pediatrico di Olsztyn, giovedì 6 giugno 1991*)

1. Cari Bambini!

Sono molto lieto di poter essere oggi in mezzo a voi. Sono sempre lieto di incontrare i bambini. Anche il Signore Gesù trovava la gioia in questo! « *Lasciate che i bambini vengano a me e non glielo impedì perché a chi è come loro appartiene il regno di Dio* » (Mc 10, 14).

Il Signore Gesù diceva: « lasciate », « non impedite », quando gli apostoli, a motivo della stanchezza del loro Maestro, impedivano alle mamme l'accesso a Lui. Ed egli era davvero affaticato. Quando dunque disse agli apostoli: « non glielo impedite », fece capire con ciò che la vicinanza dei bambini, il contatto con loro, il colloquio, erano per lui piuttosto un riposo che una fatica. E *piuttosto una gioia che una stanchezza*.

E veramente era così. Il Signore Gesù quando era circondato dai bambini aveva particolari motivi di gioia. Ricordate che disse: « A chi è come loro appartiene il regno di Dio ». Ed altrove lo ha espresso in un altro modo ancora: « i loro angeli nel cielo vedono sempre la faccia del Padre mio che è nei cieli » (Mt 18, 10).

Il volto del Padre, che noi non vediamo qui in terra, è la gioia del regno dei cieli, è quella felicità definitiva, alla quale tendiamo mediante la fede in tutto il pellegrinaggio terreno. Anche voi camminate su questa via. *Il regno di Dio è in voi per mezzo della grazia del Santo Battesimo.* Appartiene a voi, se non permetterete che sia distrutto dentro di voi a causa del peccato. Mediante il peccato grave, mortale. I bambini difficilmente commettono tali peccati. Per questo il regno dei cieli è in loro. Ed anche per questo il Signore Gesù trova una speciale gioia e un particolare riposo nei contatti con i bambini.

E i bambini — da parte loro — anche essi cercano il contatto con il Signore Gesù. Sia quando egli stesso è ancora Bambino, come anche più tardi, mentre lo vedono agonizzante sulla croce per i peccati del mondo. E dopo, risorto.

2. Sono dunque lieto di poter essere oggi per un attimo con voi. Quest'incontro ha luogo nell'ospedale. Certamente avrei preferito averlo, p. es., durante una gita o in un piazzale di giochi. Però c'è bisogno anche di questo luogo. Ne hanno bisogno gli adulti ma a volte ne hanno il bisogno i bambini. Sapete bene che *all'ospedale si viene per la salute*: per riacquistare la salute, per liberarsi da diverse malattie.

Sentiamo oggi nel Vangelo il grido dell'uomo cieco: « Rabbuni (cioè: Maestro), che io riabbia la vista » (Mc 10, 51). Così quel malato risponde alla domanda di Cristo: « Che vuoi che io faccia? » (Mc 10, 51). « Che io riabbia la vista ». Anche voi dite in simile modo al Signore Gesù: « che io riabbia la salute », perché possa tornare a casa, a scuola, a giocare.

Nello stesso modo del resto chiedete per i vostri cari: « Dio, da' la salute alla mia mamma e al mio babbo... e a diverse altre persone care D. »

3. Il Signore Gesù esaudisce la domanda del cieco. Pronuncia delle parole significative in quella circostanza: « la tua fede ti ha salvato » (Mc 10, 52). Il cieco sa che a guarirlo è stato Cristo con la sua divina potenza. E tuttavia lo stesso Cristo dice: « la tua fede ti ha salvato ». Ciò vuol dire: la fede in un certo modo ha permesso la manifestazione della potenza che era nel Signore Gesù. Egli adoperava quella sua potenza soprannaturale sempre per destare la fede nell'onnipotenza divina e nell'amore divino. I miracoli di Cristo sono segni del regno di Dio.

4. Il regno di Dio è in voi mediante la fede. E anche se la fede « fa miracoli » — tuttavia esso stesso, il regno di Dio è un « miracolo » maggiore di tutte le guarigioni miracolose operate da Cristo e dai suoi apostoli — e di quelli che ancora oggi avengono in diversi luoghi della terra.

Così dunque, amati bambini, molto cordialmente insieme a voi prego la salute per ognuno — specialmente per coloro che sono malati più gravemente — però ancora di più chiedo il dono della fede. Chiedo questo dono per ognuno di voi ora e per tutta la vita. E chiedo questo dono — insieme a voi — per i vostri cari. Lo chiedo per tutti gli uomini. Chiedetelo anche voi. Il Signore Gesù ascolta in modo particolare le vostre preghiere.

5. Spero che gli adulti qui presenti — gli altri Ammalati, i Medici, le Infermiere e tutti gli altri Operatori della Sanità — non se la prendano con me per il fatto che durante il nostro incontro ho privilegiato i bambini. La Parola di Dio che annunziamo ai bambini non è diversa da quella che viene rivolta agli adulti. È il gioioso messaggio che Dio ama l'uomo e che lo rende capace di un amore che raggiunge Lui stesso, il nostro Creatore. Ognuno di voi — anche se contasse ormai molti anni — ha bisogno di una fiducia infantile, per aprirsi a questo dono dall'altro, così che l'amore di Dio diventi la luce e la gioia della nostra vita.

In questo momento penso a tutti gli ammalati, dovunque stanno. La sofferenza è un mistero impenetrabile e perciò quanto spesso difficile da comprendere, da accettare da parte dell'uomo. L'uomo affetto da una malattia, o da un'altra qualsiasi sofferenza, sovente si domanda — perché io debbo sopportare il dolore? — e quasi immediatamente si pone un altro interrogativo: perché, quale è il senso della sofferenza che mi è toccata? E non trovando una risposta spesso si abbatte, perché la sofferenza diventa più forte di lui. La sofferenza non è una punizione per i peccati, né la risposta di Dio al male dell'uomo. Può essere compresa solo ed esclusivamente alla luce dell'amore di Dio, che è il senso definitivo di tutto ciò che esiste in questo mondo. La sofferenza « è stata legata all'amore — così ho scritto nella Lettera Apostolica *Salvifici doloris* — a quell'amore del quale Cristo parlava a Nicodemo, a quell'amore che crea il bene ricavandolo anche dal male, ricavandolo per mezzo della sofferenza, così come il bene supremo della redenzione del mondo è stato tratto dalla Croce di Cristo, e da essa costantemente prende il suo avvio... In essa dobbiamo anche riproporre l'interrogativo sul senso della sofferenza, e leggervi sino alla fine la risposta a questo interrogativo » (n. 18). Nella malattia, o in un'altra sofferenza bisogna dunque abbandonarsi all'amore di Dio, come un bambino che affida tutto ciò che ha di più caro a coloro che l'amano, spe-

cialmente ai propri genitori. Abbiamo dunque bisogno di quella capacità che hanno i bambini per affidarci a colui, che è amore (cfr. *I Gv 4, 8*). *Quale valore e senso profondo acquistano in questo contesto le parole di S. Paolo: « Tutto posso in colui che mi dà la forza »* (*Fil 4, 13*).

6. Una persona sofferente e malata ha bisogno anche di un concreto aiuto professionale. Ha bisogno di una presenza presso di sé e con sé, e di una appropriata cura medica. Per questo mi rivolgo a voi, miei Cari, che lavorate in questo ospedale, compiendo varie mansioni dipendentemente dalla preparazione e dalla professione. Penso ai medici, alle infermiere e a tutto il personale dell'ospedale, ed anche a tutti coloro che compiono questo servizio samaritano nella nostra Patria. Il vostro lavoro è un lavoro difficile e pieno di responsabilità: si tratta infatti della vita dell'uomo. Però quanto esso è bello e quanto evangelico! *In ognuno di voi, in ognuno di noi la sofferenza deve richiamare l'amore e la solidarietà umana*.

Vi presento le espressioni di gratitudine e di un profondo riconoscimento perché con la vostra scienza e con le vostre capacità servite i bambini malati. Vi sono grato perché prestate aiuto all'uomo nella sofferenza. Le stesse parole di riconoscimento rivolgo a tutti i medici, alle infermiere e al servizio sanitario in Polonia. Tutta la società dovrebbe apprezzare la vostra fatica e il vostro sforzo e circondare di rispetto coloro che compiono questo servizio con spirito di sacrificio.

7. Cari partecipi delle sofferenze di Cristo! Ogni domenica e ogni festa vi viene rivolta una parola nella S. Messa tramite la radio, specialmente a coloro che non possono recarsi nelle loro chiese. So che a questa Messa partecipa la maggioranza delle persone malate. In questo modo la sofferenza di migliaia dei nostri fratelli ricoverati negli ospedali, negli ospizi, nelle case di cura e dovunque siano i malati, si unisce come in un'unica partecipazione alla Croce di Cristo, alla Eucaristia di Cristo. Vi prego di accogliere la parola che vi indirizzo, che accogliate ugualmente la benedizione, che vi offro. Ogni giorno in modo particolare prego per voi tutti, chiamati « a completare — con le vostre sofferenze — quello che manca alle sofferenze di Cristo » (cfr. *Col 1, 24*).

Vorrei aggiungere che lo faccio ogni giorno nel momento più toccante della Santa Messa, quando si avvicina il momento della Comunione. Penso che proprio allora bisogna che tutti i malati siano vicini a Gesù in modo particolare e che Gesù sia particolarmente vicino a tutti i malati e i sofferenti, affinché siano abbracciati in modo particolare da questa comunione salvifica che è l'Eucaristia.

Vorrei aggiungere inoltre che è molto bello qui. Tutta questa terra è molto bella. La co-

nosco da molti anni, la conosco soprattutto per le sue acque. Ieri l'ho vista dall'elicottero: acque e boschi. Bellissima terra. E questo posto ne fa parte. Ma esiste anche un'altra bellezza. Questa bellezza siete voi, bambini. Il bambino è la bellezza dell'umana esistenza. Proprio così. Il Signore Gesù lo ha confermato con i suoi atti; ne ho parlato all'inizio. Bellezza di un bambino! Noi adulti dobbiamo avere sempre lo sguardo fisso sulla bellezza del bambino. Non ci ha detto forse Gesù: « Se non diventerete come bambini non entrerete nel regno dei cieli »? Noi abbiamo bisogno dei bambini perché ci guidano verso Dio, verso il Regno celeste. Vediamo qui la bellezza di tanti bambini, e per giunta bambini malati che sono particolarmente belli. Ho potuto costatarlo mentre ero da loro. Abbiamo qui anche una terza dimensione della bellezza, dimensione invisibile: è la bellezza dell'amore, amore di buon samaritano, se vogliamo usare il linguaggio evangelico, e dell'amore che si esprime nella cura dei malati, di un bambino malato. Questa è la bellezza immediata continua. Essa riempie tutta la vita di coloro che lo esercitano, che lo danno. Ma in questa bellezza esiste ancora un'altra dimensione, dimensione più grande, dimensione ultima: alla fine, infatti, Cristo dice: « Ero malato, e mi avete curato, siete venuti a trovarmi. Qualsiasi cosa avete fatto a uno di questi piccoli l'avete fatto a me ». — Proprio come se parlasse di un ospedale infantile — l'avete fatto a me. Auguro a voi tutti che possiate sempre partecipare a queste tre dimensioni della bellezza che saltano con tanta evidenza agli occhi e al cuore e che esse siano sempre un'ispirazione non solo per voi, ma anche per tutti quelli che vengono qui da tutta la Polonia e dall'estero.

Dio vi ricompensi per questo incontro. I bambini polacchi della Lituania hanno eseguito dei bellissimi canti. Vi ringrazio dei canti e della vostra presenza qui con noi. Che Dio ricompensi i bambini polacchi della Lituania, che Dio ricompensi tutti per tutto. Accogliete la mia benedizione.

Dopo la consegna di un dono per l'ospedale il Santo Padre ha così proseguito:

Devo aggiungere ancora che non è che il Papa sia così ricco; sono i benefattori che danno al Papa perché lui possa donare. Bisogna ricordarsi, dunque, di tutti questi benefattori che forse non vogliono neanche farsi notare. Se preferiscono rimanere nascosti, lo facciano. Cio è molto nobile: « che la tua sinistra non sappia quel che fa la tua destra ». Ma bisogna ringraziarli nella dimensione nota solo a Dio.

argomenti



salute e urbanizzazione

*lo stress psicoemotivo
come problema
della sopravvivenza
del genere umano*

*la salute dei poveri
e l'aggiustamento strutturale
del terzo mondo*

*il compito
degli ospedali cattolici
e il degrado ambientale*

salute e urbanizzazione

Intervento di S. Ecc.za Mons. Justo Mullor, Capo della Delegazione della Santa Sede alla XLIV Assemblea Mondiale della Sanità - 1991

30

Ancora una volta la Conferenza Mondiale della Sanità si è collocata in prospettiva del futuro. Accettare le sfide, così numerose, che l'urbanizzazione vertiginosa pone alla salute individuale e collettiva è nuovo merito da aggiungere al lungo elenco dei «lavori pionieristici» dell'OMS.

I documenti di base, di eccellente qualità, proposti per le discussioni, offrono un quadro impressionante del grande movimento migratorio che, dalle zone rurali verso i grossi centri urbani, va configurandosi un po' ovunque nel mondo e, in particolare, nei Paesi in via di sviluppo. La campagna viene abbandonata in cerca soprattutto delle megalopoli. Le città con più di cinque milioni di abitanti, vent'anni fa, nel mondo, erano undici; alla fine dell'attuale decennio, saranno trentacinque, delle quali undici conteranno più di venti milioni di abitanti.

Si tratta di una realtà che pone problemi di civiltà. Le città vastissime sono l'espressione urbana di un progresso ambiguo, le cui grandezze e miserie si affiancano e, più di una volta, si annullano, poiché le grandezze diventano la maschera delle miserie e queste mettono in evidenza l'alto prezzo umano e sociale di uno sviluppo che privilegia illogicamente le classi più agiate. Le folle che si ammassano nelle periferie delle grandi città cercano il benessere e la liberazione dalla schiavitù del lavoro rurale tradizionale e vi trovano, senza dubbio, i vantaggi del lavoro industriale, dei servizi e della urbanizzazione. Tuttavia, mentre le minoranze che controllano il capitale e la proprietà fondiaria accrescono il loro potere finanziario, le folle degli sradicati, accanto ad alcuni benefici, trovano anche nuove calamità e nuovi pericoli sia per la loro salute sia per la loro vita quotidiana. I documenti di base elencano in maniera molto precisa

questi inconvenienti. Gli alloggi popolari inadeguati, le infrastrutture sanitarie ed igieniche insufficienti, l'alimentazione povera, la non-scolarità dei figli, la eccessiva concentrazione urbana costituiscono delle realtà che, separatamente e insieme, si confermano fattori di malattie. E non si tratta soltanto di malattie di ordine fisico — come quelle risultanti dai crescenti rischi di origine strutturale quali l'inseidamento di industrie talvolta tossiche in prossimità di zone ad alta concentrazione abitativa, l'insufficiente rimozione dei rifiuti o l'inquinamento dell'atmosfera; le megalopoli provocano anche pericoli per la salute psicosociale: «Lo stress urbano si traduce spesso in depressione, angoscia, suicidio, alcolismo, tossicomania... Nelle persone anziane delle grandi città si registra un aumento dei disturbi mentali, come pure hanno grande rilevanza i problemi derivanti dalla delinquenza giovanile, dalla violenza e da diverse forme di disadattamento» (A44/2, p. 15).

Si direbbe che il gigantismo urbano, accanto a vantaggi più o meno reali, ha effetti perversi ed inattesi. Per porvi rimedio, dovrebbe essere avviato un dialogo, libero di pregiudizi, tra tutte le forze sociali messe a confronto con le sfide che si pongono. La medicina, da sola, non basta di fronte all'ampiezza del fenomeno ed alle sue implicazioni sociologiche, culturali e politiche. Ci sono situazioni di fronte alle quali la scienza, anche la meglio equipaggiata, non può raccogliere tutte le sfide del momento.

Nessuno si stupisca, quindi, se la Delegazione della Santa Sede invita oggi, da questa tribuna, gli operatori sanitari a perseguire un dialogo costruttivo con tutte le altre branche del sapere e dell'operare per rispondere a queste sfide. Contenere le epidemie e promuovere l'igiene non si riduce mai, e ancor meno oggi,

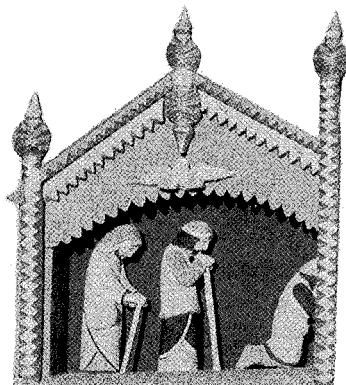
ad assolvere una funzione tecnica e meccanica. Richiede, invece, che sia creata una nuova coscienza negli uomini e nelle donne, nei giovani e nei vecchi implicati nelle minacce fisiche e psichiche derivanti dall'esodo rurale e dal gigantismo urbano che ne segue.

A giudizio della Delegazione della Santa Sede, il corpo medico ha il diritto di porre ai pianificatori dello sviluppo che ha creato le megalopoli e di porsi esso stesso alcuni interrogativi. Un esempio può essere il seguente:

1) Quali criteri ispirano uno sviluppo che, accanto ad alcuni vantaggi, non sempre sicuri e stabili, ha creato un numero così alto di ammalati?

2) È forse lecito continuare a considerare l'economia come qualcosa di astratto senza tener conto del suo prezzo in materia di salute fisica e di equilibrio psichico?

3) Perché è così ostinato il silenzio di certi pianificatori, anche a livello internazionale, sulle esigenze fisiche, spirituali e culturali degli uomini e delle donne



che sono il soggetto, e non soltanto l'oggetto, dello sviluppo?

4) La profusione e la diffusione di paradisi artificiali — consumo di alcool e di droghe diverse — come pure la banalizzazione del sesso e la perdita progressiva della sua dimensione affettiva e biologica, non sono forse in rapporto diretto o indiretto con l'insorgere di nuove malattie caratteristiche soprattutto dell'ambiente urbano?

5) Perché la disumanizzazione della medicina investe in maniera così evidente le istituzioni sanitarie dei grandi centri urbani nei quali l'anomato rappresenta la maggiore e la più insidiosa tentazione di dimenticare la dimensione personale delle cure mediche?

L'aumento del numero di nuovi centri sanitari e la loro modernità; l'avvio di nuove politiche sanitarie; le attrezzature ogni giorno più ricche e sofisticate; i nuovi brevetti scientifici e i vaccini sempre più numerosi ed efficaci non potranno mai ri-

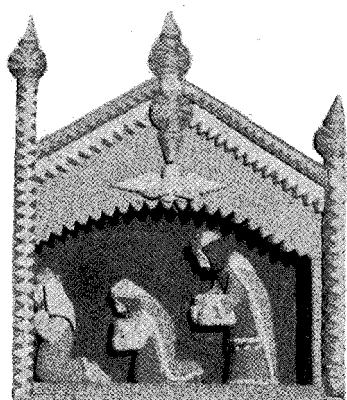
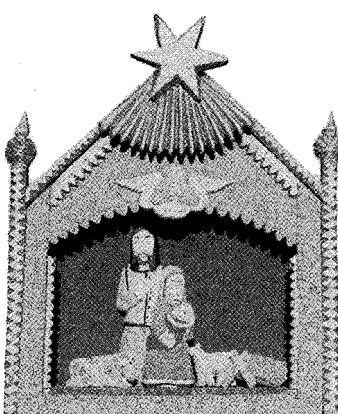
spondere, da soli, a questi interrogativi e ad altri analoghi ed ugualmente pressanti.

Si è ormai tutti d'accordo sull'idea che il mondo, e con esso la medicina, sono ad una svolta della loro lunga storia. I protagonisti del fenomeno che attualmente si chiama sviluppo sono, da una parte, i Paesi dell'emisfero nord, caratterizzati, attraverso una tradizione bientenaria, dalla separazione tra metafisica e scienza e, dall'altra, i Paesi dell'emisfero sud, divenuti fornitori di materie prime e sottomessi ad un regime di dipendenza economica e culturale. Ed è proprio nella dimenticanza ostinata della metafisica e nel ruolo privilegiato dell'economia che si deve cercare la radice dei mali e delle malattie con le quali questa Conferenza si confronta. Un progresso senz'anima non potrà avere mai un grande avvenire. Se l'uomo, che è il soggetto sia del progresso sia della medicina, viene considerato con un'ottica esclusivamente fisica, biologica o economica, egli sarà sempre esposto ad una manipolazione crescente e cieca. L'uomo non sarà altro che un animale più nobile e più complesso degli altri. Come ogni altro animale, egli sarà sottoposto alle regole implacabili dell'osservazione, del miglioramento fisico e quantitativo, della selettività secondo criteri di forza e di efficienza. Saranno possibili le ipotesi più oscure.

Per affrontare con profondità ed estensione i problemi della salute fisica e mentale posti dal gigantismo urbano, sia il medico che il politico e l'economista — questo è l'auspicio della Delegazione della Santa Sede — devono finalmente mettersi d'accordo sulla « giusta nozione di persona umana e del suo valore unico ». Questa idea, che lega come trama e guida l'ultima enciclica di Giovanni Paolo II (*Centesimus annus*) tanto commentata in questi giorni, merita

di essere tenuta presente di fronte all'uomo che intendiamo guarire o rendere più felice. In caso contrario, il progresso sarà soltanto materiale e la medicina potrebbe diventare una tecnica sempre più sofisticata, esposta alla tentazione di una crescente disumanizzazione. So bene che i partecipanti a questa Assemblea, pur muovendo da posizioni molto diverse dal punto di vista filosofico o religioso, ne sono consapevoli. Questa legittima diversità non dovrebbe, tuttavia, impedire di trovare almeno una base minima di accordo sul carattere unico dell'uomo, essere metafisico e spirituale. In realtà, l'uomo è il solo essere vivente capace di pensare e di amare liberamente. Porre questa realtà alla base di ogni progresso economico e medico equivale a offrire all'uomo una ragion d'essere capace di arginare la disumanizzazione dell'habitat e le conseguenze negative che ne derivano per la salute di un numero così elevato di esseri umani.

10 maggio 1991.



lo stress psicoemotivo come problema della sopravivenza del genere umano

La comprensione dello stress, come in generale la sindrome aspecifica da adattamento, fu formulata per la prima volta nei lavori dello studioso canadese H. H. B. Selye.

Selve riconobbe lo stress come reazione dello sforzo, nata come risposta non specifica dell'organismo all'effetto dei fattori straordinari stressanti nocivi, tra i quali annoveriamo agenti patogeni, sostanze tossiche, sostanze estranee all'organismo, fattori fisici e processi dinamici. In relazione alla propria natura biologica, lo stress, come suppose Selye persegue un fine di adattamento ed attiva meccanismi di difesa, tesi a prevenire l'azione sull'organismo di fattori ad esso nocivi.

Lo stress, per Selye, è caratterizzato da stadi, che molto spesso si alternano: lo stadio dell'allarme, lo stadio della resistenza, ed infine quello dell'esaurimento, che porta l'organismo alla sua sconfitta. Concordemente allo studioso Selye la reazione da stresss, in tutti i casi aspecifici, è mediata dall'attivazione di meccanismi ipofiso-surrenali. Selye ha paragonato « lo stress della vita » alla stessa genesi dello stress: quest'ultimo, infatti, gioca un ruolo sostanziale nella vita dell'uomo.

La vita dell'uomo inizia con lo stress del parto, si rafforza attraverso il superamento di diversi stress abituali e prodotti e termina spesso con stress insiti nelle malattie.

Reazione psicoemotiva umana

Tra gli altri aspetti dello stress, è necessario porre al primo posto la reazione psicoemotiva umana, che è tra i numerosi fattori che arrecano danno all'ambiente esterno, principalmente in funzione dei rapporti sociali.

Lo stress psicoemotivo, come iniziale reazione emotiva dell'uomo all'azione degli agenti stres-

santi, come anche altri aspetti dello stress, è caratterizzato da un complesso di eventi vegetativi ed ormonali aspecifici in rapporto al fattore iniziale.

I fondamenti delle teorie proposte nei riguardi dello stress emotivo sono inquadrati dallo studioso americano B. Kennon e sviluppati dallo studioso svedese L. Levi.

È stato dimostrato che, durante lo stress emotivo, vengono attivati meccanismi adreno-simpatici, i quali, in quella determinata fase, portano ad una situazione di adattamento. Successivamente, nel caso di un superamento di questa fase, essi portano alla propria inibizione (eustress e distress secondo Selye). Tale fase è caratterizzata dalla cessazione per esaurimento di differenti funzioni fisiologiche. Tutta la vita dell'uomo è ricca di emozioni determinate da propri bisogni e relativo soddisfacimento, ma anche da fattori esterni che lo circondano e, in primo luogo, dalla situazione sociale. Tutto questo rappresenta le varie emozioni dell'uomo.

Le emozioni accompagnano tutta la vita, tutte le azioni dell'uomo, a partire dagli atti, istintivi, fino alle forme più elevate dell'attività sociale.

Il mondo spirituale delle emozioni è vario.

Esistono emozioni negative di odio, di paura, di offesa, di sdegno, di tristezza, di disgusto, di invidia ed altre ancora.

Esistono poi emozioni positive di felicità, di fortuna, di entusiasmo, di divertimento, etc.

È caratteristico che l'uomo reagisce agli influssi interni, prima dell'atto e delle azioni esplicite.

La reazione emotiva è la prima reazione ai diversi stimoli.

Le emozioni negative mobilitano l'organismo per il soddisfacimento di bisogni biologici cardinali oppure sociali.

Essi nascono e si rafforzano ogni volta che il soggetto, avver-

tendo la necessità di sovrastare, non ha la possibilità di raggiungere il risultato richiesto.

La reazione emotiva si manifesta negativa quando si percepisce un elemento contrario all' soddisfacimento di necessità sociali o biologiche.

Al contrario, nei casi in cui l'individuo raggiunge il risultato che gli è indispensabile, che appaga il suo bisogno principale, si manifesta come emozione positiva.

Si è osservato che, nel bilancio dell'ambiente biologico e sociale, le emozioni degli esseri viventi e dell'uomo hanno caratteristiche di episodicità. Di regola, le emozioni negative episodiche si manifestano velocemente quando cessano quelle positive.

Le emozioni episodiche negative, accompagnate dai diversi bisogni vitali dell'uomo, favoriscono la sua attività tesa allo scopo dello sviluppo dell'individuo e del progresso della società. Esse sono costantemente individuali

Le emozioni episodiche negative hanno per scopo l'adattamento e non sono dannose per la salute.

Altra cosa è lo stress psicomatico. Esso nasce in condizioni denominate « situazioni di conflitto », nelle quali il soggetto, motivato da un forte bisogno di vitale importanza biologica o sociale, viene ostacolato a lungo nel soddisfacimento di queste necessità.

In queste condizioni le emozioni negative acquistano un chiaro carattere di irritazione, di indignazione, di sdegno e di agitazione.

L'abituale insoddisfazione dei risultati dell'attività sociale, legata all'impossibilità prolungata del raggiungimento del risultato sperato da parte dell'uomo, l'incertezza e l'inappagamento nella soluzione dei problemi, la repressione nel comportamento, condizionato da norme di condotta sociale, modifica le pecu-

liarità cerebrali, attraverso una condizione emotuale permanente negativa.

E per questo motivo che l'emozione negativa perde le proprie capacità di adattamento e, all'impossibilità di soluzione delle condizioni conflittuali per la loro entità, aggiungono il blocco di determinate funzioni fisiologiche.

La repressione di manifestazioni emotive non sempre è condizionata da norme sociali giustificate di comportamento, spesso conduce a quel che sovente l'essere umano prova come carenza di tranquillità dello spirito e di equilibrio psicoemotivo. Tutto ciò aggiunge in lui conflitti interni ed esterni.

In base ai conflitti umani, possono esserci difficoltà durature nel soddisfacimento di bisogni sociali e biologici, di conflitto di diversi interessi sociali e mancato appagamento delle esigenze personali dell'individuo, in relazione ad ingiustizie sociali.

Le numerose situazioni conflittuali sono provocate dal basso livello culturale vigente nei rapporti reciproci degli uomini, dall'incapacità di difendere ragionevolmente i propri interessi, e di tenere nella giusta considerazione le persone che li circondano.

Questi conflitti sono legati alla mancanza di cultura nel comportamento degli individui, all'incapacità di trovare una giusta via alla risoluzione dei problemi posti, al disinteresse di apprezzare adeguatamente i risultati dell'atteggiamento comportamentale e di controllare le proprie emozioni.

Tutto ciò si manifesta nella preponderanza delle emozioni negative, come anche nella manifestazione inconscia della propria inadeguatezza ed incapacità di prevedere l'opportunità delle azioni ed il risultato finale delle emozioni manifestate.

Le origini di tali conflitti sono insite nella formazione morale e nell'individualità mentale.

Oltre a questi c'è una serie particolare di conflitti interni, accanto ai quali l'uomo vive tormentosamente gli eventi drammatici della sua vita, che non possono essere modificati, oppure prova a lungo sensi di rimorso, di pentimento, di scontento nei riguardi della propria esistenza.

Avvenimenti personali drammatici sono sempre esistiti nella vita, come pure esistono fattori che determinano lo stress emotivo.

La prolungata malattia e la morte di persone care evocano profonde modificazioni nella psiche dell'uomo, modificano la sua percezione dell'ambiente che lo circonda, del rapporto reciproco con le persone che gravitano nel suo ambito. Questo rapporto può, di per sé, accrescere uno stato emotivo negativo. Stabilito un nesso diretto tra il disagio psicologico prolungato, il trauma neuropsichico, l'evoluzione della tensione emotiva eccessiva può concludersi con turbe cardiovascolari acute.

Lo stress e il progresso tecnico-scientifico

I problemi dello stress psicoemotivo acquistarono un significato rilevante nel campo del progresso tecnico-scientifico.

Il progresso delle scienze tecniche, modificò le condizioni di vita dell'uomo ed apportò all'umanità beni sociali come abbondanza di prodotti, abitazioni confortevoli, possibilità di comunicazioni rapide, etc. Tutto ciò ha, però, lati negativi. Il progresso tecnico-scientifico, calcolando l'aumento del ritmo di vita, l'aumento delle informazioni, la mancanza di movimento, la monotonia, la necessità di lavoro in condizioni di estremo disagio, l'urbanizzazione, i conflitti sociali, porta all'aumento della tensione psico-emotiva dell'uomo moderno. Da ciò prendono origine modificazioni qualitative

della vita intellettuale-emotiva dell'uomo.

Nell'intima struttura delle emozioni, che permeano tutta la vita e tutte le azioni dell'uomo, tutto ciò aumenta, inoltre, la quota emotiva negativa sofferta e, ancor di più, vengono ridotti i periodi caratterizzati da condizioni emotive positive legati a rapporti con la natura, con riti religiosi, con opere d'arte e, finalmente, con contatti umani.

Necessità di adattamento

Il ritmo crescente, frenetico della vita e, con questo, la violazione dei bioritmi filogenetici, la complicazione dei rapporti sociali e la distruzione dell'ambiente che circonda l'uomo, la comparsa di fattori chimici e fisici che influiscono sull'organismo, la necessità di un adattamento veloce a questi fattori hanno, in maggior misura in questo scorso di secolo, modificato in modo considerevole la vita dell'uomo moderno. Le circostanze prese in considerazione giocano il ruolo di fattori di rischio nello sviluppo di stress emotivi e facilitano l'incremento, nella maggioranza delle persone, di uno stress emotivo eccessivo.

I fattori di rischio del progresso tecnico-scientifico conducono spesso a ciò che l'uomo moderno avverte come mancanza di tranquillità di equilibrio psicoemotivo.

Lo stress emotivo evoca conflitti sociali legati alla sfera politica, economica, ai rapporti sociali ed internazionali, alla vita spirituale della società, conduce a catastrofi del tipo di Chernobyl ed infine alla guerra.

L'intensificazione dell'attività socio-economica della vita moderna porta un brusco aumento di carico scolastico, all'aumento di cooperazione interpersonale, all'attivazione di diverse forme di relazioni sociali, alla creazione di un vasto scambio di informazioni, alla coordinazione e

collaborazione con diversi partner, la necessità di decisioni su problemi economico-sociali e tecnico-scientifici contrastanti e di difficile soluzione.

Tutto ciò porta al forte aumento del livello emotionale dell'uomo e genera situazioni conflittuali legate alla competizione, all'odio, al comando. Uno dei fattori che influiscono sul comportamento conflittuale e sullo sviluppo della tensione emotiva nelle norme del progresso tecnico-scientifico sembra la carenza di tempo per la soluzione dei problemi di responsabilità sullo sfondo del forte interessamento dell'uomo al raggiungimento del proprio scopo.

Le condizioni moderne di produzione non rispondono frequentemente alle possibilità fisiologiche dell'uomo.

L'uomo è spesso limitato nella possibilità di controllare ed organizzare le condizioni di lavoro in conformità ai propri bisogni e possibilità. Lavorando alla catena di montaggio con impianti tecnici complicati, l'uomo è costretto a sapersi adattare al ritmo di esecuzione a lui imposto, che per lui non è singolarmente ottimale. Il risultato è uno stress emotivo, alla cui base c'è un'eccessiva fatica fisica e mentale. Non di rado i lavoratori di diverse professioni non hanno norme fisse, come sistematici periodi di riposo ed il carico di lavoro nel corso del giorno diventa continuo ed irregolare.

Sono specialmente soggetti allo stress emotivo gli abitanti delle città. L'urbanizzazione crescente, la quantità notevole delle informazioni, gli innumerevoli contatti obbligati con altre persone, la mancanza di tempo riducono repentinamente il lasso di tempo in cui l'uomo può godere di pace interiore.

A ciò si aggiungono fattori ecologici avversi, come il rumore, l'inquinamento chimico dell'atmosfera attraverso gas di scarico delle auto e delle fabbriche. Il cittadino, condizionato perennemente dalla sua attività lavorativa, raramente rivolge l'attenzione verso quei fattori che dinamizzano lo spirito, come la natura e l'arte.

Personalità di diversa natura trovano nell'alcoolismo una soluzione del problema, creando spesso, in tal modo, conflitti an-

cor più grandi nella famiglia e nel lavoro.

L'eccessivo sforzo sistematico-emotivo altera il mondo spirituale dell'uomo. Senza ragioni evidenti inizia uno stato irritativo dell'umore, oppure uno stato depressivo, uno squilibrio tra emozioni negative e positive. Tale situazione provoca effetti non solo nella mente dell'individuo, ma si riflette anche sui problemi sociali: la produttività si abbassa e l'iniziativa creativa diventa aggressività, cattiveria, intolleranza nei rapporti interpersonali.

Il progresso tecnico-scientifico ha generato, oltre ai problemi ecologici, che ci circondano, anche quello, non meno importante dell'«intasamento» della vita spirituale dell'uomo.



Debolezza spirituale dell'uomo e le sue conseguenze

Il mondo spirituale dell'uomo diventa sempre più debole e proprio ciò sembra una delle cause dell'emergenza dei problemi della droga, dell'alcoolismo, delle psicosi e dei suicidi. Per la soluzione di questi problemi bisogna guardare alle loro origini, che sono legati ad una banale disarmonia emotiva ed al fatto che anche il mondo interiore dell'uomo esige di essere strettamente difeso.

Cosa ancor più pericolosa in questa situazione sembrò che sulla base degli stress psicoemotivi si possano verificare le cosiddette malattie psicoemotive come nevrosi, infarti, ipertensione arteriosa, lesioni ulcerose del tratto gastrointestinale, immunodeficit, endocrinopatie ed addirittura malattie neoplastiche. Lo stress psicoemotivo, come è

stato ora accertato, appare come causa principale della morte improvvisa per arresto cardiaco, infarto ed ictus. Con lo stress psicoemotivo è collegata la malattia ischemica del miocardio. Aumentano sempre più come mostrano gli esperti, le morti dovute alle cause citate.

L'interessamento degli organi interni nell'eccitamento emotivo è sempre selettivo e ciò conduce a conseguenze sfavorevoli, se questo o quell'organo, in seguito a diverse cause, risultano più soggetti all'azione tonica emotiva.

In ciò si può repartire la causa del sovraccarico regolarmente crescente e del prematuro logorio di vari organi interni, che portano allo sviluppo di malattie cardiovascolari, di spasmi intestinali, di neurodermiti, di stenocardie, di attacchi d'asma.

C'è da sottolineare, poi, che i primi cambiamenti, che avvengono nell'organismo in condizioni conflittuali, generate dagli stress emotivi, si manifestano a carico del sistema nervoso centrale. Uno tra i fattori avversi più importanti, che facilita l'aumento delle malattie psicosomatiche ed in parte anche di quelle cardiovascolari, appare la scarsa attività motoria dell'uomo moderno, l'ipocinesia. Il progresso tecnico-scientifico da una parte ha reso più semplice il lavoro dell'uomo, dall'altra ha ridotto la sua attività motoria, provocando adinamia e monotonia. Soprattutto i lavoratori della mente, gli operatori addetti ai comandi centralizzati, i telegrafisti, i conducenti di mezzi di trasporto sembrano i più soggetti all'ipocinesia.

È stato determinato che la riduzione dell'attività motoria, provocando un abbassamento del consumo energetico, si ripercuote sulle diverse funzioni dell'organismo e riduce la sua capacità di un'adeguata reazione alle emozioni inevitabili. Il problema dello stress emotivo ha acquistato, accanto al significato medico, un'importante orientamento sociale e, accanto ad altri problemi sociali rilevanti, è diventata una questione cardine per la sopravvivenza dell'umanità nei tempi moderni. In seguito a ciò il problema dello stress emotivo è diventato, oltre che un problema strettamente medico, anche un

impegno sociale ed umano in generale. È chiaro che per una lotta proficua contro gli effetti negativi dello stress emotivo e per la realizzazione di programmi medico-sociali, sono indispensabili gli ausilii non solo della scienza medica, ma anche l'interessamento alla partecipazione a questo lavoro di un vasto gruppo di specialisti ed il conferimento a questo problema del carattere di ente ad attività sociale. All'influsso negativo del progresso tecnico-scientifico tutti dedicano ancora poca attenzione.

Tecnocrazie e vecchi orientamenti tecnici sembrano la causa del fatto che l'individuo sano, non parlando degli invalidi, è in difeso verso il progresso tecnico-scientifico. Le strutture tecniche vengono create non a misura

d'uomo, che pure deve operare in esse. Quando, al contrario si costruiscono strutture tecniche, come per esempio un aereo od una nave spaziale, solo dopo si reperta l'individuo che li deve pilotare e, oltre a ciò, quest'ultimo deve essere sottoposto ad uno speciale addestramento. Sono, perciò, le strutture tecniche che debbono essere create per l'uomo e non viceversa, come accade ora.

Le possibilità fisiologiche dell'uomo non sono proporzionali alle possibilità tecnico-scientifiche del progresso. L'individuo, così, non protetto, avverte regolarmente l'effetto di cariche stressanti, che lo conducono a nevrosi, malattie cardiovascolari, distrofie ulcerose, malattie neoplastiche, affezioni gravi, alterazioni immunologiche ed en-

docrine, che crescono eccessivamente, come conseguenza del lavoro dell'uomo.

Come risultato di questa situazione, già una considerevole percentuale di giovani non è in condizione di risolvere problemi sociali significativi, che si vengono a creare, senza forzare le funzioni fisiologiche fondamentali del proprio organismo.

Il progresso tecnico-scientifico porta, dopo anni di lavoro pesante, all'interferenza sullo sviluppo evolutivo di leggi fisiologiche dell'attività vitale normale con episodi di tensione emotiva, con meccanismi di autoregolazione, nei quali il complesso dei fattori, che inizialmente ristabiliscono queste funzioni, predomina, poi, su quello che la ri-
fiuta.

35



Le leggi di adattamento

Le leggi di adattamento biologico, affinate in milioni di anni di sviluppo evolutivo degli esseri viventi, possono essere formulate nel seguente modo:

1. Episodicità degli stress emotivi negli esseri viventi in ambiente biologico bilanciato.

2. Ritmicità delle funzioni fisiologiche, condizionata da fattori esogeni ed endogeni.

3. Autoregolazione come meccanismo generale di stabilità delle diverse funzioni fisiologiche, determinata dall'attività dei diversi sistemi funzionali dell'organismo.

Ciò significa che, grazie all'attività dei differenti sistemi funzionali di autoregolazione dell'organismo vengono favoriti l'omeostasi e l'adattamento degli esseri viventi alle condizioni di vita circostanti.

Lo stress emotivo, che nasce in situazioni conflittuali prolungate e continue, porta alla violazione dei meccanismi di autoregolazione delle funzioni omeostatiche e psichiche.

In casi di situazioni conflittuali prolungate, secondo le modificazioni delle proprietà neurochimiche del cervello, viene sconvolto il comportamento dell'adattamento dei soggetti: prima di tutto soffrono i meccanismi di dominio della motivazione e, su questa base, l'approvazione della decisione ed il giudizio dei risultati raggiunti.

In seguito alla violazione dei meccanismi di autoregolazione in individui singoli, in caso di situazioni conflittuali prolungate, si manifesta la trasgressione dei bioritmi, in parte dei ritmi della respirazione e dell'attività cardiaca.

In caso di tensioni psicoemotive, che si ripetono ogni giorno, i meccanismi fisiologici di difesa (misura fisiologica di difesa, secondo I. P. Pavlov) divengono, nei singoli soggetti, insoddisfacenti per la salvaguardia delle funzioni fisiologiche.

Per tal motivo si alterano i bioritmi, i meccanismi delle funzioni di autoregolazione e si creano i presupposti per stimoli che possono apportare stress tramite disfunzioni precoci nello sviluppo della patologia psicosomatica successiva.

Ricerche sperimentali dimostrano che lo stress in situazioni conflittuali provoca un cambiamento non solo delle funzioni fisiologiche ritmiche, ma porta anche a cambiamenti evidenti nell'apparato riproduttivo, conducendo a brusche modificazioni delle funzioni ormonali e modificazioni nei discendenti.

Tutto ciò è stato spiegato in tempi recenti dal fatto che lo stress emotivo può portare al deterioramento del genoma umano. La genesi dello stress emotivo in forma generale può essere stabilita nella maniera seguente. Quando l'individuo in condizione di predisposizione ereditaria ed acquisita o di stabilità si trova in una situazione conflittuale, sono possibili varie maniere di sviluppo dello stress emotivo. Nel caso in cui vi siano caratteristiche genetiche od acquisite di stabilità di adattamento lo stress non arreca lesioni cerebrali, né somatoviscerali. In altri casi si possono sviluppare alterazioni cerebrali sotto forma di nevrosi, oppure insulti somatoviscerali come ipertensione arteriosa, stenocardia, asma bronchiale, malattia ulcerosa del tratto gastrointestinale, impotenza sessuale. Infine si possono sviluppare contemporaneamente alterazioni cerebrali e somatoviscerali.

Di per sé lo stress emotivo rappresenta la reazione normale dell'uomo e degli esseri viventi in una situazione di conflitto.

Data la presenza di meccanismi genetici od acquisiti individualmente per disposizione, lo stress, in situazioni conflittuali lunghe ed ininterrotte, oppure per la sua azione rapida e grave, può sfociare in una forma patologica, accompagnata da alterazioni delle funzioni cerebroviscerali.

Al contrario, nell'organismo stabile, lo stress emotivo può non evocare la violazione dei meccanismi di autoregolazione delle funzioni fisiologiche.

Le norme sociali e il proprio comportamento

Sul piano sociale e comportamentale, oltre a queste alterazioni, si può notare uno sviluppo di energia creativa, superamento degli ostacoli, atti che portano allo sviluppo progressivo della società.

A causa della comparsa di ostacoli conflittuali insormontabili al raggiungimento di determinati scopi, per cui l'uomo non può, per una intera serie di cause, conseguire gli scopi stabiliti e soddisfare da sé alle sue necessità sociali e biologiche, si producono emozioni negative, la cui somma sfocia in situazioni ecci-

tative permanenti. Per questo motivo si modificano in modo considerevole le proprietà chimiche del cervello.

Le norme sociali di comportamento richiedono all'individuo la capacità di frenare il proprio comportamento in occasione di forti emozioni. L'uomo di cultura, interessandosi a problemi sociali, può reprimere, grazie a questi elementi, le emozioni negative. Ciononostante tali emozioni non esterne sono pericolose anche da un punto di vista medico. In tal guisa le emozioni, non trovando uno sbocco all'esterno, vengono trasmesse agli organi interni.

Per l'umanità diventa sempre più difficile il problema di come, facendosi sempre più strada il progresso tecnico-scientifico, ci si possa proteggere dalle conseguenze negative dello stress emotivo, ossia si possa difendere la salute nell'ambito della crescita costante del progresso tecnico-scientifico.

Per mancanza della dovuta attenzione e di provvedimenti di recupero tutto ciò porta all'uomo una crescita dello stress psicoemotivo e malattie psicosomatiche.

La corsa sfrenata alla tecnologia, senza attenzioni all'uomo che lavora per essa privo di forze efficaci che contrastino lo stress emotivo, senza strutture mediche di riadattamento ed in particolar modo senza misure di profilassi, accresce ancor di più la possibilità di una crisi demografica e sociale.

La stessa società si deve prima di tutto difendere dalle situazioni conflittuali eccessive, deve trovare i mezzi atti alla rimozione delle cause di tensioni emotive e deve difendere la salute degli individui nel caso di ripetizione di situazioni conflittuali impreviste.

Con la rielaborazione di raccomandazioni efficaci per la difesa dell'uomo contro gli effetti nocivi dello stress emotivo, appare la spiegazione della conformità alle leggi fisiologiche fondamentali, che determinano stabilità dei soggetti in occasione di stress emotivo, di meccanismi, con l'aiuto dei quali essi possono contrastare il suo sviluppo. Dalla soluzione di questo problema dipende la messa a punto di metodi scientifici per la profilassi e

per il modo di evitare lo stress emotivo.

Profilassi dello stress

Tenendo presente che l'aumento delle malattie psicosomatiche è strettamente legato con il progresso tecnico-scientifico, sembrerebbe pienamente legittimo chiedersi se non sia opportuno un suo contenimento o, addirittura, un suo blocco. È chiaro, però che è ingenuo e ridicolo chiedere un freno alla spinta tecnico-scientifica. Il progresso tecnico-scientifico progredirà inevitabilmente. Ciò vuol dire che c'è solo la possibilità di difendere l'uomo dal crescente progresso tecnico-scientifico. In questo progetto sono efficaci misure per preavvertire lo stress a causa di conseguenze indesiderate. Per tal motivo bisogna prima di tutto tener bene in mente una regola d'oro che trova posto nell'ambiente biologico equilibrato: le emozioni negative debbono avere sempre un carattere episodico, ma, ancor meglio, debbono terminare con emozioni positive. In questa premessa è ancor più importante la condizione dell'avvertimento di scomparsa in modo permanente, delle emozioni negative. Proprio a questa regola seguono molte raccomandazioni pratiche per il conseguimento della profilassi dello stress. Secondo queste è necessario un cambiamento, in situazioni di cariche stressanti di emozioni negative, ed esso viene fornito da un'occupazione gratificante, durante la quale l'individuo riceve un'emozione positiva. Quest'ultima elimina dall'organismo le alterazioni prodotte dalle emozioni negative.

In tal modo si ha un cambiamento dei rapporti con la natura, con l'arte, con i riti religiosi, con la musica, con la letteratura, con i membri della famiglia.

È accertata l'azione curativa di emozioni positive nel corso di alcune malattie psichiche.

Non meno efficace è la modifica delle emozioni negative che si ha nell'attività fisica. In questo caso gli impulsi nervosi e le numerose sostanze biologiche attive, che passano nei muscoli volontari e che passano poi, a loro volta, nel sistema nervoso centrale, dove contribuiscono anch'esse alla normalizzazione delle funzioni cerebrali.

Ci sono anche altri procedimenti fisici sicuri per l'abolizione delle conseguenze spiacevoli di emozioni negative, come la corsa, il nuoto, la sauna, etc. Tutti i procedimenti elencati di dominio delle emozioni riguardano le varie emozioni spiacevoli che si verificano nell'uomo.

Il comando sulle emozioni, nel senso profondo del termine deve consistere non nella capacità di reprimere alcune delle loro componenti interne o di « scaricare » l'emozione generata nell'attività presa in considerazione, ma nella capacità di non farle sorgere affatto.

La coincidenza di interessi personali e sociali, le condizioni per uno sviluppo completo della personalità, migliori possibilità di scelta della professione, un'attenzione particolare e premura verso le nuove generazioni, verso gli invalidi e le persone anziane contribuiscono allo sviluppo della coscienza, della disciplina, dell'attività sociale. In queste situazioni i vari metodi per dominare le emozioni possono essere più efficaci.

Il problema della produzione delle emozioni negative deve occupare un posto più importante in pedagogia. Purtroppo al giorno d'oggi questo lavoro viene effettuato in maniera insufficiente. Non sono stati ancora elaborati lavori scientifici, che possano rispondere a questo problema. Ci si può porre anche questa domanda: « Sono necessarie le emozioni negative? ». Sì, lo sono. Esse sono la fonte dell'energia interna, sono un aiuto all'uomo per superare le difficoltà della vita.

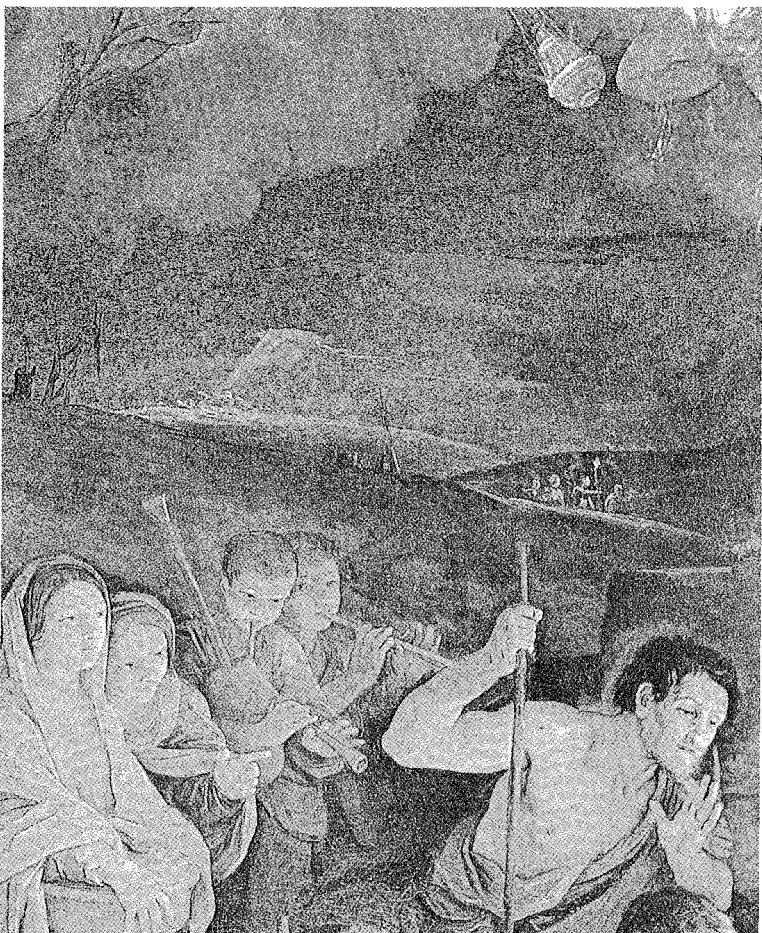
Senza dolore non ci sarebbe felicità, senza sventura non si apprezzerebbe neanche la felicità autentica.

Le emozioni negative favoriscono l'attività finalizzata ad uno scopo. In realtà bisogna sempre ricordare: le emozioni negative non dovrebbero essere prolungate.

In caso contrario potrebbero diventare la causa di serie malattie.

Prof. SUDAKOV K. B.

*Istituto di indagine scientifica
di Fisiologia Normale
denominata Accademia P. K. Anokin
di Scienze Mediche, Mosca
(U.R.S.S.)*



37



la salute dei poveri e l'aggiustamento strutturale del terzo mondo (presentazione di un problema)

Nel messaggio che la Conferenza Episcopale Burkinabè ha inviato ai cristiani del Paese in preparazione dell'Assemblea Speciale per l'Africa del Sinodo dei Vescovi, incontriamo una frase che tratta proprio dell'*Aggiustamento strutturale*, dando una rapida valutazione. «Il Programma d'Aggiustamento Strutturale (P.A.S.) che ci è imposto, dice il documento, provoca nelle intelligenze e nei cuori, più angosce che speranze».

L'aggiustamento strutturale è stato imposto dalla Banca Mondiale e dal Fondo Monetario Internazionale ai paesi indebitati del Terzo Mondo, come condizione per continuare a dare i loro prestiti. L'aggiustamento, in teoria, dovrebbe condurre questi paesi alla costruzione di una economia autonoma e produttiva, ma molti dubitano della sua riuscita e temono che la situazione ne risulti peggiorata.

a) Il contesto del problema

In Africa, dopo la proclamazione delle indipendenze e la formazione dei nuovi Stati, si trattava di passare da una struttura economica coloniale ad una economia autonoma di sviluppo, gestita dai responsabili dei nuovi paesi. Un progetto euro-africano concepito nel 1958, contemporaneamente alla nascita della Comunità Europea, dette l'illusione che il passaggio potesse essere fatto rapidamente e bene. Il progetto prevedeva un co-sviluppo esemplare attraverso l'istituzione di una complementarietà economica e umana tra l'Europa e l'Africa. In altre parole il progetto si presentava come un prolungamento naturale dell'edificazione della Comunità Europea.

Tale concezione prevedeva la stabilizzazione dei prezzi delle materie prime, il controllo dei mercati agricoli e soprattutto, forme di collaborazioni bilaterali che dovevano assicurare l'arrivo ad un contratto di nuovo tipo.

In altre parole prevedeva un dialogo tra Stato e Stato di cui le idee portanti erano le seguenti: la formazione dei quadri responsabili, la valorizzazione delle risorse naturali e lo sviluppo delle infrastrutture. Con le strade, le piantagioni, le miniere, i dirigenti e uno Stato, si pensava che la nuova economia africana si sarebbe costituita rapidamente.¹

Negli anni 60 le relazioni euro-africane furono effettivamente animate da questo spirito di collaborazione e le giovani nazioni iniziarono il loro sviluppo piene di speranza. La collaborazione era favorita anche dal fatto che l'Europa stava vivendo un periodo eccezionale di cresciuta economica e l'omogeneità dei problemi dei paesi africani facilitava la soluzione dei casi concreti.

Ma arrivarono gli anni 70, gli anni della crisi. In Europa è la crisi economica. In Africa ci si accorge che qualche cosa non funziona; che le strutture previste non bastano per arrivare ad una economia autonoma: le basi agricole, anche a causa delle siccità, diminuiscono, le infrastrutture industriali non vengono realizzate e, conseguentemente, il decollo industriale autonomo non si produce. Contemporaneamente le importazioni crescono più di quanto il mercato consente e i risparmi non riescono a coprire gli investimenti necessari.

In tale contesto il politico e l'ideologico cominciarono a contare più dell'economico, i cambiamenti al vertice dei paesi a susseguirsi in maniera imprevedibile senza tener conto della preparazione effettiva dei nuovi responsabili e le riforme si limitarono a bravi discorsi e a qualche intervento nel settore moderno proprio quando questo settore era in difficoltà anche in Europa.

Praticamente l'Europa e l'Asia cominciarono a seguire ognuna la propria via dimandando i

progetti esemplari del co-sviluppo: l'Europa si sente attratta dagli Stati-officine dell'Asia e dalle nazioni arabe e petrolifere, l'Africa, nelle strategie sofisticate che le vengono suggerite, percepisce il sigillo del paternalismo europeo e decide di poter continuare il cammino iniziato negli anni 60, ricorrendo a prestiti internazionali. E l'inizio dell'indebitamento.

I prestiti sostennero in modo artificiale la crescita africana fino agli inizi degli anni 80. Allora, come era da prevedersi, il flusso dei capitali tra il Nord e il Sud cambiò direzione: metà dei ricavati dalle esportazioni del Sud, doveva rimanere nel Nord come rimborso dei prestiti avuti. Nel 1987 i debiti ammontavano a 147 miliardi di dollari, pari a tre volte il totale dell'aiuto accordato al Terzo Mondo.²

È per sanare questa situazione che è stato concepito il Programma di Aggiustamento Strutturale. E facile intuire ch'esso pre-suppone una struttura e una plasticità delle economie che in Africa non sono frequenti. Le soluzioni suggerite sono quelle adottate dalle grandi economie che hanno una esperienza secolare e sono sostenute da tradizioni e leggi: liberalizzazione dei prezzi, libero scambio e mercato, e privatizzazione delle imprese. Attraverso queste iniziative l'aggiustamento dovrebbe raggiungere la normalizzazione dei principali settori delle economie nazionali nello spazio di pochi anni. Il Fondo Monetario Internazionale assume questo compito come una missione!

Considerando questi suggerimenti si direbbe che il Fondo Monetario Internazionale non crede alla reale fragilità delle strutture e alla povertà attuale delle giovani nazioni africane. Ed è questo che crea tutte le ambiguità di questo Piano di Aggiustamento Strutturale, che fanno dire ai Vescovi Burkinabè ch'esso genera più angosce che

speranze. Anche perché la maggioranza dei paesi limitrofi che hanno già adottato il piano si trovano ancora nella crisi.

b) Nel Mondo della malattia

Parlando di ambiguità riconosciamo la possibilità di modifiche che possono portare a buon esito il risultato che il piano si propone. Non è nostro compito, né abbiamo la presunzione di dare suggerimenti in proposito. Noi lavoriamo nel mondo particolare della malattia e ci preoccupiamo delle conseguenze negative che le interpretazioni inadeguate delle direttive del P.A.S. possono causare a danno dei malati, particolarmente dei malati più poveri.

In questo Paese c'è chi dice che la salute non può essere gratuita, o meglio, non può essere più gratuita perché lo Stato non ha la forza per sostenere le spese della salute di 9 milioni di cittadini. Si dice anche che bisogna educare la gente a pagarsi la propria salute; che bisogna privatizzare le cure. Conseguentemente si parla di apertura di cliniche e di farmacie private. Non abbiamo l'intenzione di rigettare in blocco tutto quello che si dice; potremmo anche trovarvi degli aspetti interessanti, ma sarebbe assurdo introdurre la privatizzazione delle cure e considerarla come maniera esclusiva, senza tener conto del contesto concreto.

Un giornale locale, *Sidwaya*, del 7 gennaio 1991, tratta questo problema relativamente ad un fatto di cronaca che, secondo l'articolista — un funzionario del ministero dell'informazione e cultura — ha un significato che va al di là del fatto stesso. L'articolo si intitola così: «La farmacia "Paga La Yiri" chiude le porte, che cosa succede?».

Per dare una risposta alla sua domanda l'articolista comincia col valutare il potere d'acquisto del Burkinabè medio. Quanti so-

no, egli si domanda, i Burkinabè che hanno un livello economico che permetta di mangiare tre volte al giorno e allo stesso tempo, di sopportare le spese della farmacia? Il Burkina conta più di 8 milioni di abitanti, di cui, nel 1989, soltanto 143.740 percepira un salario: 31.129 dallo Stato e 112.611 dagli enti parastatali e privati. I salariati sono considerati come una categoria di privilegiati, ma i poveri appartengono anche a questa categoria. Essi (con un salario situato mediamente tra le 150 e 180 mila lire italiane) devono fare delle vere acrobazie per poter sopravvivere.

Le altre categorie non stanno meglio. Tra i contadini, che rappresentano il 95% della popolazione, i benestanti sono quelli della zona cotoniera, gli abitanti di certe zone coltivate a frutteto e gli aderenti alle cooperative che possono usufruire dell'irrigazione. Ma quando si sa che, fino al 1986, il Burkina non aveva che 350 ettari di superficie irrigabile, si comprende subito che i contadini con un reddito passabile non raggiungono una grande cifra.

I dati della pluviometria hanno una grande influenza sui red-

diti agricoli. Se non sono cattivi, i contadini hanno di che vivere, ma nell'assenza di sbocchi commerciali, il miglio che resta serve soltanto come riserva per gli anni di siccità: la siccità, negli ultimi 20 anni, si è ripetuta con una frequenza impressionante.

Anche nel settore dell'allevamento si incontra qualche benestante. L'allevamento globalmente segue le vicende dell'agricoltura, ma negli ultimi anni ha subito un brutto deterioramento: negli anni 1978-80 il Burkina aveva esportato 45.000 capi bovini, in questi ultimi anni ne può esportare soltanto 8.000 per anno.

Queste brevi notizie ci fanno comprendere il pensiero dell'articolista di *Sidwaya*: secondo lui soltanto una bassissima percentuale di burkinabè ha la forza economica di pagare la propria salute.

E veniamo alla farmacia «Paga La Yiri» (la farmacia della fraternità). Essa esisteva da una quindicina d'anni per iniziativa del camilliano P. Eligio Castaldo, cappellano dell'ospedale Yalgado di Ouagadougou. Si proponeva di procure ai malati le medicine che l'ospedale non forniva, a prezzo di costo: valore del prodotto più le spese di spedizione per poter rinnovare le provvigioni. Nella città questa iniziativa era considerata come una benedizione di Dio perché nelle farmacie del luogo, gli stessi prodotti potevano costare fino a tre e quattro volte più cari. L'ospedale contribuiva a questa opera umanitaria fornendo una stanza per il deposito ed una persona per la distribuzione.

Nel novembre scorso (1990), il nuovo direttore dell'ospedale intimava al P. Eligio la chiusura della farmacia motivando la iniziativa con il fatto che l'ospedale aveva ormai assunto una nuova configurazione giuridica. Esso era divenuto un ente pubblico a carattere finanziario con amministrazione autonoma.



Molti si sono domandati in che cosa questa nuova configurazione contrastava con la presenza della farmacia della fraternità e se, in tutti i casi, non poteva cercarsi una soluzione diversa dalla sua chiusura. « Questa farmacia "Paga La Yiri" — scrive l'articolista a cui ci siamo riferiti più avanti — in realtà non fa concorrenza né alla futura farmacia dell'ospedale, né alle altre farmacie del posto, dove, a dispetto della salute, il fattore dominante è il denaro... Ogni volta che si decide un'azione di sviluppo si deve tener conto delle realtà quotidiane vissute dal popolo ».

Alcuni anni fa, l'organizzazione Mondiale della Salute (O.M.S.), lanciò la parola d'ordine: « Da oggi al 2000 salute per tutti ». Ci si domanda che significato danno a questa parola gli animatori dell'aggiustamento strutturale. Come pensano d'integrarla nei loro programmi. Ritieniamo che l'aggiustamento strutturale, con la sua pedagogia d'autodisciplina può diventare portatore di avvenire; può aiutare il Paese a costruire una struttura economica meno dipendente dall'esterno, ma esso deve essere concepito all'interno dei contesti concreti e a lungo respiro.

L'avvenire dell'Africa dipenderà dalla capacità dei responsabili africani e degli aiuti stranieri di concepire i loro progetti in tale prospettiva. Se l'aggiustamento sarà pensato soltanto come « misure economiche » si rischia di renderlo vano o di farlo pagare soltanto dai poveri sfruttando la loro vita.

P. RENATO DI MENNA, M.I.

¹ BUCAILLE T.H., *Métamorphoses du problème africain*, in « Etudes », luglio-agosto 1990, pp. 8-14.

² AA.VV., *Initiative de Bamako*, in « L'Enfant en milieu tropical », 1990, nn. 184-185, p. 10.

il compito degli ospedali cattolici e il degrado ambientale

Il problema della crisi dell'ambiente non è nuovo, ma la nostra consapevolezza nei suoi confronti è fortemente cresciuta negli ultimi anni. Forse possiamo paragonare questa nostra sensibilità a quella di un fortunato proprietario di piantagioni trovatosi ad affrontare le conseguenze del suo sistema lavorativo (la schiavitù) o di un proprietario di miniere che, dopo essersi arricchito, si rende conto di essere responsabile dell'erosione del suolo e dei danni alla popolazione locale provocati dal lavoro in miniera.

In economia questo tipo di conseguenze sono chiamate esternalità, cioè costi non pagati, ma ignorati. Gradualmente queste esternalità arrivano a chiamare in causa la nostra coscienza. In genere vengono pagate dai poveri e dai deboli, dai Paesi in via di sviluppo, dalle donne o attraverso le tasse. Attualmente l'attenzione viene focalizzata sull'ambiente e sulla salute, i settori nascosti che portano il peso economico dei nostri eccessi di economia di mercato. Gli operatori sanitari sono in prima linea nel contribuire al dialogo sul reale costo della motorizzazione, dei generatori nucleari, degli inceneritori, dell'inquinamento tossico e idrico. Questi costi rischiano di far scoppiare il sistema sanitario e sfondano i programmi sanitari, per non dire dei costi di depurazione e dei costi legali.

Il sistema sanitario in generale e il sistema ospedaliero in particolare sono al centro del problema. Come parte della società essi sono parte del problema. Anch'essi esternalizzano i costi a motivo delle condizioni dell'ambiente e della salute. Anch'essi si trovano a dover fronteggiare le conseguenze tragiche dello stile di vita e dell'inquinamento: tumori, abuso di droga e di alcool, Aids, estendersi delle malattie infettive, morbo di Alzheimer, sindrome da intossicazione, av-

velenamento da mercurio, da piombo, ecc.

Vorrei soffermarmi su due aspetti: gli ospedali come parte del problema e gli ospedali come fattore di soluzione del problema. Al primo punto mi soffermerò sul trattamento dei materiali a rischio, sui danni al personale sanitario e ai pazienti, sui danni all'ambiente, alla popolazione in generale e alle future generazioni. Quanto al secondo punto — gli ospedali come fattore di soluzione del problema — mi soffermerò sulla responsabilità del buon esempio, dell'intervento e dell'azione concertata e di vigilanza.

Gli ospedali come parte del problema

Se si tenta di esternalizzare i veri costi dell'attività del personale ospedaliero, ci si accorge che alcuni suoi tradizionali comportamenti non vengono tenuti in sufficiente considerazione. In particolare, la sua stessa attitudine all'autosacrificio può diventare autodistruttiva (o distruttiva del lavoro) e l'approccio per settori può trascurare o ridurre al minimo la messa a fuoco sulla minore infermità che ci apre la strada alla medicina preventiva. Quando io uso l'espressione « medicina preventiva » mi riferisco esattamente ad essa e non già alla prima individuazione della malattia. Esiste apparentemente uno stato pre-patologico di instabilità o di stress che è clinicamente individuabile, ma che abitualmente è trascurato quasi si trattasse di variazioni della condizione normale o, comunque, di uno stato che non richiede intervento medico. Si tratta delle condizioni nell'ambito delle quali la prevenzione cerca di stabilire la normalità e di prevenire tumori o altre malattie debilitanti. Questi stati o condizioni, che non richiedono una risposta medica ma che provvedono mez-

zi non traumatici, sono importanti per la sopravvivenza della specie.

Gli ospedali trattano materiali estremamente pericolosi come certi farmaci, strumenti nucleari e materiali di contrasto, strumenti radiologici e per la cobalto terapia ed altre tecnologie a rischio. Potremmo aggiungere a tutto questo i terminali video-computeristici, materiale isolante incombustibile, arredamenti per ufficio che emettono formaldeide, tessuti sintetici che emettono qualcosa come 300 prodotti chimici, anestetici, strumenti di disinfezione, condutture di piombo, rischi biologico-patologici, ecc. Due tra gli elementi maggiormente radioattivi sono stati largamente e imprudentemente utilizzati negli ospedali come il cobalto 60 e il cesio 137. Il cobalto utilizzato in un ospedale del Texas finiva in una fabbrica messicana andandosi a mescolare al metallo di tavolini da cucina venduti addirittura in California, Florida e Messico. Il cesio 137, uscendo da un ospedale del Brasile, attirò l'attenzione su famiglie povere poiché colpì di radiazioni circa 250 persone, quattro delle quali morirono. Gli effetti, poi, a lungo termine già investono la città brasiliiana di Goiania.

Ogni farmaco somministrato a un paziente ha una sua ricaduta nella biosfera. La sua successiva tenacia e distribuzione — abitualmente attraverso i servizi igienici, il sistema fognario, i depuratori idrici, i liquidi introdotti nei cibi, il sistema irriguo — investono la flora e la fauna e anche gli esseri umani risentono delle loro conseguenze. Si provi ad immaginare l'impatto di tutte queste dosi di antibiotici somministrate agli individui e agli animali domestici e di allevamento negli ultimi quarant'anni; si provi ad immaginare tutti i digitali, gli eccitanti, le aspirine ed altri farmaci con una componente chimica tossica, la cocaina crack, l'LSD e l'alcool! Si pensi alla miriade di medicine distribuite nel primo mondo sulla base del nostro stesso sistema di vita. Non si dimentichi, poi, che ogni dose di farmaco, di elemento tracciante radioattivo e mezzo di contrasto finisce nella nostra biosfera. Alcuni riducono al minimo la loro persistenza, ma pa-

recchi persistono e vengono riclicati nell'ambiente in cui viviamo e nell'alimentazione.

Uno sviluppo accettabile richiede un più incisivo orientamento, se possibile, verso farmaci non tossici. Ciò significa consapevolezza della necessità di formare al senso di responsabilità: di dove viene questo materiale? dove va a finire?

Alcuni dei più seri problemi degli ospedali vengono dall'eccessivo uso di strumenti di plastica. Il successivo incenerimento del materiale non più utilizzabile emette diossina e defurants (?). Il Tritio, il carbonio 14 ed altri radionucleidi vengono emessi nell'incenerimento di materiale di scarso a basso livello radioattivo, comprese le carcasse di animali da esperimento ed altri rifiuti. A parte i rischi immediati per la gente che abita nelle vicinanze, il materiale tossico che va nell'atmosfera a seguito dell'incenerimento, si deposita nell'acqua e sul terreno per arrivare poi ai corsi d'acqua e spingersi fino agli oceani per essere poi riciclato, attraverso i fascinosi meccanismi di scambio della terra, nel nutrimento per il plancton, i pesci e, quindi, l'alimentazione. Gli inquinanti tenaci fanno ritorno sulla tavola per danneggiare la prossima generazione.

Quando noi rimettiamo alla biosfera ed ai fiumi il materiale tossico non più utilizzabile, ci rendiamo in definitiva responsabili delle malattie e delle deformità, del danno alla specie e del degrado della biosfera che noi stessi causiamo. Gli sforzi eroici per «curare» il cancro e per ricomporre il DNA frantumato non possono sostituire il dovere di arrestare, innanzitutto, il danno all'ambiente.

Ci sono alcuni cambiamenti da compiere con urgenza negli ospedali. L'*International Commission on Radiological Protection* ha recentemente dichiarato che i criteri di salvaguardia dai rischi di radiazioni praticati negli ospedali negli ultimi 40 anni sono insufficienti e devono essere immediatamente modificati fissando nuove tabelle di limiti. I limiti di esposizione attualmente considerati accettabili, lo sono ovviamente in rapporto ai vantaggi dell'attività esercitata, non già perché siano del tutto privi di rischio. Le esposizioni consentite

agli operatori sono ridotte, dai 50 mSv/anno a 20 mSv/anno (negli Stati Uniti le medesime riduzioni sono da 5 rem/anno a 2/rem anno). Per il pubblico in generale le riduzioni vanno da 5 mSv/anno a 1 mSv/anno (negli Stati Uniti da 0.5 rem/anno a 0.1 rem/anno). Ciò significa che molte infermiere che assistono pazienti che hanno ricevuto iodina 131 in preparazione di analisi o pazienti di cancro in cura radioattiva devono attualmente considerarsi lavoratori esposti a radiazioni. Ciò significa anche che mandare un paziente a sottoporsi a terapia a ultrasuoni mentre già riceve nell'organismo elementi radioattivi è cattiva abitudine; ciò espone il tecnico dell'ultrasuono alla radiazione ionizzante.

Uno degli aspetti più rischiosi della degenza in ospedale dal punto di vista dei pazienti è l'elevata possibilità di contrarre infezione. Le misure di controllo tradizionali si incentrano sulla trasmissione dell'infezione, sulle pratiche di sterilizzazione ed altri veicoli. A mio parere, l'alta percentuale di infezioni è dovuta in gran parte all'eccesso di risposta piuttosto che a scarsità di interventi. Molte medicine moderne e procedure diagnostiche indeboliscono il sistema immunitario del paziente rendendolo più vulnerabile. Alcune di queste medicine e analisi sono superflue o non necessarie. Può accadere, invece, che sia il sistema immunologico a dover essere sostanzioso. Ho studiato l'effetto della radiazione sulle cellule del midollo osseo che producono il monocito, una cellula fagocite bianca del sangue. Il sistema immunologico linfocite di una persona può essere del tutto a posto, ma se il sistema monocite è compromesso o esaurito, la risposta immunologica non scatta. I monociti appartengono a quei bioindicatori che, abitualmente, vengono ignorati nei referti di laboratorio. Potrebbe trattarsi della chiave per fissare un migliore standard ambientale a protezione della salute.

In generale gli ospedali partecipano dei problemi dell'inquinamento locale, nazionale e globale. Per esempio, il rubinetto dell'acqua può contenere piombo, l'aria kripton 89 e il cibo residui di pesticidi. Ciò può incide-

re sulla percentuale di sopravvivenza, anche se di ciò non si tiene conto negli ospedali.

Un medico in servizio al reparto urologico in un grande ospedale polacco ha parlato di esiti fatali da post-trapianto durante l'incidente di Chernobyl. Pazienti già sottoposti a immunosoppressori furono ulteriormente indeboliti dal fall-out tossico. Ciò avrebbe potuto essere controllato se si fosse saputo prima dell'incidente e fossero stati approntati piani di intervento. Quanti di noi saranno in grado di rispondere all'elevato numero di incidenti provocati dallo stile di vita del XXI secolo?

Gli ospedali come fattore di soluzione del problema

Gli ospedali coinvolgono quotidianamente la vita di milioni di persone: ospitano per nascere e per morire, profonde gioie e intensi dolori. Essi toccano la gente nei suoi momenti critici più vulnerabili e in quelli che la interpellano sul significato della vita, della morte e della sofferenza.

L'importanza di creare a questa gente un ambiente non inquinato, rimedi naturali, un trattamento responsabile dei rifiuti tossici, cibo e bevande sane, un equo trattamento del personale e attenzione al circostante ambiente non ospedaliero non soltanto aiuta, ma ci riguarda direttamente per molti anni a venire. Gli sforzi congiunti e il dialogo, studiare ed operare soluzioni concrete e positive può contribuire in maniera decisiva ad un futuro più sano. Nella nostra società la salute professionale è tenuta in grande considerazione.

Oltre a ciò, gli ospedali possono contribuire a combattere le cause delle malattie provocate dall'ambiente. Dopo la scoperta dei germi siamo ancora alla fase del lavaggio a mano. Il problema, ovviamente, è complesso, come lo era, nella presenza di tanti batteri nel corpo umano, scoprire le cause delle malattie infettive. Ma bisogna rimboccarsi le maniche e cominciare. I campi di investigazione sono moltissimi: l'esame tossico dei tessuti malati eliminati in chirurgia; la mappa geografica dell'incidenza delle malattie croniche; studi sulla riproduzione e la sa-

lute dei nati da persone che lavorano in industrie a rischio; il tipo di salute di una comunità in rapporto al suo stile di vita ed all'inquinamento; lo sviluppo di bio-indicatori che svelino la percentuale di anormalità in una comunità piuttosto che tenendo conto della frequenza di malattie individuali. In Malesia, dove io lavoravo in una comunità etnica cinese esposta a un'industria con rifiuti estremamente tossici, noi trovammo quattro bambini affetti da leucemia e uno con un tumore al cervello. Si prevedeva un cancro infantile ogni dieci anni. Tutti venivano seguiti da differenti medici e né gli ospedali né gli oncologi avevano informato che i bambini provenivano tutti da una medesima comunità. Noi avevamo individuato che il 45% dei bambini di questa comunità, due anni prima, avevano mostrato un'anomalia nel numero dei globuli bianchi. Nessuno dei bambini era stato riconosciuto bisognoso di cure mediche e nulla era stato fatto per riportare alla normalità i parametri del sangue dei bambini. Ogni bambino era stato curato indipendentemente dalle condizioni della comunità e dal problema dell'inquinamento ambientale. Ospedali e laboratori potrebbero identificare questi casi di anomalia di gruppo, prima che essi sfocino in manifesta malattia. Peraltro ciò significa cambiare il modo in cui l'informazione viene raccolta e analizzata.

Gli studi tossicologici sugli aborti spontanei e sulle morti perinatali e infantili sono inderogabili. I bambini sono il frutto del nostro stile di vita e delle esposizioni ambientali come pure della nostra composizione genetica. Il futuro dipende dalla loro salute e dall'integrità genetica.

L'autoverifica ospedaliera richiede un'attenzione responsabile nei confronti di chi vi ha lavorato prima e la cui salute può essere stata compromessa dal lavoro in ospedale. Gli ospedali devono avere i loro sistemi di filtro e di depurazione del sistema idrico sia per l'entrata sia per l'uscita dell'acqua. In molti casi gli inceneritori sono probabilmente inaccettabili. La selezione dei rifiuti, l'isolamento dei rifiuti radioattivi e biologicamente rischiosi e l'individuazione di am-

bienti non-tossici sono cose essenziali.

Gli organismi responsabili degli ospedali cattolici devono partecipare attivamente alla elaborazione di un mega progetto locale per l'ambiente. Avere una posizione attiva significa occuparsi dei costi sanitari dell'esposizione cronica a elementi chimici, ai fili ad alta tensione e ad altri rischi. E la raggiunta consapevolezza di questi problemi deve tradursi in chiaro richiamo a risolverli. I problemi sanitari provocati dall'ambiente non possono essere trattati alla maniera frammentaria del passato.

Infine, un autentico disastro ambientale è costituito dalla guerra nella quale viene deliberatamente perpetrato ogni genere di danni all'uomo ed al suo sistema di vita. Già prima della guerra del Golfo gli ospedali dell'Irak avevano il 40% in meno di personale necessario, erano stati costretti a sopprimere il 50% di letti, mancavano di insulina e di anestetici. La guerra ha portato al bombardamento di stabilimenti chimici e di due reattori nucleari, all'incendio di 600 pozzi petroliferi e ad una macchia di petrolio in mare lunga 160 chilometri, oltre che provocare tifo, colera ed altre malattie dovute alla distruzione degli acquedotti e del sistema fognario. Certamente gli ospedali cattolici devono farsi voce per la soluzione pacifica dei conflitti internazionali.

La sopravvivenza della razza umana, gioioso e fecondo Corpo di Cristo, fa parte della missione degli ospedali cattolici. Questo dovere è innanzitutto di prevenire la malattia e la devastazione genetica, e non di limitarsi a raccolgere i frammenti di vite spezzate.

Sr. ROSALIE BERTELL, Ph.
D., GNSH

testimonianze



*la Federazione
Internazionale
dei Farmacisti Cattolici
(FIPC)*

*casa della speranza
e della fraternità*

*la malattia
momento di prova*

Congregazione Benedettina

la Federazione Internazionale dei Farmacisti Cattolici (F.I.P.C.)

Nel novembre 1990 la Federazione Internazionale dei Farmacisti Cattolici ha celebrato i suoi quarant'anni di vita. Fu infatti ai primi di settembre del 1950 che, a Roma, un congresso internazionale di Farmacisti cattolici organizzato nel quadro dell'Anno Santo, prese la decisione di dare vita ad una Federazione permanente. Nata al Foro Romano, nell'antica sede del «Collegio dei preparatori di aromi», la Federazione conobbe un nuovo impulso.

Cenni storici

La nascita della Federazione era stata preparata a lungo. Contatti tra studenti europei di farmacia erano cominciati sin dal 1932 in occasione di un congresso di studenti cattolici del movimento Pax Romana. Qua e là già esistevano associazioni di farmacisti cattolici, confraternite, ecc.

Dopo l'ultima guerra che aveva interrotto le comunicazioni, sin dal 1946 un sottosegretariato di Farmacia, sorto nell'ambito della Pax Romana e della sua branca anteriore il M.I.I.C., affidato a Maurice Parat, uno dei pionieri del 1932, cercò di creare e di rafforzare i legami tra le organizzazioni locali in piena ripresa. Nella primavera del 1949, un congresso nazionale francese tenuto a Lilla, fu l'occasione di un incontro franco-belga a Bruges. E proprio nell'abbazia di St.-André di Bruges fu presa con entusiasmo la decisione di organizzare un incontro-pellegrinaggio a Roma per l'Anno Santo associato al pellegrinaggio della Pax Romana. Il pellegrinaggio alle quattro basiliche maggiori ed anche ad Assisi ebbe un enorme successo. Il momento più alto ed indimenticabile per i par-

tecipanti fu l'udienza pontificia nella basilica di San Pietro piena fino all'inverosimile. Fu in mezzo a questa folla che il 2 settembre 1950 Pio XII si rivolse direttamente e a lungo ai farmacisti raccolti sotto la statua di Sant'Andrea. Per la prima volta un Papa indirizzava la sua parola ai farmacisti, riconosceva la loro specificità, le loro difficoltà, le loro fatiche e le loro responsabilità: «Oltre al suo aspetto tecnico (la vostra responsabilità) riveste anche un aspetto morale, al quale la devianza e la confusione attuale delle coscenze danno oggi un peso maggiore che mai in passato».

Il testo del discorso, pubblicato in francese su *L'Osservatore Romano* ebbe grande risonanza e fu pubblicato integralmente in Francia nel Bollettino dell'Ordine dei Farmacisti (1950, n. 9).

La prima pietra era stata posta. Il tema del primo incontro di Roma era stato: «La Farmacia è un servizio: diritti e doveri del farmacista». Il congresso successivo fu tenuto a Spa, in Belgio, nel 1952, sul tema: «Il malato e i suoi diritti».

Era stata definita in maniera chiara la linea di orientamento generale che non sarebbe stata mai più abbandonata: il servizio al malato, i doveri del farmacista, ma anche la sua dignità.

Il Congresso di Spa fu molto importante, innanzitutto perché inaugurò una serie di congressi mai più interrotta sino ad oggi



ed anche per la partecipazione di una delegazione tedesca guidata dal farmacista Iskenius che operò concretamente per la riconciliazione europea.

La Federazione prendeva forma. Nel 1956 veniva riconosciuta con una lettera della Segreteria di Stato e i suoi Statuti venivano definitivamente approvati nel 1962. I legami con la *Pax Romana-M.I.I.C.* andavano indebolendosi. Federazione internazionale riconosciuta dalla Santa Sede, la F.I.P.C. veniva ammessa alla Conferenza delle O.I.C.

Partecipando con la persona del suo Presidente e del suo Consigliere ecclesiastico all'organigramma della Pontificia Commissione divenuta poi Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, la F.I.P.C. conferma la saldezza e la stabilità dei suoi rapporti con la Santa Sede.

Dalla sua origine ad oggi, la F.I.P.C. ha avuto cinque Presidenti: i farmacisti Ledoux (Belgio), Degand (Belgio), Leis (Germania), Dréano (Francia) e Scheer (Austria); due segretari generali: Maurice Parat e Manfred Schunck; tre consiglieri ecclesiastici: p. Marc Dubois O. P., p. Michel Roy S.J. e l'Abbe Pierre Schaller.

Riunire e stimolare

Nel corso dei suoi quarant'anni di vita la Federazione ha tenuto venti congressi internazionali, che di volta in volta hanno riunito dalle 150 alle 300 persone per trattare argomenti preparati dai gruppi nazionali; ha organizzato una decina di «giornate federali», fine-settimana di lavoro o di riflessione per zone circoscritte, numerose riunioni del comitato esecutivo (in media, due o tre ogni anno). Tutti questi incontri sono stati possibili grazie alla generosità dei partecipanti e dei responsabili, dato che le singole organizzazioni che formano la Federazione dispongono di scarse risorse. È questo un aspetto che merita di essere sottolineato. Questo spiega anche perché lo sviluppo della Federazione sia stato principalmente limitato all'Europa, con minori costi per gli spostamenti.

Primo obiettivo della Federazione è stato sempre quello di

riunire le associazioni esistenti e di suscitarne nei Paesi dove mancano. Tale obiettivo è stato gradualmente raggiunto nell'Europa occidentale con l'esistenza di associazioni nazionali ben strutturate. Alcune, dopo un periodo di splendore, non sono sopravvissute ai loro animatori: è il caso della Spagna, della Gran Bretagna e dei Paesi Bassi. I Farmacisti Cattolici dell'Irlanda, nonostante un eccellente congresso a Dublino, non sono poi arrivati a organizzarsi in associazione. Ma non mancano speranze di ripresa per questi Paesi. L'esempio dell'associazione italiana, oggi molto attiva dopo un periodo di «ibernazione», conferma che le riprese sono sempre possibili se sostenute da personalità dinamiche e motivate.

In tutti i gruppi il rinnovamento degli effettivi, il contatto con i giovani farmacisti, diversi dai loro predecessori, in un contesto sociale molto più secolarizzato, interella i dirigenti per una nuova forma di azione. Contatti molto vivaci sono in corso da tempo in Polonia e Ungheria. L'apertura recente dell'Europa dell'est lascia adito a molte speranze.

Sorta in Europa, la F.I.P.C., nonostante gli sforzi del Segretariato generale, ha sempre trovato difficoltà a svilupparsi negli altri continenti.

Nel continente americano esiste una *National Catholic Pharmacists Guild of USA*, anch'essa

impedita nel suo sviluppo dalle distanze che separano gli aderenti. Altri gruppi esistono in Messico, nel Perù e in qualche altro Paese. Sono stati organizzati congressi in queste regioni: a Montréal (1969) ed a Città del Messico (1973). La sezione di Cuba, molto promettente, è scomparsa per ragioni politiche. Così pure sono stati interrotti i contatti con il Vietnam.

L'Africa e l'Asia hanno qualche organizzazione analoga. Ad alcuni nostri congressi sono stati invitati dei farmacisti dello Zaire. Questi Paesi ci sono noti soprattutto per il grande bisogno che hanno di medicinali. Le associazioni nazionali europee si adoperano in maniera consistente per dare aiuti in questo campo.

Comunque sarebbe indispensabile per la F.I.P.C. poter sviluppare la sua azione oltremare. La povertà delle popolazioni, la ricchezza esagerata di alcuni, la mancanza di farmaci essenziali, il numero ridotto di professionisti competenti, l'assenza di assistenza sociale, tutto richiederebbe che i farmacisti ed i loro collaboratori fossero altamente consapevoli delle loro responsabilità morali e sociali. I cristiani impegnati nella sanità, spesso in minoranza, figurano tra i migliori operatori dello sviluppo di questi Paesi. Ma non bisogna farsi illusioni.

Se la F.I.P.C. ha gli strumenti per una strategia europea, bisogna riconoscere che non ne ha a livello degli altri continenti. Essa deve fare i conti con le scarse risorse economiche di molti di questi farmacisti dal lavoro incerto e precario. L'esistenza del Pontificio Consiglio del Pastorale per gli Operatori Sanitari legittima nuove speranze. L'incontro a Roma, in occasione delle conferenze organizzate da questo dicastero, sono positivi. La presenza, nei singoli Stati, di vescovi incaricati della pastorale sanitaria deve rendere possibile scoprire i farmacisti, spesso sconosciuti, e riconoscerne il ruolo specifico e indispensabile, troppo spesso nascosto dietro facciate commerciali. « Le fatiche e le responsabilità del farmacista non sempre, né da tutti sono conosciute ed apprezzate come si dovrebbe » (Pio XII, 2 settembre 1950).

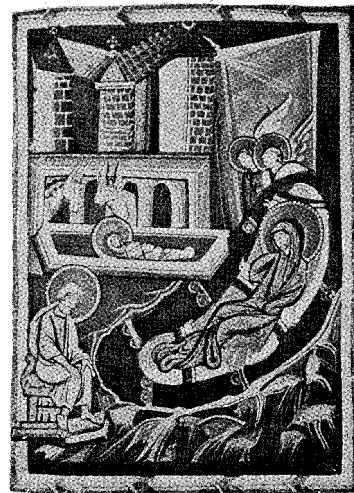
Riuniti per quali obiettivi?

Farmacista e cristiano: due specificità. Come *farmacisti* siamo impegnati « corpo e beni » in una vita professionale massimamente individualizzata, sempre più contratta dal moltiplicarsi di vincoli amministrativi legati allo sviluppo dell'assistenza sociale e, perciò, che invadono anche la vita privata. Come il medico, il farmacista è *segnaio*, anche durante le sue vacanze, persino se in pensione.

Cristiani in un mondo sempre più secolarizzato, siamo anche *segnavi* da una differenza, la quale non deve rinchiuderci in un ghetto, ma tradursi in testimonianza positiva, in sostegno permanente e necessario della nostra Chiesa che insegna e che prega. Per dei cristiani che lavorano come farmacisti è essenziale riuscire a saldare queste due specificità, pena la perdita di significato della loro stessa esistenza.

I *terreni di incontro* sono molti. Ci limiteremo a ricordarne due: l'efficacia professionale e l'etica.

1. *L'efficacia professionale* del cristiano deve essere esemplare per la qualità del suo servizio, naturalmente con tutte le responsabilità richieste per quanto attiene, in particolare, alla formazione permanente, ma soprattutto orientando la sua attività verso il miglior servizio del malato e del più povero. A parte



quelli privi di ogni mezzo economico, va ricordato che il malato è sempre psicologicamente un povero.

Vi è il grosso rischio che i vincoli commerciali e finanziari e le stesse esigenze dei servizi sociali facciano perdere al farmacista il senso del malato. Il marketing nei confronti del consumatore viene incoraggiato, facilitato ed è immediatamente remunerativo. Il *marketing del cuore* nei confronti del malato è, invece, spesso difficile, talvolta scoraggiante, raramente pagante, ma sempre in grado di arricchire lo spirito. È proprio questo contatto quotidiano a dare il suo vero senso e la sua finalità ad un mestiere che potrebbe essere ingratto e illusorio rispetto all'importante formazione ricevuta.

In questo dialogo con il suo *prossimo* (il più prossimo) il cristiano, più degli altri, sarà portatore di *speranza*, poiché crede nella vita eterna, oltre la speranza solamente umana che non è che speranza di stare meglio.

Il farmacista cristiano, per il malato, può essere messaggero del Vangelo, senza dimenticare che il malato sarà anch'egli messaggero di Vangelo per il farmacista...

Nel nostro mondo industrializzato, la donna, l'uomo, sono tristi, depressi; l'arsenale farmacologico appare loro come il mezzo per uscire dalla depressione o per non cadervi; il farmaco antidepressivo la fa scomparire così come la neve nasconde le asprezze del terreno, ma le cause profonde restano. Non è forse questo il caso classico in cui il farmacista può aggiungere al farmaco prescritto un valore integrativo, con un messaggio di speranza, di fiducia in sé, che aiuterà l'infermo a ridare un senso alla propria esistenza, a ritrovare la gioia di vivere?

Questa efficacia professionale passa attraverso la « parola » ma anche attraverso la qualità tecnica del servizio, dei prodotti, della retta amministrazione, del rifiuto degli sprechi, dell'informazione aggiornata dei clienti, considerata un dovere di lealtà.

I congressi e le pubblicazioni della F.I.P.C. hanno sempre cercato di far progredire i farmacisti lungo queste direttive ed hanno validamente contribuito ad arricchire la nozione di « atto



farmaceutico » e di « servizio del malato » sia nella mentalità che nello stesso vocabolario professionale.

2. *L'etica* ha sempre fatto parte delle riflessioni del farmacista sulla propria arte; ma i progressi della ricerca scientifica gli pongono e continueranno a porgli molteplici problemi gravi attinenti alla vita. Mi riferisco alla *bioetica*.

Questi problemi, molto complessi, costituiscono una preoccupazione permanente della nostra Federazione e sono già stati oggetto di incontri e di congressi (Bruges 1985). La complessità di questi problemi ed il fossato apertosi tra l'opinione pubblica manipolata dai media e le posizioni del Magistero della Chiesa sottolineano tutta l'importanza del lavoro della Federazione.

Il farmacista, nella sua pratica quotidiana, anche se lo volesse, non può ignorare questi problemi. Le domande dei clienti, la disuonabilità di nuove sostanze e le innovazioni legislative non possono lasciarlo indifferente.

Da vent'anni a questa parte si è avuta l'invasione dei contraccettivi con la loro incidenza sui costumi; oggi siamo di fronte alla pillola abortiva; che ci porterà il domani? Altro problema con il quale abbiamo a che fare e sempre in maniera più pressante è la tossicomania.

Da sempre il farmacista è stato il custode dei veleni e il protettore della società. I principali stupefacenti — morfina, cocaïna — sono oggi ben presenti in fruttuosi commerci paralleli, il che non impedisce che il farma-

cista possa essere aggirato. Più insidiosamente, si assiste, soprattutto nei giovani, ad un uso deviante dei farmaci: problemi gravi per farmacisti isolati e sottoposti a pressioni brutali.

Si deve affermare il diritto legale al rifiuto della vendita, anche di fronte ad alcune prescrizioni mediche deviate o compiacenti; il diritto al rifiuto alla vendita per obiezione di coscienza nei confronti di sostanze che attentano alla vita (aborto, eutanasia dei morenti o di persone anziane). E questo il senso della campagna che la F.I.P.C. porta avanti per ottenere il diritto alla clausola o *obiezione di coscienza*, troppo spesso dimenticata o rifiutata per i farmacisti.

Anche su questo terreno la unione dei cristiani impegnati in questa professione si conferma indispensabile nell'interesse della difesa dei diritti della persona.

Vegliare e risvegliare

I farmacisti cattolici, aperti ai problemi universali, dovranno essere individualmente o nelle loro associazioni, persone che vegliano e che risvegliano.

Che vegliano: Il farmacista è colui che si trova nella migliore posizione per individuare i problemi di salute del pubblico, le difficoltà legate al farmaco, al suo uso, alle sue controindicazioni, al suo prezzo, ma anche alle deviazioni nel suo uso, dal semplice iperconsumo alla farmacomania e per scoprire anche gli sprechi e le frodi a danno del bene comune del malato. Nel suo compito di vigilanza egli farà risalire l'informazione verso i responsabili.

Che risvegliano: attraverso il suoi consigli, il farmacista svolgerà il suo ruolo di educatore sanitario, ma anche morale. « La morale può essere un farmaco ». Il dilagare dell'Aids, le richieste di siringhe o di preservativi possono essere occasione di dialogo, anche se difficile.

La « porta aperta » della nostra farmacia è, nel nostro tempo, un simbolo più eloquente dell'antico mortaio.

Tutti possono varcarla, anche senza denaro, anche senza appuntamento. Il farmacista, debitamente formato — ed è questo un compito delle nostre associazioni — è là per ricevere gente

spesso emarginata, tagliata fuori dai valori religiosi tradizionali, disinformata a causa di tanti messaggi dei media accettati senza spirito critico.

Obiettivi attuali della F.I.P.C.

Federazione di associazioni autonome adattate al loro ambiente e con «membri corrispondenti» isolati, la F.I.P.C. ha una triplice funzione come:

— *organo di collegamento* che trasmette informazioni e direttive dagli uni agli altri;

— *organo di sollecitazione*, proponendo temi di riflessione, organizzando incontri su tre direttive principali: l'analisi dei bisogni del malato; l'ascolto dei bisogni spirituali del cristiano farmacista affinché possa meglio nutrire la sua fede; proiezione verso il futuro attraverso una ricerca prospettica per una evoluzione permanente della professione;

— *organo di espressione: verso l'esterno* con i suoi comunicati, le sue pubblicazioni per gli altri farmacisti, i responsabili professionali, le autorità sanitarie e il grande pubblico; *al suo interno* per far giungere informazioni specifiche alla Chiesa, alla sua gerarchia, al suo magistero, nello spirito del documento sui «fedeli laici», per essere partecipi della comunità ecclesiale.

Se le pecore del gregge non informano il Pastore, come potrà questi conoscere i problemi del gregge?

Mediatore e informatore tra il medico e il malato: capace «di passare dal farmaco destinato a curare una determinata malattia al farmaco adattato all'ammalato, persona umana, il farmacista è sempre un mediatore, sia di fronte alla prescrizione medica sia di fronte alla richiesta di autoterapia... Il farmacista cattolico deve essere consapevole, sul piano personale e su quello associato, del senso della sua presenza in una società che promuove un uso irrazionale dei farmaci» (F. Angelini, Congresso F.I.P.C. 1987).

Per concludere:

Secondo studi universitari sempre più complessi, lontani dalle scienze umane; di fronte alla pressione sempre più pesante

del capitale, difficilmente compatibile con la generosità e la gratuità; di fronte al peso delle istanze amministrative che soffocano lo spirito, i cristiani impegnati in campo farmaceutico hanno bisogno di unirsi per vivere la loro fede e partecipare il Vangelo con gli altri colleghi e clienti. Tutti coloro che hanno condiviso la vita delle nostre associazioni riconoscono l'arricchimento e l'apertura che ne hanno ricevuto.

Un appello!

Vorrei chiudere con un appello: ai docenti universitari affinché sensibilizzino i loro studenti

ai problemi umani; alle associazioni e federazioni sorelle (CICCIAMC, FIAMC, ecc.) affinché facciano conoscere ai loro amici farmacisti la nostra Federazione; a tutti i Vescovi, sacerdoti, religiosi responsabili della Pastorale sanitaria, affinché prendano a cuore i farmacisti. In tal modo i farmacisti cattolici isolati, che vivono in zone geografiche dove la F.I.P.C. non è presente, potranno partecipare alla vita della comunità locale degli operatori sanitari cattolici e ricevere le informazioni della F.I.P.C.

Marzo, 1991.

Dott. JEAN DRÉANO
Presidente onorario della F.I.P.C.



casa della speranza e della fraternità

1. Che cos'è

La Casa della Speranza e della Fraternità è una comunità che si propone di assistere il malato di cancro terminale e di offrire ai suoi familiari quei particolari servizi rispondenti alle rispettive necessità. Essa svolge la propria attività nella regione di Braga (Portogallo) e nelle zone limitrofe.

È composta da:

- una casa tipo familiare con una capacità di venti posti-letto, in grado di accogliere i malati terminali;
- una rete di assistenza in collaborazione con i servizi di assistenza a domicilio prestati dalla regione. Detta rete favorisce il sostegno o, quando è possibile, il ritorno del moribondo di qualsiasi età a casa;
- un centro di formazione e ricerca per il miglioramento della qualità dell'assistenza ai moribondi.

Tutta l'attività della Casa della Speranza e della Fraternità è centrata sul moribondo e si esplica attraverso un approccio multidisciplinare.

Il lavoro viene diviso tra il personale della Casa, la squadra di assistenza a domicilio, i volontari e i familiari dei malati. Questo per assicurare all'inferno un'assistenza individuale e personalizzata che mira a creare l'ambiente adeguato per il superamento dell'ultima tappa della vita. Inoltre, sono attivati servizi per venire incontro alle esigenze dei familiari del moribondo.

Tutto ciò in collaborazione e come complemento ai mezzi già esistenti al miglior livello, come ospedali, centri sanitari, assistenza sociale; il tutto secondo la normativa generale vigente per questi programmi.

2. Concezione filosofica di base

Le cure e gli altri servizi posti in essere nella Casa della Spe-

ranza e della Fraternità rispecchiano i seguenti principi:

2.1. La persona è un tutto energetico che esprime la sua vitalità in varie maniere a livello corporale, emotionale, mentale e spirituale.

2.2. La morte è una tappa del processo di crescita personale, alla stessa maniera della nascita, dell'infanzia, dell'adolescenza, dell'età adulta e della vecchiaia.

2.3. Il moribondo è una persona che affronta l'ultima tappa della sua condizione umana. In questa fase la *vita* gli offre l'ultima opportunità per affermare ed integrare tutti gli aspetti della sua esistenza e di sentirsi più umano.

2.4. Il lavoro di un gruppo multidisciplinare composto da professionisti diversi e da volontari si conferma indispensabile per facilitare l'espressione ed il soddisfacimento delle necessità pluridimensionali di questi malati e delle loro famiglie, una volta che il loro stato necessiti di cure affatto particolari.

2.5. Lo spirito che anima queste persone e che dà un senso al loro lavoro di gruppo deriva, da un lato, dal riconoscimento del principio che ciascuno è responsabile della propria vita e, dall'altro, che per svolgere la propria missione ognuno ha bisogno degli altri.



2.6. L'obiettivo principale di quanti vi partecipano, una volta riconosciuta l'impossibilità della sopravvivenza dell'infarto, consiste nel migliorare la qualità della vita che resta loro da vivere, alleviando quel « dolore totale » e preparandoli meglio alla morte.

3. Valori

« Il valore della giustizia sociale obbliga alla prestazione di servizi e cure ad un livello di equità sia per gli uni che per gli altri.

La dignità, la verità, il rispetto, sono i valori che derivano da questo valore fondamentale.

3.1. Il valore rappresentato dalla *dignità* è un diritto fondamentale del moribondo. Il suo esercizio dona la possibilità all'individuo di vivere la sua morte. Questa dignità nel morire si ottiene attraverso la possibilità di essere assistito, di ricevere cure in un clima umano, e allo stesso tempo di scegliere, nella misura possibile, le condizioni in cui si svolgerà la propria tappa terminale.

3.2. Il valore rappresentato dalla *verità* è altrettanto fondamentale per il moribondo. Il suo esercizio gli permette di essere informato sulle sue condizioni. I servizi al moribondo basati sul valore della verità danno una risposta alle domande dell'infarto, aiutandolo costantemente a vivere la sua realtà. Detti servizi gli permettono di vivere la tappa finale e di concludere la sua vita.

3.3. Il valore rappresentato dal *rispetto* porta a considerare il malato come una persona che certamente vive un grande dramma personale, ma che continua ad essere una persona integra; in più, a rispettare le sue scelte, le sue espressioni, le sue reazioni, la sua interiorità ed integrità fisica e morale. Rispettare il moribondo significa, in sostanza, considerarlo in tutto e per tutto come un essere umano ».

4. Obiettivi

4.1. Assistenza al moribondo

L'assistenza fornita ai moribondi tende sostanzialmente a:

- alleviare la loro sofferenza mediante l'attento controllo dei sintomi e le cure di base offerte con assiduità e con amore;

— accompagnare il moribondo nel suo viaggio verso la morte.

4.1.1. *Il moribondo*

Il malato di cancro terminale è una persona che ha raggiunto la fase ultima di un male inguaribile e fatale. Sono stati provati tutti i trattamenti possibili nella ricerca di una guarigione e tutti i tentativi sono andati a vuoto.

Questa fase terminale corrisponde alle ultime settimane di vita. Per migliorare la qualità della vita che resta, si cerca di rincuorare l'inferno e di aiutarlo a vivere quest'ultima tappa mettendolo in grado di esprimere e di soddisfare le sue esigenze fisiche, psicologiche e spirituali.

4.1.1.1. *Esigenze fisiche*

La Casa della Speranza e della Fraternità:

a) Offre al moribondo un ambiente fisico:

— che sia il suo ambiente naturale, o che si avvicini il più possibile ad esso;

— che favorisca la comodità, il riposo, il sonno.

b) Tiene costantemente sotto controllo il suo dolore e i sintomi, avendo cura di conservargli la capacità comunicativa e la coscienza di se stesso.

c) Offre assistenza ed appoggio al fine di soddisfare le sue necessità di respirare, bere, mangiare e andare di corpo.



d) Offre assistenza e sostegno riguardo alle sue esigenze igieniche, di mobilità, di attività e sicurezza.

4.1.1.2. *Necessità psico-sociali*

La Casa della Speranza e della Fraternità:

a) Offre un ambiente sicuro per:

— prevenire l'isolamento, permettendo l'intimità;

— preservare l'ambiente personale del malato;

— favorire la presenza della famiglia;

— permettere un contatto con la natura.

b) Riconosce e incoraggia la espressione di esigenze derivanti da abitudini, costumi o tradizioni culturali specifiche: ad esempio, inventare nuovi abiti o nuovi cibi, forme di riposo, attività artistiche, intellettuali e sociali, ecc.

c) Offre una comunità di appoggio, nella quale il moribondo e i suoi familiari possano:

— sentirsi rispettati nella loro identità e dignità;

— comunicare con persone che li accolgono calorosamente, li ascoltino e vi conversino;

— stabilire rapporti significativi;

— essere aiutati a comunicare tra loro.

d) Offre la possibilità di un aiuto più specifico, quando ve ne sia la necessità:

— accompagnandolo nel suo cammino verso la morte;

— aiutandolo ad esprimere le sue ragioni, le sue emozioni, e ad acquisire coscienza di quello che sta vivendo e delle conseguenze irrimediabili che da ciò risultano per i suoi e per lui medesimo;

— rispettando la sua capacità di comprendere e di realizzare le scelte delle quali sia l'unico responsabile.

4.1.1.3. *Esigenze spirituali*

La Casa della Speranza e della Fraternità offre al moribondo, nella ricerca del suo viaggio spirituale, tutto l'aiuto necessario.

Specialmente per quanto si riferisce a:

— lenire le ferite del suo spirito;

— accompagnarlo alla ricerca del significato di quanto sta vivendo;

— aiutarlo a prendere decisioni morali adeguate;

— rispettare il suo modo di vivere, le sue credenze, e rendere possibile l'espressione concreta della sua fede.

4.1.2. *I Familiari*

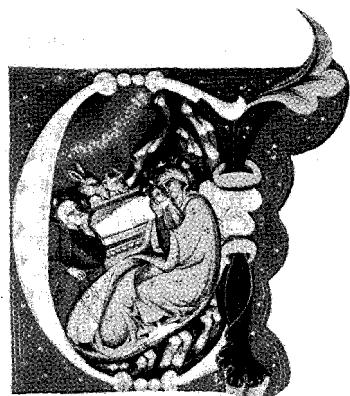
La famiglia e le persone amiche, rimanendo coinvolti molto da vicino al processo terminale del loro caro, rappresentano per la Casa della Speranza e della Fraternità, persone-strumento e persone-beneficiarie al tempo stesso. Sono guidate ad adattarsi, secondo le rispettive possibilità, a ciascuna tappa del processo di assistenza, al fine di migliorare la qualità della vita del malato. La loro presenza si rivela un aiuto indispensabile per il personale della Casa della Speranza e della Fraternità e per il Servizio di Assistenza a domicilio.

4.1.2.1. La Casa della Speranza e della Fraternità offre ai familiari che collaborano la possibilità:

— di trasmettere al personale tutte le informazioni che giudichino necessarie per una migliore conoscenza e comprensione del malato;

— di essere coinvolti, secondo le possibilità, nella prestazione dell'assistenza;

— di visitare il moribondo a qualsiasi ora del giorno e della notte.



4.1.2.2. La Casa della Speranza e della Fraternità permette a queste persone di trarre beneficio dalle attrezzature umane e fisiche del posto, di modo che:

- si sentano come a casa propria;
- possano fare uso del personale necessario per la loro partecipazione e il loro consenso.

4.1.2.3. La Casa della Speranza e della Fraternità:

- Fornisce ai familiari un'informazione adeguata e completa circa lo stato del moribondo;
- valuta le loro necessità;
- interscambia confidenze con essi affinché si sentano ascoltati, compresi e aiutati nel loro sforzo;
- offre una catena umana che assicuri presenza e calore umano nel momento del distacco, della separazione e del lutto.

4.1.3. *L'équipe di assistenza*

Il lavoro svolto da questa équipe ha come obiettivo prioritario assicurare ai moribondi un'assistenza individuale personalizzata, ovvero:

- identificare in maniera sufficientemente precisa le esigenze individuali;
- pianificare gli interventi richiesti;
- intervenire con competenza, rispettando l'incarico che a ciascuno compete.

I volontari, come le famiglie del moribondo, rimangono integrati nell'équipe di assistenza allo stesso titolo del personale, tanto nella Casa di accoglienza della Speranza e della Fraternità, come nel domicilio.

Lo spirito che anima tutte queste persone è uno solo, di collaborazione, rispetto e di mutuo soccorso.

4.1.3.1. *Il Personale*

La squadra multidisciplinare riunisce professionisti diversi, come gli operatori pastorali, i medici, il personale paramedico, gli psicologi, gli assistenti sociali, e altre persone di sostegno per ottemperare alle esigenze del moribondo e della sua famiglia.

Inoltre, vi è il personale di servizio, essenziale per l'espletamento delle attività giornaliere della Casa.

Obiettivo di questa attività è che la Casa:

- costituisca allo stesso tempo un ambiente ben organizzato e condizioni di lavoro adeguate;
- preveda un programma di informazione e formazione permanente;
- offra uno spazio di vita nel quale ciascuno, attraverso il suo lavoro, si possa realizzare in un ambiente tranquillo e degno;
- offra il supporto psicologico e spirituale necessario per influire nella qualità del proprio lavoro di collaboratore, le relazioni interpersonali e la vita di équipe.

4.1.3.2. *I volontari*

I volontari svolgono un'attività importante all'interno della squadra di assistenza, grazie ai loro svariati mezzi umani supplementari, e, al tempo stesso, alla presenza amica e disinteressata. Il loro ruolo e in funzione delle esigenze che ciascun intervento, nel campo dell'assistenza, richieda.

Obiettivo di questa attività è che la Casa:

- accolga i volontari in grado di lavorare in gruppo e di accompagnare i moribondi;
- garantisca una formazione sull'assistenza ai moribondi e nozioni sulle forme in cui la stessa può essere prestata;
- faccia convivere uno spazio di vita con condizioni di lavoro appropriate;
- offra tutto il sostegno necessario per l'esecuzione degli obiettivi che le si richiedono.

4.2. *La formazione*

Consapevole delle lacune esistenti nella nostra società nell'approccio e nella cura dei moribondi, la Casa della Speranza e della Fraternità si propone, a breve e a lungo termine, di eliminare certe forme di comportamento che si hanno di fronte a questi problemi, sia per quanto riguarda le persone che lavorano a fianco dei moribondi, che per quanto riguarda l'intera società.

In questo modo si rende essenziale e indispensabile:

4.2.1. Che vengano elaborati, pianificati e realizzati programmi di formazione per le diverse persone che operano nella Casa

della Speranza e della Fraternità, secondo le rispettive necessità.

4.2.2. Che si offra partecipazione e collaborazione alle strutture didattiche e agli altri organismi, nella formazione iniziale e permanente delle persone interessate all'assistenza ai moribondi.

4.3. *La ricerca*

Dato che il miglioramento della qualità della vita non si può ottenere senza una dimensione di ((ricerca)), a noi pare indispensabile:

4.3.1. Che si elabori e si realizzzi con Persone competenti, ogni programma di ricerca che possa contribuire ad approfondire le conoscenze per poter ottenere un miglioramento della qualità dell'assistenza ai moribondi. Essa potrà intendersi sotto i seguenti aspetti:

- i modelli dell'assistenza;
- i comportamenti e le reazioni psicologiche;
- il controllo dei sintomi.

Conclusione

La filosofia e gli obiettivi formulati in questo documento costituiscono la base della nostra azione individuale e collettiva nell'avvicinarsi e nell'assistere i moribondi.

Ogni azione ed iniziativa svolte nell'ambito del progetto della Casa della Speranza e della Fraternità dovranno riferirsi a questa filosofia e alle sue finalità, nello spirito e nell'azione. Speriamo che questo documento permetta a coloro che intervengono di lavorare con un unico spirito di collaborazione, di comprensione e di amicizia, in modo da rispondere nella maniera migliore alle aspettative e alle speranze di coloro i quali, o le quali, si trovano alla fine della loro azione, ovvero, i moribondi.

P. AUGUSTO VILA-CHÀ
Cappellano

la malattia momento di prova

Discorso dell'Arcivescovo Sua Ecc.za Mons. John Njienga alle infermiere impegnate nella pastorale sanitaria in occasione del seminario tenuto al « Dimesse Sisters Centre » di Karen (Kenya) il 10-15 febbraio 1991.

Mc 1, 29-35: « Appena usciti dalla sinagoga, si diressero verso la casa di Simone e Andrea, insieme a Giacomo e Giovanni. Ora, la suocera di Simone era a letto con la febbre e subito gli parlarono di lei. Egli, avvicinatosi, la fece alzare, prendendola per la mano; e la febbre la lasciò ed ella li serviva. Venuta la sera e tramontato il sole, gli portarono tutti quelli che erano ammalati e i posseduti dal demonio. Intanto tutta la città si era affollata davanti alla porta. Egli ne guarì molti che erano afflitti da varie malattie e cacciò molti demoni, ma non permetteva loro di parlare, perché essi lo conoscevano. Poi la mattina, avanti giorno, uscì e si recò in luogo deserto, e là si mise a pregare ».

Sono lieto di essere di nuovo tra voi che partecipate a questo seminario sulla pastorale sanitaria. Sono riuscito a sottrarre un pochino di tempo ai miei esercizi spirituali.

Vorrei innanzitutto ringraziare i Padri Camilliani per aver accettato di dirigere questo seminario, la *Missio* di Acquisgrana per averlo finanziato, il Dipartimento Medico (Signor Umberto) e quanti siete qui presenti.

Nel 1987 abbiamo tenuto due serie di seminari diretti dal p. Armando Pangazzi dei Camilliani. Chi di voi vi partecipò sarà certamente d'accordo con me nel ritenere che essi furono preziosi. Sono sicuro che voi siete qui o perché già prendeste parte a quei seminari o perché ne avete sentito parlare.

L'infermità è un momento arduo e difficile durante il quale il corpo soffre e si fatica a nutrire speranza; è un periodo di prova per tutti ed è conseguenza ereditata dal peccato originale. *Gen 3, 16*: « Poi, rivolto alla donna, le disse: "Moltiplicherò assai le tue pene e le doglie della tua gravidanza; avrai i figli nel dolore..." ». *Gen 3, 17*: « Infine pronunziò contro Adamo questa sentenza: "...la terra sarà maledetta per colpa tua. Con lavoro faticoso ricaverai da quella il tuo nutrimento... essa ti produrrà spine e triboli... Con il sudore della fronte mangerai il pane..." ».

Essendo discendenti di Adamo e di Eva, siamo condannati

alla sofferenza, alla malattia e alla morte.

È durante il periodo di prova della malattia che ciascuno verifica i suoi amici e avversari; anche una semplice visita ad un ammalato ha un grande significato per lui o per lei. Come cristiani noi guardiamo all'atteggiamento di Cristo verso gli ammalati nel corpo e nello spirito. Il ricordato brano del Vangelo di Marco ci mostra l'atteggiamento di Gesù verso gli infermi — si recò a curarli di notte — « Venuta la sera e tramontato il sole... ne guarì molti che erano afflitti da varie malattie ». È un richiamo al nostro dovere anche la notte: forse dormiamo, e ci dimentichiamo dei pazienti?

È grave dovere di tutti i cristiani, visitare gli infermi, consolarli, pregare con loro e per loro, e con loro, se possibile, celebrare il sacramento.

La famiglia e gli amici del malato, i medici, gli infermieri/e e altri che si prendono cura di loro, i sacerdoti che hanno responsabilità pastorali hanno un ruolo particolare in questo ministero assistenziale.

La persona ammalata non è soltanto sola ed isolata, ma soffre nel corpo e nello spirito. Essa è in ansiosa angoscia per l'andamento della malattia e della cura prescritta. Ha bisogno di conforto, di compagnia, di essere rassicurata. Essa ha bisogno di nutrire fiducia e speranza nell'amorevole provvidenza divina; ha bisogno di essere ascoltata e, soprattutto, di essere circondata di amore. Penso soprattutto ai malati terminali, e, particolarmente, ai malati di AIDS (Gesù ama anche loro!).

Il personale incaricato dell'assistenza agli infermi deve essere formato a considerare l'assistenza spirituale come parte integrante della sua responsabilità. Di conseguenza, deve essere preparato nella pastorale sanitaria.

Il Dipartimento Medico del Segretariato Cattolico ha organizzato questo seminario e altri prima di questo poiché si è pienamente consapevoli della rilevanza di questo fondamentale aspetto pastorale, cioè l'assistenza agli infermi. I Padri Camilliani hanno tenuto corsi di teologia



della pastorale sanitaria. Siamo loro veramente grati.

Un detto latino dice: « Anima sana in corpore sano d. e cioè, un corpo sano ha bisogno di uno spirito sano. Sebbene sia impossibile prevenire ogni infermità, la sofferenza e la morte, possiamo tuttavia renderle meno pesanti

insegnando a chi soffre ad accettare la sofferenza come aspetto insopprimibile della vita, poiché persino il Figlio di Dio ha accettato di soffrire e di morire.

Concludendo, vorrei ricordare le parole del Signore che mostrano come Egli si identifichi con la condizione umana: « Ero affa-

mato e mi avete dato da mangiare; assetato e mi avete dato da bere...; ero nudo e mi avete vestito...; ero ammalato e mi avete visitato...; venite benedetti dal Padre mio e ricevete in possesso il Regno preparato per voi sin dalla creazione del mondo » (*Mt 25, 34-35*).



Congregazione Benedettina delle Suore Riparatrici del Santo Volto di Nostro Signore Gesù Cristo

... chi sono

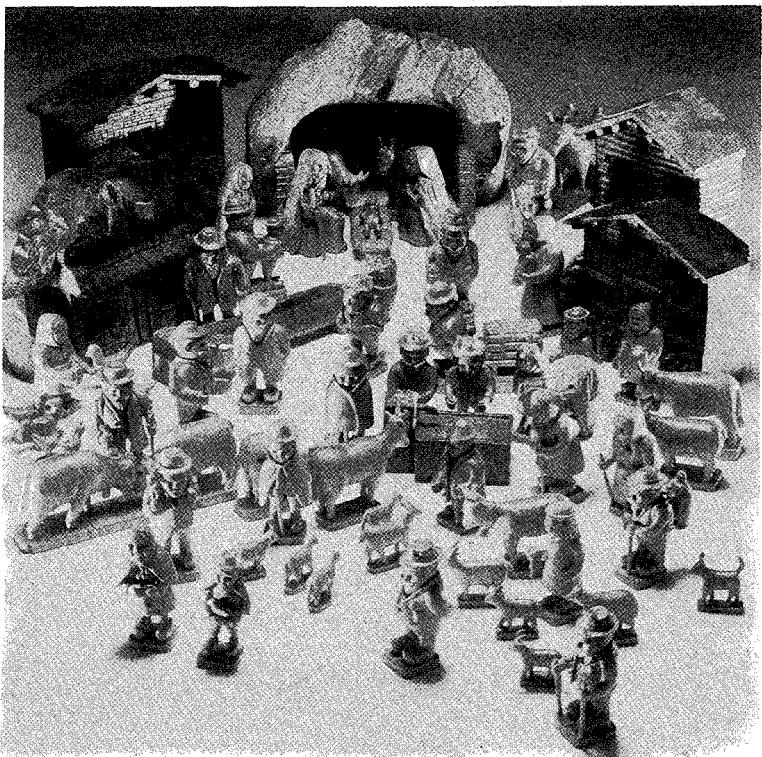
Nell'immediato dopoguerra (1945-1946), per circostanze che si confermarono provvidenziali, l'abate Ildebrando Gregori raccolse alcuni fanciulli poveri e abbandonati assistendoli integralmente. Questo apostolato si estese ben presto e, dal primo nucleo creato a Bassano Romano (Viterbo), nacque la sua imponente Opera assistenziale, per condurre la quale l'abate Gregori riunì alcune giovani e generose collaboratrici. Da questo gruppo iniziale prese avvio, fondata dall'abate Gregori, la Congregazione benedettina delle Suore Riparatrici del Santo Volto di Nostro Signore Gesù Cristo.

Sorto nel 1950 come Pio Sodalizio, il nuovo istituto religioso femminile fu eretto in Congregazione religiosa di diritto diocesano nel 1973 e, quattro anni più tardi, 18 dicembre 1977, fu riconosciuto Congregazione di diritto pontificio. Nel frattempo, l'Opera assistenziale dell'abate Gregori si estendeva anche all'assistenza agli anziani e agli infermi lungodegenti.

La Congregazione benedettina delle Suore Riparatrici del Santo Volto di Nostro Signore Gesù Cristo conta oggi quindici case religiose in Italia, quasi interamente dedicate all'assistenza agli infermi.

Attuando un sogno a lungo coltivato dall'abate Gregori, le Suore da lui fondate hanno recentemente avviato a Makkiyad, nello Stato del Kerala (India), la loro prima fondazione all'estero, aprendovi un Centro di spiritualità intitolato all'abate Gregori (*The Abbot Hildebrand Gregori Memorial Center*).

Da quattro anni la spiritualità e la crescente devozione all'abate Gregori vengono divulgata dalla



rivista quadrimestrale di informazione e spiritualità *Il Padre*. Si distribuiscono medaglie e immagini del Santo Volto e la biografia del santo monaco.

... che cosa fanno

La Congregazione benedettina delle Suore Riparatrici del Santo Volto di Nostro Signore Gesù Cristo ha una triplice finalità:

- la gloria di Dio;
- la personale santificazione;
- il bene delle anime.

Le caratteristiche specifiche della Congregazione sono rappresentate:

- dalla spiritualità benedettina: « *Ora et labora* »;
- dalla devozione al Santo Volto di Gesù.

L'apostolato dell'assistenza agli infermi, ai più deboli ed emarginati rispecchia le seguenti prerogative: laboriosità, impegno spirituale, austerità e concretezza della spiritualità di San Benedetto. Nello stesso tempo queste caratteristiche sono vissute attraverso la contemplazione

del Volto sofferente di Cristo e lo sforzo costante di riconoscere il Suo Volto in tutta l'umanità che soffre.

Richiamandosi alla sua lunga permanenza nella Casa « Deo Gratias » di Via della Conciliazione 15, a Roma, nei pressi di Piazza San Pietro in Vaticano, dove egli è anche passato dalla terra alla vita che non muore, l'abate Gregori amava dire e ripetere: « Quante lacrime sono state asciugate in questa casa! ».

Le Suore benedettine Riparatrici del Santo Volto di Nostro Signore Gesù Cristo intendono seguire le orme del loro Fondatore, soprattutto attraverso l'assistenza a chi soffre nel corpo e nello spirito, e mediante l'istruzione e la formazione delle giovani.

Suore, perché sorelle di chi si trova nel bisogno.

Benedettine, perché impegnate nella preghiera e nel lavoro.

Riparatrici del Santo Volto, perché si consacrano al Signore per riparare ed espiare, con una vita esemplare e con la preghiera, le offese che vengono fatte a Dio; inoltre perché impegnate

nell'assistenza spirituale e corporea per farsi incontro alle infinite croci di quanti soffrono nel corpo e nello spirito.

La Casa romana « Deo Gratias » è metà di un ininterrotto pellegrinaggio di persone che vogliono visitare la stanza dove l'abate Gregori ha cessato la sua vita terrena.

La sua tomba, a Bassano Romano (Viterbo), è anch'essa luogo di preghiera e di grazia.

Questo è il nostro ideale: vivere e promuovere la spiritualità del Santo Volto.

... perché lo fanno

Per una scelta di vita: consacrando se stesse a Dio con i santi voti; percorrendo il sentiero della perfezione cristiana; per disporsi pienamente al servizio della Chiesa nell'opera di evangelizzazione.

Per dedicarsi all'educazione umana e cristiana dei fanciulli — specialmente dei più bisognosi —, degli adolescenti e delle giovani; per l'assistenza spirituale e sociosanitaria ai malati, agli anziani, ai portatori di handicap;

per assolvere tutte le forme di servizio caratteristiche della religiosa formatasi allo spirito monastico benedettino.

Per condividere e valorizzare l'umana sofferenza nel corpo e nello spirito, come le pie donne del Vangelo che furono accanto a Cristo nella sua Passione, unitamente alla Beatissima Madre Addolorata: esse furono le prime riparatrici, le prime a consolare Gesù, vittima di amore.

Le giovani che desiderano avere maggiori informazioni possono rivolgersi e scrivere a:

*Congregazione Benedettina
delle Suore Riparatrici
del Santo Volto
di Nostro Signore Gesù Cristo,
Via della Conciliazione, 15
00193 Roma.*

Per essere accolte come aspiranti o postulanti, le giovani dovranno essere segnalate e presentate dal loro parroco o da altro qualificato sacerdote che sia in grado di attestare per iscritto il loro desiderio di abbracciare la vita religiosa e la loro idoneità morale, spirituale, culturale e fisica.

la vocazione, una grazia di Dio

Mia cara giovane amica,

ti giungerà forse inattesa questa mia lettera che invio da Roma, centro della Cristianità, per dirti qualcosa sullo stile di vita della mia Congregazione religiosa. Il foglio che ora tieni tra le mani è piccola cosa, ma potrebbe essere un segno della Provvidenza di Dio e della Sua Santa Volontà. Leggi queste pagine. La preghiera e la meditazione necessarie per compiere una scelta di vita sono, in realtà, tanto importanti da non poter essere considerate come qualcosa di semplicemente umano. La scelta di una vita consacrata a Dio e alla Chiesa per servire, in giustizia e carità, i nostri fratelli più bisognosi e sofferenti, in realtà è una grazia che Dio, nel Suo infinito amore, concede alle anime a Lui più care. Il foglio che tieni tra le mani, unitamente a questa mia lettera, vuole essere

l'espressione del migliore augurio da parte di una sorella che ormai da diversi anni vive con gioia il dono unico della vocazione religiosa, illuminata dal Santo Volto di Gesù e guidata dal nostro Fondatore, il Benedettino Silvestrino Abate Ildebrando Gregori, l'uomo della carità, « l'uomo delle Beatinudini » e, per questo motivo, considerato un santo. Il mio augurio è che anche tu possa sentire la voce di Dio, nella preghiera e nel consiglio dei suoi sacerdoti, e che tu possa rispondervi in piena libertà di spirito.

La mia Congregazione, dunque, è a tua disposizione, se lo desideri. Tutte le mie sorelle si associano a me nel farti questo augurio, mentre ti assicuriamo il ricordo nella nostra preghiera presso l'altare del Santo Volto di Gesù.

SUOR MARIA MAURIZIA BIANCUCCI
Superiora Generale

*attività
del Pontificio
Consiglio*



*conferenze
cronache*

l'ospedale per la città

Intervento del Cardinale Fiorenzo Angelini in occasione del terzo centenario della canonizzazione di S. Giovanni di Dio. Isola Tiberina, Roma, 18 giugno 1991

56

1. L'espressione *L'ospedale per la città* è carica di significato. Non l'ospedale; non l'ospedale soltanto per i singoli individui, ma l'ospedale per la città, cioè per tutti, perché la salute, da difendere o da recuperare è un problema che riguarda tutti.

2. Tra i servizi essenziali della comunità, l'ospedale occupa il primo posto, ed io amo chiamarlo il tempio più frequentato, poiché chi entra in un ospedale vi entra con una fede, la fede nella vita e nella salute; una fede che accomuna tutti gli uomini senza distinzione alcuna. Forse per questa fede, dal punto di vista della denominazione, troviamo in alcune lingue associato il concetto di ospedale a quello di casa di Dio aperta a tutti, « *hôtel-Dieu* », come dicevano un tempo i Francesi.

3. In questa concezione dell'ospedale, è del tutto superata, anzi cancellata, qualsiasi idea di ghettizzazione, di separazione. L'ospedale non è qualcosa di isolato dalla città, non è un carcere: ma è *nella città e per la città*. E un servizio per tutti; è la casa aperta ventiquattro ore su ventiquattro; la casa, alla cui porta nessuno ama bussare, ma che nessuno vorrebbe mai trovare chiusa. L'ospedale, quindi, è servizio inteso come disponibilità, come garanzia, come senso di sicurezza. Capita a tutti, quando ci si trova in località prive di ospedale o lontane da un ospedale, avvertire un senso di insicurezza, quasi di paura.

4. Questi concetti assumono un significato del tutto particolare nel nostro tempo. Infatti, la socializzazione della medicina e dell'assistenza sanitaria vedono ormai, quasi ovunque, la direzione, il mantenimento, l'efficienza dell'ospedale affidati allo Stato. Nata dall'impulso della giustizia sostenuta dalla carità, la sanità pubblica, come insieme di istituzioni, conosce il rischio della politicizzazione. Ma l'ospedale non è lottizzabile: è servizio a tutta la comunità e che vede impegnata nell'assolvimento di questo servizio tutta la comunità. L'umanità passa per gli ospedali ed in essi è costretta a misurarsi realmente e non soltanto a parole con la realtà della condizione umana.

5. Mi limito ad alcune riflessioni su tre aspetti di questo servizio alla città: perché è un servizio primario; da chi deve essere assolto; come deve essere compiuto.

6. Perché questo servizio.

— Perché, soprattutto con lo sviluppo della medicina preventiva e di quella riabilitativa, tutte



le età della vita hanno bisogno di questo specifico servizio.

— Oggi, per indicare il buon andamento di una amministrazione cittadina ed anche nazionale, il primo parametro è costituito dal come si provvede alla salute dei cittadini. Gli « ospedali che funzionano », « che sono puliti », che dispongono di personale efficiente e serio, ecc. sono il miglior biglietto da visita di una città. Il contrario, indica generalmente lo stato di degrado di una città.

— Lo spirito che attraversa la legge che ha istituito il Consiglio sanitario nazionale, al di là delle applicazioni riduttive e di persistenti carenze, è quello di una reale umanizzazione dell'assistenza sanitaria e del suo inserimento a pieno titolo in tutta la realtà del territorio.

Nella vita di una città, l'Ospedale modello, non è un aspetto del progresso o una conquista auspicabile di esso; è misura del progresso della convivenza umana e civile. Ogni nuovo problema e difficoltà nel cammino individuale e collettivo dell'uomo hanno il loro risvolto nella realtà ospedaliera che è speculare di tutta la problematica della salute che, in quanto benessere fisico, psichico e spirituale, investe tutto l'uomo.

7. Chi deve compiere il servizio ospedaliero.

— Come l'essere umano ha, oltre al corpo, un'anima, così l'ospedale deve avere un'anima. A nessuno può sfuggire una contraddizione del nostro tempo. Lo straordinario sviluppo della scienza e della tecnica hanno reso possibili, negli ospedali moderni, traguardi un tempo inimmaginabili. Se, tuttavia, a sostenerli, a guidarli non è un'anima, uno spirito, una volontà di curare la persona umana nel corpo, nella psiche e nello spirito, gli stessi progressi tecnologici mostrano limiti gravissimi.

Per il moderno e attrezzatissimo ospedale per malati terminali de L'Avana, a Cuba, Fidel Ca-

stro chiese e ottenne nel 1985 una comunità di suore di madre Teresa, non riuscendo le strutture ed il personale ospedaliero a contenere il crescente numero di suicidi.

— La pastorale sanitaria quindi, in un ospedale, non è qualcosa di aggiuntivo, di a sé stante, di discrezionale e, tanto meno di confessionale. È integrativa — e lo è spesso in maniera decisiva — dell'assistenza medica. D'altra parte, come l'assistenza medica ha bisogno di autentici professionisti, così l'assistenza spirituale e psicologica necessita di personale — sacerdoti, religiosi, religiose e laici volontari — adeguatamente preparato. Dirò di più: in un ospedale la cui responsabilità è affidata ad un istituto religioso, uguale cura deve caratterizzare la scelta del personale medico e paramedico e la scelta del personale incaricato della pastorale sanitaria.

— Di questa complessa realtà ospedaliera devono essere consapevoli, nell'ambito della sua struttura, gli amministratori, i medici, gli infermieri e le infermiere, i cappellani, le suore e il personale laico. Da tale consapevolezza deve scaturire una collaborazione coordinata. Come il malato non ha un tempo per l'aspetto fisico della malattia e un tempo per i suoi risvolti psichici e spirituali, così l'assistenza ad esso prestata deve presentarsi con carattere di unità.

8. *Come deve essere svolto il servizio ospedaliero.*

— Non entro negli aspetti particolari, ma indico alcune linee che ritengo irrinunciabili.

Innanzitutto, chi è al servizio degli infermi, non deve mai dimenticare di essere al servizio della vita. I responsabili dell'attività ospedaliera sono servitori, non arbitri della vita. Quando in un ospedale, entra la morte o attraverso la pratica dell'aborto, dell'eutanasia o in altre forme più o meno occulte, l'ospedale tradisce la sua funzione. Contro la vita, perciò, sono anche la

scarsa assistenza, l'abuso di farmaci destinati a rendere meno fastidioso il malato, lo sciopero a danno dei degenti, l'insufficiente pulizia e quelle infinite manifestazioni ben note a chi abbia consuetudine con i luoghi di sofferenza e di cura.

— L'assistenza ospedaliera deve essere umanizzata ed umanizzante. Negli ospedali cattolici, poi, questa umanizzazione dell'assistenza è premessa e strumento di evangelizzazione, come lo fu nell'azione stessa di Cristo, medico delle anime e dei corpi.

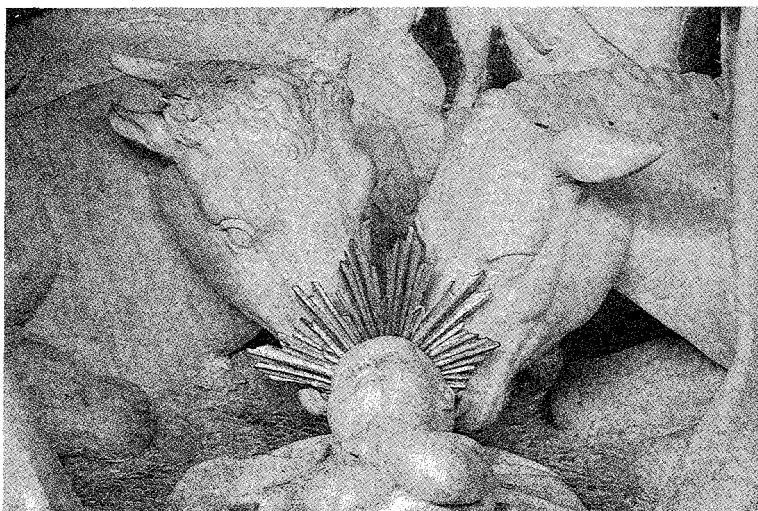
— L'ospedale deve essere *aperto alla collaborazione* dei singoli individui, dei gruppi e delle associazioni che, direttamente o indirettamente, si impegnano, per professione o per scelta volontaria, di contribuire all'assistenza a chi soffre. Questa disponibilità ed apertura non devono essere soltanto passive, ma attive. L'ospedale deve far sentire la propria voce all'interno di tutta la comunità sociale. Se esso

è per la città, la città deve essere per esso. La realtà ospedaliera deve muoversi unita, senza corporativismi contrapposti.

— Chi entra in un ospedale è sempre accompagnato da una paura. A tale paura non deve aggiungersi quella derivante dalla inefficienza della struttura. L'ospedale deve essere luogo di speranza, non anticamera della disperazione. Gli operatori sanitari sono, per vocazione e missione, mediatori di speranza e di conforto, sia per i degenti sia per i loro familiari.

Queste linee essenziali devono costituire la struttura portante del codice deontologico degli operatori sanitari a tutti i livelli.

Noi che guardiano alla sollecitudine per chi soffre nell'ottica evangelica, non possiamo e non dobbiamo considerare tale sollecitudine come una espressione di carità e di misericordia, ma di giustizia. Una giustizia che, nella carità, trova un ulteriore impulso e la forza per essere attuata.



questa Chiesa è una porta di speranza al luogo di sofferenza

Omelia di Sua Em.za il Cardinale Fiorenzo Angelini nella celebrazione Eucaristica in occasione della presa di possesso del titolo diaconale della chiesa di Santo Spirito in Sassia, 6 luglio 1991.

Non c'è bisogno che stia a sottolineare la mia straordinaria e vivissima emozione e commozione in questa serata, nella chiesa romana che da oltre un millennio è la Casa di Dio e ne canta le lodi. Questo tempio, oltre mille anni fa, alle sue origini era dedicato alla Madonna Santissima per poi passare alla dedicazione allo Spirito Santo; dalla Madre del Divino Amore a Dio Spirito che è Amore. Questa chiesa, da ottocento anni, ha vicino a sé, unita, persino materialmente, un'altra chiesa, la chiesa della sofferenza e del dolore rappresentata dall'arcispedale di Santo Spirito in Sassia, che conserva ancora, pur nelle inevitabili difficoltà dei tempi, la tradizione della cura della persona umana, quale composto di spirito e di corpo, di anima e di materia, la persona umana, che Dio volle creare a sua immagine e somiglianza. Due chiese, ma in realtà una sola chiesa. Direi che l'una dipende dall'altra, poiché — e dovremmo ricordarcene sempre, cominciando da noi sacerdoti, da noi chiesa magisteriale e ministeriale — senza lo spirito, senza l'anima, non è possibile promuovere e condurre nessuna intrapresa, anche se umanamente perfetta. Specialmente quando le intraprese umane, le nostre intraprese, riguardano la salute, il dolore, la sofferenza, non è possibile essere responsabilmente autentici operatori sanitari, curando il corpo e dimenticando l'anima, il che avviene quando si è privi di una formazione, non dico cristiana, ma anche semplicemente umana, nel senso che l'ammalato deve essere considerato e trattato sempre e da tutti, almeno come noi stessi.

Questi due templi, chiesa ed ospedale, anzi un solo tempio, stanno a significare nella estensione sterminata che da Roma straripa in Italia e nel mondo, il mio principale compito pastorale, la mia privilegiata missione di sacerdote e di vescovo. È stata una vocazione nella vocazione sacerdotale, quella di essere stato assegnato al servizio degli infermi e degli operatori sanitari, giacché nessuna pastorale sanitaria può concepirsi senza un lavoro intenso e difficile, spesso privo di gratificazione umana, riguardante la formazione di coloro — medici, infermieri, tecnici ecc. — che hanno tra le mani, come si suol dire, la vita degli altri nel momento particolare dell'esistenza umana quale è quello della sofferenza; il tempo in cui chiunque, anche se lontano da Dio, anche se non credente, è portato, quasi obbligato a pensare alla trascendenza e a ricerclarla.

Ed è per questo che dovremmo abituarci, sorelle e fratelli carissimi, a non attendere ad incontrare Dio quando, ormai sviluti nel corpo e nella mente, quando pur raggiunti i 70, 80, 90 e magari i 100 anni, non potremo dare a Dio forse neppure gli spiccioli della nostra esistenza. La sofferenza umana, cioè, è quella realtà che benevolmente, provvidenzialmente, anche se nessuno di noi la desidera, ci giunge come un dono di Dio che ci induce a riflettere sulla realtà della nostra esistenza, su ciò che siamo, su ciò che facciamo quaggiù, sul nostro futuro destino. Ed io, stasera, ringrazio in modo

particolare Iddio che, dal 15 settembre 1955, mi ha condotto per mano in un campo a cui io non avevo mai pensato in maniera particolare e determinata. Ed è proprio quello che sempre mi è capitato, fino ad oggi: aver fatto sempre, dico sempre — e Dio mi sente e vede la verità di queste mie parole — la volontà Sua.

Mai avrei immaginato che il continente sconfinato della sofferenza umana, gli infermi cioè, sarebbero divenuti il compito che avrebbe assorbito quasi del tutto la mia esistenza di prete e di vescovo. Negli anni della parrocchia, quanti infermi ho soccorso ed assistito! Centinaia, anzi migliaia! Non penso soltanto alla tragedia del bombardamento di Roma del 1943 che segnò incancellabilmente la mia esistenza di giovane prete accanto alla sofferenza umana. Forse lì, soltanto lì, compresi cosa il prete avrebbe dovuto fare, deve fare: immergersi nella realtà dell'esistenza degli altri, vivere con gli altri, a servizio degli altri, dando la vita, sì, dando la vita, se Dio dovesse volerlo, per gli altri. Ed oggi sono — amo ripeterlo — un uomo felice, un prete felicissimo.

Questa sera rivedo tante persone che da tanto tempo non incontravo; ebbene, anche a costo, se mi avessero perduto di vista, ripeto che sono un uomo felice, un prete felicissimo: l'anima mia è veramente ripiena dei doni del Signore. Non tornerei indietro, non cambierei vocazione, non cambierei nulla di quello che Dio mi ha fatto compiere; soltanto mi sforzerei di fare assai meglio quello che ho compiuto fino ad oggi. E ringrazio il Papa, il Vicario di Cristo, cominciando da Pio XI, davanti al quale mi trovai con i ragazzetti coetanei della mia parrocchia di San Lorenzo in Lucina. Ci portarono, ricordo, in udienza dal Santo Padre: ho una fotografia, che mi è stata donata nei giorni scorsi dalla famiglia di un mio compagno di allora e che ho appreso morì a soli 17 anni. Ebbene, in quella circostanza il Papa mi prese la testa, l'alzò verso il suo viso e mi disse: « Di questo ne faremo qualche cosa! ». Sono infatti divenuto sacerdote.

Sì, ci sono cose, come questa, che uno custodisce gelosamente, ed io mi sono abituato a nascondere i sentimenti più personali della mia vita, specialmente



quelli che hanno caratterizzato la mia esistenza: quelli della fatica, del lavoro, della sofferenza e, perché no?, anche del pianto. Sì, anche del pianto. Ci sono degli aspetti della nostra vita che Dio solo crea, permette, consente e conserva in un computer inesorabile, e che noi dobbiamo gelosamente rispettare e conservare in noi stessi, ricordando che ciò che deve trionfare in noi e da noi è soltanto Dio, soltanto Cristo, soltanto la Chiesa.

Il 28 giugno scorso, noi nuovi cardinali abbiamo giurato fedeltà alla Chiesa fino allo spargimento di sangue! L'intensità di questo giuramento non deve e non può essere un segreto della mia anima. Voglio soltanto dire che questo giuramento io l'ho formulato dal primo momento, quando cioè feci la prima Comunione in quella parrocchia di san Lorenzo in Lucina, dove poi fui cresimato, dove assistetti alle esequie di mio padre, dove celebrai la mia prima Messa; quel giuramento, ripeto, io l'ho fatto proprio allora, e posso dirvi, se può servire di esempio, amici carissimi, che questo giuramento non è mai venuto meno. Ecco perché io mi sarei fatto anche uccidere, mi farei uccidere, non soltanto per il Papa e per la Chiesa — gesti che sarebbero vistosi ed eclatanti —, ma per l'Eucaristia, per i Sacramenti, per il dogma della Chiesa, per quello che rappresenta Dio, Cristo in mezzo a noi. Il giuramento, quindi, emesso il giorno della creazione a cardinale, è stato semplicemente il rinnovo di un impegno antico, che fortemente mi ha accompagnato per tutta la vita.

L'incontro orante di questa sera è per me motivo di particolare commozione anche perché mi ricorda, tra l'altro, il giorno in cui presi possesso di questa chiesa come « praecceptor sancti Spiritus », una espressione malamente tradotta con quella italiana di « Commendatore di Santo Spirito ». C'era allora tanta gente, anche se non come oggi. C'erano i cappellani e le suore infermiere; i cappellani specialmente, ricordo, alcuni con un sorrisetto di autosufficienza e quasi di commiserazione, mi guardavano e certamente pensavano: « Voglio proprio vedere come se la cava, perché Roma

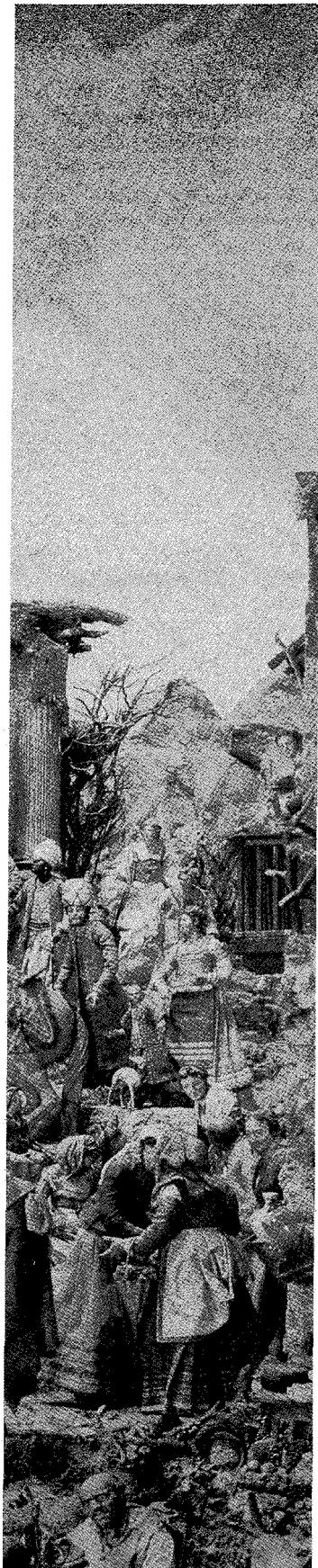
non si comanda, non si governa ». Sapevo bene, amici carissimi, che a Roma non esiste un soldato semplice, ma tutti sono generali di corpo d'armata; comunque quei sacerdoti mi conobbero, mi amarono, e saluto ora quelli che sono qui presenti insieme a Mons. Luca Brandolini.

Questa, però, è anche la chiesa dove io ho compiuto le esequie di mia madre; questa è la chiesa dove ho compiuto le esequie di un santo monaco, il padre della mia anima, l'abate Ildebrando Gregori, lo zelante apostolo della devozione al Santo Volto di Gesù; l'uomo dalla carità eroica, l'uomo delle beatitudini evangeliche, l'uomo che con intelligenza e volontà formidabili, con tre lauree, appariva a volte come l'ultimo dei poveri, che se anche non stendeva la mano, veniva la voglia ai passanti di dargli qualche svi ci olo.

Questa chiesa, questo luogo è uno scrigno di mille ricordi; le preghiere inventate, molti di voi lo sanno, ogni anno, il 31 dicembre a sera: preghiere che sgorgano dal mio animo, che interpretano e interpellano la coscienza dei medici e degli operatori sanitari, che ricordano i loro problemi, che non dimenticano le difficoltà ordinarie e straordinarie di tutto quel mondo complesso, variegato, difficile, spesso impossibile, chiamato il mondo della sanità.

Sono discorsi che io sto tessendo e raccontando ormai dal 1955 e mi auguro di poterli raccontare, specialmente con l'esempio della mia povera vita, ancora per molti anni.

In questa Roma affascinante, in questa Roma grande, in questa Roma nobile, un giorno imborporata — come abbiamo sentito cantare all'inizio di questa cerimonia — dal sangue dei principi degli apostoli, dei santi Pietro e Paolo; in questa Roma della quale, come amo ripetere bonariamente, tutti parlano male, ma dove tutti vorrebbero arrivare, perché tutti vogliono stare a Roma. In questa Roma che mi ha dato i natali, in questa Roma cui mi sento attaccatissimo; in questa Roma, che mi ha dato il senso non dell'orgoglio, ma della vera romanità, che nella Chiesa, in modo particolare, è stata sempre caratterizzata dalla semplicità.



tà, dalla umiltà vera, dalla verità, dal senso dell'amicizia. Dell'amicizia che non si infrange quali che siano le circostanze in cui viene a trovarsi, a conferma della stupenda massima biblica: « L'amico vero è amico sempre, nella sventura diventa fratello ».

E così, con questi pensieri estemporanei, venuti giù di getto, come avrete potuto notare, continuiamo la nostra preghiera. Sopportate, sopportiamo per alcuni minuti ancora questo caldo; offriamolo a Dio per le nostre anime, soprattutto per il bene degli ammalati, di tutti gli ammalati che, ormai, in tutto il mondo, ho incontrato e continuerò a incontrare, portando loro quella schiettezza, quella semplicità, quel dinamismo pratico, risolutivo quando è possibile, con cui sento, anzi, mi riconosco romano. E possibile risolvere le situazioni dure, quando si è disposti a pagare di persona. La romanità offre anche questo senso di disponibilità completa.

Avendo nominato Roma, non posso non rivolgere le mie felicitazioni e il mio augurio all'arcivescovo Mons. Remigio Ragonesi che oggi ha ricevuto la nomina di Vicegerente della diocesi del Papa. Un amico carissimo, una nomina azzecata, perché Roma, prima ancora che con il Codice di Diritto Canonico, si governa soprattutto con il cuore; la pastorale del cuore, della paternità, della semplicità, dell'andare in cerca delle mani che si tendono e che spesso non riescono ad incontrarsi con quelle che ci cercano. Caro Mons. Ragonesi, tutto il mio affettuoso augurio perché possa fare del bene e tanto del bene accanto al nuovo Cardinal Vicario.

Amici carissimi, riprendiamo la nostra preghiera! La Madonna ci aiuti, la Madonna salute degli infermi, dia a noi la forza di saper pregare anche per gli altri. Gli ammalati dell'attiguo ospedale di Santo Spirito rappresentano i malati di tutto il mondo. L'ospedale di Santo Spirito ha dato il suo nome, nei secoli passati, a circa duemila ospedali sparsi nel mondo. Quest'ospedale, dunque, è nome gloriosissimo e realtà nobilissima. Siamone degni, tutti; deve essere un simbolo della sanità e della santità di Roma, non soltanto dei secoli passati! Lo sia anche per i secoli futuri, per quanto, almeno, può dipendere da me, da voi tutti.

senso umano e cristiano della vita di fronte all'Aids

Intervento del Cardinale Fiorenzo Angelini nel convegno di Medici cattolici del Portogallo. Fatima 21 settembre 1991.

Le particolari caratteristiche che hanno accompagnato l'apparire e il diffondersi dell'Aids e le difficoltà della scienza e della ricerca mediche a contenere e sconfiggere questa pandemia, hanno posto all'umanità e, quindi anche alla Chiesa, alcuni problemi nuovi circa i criteri da seguire nell'azione preventiva e nell'assistenza ai malati di Aids.

Non appena i dati relativi alla diffusione ed al carattere mortale di questa malattia si fecero minacciosi, l'attenzione delle istituzioni pubbliche e private si concentrò quasi esclusivamente sulla prevenzione. Fu allora che la Chiesa, soprattutto dove l'Aids era più diffuso e le strutture sanitarie erano meno adeguate, intraprese pionieristicamente, accanto all'azione preventiva, anche l'opera di assistenza ai malati di Aids, spesso condannati a forme di disumano abbandono.

Nel gennaio 1988, intervenendo, in rappresentanza della Santa Sede, al Summit mondiale dei Ministri della Sanità di 148 Paesi sui programmi di lotta contro l'Aids, sottolineai la necessità e l'urgenza di un'azione scientificamente fondata, ma eticamente illuminata. La Chiesa, « esperta in umanità », sa che l'uomo che soffre attende dalla scienza una risposta di vita. Forse mai, come di fronte alla realtà e all'incubo dell'Aids, la medicina come scienza è chiamata a raccogliere il contributo interdisciplinare di altre scienze quali l'etica e la bioetica, l'antropologia e la psicologia, la sociologia e la stessa teologia morale.

Prevenzione dell'Aids e assistenza alle vittime di questa malattia chiamano in causa il vero senso umano e cristiano della vi-

ta. Di questa esigenza si è fatto portavoce il Santo Padre Giovanni Paolo II con il suo discorso alla quarta Conferenza internazionale, su l'Aids, promossa in Vaticano nel novembre 1989 dal Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, che ho l'onore di presiedere. Un discorso che, per la profondità di contenuti, per l'attenzione a tutte le problematiche legate all'Aids, per le direttive impartite ai fini di una prevenzione e di un'assistenza al servizio della dignità della persona umana, può considerarsi una « charta » fondamentale in materia.

In che senso, dunque, si può e si deve parlare di senso umano e cristiano della vita di fronte all'Aids?

Come ha ricordato Giovanni Paolo II, « non si è lontani dal vero se si afferma che, parallelamente al diffondersi dell'Aids, è venuta rafforzandosi una sorta di immunodeficienza sul piano dei valori esistenziali che non può non riconoscersi come una vera patologia dello spirito ».

Molte sono le malattie che hanno come causa o concausa scatenante il comportamento dell'uomo, il quale dice sempre riferimento a una scala di valori. Tuttavia, mentre per alcune patologie, il rapporto con il comportamento conosce anche forme tenue e facilmente contenibili, non è così per l'Aids. Infatti, nell'insorgere e nella trasmissione dell'Aids si sono confermati influenti in maniera determinante i gravissimi fenomeni della tossicodipendenza e dell'abuso della sessualità. La chiamata in causa del comportamento morale — individuale e sociale — è diretta e tale rapporto è tanto più decisivo, se si considera che ad essere vittime dell'Aids non sono soltanto coloro che hanno scelto o scelgono comportamenti morali tendenzialmente espansivi della malattia, ma un numero di innocenti che, in prospettiva, non potrà che aumentare.

Il richiamo al senso umano e cristiano della vita di fronte all'Aids è sottolineato da una circostanza della quale si è fatto interprete lo stesso Santo Padre, definendo la posizione della Chiesa di fronte all'Aids. Premesso che, per quanto attiene all'assistenza ai malati di Aids, la Chiesa guarda ad essi come ad

ogni altro inferno, circa la prevenzione l'insegnamento della Chiesa non si limita a formulare una serie di « no » a determinati comportamenti. In altre parole, la Chiesa non esaurisce le sue direttive nell'indicare ciò che non si deve fare. La Chiesa difende la prevenzione contro l'Aids proponendo uno stile di vita pienamente significativo per la persona; propone un ideale positivo capace di indurre comportamenti che si liberino dalla suggestione distruttiva del ricorso alla droga e dell'abuso della sessualità.

Le più recenti indicazioni richiamano l'importanza di una prevenzione che accompagni tutto il processo educativo e formativo. Sono quindi fattori decisivi di prevenzione: la crescita e l'educazione dei figli all'amore in una famiglia unita e responsabile; la formazione culturale in una scuola che sia realmente scuola di vita; una informazione corretta e completa; una maturità affettiva capace di sacrificio e di rinuncia nella prospettiva della pienezza della personale realizzazione. In altre parole, il crollo degli ideali più nobili provocato dall'incubo della realtà dell'Aids, dimostra la piena insufficienza e conferma l'illiceità di una prevenzione della malattia basata sul ricorso a mezzi e rimedi che offendano il senso autenticamente umano della sessualità, mentre ad essere chiamata in causa è la responsabilità degli individui e della società.

Se la crisi di valori esistenziali — come è dimostrato — si è confermata terreno di coltura dell'insorgere e della trasmissione dell'Aids, la risposta in sede preventiva ed anche nel campo dell'assistenza, non può essere che il recupero di questi valori, cioè il recupero del senso umano e cristiano della vita.

A questo senso deve ricondursi un'altra esigenza della quale la Chiesa si è fatta interprete, traducendo la sua sollecitudine in innumerevoli iniziative operative. Si tratta del settore dell'informazione e della necessità di creare condizioni di vita che, soprattutto sotto l'aspetto igienico-sanitario, cancellino situazioni a rischio gravissime. Come ho più volte ripetuto nelle più svariate sedi ed anche ad altissimo livello, la pandemia dell'Aids si

presenta come una sorta di vendetta dei Paesi più poveri e meno sviluppati nei confronti di quelli più ricchi ed evoluti; vendetta oggi favorita dall'enorme facilità degli spostamenti e dalla crescente emigrazione dei popoli. La prevenzione nei confronti dei Paesi e delle popolazioni più indifese è doveroso atto di giustizia e di solidarietà internazionale.

Le innumerevoli strutture e istituzioni sanitarie della Chiesa nel mondo sono oggi impegnate in una vastissima azione preventiva e assistenziale.

Nell'ambito della Chiesa si è anche parlato dell'Aids come di « un segno dei tempi ». Fatima, con la sua storia ed il suo messaggio che assumono oggi una particolare attualità, sembra confermare la pertinenza del considerare la pandemia dell'Aids come un segno dei tempi. Senza dubbio, come segno dei tempi, l'Aids può assumere un significato che porta ad una rea-



zione negativa, ma anche ad una reazione positiva e costruttiva. Questa gravissima minaccia, infatti, interpella soprattutto la civiltà del benessere per ammonire sui limiti di una libertà trasformata in licenziosità; a sua volta, il timore per questo male e per le sue conseguenze immediate, può da una parte sollecitare nuove forme di solidarietà umana e dall'altra richiamare ad una più severa condotta morale. Il che non implica un giudizio etico sui malati di Aids, quali che siano le cause per cui hanno contratto l'infermità.

Il senso umano e cristiano della vita di fronte all'Aids affonda le sue radici nella dottrina e nell'azione di sempre della Chiesa.

Sull'esempio di Cristo, medico delle anime e dei corpi, la Chiesa considera l'uomo, nella sua integralità fisica, psichica e spirituale come sua « via », e lo ritiene « via speciale » quando nella sua vita entra la sofferenza.

L'entità, la gravità e il peso della sofferenza sono la misura della dedizione che la Chiesa intende offrire all'uomo che ne è vittima reale o potenziale. Sotto questo aspetto i malati di Aids devono considerarsi destinatari privilegiati della pastorale sanitaria, che, come ha ricordato il Santo Padre, vuole essere una « pastorale della speranza ».

L'esempio offerto da Cristo spinge la Chiesa a compiere una azione pastorale che abbia come finalità la stessa valorizzazione della sofferenza. La Chiesa, infatti, è accanto a chi soffre per riconoscere in ogni uomo l'immagine di Cristo, fattosi uomo per condividere con gli ultimi e per riscattare, cominciando da essi, la condizione umana.

La vita appare in tutta la sua grandezza e dignità soprattutto in coloro che la sentono minacciata. Il recupero, quindi, del senso umano e cristiano della vita è l'impegno al quale chiamano sia la minaccia sia la diffusione dell'Aids. Impegno che è vocazione all'amore; ad un amore che qui, a Fatima, ci viene ricordato nelle sue espressioni più profonde, poiché in questa terra esso si è manifestato nella sollecitudine della Vergine Santissima Madre di Dio per il bene di tutta l'umanità in questo nostro tempo.

servire i malati con lo stesso amore con cui una madre assiste il suo unico figlio

Omelia di Sua Em.za il Cardinale Fiorenzo Angelini all'apertura delle celebrazioni per il IV centenario della elevazione ad Ordine Religioso della Congregazione dei Ministri degli Infermi-Camilliani. Bucchianico (Italia), 29 settembre 1991.

62

La Bolla *Illius qui pro gregis* con cui Papa Gregorio XIV il 21 settembre 1591 elevava ad Ordine religioso la Congregazione dei Ministri degli Infermi fondata da San Camillo de Lellis nel 1584, si apre con le seguenti parole: « Svolgendo qui in terra, benché senza merito, l'ufficio di Colui che per la salute del gregge del Signore non ha rifiutato di essere sacrificato sull'altare della Croce, noi siamo sollecitati da assidua premura e spinti da costante pensiero a prendere a cuore tutte quelle attività che sono state piamente istituite nella nostra Città per venire incontro alle necessità non solo corporali ma anche spirituali dei poveri infermi di Cristo ».¹

Nell'aprire, oggi, nel luogo natale di San Camillo de Lellis, le celebrazioni che ricordano il IV centenario della citata Bolla pontificia, vorrei anch'io ripetere l'inciso di Papa Gregorio XIV, « benché senza merito ». È significativo, infatti, anzi provvidenziale, che il primo pensiero suscitato dalla data odierna, dal luogo in cui ci troviamo, da tutta la storia del vostro insigne Ordine religioso, sia e debba essere un pensiero di umiltà, di sincero riconoscimento della nostra pochezza e di esaltazione ed adorazione della grandezza delle opere di Dio.

Dio è mirabile nei suoi santi, le cui vicende sono sublimi ed immortali perché non opera dell'uomo, ma opera di Dio. E il santo è colui che, scoprendo ed accogliendo in se stesso la pre-

senza di Dio, più di ogni altro sa misurare la propria nullità.

Un pensiero e un sentimento di umiltà, dunque, per celebrare un uomo ed un evento che restano conferma della verità delle parole della Vergine nel canto del *Magnificat*: « depositus potente de sede, et exaltavit humiles ».²

Un richiamo all'umiltà ci viene anche dal luogo dell'odierna celebrazione.

Quando la cittadinanza di Bucchianico pregò San Camillo de Lellis di aprire una comunità di Ministri degli Infermi nella sua città natale, il Santo aderì alla richiesta con l'esplicito intento di riparare al cattivo esempio che, da giovane, aveva dato ai suoi concittadini.³ E ripensando agli anni della gioventù dissipata, San Camillo pregava: « Signore, ti ringrazio, che da tizzone d'inferno mi hai fatto diventare tuo servo ».⁴ Non era questo un linguaggio retorico, ma la

lettura fedele di quella radiografia dello spirito che è la sincera umiltà. Peraltra, come avrebbe potuto il vostro Fondatore servire con eroica carità la più umile ed anche la più umiliante delle condizioni — la condizione di chi soffre nel corpo e nello spirito — senza vera, profonda, autentica umiltà?

Fu l'umiltà, spirituale e intellettuale, il primo tratto della vita e dell'opera di San Camillo de Lellis. Una umiltà non appresa sui banchi di scuola, ma alla scuola della vita. Camillo, infatti, prima di imboccare fa strada che sarebbe arrivata fino a noi, ha conosciuto, anzi ha quasi toccato il fondo della sofferenza fisica e spirituale: il disordine, la dissipazione, la malattia, la miseria.

A tredici anni Camillo perdeva la madre e, a diciannove anni, il padre. Fino a 25 anni, il vizio del gioco sembrò perderlo. Poi la conversione, che il Santo datò sempre al 2 febbraio 1575, festa della Purificazione della Madonna. Da anni, però, era afflitto da una dolorosa piaga al piede destro. Questa « piaga » inguaribile, quasi in maniera appariscente, segnò l'orientamento decisivo e definitivo della sua vita e fu senza dubbio alla radice di quella disponibilità totale al malato, anche a quello colpito dalle malattie più ripugnanti, alla quale improntò la sua testimonianza.

La parola spirituale di Camillo de Lellis attuò le parole di Paolo apostolo: « Dio ha scelto ciò che nel mondo è stolto per confondere i sapienti; ciò che nel mondo è debole, per confondere i forti; ciò che nel mondo è ignobile e disprezzato e ciò che è nulla per ridurre a nulla le cose che sono ».⁵

In un tempo come il nostro, aduso a misurare anche il bene più sulla base dei risultati immediati che non su quella dell'impegno quasi sempre sofferto; più sulla improvvisazione che non sulla riflessione orante; più sulla quantificazione esteriore che sulla valutazione soprannaturale delle vicende, Dio ci indica, attraverso il riferimento all'ideatore ed al promotore di un'opera gigantesca, che altri semina e altri miete e che l'importanza per garantire l'efficacia del nostro lavoro, non è mai il successo immediato, ma la disponibilità al



sacrificio, non la conquista ad ogni costo, ma la preparazione silenziosa, il coraggio e lo spirito soprannaturale, non il ricevere, ma il dare.

Un altro santo, così affine per la vita e per l'opera a San Camillo, quale fu San Giovanni di Dio, sembra che, attraverso un enigmatico crittogramma, si firmasse sempre « Io frate Zero ».⁶ Ecco la vera umiltà, quella che in una visione il Signore indica a Santa Caterina da Siena, svelandole l'etimologia ontologica del nome biblico di Dio: « Io sono Colui che è, tu sei colei che non è ».

La bolla, di cui celebriamo il quarto centenario, così riassume il fine generale e particolare della Famiglia fondata da San Camillo: « Chiunque si propone di dedicarsi per sempre a questo servizio di carità » decida di essere morto al mondo e a tutte le cose del secolo, e di vivere solamente per Cristo, e si unisca a noi per espiare i suoi peccati, sotto il giogo soavissimo della perpetua castità, povertà e obbedienza e nel perenne servizio ai malati, anche se colpiti dalla peste, non solo negli ospedali, ma anche nelle infermerie delle carceri, dove gli ammalati sono grandemente afflitti da necessità sia corporali che spirituali ».⁷

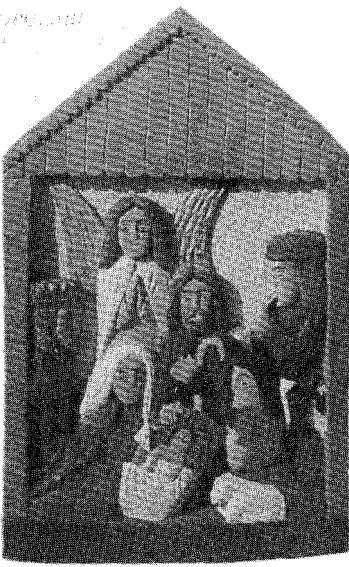
Questo testo ha quattro secoli, ma, nei suoi termini essenziali, potrebbe essere stato scritto ieri. Perciò il Concilio Vaticano II, parlando del doveroso rinnovamento della vita religiosa, ha formulato un principio fondamentale, affermando: « Il rinnovamento della vita religiosa comporta il continuo ritorno alle fonti di ogni forma di vita cristiana e allo spirito primitivo degli istituti, e nello stesso tempo l'adattamento degli istituti stessi alle mutate condizioni dei tempi ».⁸ Si noti, l'adattamento alle mutate condizioni dei tempi non riguarda il modo di far ritorno alle fonti di ogni forma di vita cristiana e dello spirito originario, ma soltanto le strutture istituzionali necessariamente legate alle situazioni sociali, culturali, religiose e politiche dei tempi.

Nella vostra famiglia religiosa, non è l'intuizione originaria, lo spirito più vero di San Camillo de Lellis che deve adattarsi all'oggi della vostra storia, ma voi, nelle nuove e diverse situazioni

odierne dovete essere capaci di fare ritorno a questo spirito, condizione per scoprire l'attualità perenne del vostro carisma religioso. E non è casuale che il rinnovato testo delle vostre attuali Costituzioni porti anche il nome di « Costituzione di Bucchianico », con riferimento al cinquantaduesimo Capitolo generale del vostro Ordine, primo nella vostra storia, celebrato a Bucchianico nel 1983.⁹

Qual è, dunque, il vostro spirito originario? Quale l'impulso che mosse San Camillo, chiamando per secoli, lungo il sentiero da lui tracciato, tanti figli spirituali?

Il nucleo del vostro carisma, a me sembra, la sua anima più vera, è quella che ritroviamo in una immagine ricorrente di sapore biblico che si legge nei testi delle vostre origini: *servire i malati con lo stesso amore con cui una madre assiste il suo unico figlio infermo*. Espressione ed immagine riferite dai contemporanei.



nei del Santo,¹⁰ dagli stessi documenti pontifici delle origini,¹¹ e in una delle prime disposizioni del Santo ai suoi figli spirituali.

Nell'assistenza sanitaria del tempo, Camillo de Lellis scoprì con quotidiano sgomento che mancava il cuore e proprio in un settore nel quale soltanto un « cuore di madre » può rispondere alla domanda di aiuto e di conforto corporale e spirituale. Perciò Benedetto XIV chiamerà l'opera di San Camillo la *nova charitatis schola*.¹² Nella Regola 27, tra le prime che San Camillo

scrisse per i suoi compagni che lasciarono l'ospedale di S. Giacomo di Roma per trasferirsi a quello vicino di Santo Spirito, leggiamo infatti: « Prima ognuno domandi gratia al Signore che gli dia un affetto materno verso il suo prossimo acciò possiamo servirli con ogni charità così dell'anima come del corpo, perché desideriamo con la gratia di servir a tutti gl'infermi con quell'affetto che suol una amorevol Madre al suo unico figliolo infermo ».¹³

A questo spirito di totale, perché materna, dedizione, San Camillo volle associare il pieno distacco dalle cose del mondo, la povertà nel senso evangelico del termine.

A pochi giorni dalla morte, nella *Lettera Testamento*, il Santo riaffermava con vigore l'esigenza irrinunciabile della povertà dell'Ordine da lui fondato, e scriveva: « ... dovremo con ogni esatta diligenza, et spirito mantenere la purità della nostra povertà nel modo stabilito nelle nostre bulle, perché tanto si manterrà il nostro istituto, quanto la povertà sarà osservata ad unguem... ».¹⁴

Negli anni in cui aveva lavorato come dipendente salariato all'ospedale San Giacomo di Roma, San Camillo aveva sperimentato tutti i rischi di una attività che, nel nome e nel dovere del servizio ai poveri, in realtà spingeva molti a servirsi dei poveri. Tempi in cui — come scriveva un biografo contemporaneo di San Camillo — gli ospedali erano in così triste situazione che a malapena, anche se con promessa di buona ricompensa, si trovavano sacerdoti disposti a svolgervi una essenziale pastorale sanitaria.¹⁵ Nella povertà evangelicamente abbracciata doveva, per il Santo, affermarsi la « nuova scuola di carità ».

Per San Camillo, quindi, la povertà non voleva essere soltanto mancanza di interesse e di calcolo, ma condizione di libertà nel servire con amore gli infermi.

Questo fu lo spirito e questa fu l'eredità di Camillo. Il gruppo dei primi seguaci voleva « essere una Compagnia di huomini tali ch'haverebbero adempiuto nel mondo quelle cose che mancavano della passione di Christo ».¹⁶ Una organizzazione di gente preparata e specializzata, « fon-

data nel preceppo della carità».¹⁷ una carità da manifestare secondo una tenerezza materna da ispirare alla stessa Madre di Gesù, come è stato recentemente spiegato da un ampio studio di un vostro confratello.¹⁸

Le celebrazioni centenarie che oggi hanno inizio siano dunque nel segno del ritorno alle origini. Quando bevi alla fonte — dice un proverbio — ricordati della sorgente. Qui, tra queste mura, tra le case di questo luogo, da questa terra è scaturita la sorgente della vostra spiritualità. Aprendo la comunità di Bucchianico, San Camillo volle dare una testimonianza riparatrice a coloro che da lui avevano ricevuto un esempio negativo. Nell'umiltà, nello spirito di espiazione alimentato da un amore sconfinato ed esclusivo, egli apprese ad amare gli ultimi, a servire in loro la persona stessa di Cristo.

Ci riferisce il primo cronista dell'Ordine che San Camillo, nel

nel quale vede riaperte e doloranti le piaghe del suo Crocifisso Signore».²¹

Bevendo alla sorgente della spiritualità del vostro fondatore, troverete la forza e il coraggio per riproporre nel nostro tempo il suo attualissimo messaggio.

Il mondo della sanità e della salute è, oggi, una delle grandi sfide poste alla civiltà moderna. Gli straordinari progressi della scienza e della tecnica, la socializzazione della medicina, le conquiste che si annunciano imminenti nei campi della prevenzione, della diagnosi, della terapia e della riabilitazione, corrono il rischio che, sia pure in situazione diversa, correvano ai tempi di San Camillo. Il rischio che a tutto questo manchi il cuore.

Se il ricupero di questo *cuore* costituisce il primo impegno della vostra Famiglia nel grande lavoro di rinnovamento che state compiendo, l'adeguamento alle mutate condizioni dei tempi esi-

gis,²² ma anche per la priorità data al tempestivo intervento là dove più urgente è il bisogno, ha molteplici affinità con l'itineranza e la creatività tipiche degli Ordini Mendicanti, ha sempre saputo, nella sua storia plurisecolare, trovare risposte nuove alle istanze nuove dei tempi.

Fermo restando che a tutto deve presiedere l'integrale purezza dello spirito originario del vostro Fondatore, è necessario che non soltanto siate attentissimi alla domanda di salute corporale e spirituale che sale dall'umanità di oggi, ma che la vostra Famiglia sia in prima linea nel preparare sacerdoti, religiosi, religiose e laici alla pastorale sanitaria. Delle branche della pastorale in generale, infatti, la pastorale sanitaria è quella che maggiormente e prioritariamente interella la Chiesa essendo i luoghi di ricovero e di cura il tempio più frequentato del mondo.

Il vostro quarto voto — quello di dedicarvi completamente e senza alcuna condizione al servizio dell'ammalato — può oggi rappresentare un ideale per tanti giovani che cercano scelte radicali e definitive. Un testo delle vostre origini parla delle centinaia di vostri fratelli che, durante più epidemie di peste, morirono in letizia per le conseguenze sofferte nell'assistenza ai contagiati; e ricorda questi fratelli come degni della memoria di quei santi martiri che ad Alessandria d'Egitto, durante un'epidemia, erano morti servendo gli infermi e dei quali il Martirologio celebra le gesta.²³

La *legenda aurea* della vostra storia continua oggi nelle comunità del vostro Ordine che operano sia nelle moderne metropoli sia nei territori di missione, sia nei luoghi di frontiera della pastorale sanitaria. Quanti vostri fratelli ho incontrato in ogni parte del mondo, ricevendone edificazione e incoraggiamento per l'attività stessa del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, che ho l'onore di presiedere. Ma non possiamo nasconderci che troppo poche sono nel nostro tempo le vocazioni che rispondono alla chiamata ed alla missione che furono di San Camillo de Lellis e di quanti, nel servizio agli infermi, attuano quei doveri dei quali saremo chiamati a rispondere co-



licenziarsi dai suoi assistiti «gli baciava le mani, o la testa o i piedi, o le piaghe come fossero state le piaghe di Gesù Cristo».¹⁹ Per questo «Camillo, austero e rigido, aduso alle asprezze della guerra, trova, quando parla dei suoi malati e dei suoi ospedali, accenti toccanti di poesia».²⁰

«Camillo non considerava il malato come se fosse la persona di Cristo. Per Camillo il malato era semplicemente Cristo. Conseguentemente, a questa visione di fede, tutta la spiritualità di Camillo è accentuata sul malato.

ge una seria preparazione, anzi una specializzazione, affinché al generoso impulso dell'animo ed alla stessa consacrazione religiosa si accompagni la capacità concreta ed anche organizzativa di affrontare i nuovi problemi posti dall'assistenza sanitaria.

L'istituzione del «Camillianum» a Roma, per la laurea in teologia con specializzazione nella pastorale sanitaria si colloca su questa linea di adeguamento delle strutture.

Il vostro Ordine che, non soltanto per la povertà, come sottolinea la Bolla *Illiis qui pro gre-*

me cristiani, ma soprattutto come anime consacrate, il giorno in cui saremo giudicati: « Ero infermo e mi avete visitato ».²⁴

San Camillo resta un esempio altissimo di risposta a questo dovere, del quale avvertì tutta l'urgenza la vigilia della festività dell'Assunzione corporea di Maria al Cielo nel lontano anno 1582, quando ebbe la prima ispirazione che lo avrebbe portato a fondare la vostra Famiglia.²⁵

Il richiamo alla Vergine, quindi, accompagni le celebrazioni di questo quarto centenario, così come accompagnò costantemente l'opera del vostro Fondatore. L'amore materno che San Camillo indicava come dimensione del vostro servizio, è l'amore di Maria verso il Figlio Gesù e verso tutti gli uomini, secondo l'indicazione di Giovanni Paolo II: « Avendo la chiara percezione che la misericordia di Dio si stende su quelli che lo temono, Maria, in realtà, entra attivamente nella storia della Chiesa, si mette in cammino accanto agli uomini, divenuti suoi figli, per essere segno di questa misericordia. E così, materna ispiratrice di vocazioni e distributrice di grazie, si colloca alla testa di una schiera di volontari, che da due-mila anni formano l'ininterrotta catena della solidarietà cristiana a servizio del prossimo ».²⁶

Di questa ininterrotta catena San Camillo fu saldissimo anello e la vostra Famiglia è, nella vita della Chiesa, parte determinante di questa schiera di generosi testimoni dell'amore di Cristo.

Con questa consapevolezza e con lo spirito del vostro Fondatore, queste celebrazioni centenarie possano aggiungere una data importante alla vostra storia di amore e di servizio a chi soffre. Una storia che ciascuno di voi, per vocazione e missione, deve continuare a scrivere nel nostro tempo, straordinario e drammatico, ma anche tempo di grazia per tutta la Chiesa.

² Lc 1, 52.

³ Una testimonianza al Processo di Beatificazione dice: « Ritrovandomi in detta Terra con detto P. Camillo, mi disse mostrandomi due luoghi di detta terra, che là soleva giocare essendo giovane, et che haveva dato mal esempio con perdita di tempo, et in detti luoghi faceva qualche volta alcuni sermoni spirituali domandando perdonò a quelle genti con dire che per il passato gl'haveva scandalizzati, con donarli mal'esempio in giocare e con simili parole alzava gl'occhi al Cielo, dicendo Signore ti ringrazio, che da Tizzone d'inferno mi ha fatto diventare tuo Servo, et altre parole simili... ». Citato da: F. RUFFINI-G. DI MENNA, *Bucchianico e San Camillo De Lellis*. Guida ai luoghi Sacri. Religiosi Camilliani, Roma 1990, p. 5-6, nota 4.

⁴ Cfr. nota precedente.

⁵ 1 Cor 1, 27-28.

⁶ Cfr. C. NEWCOMBE, *Brother Zero. A Story of Life of Saint John of God*. New York 1955.

⁷ Bolla *Illius qui pro gregis*, cit., p. 4.

⁸ Decreto *Perfectae caritatis*, 2.

⁹ « Costituzione di Buccianico » è l'intestazione che la Consulta generale camilliana, il 25 maggio 1983, invia a tutto l'Ordine a nome del Capitolo generale (cfr. *Vinculum caritatis*, Bollettino della Provincia Romana dei Camilliani, 26, 1983, num. 63, p. 35-42).

¹⁰ S. CICATELLI, *Vita del padre Camillo de Lellis* (manoscritto), p. 39: « ... instituire una Compagnia d'huomini pij, e da bene, che non per mercede, ma volontariamente e per amor d'Iddio gli servissero con quella charità et amorevolezza che so gliono far le madri verso i loro propri figlioli infermi ». *Processo Napoletano*, foglio 96: « ... Non fu Madre ch'amassee tanto li suoi figlioli, quanto lui amò i suoi poveri cari, et infermi... ».

¹¹ L'immagine è richiamata dalla Bolla di fondazione della Congregazione dei Ministri degli Infermi. Cfr. P. KRAEMER, *Bullarium Ordinis CC. RR. Min. Infirorum*, Verona 1947, p. 7.

¹² BENEDETTO XIV, BOLLA *Misericordiae Studium* (29 giugno 1746). Cfr. P. KRAEMER, *Bullarium*, cit., p. 231.

¹³ M. VANTI, *Scritti di San Camillo de Lellis*, Roma 1965, p. 67

(*Regole della Compagnia degli Servi degli Infermi*, reg. XXVII).

¹⁴ *Ibidem*, doc. LXXVIII, Lettera Testamento, p. 457, v. 40.

¹⁵ S. CICATELLI, *Vita del P. Camillo de Lellis* (manoscritto), p. 108: « ... erano aborriti e abominevoli detti luoghi (gli ospedali) dagli huomini di qualche condizione ch'appaena si ritrovavano sacerdoti che vi volessero stare ne anco per buona e grossa mercede che fusse loro offerta ».

¹⁶ S. CICATELLI, cit., p. 62.

¹⁷ *Ibidem*, p. 384.

¹⁸ Cfr. F. RUFFINI, « Doveva essere tutta sua ». *La dimensione mariana di S. Camillo de Lellis*. Religiosi Camilliani, Roma 1988, p. 222-228.

¹⁹ S. CICATELLI, cit., p. 317.

²⁰ E. SPOGLI, *La diaconia di carità dell'Ordine camilliano*, Roma 1988, p. 23.

²¹ *Ibidem*, p. 22.

²² « Intendiamo che la nostra pietà sia quella dei Religiosi Mendicanti, di coloro cioè che non ricevono nessun profitto o reddito né come persona singola né come comunità » (Bolla *Illius qui pro gregis*, cit., p. 6).

²³ S. CICATELLI, *Vita del P. Camillo de Lellis* (manoscritto), p. 5: « Essendo stata la lor morte quasi un altro martirio, leggendosi nel Martirologio (conforme ancor riferisce Eusebio) che in Alessandria altre volte s'honorava la memoria di molti santi preti e diaconi che in compagnia di gran numero de Christiani al tempo di Valeriano Imperadore, essendovi grande la peste governando, e servendo prontamente alli infermi allegrissimamente furono dalla pestilenza morti honorandosi la lor charità della religiosa pietà de' Christiani à guisa di quelli de Santi Martiri ». Cfr. E. SPOGLI, cit., p. 319-320.

²⁴ Mt 25, 36.

²⁵ S. CICATELLI, *Vita del P. Camillo de Lellis*, ediz. 1615, p. 23: « Occorse questo a Camillo l'anno 1582 che fu l'undicesimo del Pontificato di Gregorio XIII, intorno alla Santissima Assunzione de Maria sempre Vergine d'agosto... una sbozzatura dalla quale Nostro Signore Iddio cavò la religione ».

²⁶ GIOVANNI PAOLO II, Firenze, chiesa della SS.ma Annunziata, 19 ottobre 1986. Cfr. *L'Osservatore Romano*, 20-21 ottobre 1986.

¹ Bulla S.mi D. N. D. Gregorii Divina Providentia Papae XIII. Approbationis et Confirmationis Religionis eorum qui Ministri Infirorum appellantur. Romae, Apud Impresso Camerales 1591, 3.

le nuove frontiere della bioetica

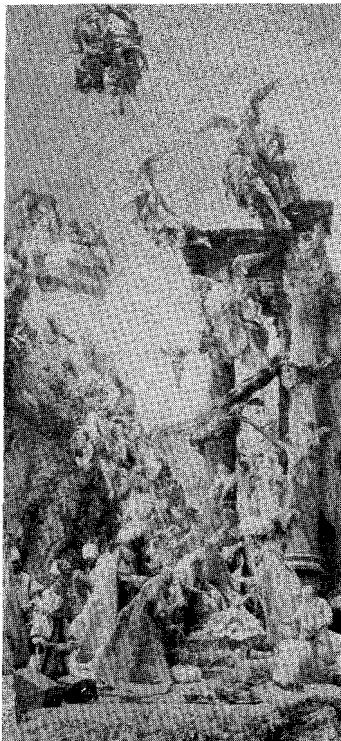
Intervento di Sua Em.za il Cardinale Fiorenzo Angelini in occasione del conferimento del premio San Marino per la medicina, 6 ottobre 1991.

L'inevitabile rapporto tra medicina e morale ha portato, contestualmente al progresso della medicina come scienza e come prassi, all'affermarsi della *Bioetica* come disciplina autonoma. Per definizione, la *bioetica* è l'insieme di principi e di norme di comportamento (*etica*) riguardanti la vita (*bios*): vita intesa, etimologicamente, non tanto e non solo come vita umana, ma come esistenza, durata, condizione del vivere. Un concetto di vita, quindi, che pur comprendendo quello di vita umana, per molti aspetti lo allarga e lo estende.

Il concetto di vita — nella nozione di bioetica — traccia anche il confine del concetto di etica, la quale diventa appunto quell'insieme di principi e di norme di comportamento che riguardano la difesa, l'affermazione e la promozione della vita, segnatamente della vita umana dal suo concepimento fino al suo naturale tramonto.

Nella visione cristiana del mondo e dell'uomo, che peraltro ha ereditato e nobilitato quella che viene indicata anche come visione naturale, la vita umana è al vertice dei valori dell'universo. La scienza, poi, non contraddice, ma conferma il principio secondo il quale è sempre vita personale.

In realtà, quando si parla comunemente di persona, il pensiero va spesso ad un essere determinato ed intelligente: una singolarità individuata in un corpo, in una tradizione storica e, come tale unica, irripetibile; una soggettività che, proprio nella sua individuazione, è nello stesso tempo capace di aprirsi ai valori di tutto ciò che esiste. In altre parole, quando si dice persona, ci si riferisce generalmente ad un concetto compiuto e maturo dell'uomo.



È allora inevitabile chiedersi: quando l'essere umano diventa persona? La posizione della Chiesa al riguardo è molto chiara: «L'essere umano va rispettato e trattato come una persona fin dal suo concepimento e, pertanto, da quello stesso momento gli si devono riconoscere i diritti della persona, tra i quali anzitutto il diritto inviolabile di ogni essere umano innocente alla vita» (Congregazione per l'Educazione Cattolica, Istruzione *Donum vitae*, 1987, I, 1).

Sebbene questa posizione abbia un solidissimo fondamento razionale, alcuni ritengono, ad esempio, che l'embrione umano non sia fin dalla fecondazione, persona umana, così come non mancano coloro che per giustificare l'eutanasia mettono in dubbio che l'essere umano, trovandosi in determinate condizioni di malattia gravissima e irreversibile che abbia cancellato anche la consapevolezza, possa ancora considerarsi persona.

Vorrei limitarmi a ricordare, sulla sola base di motivazioni razionali, due principi. In primo luogo, per definire il concetto di persona umana, occorre avere chiara la nozione di *fine*. Il fine di una cosa — o, come direbbe Aristotele, di un *ente* — è ciò per cui quell'ente esiste, incomincia ad esistere, si struttura nel suo sviluppo e matura nel suo compimento. Il fine è ciò che spiega l'esistenza di un determinato ente e ne svela il suo significato. Questo vuol dire che il fine di un ente non sta semplicemente al termine, ma sta all'inizio del suo sviluppo. È dunque persona umana chi è finalizzato, sin dal suo concepimento, a diventarlo.

Il secondo principio, che ha una grande valenza metodologica, è il seguente: è sufficiente il dubbio circa l'identità personale frutto del concepimento, per essere eticamente e moralmente obbligati ad assumere il comportamento più sicuro che eviti pertanto qualsiasi rischio nei riguardi della persona umana. La morale, infatti, esige che che ci si astenga non solo da un atto che è *sicuramente* male, ma anche da un atto che *probabilmente* potrebbe essere male.

Agire nel dubbio circa il fatto che nel frutto del concepimento ci sia o non ci sia una persona umana, significa esporsi al ri-

schio di sopprimere un essere umano e ciò si conferma in se stesso come un disordine morale.

Le frontiere, dunque, della bioetica sono le frontiere stesse della vita. Mi si consenta, allora, di affermare, non soltanto in ossequio alla fede che professo, ma anche come testimonianza di straordinaria fiducia nella scienza, che è improprio parlare di *nuove* frontiere della bioetica. Se, infatti, le frontiere della bioetica sono le frontiere stesse della vita, scienza e fede si incontrano e si aprono ad orizzonti sempre più costruttivi, se si considerano queste frontiere pressoché illimitate.

È questo un punto o aspetto classico in cui la fede cristiana o, se si vuole, la visione cristiana della vita e della persona umana, non pongono un limite alla scienza, ma la spingono e la sollecitano ad un suo progresso indefinito.

L'interesse per una cosa è tanto più grande quanto più elevato è il prezzo o il valore che ad essa si attribuisce. Se si assume che l'uomo, dal suo concepimento al suo naturale tramonto, è persona umana e creatura di Dio, anzi, una creatura tanto privilegiata da meritare la qualifica di «figlio di Dio», nell'accostarci a studiare la sua natura, sia pure nel suo aspetto fisico e psichico, si proverà la curiosità e persino l'esaltazione di chi sente di avvicinarsi ad un mistero. Tale entusiasmo — lasciatemelo dire — è condizione essenziale per il progresso effettivo di ogni ricerca; anzi, è la sola forza che può permettere alla stessa scienza di non arrestarsi di fronte alle difficoltà.

Troppi spesso, nel valutare le posizioni cosiddette negative o limitative della morale cristiana e cattolica in materia, ad esempio, di salvaguardia della vita umana sin dal suo concepimento, di sperimentazione scientifica, di genetica e di ingegneria genetica, si dimentica questo presupposto del tutto positivo della difesa strenua della vita umana sempre considerata come vita di una persona umana. È questo il primo e più grande «sì» della morale cristiana; i suoi «no» vengono dopo e sono tutti alla luce di questa posizione positiva. Non solo, ma in questo «sì», la morale cristiana si incontra

con quella ippocratica e della più nobile tradizione medico-scientifica.

Le frontiere della bioetica, dunque, sono tracciate dalla nozione di vita. E poiché non esiste una nuova nozione di vita, nel senso che non può aversene una che sia più vasta e più comprensiva di quella che riconosce nella persona umana le vestigia stesse della vita di Dio, neppure si può parlare di nuove frontiere della bioetica, almeno in linea di principio.

Esistono, invece, nuovi problemi o, più esattamente, nuovi modi di porsi di fronte alla soluzione dei problemi attinenti alla difesa ed alla promozione della vita umana.

Nella prolusione alle lezioni di anatomia tenute a Copenhagen dal 29 gennaio all'8 febbraio del 1673, dallo scienziato, medico e poi vescovo, Nicolò Stenone, beatificato da Giovanni Paolo II il 23 ottobre 1988, si legge: «Sono belle le cose che si osservano senza ricorrere alla dissezione; *più belle* ancora quelle che la dissezione rende manifeste sottraendole alle zone più nascoste, *di gran lunga le più belle* le cose che sfuggendo ai sensi, possono tuttavia essere riconosciute dalla ragione attraverso il loro aspetto sensibile» (Nicolai Stenonis, *Prooemium Demonstracionum Anatomicarum in Theatro Hafniensi anni 1673. Opera Philosophica*, II, 263).

Se si guarda alla vita osservandone il suo «sconfinamento» nella vita stessa di Dio, il suo approdare a Dio, Creatore della vita, il percorso che la scienza è chiamata a percorrere si illumina e la morale, l'ethos, il comportamento della ricerca e della prassi scientifiche sarà sempre quello di un rigoroso servizio alla vita. Non è la morale a tracciare le frontiere della scienza, bensì la nozione integrale di vita, proprio perché bioetica significa etica della vita.

Il vero dramma di una cultura scientifica che dimentichi questa verità fondamentale è dato dal fatto che, particolarmente oggi, la scienza e la tecnologia sono in grado di ottenere risultati incredibilmente sorprendenti, ma eticamente inaccettabili.

Si prenda l'esempio delle armi nucleari. Teoricamente la costruzione su larga scala di questi



ordigni, mentre da un lato era affermazione di altissima scienza e tecnologia, dall'altra ha reso possibile, per fortuna soltanto teoricamente, la distruzione stessa della terra. Si dirà che l'equilibrio del terrore è stato un deterrente che potrebbe aver risparmiato al mondo il terzo conflitto mondiale. Oggi, tuttavia, si saluta come motivo di sollievo universale la decisione di procedere alla distruzione, sia pure graduale, degli arsenali nucleari.

Paradossalmente, vorrei dire che proprio alcune aberranti applicazioni delle conquiste della scienza e della tecnologia in materia genetica dovrebbero essere considerate come la dimostrazione tangibile dei rischi che corre e può correre la vita, nella sua più completa accezione, qualora scienza e tecnologia rinuncino alla sola finalità che le giustifica, quella di servire la vita, tutta la vita e la vita di tutti.

Se, quindi, può avere un senso parlare di nuove frontiere della bioetica, questo senso è di intendere la bioetica come continuato sforzo di moltiplicare i modi e gli strumenti per promuovere la difesa e l'affermazione della vita e, innanzitutto della vita umana. Dico innanzitutto, poiché la bioetica, cioè l'etica della vita, nel suo significato etimologico può abbracciare, subordinatamente al servizio all'uomo, ogni manifestazione di vita. Mai, del resto, come nel nostro tempo, l'armonia ordinata della natura si è confermata come irrinunciabile per la difesa stessa della vita umana. E rientrano nella nozione e nelle finalità della bioetica sia la difesa dell'ambiente sia quella cultura e quella politica ecologiche che sono chiamate a salvaguardare l'habitat dell'uomo.

Vent'anni fa, intervenendo ad un Congresso medico ad Assisi, parlai di una ecologia dello spirito per una ecologia della vita umana.

Per millenni l'uomo, per molti aspetti e in più di una circostanza, si è trovato nella condizione di doversi difendere dalla natura. Per la prima volta nella storia, egli, per difendere se stesso, è chiamato a difendere la natura.

Se le frontiere della bioetica sono quelle appunto della vita, oggi siamo in grado di misurare, con speranza, ma anche con

paura, quale domanda di vita salga da tutto l'universo minacciato da un progresso che rischia di rivoltarsi contro l'uomo.

La bioetica che, soltanto da pochi anni, è diventata disciplina autonoma, ha di fronte a sé un grande compito impresso nel suo stesso nome, quello di indicare alla scienza il cammino della difesa e del servizio della vita. Si tratta di un compito interdisciplinare in grado di contribuire, in maniera determinante, a quella cultura della vita sempre più minacciata da una cultura di morte. Le frontiere della bioetica, quindi, sono le frontiere di un'etica della vita, anzi di un'etica per la vita.



BUCCHIANICO (Italia)

visite di S. Em.za il Cardinale Fiorenzo Angelini

A Buccianico (Ch), città natale di S. Camillo de Lellis, si sono svolte due solenni celebrazioni presiedute dal Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, Cardinale Fiorenzo Angelini, che è stato accompagnato dal Segretario e Sottosegretario del Dicastero, PP. Redrado e Ruffini.

La prima visita del Cardinale Angelini a Buccianico è stata il 15 luglio, Festa liturgica di S. Camillo de Lellis. Accolto dall'Arcivescovo Mons. Antonio Valentini, dal Prefetto di Chieti, dal Sindaco e dalla Comunità Camilliana, il Cardinale ha presieduto la solenne concelebrazione eucaristica nella chiesa di S. Urbano. Nel pomeriggio si è recato in visita presso la «Casa Sollievo S. Camillo» della Congregazione delle Suore «Figlie di S. Camillo». Il Presidente ha visitato tutti gli ospiti del centro.

Domenica 29 settembre è ritornato a Buccianico per la inaugurazione del quarto centenario dell'Ordine Camilliano e per ricevere la cittadinanza onoraria di quella cittadina. Erano presenti alle solenni manifestazioni gli Arcivescovi e Vescovi della Regione d'Abruzzo: S.E. Mons. Enzio D'Antonio di Lanciano, Presidente della Conferenza Episcopale Abruzzo-Mo-

lise; S. E. Mons. Iannucci, Arcivescovo emerito di Pescara; S. E. Mons. Giuseppe Di Falco, Vescovo di Sulmona; Mons. Panfilo, Vicario Generale della Diocesi di Chieti-Vasto.

Hanno accolto il Cardinale: P. Angelo Brusco, Superiore Generale dei Camilliani; la Consulta Generale dell'Ordine; Madre Serafina Dalla Porta, Superiora Generale della Congregazione «Figlie di S. Camillo» con il Consiglio Generalizio.

P. LUIGI SECCHI, M.I.

MOSCA

nuovi contatti

Nei giorni 2-4 settembre 1991 il Cardinale Angelini ha compiuto una breve visita a Mosca. Lo accompagnavano alcuni Consultori ed Esperti del Dicastero. Scopo della visita continuare e rafforzare i contatti con le autorità sanitarie della Repubblica di Russia. Come nel corso delle due precedenti visite, anche durante quest'ultima visita è proseguito il colloquio circa lo scambio di personale sanitario professionale. Il Pontificio Consiglio ha così offerto la sua piena disponibilità sia per quanto attiene alla partecipazione alla Conferenza su «Droga e alcolismo», alla quale sono intervenuti alcuni relatori russi, sia per lo scambio scientifico offerto a due medici per un anno, come pure per la visita professionale di dieci infermieri russe che hanno trascorso quindici giorni in Italia svolgendo un

programma che comprendeva la visita a varie istituzioni sanitarie e l'incontro con personale infermieristico ed amministrativo.

Nel quadro degli scambi e della cooperazione rientra anche l'accoglienza che il Pontificio Consiglio ha offerto ad un gruppo di quaranta bambini colpiti dalla catastrofe di Chernobyl. I quaranta bambini hanno trascorso un mese di vacanza, dal 13 luglio al 13 agosto, a Bassano Romano. Durante una sosta a Roma sono stati ricevuti dal Presidente del Consiglio On.le Giulio Andreotti. Il 24 luglio hanno preso parte all'Udienza generale del Papa che, al termine, si è intrattenuto a parlare con i bambini e i loro accompagnatori.



Aids, etica e morale cristiana

Promossa dall'Associazione dei Medici Cattolici Portoghesi, il 20 e il 21 settembre 1991 ha avuto luogo a Fatima la I Conferenza nazionale sull'Aids, l'Etica e la Morale cristiana: due giorni di intenso lavoro, con interventi di alto livello scientifico alla presenza di quasi cinquecento congressisti.

I lavori, a parte il loro aspetto scientifico, hanno trattato gli argomenti sotto diversi profili: da quelli giuridici e legali, al principio della dignità della persona umana e i suoi diritti, dai problemi umani ed etici alla questione dell'informazione.

Configurandosi l'Aids come il risultato di una determinata condotta di vita e di taluni comportamenti, non si può combattere la malattia senza condannare comportamenti da cui essa deriva.

I problemi di carattere umanitario, che causati dalla terribile malattia hanno avuto un posto di rilievo nella Conferenza, analizzati sotto il profilo della riflessione filosofica e della pastorale: la società emarginà i malati di Aids. In questo modo non li considera come esseri umani, non li riconosce come persone nella loro interezza, vietandogli ogni rapporto con gli altri. Che senso ha la vita umana per un malato di Aids, se tale malattia, più di qualsiasi altro male, pone dei limiti alla vita umana? Oltre tutto, limiti che si evidenziano a breve termine?

È qui che la fede cristiana appare in tutto il suo fulgore, allo stesso modo in cui la sofferenza e la morte trovano il loro significato nell'apparente insuccesso della vita e della morte di Gesù Cristo.

Gli argomenti scientifici, umani e pastorali sono stati sviluppati da un folto numero di professori, i quali hanno mostrato un'ampia conoscenza della materia.

Monsignor Cassidy, Assistente internazionale della Federazione dei Medici Cattolici, ha letto il testo preparato dal Cardinale O'Connor, che non ha potuto partecipare al Congresso.

La sessione conclusiva è stata presieduta da Sua Eminenza il Cardinale Fiorenzo Angelini, Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, accompagnato dal Padre José Luis Redrado, Segretario del Dicastero.

Il Cardinale Angelini ha esposto ai congressisti il tema del «Significato umano e cristiano della vita dinanzi all'Aids». Il testo dell'intervento è pubblicato in questo stesso numero della rivista.

Il Congresso è terminato con la celebrazione dell'Eucaristia nella Grotta della Vergine di Fatima; assieme al Cardinale Angelini hanno concelebrato diversi sacerdoti, assistenti ecclesiastici dell'Associazione dei Medici Cattolici nelle diverse diocesi.

Alla fine dei lavori, i 450 partecipanti hanno approvato i seguenti punti:

1. I malati di Aids debbono essere accettati e rispettati da tutti coloro che lavorano nella sanità, in quanto esseri umani come tutti gli altri.

2. Non saranno ritenute lecite eventuali misure legislative che limitino il diritto all'intimità della vita privata, alla libertà di circolazione, il diritto al lavoro e alla sicurezza dell'impiego per i malati di Aids.

3. Nessun legislatore ha il diritto di abrogare le disposizioni penali che puniscono chi intenzionalmente, o per omissione, provochi ad altri il contagio della malattia.

4. La formazione del personale sanitario e l'educazione del pubblico in generale sono di importanza capitale per aiutare i malati a superare la sofferenza, sia a livello psicologico che sociale.

5. L'intervento della Chiesa è necessario sia dal punto di vista della dottrina che della pratica quotidiana. Si sfruttino anche i mezzi di comunicazione di massa, spiegando che l'obiettivo essenziale è vincere la battaglia contro questo male attraverso le armi dell'amore.

6. Abbiamo il dovere di predicare una condotta di vita salu-

tare, orientare ad una vita responsabile e scevra da ogni forma di dipendenza, insegnare a vivere la sessualità in maniera adulta, affrontando le grandi sfide che si pongono per la Chiesa in questo ambito da un punto di vista pedagogico.

7. La Pastorale della Chiesa, attraverso differenti metodi applicati a ciascuna situazione concreta, prosciogliere uno spirito di accoglimento, di comprensione, evitando che i malati di Aids vadano incontro ad una morte sociale ancor prima che biologica.

8. La Chiesa svilupperà una pastorale di speranza e dia un significato alla sofferenza umana del malato terminale, amando ognuno in base alle proprie necessità: in famiglia, nell'ospedale, o nelle case di accoglienza concepite specificamente per questo.

P. VICTOR FEYTOR PINTO
*Direttore
della Commissione Nazionale
della Pastorale della Salute
Portogallo*

REPUBBLICA DI SAN MARINO

premio a Sua Eminenza il Cardinale Fiorenzo Angelini

Nel corso della Conferenza Internazionale «Recenti studi nel campo della virologia, dell'immunologia e dell'oncologia», tenutasi nella Repubblica di San Marino dal 2 al 6 ottobre 1991, è stato assegnato a Sua Eminenza il Cardinale Angelini il premio «San Marino per la Medicina 1991».

Il Signor Ministro della Sanità della Repubblica di San Marino lo aveva precedentemente comunicato a Sua Eminenza con questa missiva:

« In nome del Governo mi prego informarla che, in considerazione del rilevante apporto e della sua intensa attività personale condotta da molti anni alla promozione dei valori umani per la difesa e la protezione della salute, abbiamo l'onore di conferirle il Premio San Marino per la Medicina 1991, alla presenza di SS. EE. i Capitani Reggenti. Il Comitato scientifico ha assegnato lo stesso premio ex aequo al Professor H. M. Pinedo ».

La cerimonia si è svolta il 6 ottobre nel Palazzo del Governo, alla presenza di SS. EE. i Capitani Reggenti, di esponenti del Governo della Repubblica e di personalità del mondo della medicina.

Accompagnavano il Cardinale Angelini altri rappresentanti del Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, nelle persone del P. Redrado, Segretario del Dicastero, e i suoi Consultori, i professori Corrado Manni, Adolfo Turano e Lino Mortironi.

LOURDES (Francia)

pellegrinaggio del dicastero

I membri del Dicastero, convocati e guidati del Presidente del Pontificio Consiglio, Cardinale Fiorenzo Angelini, si sono recati in pellegrinaggio al santuario della Madonna di Lourdes (Francia) nei giorni 1-3 novembre 1991. Il gruppo era composto da medici, farmacisti ed infermieri religiose, insieme ai loro parenti, tutti invitati dal nostro Presidente.

Il pellegrinaggio aveva come finalità ringraziare la Santissima Vergine, protettrice del Dicastero, infatti, sia il documento « Salvifici Doloris » che l'istituzione del Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari sono datati 11 febbraio, festa della Madonna di

Lourdes. In questa data viene sempre convocata la nostra Assemblea Plenaria.

Questi tre giorni di vacanze, arricchiti dalla spiritualità della celebrazione di Tutti i Santi e dei Defunti, hanno avuto come centro di comunione e di preghiera il santuario e la grotta da dove, tramite S. Bernadette, la Madonna continua ad elargire tante grazie.

Il gruppo di 130 persone ha incontrato in due occasioni gli esperti del Bureau Médical di Lourdes.

CITTÀ DEL VATICANO

1. Conferenza Internazionale su « Drogen e Alcolismo »

Nei giorni 21, 22 e 23 novembre 1991, promossa dal Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, ha avuto luogo la VI Conferenza Internazionale su un tema di grande attualità sociale: droga e alcolismo.

Una novantina di relatori hanno illustrato gli aspetti scientifici, sociali ed etici legati alla droga e all'alcolismo. Sono intervenuti due Premi Nobel (lo statunitense Murray e l'italiana Rita Levi Montalcini). Tra i conferenzieri, inoltre, personalità pubbliche molto note come Javier Perez de Cuellar, Segretario generale dell'ONU; Jaime Paz Zamora, Presidente della Bolivia; Giulio Andreotti, Primo Ministro del Governo italiano; Louis Sullivan, Ministro della Sanità degli Stati Uniti; la Regina Sofia di Spagna; Hiroshi Nakayima, Direttore generale dell'organizzazione Mondiale della Sanità (OMS); Juan Antonio Samaranch, Presidente del Comitato Olimpico Internazionale; Inga Grevesheva, Vice primo ministro della Repubblica di Russia, e Federigo Mayor Zaragoza, Direttore generale dell'UNESCO.

Da segnalare, inoltre, la presenza ad una Tavola Rotonda, di quattordici ambasciatori presso la Santa Sede sul tema:

« Coordinamento nella lotta contro il traffico e il consumo di droga ».

La relazione inaugurale è stata tenuta dal Cardinale Pérez Trujillo, Presidente del Pontificio Consiglio per la Famiglia.

Aprendo la Conferenza, il Cardinale Angelini, Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, ha ribadito la finalità che il dicastero si è proposto organizzando questa conferenza: studiare i fenomeni della droga e dell'alcolismo nell'ottica dei valori e dei diritti fondamentali della persona umana.

Sua Santità Giovanni Paolo II ha chiuso questa VI Conferenza con un discorso che sarà pubblicato nel prossimo numero della nostra rivista « Dolentium hominum. Chiesa e salute nel mondo ».

Hanno partecipato 1.800 congressisti provenienti da 101 Paesi. Le relazioni saranno pubblicate nel num. 19 (1/1992), monografico, della nostra rivista.

2. Assemblea speciale del Sínodo dei Vescovi per l'Europa

Ha avuto luogo a Roma dal 28 novembre al 14 dicembre 1991. Il nostro Pontificio Consiglio ha vissuto da vicino questo grande evento ecclesiale con la partecipazione del Cardinale Angelini ai lavori dell'Assemblea sinodale.

3. Il Cardinale Angelini ha anche preso parte, come membro, alle riunioni tenute dai Dicasteri della Famiglia (dal 30 settembre al 5 ottobre 1991) e di Propaganda Fide (7 ottobre 1991).

4. All'incontro interdicasteriale organizzato dal Pontificio Consiglio per l'Unità dei Cristiani il 15 ottobre 1991, ha partecipato, per conto del nostro dicastero, il p. Jean Marie Mpandawatu, ufficiale del Pontificio Consiglio. Tema centrale del suddetto incontro: « Il dialogo tra Cattolici e Metodisti ».

ALTRE ATTIVITÀ E INCONTRI

Ricordiamo con brevi cenni alcune altre attività del nostro Dicastero; si tratta di partecipazioni importanti e significative del nostro dicastero, sia a livello direttivo sia di persone: Membri, Consultori o Esperti.

1. Agenda del Presidente del Dicastero

Il Presidente Cardinale Angelini, accompagnato, in diverse circostanze, dal Segretario, dal Sottosegretario o da Consultori, ha partecipato ai seguenti incontri:

— Il 18 giugno 1991, alla Tavola Rotonda, tenuta all'Isola Tiberina (Roma) presso l'ospedale dei Fatebenefratelli, nel quadro delle celebrazioni del III Centenario della canonizzazione di San Giovanni di Dio. Il Cardinale Angelini ha parlato sul tema: « L'ospedale per la città ». Il testo dell'intervento in questo numero della rivista.

— A Sant'Omero, il 15 settembre 1991, festività della B. V. Addolorata, il Cardinale Angelini ha presieduto l'Eucaristia con grande partecipazione di fedeli. Dopo il rito, il Cardinale Angelini ha visitato l'ospedale locale i malati e i diversi reparti, interessandosi vivamente del suo funzionamento presso la Direzione.

— L'1 ottobre 1991, inaugurazione dell'anno sociale per i

Farmacisti e i Medici Cattolici. I due gruppi si sono riuniti nella chiesa di Sant'Ignazio a Roma per la celebrazione dell'Eucaristia presieduta dal Cardinale Angelini. Nel corso dell'omelia, il Cardinale ha esortato i presenti ad essere « testimoni coerenti del Vangelo nella vita professionale al servizio dell'uomo che soffre ».

— Nei giorni 6-8 ottobre 1991 ha avuto luogo a Siena il Simposio sul tema: « Memoria e Farmaci ». Il Cardinale Angelini ha partecipato alla Tavola Rotonda del giorno 8, trattando di: memoria e farmaci.

— Il 12 ottobre 1991, presso l'Ospedale e Centro scientifico San Raffaele di Milano, Incontro internazionale su: « Aids, giustizia e politica sanitaria ». Nel corso di una Tavola Rotonda tenuta il giorno 10, il Cardinale Angelini ha parlato della « realtà umana dell'Aids alle soglie dell'anno duemila ».

— La Prima Conferenza dei Ministri Responsabili delle Politiche in favore delle persone handicappate si è svolta dal 7 al 18 novembre 1991 a Parigi. Nel suo intervento ai partecipanti, il Cardinale Angelini ha ricordato i grandi principi che hanno sempre guidato la Chiesa nelle sue iniziative in favore delle persone handicappate.

— I Medici Cattolici della Svizzera hanno tenuto a Lugano, nei giorni 16 e 17 novembre 1991, un incontro su « Salute e Salvezza ». Il Cardinale Angelini ha tenuto una relazione di aper-

tura ed ha anche chiuso l'incontro.

— Domenica 27 ottobre 1991 con una solenne concelebrazione presieduta dal Cardinale Fiorenzo Angelini nella basilica della Madonna delle Grazie e Santa Maria Goretti a Nettuno, si è concluso ufficialmente il centenario della nascita di Santa Maria Goretti.

Momento saliente di questo centenario è stata la storica visita di Papa Giovanni Paolo II, il giorno 29 Settembre 1991, a Cascina Antica di Le Ferriere, la casa dove Marietta ha vissuto la parte finale della sua vita.

2. Il Pontificio Consiglio ha anche partecipato a:

— Lovanio (Belgio), nei giorni 11-14 agosto 1991, al VI Incontro sulle Scuole di Medicina organizzato dalla F.I.U.C. (Federazione Internazionale delle Università Cattoliche). Rappresentava il Pontificio Consiglio il p. Juan de Dios Vial, membro del nostro dicastero e Rettore della Pontificia Università di Santiago del Cile.

— A Budapest, nei giorni 23-25 agosto 1991, Congresso sul tema « L'evoluzione della Psichiatria in un mondo che cambia ». Rappresentava il nostro dicastero il p. Aires Gameiro O.H. che ha parlato sul tema: « Il lavoro delle istituzioni cattoliche nel campo della salute mentale »

AVVISO AI NOSTRI LETTORI

Dal 1° dicembre 1991 i numeri di telefono del nostro Pontificio Consiglio saranno i seguenti:

698.3138/698.4720/698.4799

Telefax: 698.3139

Telex: 2031 SANITPC VA