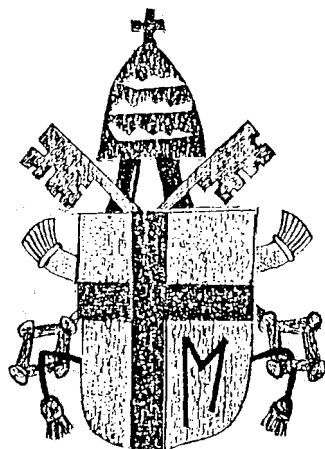




DOLENTIUM HOMINUM

N. 20 - Anno VII (N. 2) 1992

RIVISTA DEL PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE
PER GLI OPERATORI SANITARI

Direzione, Redazione, Amministrazione:

Città del Vaticano

Tel: 698.83138, 698.84720, 698.84799

Fax: 698.83139

Telex: 2031 SANITPC VA

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.

SOR CHATERINE DWYER M.M.M.

DR. GIOVANNI FALLANI

MONS. JESUS IRIGOYEN

PROF. JÉRÔME LEJEUNE

P. VITO MAGNO R.C.I.

ING. FRANCO PLACIDI

PROF. GOTTFRIED ROTH

MONS. ITALO TADDEI

Collaborano in Redazione:

P. DAVID MURRAY M. ID.

MARIA ÁNGELES CABANA M.ID.

SOR GABRIELLE MULTIER

D. JEAN-MARIE M. MPENDAWATU

SR. M. JUDITH WASTE

ROSA CALABRETTA M. ID.

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%

II Quadrimestre 1992

Sommario

3 Istituzione della Giornata Mondiale del Malato

9 Per scuotere le coscienze

II ASSEMBLEA PLENARIA

12 Discorso del Papa ai partecipanti
all'Assemblea Plenaria

14 Servire il malato è servire la vita
Card. Fiorenzo Angelini

15 Relazione **sull'attività** del Pontificio Consiglio

24 Il dolore come valore e come forza
Card. Andrea Maria Deskur

25 La persona malata, handicappata, protagonista nella nostra società e nella Chiesa
Sig.ra Claude Trontin-Dreux

29 Politica sanitaria e difesa della vita nel documento del Concistoro straordinario
Card. John O'Connor

32 I credenti nella loro risposta all'invito del documento del Concistoro straordinario sulla difesa della vita
Prof. Jérôme Lejeune

36 La Chiesa nei paesi **dell'Est**: la pastorale sanitaria per la ricostruzione
Card. Alexandru Todea

38 Pastorale sanitaria e dialogo ecumenico
Arciv. Tadeusz Kondrusiewicz

40 Vocazioni per il ministero nel mondo della salute
P. Angelo Brusco

43 La Conferenza episcopale e l'evangelizzazione in campo sanitario
S. Ecc. Dionigi Tettamanzi

45 Pastorale sanitaria in Madagascar
S. Ecc. Pierre Zévaco, C.M.

48 La pastorale sanitaria in Spagna
P. Rudesindo Delgado Pérez

55 Pastorale sanitaria in Cile
P. Baldo Santi, O.M.D.

58 Accrescere la presenza della Chiesa tra gli infermi
S. Ecc. Mariano Vivanco Valiente

59 Federazione internazionale delle associazioni mediche cattoliche
Dott. Thomas Linehan

60 Aiutare i bisognosi, compito eminente dei farmacisti cattolici
Prof. Edwin Scheer

61 **II** CICIAMS nella pastorale del mondo della salute
A. Verlinde

64 Associazione internazionale delle istituzioni sanitarie cattoliche
Mons. James P. Cassidy

65 Verso un salto ideale negli ospedali cattolici
Fr. Pierluigi Marchesi

66 Sovrano Militare Ordine di Malta
Barone Albrecht Freiherr von Boeselager

67 Chiesa cattolica e sanità pubblica in Messico
Dott. Clemente Robles Castillo

68 Intervento di S. **Em.za** il cardinale Michele Giordano, arcivescovo di Napoli

69 Sintesi e conclusioni

DOCUMENTI

71 Messaggio ai medici cattolici

72 Assemblea speciale per **l'Europa** del **Sinodo** dei Vescovi

73 La pastorale sanitaria e il sacerdozio di Giovanni Paolo **II**
P. Felice Ruffini, M.I.

75 Cronache:
Croazia, India, New York, Venezia, Mosca, Libano e Siria

Le illustrazioni di questo numero sono tratte dal Pen Ts'ao (antico codice cinese di farmacologia) e dalla Agenda 1992 a cura dell'Ufficio Informazioni della Repubblica di Cina.



Al Venerato Fratello
Cardinale **Fiorenzo Angelini**
Presidente del Pontificio Consiglio
della Pastorale per gli Operatori Sanitari

1. Accogliendo con favore la richiesta da Lei inoltrata, quale Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, ed anche come interprete dell'attesa di non poche Conferenze Episcopali e di Organismi cattolici nazionali e internazionali, desidero comunicarle che ho deciso di istituire la "Giornata Mondiale del Malato", da celebrarsi l'11 febbraio di ogni anno, memoria liturgica della Beata Maria Vergine di Lourdes. Considero, infatti, quanto mai opportuno estendere a tutta la Comunità ecclesiale una iniziativa che, già in atto in alcuni Paesi e regioni, ha dato frutti pastorali veramente preziosi.

2. La Chiesa che, sull'esempio di Cristo, ha sempre avvertito nel corso dei secoli il dovere del servizio ai malati e ai sofferenti come parte integrante della sua missione (Dolentium hominum, 1), è consapevole che "nell'accoglienza amorosa e generosa di ogni vita umana, soprattutto se debole e malata, vive oggi un momento fondamentale della sua missione" (Christifideles laici, 38). Essa inoltre non cessa di sottolineare l'indole salvifica

dell'offerta della sofferenza, che, vissuta in comunione con Cristo, appartiene all'essenza stessa della redenzione (cf. Redemptoris missio, 78).

La celebrazione annuale della "Giornata Mondiale del Malato" ha quindi lo scopo manifesto di sensibilizzare il Popolo di Dio e, di conseguenza, le molteplici Istituzioni sanitarie cattoliche e la stessa società civile, alla necessità di assicurare la migliore assistenza agli infermi; di aiutare chi è ammalato a valorizzare, sul piano umano e soprattutto su quello soprannaturale, la sofferenza; a coinvolgere in maniera particolare le diocesi, le comunità cristiane, le Famiglie religiose nella pastorale sanitaria; a favorire l'impegno sempre più prezioso del volontariato; a richiamare l'importanza della formazione spirituale e morale degli operatori sanitari e, infine, a far meglio comprendere l'importanza dell'assistenza religiosa agli infermi da parte dei sacerdoti diocesani e regolari, nonché di quanti vivono ed operano accanto a chi soffre.

3. Come alla data dell'11 febbraio pubblicai, nel 1984, la Lettera apostolica "Salvifici doloris" sul significato cristiano della sofferenza umana e, l'anno successivo, ebbi ad istituire codesto Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, così ritengo significativo fissare la medesima ricorrenza per la celebrazione della "Giornata Mondiale del Malato". Infatti, "insieme con Maria, Madre di

Cristo, che stava sotto la croce, ci fermiamo accanto a tutte le croci dell'uomo di oggi" (Salvifici doloris, 31). E Lourdes, santuario mariano tra i più cari al popolo cristiano, è luogo e insieme simbolo di speranza e di grazia nel segno dell'accettazione e dell'offerta della sofferenza salvifica.

La prega, pertanto, di voler portare a conoscenza dei responsabili della pastorale sanitaria, nell'ambito delle Conferenze Episcopali, nonché degli Organismi nazionali e internazionali impegnati nel vastissimo campo della sanità, l'istituzione di tale "Giornata Mondiale del Malato", affinché, in armonia con le esigenze e le circostanze locali, la sua celebrazione sia debitamente curata con l'apporto dell'intero Popolo di Dio: Sacerdoti, Religiosi, Religiose e fedeli laici.

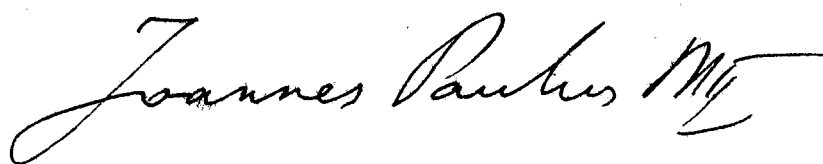
A tale scopo, sarà premura di codesto Dicastero attuare opportune iniziative di promozione e di animazione, affinché la "Giornata Mondiale del Malato" sia momento forte di preghiera, di condivisione, di offerta della sofferenza per il bene della Chiesa e di richiamo per tutti a riconoscere nel volto del fratello infermo il Santo Volto di Cristo, che soffrendo, morendo e risorgendo ha operato la salvezza dell'umanità.

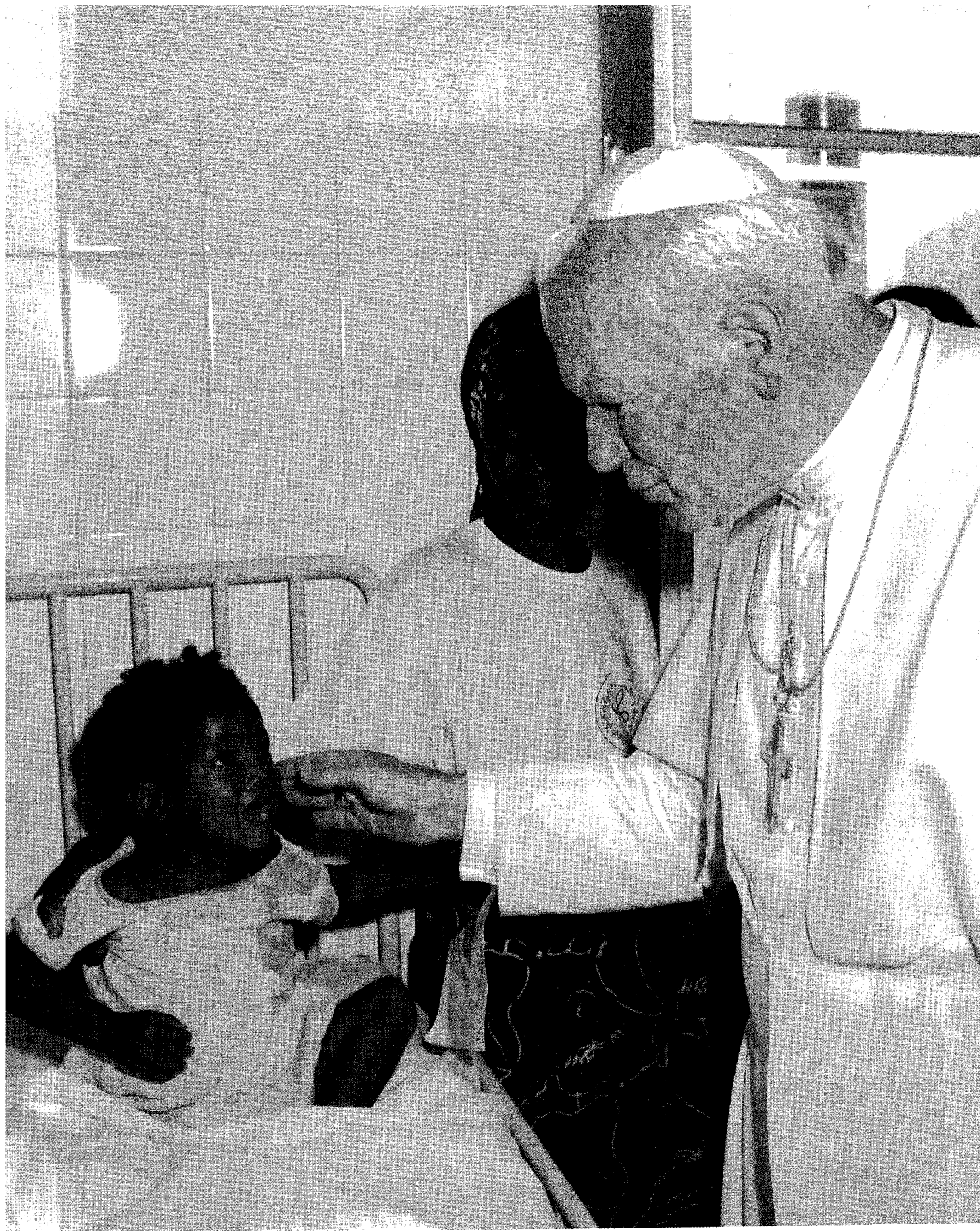
4. Mentre auspico la piena collaborazione di tutti per il miglior avvio e sviluppo di detta "Giornata", ne affido

l'efficacia soprannaturale alla mediazione materna di Maria "Salus Infirmorum" e all'intercessione dei Santi Giovanni di Dio e Camillo de Lellis, patroni dei luoghi di cura e degli Operatori sanitari. Vogliano questi Santi estendere sempre più i frutti di un apostolato della carità di cui il mondo contemporaneo ha grande bisogno.

Avvalora questi voti la Benedizione Apostolica, che di cuore imparto a Lei, Signor Cardinale, e a quanti La coadiuvano nella provvida opera a servizio dei malati.

Dal Vaticano, 13 Maggio 1992.

A handwritten signature in black ink, reading "Johannes Paulus II". The signature is written in a cursive, flowing style with a long horizontal stroke at the end.



per scuotere le coscienze



La tempestiva sollecitudine con cui il Santo Padre ha accolto la richiesta di istituire, per la Chiesa universale, la « Giornata Mondiale del Malato », da celebrarsi ogni anno l'11 febbraio, memoria liturgica della Beata Vergine di Lourdes evidenzia innanzitutto l'opportunità di una iniziativa che vuole scuotere le coscienze dei cristiani e, con loro, dell'intera comunità umana.

Da qualche anno l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha lanciato il programma « Salute per tutti entro l'anno Duemila ». Sullo sfondo di questa prospettiva, che soltanto un grande sforzo congiunto può rendere realistica, si allarga lo sterminato panorama della sofferenza e della malattia, i cui dati sono terrificanti. Due terzi dell'umanità è denutrita o sottoalimentata; l'aspettativa di vita tra le popolazioni del nord e del sud del mondo registra uno scarto di trent'anni; malattie endemiche falciavano quotidianamente decine di migliaia di minori; oltre mezzo miliardo di esseri umani sono portatori di handicap; aumenta il numero delle persone colpite dai « nuovi mali », spesso conseguenza di un nefasto uso del benessere o di modelli di sviluppo ispirati ad esasperato consumismo ed edonismo.

In cifre reali i sofferenti e i malati, nel corpo e nello spirito, sono maggioranza. Con corale implorazione essi chiedono

un'assistenza, una solidarietà, un sostegno materiale e morale che le strutture economiche, sociali ed umanitarie sono oggi più che in ogni altra epoca della storia in grado di offrire. Gli straordinari progressi della scienza e della tecnica e lo sviluppo quasi prodigioso delle comunicazioni, non permettono più di ignorare o disattendere una realtà di così smisurate dimensioni. Non solo, ma il malato reale è specchio del malato potenziale che è in ciascuno di noi. Non può essere ignorato ciò che si svela con tanta chiarezza e con tanta forza visiva allo sguardo di tutti.

La « Giornata Mondiale del Malato » non introduce soltanto una celebrazione, ma intende dare forza e intensità al grido che si alza dal mondo della sofferenza per offrire una luce di speranza. Le finalità assegnate dal Santo Padre a questa Giornata Mondiale sono tutte in questa linea. Peraltro, mentre l'assistenza sanitaria conosce una crescente socializzazione, non altrettanto accade nel campo dell'umanizzazione della medicina. Non solo, ma in molte aree del mondo l'assistenza a chi soffre è ancora discrezionale o comunque gravemente discriminatoria; e dove più alta è la possibilità di avvalersi delle conquiste della scienza e della tecnica per combattere la malattia, si moltiplicano gli attentati alla vita umana attraverso la pratica legalizzata dell'aborto, dell'eutanasia e di altre forme di aggressione alla vita umana ed alla sua dignità.

La « Giornata Mondiale del Malato » vuole essere un appello alla coscienza dei singoli e della collettività; un invito ai responsabili della cosa pubblica, agli organismi internazionali, governativi e non governativi per una nuova e diversa politica sanitaria che per dimensioni e qualità sia premessa e preparazione a quel nuovo ordine mondiale, il cui nome non potrà essere che quello della solidarietà tra gli individui e tra i popoli.

La « Giornata Mondiale del Malato » è giornata per il Malato; essa è il risvolto più vero, più concreto, più urgente di un nuovo modo di guardare alla vita umana ed alla sua grandezza.

Promuovendo questa iniziativa, la Chiesa — come sempre nella sua storia — rivendica la *novità* del Vangelo che è innanzitutto annuncio e promessa di salvezza per coloro che soffrono.

La Chiesa sa bene che nel campo della sanità e della salute è possibile, più che in ogni altro campo, una cooperazione fattiva con tutti gli uomini e le istituzioni, poiché la promozione, la difesa ed il ricupero della salute esprimono la più universale delle aspirazioni umane. Nello stesso tempo, la

Chiesa è consapevole che salute e malattia coinvolgono la condizione umana nelle sue dimensioni fisiche, psichiche e spirituali. Nel malato è la più completa, la più tangibile verità dell'uomo e sull'uomo. Ricordare e riproporre questa verità alla coscienza universale è lo scopo primario dell'istituzione della « Giornata Mondiale del Malato »; la quale non vuole e non può essere momento cronologico a sé stante, ma punto di riferimento di iniziative che — nella preparazione e nella irradiazione della celebrazione della Giornata — dovranno abbracciare l'intero anno. Fu questo l'intento della richiesta inoltrata al Santo Padre e questo è il senso dell'altissimo messaggio che accompagna, nelle parole del Papa, l'istituzione della Giornata.

Non si conosce interamente l'uomo se non si conosce il suo dolore; mettere al centro della riflessione e della coscienza dell'umanità la domanda di aiuto che sale dal mondo della sofferenza è scoprire il dato più aggregante e perciò potenzialmente più ricco della condizione umana.

Non si ha libertà senza liberazione dell'uomo dalle catene della sofferenza; liberazione che è insieme lotta alla malattia e scuola di valorizzazione della sofferenza, il cui significato ripropone nell'amore il primo e massimo dei valori.

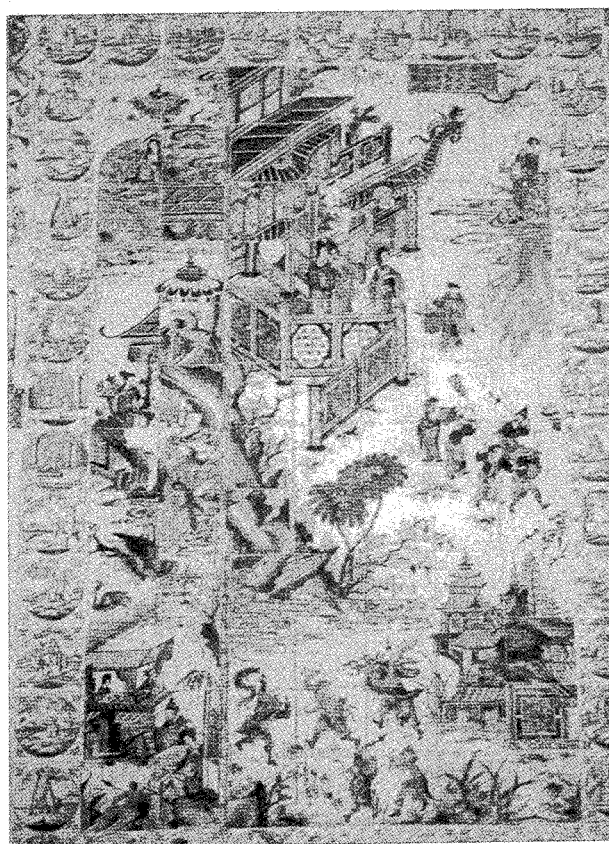
Card. FIORENZO ANGELINI

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



***11 assemblea
plenaria
del pontificio
consiglio***

10-12 febbraio 1992



relazioni

l'aiuto generoso a chi soffre è testimonianza d'amore e premessa di una nuova solidarietà fra gli uomini

Il Papa ai partecipanti all'Assemblea Plenaria del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari

1. Sono molto lieto di porgere il mio saluto a voi tutti, partecipanti alla II Assemblea Plenaria del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari. Ringrazio il Signor Cardinale Fiorenzo Angelini per le cortesi parole rivoltemi e per la presentazione che ha fatto dei vostri lavori.

Mi congratulo con voi, a voi mi unisco nel render grazie al Signore per quanto vi è stato possibile realizzare in questi anni di attività del vostro Consiglio. Attraverso di esso la Chiesa svolge, in modo specifico, una parte importante della sua missione al servizio dell'uomo. Le implicazioni della pastorale sanitaria sono molteplici e complesse: come tali, richiedono costante attenzione, dedizione qualificata e notevole disponibilità al dono generoso di se stessi agli altri.

2. Prima di accennare alle iniziative più rilevanti da voi condotte, credo giusto sottolineare l'assiduo e proficuo lavoro impropriamente detto ordinario, che i responsabili, i membri, i consultori, il personale e i collaboratori volontari del vostro Dicastero quotidianamente assicurano. Mi riferisco all'incremento delle relazioni con i Rappresentanti pontifici e con le Conferenze episcopali; al crescente dialogo con i Vescovi delegati per la Pastorale sanitaria nelle Chiese locali; alle numerose visite pastorali ad ospedali; agli incontri col personale religioso sanitario, con le associazioni di medici, di infermieri e di volontariato; alla pubblicazione in più lingue della vostra apprezzata rivista; alla preparazione di sussidi di pastorale sanitaria; al contributo offerto alle Assemblee ordinarie e speciali del Sinodo dei Vescovi; all'elaborazione del Codice deontologico per gli Operatori Sanitari; all'attenta azione svolta per avviare la Federazione internazionale degli Ospedali Cattolici.

3. Il mio particolare apprezzamento va, inoltre, alle Conferenze internazionali che il vostro Dicastero, dalla sua istituzione, ha promosso ogni anno affrontando, con un approccio interdisciplinare scientifico, filosofico, teologico, questioni di grande attualità quali: i farmaci al servizio della vita umana, l'umanizzazione della medicina, la longevità e la qualità della vita, l'Aids, la mente umana, la droga e l'alcolismo. So che già siete al lavoro per preparare la prossima Conferenza, in programma per l'autunno 1992, sul tema dei disabili e dei portatori di handicap.

L'intervento di prestigiosi relatori, la sempre più numerosa e qualificata partecipazione di operatori sanitari, l'accoglienza incontrata dagli Atti tempestivamente pubblicati sono altrettante conferme del valore e dell'utilità di queste Conferenze internazionali. Vi incoraggio, perciò, a continuare su questa strada che si è dimostrata tanto proficua, contribuendo a far crescere, ad ogni livello, la coscienza della *gravità e dell'urgenza dei problemi* legati al mondo della sanità e della salute.

Apprezzamento merita pure la dedizione con cui il Pontificio Consiglio è più volte intervenuto, in maniera discreta e in spirito di carità, per alleviare sofferenze e situazioni di profondo disagio, collaborando con le Conferenze Episcopali, con i Pastori delle Chiese locali, con le Istituzioni religiose e con tutti gli Organismi impegnati nel difendere e promuovere la vita là dove si trova ad essere più gravemente in pericolo.

4. Ma non vogliamo soffermarci soltanto a ricordare il passato. Il pensiero si volge soprattutto verso il futuro, per individuare le sfide emergenti ed assicurare nuovo impulso alla vostra azione. Proprio a tale sentita esigenza intende rispondere l'attuale « Plenaria » con gli argomenti che ne costituiscono l'ordine del giorno. Il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari mi sta particolarmente a cuore, perché ritengo fondamentale il con-

tributo che esso è chiamato a dare allo svolgimento della missione della Chiesa nel nostro tempo. Come ho scritto nell'Esortazione apostolica *Christifideles laici*, « nell'accoglienza amorosa e generosa di ogni vita umana, soprattutto se debole o malata, la Chiesa vive oggi un momento fondamentale della sua missione, tanto più necessaria, quanto più dominante si è fatta una "cultura di morte" » (n. 38).

5. Il pensiero va alle parole riferite dall'evangelista Giovanni: « Signore, se tu fossi stato qui, mio fratello non sarebbe morto » (Gv 11, 21). Esse non sono soltanto il lamento e quasi un velato e amorevole rimprovero a Gesù di due sorelle, Marta e Maria, profondamente addolorate per la morte del loro fratello Lazzaro. Sono anche il lamento che si rinnova lungo la travagliata storia del genere umano: il lamento del dolore, della malattia, della morte. Su questa condizione di umana miseria getta vivida luce la fede in Cristo Risorto. Da essa sorretti, noi sappiamo che Cristo è con noi, che lui è la risurrezione e la vita, e che perciò, chi crede in Lui, anche se muore, vivrà; e chiunque vive e crede in Lui non morrà in eterno (cf. Gv 11, 25-26).

Cristo ha iniziato il suo ministero evangelizzando il dolore, la malattia e la morte, « affinché si adempisse ciò che era stato detto per mezzo del profeta Isaia: Egli ha preso le nostre infermità e si è addossato le nostre malattie » (Mt 8, 17; cf. Is 53, 4). Come buon Samaritano dell'umanità, si è fatto « prossimo » dei sofferenti che incontrava sul suo cammino, chinandosi sulle loro infermità, lenendone il dolore col balsamo della sua parola, e spesso guarendone le stesse malattie. Secondo la parola di Pietro, Egli « passò beneficiando e risanando tutti » (At 10, 38).

Gesù continua questo suo ministero a favore degli uomini, suoi fratelli, mediante gli uomini stessi. Egli chiama ciascuno ad essere suo collaboratore in questa premura per l'altro; a vedere, quindi, con gli occhi

dell'amore la grandezza dell'uomo — l'unica creatura sulla terra che Dio ha voluto per se stessa (cf. *Gaudium et spes*, 22) —, grandezza spesso celata dietro il velo della debolezza fisica.

6. In questo contesto si collocano le proposte che voi indicate come urgenti per la pastorale sanitaria nell'immediato avvenire. Di fatto, gli argomenti da voi trattati in questi giorni di lavoro si trovano al centro dell'attenzione dell'umanità: la difesa e la promozione del valore incommensurabile di ogni vita umana dal suo concepimento fino al suo naturale tramonto; l'integrazione sociale dei disabili e dei portatori di handicap; l'aiuto alla ricostruzione dei Paesi dell'Est europeo, dove urgenti sono i problemi sanitari e dove la collaborazione con le Chiese Orientali nel campo della pastorale sanitaria può contribuire alla promozione del dialogo ecumenico; e infine, l'evangelizzazione. La pastorale sanitaria si conferma così quale componente integrale della missione della Chiesa. Chiamata a recare il Vangelo di salvezza a tutto il mondo, la Chiesa non può fare a meno della testimonianza di un amore che si china su chi soffre, per dividerne la pena e cercare di alleviarla per quanto è possibile.

7. Carissimi Fratelli e Sorelle, irradiate con zelo crescente il *Vangelo* della sofferenza, convinti che l'aiuto generoso a chi soffre è un fattore di unità nella carità e una premessa di nuove solidarietà tra gli uomini. Vi sostenga in tale provvida azione la fiducia nell'Uomo-Dio, che proprio dalla Croce volle trarre a sé ogni cosa, santificando il dolore e trasformandolo in forza redentrice. Dal mistero pasquale s'effonde una luce singolare sul compito specifico che la pastorale sanitaria è chiamata a svolgere nel grande impegno dell'evangelizzazione. L'attenzione al malato, sperduto talora nell'anonimato di corsie affollate, rappresenta una vera priorità nel

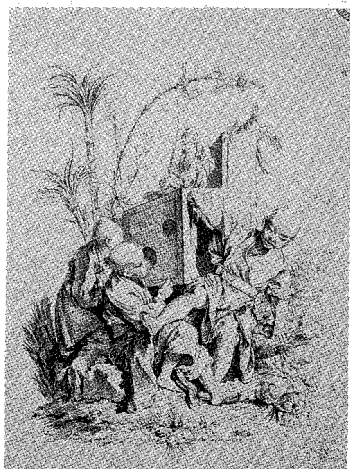
ministero degli operatori sanitari: dall'infermiere al medico, al volontario, dal religioso alla religiosa, soprattutto, al sacerdote, ministro della misericordia e dell'amore divino. Gesù, attraverso queste persone si rende operativamente presente al fianco del malato, lo consola, lo conforta, ne perdona i peccati e non di rado gli restituisce il dono della salute.

8. Preziosa è inoltre la missione dei *sofferenti*. Al servizio di chi soffre, la Chiesa può ricevere da loro il più efficace sostegno alla sua azione missionaria (cf. Lett. Enc. *Redemptoris missio*, 78), perché essi partecipano da vicino, con Maria, ritta presso la croce (cf. Gv 19, 25), al sacrificio redentore di Cristo.

Siate voi stessi consapevoli di ciò e diffondete tale messaggio soprannaturale da cui scaturisce la luce della speranza, disperdendo le ombre che incombono sull'arcipelago dell'umana sofferenza. Tanto più efficace sarà il vostro apostolato quanto maggiormente inserito nella pastorale di insieme della Chiesa.

La memoria liturgica della Beata Maria Vergine di Lourdes, nella cui ricorrenza volli istituire il vostro Dicastero mediante il *Motu Proprio Dolentium hominum*, illumina anche questa vostra Plenaria. So che state lavorando alla proposta dell'istituzione della Giornata Mondiale per il Malato, nella duplice finalità di far sentire a chi soffre l'importanza del dono della sua sofferenza e a tutto il Popolo di Dio il dovere di farsi prossimo verso ogni malato. La Beata Vergine, celebrata ed invocata a Lourdes come Salute degli Infermi, sia modello di un così fondamentale apostolato. Lei, madre dell'amore e del dolore, benedica il vostro lavoro.

Con questo auspicio, anch'io vi benedico di cuore.



servire il malato è servire la vita

L'indirizzo d'omaggio rivolto al Santo Padre dal Cardinale Fiorenzo Angelini

Padre Santo,

grazie dell'odierno incontro, che consideriamo momento privilegiato della II Assemblea Plenaria del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari. Esso è felice occasione per esprimere a Lei, Padre Santo, la riconoscenza mia personale, unitamente al Segretario e al Sottosegretario e di tutti i Membri, i Consultori, gli Officiali, gli Esperti di questo Dicastero e ai collaboratori e collaboratrici volontari, religiosi e laici.

Grazie, soprattutto, Padre Santo, per il costante interessamento, il sostegno e l'incoraggiamento dati all'attività di questo Pontificio Consiglio da Lei voluto e istituito — oggi si compiono sette anni — per esaltare ed allargare, nell'azione evangelizzatrice della Chiesa, quell'attenzione ai sofferenti ed a quanti operano al loro servizio che richiama in maniera particolarmente esemplare l'azione stessa sanante di Gesù.

La circostanza dell'Assemblea Plenaria è innanzitutto motivo per rinnovare a Lei il nostro impegno di indefettibile e coraggiosa fedeltà, la volontà di dare costante attuazione alle direttive illuminanti del di Lei magistero e ministero nel testimoniare il « Vangelo della sofferenza » scritto « da tutti coloro che soffrono insieme con Cristo, unendo le proprie umane sofferenze alla sua sofferenza salvifica » (Lett. apost. *Salvifici doloris*, 26). Vangelo della sofferenza che, nell'immagine del Buon Samaritano, disegna compiutamente la figura dell'Operatore sanitario e di pastorale sanitaria.

Come Lei ha più volte ricordato, il servizio a chi soffre è innanzitutto servizio alla vita ed alla sua dignità, un dovere particolarmente avvertito nel nostro tempo che, mentre anela ad una crescente e più stretta unità del genere umano, conosce divisioni e contraddizioni.

A questo servizio il nostro Dicastero intende dedicare tutte le sue forze, chiamando a raccolta una partecipazione che, nei suoi sette anni di vita, si è fatta sempre più vasta ed incisiva.

La formazione degli Operatori sanitari e di pastorale sanitaria a questa essenziale diaconia ecclesiale è tra i temi qualificanti di questa Assemblea Plenaria, consapevoli

come siamo che nel far del bene con la sofferenza e nel far del bene a chi soffre (cf. *Salvifici doloris*, 30) non soltanto si svela interamente il mistero del dolore umano, ma viene data ad esso la più consolante risposta.

Con la Sua paterna benedizione, ci accompagni e ci guidi la protezione della Vergine Santissima, Madre dell'amore e del dolore umano, la cui memoria liturgica di Nostra Signora di Lourdes è così strettamente legata all'istituzione di questo Dicastero.



relazione sull'attività del pontificio consiglio

Due anni fa, chiudevo la relazione alla I Assemblea Plenaria con queste parole: « Siamo chiamati ad essere promotori e testimoni di una cultura e di un servizio che devono essere cultura della vita e servizio alla vita, riflesso ed immagine della vita stessa di Dio. E poiché nella sofferenza tutta l'umanità si riconosce, sappiamo che nel servizio a chi soffre e nell'essere accanto agli Operatori sanitari si attua una costruttiva ed efficace azione di pace, perché basata sull'amore ».¹

Vorrei aprire la presente Relazione con due considerazioni di fondo, che considero come la cornice delle attività svolte dal nostro Dicastero nell'ultimo biennio.

La *prima considerazione* è questa. Il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori sanitari pur essendo il massimo strumento, a livello di Chiesa universale, per la promozione, l'animazione e il coordinamento della pastorale sanitaria, non è un organismo di vertice, bensì uno strumento che si propone di dare massima vitalità ad un aspetto della pastorale della Chiesa che si riallaccia in maniera singolarmente privilegiata alla sua missione evangelizzatrice. Ogni iniziativa, quindi, ordinaria o straordinaria, nascosta od emergente del nostro Dicastero ha la finalità primaria di recuperare alla Chiesa e di accrescere al suo interno, in ogni parte del mondo, questo impulso che fu proprio di Cristo, della Chiesa nascente e che possiamo leggere nelle pagine più gloriose della sua storia. Un impulso di evangelizzazione.

La *seconda considerazione* è piuttosto un doveroso riconoscimento. Nell'aprire questa Relazione, sento il dovere di ringraziare tutti coloro che, all'interno delle strutture del Dicastero (Segretario, Sottosegretario, Membri, Consultori, Officiali, Esperti, Volontari) o al suo esterno hanno reso possibile in questi due anni il suo cammino in avanti. L'attività che chiamerei quotidiana registra un bilancio che, osservato nei suoi particolari, è quanto mai ricco ed intenso.

Si possono aggiungere piani ad un edificio soltanto se le sue fondamenta sono solide. Ebbene, questo lavoro quotidiano, spesso nascosto, ma sempre generoso, ha confermato una disponibilità che considero un vero dono del Signore.

Amo ripetere — e lo dico con grande sincerità e senso dell'amicizia — che ogni riconoscimento venuto alla mia persona, a motivo o indipendentemente dall'ufficio che ricopro, lo considero un attestato indirizzato alle benemerite del Dicastero. Il dono di aver

potuto consacrare pressoché tutta la mia vita sacerdotale alla pastorale sanitaria ha reso possibile un cammino, il raggiungimento di traguardi, la programmazione di intraprese il cui merito intendo condividere con voi tutti e con quanti — il loro elenco è pressoché interminabile — mi sono stati vicini e hanno fermamente creduto con me nei compiti irrinunciabili della pastorale sanitaria.

E chiudo questa premessa con un ringraziamento al Santo Padre Giovanni Paolo II per la straordinaria sensibilità con la quale ha seguito, sostenuto, incoraggiato il nostro lavoro. E credo di non alzare un velo su sentimenti personali, se confido che, l'indomani della mia creazione a membro del Collegio cardinalizio, ringraziai il Santo Padre a nome e in comunione con questo nostro Dicastero, considerando la nomina quale gesto di altissima benemerita nei confronti del nostro Pontificio Consiglio.

Credo opportuno suddividere questa Relazione in tre punti:

I. L'attività del Dicastero nell'ultimo biennio; II. Verifica e aggiornamento delle decisioni prese nel corso della I Assemblea plenaria; III. Prospettive future.

I. L'ATTIVITÀ DEL DICASTERO NELL'ULTIMO BIENNIO

Riassumo l'attività del biennio sotto le seguenti voci: 1. Attività in sede; 2. Nomine e assunzioni nel Dicastero; 3. Partecipazione alle Assemblee del Sinodo dei Vescovi; 4. Partecipazione ad iniziative varie (a. Incontri interdicasteriali; b. Congressi e Giornate di studio. Riunioni e incontri vari); 5. Visite pastorali; 6. Le Conferenze internazionali; 7. Eventi particolari.²

1. Attività in sede

In generale, sono cinque gli aspetti dell'attività ordinaria svolta in sede: il disbrigo della fitta corrispondenza; la redazione in cinque edizioni linguistiche della rivista quadrimestrale «*Dolentium hominum*. Chiesa e salute nel Mondo»; visite e incontri con Rappresentanti Pontifici, con Vescovi incaricati per la pastorale sanitaria, con autorità e personalità del mondo della Sanità, con Operatori sanitari a diversi livelli di responsabilità; riunioni con Membri e Consultori del Dicastero per la trattazione di problemi specifici; attività preparatoria in occasione di viaggi e di iniziative particolari.

In particolare: per il 1990 ed anche per il 1991, è da ricordare l'impegno assiduo del Dicastero per: — la stesura dello Statuto della Federazione Internazionale delle Istituzioni sanitarie cattoliche; — la preparazione del Codice di Deontologia Medica; — le risposte a quesiti inoltrati da altri Dicasteri della Curia Romana e da Chiese particolari; — la preparazione della I (1990) e della II (1992) Assemblea Plenaria del Dicastero; — la partecipazione all'VIII Assemblea ordinaria (1990) e alla Assemblea speciale

per l'Europa del Sinodo dei Vescovi (1991); la preparazione delle Conferenze internazionali sulla mente umana (1990), sulla droga e l'alcolismo (1991) e l'avvio della preparazione della prossima Conferenza internazionale (1992) sui disabili e i portatori di handicap.

Nel 1990, tra gli incontri in sede, quello con i Vescovi cattolici di rito ucraino venuti a Roma su invito del Santo Padre e guidati dal Sig. Card. Myroslav Ivan Lubachivski, arcivescovo maggiore di Lviv. La Chiesa cattolica ucraina aveva già incaricato un Vescovo per la Pastorale sanitaria, settore considerato prioritario nella ripresa della vita ecclesiale in quella regione dopo gli eventi del 1989.

2. Nomine e assunzioni nel Dicastero

Nel Concistoro del 28 giugno 1991, il Santo Padre Giovanni Paolo II mi chiamava a far parte del Collegio cardinalizio con il titolo diaconale di Santo Spirito in Sassia. La nomina deve essere considerata anche un riconoscimento alla rilevanza ed all'attività del nostro Pontificio Consiglio. La presa di possesso del titolo cardinalizio ha avuto luogo nella chiesa di S. Spirito in Sassia a Roma il 6 luglio 1991.

Nel 1991, poi, si sono avute nomine e conferme nell'organismo del Dicastero.

Il Santo Padre, con biglietti della Segreteria di Stato del 24 gennaio 1991, confermava in aliud quinquennium, rispettivamente Segretario e Sottosegretario del Dicastero, il p. José L. Redrado Marchite, O.H., e il p. Felice Ruffini, M.I.

Con biglietti della Segreteria di Stato del 17 febbraio 1991, il Santo Padre ha proceduto poi alla nomina e alla conferma di *Membri*³ del nostro Dicastero e di *Consultori*.⁴

Con biglietti del Presidente del Dicastero, in data 1° aprile 1991, sono stati assunti come *Ufficiali* del Dicastero: il Rev.do Jean-Marie Musivi Mpendawatu e la Sig.ra Emanuela Milana.

3. Partecipazione alle Assemblee del Sinodo dei Vescovi

a) VII Assemblea Ordinaria del Sinodo dei Vescovi (1990)

Da rilevare che lo *Instrumentum laboris* del Sinodo dei Vescovi 1990 sul tema «*La formazione sacerdotale nelle circostanze attuali*», ai paragrafi 2, 3, 21, 45, 47 e 56 aveva recepito alcuni suggerimenti a suo tempo inviati dal nostro Pontificio Consiglio.

Nominato dal Santo Padre membro dell'Assemblea, ho partecipato a tutte le sessioni di lavoro, incentrando il mio intervento sulla nozione teologica di pastorale sanitaria e sulla importanza ed urgenza che essa venga recuperata specie nella formazione dei candidati al sacerdozio ed alla vita religiosa e nella formazione permanente del clero e dei religiosi/e.

Allo scopo di favorire la riflessione al riguardo, contestualmente all'Assemblea sino-

dale, il nostro Dicastero ha pubblicato in sei edizioni linguistiche, il Sussidio dal titolo: *Formazione sacerdotale e pastorale Sanitaria*.⁵

b) *Assemblea speciale per l'Europa del Sinodo dei Vescovi (1991)*

Come membro ex iure, ho partecipato, dal 28 novembre al 14 dicembre 1991, ai lavori dell'Assemblea speciale per l'Europa del Sinodo dei Vescovi.

Nel mio intervento ho proposto che ad un generico scambio di aiuti, sia spirituali sia materiali tra le Chiese dell'ovest e dell'est, si sostituisca un'azione coordinata ed obbediente ad alcune priorità irrinunciabili, aggiungendo: « Il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, sulla base dell'attività svolta a livello di Chiesa universale, considera i problemi della sanità e della salute come un campo pastorale che presenta istanze urgenti, possibili da affrontare in maniera unitaria ed anche ecumenica, capaci di saldare evangelizzazione e promozione umana, coinvolgendo pastori e laici nel servizio alla vita minacciata in tutta Europa da una cultura di morte e di grave omissione di assistenza ai più deboli e bisognosi ».

Con soddisfazione abbiamo potuto costatare che la *Declaratio* sinodale conclusiva, al num. 10, ha recepito l'indicazione di incrementare la pastorale sanitaria e di curare la formazione degli Operatori sanitari in materia morale e sui problemi della bioetica.

Ad Assemblea sinodale conclusa, poi, abbiamo curato la preparazione di un Sussidio formativo dal titolo « Pastorale sanitaria e nuova evangelizzazione in Europa alla luce della *Declaratio* sinodale del 14 dicembre 1991 ». ⁶

Sia nel periodo dell'Assemblea ordinaria del 1990 sia in quello dell'Assemblea speciale del 1991, numerosi ed efficaci sono stati i contatti con i Vescovi presenti a Roma, particolarmente con quelli delle Chiese dell'est europeo.

4. Partecipazione ad iniziative varie

a) *Incontri interdicasteriali*

Attuando una delle finalità del Dicastero, sono stati particolarmente curati i contatti con i Dicasteri della Curia Romana, le cui iniziative hanno maggiore attinenza con l'attività del nostro Pontificio Consiglio.

Nel 1990:

— il Segretario p. J.L. Redrado ha partecipato il 1° marzo alla riunione indetta dal Pontificio Consiglio « *Iustitia et Pax* » in vista della preparazione della Giornata della Pace 1991;

— il p. Jean-Marie Mpendawatu, allora collaboratore del nostro Dicastero, ha partecipato il 10 maggio all'incontro organizzato dal Pontificio Consiglio per il Dialogo con i non credenti sul tema: « L'Ateismo in Occidente dopo il fallimento del marxismo ». Per la circostanza è stato fatto presente che nell'ambi-

to di un particolare impegno del nostro Dicastero per lo sviluppo della pastorale sanitaria nelle Chiese dell'est europeo rientravano le visite pastorali in Polonia e in Unione Sovietica, con proficui incontri con le autorità religiose e civili ai massimi livelli;

— il Segretario p. J.L. Redrado ha partecipato il 4 dicembre 1990 all'incontro organizzato dal Pontificio Consiglio per l'Unità dei Cristiani sul tema: « Riflessione sui rapporti con i movimenti pentecostali internazionali ».

Nel 1991:

— Il Segretario del Dicastero, p. José L. Redrado, ha partecipato: il 7-8 febbraio all'incontro dei Responsabili delle organizzazioni socio-caritative organizzato dal Pontificio Consiglio « *Cor unum* »; il 5 marzo, alla riunione interdicasteriale promossa dal Pontificio Consiglio « *Iustitia et Pax* »; nei giorni 2 maggio, 18 giugno e 15 ottobre, insieme all'Officiale P. Jean-Marie Musivi Mpendawatu, alla riunione della Commissione di coordinamento della Curia Romana per le attività ecumeniche organizzata dal Pontificio Consiglio per l'Unità dei Cristiani.

— L'Officiale del Dicastero P. Jean-Marie Musivi Mpendawatu, il 16 maggio, ha rappresentato il Dicastero ad un incontro organizzato dal Pontificio Consiglio per il dialogo con i non credenti.

— Quale membro del Comitato di Presidenza ho preso parte il 30 settembre e il 5 ottobre a due riunioni promosse dal Pontificio Consiglio per la Famiglia.

b) *Congressi e Giornate di studio. Riunioni ed incontri vari*

Nel 1990:

— Dal 6 al 9 febbraio, a Ginevra, al Convegno internazionale su « Medicina dell'Emigrazione », promosso dall'International Organization for Migration (IOM) e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ha partecipato per il Dicastero il Dr. Roberto Cauda dell'Università Cattolica del Sacro Cuore;

— accompagnato dal Prof. Corrado Manni, Consultore, ho partecipato nei giorni 26-27 aprile al Simposio Internazionale « Transcultur e dimensioni etiche » organizzato, negli Stati Uniti d'America, dalla National Academy of Sciences/Fidia Research Foundation. Nella relazione sul tema congressuale ho sottolineato l'importanza di salvaguardare, quale patrimonio comune ad ogni cultura, il diritto fondamentale inalienabile alla vita umana ed alla sua qualità;

— all'annuale Colloquio internazionale di « Medicus Mundi », svoltosi a Ginevra nei giorni 12-13 maggio, sul tema « Quali le soluzioni possibili di fronte ai costi della salute a livello di distretto », ha rappresentato il Dicastero P. Salvatore Renato M.I.

— il Segretario P. José L. Redrado ha partecipato a Roma, dal 23 al 26 maggio, ai

lavori promossi dalla Caritas Internationalis sui problemi attinenti all'Aids;

— il 27 giugno, a Ginevra, il Consultore Rev. Jean-Pierre Schaller ha partecipato al Convegno promosso dal Consiglio ecumenico delle Chiese sui problemi della droga;

— il Segretario del Dicastero ha partecipato, il 29 settembre e il 4 ottobre, a Madrid, alla XXX Riunione della Équipe nazionale di Pastorale sanitaria e alla XV Riunione nazionale dei Delegati diocesani della Pastorale sanitaria;

— il Segretario, insieme al p. Maurice Doolley e a Mons. Boutros Gemayel, arcivescovo di Cipro, capo della Delegazione, ha partecipato a Nicosia (Cipro) alla IV Conferenza Europea dei Ministri della Sanità sul tema: « Il personale sanitario: cambiamento e difficoltà »;

— alla XLIII Assemblea Mondiale della Sanità, della Delegazione ufficiale della Santa Sede guidata dal Nunzio Apostolico S.E. Mons. Justo Mullor, faceva parte, in rappresentanza del nostro Dicastero, P. Salvatore Renato M.I.;

— a Roma, nei giorni 3-5 novembre, sono intervenuto al Congresso della Federazione internazionale delle Associazioni dei Farmacisti Cattolici (FIFC), in occasione del XL anniversario di fondazione;

— all'Incontro dei Responsabili nazionali delle Agenzie per l'applicazione della legislatura sulla droga (HONLEA), tenuto a Mosca dal 19 al 23 novembre, rappresentava la Santa Sede il Consultore del nostro Dicastero p. Bonifacio Honings O.C.D.;

— il Segretario del Dicastero P. José L. Redrado ha partecipato alla V Giornata Europea di Bioetica sul tema « Trapianti di organo », tenuta a Milano nell'ambito di Milano-Medicina '90;

— il Segretario, il 13 novembre, ha rappresentato il Dicastero alla sessione inaugurale dell'anno accademico 1990-1991 dell'Istituto Internazionale di Teologia della Pastorale Sanitaria « Camillianum » di Roma.

Nel 1991:

— Il 19 febbraio sono intervenuto a Roma alla Tavola rotonda organizzata dall'ANSA sul tema: « Ruolo dell'informazione nel sistema sanitario »;

— il 24 aprile, il Segretario è intervenuto a Verona alla Giornata di riflessione promossa dall'Associazione dei Farmacisti Cattolici italiani nell'ambito del programma « Italia-Farmacia 1991 »

— nei giorni 1-3 maggio, insieme al Segretario e a Mons. Luigi Bonacci, Uditore della Nunziatura apostolica di Madrid, ho partecipato, rappresentando la S. Sede e tenendovi una relazione, alla III Conferenza di Madrid-Contadora, promossa dal Governo Spagnolo in collaborazione con l'Organizzazione Panamericana della Sanità e con l'organizzazione Mondiale della Sanità sul tema « Salute e pace per lo sviluppo e la democrazia », tenendovi una relazione. Il riconoscimento dell'importanza

data alla partecipazione della Santa Sede è stato confermato assegnandomi la vicepresidenza della Conferenza;

— alla riunione annuale dell'Assemblea dell'organizzazione Mondiale della Sanità (6-17 maggio) ha rappresentato il Dicastero il Consultore Mons. Italo Taddei;

— il 1° giugno, a Murano (Venezia), alla presentazione del volume « Sanità per l'uomo » il p. Jean-Marie Musivi Mpendawatu ha illustrato natura e attività del nostro Dicastero;

— il Segretario P. José L. Redrado, accompagnato dal Consultore Mons. Italo Taddei e dall'Ufficiale P. Jean-Marie Mpendawatu, su invito del Direttore generale Dr. F. Mayor, hanno rappresentato il Dicastero alla riunione promossa a Venezia dall'UNESCO in tema di prevenzione contro l'Aids e di assistenza nei confronti di chi ne è vittima;

— il membro del Dicastero Prof. Juan de Dios Vial, Rettore della Pontificia Università di Santiago del Cile, ha rappresentato il Dicastero alla VI Riunione della Federazione Internazionale delle Università Cattoliche (FIUC), tenuta a Lovanio nei giorni 11-14 giugno;

— nei giorni 20-21 settembre, insieme al Segretario del Dicastero, ho preso parte, tenendovi una relazione, alla I Conferenza su: « Aids, l'etica e la morale cristiana », organizzata a Lisbona dall'Associazione Medici Cattolici del Portogallo;

— il 6 ottobre, presso l'università di Siena, ho tenuto una relazione su « Memoria e Farmaci »; il 12 ottobre, al Centro scientifico San Raffaele di Milano, ho partecipato ad una Tavola Rotonda su: « Realtà umana dell'Aids alle soglie dell'anno Duemila »;

— accompagnato dal Segretario del Dicastero, ho partecipato: — 1°8 novembre, a Parigi, alla Prima Conferenza internazionale dei Ministri Responsabili delle politiche a favore delle persone disabili, preannunciando, nell'intervento, il tema della Conferenza Internazionale 1992 promossa dal nostro Pontificio Consiglio su « Disabili e portatori di handicaps »; — il 9-10 novembre, ad Angers, al Congresso nazionale del Centro Cattolico dei Medici Francesi sul tema « La coscienza morale », tenendovi una conferenza; — il 16-17 novembre, a Lugano, all'incontro organizzato dall'Associazione Medici Cattolici della Svizzera, tenendovi una conferenza sul tema: « Salute e Salvezza »;

— 1°11 dicembre, a Francoforte, ho tenuto una conferenza su « I farmaci al servizio della vita umana » in occasione di un incontro con i ricercatori e i responsabili della Società farmaceutica Hoechst;

— il 30-31 gennaio — 2 febbraio 1992, insieme al Segretario e a Fr. Pierluigi Marchesi O.H. ho partecipato, presiedendolo, a New York al Meeting organizzativo delle Istituzioni sanitarie cattoliche degli Stati Uniti e del Canada per l'avvio della Federazione internazionale delle Istituzioni Sanitarie Cattoliche di tutto il mondo.

5. Visite pastorali

Le Visite pastorali rappresentano uno dei momenti qualificanti dell'attività del nostro Dicastero; oltre, infatti, favorirne la conoscenza, avviano proficui contatti, sviluppano iniziative programmate o studiate in sede; incontrano forte gradimento presso le Chiese locali ed anche presso autorità ed organismi pubblici e privati dei diversi Paesi del mondo. Esse, poi, hanno confermato come la pastorale sanitaria sia fattore di incontro sia sul piano culturale sia su quello religioso ed ecumenico.

Nel 1990, le Visite pastorali hanno avuto come mete: lo Zaire, lo Zambia e il Malawi (20-28 marzo); l'Unione Sovietica (1-8 aprile); gli Stati Uniti d'America (13-20 giugno); la Polonia (20-25 giugno); nel 1991-inizi 1992, la Repubblica di Russia (9-14 maggio); la Croazia (27-30 dicembre) e l'India (14-21 gennaio 1992). Per molti aspetti può considerarsi viaggio pastorale anche quello della settimana scorsa negli Stati Uniti (30 gennaio - 2 febbraio 1992) per partecipare al Meeting organizzativo della Federazione Internazionale delle Istituzioni Sanitarie Cattoliche.

Nello Zaire, nello Zambia e nel Malawi la visita fu compiuta su invito dei Vescovi dei rispettivi Paesi. Mi hanno accompagnato il Segretario P. José L. Redrado e il Consultore P. Jean-Marie Mpendawatu. Nel corso della visita abbiamo incontrato autorità religiose e civili, abbiamo partecipato alle riunioni delle Commissioni episcopali della pastorale sanitaria, abbiamo incontrato le associazioni, i gruppi e i movimenti che operano nel campo della sanità e salute, abbiamo visitato ospedali.

Preziosa ed efficace l'assistenza e la collaborazione fraterna dei Pro-Nunzi apostolici Mons. Alfio Rapisarda (Zaire) e Mons. E. Sbarbaro (Zambia e Malawi) e dei Vescovi incaricati della Pastorale Sanitaria.

Della Delegazione per la visita in Unione Sovietica facevano parte, con me, il Segretario P. José L. Redrado, il Sottosegretario P. Felice Ruffini, il Consultore Prof. Franco Splendori e gli Esperti Prof. Gaetano Frajese e Dott.ssa Dina Nerozzi.

La visita è avvenuta su invito di autorità scientifiche e civili (Prof. Chuchalin, Vice-presidente dell'Accademia Medica delle Scienze di Mosca; Prof. Anatoly Romanenko, già Ministro della Sanità dell'Ucraina).

Momento rilevante della visita la conferenza da me tenuta all'Accademia delle Scienze Mediche di Mosca sul valore prioritario del servizio alla vita, dove è stato possibile un vivace e costruttivo scambio di idee con studenti e docenti. Una seconda conferenza ho tenuto a Kiev nell'Istituto di Pediatria.

Proficui gli incontri religiosi con vari Metropoliti.

Abbiamo poi visitato diversi luoghi di ricovero e di cura: a Mosca, la sede della prima Regione di Mosca, un ospedale per anziani, il « Center for Social Services I » dello Stato, dove lavorano anche quindici Suore della Carità di Madre Teresa di Calcutta; a Kiev, l'Istituto di Radiologia, una Clinica Pediatrica,

un ospedale per adulti, due ospedali con infermi colpiti dalle radiazioni successive alla catastrofe di Chernobyl; a Leningrado, l'Accademia Medica Militare e l'istituto medico per i non-graduati.

Occasione della visita negli Stati Uniti, dove mi accompagnava il Segretario P. José L. Redrado, fu la partecipazione a New York al XIV Congresso Mondiale del CICIAMS. Intervenni ai lavori con una relazione su « Salute e valori in un mondo in trasformazione ».

Nel corso della visita abbiamo visitato, incontrandovi i malati tutti terminali, gli ospiti e gli Operatori Sanitari, il « Calvary Hospital », ospedale di proprietà dell'arcidiocesi di New York e lo « International Christian Aids Network » di Waterbury per ammalati di Aids.

La visita in Polonia è avvenuta su invito della Conferenza episcopale Polacca in vista della preparazione del Congresso regionale sulla Umanizzazione della Medicina, non ancora però realizzata.

Incontri e visite a luoghi legati direttamente o indirettamente alla pastorale sanitaria sono stati tenuti a Varsavia (visita all'ospedale « Bambino Gesù »), a Breslavia e a Siedlce. Sia a Breslavia che a Siedlce ebbi la felice occasione di parlare abbastanza a lungo con i numerosi seminaristi diocesani illustrando loro l'importanza della pastorale sanitaria.

In contesto sociale, politico e religioso del tutto diverso, la breve visita nella Repubblica di Russia nei giorni 2-3 settembre 1991. Mi accompagnavano alcuni Consultori ed esperti del Dicastero. Scopo della visita, dare concretezza ad alcune iniziative, tra le quali: invito a esponenti del mondo scientifico e sanitario a partecipare, tenendovi relazioni, alla VI Conferenza internazionale promossa dal nostro Dicastero su Droga e alcolismo; offerta di scambio scientifico a due medici per un anno in Italia; proposta accolta ed attuata per una permanenza in Italia per quindici giorni di dieci infermiere russe per un programma comprendente la visita a istituzioni sanitarie cattoliche e l'incontro con personale infermieristico e amministrativo; trattative per dare attuazione all'offerta, da parte del Dicastero, di una struttura ospedaliera da creare nella capitale russa; offerta di un periodo di vacanza di un mese in Italia per quaranta bambini colpiti dagli effetti della tragedia di Chernobyl. I quaranta bambini, come è noto, sono stati poi ospiti del Dicastero presso un istituto religioso di Bassano Romano (Viterbo), dal 13 luglio al 13 agosto 1991. Durante una sosta a Roma sono stati ricevuti dal Presidente del Consiglio dei Ministri Sen. Giulio Andreotti ed hanno partecipato ad un'udienza generale del Papa che, alla fine, si è intrattenuto con loro.

Nei giorni 27, 28 e 29 dicembre 1991, dopo aver manifestato la mia piena disponibilità e venendo incontro ad espresso desiderio del Santo Padre, ho compiuto una visita in Croazia. Mi accompagnava il Sottosegretario p. Felice Ruffini. In Croazia ho incontrato le massima autorità religiose e civili, abbiamo visitato luoghi al centro del conflitto in corso in

quei giorni. La visita, attentamente seguita e divulgata dai mezzi di comunicazione di massa, ha consentito una diretta presa di contatto con la realtà della sofferenza del popolo croato, messo a dura prova dall'attuale situazione. Abbiamo visitato ospedali a Zagabria, a Karlovac e a Sisak, dove la piccola chiesa sventrata dalle bombe è quasi il simbolo dell'ostilità avversaria contro la Chiesa cattolica della Croazia; abbiamo, poi, incontrato ammalati e sofferenti e responsabili degli organismi diocesani di aiuto alle popolazioni colpite, impegnandoci anche in alcune concrete iniziative.

6. Le Conferenze Internazionali

Delle due Conferenze internazionali promosse dal nostro Dicastero rispettivamente nel 1990 (*Ad immagine e somiglianza di Dio: La mente umana*) e nel 1991 (*Contra spem in spem. Droga e alcolismo*), credo sia sufficiente rilevare: in primo luogo, questa iniziativa conosce di anno in anno un crescendo ed ha una risonanza sempre maggiore a livello internazionale sia in campo cattolico che non cattolico; l'interesse per gli Atti che ne raccolgono i contributi, conferma l'apporto scientifico e pastorale che queste Conferenze offrono; infine, esse sono divenute occasioni di un annuale e specifico messaggio pontificio che, in rapporto alla materia trattata dalle singole Conferenze, costituisce un insieme di chiare e non opinabili direttive pastorali da seguire.

Vorrei poi aggiungere un altro motivo di soddisfazione e di sprone a fare sempre meglio: relatori e partecipanti a queste Conferenze internazionali rappresentano uno spaccato sempre più indicativo degli indirizzi attuali della scienza medica e dell'etica medica. Non c'è dubbio quindi che, l'autorevolezza della circostanza, il valore dei contributi presentati, il coinvolgimento di settori sempre più ampi del mondo della sanità e della salute costituiscono una sfida per la coscienza morale e professionale di scienziati, ricercatori, medici ed operatori sanitari.

L'iniziativa delle Conferenze, quindi, va mantenuta e rafforzata con la massima cura che dovrà manifestarsi in una loro sempre più accurata preparazione.

7. Eventi particolari

a) Con l'anno accademico 1990-1991, presso l'Istituto di Pastorale della Pontificia Università Lateranense, ha avuto inizio il Corso di pastorale sanitaria. Esso ha la durata annuale di un semestre. L'iniziativa — previa richiesta degli studenti e del Consiglio dell'Istituto di Pastorale Sanitaria della Pontificia Università Lateranense — è stata possibile con l'intervento del nostro Dicastero che ha costituito al riguardo una Fondazione *in perpetuum*.

b) Includo, tra gli eventi particolari, alcuni riconoscimenti alla mia persona che, come già ho detto, intendo condividere con l'intero Dicastero. Mi riferisco: al *Premio Sasakawaper*

la salute 1990, conferitomi a Ginevra il 10 maggio 1990, presenti 1200 delegati dei 67 Paesi aderenti all'OMS; al *Dottorato « honoris causa »*, conferitomi dall'Accademia di Medicina « Nicolaus Copernicus » dell'Università Jagellonica di Cracovia il 24 novembre 1990; alla *Laurea « honoris causa » in scienze umane e medicina* conferitami il 31 gennaio 1991 dall'Università Cattolica statunitense « New York Medical College »; alla *Laurea « honoris causa » in Medicina*, conferitami dall'Università dell'Aquila il 21 dicembre 1991; al *Premio « San Marino per la Medicina 1991 »*, conferitomi nella Repubblica di San Marino il 6 ottobre 1991.

II. VERIFICA E AGGIORNAMENTO DELLE DECISIONI PRESE NELLA ASSEMBLEA PLENARIA 1990

Nel 1990, al termine della I Assemblea Plenaria del nostro Dicastero, furono presentate le seguenti « Linee programmatiche »:

1. Preparazione del Codice di Deontologia medica;
2. Avvio della Federazione Internazionale delle Istituzioni Sanitarie Cattoliche;
3. Promozione di Vocazioni sacerdotali e religiose alla Pastorale Sanitaria;
4. Ospedali centri di ricostruzione della persona umana;
5. Rapporti con il mondo non-cattolico e non-cristiano per quanto attiene alla realtà sanitaria;
6. Promozione a livello regionale e nazionale di Congressi e Convegni di ammalati e operatori sanitari;
7. Intensificazione dei rapporti con le Conferenze Episcopali.

Prima di dire qualcosa sui singoli punti, alcuni dei quali saranno oggetto di particolari relazioni e comunicazioni, vorrei si tenessero presenti alcune considerazioni.

Nelle iniziative in cui, oltre all'aspetto organizzativo e pratico, è fortemente coinvolto lo spirito, i bilanci sono difficili, anche perché non siamo sempre in grado di farli adeguatamente e non siamo soltanto noi ad essere in grado di farli.

È fortemente accresciuta la nostra azione di animazione e di promozione, la quale certamente non ha mancato di dare frutti che matureranno negli anni e del cui sviluppo non sempre è possibile cogliere le tappe spesso lunghe e laboriose.

Quanto ho detto sull'attività del Dicastero già risponde, in linee generali, alla domanda che scaturisce dall'esigenza di una verifica del nostro operato. I grafici allegati a questa Relazione dimostrano, in cifre, come alcuni specifici settori dell'animazione e della promozione abbiano conosciuto un crescendo. Lo illustra la stessa diffusione della rivista « Do-

lentium hominum. Chiesa e salute nel mondo ».

Il servizio reso alle Chiese dell'ovest e dell'est, del nord e del sud, del mondo fa parte non solo di specifiche iniziative prese nel corso di visite e viaggi pastorali, di incontri particolari ai massimi livelli, ma dell'attività quotidiana del nostro Dicastero.

Come ho ricordato, le Conferenze internazionali hanno avuto una incidenza innegabile in campo ecclesiale, scientifico, socio-assistenziale, socio-politico ed anche ecumenico. Come valutare e misurare l'entità di questa incidenza?

Non saremmo esseri umani se non potessimo e non dovessimo fare di più. Tuttavia — e non mi stancherò mai di ripeterlo — non spetta mai a noi programmare i risultati, bensì programmare l'impegno. Altri semina ed altri miete; non può aversi mietitura senza semina, ma la semina consiste nel nascondere nella terra feconda della nostra generosità e dedizione semi vitali il cui sviluppo assai spesso è inversamente proporzionale, nella durata, alla vastità e abbondanza dei frutti.

Venendo ad alcune voci particolari possiamo registrare i seguenti dati:

1. Codice di deontologia per Operatori Sanitari

Dopo varie riunioni con autorevoli teologi-moralisti, è stato completato l'Indice delle materie e si sta provvedendo alla stesura e allo svolgimento dei testi. Si spera di poter avere il definitivo elaborato entro il corrente anno.

2. Federazione Internazionale delle Istituzioni Sanitarie Cattoliche

Come saprete, sono da pochi giorni reduce da New York dove, per ragioni di concretezza e di operatività organizzativa, è stato tenuto un Convegno che riuniva i soli rappresentanti delle Istituzioni Sanitarie Cattoliche degli Stati Uniti e del Canada per fare il punto della situazione relativa alla creazione di una Federazione internazionale di queste istituzioni. Si tratta di iniziativa complessa. È pronta una bozza di Statuto. Avranno luogo altri Convegni regionali — il prossimo sarà in Polonia, anche per sottolineare l'attenzione che si vuole dare alle Chiese dell'est europeo — affinché questo promettente avvio arrivi al suo previsto traguardo.

Ho ricordato ai partecipanti all'incontro di New York che l'accento non va posto tanto nella creazione di un nuovo organismo — anche se tale sarà la Federazione internazionale delle Istituzioni Sanitarie Cattoliche —, ma sulla volontà di dare a questo strumento una forza di evangelizzazione che scaturisca dalla necessaria formazione morale e tecnico-professionale dei responsabili del numero elevatissimo di istituzioni sanitarie cattoliche nel mondo. Una forza che dovrà esprimersi nel pieno rispetto dell'autonomia organizzativa delle singole istituzioni e

nella loro libertà direttiva e promozionale. Troppo diverse, infatti, sono nel mondo le situazioni politiche, sociali, economiche, culturali e religiose perché si possa pensare, in un campo in cui la Chiesa ha una presenza così massiccia, ad un organismo monolitico, piramidale e burocratico. Né deve sfuggire una riflessione ovvia: dal momento che tale organismo si prefigge la promozione della formazione etica, morale, tecnica e professionale degli amministratori e dei responsabili delle Istituzioni Sanitarie Cattoliche, come pensare ad un suo improvviso funzionamento se, proprio per funzionare adeguatamente occorrerà questa formazione che, forse, in non pochi casi, è del tutto inadeguata?

La cosa importante è che si vada avanti, non importa se a passi lenti, purché essi siano meditati e sicuri.

3. Promozione di vocazioni sacerdotali e religiose alla pastorale sanitaria

Potrebbe apparire, in sede di verifica, un « punctum dolens ». In realtà è soltanto un punto delicato e quanto mai arduo, come del resto ha confermato l'incontro avuto presso il Dicastero con alcuni Superiori e Superiore generali.

L'apporto al Sinodo dei Vescovi del 1990 e la pubblicazione del Sussidio su « Formazione sacerdotale e pastorale sanitaria » ebbero positiva risonanza. Se penso che non pochi Piani per le Vocazioni — compreso quello per le Vocazioni in Italia — neppure menzionano, per il discernimento, l'accompagnamento e la formazione iniziale dei candidati al sacerdozio ed alla vita religiosa la pastorale sanitaria, credo che occorrerà studiare qualche strumento nuovo per richiamare l'attenzione sul valore formativo di questo aspetto pastorale. Su di esso ritorna anche il recentissimo Sussidio su « Pastorale sanitaria e nuova evangelizzazione in Europa alla luce della Declaratio sinodale del 14 dicembre 1991 ».

Qualche motivata speranza credo di poterla derivare dall'interesse dimostrato da molti Vescovi incontrati in questi anni. Non pochi si rendono conto che, mentre da una parte si allarga il mondo della sanità, dall'altra si restringe in maniera preoccupante quello degli operatori religiosi/e di pastorale sanitaria.

4. Ospedali centri di ricostruzione della persona umana

Quanto al lavoro fatto, credo sufficiente richiamare: l'intensificazione dei rapporti con le Conferenze episcopali (vedi anche punto 7), e particolarmente il loro coinvolgimento nel richiedere dati attinenti a questo settore (Associazioni, assistenza ai malati di Aids, ai tossicodipendenti, agli alcolizzati, ecc.); — il rafforzamento dei rapporti con le Associazioni internazionali di categoria, attraverso la partecipazione a Congressi, incontri, con l'invio di messaggi, ecc.; — la promozione di corsi di formazione

(quali il Corso ricordato istituito presso la Pontificia Università Lateranense, le sovvenzioni inviate ad alcune Conferenze episcopali per la stampa di materiale ad hoc, l'invio della nostra rivista e delle nostre pubblicazioni a Nunziature, Conferenze Episcopali, Vescovi Incaricati della Pastorale sanitaria, Superiori/e generali, Medici, ecc.); — lo studio dei documenti relativi alla pastorale Sanitaria pubblicati da Conferenze Episcopali o da singoli Vescovi. Una sintesi al riguardo la sta conducendo, per il nostro Dicastero, il p. Jean-Marie Mpendawatu.

5. Rapporti con il mondo non-cattolico e non-cristiano per quanto riguarda la realtà sanitaria

È questo un aspetto che vorrei umilmente chiamare la prerogativa dell'azione del nostro Dicastero.

In coerenza con il principio base fondamentale che nessuna realtà umana unisce tutti gli uomini quanto l'amore alla vita, il desiderio di



salvaguardare o di recuperare la salute, da sempre operiamo nel convincimento della capacità aggregante della pastorale sanitaria per un incontro con tutti gli uomini prima e indipendentemente dalla considerazione delle loro differenze sociali, culturali, politiche, religiose.

Non è casuale che, in contesti ben diversi da oggi, tra i primi Paesi ad essere visitati da una nostra Delegazione siano stati Paesi dell'est (Polonia, Unione Sovietica) e Cuba.

È sforzo costante, ed anche premiato, quello di veder partecipare alle nostre Conferenze internazionali relatori dei più diversi versanti culturali, politici e religiosi. La possibilità di avere a queste Conferenze personalità del mondo islamico, ebraico, buddista, ecc., richiede anche rapporti con le autorità politiche e sanitarie dei Paesi coinvolti.

Su questo punto, ogni programmazione rimarrebbe astratta. E importante che esso resti una qualifica, quasi un distintivo del nostro Dicastero.

Come dicevo prima, i bilanci che coinvolgono in prevalenza l'azione dello spirito e che chiamano a raccolta le nostre forze interiori non si conducono con la calcolatrice. La nostra verifica deve innanzitutto essere verifica del nostro impegno, del nostro entusiasmo, della nostra fede nelle finalità che il Santo Padre ha assegnato a questo Dicastero.

6. Promozione a livello regionale e nazionale di Congressi e Convegni di ammalati e Operatori sanitari

In questo quadro si colloca l'iniziativa della « Giornata Mondiale del Malato » già in fase avanzata di progettazione e che ha già ricevuto il « placet » verbale del Santo Padre. Una volta introdotta, la Giornata Mondiale potrà assumere — nella sua preparazione, sia a livello nazionale sia a livello internazionale, e nei suoi frutti — una grande rilevanza nell'animazione della pastorale sanitaria.

7. Intensificazione dei rapporti con le Conferenze episcopali

Questo settore è stato ampiamente curato, come confermano: — il coinvolgimento dei Vescovi incaricati per la Pastorale sanitaria in occasione della preparazione dell'annuale Conferenza internazionale (richiesta dell'invio di documentazione prodotta dalle Conferenze Episcopali e dai Vescovi ordinari in materia attinente al tema trattato, suggerimenti, ecc.); — contributo informativo sulla presenza di istituzioni sanitarie cattoliche sul territorio: aspetto, questo, determinante per la compilazione del secondo volume dell'*Index* delle istituzioni sanitarie cattoliche; — rapporti più stretti e frequenti sia attraverso le visite pastorali attuate dal nostro Dicastero sia con gli incontri in occasione delle visite ad *limina* dei Vescovi; — la possibilità di più stretti contatti data la presenza, tra i Membri del Dicastero, di alcuni Pastori o incaricati della Pastorale sanitaria nei rispettivi Paesi o particolarmente rappresentativi delle Conferenze episcopali (per es. S.E. Mons. Alexandru Todea, oggi Cardinale, per la Romania; S.E. Mons. Dionigi Tettamanzi, Segretario generale della Conferenza Episcopale Italiana; S.E. Mons. Mariano Vivanco, per Cuba; S.E. Mons. Pierre Zévaco, per il Madagascar; S.E. Mons. Isidore de Souza per il Benin; S.E. Mons. Tadeusz Kondrusiewicz, per la Repubblica di Russia).

III. PROSPETTIVE FUTURE

Nelle riflessioni riguardanti la verifica dell'attività del biennio trascorso sono anche gli elementi che consentono di tracciare le linee di massima di prospettive future.

In primo luogo, dovranno essere portate avanti alcune delle linee programmatiche che erano state tracciate durante la I Assemblea

Plenaria del nostro Dicastero. Mi riferisco ai temi e problemi della promozione delle vocazioni sacerdotali e religiose alla pastorale sanitaria e alle iniziative per rendere gli ospedali centri di ricostruzione della persona umana. Su questi punti il lavoro da compiere non può certo avere scadenze perentorie.

In secondo luogo, ritengo particolarmente urgente la preparazione e la pubblicazione di due sussidi chiave: il primo dovrebbe contenere, in maniera semplice, organica, accessibile a tutti gli Operatori sanitari e di pastorale sanitaria, l'insegnamento aggiornato della Chiesa su questioni di etica e di bioetica. Si tratta di un invito espressamente formulato dalla *Declaratio* sinodale del 14 dicembre 1991. D'altra parte, ancora troppa è l'ignoranza o l'insufficiente conoscenza delle direttive del magistero della Chiesa in questo campo fondamentale; il secondo sussidio, al quale sto lavorando, è quello che vorrei chiamare un « Manuale » di pastorale sanitaria che sia propedeutico ai Corsi di pastorale sanitaria specializzati.

In sintesi, vorrei dire che nel prossimo biennio bisogna lavorare in modo particolare nel settore della formazione alla pastorale sanitaria. Nessuno può dare ciò di cui non dispone, né si prova alcuna attrazione per quello che non si conosce. Ogni suggerimento, quindi, al riguardo, sarà prezioso e attentamente valutato e ponderato.

Non poco tempo, nel corso dell'anno, sarà occupato anche dalla preparazione della VII Conferenza internazionale, sul cui contenuto da questa Assemblea verranno molte indicazioni.

Per quanto riguarda l'*Index* delle istituzioni sanitarie della Chiesa nel mondo, è già alle stampe un nuovo volume che porta le indicazioni, dalla cifra di 12.500 (primo volume) a 20.000. E un lavoro difficile, complesso, ma sistematico. Un vero servizio di testimonianza alla presenza della Chiesa nel mondo della sanità e della salute.

Nel chiudere questa Relazione, mi scuso di ripetere una massima che considero illuminante. Essa dice che il miglior modo di prevedere il futuro è quello di prepararlo. Credo che quanto, tutti voi, con generosa e spesso nascosta dedizione, avete fatto in questi anni sia già profezia dell'attività futura di questo Dicastero.

La Vergine, Madre della sapienza, stella orientatrice del nostro cammino, ci tenga per mano nel nostro lavoro che, per vocazione e missione, guarda ai fratelli che soffrono attraverso il Volto sofferente di Cristo. « Illumina, Domine, Vultum tuum super nos ». Signore, allarga su di noi la luce del tuo Volto affinché, sulle tue orme, noi possiamo camminare nella luce e indicarla a coloro che, provati dalla sofferenza, conoscono il timore di perdere la speranza.

Card. FIORENZO ANGELINI

Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari

¹ PONTIFICIUM CONSILIUM DE APOSTOLATU PRO VALETUDINIS ADMINISTRIS, *Generalis Conventus Acta*, 9-11 Februarii 1990, p. 12.

² Questa prima parte riprende sostanzialmente i dati trasmessi alla Santa Sede per l'attività svolta dal Dicastero negli anni 1990 e 1991 e pubblicati a cura della medesima nei rispettivi volumi annuali su *L'Attività della Santa Sede*, 1990, pp. 1293-1300.

³ Ha nominato Membri del Dicastero: S.E. Mons. Giovanni Battista Re; S.E. Mons. Francisco Javier Errázuriz Ossa; S.E. Mons. Giuseppe Uhač; S.E. Mons. Alexandru Todea, arcivescovo metropolita di Fagaras e Alba Julia dei Romeni; S.E. Mons. Dionigi Tettamanzi, arcivescovo di Ancona-Osimo; S.E. Mons. Pierre Zévaco, vescovo di Tôlagnaro; S.E. Mons. Isidore de Souza, arcivescovo di Cotonou; S.E. Mons. Mariano Vivanco, vescovo di Matanzas; S.E. Mons. Tadeusz Kondrusiewicz, arcivescovo titolare di Ippona Zarito; P. Angelo Brusco, M.I.; Prof. Juan de Dios Vial Correa; Sr. Teresa López; Sr. Alice Raveneaux.

Ha confermato Membri in aliud quinquennium: S.E. Mons. Edward Idris Cassidy; S.E. Mons. Alberto Bovone; S.E. Mons. Miroslav Stefan Marusyn; S.E. Mons. José T. Sanchez; S.E. Mons. José Saraiva Martins; S.E. Mons. Jean-François Arrighi; S.E. Mons. Antonio Quarracino, arcivescovo di Buenos Aires; Mons. Ivan Marin López; Prof. Jérôme Lejeune; Dr. Marcello Sacchetti; Rev. Fr. Pierluigi Marchesi, O.H.; Sr. Anna Margarita Duzán; Sr. Maria Eneide M. Leite; Sr. Catherine Dwyer; Dr. Thomas P. Linehan; Sig. Edwin Scheer; Sig. Claude Trontin; Sig. Cav. d'Obb. Barone Albrecht von Boeselager.

⁴ Ha nominato Consultori del Dicastero: P. Louis Verecke, C.S.S.R.; Mons. Angelo Scola; Mons. Italo



Taddei; Don Rudesindo Delgado; P. Baldo Santi, O.M.D.; Don Ferdinando Kayavil; Don Ignacio Carrasco de Paula; Sr. Vuna Umba; Sr. Setsuko Maihara; Sig.ra Cecilia Moloantoa; Prof. Edmund Pellegrino; Prof. Diego Gracia Guillén; Dr. Hugo O.M. Obliglio; Dr. Lino Mottironi; Sig.ra Viviane Verlinde-Boutelegier; Prof.ssa Dina Nerozzi Frajese; Prof.ssa Anna Cappella; Prof. Aldo Turano; Prof.ssa Wanda Póltawska; Prof. Dr. Heinz Angstwurm; Prof. Charles Probst.

Ha confermato Consultori in « aliud triennium »: Mons. Carlo Caffarra; Mons. James P. Cassidy; Mons. Elio Sgreccia; Rev. Pierre Schaller; Rev. Krzysztof Szczygiel; P. Bonifacio Honings, O.C.D.; P. Joseph Joblin, S.J.; P. Kevin O'Rourke; P. Emidio Spogli, M.I.; Dr. Giuseppe Astegiano; Prof. Alessandro Beretta Anguissola; Prof. Rino Cavalieri; Prof. Bryan A. Curtin; Prof. Pietro De Francis; Prof. Domenico Di Virgilio; Prof. Oleh Hornykiewicz; Prof. Jacques Lafourcade; Prof.ssa Agnes Lai Pong Chong; Prof. Corrado Manni; Prof. Clemente Robles; Prof. Gottfried Roth; Prof. Bruno Silvestrini; Prof. Franco Splendori; Prof. Robert L. Walley.

⁵ PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI, *Formazione sacerdotale e pastorale sanitaria*. Roma, Tipografia Poliglotta Vaticana 1990, 51 pp.

⁶ PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI, *Pastorale sanitaria e nuova evangelizzazione in Europa alla luce della « Declaratio » sinodale del 14 dicembre 1991*. Roma, Tipografia Vaticana 1992, 51 pp.

il dolore come valore e come forza

esperienze pastorali e personali

24

A) Come valore occorre anzitutto precisare che il dolore non è un valore in sé; per averne l'evidenza basta guardare al Golgota, a destra e a sinistra del Signore; il dolore è lo stesso « et quam dispar exitus »; in ogni caso il dolore è una chiave che apre l'animo ad immense ricchezze; San Paolo ne è testimone quando dice di completare nel suo corpo, quello che manca ai patimenti di Cristo (cfr. Col 1, 24); in oltre cinque anni che ho passato come Membro della Congregazione delle Cause dei Santi, leggendo i diari di testimonianze, mi confermano nella tesi che a certe cime di santità la via ordinaria è quella della sofferenza; infatti i quaranta casi di Beatificazione dimostrano che alla eroicità delle virtù ha portato uomini e donne, giovani e anziani una lunga e dolorosa malattia; io stesso nei contatti avuti in una ventina di ospedali e ospizi con le anime che spesso si accostano più volentieri ad un Sacerdote handicappato, io stesso ho potuto costatare veri miracoli da una lunga e dolorosa infermità. E poi ben noto quanto affidamento fa il nostro S. Padre sulle preghiere di anziani e infermi, cogliendo ogni occasione per incontrarli e per dar senso alla loro sofferenza e affidare loro speciali intenzioni per il bene della Chiesa e dell'umanità.

A questo punto vorrei fare anche un cenno agli ammalati giudicati dalla scienza odierna come incurabili; molte volte il personale medico e i familiari esitano a svelare all'ammalato la gravità o addirittura la irreversibilità del loro stato, non solo perché non sempre possono esserne sicuri, ma anche per la paura di traumatizzare l'ammalato stesso.

La mia personale esperienza dimostra che lo « schoc » provocato dal fatto di conoscere la verità può rivelarsi valore decisivo per la vita spirituale della persona, per esempio: conversioni radicali o addirittura apertura totale ai valori dello spirito.

Una volta ho incontrato per caso il Cappellano della prigione parigina di Fresnes, dove in quel tempo avvenivano le esecuzioni capitali; mi disse che in trenta anni non gli era mai capitata la conversione di un condannato a vita, mente mai era accaduto che non si

convertisse un condannato alla pena capitale.

Non vorrei essere frainteso, sono un convinto oppositore della pena di morte; per me il comandamento non uccidere vuol dire: non uccidere mai nessuno, l'ho detto anche esplicitamente lo scorso anno in quest'aula in occasione dell'Assemblea Generale del Collegio Cardinalizio.

B) C'è una bellissima parola di Padre Pio di Pietrelcina, ormai Servo di Dio, che ha detto: « Il grande servizio che si può rendere ad un sofferente è di dar senso alla sua sofferenza », e io aggiungerei ancora alla sua solitudine in caso di penosa vecchiaia; purtroppo spesso le persone anche ecclesiastiche visitando gli ammalati e sofferenti non sanno che dire e ripetono parole di inefficace consolazione o addirittura banalità; dire peggio, talvolta proprio non considerano la sofferenza altrui alla luce della fede e fuggono l'ammalato soffe-

rente non sapendo come comportarsi.

Bisognerebbe far conoscere di più, anzi pubblicarlo in apposito volumetto tascabile, il Documento pontificio « Dolentium hominum » e le allocuzioni che il Santo Padre rivolge agli ammalati ad ogni Sua visita pastorale; una tale lettura dovrebbe essere richiesta al personale medico ed infermieristico cattolico, per metterlo in grado di aiutare l'infermo o l'anziano a scoprire due tesori: il valore e la forza della propria sofferenza ed infermità, e di ricordare a tutti i contagiati dalla moda di riforme e rivoluzioni, che la Chiesa e la società civile non hanno tanto bisogno di riforme ma di Santi, e che talvolta il letto dell'ospedale e la sedia a rotelle possono aiutare più delle discussioni in Parlamento.

Card. ANDREA MARIA DESKUR

Presidente Emerito del Pontificio
Consiglio delle Comunicazioni Sociali



la persona malata, handicappata, protagonista nella nostra società e nella chiesa

Introduzione

Questa è la relazione di una persona portatrice di handicap fisico che esprime, dunque, le osservazioni ed i desideri che sono sicuramente i suoi, ma che da numerosi anni sono anche quelli di un Movimento, la Fraternità Cristiana delle Persone Ammalate e Portatrici di Handicap (Malati cronici e Portatori di handicap fisici) che oggi riunisce delle persone malate o portatrici di handicap in 40 paesi e in quattro continenti. (Io non affronterò il problema dei miei fratelli infermi di mente e portatori di handicap mentali, in questo campo sono incompetente).

Le mie osservazioni ed i miei desideri sono anche quelli di tutte queste persone.

La mia riflessione trae origine da dei documenti del Movimento.

SITUAZIONE DELLE PERSONE AMMALATE E PORTATRICI DI HANDICAP NELLA CHIESA COME LA VEDIAMO NELLA FRATERNITÀ

1. Analisi della situazione delle persone malate e portatrici di handicap nella società civile nei paesi sviluppati come l'Europa

Da una quindicina di anni vi è stata una evoluzione (Francia, Spagna, Germania, Svizzera, Austria): — La tecnica dell'assistenza (apparecchiatura).

La scolarizzazione per i giovani (o in un ambiente protetto ed adattato, o in un ambiente comune in cui si fa e si sviluppa una ricerca di integrazione in questo senso).

— La formazione professionale per gli adulti con l'obiettivo di una reintegrazione in ambiente normale, ivi compreso quello professionale. Tuttavia, in un paese come la Francia possiamo constatare che la proporzione delle persone che hanno ricevuto una formazione e di quelle disoccupate è nettamente più elevata fra le persone Malate e Portatrici di handicap di quanto non lo sia nelle altre categorie di persone.

— Per le persone portatrici di gravi handicap, questa formazione professionale sfocia spesso verso delle strutture protette (Centro di

Aiuto per il Lavoro o Ateliers protetti). Queste strutture sono importanti ma, a volte, è difficile viverci a causa della coabitazione che avviene unicamente fra portatori di handicap. (mescolanza dei portatori di handicap). — Inoltre, le persone portatrici di gravi handicap non possono trarre vantaggio da questa formazione ed integrazione perché, essendo dei portatori di gravi handicap fisici, si ritrovano per sempre nei centri di vita o a carico della famiglia.

— In alcuni paesi europei la legislazione sociale a favore delle persone ammalate e portatrici di handicap gli conferisce diversi sussidi che gli permettono di garantirsi in parte la loro vita quotidiana, a condizione di fare bene i conti e di non permettersi troppi capricci.

Per queste persone, il problema del trasporto e dell'alloggio migliora poco a poco e molto lentamente.

Nei nostri paesi europei possiamo trovare numerose persone ammalate e portatrici di handicap impegnate in associazioni di persone ammalate e portatrici di handicap ma anche in associazioni sociali (quartieri, comuni) professionali (sindacato...) e politiche (municipali... la Francia ha un ministro con un grave handicap).

Tuttavia dobbiamo sapere che numerose persone ammalate e portatrici di handicap non sono impegnate in questi gruppi.

La nostra società deve fare ancora molto per accogliere e incitare alla responsabilità. Infatti delle persone ammalate e portatrici di handicap si accontentano, a volte troppo, di essere assistite (il fatto dell'assistenza non è unico per questa categoria di persone).

Uno degli obiettivi del nostro movimento è quello di trasformare questa situazione.

2. Per le persone ammalate e portatrici di handicap dei paesi in via di sviluppo e raggiunti dal nostro Movimento, constatiamo che

— Queste persone si trovano spesso in una situazione di penuria e di miseria proporzionalmente molto maggiore di quella delle altre persone **non portatrici di handicap**.

Questa penuria si manifesta nell'assenza delle cure elementari e di apparecchiature adattate. Si mani-

festa anche nel carattere molto aleatorio della loro partecipazione responsabile alla vita sociale fondamentale. Molti sono inchiodati alle loro stuoie nella loro capanna dei villaggi senza cure e nessuna possibilità di uscirne. Constatiamo delle situazioni di miseria e di indigenza spaventose.

Tuttavia, nel nostro Movimento, noi siamo testimoni del fatto che queste persone molto indigenti possono essere raggiunte da dei fratelli e delle sorelle anch'essi portatori di handicap molto gravi e permettono ad alcuni di radunarsi. Ed allora quelle medesime persone arrivano a vivere una responsabilità stupefacente!

— Organizzazione della loro vita sociale fondamentale,

— Lavoro in comune,

— Spartizione del cibo,

— Corsi di alfabetizzazione,

— Volontà di essere presenti ed attivi alla trasformazione della vita sociale ad ogni livello (paese, regione, nazione)

LA SITUAZIONE DELLE PERSONE AMMALATE E PORTATRICI DI HANDICAP NELLA CHIESA

Per i paesi europei

Nelle Chiese di questi paesi dobbiamo riconoscere uno sforzo di accoglienza e di integrazione delle Persone Ammalate e Portatrici di Handicap fisici. Effettivamente, queste ultime partecipano sempre più attivamente alla vita delle comunità cristiane: Parrocchie, Riunioni parrocchiali, Gruppi liturgici, Catechesi, diversi movimenti di apostolato e di preghiera.

Attraverso l'esistenza del nostro movimento nei paesi cristiani più giovani, noi riconosciamo e constatiamo che le persone Ammalate e Portatrici di Handicap Fisici sono spesso più motivate di quelle europee nella loro partecipazione attiva e responsabile alla vita e all'animazione delle loro comunità cristiane:

— costituzione di comunità di base molto responsabili,

— vita liturgica molto dinamica,

— approfondimento biblico vigoroso e completo.

Tuttavia dobbiamo costatare che ai membri del nostro movimento la Chiesa, nei suoi atteggiamenti e nel suo linguaggio riguardante la sofferenza e gli handicap sembra spesso ancora deficiente.

L'ottima esposizione di questa osservazione si trova nella testimonianza di una persona portatrice di handicap appartenente al nostro movimento. Ora ve la leggerò.

Testimonianza

All'età di 13-14 anni ho subito un processo patologico, chiamato dermatomiosite, che ha colpito i miei muscoli. In un primo tempo, durante la mia adolescenza, ho fatto fatica a credere che questo handicap che faceva le sue prime apparizioni riguardasse me, riguardasse il mio corpo e che mi avrebbe segnata per sempre.

Da questo primo stadio di incoscienza, sono passata in seguito ad uno stadio di rivolta, un rifiuto di quell'assurdità e di quella rottura con tutto ciò che mi era caro.

Il senso della mia sofferenza ha assunto un'altra dimensione quando sono entrata in contatto con un prete e con delle persone della mia parrocchia. Hanno cercato di spiegarmi che la mia preghiera e la mia sofferenza erano utili, poiché Dio raccoglieva tutto questo e lo trasformava nel perdono a favore degli uomini. Allora io, pregavo ed ero tranquilla, senza muovermi, persuasa che questo era il mio ruolo nella vita: sopportare tutto ciò che mi accadeva ed offrirlo.

Verso i 17 anni, altre persone sono venute a trovarmi. Erano degli ammalati e dei portatori di handicap appartenenti alla Fraternità Cristiana di Persone Ammalate e Portatrici di Handicap.

Il loro messaggio era molto più dinamico e salutare:

— « La malattia è un male, bisogna combatterla ».

— « La Grazia di Dio è un dono che Lui stesso ci offre, non c'è bisogno di mercanteggiare con lo Spirito ».

— « Il malato e il portatore di handicap è chiamato a rimettersi in piedi, a cercare la maggior salute possibile e la Grazia che ci è offerta da Dio Padre ».

— « Non dobbiamo rifugiarsi in maniera troppo facile ed infantile dietro la Passione e la Morte di Gesù. Accettare e prendere la tua croce significa andare verso tuo fratello, operare a favore della giustizia, amare e lottare per ottenere la salute, il lavoro e della speranza per il povero, lottando dalla sua parte contro tutto ciò che porta la malattia, la fame e la disperazione ».

— « Non abbiamo il diritto di rifugiarsi dietro ad un *io non*

posso. La malattia e l'handicap non possono sollevarci dalle nostre responsabilità in quanto persone e credenti ».

Senza dubbio, questi messaggi erano più esigenti ma erano dati all'interno dell'amicizia, dell'affetto di una comunità, sull'esperienza di un gruppo. Era un appello ad amare tutta la creazione e a lavorare per la sua perfezione, alla sequela di Gesù, con altri, partecipando, senza scuse, alla costruzione del Regno.

Verso l'età di 22 anni, in lotta contro i saggi consigli dei medici, ho fatto la rieducazione ed ho lasciato la mia sedia a rotelle. Ho incominciato i miei studi ed ho cominciato a lavorare nel 1985. Avevo 40 anni compiuti quando sono riuscita ad ottenere il mio primo impiego, che fino ad oggi non ho lasciato. Durante tutto questo periodo ho aderito alla Fraternità che mi ha spinto sempre verso l'azione, senza dimenticare che il centro di questa azione è la fede in Dio Padre che si è manifestato in Gesù Cristo.

Ho combattuto, con altri, affinché la società accetti le nostre differenze e affinché ci permettano l'accesso alla salute, all'educazione, al lavoro, con le misure concrete che si impongono.

E tutto ciò nella Chiesa, chiedendo ai credenti di considerarci, innanzitutto, come delle persone in via di conversione e non come delle macchine da preghiera che data la loro malattia hanno già l'itinerario spirituale completamente tracciato e completamente fatto. Chiedendo di porre fine al paternalismo che ci impedisce di svilupparci, esigenza di ogni creatura, di favorire il nostro accesso alla formazione ed alla responsabilità evangelica, con le nostre particolarità, nelle chiese e nei centri

adattati. Che non ci considerino solamente delle persone che hanno bisogno di assistenza.

L'integrazione del malato e del portatore di handicap non è una cosa facile; essa necessita di molto dialogo per far capire i nostri bisogni e per migliorare le soluzioni; è per questo che io chiedo insieme a tutti coloro che si trovano nella mia situazione, che soffriamo delle conseguenze che limitano la nostra mobilità, che siamo clienti assidui della Sanità Pubblica, che vi sia: « Dialogo ed ascolto per progredire insieme nella costruzione del regno di Dio ».

Questa testimonianza ci porta spontaneamente ad esprimere ciò che le Persone Ammalate e Portatrici di Handicap del nostro Movimento desiderano chiaramente per essere protagonisti nella società e nella Chiesa.

I nostri desideri:

Per partecipare alla società umana, l'essere umano viene al mondo in seno ad una cellula sociale primaria: Famiglia di un ambiente, di una cultura, di un paese.

Questa cellula avrà una ripercussione durante tutto lo sviluppo di questo essere sociale che è la *Persona umana*.

Se noi affermiamo che il malato o il portatore di handicap è una persona, che ha gli stessi diritti delle persone « sane » ciò significa innanzitutto che egli *nasce persona* e non *portatore di handicap*.

Egli dovrà dunque in seguito assumersi, nei limiti delle sue possibilità, gli stessi doveri degli altri e arrischiarsi ad essere libero in una società che è la sua.

Non è sempre facile trovare il come... bisogna partecipare ad



ogni livello sociale riguardante i nostri fratelli le Persone Ammalate e Portatrici di Handicap e le altre persone, rivendicare la libertà di espressione, il diritto alle proprie opinioni alla responsabilità riconosciuta, il diritto ad una vita decente, al lavoro, alla cultura, ai divertimenti, al rispetto dovuto ad una persona. Come? Solidariamente con gli altri ammalati e portatori di handicap; aperti all'evoluzione del mondo, lottando in quanto uomini cristiani, per la liberazione di tutti e di ognuno; *amando gli altri come se stessi*.

Ma la presenza del malato (in quanto comporta dolore, sofferenza, incapacità, morte...) interpella certamente la società:

— in quanto « presenza » che rimette in questione e che critica i valori cari alla società, come « il successo, l'efficienza, il prestigio, l'ambizione del potere, la sete di « possedere » prima ancora di imparare ad « essere »;

— una « presenza » che privilegia dei valori in crisi: la gioia del servizio gratuito e dell'apertura verso l'amore ed l'amicizia, la parola ed il silenzio, la forza della tenerezza, della dignità della persona, la ricchezza del dialogo, la povertà evangelica... che deve fare di noi dei combattenti contro l'attuale miseria di questo Mondo;

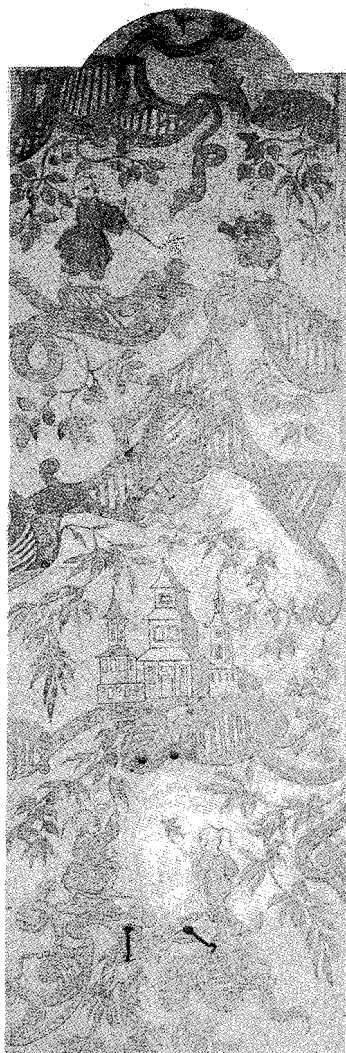
— una « presenza » che ci ricorda la nostra realtà, che ci aiuta a scoprire i nostri limiti e le nostre debolezze, ma anche le nostre grandi possibilità e responsabilità;

— una « presenza » di solidarietà che interpella una certa carità, una certa giustizia, l'individualismo egoista... e che spinge ad un atteggiamento di ravvicinamento devoto, di condivisione, di servizio gratuito.

Possiamo approfondire ciò che è stato detto affermando:

— Le Persone Ammalate e Portatrici di Handicap sono ovunque in primo piano delle persone interessate dai cambiamenti del mondo. Esse, più degli altri, hanno bisogno di *solidarietà*. Ma, secondo il nostro movimento, non si tratta di solidarietà a senso unico.

Infatti, le Persone Ammalate e Portatrici di Handicap non vogliono essere considerate, nelle loro diverse società, come degli *oggetti* di cui ci si occupa con premura. Esse vogliono *partecipare* alla responsabilità collettiva di ciò che gli interessa, di ciò che interessa la totalità del mondo. Che si tratti dei gruppi sociali, economici, politici, o delle comunità religiose, dei quali fanno parte... Per loro è una questione di *dignità*; il solo mezzo di vero appagamento, l'unica *integrazione* concreta nella vita degli uomini.



Ma se il nostro movimento pensa che ogni persona, per quanto portatrice di handicap, può e deve *partecipare*, non ne va solamente dell'avvenire di queste persone. Ne va anche dell'avvenire delle nazioni e dei continenti della terra. Ne va dell'avvenire delle Chiese, delle comunità, religiose o di altro genere, del mondo attuale.

Se le Persone Ammalate o Portatrici di Handicap non esercitassero veramente questa responsabilità (malgrado gli sforzi reali a loro favore) il mondo di domani diventerebbe rapidamente sempre più inabitabile. Vi regnerebbe solamente la legge di colui che è materialmente il più forte ed il più ricco.

Se le Persone Ammalate e Portatrici di Handicap non esercitassero realmente questa responsabilità, la dignità dello spirito sarebbe presto annientata. Ora è questa che impedisce di trattare la persona umana come mezzo da utilizzare poi da buttare, come oggetto da manipolare o da comprare, come individuo da classificare con un numero, da rinchiudere in un ospedale o in qualsiasi altro luogo di assistenza.

Una delle direttive del nostro Movimento è, per le Persone Ammalate e Portatrici di Handicap, il passaggio dall'assistenza alla responsabilità.

I NOSTRI DESIDERI PER LA NOSTRA PARTECIPAZIONE ALLA COMUNITÀ - CHIESA

1. Il grande desiderio che è quello del nostro movimento è innanzitutto evangelizzare, partecipare attivamente alla Missione di Evangelizzazione della Chiesa.

Da un punto di vista concreto, si tratta di annunciare la Buona Notizia con precedenza per i malati e i portatori di handicap, mobilitando per questo le stesse persone malate e portatrici di handicap.

Si tratta di presentare al mondo e nella Chiesa un segno chiaro di ciò che Dio vuole e realizza, oggi, per loro. Prima di tutto a vantaggio di coloro che sono limitati dalla malattia e dall'handicap; e, in seguito, necessariamente a vantaggio di tutti.

Ricordiamoci: il portatore di handicap non riceve il suo handicap da Dio. Noi non possiamo affermare che Dio vuole la malattia per sé stessa. Gli Ammalati ed i Portatori di Handicap non hanno dunque da offrire, da presentare a Dio i loro limiti e le loro sofferenze come delle realtà che Lui riceverebbe con piacere, come dei cammini eccellenti per andare verso di lui. No! Il Dio di Gesù non è sadico ma liberatore.

È lui che si offre a noi per soffrire con noi, e infondere nei

nostri cuori la forza di combattere contro ogni sofferenza e contro ogni handicap. E Lui che ci chiede e ci permette non di accettare, ma di andare oltre.

Nella vittoria della risurrezione noi passiamo oggi dalla morte alla vita, dall'isolamento alla comunità, dal rinchiudersi in sé stessi al servizio ed alla gioia... Ecco che cosa è per noi la Fraternità!

La Fraternità ! Dei fratelli, dove ognuno serve e accoglie, ama e dà. Dei fratelli, fra i quali nessuno domina. Questa uguaglianza profonda e originaria è essenziale.

Se delle Persone Ammalate e Portatrici di Handicap non esercitassero veramente una vera responsabilità nelle prime file delle loro Chiese o comunità spirituali e religiose, queste diventerebbero rapidamente dei ghetti. A rigore, ci potremmo aspettare un avvenire migliore per un altro mondo, esortando, per questo mondo, all'accettazione della sofferenza ponendo rapidamente fine a qualsiasi sforzo vero di trasformazione della dolorosa condizione dell'uomo.

2. *Un altro desiderio importante per il nostro Movimento è il seguente:*

— Che le persone Ammalate e Portatrici di Handicap possano partecipare all'insieme degli sforzi di formazione esistenti e proposti nelle nostre diverse chiese. Ciò implica, in particolar modo, che i luoghi in cui si realizzano queste formazioni siano materialmente accessibili alle Persone Ammalate e Portatrici di Handicap, nelle persone ammalate e portatrici di handicap questo implica evidentemente anche il desiderio e la richiesta di questa formazione.

In questo caso il progetto del nostro Movimento è di aiutarle e di provarle.

In poche parole, noi desideriamo partecipare anche all'elaborazione di questi programmi di formazione in particolar modo per quel che riguarda la sofferenza, la malattia e l'handicap.

3. *Un ultimo desiderio, infine, del nostro Movimento:*

Noi siamo a conoscenza dell'esistenza di istituti secolari specifici per le Persone Ammalate e Portatrici di Handicap Fisici e ne riconosciamo il beneficio.

Tuttavia, noi riteniamo che bisogna permettere e preparare l'integrazione di Persone Ammalate e Portatrici di Handicap fisici con delle persone valide, alla vita religiosa (ordini attivi o contemplativi) e ai ministeri istituiti ed ordinati. In questo caso si tratta di rispettare a fondo tutte le vocazioni di ogni persona.

Infine e riassumendo, vorrei dire che il posto delle Persone Ammalate e Portatrici di Handicap nella società e nella Chiesa è alla base del dialogo umano, sociale e politico. Il Nostro Movimento nel mondo vuole essere al centro del primato dello Spirito. Vuole essere alla base del servizio impegnato, nelle società e nei popoli, per la liberazione degli oppressi e per l'appagamento di tutti i poveri. Questa testimonianza e questo impegno sono indispensabili. Senza le Persone Ammalate e Portatrici di handicap non potrebbero avere né il fulgore né la profondità necessari. Non potrebbero mostrare, ai più limitati, che *ognipersona* può inventare un senso alla sua esistenza.

Alla base del dialogo ecclesiale:

Il Movimento è fedele all'« Alzati e cammina » del Vangelo. Nel Popolo di Dio in cammino, non vi sono dei fedeli irresponsabili, o puramente passivi e sottomessi perfino presso coloro ai quali ciò potrebbe sembrare « permesso » !

Dice San Paolo ai Corinzi che « la forza di Dio si manifesta anche nella debolezza ».

Questo Dio che è quello di Gesù ed il nostro è

— Il Dio che viene, che sorprende, e non il Dio che cerchiamo di costruirci per servircene.

— Il Dio che incomincia sempre, e non il Dio che aspettiamo nella paura o nella noia.

— Il Dio che si incarna nel servizio umano del più debole dei fratelli, e non nella gloria umana.

— Il Dio che non punisce né dà ricompense, ma che sa solamente perdonare.

— Il Dio che non permette né la sofferenza né l'angoscia, ma che soffre e combatte con noi contro di esse.

— In poche parole, il Dio che non vi chiede di offrirGli per primi la nostra vita, di far salire verso di lui ciò che gli fa male.

È lui che per primo si offre a noi, per farci passare, fin da oggi, combattendo, dalla vita mortale alla vita vittoriosa di ogni morte. È lui che fa risuscitare. E attraverso di lui che l'azione umana fraterna e responsabile degli uomini diventa una storia di risurrezione.

Sig.ra CLAUDE TRONTIN-DREUX

Coordinatrice Zintercontinentale della Fraternità Cristiana delle Persone Ammalate e portatrici di Handicap (Malati cronici e portatori di handicap fisici) Responsabile Internazionale dell'A.I.M.H.

LA FRATERNITÀ NEI CONTINENTI

CONTINENTE	NAZIONI AFFILIATE	NAZIONI IN ATTESA DI AFFILIARSI	IN CONTATTO* E AVVIAMENTO
EUROPA	Germania, Austria, Belgio, Spagna, Francia, Svizzera, Portogallo, Jugoslavia	Polonia	* Olanda * Ungheria * Romania * Cecoslovacchia
AMERICA	Argentina, Bolivia, Brasile, Colombia, Guatemala, Perù, Uruguay, Messico	Costa-Rica, Honduras, Cuba, Porto-Rico, Martinica, Québec, Salvador	Cile, Nicaragua, Panama, Venezuela, Equador, Paraguay
AFRICA	Madagascar, Zaire-est	Burkina-Faso, Burundi, Camerun, Zaire-ovest, Ruanda	* Togo * Benin * Nigeria
ASIA		Taiwan	* Giappone

politica sanitaria e difesa della vita nel documento del concistoro straordinario

(4-6 aprile 1991)

Introduzione

Sono lieto di aver ricevuto l'occasione di rivolgermi a quest'Assemblea del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari. E devo dire all'inizio che mi sento privilegiato nel precedere il mio buon amico, il Prof. Jérôme Lejeune, il cui impegno personale per la dignità e sacralità della vita umana ed esperienza da genetista di fama mondiale sono grandi doni alla comunità medica e alla intera società.

Considero che questi tre giorni di presentazioni e discussioni serviranno per guidare l'azione di questo Consiglio nel prossimo futuro. Perciò penso che il tema che mi è stato affidato — un riassunto del Concistoro Straordinario sulle minacce alla vita umana — abbia un'importanza inestimabile. Se questo Consiglio deve affrontare in modo adeguato i bisogni pastorali degli operatori sanitari, è essenziale che conosca e sia sensibile alle pressioni indescrivibili che gli impone la nuova e potente *etica della morte* che ci sta sorprendendo velocemente. Una tecnologia medica sempre più sofisticata, l'aumento delle aspettative di vita ed i costi impossibili del trattamento medico sono soltanto alcuni dei motivi per cui le questioni della vita e della morte pongono nuovi problemi al campo sanitario. Forse ci sono anche delle ragioni più sottili, e può darsi che esse risultino ancora più moleste.

Ad esempio, nella sua lettera dopo il Concistoro, il nostro Santo Padre disse:

« Una causa di costante preoccupazione... è il fatto che la coscienza morale della gente appare spaventosamente confusa ed essa trova sempre maggiore difficoltà nel percepire la distinzione chiara e precisa tra il bene ed il male nelle questioni sul valore fondamentale della vita umana » (*Lettera di Sua Santità Giovanni Paolo II a tutti i suoi Fratelli nell'Episcopato*, 19 maggio 1991).

Parleremo ancora di questo più avanti.

Come ho detto nella mia presentazione al Concistoro, ci troviamo « in extremis ». Per la prima volta nella storia della razza umana, ci siamo rivolti contro la vita stessa. Mai prima nella storia c'è stato un attacco contro gli esseri umani

solo perché sono « vivi ». Gli operatori sanitari, forse più di qualunque altro, si trovano — e continueranno a trovarsi — davanti ai dilemmi etici, morali e spirituali che accompagnano questa tendenza tragica.

Sarà una sfida grande e nobile per questo Pontificio Consiglio l'assistere gli operatori sanitari cattolici perché capiscano e rispondano « alla distinzione chiara e precisa tra il bene ed il male nelle questioni riguardanti il valore fondamentale della vita umana ». Sarà un servizio importante non solo per gli operatori sanitari, ma per la Chiesa in generale.

II Concistoro

Il Concistoro Straordinario su « Minacce alla vita umana e la sua difesa » convocato dal Santo Padre, Giovanni Paolo II, ad aprile dell'anno scorso fu veramente « straordinario ». L'attenzione si rivolgeva all'aborto e all'eutanasia, i due estremi dello spettro di morte. L'aborto ormai toglie la vita a circa 30-40 milioni di esseri umani ancora non nati ogni anno a livello mondiale. Mentre le statistiche non sono così chiare per l'eutanasia, presagio che ci troveremo davanti allo stesso fenomeno di una veloce crescita del numero di persone umane uccise da qualche atto di omissione e causa della loro età, handicap o peso per la società. Nel mio Paese, la minaccia dell'eutanasia sta per diventare tanto grave come quella dell'aborto, e stiamo lottando in favore della vita su entrambi i fronti con dei mezzi assai ridotti.

Per limitazioni nel tempo, non vi posso dare il rapporto dettagliato del Concistoro. Perciò ho scelto quei temi che, a mio avviso, sono stati più significativi e che potrebbero essere d'aiuto durante quest'Assemblea.

Il discorso inaugurale del Concistoro del Cardinale Joseph Ratzinger fornì più di un contesto per le nostre discussioni. Servì da *manuale* del magistero della Chiesa sulla persona umana. Il Cardinale Ratzinger ha suggerito che « il punto essenziale di partenza » per considerare le minacce alla vita umana è la « visione biblica dell'uomo », che « definisce l'essere umano nella sua essenza [...] con due tratti distintivi: 1. l'uomo è creato ad immagine e somiglianza

di Dio, e 2. tutti gli esseri umani sono uno perché provengono da un unico padre, Adamo, e da un'unica madre, Eva ».

Questi principi fondamentali della persona umana — la sua sacralità e unità con l'intera razza umana — sono assediati in diverse culture e nazioni del mondo. A mio avviso, tuttavia, l'aborto e l'eutanasia non sono che sintomi delle crisi sottostanti che dobbiamo affrontare. Spiegare che cosa ci ha portati all'attuale insensibilità nei confronti della vita, « l'etica della morte », ed il confuso e spesso perverso senso della « qualità della vita », occuperebbe più tempo di quello disponibile. Mi si consenta, però, di descrivere a grandi linee alcune delle principali preoccupazioni commentate al Concistoro. Credo che la comprensione di esse sia fondamentale per gli sforzi di questo Consiglio di assistere gli operatori sanitari mentre affrontano — in un modo singolare, diretto e quotidiano — delle minacce molto reali alle persone che curano.

Cause sottostanti dell'« etica della morte »

1. Perdita di una norma oggettiva della verità

Suggerisco che una delle ragioni primarie della nostra perdita del senso della sacralità di ogni persona umana è conseguenza del male ultimo: il rifiuto di Dio da parte di quelli che vorrebbero diventare dei loro stessi. È la storia basica della creazione e caduta della razza umana. Il peccato originale ebbe come risultato immediato l'alienazione di Adamo nei confronti di Eva, e fu seguito dall'uccisione di Abele da parte di Caino.

Assieme ad un rifiuto di Dio, non c'è più una norma oggettiva del bene e del male. Anzi, ogni singolo diventa giudice di ciò che è accettabile e di ciò che non lo è, di quale vita è degna di essere vissuta e di quale non lo è.

Nelle parole del Cardinale Ratzinger:

« [La verità] va diventando qualcosa di meramente esterno che ognuno capisce dal proprio punto di vista, senza mai sapere la misura in cui questo punto di vista corrisponda all'oggetto in sé o a ciò che percepiscono gli altri [...]. L'unico

punto di riferimento per ogni persona è ciò che possa concepire come buono per conto suo ».

Il risultato? Lo esprime chiaramente il Cardinale Ratzinger:

« [Quando] si perde il comune riferimento ai valori e, finalmente, a Dio stesso, la società appare allora meramente come un insieme di individui, messi uno accanto all'altro, e il contratto che li vincola sarà percepito per forza come un accordo fra quelli che hanno il potere di imporre la loro volontà agli altri ».

In altre parole, il nostro mondo sta divenendo « pluralistico moralmente ». Non ci sono dei valori condivisi, dei principi morali comuni. Non c'è né bene né male oggettivo. C'è una terribile tendenza di identificare il comodo con il bene e lo scomodo con il male.

Pertanto ho suggerito al Concistoro che sto arrivando alla convinzione che per respingere la marea di uccisioni può darsi perfettamente che dobbiamo ridefinire i nostri obiettivi. Può darsi che prima di poter salvare le vite, dobbiamo salvare le anime. Il mondo ha un bisogno disperato di un fortissimo « metanoia » morale.

C'è una potente dinamica spirituale nel movimento per la vita capace di trasformare quelli che s'impegnano per la causa della vita umana. Le grazie contraccambiate per la causa della vita umana. Le grazie contraccambiate a chi lavora per gli innocenti, i deboli, gli inermi possono avere il risultato di conversioni straordinarie. Ad esempio, tutti sanno che l'uomo che definisce sé stesso come uno dei pionieri dell'aborto negli Stati Uniti, responsabile della morte di circa 60.000 nascituri, il quale dice di essere forse il più colpevole di tutti della crescita dell'aborto, il Dott. Bernard Nathanson, si definisce anche un « ateo ebreo ».

Adesso si presenta davanti a gruppi come il nostro per dire: « Da quando sono diventato membro del movimento per la vita ho scoperto la consolazione, il conforto, la forza ed il coraggio che provengono dal credere in Dio ». Vi suggerisco che gli operatori sanitari e tutti quanti impegnati per la causa della vita sono trasformati spiritualmente dalla tenera mano del Creatore.

2. Libertà individuale e coscienza

La perdita della verità oggettiva porta ad un'enfasi ossessiva sulla libertà dell'individuo, dove « l'unico valore da rispettare sarebbe la totale libertà di scelta di ogni

singolo, a seconda delle sue opinioni private ». La legislazione diventa sospetta perché sembra limitare la libertà dell'individuo. Ma non esiste nessuna legge « neutrale » quando si tratta della vita e della morte. Infatti, « dove il criterio determinante per riconoscere i diritti è quello della maggioranza, dove il diritto di esprimere la propria libertà può prevalere sul diritto di una minoranza senza voce, il potere è divenuto il criterio del bene » (*Discorso al Concistoro Straordinario del Cardinale Ratzinger*). Questa è la brutta realtà sull'aborto e sull'eutanasia. Siamo più grandi dei nascituri e più potenti dei deboli e moribondi. Il principio che la sola potenza conferisce legittimità — che i popoli liberi detestano in tutti gli altri ambiti della giustizia sociale, viene ammesso tragicamente nell'ambito della vita umana.

La libertà dell'individuo ha inciso anche sul concetto e sulla prassi della coscienza. Adesso la coscienza giunge ad essere « legata solo alla bontà dell'intenzione soggettiva. Le azioni concrete [...] dipendono, per la loro qualifica morale, dall'autocomprensione dell'individuo, la quale viene determinata sempre in modo culturale e circostanziale. Così la coscienza diventa solo la soggettività elevata al livello del criterio ultimo per l'azione » (*Cardinale Ratzinger*).

« Abbiamo un bisogno disperato di un ritorno alla "concezione classica della coscienza morale". In questa concezione, la quale appartiene all'intera tradizione cristiana, la coscienza è la capacità di essere aperti al richiamo della verità che è oggettiva, universale e la stessa per tutti quelli che possono e debbono cercarla » (*Cardinale Ratzinger*).

A mio avviso, per questo il Papa Giovanni Paolo II, nella sua lettera ai vescovi del mondo dopo il Concistoro, disse: « Per quanto sia grave e preoccupante il fenomeno della distruzione assai diffusa di tante vite umane, sia nel grembo sia nella vecchiaia, non meno grave e preoccupante è lo smussare della coscienza delle persone ».

La disintegrazione della coscienza e la credenza distorta che ci possa essere una distinzione fra la moralità privata e l'azione pubblica sono state due dei temi principali del Concistoro. Divenne chiaro che la perdita di un senso della verità oggettiva causa problemi speciali nel campo sanitario.

In tale atmosfera, nessuno può rivendicare un diritto assoluto alla vita, poiché ogni diritto diventa relativo. Lo Stato è più potente dell'individuo, e perciò può definire qualsiasi individuo, come un

nascituro, ad esempio, una « non persona » senza diritti. Lo Stato può determinare che la « qualità di vita » di un individuo non merita più una difesa da parte dello Stato — pertanto può essere spenta dall'eutanasia o dal suicidio legalizzato. La moralità viene determinata dal voto della maggioranza. Alcuni arrivano a supporre che non solo sia moralmente lecito che gli infermi, gli anziani, gli inermi tolgano sé stessi di mezzo come peso per le loro famiglie e per la società in generale, ma moralmente obbligatorio. Le giovani incinte sono portate all'idea che hanno non solo il diritto, ma l'obbligo, per sé stesse, le loro famiglie e una società già sovraccarica, di abortire i loro nascituri. Sentono la teoria che non hanno il « diritto » di imporre i bambini alla società.

Per rompere il « circolo vizioso » delle coscienze formate in modo insufficiente che sono portate all'errore dalle leggi e norme civili che autorizzano l'uccisione degli innocenti, il Santo Padre ci ricorda che « sembra più urgente che mai che riaffermiamo con forza il nostro insegnamento comune, basato sulla Sacra Scrittura e sulla Tradizione, riguardante l'inviolabilità della vita umana innocente » (*Lettera del 19 maggio 1991*).

3. L'inizio dell'esistenza e la qualità della vita

L'ignoranza rimane una delle ragioni principali dell'aborto. Moltissime persone non capiscono, semplicemente, che la vita umana comincia al concepimento. Inoltre, sono state inondate da propaganda e sono divenute totalmente confuse. Organizzazioni potenti e ricche le convincono che la distruzione del « feto » è una cosa radicalmente diversa dal distruggere un bambino « indesiderato ». Allo stesso tempo, gli studi dimostrano chiaramente che, quando sono educati correttamente sul vero significato dell'aborto, la maggioranza delle persone lo rifiutano, salvo in circostanze limitate, malgrado tutta la propaganda in senso contrario. Un numero rilevante rifiutano l'aborto in tutte le circostanze.

Il bisogno dell'educazione sull'inizio della vita è critico, specie alla luce dello sviluppo, della produzione e dell'uso della pillola RU 486, la quale può rendere irrilevanti tutti gli argomenti sull'ominizzazione, sulla viabilità di nascituri, sul trimestre in cui può realizzarsi un aborto e per quali motivi. La stravagante maggioranza degli aborti avranno luogo in segreto, sconosciuti, salvo alle donne che li provocheranno con l'uso di RU 486, a meno che possiamo influen-

zarle affinché riconoscano che ogni aborto provocato, in ogni circostanza, con indipendenza dal modo in cui si procuri, è un grave male: nelle parole del Vaticano II, « un crimine abominevole ».

Dobbiamo sottolineare di nuovo la nostra credenza che « da quando è fecondato l'uovo, comincia una nuova vita che non è né quella del padre né quella della madre; è, piuttosto, la vita di un nuovo essere umano con la propria crescita [...]. L'essere umano dev'essere rispettato e trattato come una persona dal momento del concepimento; e perciò dallo stesso momento vanno riconosciuti i suoi diritti come persona, fra i quali occupa il primo posto il diritto inviolabile alla vita di ogni essere umano innocente » (*Donum vitae*, 1. 1).

In modo analogo, cresce la tendenza di misurare la « qualità della vita » di chi è vecchio, terminale, disabile o in uno stato vegetativo continuo. E la volontà di diventare dèi, come abbiamo detto, genera in alcuni la credenza che possono determinare se un individuo concreto debba vivere o morire. La misura soggettiva dell'« utilità », « indipendenza » o « consapevolezza » di una persona viene usata perfino per prendere decisioni sul fornimento di cibo e di acqua.

4. La complicità dei mass media

Gli studi hanno suggerito che almeno l'85% dei giornalisti appoggiano i diritti abortisti, e numerosi rapporti ed editoriali lo dimostrano con chiarezza. Inoltre, è assai difficile comunicare un messaggio affermativo della vita attraverso i giornali, le riviste, la radio o la televisione; semplicemente, sono respinti tali sforzi. Dall'altro canto, i media, almeno negli Stati Uniti, concentrano la propria attenzione quasi esclusivamente sul concetto della « comvassione » nei loro servizi sull'eutanasia e sul suicidio assistito. Il nostro concetto di responsabilità per proteggere la vita gli è estraneo. Tramite i loro rapporti, si vede l'assoluta autonomia personale come diritto naturale.

5. Perversione della professione medica

Molti medici, in passato consacrati alla vita, adesso fanno delle fortune con la morte attraverso l'aborto. E malgrado le notizie recenti su medici che durante gli aborti hanno leso le donne o tagliato delle membra ai nascituri — sopravvissuti — ancora non si

sente una protesta da parte della professione medica.

Sebbene soltanto la storia dirà se diventeranno anche l'eutanasia ed il suicidio assistito dai medici un grosso e rinumerativo affare, ci sono delle indicazioni che sarà così. In due casi molto conosciuti negli Stati Uniti, i medici hanno assistito i pazienti nel suicidio, ed i servizi dei media indicano che molti altri medici ammettono di aver fatto lo stesso segretamente. Un medico scrisse in una rivista specializzata di aver somministrato una quantità mortale di un farmaco ad una moribonda per mettere fine alla sua sofferenza. Un altro ha inventato una « macchina per il suicidio ». Questa è una nuova dimensione del dibattito pubblico perché indica un collasso della responsabilità dei medici per sostenere la vita e sanare o curare il paziente. Infatti andiamo sviluppando un'etica consistente della morte.

6. Divisione fra vivi e morti

Le divisioni del nostro mondo — causate dalla tossicomania, dalla violenza, dalla paura, dalla politica, dalla povertà ecc. — possono essere guarite tutte. Ogni parte può ricevere una seconda opportunità. Può esistere l'opportunità per una discussione, un dibattito, lo scambio mutuo, anche il compromesso. Ma la divisione fra i vivi ed i morti non può essere sanata. Quella provocata dall'aborto e dall'eutanasia. I morti non possono discutere o dibattere o avere uno scambio di idee con i vivi che li stanno uccidendo. Non possono fare un compromesso.

Per questo, a mio avviso, il mondo non è diviso veramente fra i difensori della vita e gli abortisti, ma fra questi e *gli arbortiti*, che non possono parlare né venire a un compromesso. Si potrà dire lo stesso delle vittime dell'eutanasia.

7. La forza potenziale della sofferenza

Un punto finale che desidero stabilire è la questione della sofferenza. Nella società occidentale, con la grande disponibilità dei farmaci, dell'alcool e di altri palliativi, di solito si vede la sofferenza come un male. Non abbiamo sempre agito bene nell'aiutare perché i nostri capissero il grande potenziale di unire le loro sofferenze a quelle di Cristo sulla Croce. Non tutti apprezzano il mistero per cui la persona umana acquista una nuova importanza alla luce dell'Incarnazione o il significato della personalità umana diventa chiaro solo in funzione dell'esistenza e presenza continua di Cristo nel mondo.

Conclusioni

Una parte importante del Concistoro si è dedicata a ciò che è stato fatto o che si sta facendo per proteggere e migliorare la vita umana nel mondo. Personalmente, sono molto fiero degli sforzi non solo dei vescovi, ma dei milioni di laici fedeli e dedicati che sacrificano tanto in favore del prezioso dono della vita.

Chiedo che tutti voi che assistete gli operatori sanitari siate consapevoli non solo della sacralità delle vite servite da loro, ma degli stessi operatori, che sopportano un peso specialmente forte in questo momento della storia. Allo stesso tempo, suggerisco che chi si impegna nel campo sanitario affronti la sfida di « percepire » la chiara distinzione fra il bene ed il male nelle questioni che riguardano il valore fondamentale della vita » (*Lefferadel Papa Giovanni Paolo II del 19 maggio 1991*).

Senza dubbio, il difensore più espressivo e coraggioso della persona umana è il Santo Padre, i cui scritti sulla sacralità e dignità di ogni individuo, peché fatto a immagine e somiglianza di Dio Onnipotente, servirebbero come programma perfetto in questo campo. Inoltre, le sue numerose visite nel mondo hanno dato l'esempio più visibile dell'impegno costante della Chiesa a tutta la vita umana. Per questo impegno e la sua saggezza personale, Giovanni Paolo II da convocato il Concistoro Straordinario. Credo che saranno vastissimi i frutti di questo lavoro.

Torno di nuovo ad uno dei temi più importanti del Concistoro Straordinario: « La radice ultima dell'odio per la vita umana, di ogni attacco alla vita umana, è la perdita di Dio. Dove sparisce Dio, sparisce anche l'assoluta dignità della vita umana » (*Cardinale Ratzinger*). Forse la maggior assistenza nostra agli operatori sanitari sarebbe di servire da ricordo costante che a Dio solo corrisponde essere Autore di tutta la vita. Abbiamo il privilegio di curare la sua creazione più meravigliosa, la persona umana, e lo possiamo fare sapendo che il soffio della vita è di Dio, e solo Lui lo può togliere.

Dobbiamo ricordare « con ammirazione le meraviglie del Creatore verso la sua creazione, le meraviglie del Redentore verso quelli che è venuto a incontrare e salvare ». Dobbiamo ricordarci che la « ricettività allo Spirito comporta una disponibilità generosa verso gli altri e perciò una ricettività verso ogni vita umana dal primo momento della sua esistenza fino all'ora della sua morte » (*Cardinale Ratzinger*).

Card. JOHN O'CONNOR
Arcivescovo di New York

i credenti nella loro risposta all'invito del documento del concistoro straordinario sulla difesa della vita

Eminenza,

Comincio secondo l'antico uso, « Peto veniam ». In quanto debbo sollecitare in anticipo il Suo perdono, Eminenza, poiché dopo le parole dettate ieri dalla sua benevolenza, non posso se non deluderla, prendendo oggi la parola. Ma tuttavia, munito della sua decisione assolutoria, io comincerò.

Ieri ho appreso quale fosse la presentazione *gloria* per la risposta dei credenti alla richiesta del Concistoro straordinario per la Difesa della Vita: è quella che ci è stata fatta dal Monsignor de Souza, Arcivescovo di Cotonou, che ci ha reso partecipi della sua preoccupazione: nel suo paese, il Benin, esiste una tribù che ancora oggi vuole eliminare alla nascita i bambini anormali e questa deviazione, che si pretende abbia delle origini culturali, era per il suo paese una grande difficoltà. E ascoltando Monsignor de Souza io pensavo che il Benin era un paese fortunato se ha solamente una tribù che vuole uccidere i suoi figli, poiché nel mondo occidentale, questo mondo ricco e potente, che possiede tutta la tecnologia moderna, non è una piccola tribù che uccide i suoi figli, ma sono delle nazioni intere che sacrificano le loro stesse vite.

In realtà, possiamo affermare, e questo senza calcolare assolutamente la mano, che oggi nell'Europa occidentale e nell'America del Nord, per un medico cattolico deciso a restare fedele all'insegnamento del magistero sul rispetto della vita e a chi osa affermarlo, è impossibile essere nominato professore in embriologia, in genetica o in ostetricia. Questo è diventato impossibile. E noi possiamo già osservare che la generazione futura di studenti di queste tre discipline non avrà alcun professore ippocratico, nessun cristiano.

Ma questa regressione non sarà limitata a queste tre tribù, l'embriologia, la genetica e l'ostetricia, no, insieme con l'eutanasia, il cui spettro incomincia a minacciare il mondo, io dico lo spettro, perché, questo modo di eliminare coloro che disturbano quando hanno raggiunto un volume ed un'età molto più importante di quella di cui parlavamo poco fa, questo modo porta nella storia un nome terribile, che sembra un errore di orto-

grafia ma che è solamente un errore della storia. E scritto con lettere di sangue *Eutanazi*, n, a, z, i, ... Sarebbe bene che l'insieme dei cristiani si ricordasse con quali lettere sono state scritte queste parole. Dicevo che questa regressione tribale si estenderà a tutta la medicina in quanto l'eutanasia interesserà tutte le discipline, tutte le specialità e fra meno di quindici anni non ci saranno più specialisti in una facoltà di medicina, in una facoltà di giurisprudenza — non so in una facoltà di teologia — non ci sarà più specialista che potrà essere nominato, se rispetta la vita, perché, diranno, non sarebbe capace di rispondere ai nuovi bisogni della società.

Abbozzando questo quadro, non credo assolutamente di fare una caricatura della realtà, non credo assolutamente di esprimere l'opinione di un moralista, ma di attenermi esattamente ai fatti come essi sono. E questo ritorno alle barbarie, questo tentativo di eliminare la morale universale, cioè la morale cattolica, è, bisogna proprio dirlo, assolutamente logico. In quanto tale, vi darò l'impressione del fisiologo affermando che ho l'impressione che coloro che conducono queste campagne abbiano scoperto una specie di teorema di metafisica sperimentale, teorema semplicissimo che dice che: le virtù soprannaturali possono sviluppar-

si solamente sul prezioso humus delle virtù naturali.

E noi osserviamo che coloro che non vogliono riconoscere un Dio ed un Salvatore propongono di distruggere le virtù naturali come la protezione del piccolo verso e contro tutti, come l'aiuto di colui che è debole, qualsiasi sia la pena che l'opprime, poiché hanno assicurato che se queste due virtù naturali vengono distrutte, nessuna virtù soprannaturale si insiederà più su questo terreno sterilizzato.

In poche parole, coloro che vogliono attaccare il Figlio dell'Uomo, hanno capito che bisognava attaccare i bambini degli uomini. È la posta del mondo moderno, e, in quanto genetista, ho avuto l'impressione che è stato a giusto titolo che il Concistoro che trattava questo argomento è stato definito straordinario.

Adesso come possiamo agire? Come agire nei confronti dei genitori e degli ammalati, nei confronti dei nostri colleghi scienziati, dei medici, degli operatori sanitari, e della società in genere? Questo è il problema che vorrei esaminare brevemente con lei, problema pratico, niente affatto del moralismo teorico, ma cosa possiamo fare?

Dapprima i genitori, ed i malati. Parlerò soprattutto di quelli che conosco, coloro che sono giovani, coloro che sono gracili, che non sono amati in maniera appropriata, coloro che non sono ben formati, tutti coloro che arrivano alle soglie dell'esistenza con un handicap più o meno temibile e che, in qualche modo, sono l'esercito degli infelici che facciamo passare davanti, per fare credere, che sopprimere coloro che soffrono è umano. Cosa possiamo dire ai genitori? Innanzitutto, penso che possiamo ascoltarli, e che sono loro che hanno molto da dirci, e se lei lo permette, le racconterò tre storie assolutamente vere.

La prima è accaduta venticinque anni fa. Da parecchi anni curavo un ragazzino che si chiama Paul, e che è trisomico 21. Sua madre è molto colta, ed un giorno mi disse: « Ma, ben presto sarà possibile esaminare i cromosomi di un bambino quando questo si trova ancora nel ventre della madre. Quando resterò in stato interessante, forse l'anno prossimo,



forse fra due anni, mi farà questo esame per rassicurarmi, affinché sia sicura che mio figlio non sia ammalato come Paul? ».

L'amniocentesi non veniva ancora fatta, se ne parlava, e la tecnologia non era a punto. La tecnologia dell'amniocentesi era a punto per salvare i bambini, l'aveva inventata Sir Liley, per aiutare i piccoli colpiti da incompatibilità feto-materna e per poter in questi casi di incompatibilità Rhésus venire in loro aiuto facendo una trasfusione in utero. E posso affermare, poiché ho conosciuto bene e apprezzato molto Sir Liley, che è lui che ha inventato l'amniocentesi per salvare i bambini, posso affermare che questo uomo, che era una forza della natura, con delle mani da boscaiolo ed una abilità da orologiaio, che era commovente osservare questa forza mentre introduceva, sotto controllo ecografico, un minuscolo tubicino all'interno della cavità peritoneale del feto, e tutto questo mentre continuava a parlare con la mamma che non era anestetizzata, solamente una anestesia locale per infilare l'ago, e faceva delle trasfusioni in utero ad un piccolo essere che misurava allora venti centimetri di lunghezza, tutto compreso. Questa tecnica era quindi disponibile, e questa mamma mi diceva: « Ma mi rassicurerà? ». Ed abbiamo parlato per circa un'ora, ed io le ho detto: « Certamente, i rischi che il suo bambino ne sia colpito sono pochissimi e dopo aver fatto l'esame c'è molta probabilità di brindare e che le sia rassicurata per tutto il resto della sua gravidanza. Sì, è vero! Il 90%, sì, anche il 98% delle possibilità. Ma... se il piccolo ne è colpito? Che cosa farò? Lo denuncerò, per mandarlo alla morte? Non posso fare questo. Ma le mentirò dicendole che il bambino è

normale, mentre ho visto che è ammalato? Non posso fare questo. Allora, se per questo esame non vi sono che due possibilità: o il bambino è normale, o il bambino ne è colpito e lo si uccide, questo esame non è opera di un medico ».

E la mamma è andata via, era molto tesa, e mi ha detto: « Capisco i suoi ragionamenti da medico, ma avevo fiducia in lei e lei rifiuta di aiutarmi! ». E andata via dopo aver finito di dire queste parole, con uno sguardo molto duro, ma ha riaperto la porta, ha infilato la testa, e mi ha guardato in una maniera che solamente una madre può usare di fronte ad un medico, e mi ha detto questo: « Ma il piccolo Paul, che lei cura da quattro anni, se lei avesse accettato di fare l'esame, non glielo avrei mai riportato! ». Ed ha sbattuto la porta. Aveva detto tutto... Aveva detto tutto, poiché è vero che se noi rifiutiamo di fare l'amniocentesi, in un senso, sembriamo non compatire l'ansia di una mamma, ma lei sapeva anche che non poteva affidare allo stesso uomo la vita del suo bambino al quale tiene e l'accusa, la denuncia poi l'esecuzione di un bambino che lei non vorrebbe.

A volte accade che lo sviluppo dell'embrione sia profondamente perturbato, e che la costituzione dell'essere, in qualche modo attorni a questo asse che è il sistema nervoso non si attui completamente, che questo tubo nervoso non si chiuda esattamente verso l'estremità caudale e verso l'estremità cefalica, dando la spina bifida, se questo non si chiude in basso, o dando un'anencefalia o assenza di cervello se la chiusura non prosegue fino alla parte anteriore dell'essere.

Circa due anni fa, ho ricevuto una giovane madre in stato interessante di un bambino anencefalo. Aveva quattro mesi e tutti voi sapete che con i metodi che rassomigliano al sonar, che veniva utilizzato per scoprire i sottomarini durante la guerra, ora possiamo con l'ecografia studiare quasi il ritratto di un bambino, e lei mi portava le neopatine che mostravano che il piccolo era effettivamente ben formato per quel che riguardava l'insieme del corpo, ma non aveva la calotta cerebrale, non aveva la corteccia al suo posto, era anencefalo. Mi ha detto: « Ecco, io sono cristiana, e mi dicono di uccidere il bambino perché in ogni caso non vivrà. Che cosa devo fare? ». Allora abbiamo discusso a lungo con la mamma. Innanzitutto, la diagnosi, per essere certi che fosse esatta. Ed era esatta, il bambino non aveva cervello e non avevamo nessun mezzo, neanche a quattro mesi, di aiutarlo a rico-

minciare questo sviluppo embrionale che egli non aveva fatto. Era certo che non sarebbe sopravvissuto, ma era altrettanto certo che la vita di questo bambino non metteva in gioco la vita della madre. Per lei non era più pericolosa di un'altra gravidanza e, d'altra parte, questo bambino continuava a svilupparsi in maniera del tutto normale, tenuto conto della sua infermità, e nel senso doloroso del termine egli non ne soffriva di certo. Noi non potevamo fare niente per lui, noi tecnici, e la madre giunse a questa conclusione: « Se capisco bene, dottore, io sono l'unica persona al mondo che può dargli i quattro o cinque mesi di vita che la natura gli consente? — Sì, è così, signora! La natura gli ha dato press'a poco la durata di vita nel suo utero, e lei sola può dargliela ».

Circa due anni dopo ho rivisto questa donna, mi aveva appena annunciato la nascita di una bambina assolutamente normale. Era ritornata per dirmi questo, me l'ha detto tutto d'un fiato: « Sono tornata a trovarla, perché tengo a dirle che io so, adesso, di aver fatto ciò che dovevo fare. Gli ultimi quattro mesi della mia gravidanza precedente sono stati molto tristi perché sapevo che avrei perso il bambino. E nato anencefalo, ed è morto immediatamente. Ed ora, quando guardo sua sorella, non mi sento in imbarazzo, io so di aver dato al mio primo bambino tutto quello che una madre poteva dargli, e che nessuno al mondo poteva dargli di più ».

Forse lei ritiene che io vada oltre la normale riserva degli scienziati e che io le parlo di medicina più con il cuore di una madre, facendo parlare il cuore di una madre, che utilizzando l'intelligenza puramente razionale, ma in



queste cose il cuore ne sa probabilmente molto più della ragione. Ed ho appreso ciò da un'altra mamma. Mi portava un ragazzino trisomico 21, io mi occupo soprattutto di questi bambini. Era pallido, aveva delle ecchimosi sotto la pelle, sanguinava dalle gengive, era evidente che aveva una leucemia e che era in cattive condizioni. E dopo averlo esaminato, i miei colleghi mi avevano chiamato perché la mamma rifiutava di ricoverarlo in ospedale. Allora, ho visitato il bambino, ho riscontrato le stesse cose dei miei colleghi, ed ho detto alla mamma: « Sì, signora, ce lo deve lasciare, perché dobbiamo fargli velocemente una trasfusione. Veramente, non sta bene! ». E la madre mi ha guardato. E uscita con questa frase che mi ha sbalordito. Mi ha detto: « Come si chiama lei? ». Questo non mi era mai capitato in un ospedale! Le ho detto il mio nome e lei mi ha detto: « In questo caso, ve lo lascerò, perché so che almeno lei non lo ucciderà espressamente ». E terrificante! Non ho romanizzato la storia, è andata così! Una madre che chiede il suo nome ad un medico per sapere se questi sarà veramente al servizio del suo bambino o si erigerà a giudice della vita e della morte. E qui, ci rendiamo conto della terribile incapacità della nostra società e della profonda diffidenza che si scava tra il paziente ed il medico.

Allora, mi sembra che per rispondere un poco a ciò che diceva poco fa sua Eminenza, se tutte le istituzioni cattoliche scrivessero sul frontone delle loro porte d'entrata: Qui, non uccidiamo, moltissimi equivoci sarebbero eliminati, molti genitori saprebbero a cosa attenersi, e non solamente i genitori di bambini ma i genitori dei pazienti di ogni età ed anche di quelli avanti negli anni. Non so come dovremmo scrivere ciò. Mi ricordo quando ero giovane studente di medicina che le Suore Agostiniane scrivevano sulle loro case, e io mi ricordo, inciso sulla pietra con lettere dorate: « Dice Christiane sine discretione exhibere hospitalitatem ». Penso che bisognerebbe che noi mostrassimo senza discrezione il rispetto della vita. Ed ora, cosa dire ai nostri colleghi? Qualcosa di completamente differente! I colleghi, loro, non sono direttamente implicati nella sofferenza del paziente, nella sofferenza della famiglia, nell'angoscia. E, penso, sia il ragionamento che ci può permettere, forse non di convincerli, ma di aiutarli a vederci più chiaro. Il ragionamento! Oh non dobbiamo fargli una lezione per insegnare loro che la vita comincia come ogni cosa al suo inizio. Loro lo sanno! Al mondo non esiste un medico che procura aborti illeciti,

che non sappia che l'essere umano comincia con la fecondazione. Lo sanno! E quando insegnano la biologia ai loro studenti, lo insegnano. Ma è solamente quando ne traggono le conseguenze pratiche: se affermo che la vita incomincia nel momento del concepimento, affermo che c'è un essere umano, se c'è un essere umano, lo rispetterò e questo io non lo voglio, dunque cercherò di inventare un periodo grigio, incerto, durante il quale nessuno potrà dire chi è veramente, in altre parole, qualcosa all'imbrunire. Ebbene, noi abbiamo certamente la possibilità tecnica della dimostrazione sulle molecole codificate, sul DNA, su questo *Logos spermaticos*, poiché si tratta proprio di quello, oggi, è del *logos nello sperma*. Ma non credo che, almeno per i colleghi medici, questo sia estremamente necessario e molto convincente, poiché, lo ripeto, loro lo sanno benissimo, ma vorrebbero non saperlo. Ma forse noi potremmo utilizzare il cammino inverso, e dirgli: « Voi rifiutate queste premesse perché temete di essere rinchiusi da esse, ma se non le accettate vi rinchiuderete in una contraddizione ancora più grave. Un esempio semplice: la legge inglese. Mi ricordo, Eminenza, di aver parlato in questa sala, pochi giorni prima che questa legge inglese fosse votata dai Lords, e mi ricordo di aver detto che osavo sperare che i Lords avessero una saggezza sufficiente per sapere che i piccoli inglesi cominciavano all'inizio. Non è stato così. La legge attuale in Inghilterra stipula che fino ai quattordici giorni non esiste l'essere umano e che l'essere umano incomincia solo dopo la seconda settimana compiuta. Questo permette ad ogni suddito di Sua Maestà Britannica di essere sottoposto alla vivisezione durante i primi quattordici giorni di vita, è per questo che è stata fatta questa legge, per poter fare degli esperimenti su del materiale umano fresco. Questa legge è estremamente interessante da osservare. Supponiamo che la legge abbia ragione, supponiamo un momento... Una legge inglese acquista valore solamente quando ha ricevuto « the Royal Assent », firmato dalla Regina e da una regina legittima, ciò che, d'altra parte, è stato fatto dalla Regina d'Inghilterra. Ma in questo caso, vi è una particolarità, se la legge dice la verità la regina d'Inghilterra non aveva il diritto, l'attuale regina d'Inghilterra, non aveva il diritto di firmare questa legge, poiché se la legge dice la verità, anche lei è stata per quattordici giorni un essere vivente non umano, cioè un animale. In ogni generazione, la linea genealogica del trono d'In-

ghilterra è stata interrotta per quattordici giorni... Se la legge dice la verità! Inoltre, se la legge dice la verità, afferma che ciò che è vero per la regina d'Inghilterra è vero per tutti i suoi sudditi e che dunque tutti i membri del Parlamento, ivi compresi i Lords, sono stati anch'essi degli animali per quattordici giorni e devo dire che per il genetista, se questa legge è vera, il summum dell'immoralità è mettere nelle mani di ex animali i destini di una nobile nazione. Questa legge afferma manifestamente il falso. La regina d'Inghilterra è stata concepita umana fin dal concepimento, nessuno può dubitare di questo. Mi sembra che affermando ciò, io non utilizzo una canzonatura alla Chesterton. Ci vorrebbe Chesterton per dirlo in maniera irresistibile. Ma, in realtà, io utilizzo il vero soggetto: coloro che vogliono comandare il mondo nonostante le leggi della natura, possono cercare di farlo ma bisogna che vedano in che cosa si addentrano e in quale aporia sono definitivamente rinchiusi. D'altra parte, credo proprio di non esagerare poiché questa legge ha dato vita ad una *Authority*, una *Embryology Authority*, che è destinata a dare delle indicazioni, delle *Guide Lines*, a tutti i medici del Regno Unito e fra gli utilizzi di questi embrioni molto giovani definiti non umani dalla legge, una frase è rivelatrice: è proibito, e citerò l'inglese di impiantare *in a non human animal*, ciò che in un ottimo inglese significa che se esistono degli *animali non umani* esistono anche degli *human animals*, e che gli uomini sono solo degli animali. E credo che il redattore, che non si è reso conto di ciò che faceva, aveva semplicemente rivelato correttamente la logica di questa legge, essa non può essere concepita che nel caso in cui gli uomini siano solamente degli animali. E io non posso credere che i nostri amici britannici abbiano brutalmente cambiato specie e che un voto del Parlamento abbia potuto fare di loro degli animali. Proprio questa umanità, possiamo vederla? Lei conosce il vecchio problema del Medio Evo, vedo il cavallo ma non vedo la « equinità ». Oggigiorno ci troviamo in una situazione opposta. I teorici sanno bene cosa è l'umanità ma non vogliono più vedere ogni uomo. Poiché nell'uovo fecondato che si dividerà febbrilmente, questa piccola sfera di un millimetro e mezzo, quando arriva a quattro o otto cellule è già possibile, e questo è già stato effettuato, rimpiango il fatto che questi esperimenti siano già stati effettuati, in quanto essi sono un grande disprezzo del piccolo essere, ma sono stati fatti, proprio in Inghilterra, grazie a

questa legge, e il sig. Monk ha dimostrato che su un embrione di 8 cellule, era capace di togliere una sola cellula, di amplificare notevolmente il messaggio genetico attraverso il metodo del PCR e di leggere con delle sonde appropriate: è un maschio? è una femmina? sì o no? risposta semplicissima; ha tale malattia? Utilizzando tale sonda speciale capace di scoprire un errore tipografico nell'immenso messaggio che è di 6 volte più lungo dell'enciclopedia britannica? sì, è possibile! A partire da una sola cellula... E questo prelievo, non avendo ucciso l'embrione, quest'ultimo porrà rimedio alla sua perdita e può sopravvivere. E qui, siamo esterrefatti, devo dire, nel vedere questa forza tecnologica e questa meravigliosa resistenza della nuova vita che sarà in grado di porre riparo a questa perdita che le è stata inflitta, siamo stupefatti dell'incredibile miopia dello specialista. Egli mette a punto una tecnica che gli permette di scoprire un errore di una sola base sul DNA, un solo errore d'ortografia, egli lo vede, e non vede l'umanità del suo bambino.

Qui è presente il controsenso moderno che non è un vizio dell'intelligenza, è esattamente una decisione della passione che rifiuta l'evidenza per non essere legata da questa evidenza che rifiuta di riconoscere l'essere, per paura di essere obbligata a rispettare in seguito la sua dignità.

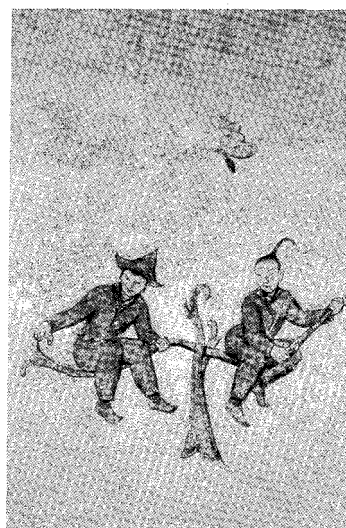
Ecco, ho quasi terminato, Eminenza, vorrei ugualmente dire ancora due parole. Una, sull'utilizzo, poiché ci viene fatto credere che è molto utile prendere delle cellule nervose da un feto per inserirle nel cervello di un malato affetto dalla malattia di Parkinson, e ci viene fatto credere che questa forma estremamente raffinata di cannibalismo del giovanissimo per rattoppare colui che è indebolito è un progresso della medicina ed una specie di giustificazione dell'eliminazione di tanti piccoli bambini poiché su di loro verranno recuperati dei pezzi staccati per riparare i loro maggiori. Ebbene, si è girato attorno a tutta la propaganda che è stata fatta su questo intervento e che ha quasi convinto il Parlamento britannico ad accettare la sua legge, completamente insensata, basta leggere l'articolo del sig. Clough (Lancet, 337, 1312 — 1321, 1991) in cui sono state raccolte tutte le osservazioni conosciute e che dimostra che fino ad oggi questa tecnologia non ha guarito nessuno, e che nessuno può dire che sia solamente promettente, ma era l'esempio grazie al quale si poteva fare credere: ma sì, uccidere i piccoli è positivo perché recupereremo in loro dei pezzi staccati per riparare le persone più

grandi. E qui, vi è una perversione dell'informazione, perversione non so se deliberata, non so se esiste un maestro d'orchestra e, in quel caso, se esistesse io saprei il suo nome e si chiamerebbe sicuramente Legione e in nessun altro nome. E quando ripetiamo ai nostri contemporanei che « faremo dei lavoretti manuali » sugli embrioni, che è necessario per il progresso della scienza, che non potremo inventare niente se non abbiamo questo diritto di vita e di morte. Penso che qui assistiamo ad una terribile perversione e questa perversione verte su un tentativo di ragionamento ternario che noi tutti conosciamo che è la diversione, l'inversione, la perversione. La diversione, vi diranno: « Non guardate colui che scomparirà, ma osservate tutto ciò che sarebbe costato alla società e guardate tutto ciò che verrà risparmiato con la sua scomparsa ». In seguito ci sarà l'inversione: « Ma guardate tutto il bene che potremmo fare con tutta l'abnegazione che avremmo utilizzato per lui, tutti i soldi che avremmo speso per lui ». Allora viene la perversione: bisogna che sia l'« Innocente » ad essere liberato! Questo ragionamento ternario è già stato fatto, a proposito di un vaso d'alabastro che era molto caro e che conteneva un profumo prezioso. Anche in quel caso, sarebbe potuto essere venduto, anche in quel caso si sarebbero potute fare molte cose con quei soldi e anche in quel caso la conclusione è stata la condanna dell'« Innocente ». Questo ragionamento da Giuda, è proprio questo ragionamento che tutti i mass media fanno per fare accettare, per tentare di far accettare alle nostre popolazioni: è la stessa innocenza che dovete condannare. Probabilmente il fatto che noi cerchiamo di spiegare ciò all'insieme della società è positivo. Potremmo spiegarle anche che esistono altre vie per la scoperta e per il progresso ma credo che il mio tempo a disposizione sia terminato. Eminenza, è meglio che mi fermi qui. Forse, più semplicemente, potremmo cercare di costruire un tessuto di medici che abbiano del rispetto verso l'insegnamento del magistero. Non so come dovrà essere fatto, ma la prima tappa mi sembra evidente... Bisognerebbe almeno, che in una città, ed in un paese e perfino in ogni città, ogni medico che è pronto a rispettare individualmente l'insegnamento del magistero, ogni infermiera, ogni persona che si occupa della sanità, ogni religiosa, poiché le sorelle hanno questo di meraviglioso che sono le uniche a portare l'aggettivo « buone » — è un privilegio straordinario! — che quelle che sono buone si conoscano a

vicenda e che in una città, coloro che rispettano la vita sappiano: ma, in tale caso, io-lo manderei da questa persona. E straordinario vedere che nel mio mestiere io ricevo ogni giorno delle richieste: « Professore, potrebbe segnalarmi un ostetrico che non provoca aborti? Potrebbe indicarmi qualcuno che non faccia tale cosa disapprovata dalla morale? ». E io non sono in grado di fornirgli una lista. Un tempo, era sufficiente dire: « Ma è un medico! Ha prestato il giuramento di Ippocrate, egli ha detto: "Eserciterò la mia arte nell'innocenza e nella purezza"; ha giurato "non darò del veleno neanche se mi pregassero di fare ciò, né suggerirò una cosa simile, non procurerò l'aborto ad una donna". Era sufficiente dire: questo medico è un medico ippocratico! ». La legge di Ippocrate, il giuramento di Ippocrate è stato dato all'umanità 400 anni prima della venuta del Nostro Signore ma questo uomo, parlo di Ippocrate, aveva una tale penetrazione, una tale intuizione così profonda, una conoscenza così giusta e una intenzione così retta, che in due frasi aveva definito ciò su cui riposa la civiltà in materia di rispetto della vita, e che in qualche modo egli aveva fornito questa virtù naturale di cui parlavo all'inizio, che è il terreno indispensabile sul quale può infine proliferare la virtù soprannaturale.

Prof. JEROME LEJEUNE

*Professore di Genetica fondamentale
all'Università di Parigi (Francia)
Accademico Pontificio*



la chiesa nei paesi dell'est: la pastorale sanitaria per la ricostruzione

In occasione dell'ottantesimo compleanno del Sommo Pontefice Pio XI, in una udienza degli alunni del Collegio di Propaganda Fide nel 1937, il Santo Padre ci disse: « Mi dispiace carissimi giovani, che non son giovane come voi, per poter confessare la fede tramite sofferenze e martirio. E ciò che avviene per voi ».

Era l'anno quando Pio XI pubblicò due fonti di luce *Divini Redemptoris* contro il comunismo ateo e *Mit brennender Sorge* contro il razzismo. Accanto alla dottrina cattolica di orientamento, nei tempi tenebrosi, queste due encicliche furono per la mia Chiesa una premessa, che insieme alla fede indelebile e con l'aiuto delle grandi personalità della vera cultura, costituirono i veri capisaldi della resistenza della Chiesa unita con Roma.

La persecuzione si scatenò a partire dal 1948 con grande violenza colpendo i sacerdoti e con la minaccia di deportarli in Siberia, ed allora si sentiva la paura.

La paura ha prodotto discussioni tra i membri delle famiglie nelle comunità parrocchiali.

Gli effetti erano: l'audacia che produsse una risposta fortissima negativa da parte di tutti i Vescovi, della maggior parte dei sacerdoti, di tutte le monache, di tutti i fedeli che per molti anni non vollero entrare nelle Chiese consegnate da parte dello Stato alla Chiesa ortodossa.

Il secondo effetto era la disperazione e sotto il peso di questo sentimento alcuni sono passati alla Chiesa Ortodossa. Per coloro che hanno resistito arrestati, cominciò un capitolo della vita in cui erano nelle mani di uomini senza Dio, che si credevano onnipotenti e credevano di avere il diritto di fare tutto ciò che volevano con coloro che la pensavano diversamente.

Ma Dio non abbandona mai. Non avevamo nessun aiuto umano, ma Dio non era assente. I persecutori erano senza Dio, noi eravamo senza uomini, senza aiuto umano, ma non senza Dio, non senza aiuto divino.

Per poter capire la situazione che si era creata in seguito alla persecuzione bisogna vedere l'atteggiamento di Cristo di fronte alla persona umana sofferente. Il Signore è venuto per la salvezza

dell'uomo. Ma durante la sua vita ha aiutato le persone incontrate e che avevano bisogno di essere guarite, d'avere la luce negli occhi e l'apice della Sua misericordiosa è la parabola del Buon Samaritano.

Adesso il trattamento di coloro che furono arrestati, dal punto di vista umano era durissimo, senza alcun aiuto medico. Per dimostrare questa affermazione basta ricordare che tre Vescovi della nostra Chiesa morirono in prigione all'età di 47-51 anni senza alcun aiuto medico.

Come esempio di totale mancanza di medicinali ricordo il caso di un luogo della prigione dove circa una cinquantina di persone soffrivano di una forte diarrea che poi si trasformava nelle diverse malattie intestinali.

Anch'io venni portato in quella stanza, chiamata stanza della morte perché gli uomini si ammalavano gravemente ed uno ad uno morivano.

Per sei settimane non veniva prestato nessun medicamento. Per ognuno quando moriva, prima di tutto io recitavo le preghiere e facevo una meditazione sulla morte e solo allora annunciavamo che era morto e lo portavamo fuori dalla stanza della morte.

A dire il vero, dopo sei settimane coloro che si sono salvati hanno ricevuto qualche medicamento.

Ma come ho detto mancava l'aiuto umano non quello divino. Posso affermare che gli uomini ricevevano la morte in modo soprannaturale con una tranquillità mirabile dell'anima ed offrivano le sofferenze e l'ultimo atto della propria vita per il trionfo della Chiesa di Dio, per il bene del Paese, della Chiesa e per l'intesa con tutti gli uomini del mondo.

Adesso in seguito a ciò che è avvenuto, cioè il crollo del comunismo, esiste la preoccupazione da parte della Chiesa, come si è visto nel Sinodo Europeo, per la nuova Evangelizzazione. Cercherò di mostrare come si potrebbe arrivare a svolgere un apostolato nel pieno senso della parola nel mio Paese tanto arretrato dal punto di vista educativo, dal punto di vista economico e dal punto di vista medico, cioè la possibilità di aiutare la persona umana nella sofferenza spirituale e fisica. Il crollo del

Comunismo è una realtà, ma le conseguenze si sentono ancora dovunque. Si avvertono nella vita economica, si sentono nella vita dei giovani che non avevano alcuna educazione religiosa e perciò il rinnovamento è molto difficile.

Quindi la nuova Evangelizzazione è un problema fondamentale. Per riuscire bisogna avere innanzi agli occhi la Personalità di Cristo e lo spirito con cui ha lavorato per aiutare l'uomo e per arrivare allo scopo per cui è venuto al mondo.

Un capitolo che merita l'attenzione per la nuova Evangelizzazione è questo. Nel 1945-48 come decano di 50 sacerdoti, conoscendo la miseria umana dopo la guerra e poi il terrore comunista, dato che molti uomini erano ammalati senza assistenza medica, ho cominciato ogni domenica a recarmi in qualche villaggio in visita pastorale. Andavo accompagnato da un medico. Dopo una devozione nella Chiesa locale con la partecipazione di tutti i fedeli, mi recavo dai malati accompagnato dal medico che li visitava senza compenso e poi il giorno seguente gli inviava sempre gratuitamente le medicine. Questa procedura ebbe un influsso straordinariamente favorevole per l'atteggiamento verso la religione con la conclusione da parte del popolo che la Chiesa volesse alleviare la sofferenza sia dal punto di vista fisico che spirituale. Adesso abbiamo rinsaldato questo filo e stiamo facendo lo stesso.

Il centro della vita spirituale dei romeni cattolici, era Blaj che dal punto di vista religioso e pastorale ha cessato di esistere per 43 anni, ma adesso tutti si aspettano quasi dei miracoli. Un fatto è vero, dal punto di vista sanitario lascia molto a desiderare, non corrisponde alle necessità della sofferenza umana.

Comunque qui vi si svolge l'apostolato.

Abbiamo cominciato con i ragazzi, con i giovani laici, con le donne, con i seminaristi e via dicendo, ma possiamo fare ben poco con la Pastorale Sanitaria.

Allora nel pensiero alla vita di Cristo ed al suo apostolato umano e divino una grande spinta per lo svolgimento della nuova Evangelizzazione sarebbe, non so-

lo opportuna ma quasi un miracolosa, la fondazione a Blaj (in cui tutti hanno grande speranza) di un grande ospedale provvisto di tutte le sezioni necessarie per l'aiuto dell'ammalato, e altre sezioni, come pediatria, interne per un ambulatorio.

Nelle condizioni attuali d'inflazione e disoccupazione sempre più esplosive, aumentano coloro che non possono pagare né il medico né le medicine.

Nei dispensari dopo aver aspettato davanti alla porta lunghe ore, perché ne esistono pochi, non si trovano le apparecchiature necessarie e nemmeno i farmaci, esiste soltanto un medico generico con uno stetoscopio e la sola possibilità di misurare la pressione arteriosa.

A Blaj per esempio c'è un piccolo grande ospedale, ma senza l'apparecchiatura necessaria, con pochi letti per accogliere tutti gli ammalati, che vengono da tutta la regione, perché un ospedale più attrezzato si trova a quasi 80 km, ma per la possibilità di recarvisi di essere accolto è troppo lontano.

Nel mio Paese non esiste ancora un sistema di previdenza sociale; i farmaci, se esistono, generalmente a prezzi molto alti, devono essere pagati in moltissimi casi anche se uno è ricoverato e curato in ospedale.

Non si fa niente per prevenire le malattie, a causa di tante difficoltà

nel consultare un medico, soltanto gli ammalati gravissimi giungono dal medico.

I medici non sono ben pagati e per questo non sono rari i casi di corruzione tra i sanitari.

L'assistenza medica nel nostro Paese si svolge in una condizione di carenze e difficoltà materiali considerevoli anche dal punto di vista dell'alloggio, del riscaldamento, dell'igiene, dell'alimentazione e via dicendo.

Considerando il fatto che sia il Concilio Vaticano II sia le istituzioni internazionali devono preoccuparsi che la vita delle persone sia veramente umana, notando che lo stesso Concilio Vaticano II si preoccupa degli infermi e loda i religiosi che offrono la loro vita negli ospedali per servire il Signore negli ammalati; data l'importanza per la cura degli ammalati, dei disabili, dei vecchi senza alcun aiuto, nell'ottica del vero apostolato s'intende molto bene la grande missione di Sua Eminenza il Cardinale Fiorenzo Angelini con il Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari.

Lavorando in favore dell'uomo dopo il crollo del Comunismo dal punto di vista spirituale per la salvezza dell'anima significa portare a ciascun malato il buon Samaritano.

Lavorando per la nuova Evangelizzazione in tutto il mondo, in tutta l'Europa, con lo spirito sopra

accennato, i religiosi, i medici, le donne e gli uomini giovani ed adulti sentiranno con grande gioia le parole di Cristo alla sua seconda venuta:

« Venite, benedetti del Padre mio, prendete possesso del regno preparato per voi fin dalla fondazione del mondo; poiché ebbi fame e mi deste da mangiare, ebbi sete e mi deste da bere;

fui pellegrino e mi accoglieste; ignudo e mi rivestiste; ammalato e mi visitaste; carcerato e veniste da me.

Allora gli risponderanno i giusti: Signore, quando mai Ti abbiamo veduto affamato e Ti abbiamo dato da mangiare; assetato e Ti abbiamo dato da bere? Quando Ti abbiamo veduto pellegrino e Ti abbiamo accolto, ignudo e Ti abbiamo rivestito? Ovvero quando Ti abbiamo veduto ammalato o carcerato e siamo venuti a visitarti? E il Signore risponderà e dirà loro: « In verità vi dico: ogni volta che avete fatto qualche cosa per uno dei più piccoli di questi miei fratelli, lo avete fatto a me »» (Mt 25, 34-40).

Card. **ALEXANDRU TODEA**

Presidente della Conferenza episcopale romana



pastorale sanitaria e dialogo ecumenico

1. Situazione della Chiesa cattolica in Russia

Volendo parlarvi di alcuni particolari aspetti del lavoro sanitario e della cura pastorale dei malati nel mio paese è necessario premettere delle considerazioni sulla Chiesa cattolica in Russia.

La santa Russia è nota nel mondo per la Chiesa ortodossa e la sua sacra tradizione orientale. Un tempo, prima della rivoluzione del 1917, la Chiesa cattolica era fiorente nella Russia. Basti ricordare che nella Russia europea c'erano circa centocinquanta chiese ed il numero dei credenti superava i cinquecentomila. Praticamente l'intera Russia dipendeva dall'Arcivescovo di Moghilev. La sede dell'Arcivescovo è stata un tempo la capitale dell'impero, San Pietroburgo. Per i cattolici tedeschi esisteva una diocesi con capitale a Saratov sul Volga. San Pietroburgo e Saratov disponevano di due importanti seminari e nella capitale c'era anche l'accademia ecclesiastica. Numerosi erano gli ordini religiosi nelle scuole cattoliche.

Ad esempio a San Pietroburgo ce n'erano circa settanta e a Mosca circa trenta scuole cattoliche. Tra queste scuole si contava pure quella di medicina. Vennero inoltre creati movimenti ed associazioni per l'assistenza negli ospedali e le « misericordie » per la cura dei malati. Nacquero alcuni ospedali che furono chiamati ospedali parrocchiali.

Non va dimenticato che nel territorio russo hanno lavorato santi come san Raffaele Kalinowski, il Beato Sergio Mutulaitis-Mutulevich, e la beata Madre Lament, apostola dell'unione dei cristiani, la beata Ledokowska, apostola di misericordia e dell'assistenza ai sofferenti, ecc.

Con l'avvento del comunismo, oltre sessanta anni fa, ha avuto inizio una lunga stagione di pesanti difficoltà materiali e spirituali. In pratica furono chiuse tutte le chiese, tutti i monasteri, le scuole e gli ospedali cattolici. I vescovi e i sacerdoti vennero deportati nei lager siberiani. Non pochi fra loro, sottoposti a grandi prove, morirono.

Dopo la seconda guerra mondiale rimasero aperte soltanto due chiese, una a Leningrado e l'altra a Mosca.

Quando nell'aprile dello scorso anno, il santo Padre mi nominò amministratore Apostolico per i cattolici di rito latino nella Russia europea, in tutto il territorio erano registrate solo sei chiese e vi lavoravano sei sacerdoti.

Attualmente sono registrate ventinove parrocchie mentre altre quindici stanno per essere costituite. Il numero dei sacerdoti è di venti e fra loro diversi provengono da svariate nazioni europee. È stata ufficialmente costituita la Caritas ed il suo compito è l'aiuto ai poveri e l'assistenza agli ammalati.

Stiamo assistendo ad una autentica rinascita della Chiesa, nonostante permangano molteplici e forti difficoltà. [Tra queste innanzitutto il recupero degli edifici ecclesiastici; su questo punto le autorità civili ed amministrative fanno fatica a cedere].

Analoga situazione nelle altre Repubbliche, anche se in Lituania e Lettonia le cose vanno meglio. Qui erano rimasti Vescovi e seminari; sono state conservate più Chiese aperte con maggiori possibilità per il lavoro pastorale della cura dei malati.

2. Cura pastorale dei malati in Lituania e Bielorussia dove ho lavorato e in Russia dove lavoro attualmente

Quanto sopra ho descritto è chiaro che non offriva grandi possibilità alla Chiesa di occuparsi della cura pastorale dei malati. Era possibile, ma con difficoltà, solo per le confessioni e in circostanze di morte. Nei villaggi era più facile assicurare l'assistenza spirituale agli ammalati, soprattutto se si poteva accedere in case di persone credenti. Si aveva modo così di confessare fedeli che attendevano il sacramento della penitenza da molto tempo. Per i fedeli era difficile, ma cercavano il modo di contattare il sacerdote. Grazie a questo impegno pastorale, si è potuto fare non poco: molti hanno avuto l'occasione di ritornare alla fede, mettere a posto la loro situazione matrimoniale, accostarsi ai sacramenti, incontrare Dio, ecc. Io stesso una volta, nel corso di una di queste visite, ho avuto modo di confessare per la prima

volta due anziane signore di oltre settanta anni, le quali erano state in Siberia.

In Lituania era più facile compiere questo servizio pastorale accanto ai malati, come pure visitare gli ospedali e talora anche le carceri. Negli ospedali, in genere entravamo in borghese perché sia i malati che i medici si allarmavano per la visita del prete. Spesso queste visite agli ammalati hanno avuto interessanti risultati pastorali. Ricordo che una volta un sacerdote che lavorava con me in parrocchia andò a trovare un ammalato e di ritorno mi riferì il seguente episodio: un tale stava già in sala operatoria ma non permise che l'operassero senza prima aver incontrato il sacerdote per la confessione. La gente parlò a lungo di questo fatto e fu occasione per alcuni di riavvicinamento alla fede.

La cura pastorale degli ammalati negli ospedali riveste poi un indubbio carattere ecumenico. Succede che se chiamano un sacerdote cattolico, anche gli ortodossi domandano di essere confessati. Come pure chi sta male o sta per morire, indipendentemente dal fatto che siano cattolici o no, vengono avvicinati. Ed io penso che questo rappresenti un modo pratico di fare ecumenismo.

In Bielorussia, quando i tempi erano più duri, veniva praticamente impedita ogni azione pastorale negli ospedali. I sacerdoti potevano raggiungere i malati ed aiutarli solo se in borghese. Talora scendevano sulla strada ed i sacerdoti li confessavano per strada o in macchina.

Bisogna ringraziare Dio perché ora i tempi stanno cambiando.

Di recente in Bielorussia sono state organizzate speciali Liturgie per gli ammalati nelle Chiese o anche nelle case, particolarmente nei villaggi.

Si tratta di un'importante opportunità per gli ammalati di avvicinarsi alla Chiesa ed ai sacramenti, come pure è una felice occasione per gli altri di partecipare a tali Liturgie.

Un grande aiuto a questa nuova possibilità pastorale viene offerto a coloro che vengono dai Paesi dell'Ovest. Le difficoltà sociali ed economiche che ora stiamo attraversando interessano tutti, cattoli-

ci, ortodossi e non credenti. Per tale ragione la Chiesa non intende operare solo per se stessa, ma in collaborazione con la Chiesa ortodossa. Ancora una volta ecco un provvidenziale aspetto dell'azione ecumenica.

Lo scorso anno il Santo Padre, attraverso il Cardinale Angelini, ha fatto dono a Grodno in Bielorussia di un'ambulanza attrezzata per gli accertamenti clinici relativi all'AIDS. Quando ho regalato questa ambulanza all'ospedale vicino alla Chiesa c'era molta gente. Del fatto hanno dato notizia la stampa, la radio e la televisione e fu scritto che quest'ambulanza sarebbe servita alla cura dell'AIDS del corpo, mentre la Chiesa cura l'AIDS dello spirito.

La Caritas diocesana di Spyer (Germania) ha regalato molte attrezzature mediche per il reparto di maternità a Grodno in Bielorussia. La consegna di queste attrezzature e la benedizione del reparto è stata una grande lezione di evangelizzazione.

I noti fatti di Chernobyl nel 1986 sono stati una tragedia per la Bielorussia, l'Ucraina e la Russia. Negli anni scorsi la Chiesa di Bielorussia ha potuto inviare circa quattromila bambini in Polonia ed alcune centinaia in Italia e Germania. Si tratta di azioni che non rendono un servizio soltanto alla cura dei malati specialmente bambini, ma anche all'ecumenismo. La Chiesa infatti non ha scelto secondo l'appartenenza religiosa, ma secondo i bisogni.

Vorrei ricordare a questo punto la grande azione intrapresa dal « Circolo di San Pietro » lo scorso anno a favore di bambini vittime di Chernobyl provenienti dalla Russia. Si è occupato di questo intervento la Chiesa ortodossa dato che in quella zona praticamente non ci sono parrocchie cattoliche. Quest'anno un intervento simile sarà organizzato a Smolensk. La possibilità data a questi ragazzi di venire a Roma, di incontrare il Santo Padre, di visitare le Chiese, di avere contatti con la religione costituiscono per loro delle importanti opportunità per avvicinarsi a Dio.

Occorre a questo punto aggiungere qualche parola a proposito del lavoro che svolgono le suore di Madre Teresa di Calcutta. Solo a Mosca esse hanno due case. In una accolgono bambini con handicaps psichici nell'altra anziani e indigeni.

Nell'una e nell'altra casa ci sono corsi di catechismo che mettono in luce in modo pratico gli aspetti ecumenici. In entrambe le case ci sono le cappelle in cui viene tanta gente che vive vicino. Non è raro il caso di vedere sacerdoti ortodossi che vengono a fare visita

agli ammalati o battezzare i bambini ivi ospitati. La Congregazione di Don Orione ha firmato con le autorità di Mosca un accordo per la costruzione di un ospedale per handicappati fisici. È previsto nel complesso assistenziale orionino anche un centro di formazione professionale per giovani ed un luogo di culto. È chiaro che queste realizzazioni saranno indipendentemente aperte a cattolici e non.

L'ospedale per bambini che il Cardinale Angelini ha proposto servirà a tutti: cattolici, ortodossi, e non credenti. Non è nostra intenzione fare del proselitismo, ci preme soltanto venire incontro a chi soffre e agli ammalati...

A Mosca opera anche un centro per drogati « Domus Mariae », dove cattolici, ortodossi e non credenti possono essere accolti.

Nell'ambito delle attività pastorali per la sanità è prevista anche una preparazione per gli infermieri dei quali gli ospedali in Russia hanno grande bisogno.



Le autorità di San Pietroburgo hanno dato la loro disponibilità ad aiutare la Chiesa cattolica ad organizzare una scuola cattolica per infermieri, che tenderà non solo alla loro qualificazione professionale, ma anche alla loro formazione spirituale perché siamo buoni « samaritani ». Questi operatori potranno così battezzare, lavorare per prevenire l'aborto, per aiutare coloro che sono vittime della droga. Si potrà così praticare l'etica medica oggi praticamente dimenticata.

3. Insieme costruiamo tutti il corpo di Cristo. Se un membro sta male tutti ne risentono, dice l'apostolo Paolo. Le Chiese debbono condurre i fedeli alla fede in Dio

« Lex suprema salus animarum ». « Legge suprema è la salvezza delle anime »: noi sappiamo bene che cosa questo significa.

La Chiesa da sempre è chiamata ad aiutare i fratelli, soprattutto i poveri e gli ammalati. Cristo ha detto: ciò che avrete fatto ad uno di questi piccoli lo avrete fatto a me; beati i misericordiosi perché otterranno misericordia.

Lavorando per la salute spirituale la Chiesa opera anche per la salute fisica.

« Spirito sano in corpo sano », dice un antico proverbio russo.

Nell'ultimo Sinodo dell'Europa nel 1991 è stato affermato che la testimonianza della carità è evangelizzazione. A Natale, nella cattedrale Bogoiavlenskaja, il Patriarca di Mosca e di tutte le Russie, Alessio II, ha ringraziato la Chiesa per l'aiuto sanitario.

Giovanni Paolo II, il 22 gennaio 1992 nell'udienza generale ha detto che per l'evangelizzazione del mondo occorre la collaborazione di tutti i cristiani. E questo noi vogliamo anche realizzarlo attraverso la cura pastorale dei malati.

La Russia attraversa in questo momento una fase di risveglio religioso. Sta vivendo anche momenti di grandi difficoltà economiche. Difficile è poi il rapporto tra la Chiesa ortodossa e quella cattolica. La collaborazione fra la Chiesa ortodossa e quella cattolica nel campo della pastorale sanitaria può portare risultati positivi per la salute della gente e risveglio spirituale. Può inoltre aiutare alle relazioni fra le Chiese affinché tutti siano una sola cosa e possano essere sani nel corpo e nello spirito.

Grazie per la vostra attenzione.

Archiv. TADEUSZ
KONDRUSIEWICZ

Arcivescovo Tit. di Ippona Zârto
Amministratore Apostolico
della Russia Europea

vocazioni per il ministero nel mondo della salute

Il tema propostomi: « Vocazione per il ministero nel mondo della salute: realtà e prospettive », in parte è già stato trattato in occasione della prima Plenaria del Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari. Durante questi ultimi due anni, poi, sono state promosse delle iniziative intese a mettere in pratica alcune delle mozioni elaborate durante quell'incontro del febbraio 1990. Il compito che mi prefiggo in questa breve relazione è di tentare di fare il punto sull'argomento, cercando di indicare alcune piste per una più approfondita riflessione sul medesimo.

Senso di disagio

A chi abbia seguito l'evolversi della presenza e dell'azione della Chiesa nel mondo della salute durante questi ultimi decenni, non è certamente sfuggito un diffuso senso di disagio. Il titolo di un articolo apparso recentemente su una rivista italiana esprime adeguatamente tale malessere: « Il servizio religioso in ospedale rappresenta ancora un richiamo per una scelta vocazionale? ». Nella mente dell'autore, l'interrogativo si riferisce precipuamente al servizio religioso, ma poi possiamo estenderlo ad ogni tipo di servizio svolto dai credenti impegnati nel mondo sanitario.

È interessante notare le reazioni suscitate dal senso di disagio di cui abbiamo parlato sopra. Accanto a stati d'animo di tipo depressivo, tipici di coloro che vedono in termini disastrosi il futuro della presenza della Chiesa nel mondo sanitario, possiamo constatare atteggiamenti aggressivi volti ad indicare e a fustigare i presunti colpevoli di una situazione che non funziona a dovere. Ugualmente è possibile cogliere reazioni esageratamente ottimistiche, frutto d'una inadeguata visione delle cose. Non mancano, infine, le prese di posizione più realistiche di quanti, attardandosi a considerare attentamente la situazione, sanno cogliere le indicazioni che da essa provengono, utilizzandole per promuovere un processo di cambiamento creativo. Quest'ultimo atteggiamento, che noi vogliamo adottare, è ben riflesso nell'espressione del

filosofo Spinoza: « Non piangere, non ridere, ma capire ». Se le reazioni emotive di fronte ad una situazione sono estremamente importanti, esse, però, non devono oscurare una chiara comprensione della realtà.

Le cause

Questo ci porta ad interrogarci sulle cause del disagio che rende problematica la scelta di esercitare il ministero tra i sofferenti e coloro che ne prendono cura.

1. Non vi sono dubbi che in primo luogo vada ricordata « una mentalità abbastanza diffusa che tende a considerare la pastorale sanitaria come aspetto secondario della pastorale generale » (Card. F. Angelini). Il peso psicologico di questo fattore è grande, poiché esso incide sul senso d'identità di quanti operano nel mondo della salute, potendo suscitare sentimenti d'inferiorità e/o d'irrelevanza. All'origine di questa mentalità gioca forse il fatto che la « dimensione notturna » dell'esistenza (sofferenza, malattia, morte...) di cui s'interessa prevalentemente la pastorale della salute suscita, anche in persone che pure orientano la loro vita alla luce della fede, numerose reazioni difensive. Una di esse consiste nel « tener basso » il grado d'importanza di tale settore d'apostolato, privilegiando quelli relativi alla « dimensione diurna » dell'esistenza (famiglia, gioventù, lavoro...).

2. Una seconda causa, collegata alla precedente, è costituita dalla lentezza con cui viene attuata la nuova immagine di Chiesa elaborata dal Concilio Vaticano II, e caratterizzata da comunione e partecipazione. L'insufficiente valorizzazione nel mondo della salute dei ministeri laicali in tutte le loro espressioni, unitamente alla diminuzione dei sacerdoti e dei religiosi, causa un impoverimento della presenza ecclesiale accanto a chi soffre e muore.

3. In terzo luogo va ricordata l'incapacità e difficoltà di molti operatori — sacerdoti, religiosi/e, laici — di far fronte ai profondi

cambiamenti avvenuti nel mondo della salute. Il progresso della scienza e delle tecniche e l'evolversi delle discipline amministrative hanno, da un lato aperto nuove impensate possibilità alla pratica della medicina e alla distribuzione delle cure, ma, dall'altro hanno suscitato gravi problemi di natura etica, relativi al nascere, al morire, al rapporto personale-malato: come accordare imperativi tecnici o imperativi morali? Dal punto di vista antropologico, poi, la svolta avveratasi nell'evoluzione del concetto di salute e di malattia ha costituito un grande progresso umano, ma, nello stesso tempo, ha anche creato nuovi miti e attese irrealistiche. Nello slogan « Salute per tutti nel 2000 » non sono, forse, sottesi anche elementi di una visione della vita contrastanti con i valori evangelici? Infine, le conseguenze negative del processo di secolarizzazione sulla pratica religiosa e sulla richiesta di accompagnamento spirituale tendono, in molti casi, a rendere marginale la presenza dell'operatore pastorale.

Questi profondi rivolgimenti che hanno cambiato il volto del mondo della salute esigono una risposta cristiana nuova. Sinteticamente potremmo dire che è necessario il passaggio dalla semplice e pur importantissima prossimità al malato ad un autentico progetto di presenza e azione cristiana che, ponendo al centro dell'attenzione il sofferente, si rivolga a tutta la problematica relativa al benessere psicofisico e spirituale dell'uomo e al complesso universo che sorge intorno al malato: i familiari, il personale, le strutture e i programmi sanitari. Si tratta del passaggio da un approccio unidimensionale ad un approccio multidimensionale.

In quest'ottica, l'azione della Chiesa, sempre rimanendo finalizzata all'evangelizzazione e alla salvezza dell'uomo, è chiamata ad esprimersi in una varietà di forme che vanno dall'umanizzazione al dibattito etico e al momento sacramentale, e spazia dall'ospedale al territorio, visitando tutte le istituzioni responsabili della promozione della salute: famiglia, scuola, parrocchia. Compito impegnativo questo passaggio, certamente ancora ben lontano dall'essere com-

più in maniera adeguata dalla Chiesa.

L'insieme dei fattori appena delineati è più che sufficiente per spiegare quel malessere di cui abbiamo parlato all'inizio della relazione. Prendendo consapevolezza di questo stato di cose, è più facile comprendere le difficoltà della promozione di vocazioni per il ministero del mondo della salute. Ed è questo « capire », colorato di partecipazione che, evitando i toni esageratamente aggressivi o disfattistici o ingenuamente ottimistici, può avviare all'agire.

Aree d'intervento

Vorrei illustrare il momento operativo della promozione vocazionale per il ministero del mondo sanitario, precisando le aree nelle quali la comunità ecclesiale è chiamata ad investire il proprio impegno.

Prima area: vocazione e vocazioni. Possiamo parlare di *vocazioni* per il ministero del mondo della sanità perché vi è una *vocazione* che il Signore rivolge a tutti i credenti, invitandoli ad andare a lavorare anche in quel settore della vigna dove i fratelli e le sorelle vivono la stagione della sofferenza, della malattia e della morte. In un bel passaggio della *Christifideles laici*, Giovanni Paolo II ricorda che anche il malato, l'handicappato, il sofferente va considerato « come soggetto attivo e responsabile dell'opera di evangelizzazione e di salvezza » (CL 54). Facendo parte integrante della missione della Chiesa la sollecitudine per gli infermi e i sofferenti, dev'essere attivata nel cuore e nello spirito di tutti i cristiani i quali, in virtù del battesimo, sono chiamati a partecipare alla promozione del Regno di Dio. Il Concilio Vaticano II, infatti, raccomanda ai vescovi di circondare « di una carità paterna gli ammalati » (CD 30); ai sacerdoti di avere « cura dei malati e dei moribondi, visitandoli e confortandoli nel Signore » (PO 6); ai religiosi di esercitare « al massimo grado » il ministero della riconciliazione in loro favore e di mantenere la fedeltà al carisma della misericordia verso gli ammalati (cfr. PC 10); ai laici di praticare « la misericordia verso i poveri e gli infermi », ricordando che la « carità cristiana deve cercarli e trovarli, consolarli con premurosa cura e sollevarli porgendo aiuto » (AA 8).

Nella misura in cui verrà sviluppata questa dimensione della vocazione cristiana, si apriranno possibilità per il fiorire di vocazioni specifiche. Riservare nella catechesi e nell'insegnamento delle scuole

cattoliche il giusto spazio alle problematiche della salute, della malattia e della morte diventa un compito imprescindibile se si vuole che il processo di socializzazione porti l'individuo a mostrarsi sensibile e rispettoso verso chi soffre, apprezzando la dignità della fragilità umana e mostrandosi, poi, disponibile a progetti di solidarietà in favore dei sofferenti.

Seconda area: le vocazioni laicali. I credenti che svolgono la loro attività nel mondo socio-sanitario, per professione o per scelta volontaria, devono essere aiutati ad attingere le motivazioni più profonde del proprio lavoro nella consacrazione battesimale. Se il clima culturale in cui viviamo suggerisce di non equiparare genericamente la professione sanitaria ad una vocazione, ciò non vale per il credente, il quale può trasformare in autentico ministero il lavoro compiuto in favore di quanti sofferono. Preoccupa la posizione di tanti credenti, impegnati nel mondo della salute i quali, molto attivi nelle parrocchie, assumono nell'ospedale, un atteggiamento anonimo e distante. Le Istituzioni sanitarie cattoliche hanno una grande responsabilità a questo riguardo. Esse, infatti, diventeranno « evangelizzatrici » nella misura in cui i credenti che vi lavorano fanno appello alla responsabilità inerente al sacerdozio loro conferito dal Signore attraverso il battesimo, per svolgere il proprio servizio con amore e competenza. Le virtù umane della solidarietà e della compassione, cui ogni persona è chiamata, trovano potenziamento, continuità ed efficacia quando vengono radicate nella fede che rende consapevoli della relazione d'amore stabilita tra Dio e l'uomo. Non è forse vero che molti operatori sanitari laici vivono male il rapporto tra la dimensione orizzontale e verticale della loro azione? A volte, non c'è forse dissociazione o conflittualità tra le due? In questo senso rivestono un ruolo molto importante le Associazioni sanitarie cattoliche, il cui compito è il « tenere insieme » quanti lavorano nelle strutture sanitarie, motivandoli ad un cammino di crescita cristiana attraverso l'esercizio della professione.

Il discorso fatto per gli operatori sanitari vale anche per i volontari cristiani impegnati nel mondo della salute. Queste enormi forze che si muovono spinte dai valori della solidarietà e della gratuità hanno bisogno di trovare nella consacrazione battesimale la forza che alimenti il loro slancio generoso, sull'esempio di Gesù che ci ha amati e ha dato la vita per noi (cfr. Gal 2, 20).

La qualità umana e cristiana degli operatori sanitari e dei volontari costituisce certamente una delle condizioni essenziali perché fioriscano vocazioni alla vita religiosa e/o sacerdotale, dedicate al servizio dei malati. Nello scegliere lo stato di vita religiosa o sacerdotale, infatti, il cristiano imprime radicalità al proprio progetto esistenziale, contenuto nella consacrazione battesimale.

Terza area: le vocazioni religiose. Le religiose e i religiosi impegnati nel mondo della salute sono molto numerosi. Una parte di essi appartengono ad istituti il cui carisma specifico è l'assistenza ai malati. La decrescita numerica, l'invecchiamento e la contrazione del numero dei candidati, la perdita di molte posizioni. Questa situazione critica è vissuta con sofferenza a livello di Chiesa, come lo testimonia, ad esempio, il Documento della Consulta Nazionale per la Pastorale Sanitaria, che opera in seno alla CEI, nel quale si legge: « Alla religiose che, prestando il loro servizio negli ospedali e case di riposo, hanno contribuito a sostanziare di spirito evangelico la cura degli infermi, rivolgiamo un invito a rimanere fedeli a questa presenza accanto a chi soffre, nonostante le gravi difficoltà dovute sia alla decrescita numerica sia ai cambiamenti avvenuti nel mondo sanitario » (n. 48). Tuttavia, per chi osserva con discernimento gli avvenimenti, anche questo momento di crisi va visto come un'indicazione che gli Istituti religiosi devono « riflettere e cambiare » in modo da rendere più viva ed eloquente la propria testimonianza. E forse necessario che i religiosi/e impegnati nel mondo sanitario trovino forme nuove per mostrare che la dedizione completa ai malati — nell'osservanza dei consigli evangelici e della vita comunitaria — è un valore così grande da rendere possibile e gioiosa la rinuncia agli ordinari modi di vivere l'affettività, il possesso e la gestione della propria vita. Vivendo così con impegno il compito di questa testimonianza — che è il principale — i religiosi sono chiamati ad essere « significativi » nelle Chiese particolari dove operano, richiamando continuamente al dovere di imitare Cristo mentre sta curando gli ammalati.

Quarta area: le vocazioni sacerdotali. Se ad ogni sacerdote incombe il dovere di assistere gli ammalati, è soprattutto a quanti tra di essi hanno accettato o scelto di realizzare la propria vocazione sacerdotale nel servizio degli infermi che spetta il compito di svolgere

tale ministero con competenza e amore.

Per comprendere l'importanza di vocazioni sacerdotali per il ministero del mondo della salute, occorre riflettere sul fatto che il sacerdote rappresenta e ripresenta la figura di Cristo-capo, pastore supremo che comunica la vita agli uomini. Attraverso l'esercizio del suo ministero specifico, il sacerdote alimenta il sacerdozio dei fedeli nell'ambito delle tre funzioni; la Parola, il culto, la diaconia. Ciò aiuta a comprendere quanto sia essenziale il sacerdozio ordinario per la vitalità delle vocazioni laicali al ministero nel mondo sanitario, di cui abbiamo parlato precedentemente.

Se è di estrema importanza che la Chiesa si preoccupi perché vi siano sempre sacerdoti deputati al ministero verso gli infermi, sfuggendo da una parte al pericolo denunciato dalla *Christifideles laici* (n. 23) di livellare i due sacerdoti e, dall'altro di provvedere ad una più equa distribuzione dei medesimi —, è altrettanto importante che essa aiuti tali sacerdoti a valorizzare meglio le vocazioni dei diaconi, dei religiosi/e e dei laici, orientate verso questo tipo di ministero. Il ruolo del sacerdote nel mondo della salute non sarà sminuito dalla presenza attiva e responsabile di altre figure che, in forza del battesimo, sapranno trasformare in validi ministeri i carismi ricevuti dal Signore. Al contrario, esso ne uscirà rafforzato perché maggiormente visto a servizio della comunità ecclesiale, di cui sa scoprire, discernere e valorizzare le potenzialità. Il futuro dell'assistenza spirituale dei malati e del personale sanitario è pensabile solo nella prospettiva di una crescente collaborazione tra sacerdoti, diaconi, religiosi/e e laici; collaborazione che può assumere forme grandemente strutturate, come nel caso del dipartimento di pastorale o cappellania, oppure meno elaborate. In diversi paesi è già stata compiuta molta strada verso questo tipo di cooperazione che, da un lato sottolinea l'unità battesimale, eucaristica e pneumatologica di tutto il popolo di Dio e, dall'altra, la varietà carismatica e ministeriale all'interno di esso.

Le quattro aree appena illustrate indicano altrettanti luoghi dove la Chiesa deve esprimere il suo impegno per la promozione di vocazioni dedicate al ministero verso gli ammalati. Nessuna di queste aree può essere trascurata anche senza che vi sia una ripercussione sulle altre. In un dato momento, può probabilmente nascere il bisogno d'investire più energie in qualcuna delle aree che nel passato hanno ricevuto meno attenzione,

ma questo deve avvenire senza creare squilibri.

Mezzi

Vorrei ora indicare alcuni mezzi necessari per un'attività nelle aree descritte sopra. Lo farò utilizzando alcuni verbi.

1. *Pregare.* La vocazione è dono divino da chiedere con insistenza e fiducia, soprattutto quando la promozione vocazionale sembra essere senza risultati. Nella risposta di Pietro a Gesù troviamo il senso della preghiera rivolta a Dio nei momenti difficili di questo ministero: « Signore, abbiamo faticato tutta la notte e non abbiamo preso nulla, ma sulla tua parola getterò le reti ». (Lc 5, 6).

2. *Sensibilizzare.* Nel cuore di ogni cristiano e di ogni comunità ecclesiale vi è un anelito verso l'altro, il desiderio di amare e di aiutare il povero, l'ammalato, l'handicappato. Spesso, però, tale anelito è disatteso o dimenticato, per cui è necessario ripetere senza stancarsi il comando di Cristo: « Curate gli ammalati... ».

3. *Formare.* L'amore non basta, è stata scritto. Occorre anche che le persone e i gruppi siano abilitati a svolgere il loro ministero con competenza oltre che con amore. Mentre in alcuni paesi la Chiesa e le istituzioni sanitarie sono molto esigenti per ciò che concerne la formazione delle persone impegnate nel ministero nel mondo sanitario, in altri purtroppo si nota trascuratezza e pressapochismo. Verrebbe certamente reso un grande servizio alla qualità del ministero nel mondo della salute se in ogni paese o regione, gli organismi competenti (conferenze episcopali, regionali...) stabilissero delle linee direttive comuni da seguire nella formazione del personale addetto al ministero in favore dei malati.

4. *Presentare modelli.* Giovanni di Dio e Camillo de Lellis, come pur tanti altri santi e sante della carità misericordiosa verso gli ammalati, ci hanno mostrato quanto possa essere efficace la presentazione di modelli personali che attraggono per la loro autenticità e dedizione. Parlando della necessità di presentare modelli, mi riferisco anche ad iniziative ed istituzioni che s'impongano come esemplari: un ospedale, una cappellania, una comunità d'accoglienza, un gruppo di volontari, un progetto...

5. *Organizzare.* Il lavoro di promozione vocazionale per il

mondo della salute, per essere efficace esige organizzazione e coordinamento. Ciò comporta, oltre allo studio adeguato delle situazioni dei vari contesti socio-culturali ed ecclesiali, la determinazione delle priorità dei bisogni, e concreti piani d'azione per raggiungere gli obiettivi prefissati.

6. *Pazientare.* L'impazienza non è una virtù repubblicana, ha detto recentemente un personaggio politico. Molto prima, Karl Jung aveva scritto che « il diavolo può essere battuto con la pazienza, perché egli non ne ha ». Qualcuno, riferendosi alla crescita della Chiesa, ha affermato che è necessaria una pazienza « geologica ». Con più ottimismo, io mi riferisco a quella pazienza di cui ha bisogno il lavoratore il quale, sparso il seme nel terreno, cura che vi siano tutte le condizioni affinché esso cresca e fruttifichi e, nello stesso tempo, confida nell'indispensabile assistenza del « Padrone delle messe ». D.

Conclusione

Non vi sono dubbi che il Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari abbia coniugato tutti questi verbi lungo i suoi sette anni di vita. E li ha coniugati con un impegno creativo, sfociato in molteplici iniziative sia nel campo della sensibilizzazione ecclesiale come pure in quello della formazione, dell'organizzazione e del coordinamento. Quest'ultimo compito è certamente il più arduo, considerata l'universalità dell'impegno del Dicastero, ma è anche quello da compiere con più determinazione se si vuole garantire efficacia e continuità alle iniziative.

Appartenendo ad un Ordine religioso dedicato al servizio dei malati, sono grato a Sua Eminenza il Card. F. Angelini e ai suoi collaboratori per aver posto tra i principali obiettivi del Dicastero questa viva preoccupazione per le vocazioni consacrate al ministero nel mondo della salute.

P. ANGELO BRUSCO

Superiore Generale dei Camilliani

la conferenza episcopale e l'evangelizzazione in campo sanitario

Premessa

Precisiamo i termini e quindi il senso di questo intervento.

La Conferenza Episcopale rimanda ovviamente ai Vescovi, ma in modo più ampio essa rimanda alla Chiesa, più precisamente alla Chiesa nella sua configurazione di comunità organica, animata e guidata dalla Gerarchia, ossia da quanti partecipano all'autorità/servizio di Gesù Cristo Capo e Pastore della Chiesa.

L'evangelizzazione è il centro e il compendio dell'intera missione che la Chiesa ha ricevuto da Cristo: la Chiesa ha la grazia e la responsabilità di « annunciare il Vangelo » a tutto il mondo, ad ogni creatura.

E il Vangelo è da intendersi non semplicemente come « scritto » (il testo ispirato, le « Sacre Scritture ») o come « parola » in esso presente (le verità rilevate, la Parola di Dio), ma più semplicemente come Vangelo vivo e personale: Gesù Cristo stesso in persona è la « lieta notizia » (la « novità » che porta « gioia »).

Così la Chiesa, come attraverso l'evangelizzazione, si pone come « memoria » viva di Gesù Cristo, come « sacramento » della sua presenza e della sua azione in mezzo a noi e per noi. In questo senso la pastorale sanitaria trova la sua comprensione, la sua giustificazione e la sua realizzazione a partire e in riferimento a Gesù Cristo.

1. Il ministero terapeutico di Gesù Cristo e della Chiesa

Come emerge in continuità e con forza delle pagine del Vangelo, nella vita e nella missione di Gesù Cristo trova ampio spazio il « ministero terapeutico »: Gesù, il Figlio di Dio fatto uomo, guarisce i malati, consola gli afflitti (cfr. la testimonianza di Marco: « dovunque Gesù giungeva, nei villaggi o città o campagne, ponevano i malati nelle piazze e lo pregavano di poterli toccare la frangia del mantello e quanti lo toccavano guarivano » Mc 6, 56; cfr. Mc 1, 32-34; 3, 9-11; Mt 8, 16-17; 9, 35).

Ora questo « gesto » di guarigione e di consolazione viene trasmesso da Cristo alla sua Chiesa:

viene consegnato, affidato a lei, alla sua vita e alla sua missione.

E viene trasmesso secondo una duplice forma:

— la forma del « comandamento »: analogo al comando « predicate il Vangelo » c'è il comando « guarite i malati »: « Chiamati a sé i discepoli, diede loro il potere di scacciare gli spiriti immondi e di guarire ogni sorta di malattie e di infermità... Questi discepoli Gesù li inviò dopo averli così istruiti... Strada facendo predicate che il regno dei cieli è vicino. Guarite gli infermi, risuscitate i morti, sanate i lebbrosi, cacciate i demoni » (Mt 10, 1.5.7-8). E il guarire i malati significa « prendere a cuore » i malati e « prendersi cura » dei malati, come momento ed espressione del compito salvifico che Cristo affida alla sua Chiesa;

— la forma della « grazia », ossia con una reale partecipazione o condivisione da parte della Chiesa dell'amore salvifico di Gesù Cristo « medico dei corpi e delle anime »: è, potremmo così chiamarla, la « grazia del buon Samaritano » (una grazia vera e propria perché Lui, il Signore Gesù, è il compimento pieno della figura della parabola evangelica, una grazia che si snoda nelle tappe — spirituali prima che temporali — del fermarsi dell'avere compassione, del portare aiuto (cfr. Lc 10, 32-34).

Dal gesto di Cristo trasmesso alla Chiesa come comandamento e come grazia derivano alcune importanti risultanze per la pastorale della Chiesa in campo sanitario. Tra le altre segnaliamo le seguenti.

a) La Chiesa obbedisce al comando di Cristo: nella sua qualità di « sposa », la Chiesa dice di « sì » a Cristo suo sposo, esprime obbedienza e fedeltà al suo comando, anzi è chiamata ad essere partecipe della sua grazia di consolazione e di guarigione. La pastorale sanitaria è, dunque, un gesto di obbedienza della Chiesa a Gesù Cristo. La Chiesa così può vivere, in e con Gesù Cristo, la sua fecondità di grazia, la sua soprannaturale « maternità » verso gli uomini, in particolare verso i malati e i sofferenti, che essa sente come sua « via » privilegiata.

b) La pastorale sanitaria è parte integrante, essenziale, necessaria e irrinunciabile della missione salvifica della Chiesa: non è un di più, un optional, un qua-osa da riservarsi ad un'élite... E obbedienza al comando di Cristo, è partecipazione alla sua grazia di guarigione e di cura: questa obbedienza e questa partecipazione appartengono alla vita della Chiesa, anzi al suo essere profondo.

2. Il controllo specifico della Conferenza Episcopale

Parlare di Chiesa impegnata nella pastorale sanitaria significa, certo, parlare della comunità ecclesiale come tale, ma nella sua concreta configurazione. In tal senso si dà un compito specifico per i Vescovi, anzi per i Vescovi riuniti tra loro nella Conferenza Episcopale.

Quali sono i contenuti fondamentali di tale compito specifico?

Possiamo indicarne tre: coordinare, animare, programmare.

1. Coordinare

La Conferenza Episcopale si pone al servizio della comunione: della comunione dei Vescovi tra loro e, conseguentemente, della comunione più ampia della comunità ecclesiale come tale.

Per questo il suo compito tipico è il coordinamento, mediante il quale la Conferenza Episcopale fa assumere alla pastorale sanitaria, nei termini più visibili e concreti possibili, la sua dimensione « ecclesiale », il suo significato « comunione »: la pastorale sanitaria è grazia e responsabilità non di alcuni, ma di tutti; suo « soggetto » è l'Ecclesia, la comunità come tale, e dunque nella sua identità di « corpo » (il corpo mistico di Cristo).

Ora il coordinamento è possibile ed efficace a partire da due elementi coesenziali, tra loro uniti analogamente all'anima ed al corpo: da un lato, una chiara consapevolezza e una forte volontà di essere « Chiesa », ossia comunità in comunione: dall'altro lato la presenza di determinate strutture di coordinamento.

Queste « strutture » si devono esprimere secondo una duplice di-

reazione, che potremmo chiamare orizzontale e verticale.

— La *struttura orizzontale* esige anzitutto una struttura centrale, chiamata poi a ramificarsi territorialmente e quindi ad espandersi secondo centri diversi.

La *struttura centrale* è costituita da un organismo, che può assumere configurazioni diverse: commissione episcopale specifica, ossia per la pastorale sanitaria; commissione ecclesiale nazionale, consulta nazionale, ecc.

Le *strutture territoriali* si dispongono a livelli diversi: da quelle regionali a quelle diocesane e a quelle parrocchiali.

È evidente che la comunione ecclesiale esige anche per le strutture ricordate il rispetto della legge della « reciprocità »: si tratta di sviluppare un collegamento vivo e uno scambio operoso fra le varie strutture, dal centro alla periferia e dalla periferia al centro.

— La *struttura verticale* comporta che la pastorale sanitaria assuma, coinvolga e valorizzi, sempre all'insegna della comunione ecclesiale, sia le varie *vocazioni/condizioni di vita* (sacerdoti, religiose e religiosi, fedeli laici; e come popolo di Dio e come realtà aggregative al suo interno, quali i gruppi, i movimenti, le associazioni, le comunità, ecc.), sia i diversi *carismi* (in particolare i carismi tipici riguardanti la cura dei malati e dei sofferenti). Ciò chiede la sapiente utilizzazione delle varie Consulte o dei vari Consigli.

2. Animare

Si coordina in vista di un progetto, di un'azione da compiere. Che significa allora animare?

a) *Il primo grande animatore della pastorale ecclesiale è lo Spirito di Gesù*, come appare in *Lc 4, 14* ss: « lo Spirito del Signore è sopra di me... ».

Solo se e nella misura in cui si lascia animare dallo Spirito, la Chiesa può diventare animatrice della pastorale sanitaria.

Dicendo che la Chiesa è « memoria » e « sacramento » di Gesù Cristo si intende sottolineare l'essenziale « relatività » della Chiesa a Gesù Cristo. Essa non è « ecclesiocentrica » ma « cristocentrica », è e dev'essere « trasparenza » di Cristo; anche nella pastorale sanitaria (chiamata a rivivere il « mistero » del buon Samaritano).

b) Animare in senso etimologico significa *dare un'anima* ai sofferenti e ai malati, e a tutti i problemi che li riguardano. Dare un'anima significa:

— *dare « senso »* alla sofferen-

za e alla malattia, in un contesto socio-culturale che nega ogni possibile senso positivo, che lo rifiuta sistematicamente. E dare senso è possibile grazie alla luce dei Vangeli e della fede (cfr. Lett. *Salvifici doloris*, 13).

A livello « magisteriale » la Conferenza Episcopale può intervenire non solo con documenti o note pastorali che in modo esplicito e diretto toccano l'argomento della pastorale sanitaria, ma anche con più frequenti richiami o accenni inseriti in modo ordinario e abituale nei più diversi interventi;

— *dare « forza »* a chi è malato e sofferente attraverso la celebrazione dei sacramenti e la preghiera: sono questi i segni e gli strumenti per la partecipazione dei cristiani al mistero pasquale di Gesù Cristo morto e risorto, ossia al mistero della sofferenza e della gioia nel segno della speranza cristiana e nell'attesa e con l'anticipo della vita eterna. I sacramenti, attraverso la forma del rito liturgico, sono un incontro personale del cristiano con Gesù risorto e vivo, come scriveva S. Ambrogio: « Tu ti sei mostrato a me, faccia a faccia, o Cristo: io ti trovo nei tuoi sacramenti » (*Apologia del Profeta Davide*, 12, 58). Lo stesso S. Ambrogio riconosce cantando in questo incontro personale con Cristo la risposta piena ad ogni sofferenza fisica o morale dell'uomo. La risposta è Cristo stesso: « Se la ferita ti duole, Lui è il medico; se la febbre ti brucia, Lui è la fonte; se l'iniquità ti perseguita, Lui è la giustizia; se la debolezza ti estenua, Lui è la forza; se la morte ti spaventa, Lui è la vita; se il cielo ti attrae, Lui è la via; se il buio, ti sommerge, Lui è la luce; se la fame ti consuma, Lui è il cibo » (*De virginitate*, 99);

— *dare « coscienza »* della dignità personale, dell'altissima dignità che deriva all'uomo dall'essere immagine vivente di Dio. È una dignità incancellabile che l'uomo ha in ogni sua condizione di vita, sia di salute che di malattia. È una dignità cui si connette la libertà, la libertà responsabile: un valore, questa, ed una risorsa che si esprimono anche nei momenti più difficili e pesanti dell'esistenza umana. Così il soffrire e il morire non sono realtà da subire passivamente, ma realtà da vivere attivamente, cioè come condizione dell'affermarsi della libertà nel suo significato profondo e originale di amore e di *donazione* di sé un amore e un dono di sé che possono segnare e arricchire intensamente anche l'esperienza umana della sofferenza, della malattia e della morte (rivivendo il mistero della sofferenza e della morte di Gesù Cristo;

una sofferenza e una morte nel segno dell'amore e del dono di sé per la salvezza di tutti: cfr. *Gv 15, 13*);

c) animare nel senso di *fare del malato* non il semplice oggetto o destinatario, ma in verità il *soggetto primo*, il protagonista responsabile della pastorale sanitaria, come chiaramente ci ricorda l'esortazione *Christifideles laici*: « Uno dei fondamentali obiettivi di questa rinnovata e intensificata azione pastorale, che non può non coinvolgere e in modo coordinato tutte le componenti della comunità ecclesiale, è di considerare il malato, il portatore di handicap, il sofferente non semplicemente come termine dell'amore e del servizio della Chiesa, bensì come soggetto attivo e responsabile dell'opera di evangelizzazione e di salvezza » (n. 54).

Ciò è possibile sviluppando in tutti la coscienza della singolare « ricchezza ecclesiale » della sofferenza e della malattia vissute in modo umano ed evangelico: una ricchezza che quotidianamente la Chiesa possiede, e possibile perché la riceve quale « dono » che le viene dai malati e dai sofferenti uniti alla passione di Gesù Cristo.

È questo l'obiettivo fondamentale della pastorale sanitaria.

3. Programmare

La pastorale come azione di Chiesa ha bisogno di programmazione, tramite una serie di obiettivi da raggiungere, di mezzi da utilizzare, di tappe da percorrere.

Ci restringiamo a qualche elemento che entrano nel tessuto organico di una programmazione, o di una vera e propria strategia della pastorale sanitaria.

— Occorre puntare su di una pastorale sanitaria capace di raggiungere e coinvolgere la *comunità parrocchiale come tale*: è il soggetto ecclesiale più concreto, spesso a misura d'uomo, capace quindi di relazioni interpersonali immediate e profonde, ricco di carismi e di risorse che lo rendono luogo d'incontro della verità e dell'unità del servizio ai malati e ai sofferenti.

— Occorre *rendere « esemplari » alcune realtà di servizio ai malati*, come sono gli ospedali e le case di cura, a cominciare da quelle di ispirazione cristiana o costruite, organizzate, guidate e servite da personale religioso.

Si tratta di un'esemplarità molteplice e articolata, che si esprime sotto il profilo scientifico-professionale, umano ed evangelico.

— Occorre far maturare tutti nella coscienza che il servizio al malato e al sofferente si configura

come vera e propria « vocazione », come « ministero » ecclesiale. È duplice presenza di Gesù; egli è presente nel malato che viene curato in forza del mistero dell'Incarnazione (cfr. *Mt* 25, 40), ed è presente in coloro che, in suo nome, si prendono a cuore e si prendono cura dei malati, continuandone così il « ministero terapeutico » (cfr. D. TETTAMANZI, *Ministero laicale e professione medica*, in *Medicina e Morale*, 1978, pp. 13-33).

Conclusione:

« Ma sulla tua parola getterò le reti » (Lc 5, 5)

Giovanni Paolo II, parlando agli esperti del Centro Italiano di Solidarietà per la cura dei tossicodipendenti, affermava: « La strada, in cui giacciono tanti feriti e percossi dai traumi dolorosi della vita, si è spaventosamente allargata e tanto più c'è bisogno di nuovi samaritani » (cfr. *L'Osservatore Romano*, 10 agosto 1980).

La strada si è spaventosamente allargata: non solo in senso quan-

titativo, ma anche in senso qualitativo, in particolare perché si è fatta sempre più difficile, complessa e delicata l'azione pastorale nel campo sanitario. Le ragioni sono numerose e varie: non ci sono soltanto quelle dovute ai ritardi e alle lacune del sistema sanitario o al disservizio delle persone, ma ci sono soprattutto quelle d'indole culturale. Si pensi, in particolare, al secolarismo o laicismo della vita e del pensiero che marginalizza o censura il dolore, la morte, l'anziano e il malato. Si pensi ancora all'implicazione di problemi etici quanto mai gravi che si connettono con la gestione della sanità e degli ospedali: aborto nei reparti di maternità, contraccezione, spinte eutanasi, malati di droga e di AIDS, presenza della conflittualità politica e sindacale, ecc.

Ma proprio perché la strada si è spaventosamente allargata, c'è bisogno di nuovi samaritani: urge il rilancio della pastorale sanitaria, urge un più diretto e specifico coinvolgimento della Conferenza Episcopale.

Ho sempre usato il singolare « Conferenza Episcopale ». È ne-

cessario usare il plurale « Conferenze Episcopali »: anche in questo ambito della pastorale sanitaria deve svilupparsi lo scambio dei doni. In tal senso si deve riconoscere la provvidenzialità dell'istituzione del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari e si deve rendere grazie a Dio per la sua attività a favore di un coordinamento, di un'animazione e di una programmazione destinati a rendere più significativo e arricchente per tutti questo « scambio di doni » tra le diverse Chiese.

Le difficoltà che la Chiesa incontra in questo campo alle soglie del terzo millennio non la spaventano: sono uno stimolo ad una sua più grande fede e ad una sua più viva fiducia. La Chiesa ripete la parola di Pietro: « Ma sulla tua parola getterò le reti » (Lc 5, 5).

S.E. Mons.

DIONIGI TETTAMANZI

*Arcivescovo Emerito di Ancona-Osimo
Segretario della Conferenza Episcopale
Italiana*

45

pastorale sanitaria in Madagascar

1. Costituzione della Commissione Episcopale della Sanità

Novembre 1988: Il Presidente di questa Nuova Commissione è Padre Zevaco, c. m. Vescovo di Tolagnaro, anch'egli Dottore in Medicina. Le strutture della Commissione:

Un Ufficio permanente: Esso comprende: il Vescovo Presidente; Padre Perrier, Segretario della suddetta commissione e Segretario Coordinatore della Conferenza Episcopale (C.E.M.) dei Vescovi del Madagascar;

Padre Tiersonnier, Cappellano dell'Ospedale Generale di Antananarivo;

Sorella Anne-Claire, del Cappellano del suddetto Ospedale;

Sorella Marret, « Cappellana » dell'Ospedale Militare della capitale e responsabile del settore Sanità in seno all'USMFM (Unione delle Superiori Maggiori);

il Professor Dottor Hyacinte Rajaona, dell'Ospedale Befelatanana;

il Dottor Rodolphe, Direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Antananarivo.

Le sue Riunioni Regolari si svolgono ogni due mesi, ed in

occasione delle visite del Vescovo-Presidente ad Antananarivo.

I gruppi di lavoro

Il Gruppo di Riflessione Teologica:

Sotto la responsabilità diretta del Presidente, e con la collaborazione prima di un Professore di Teologia dell'Istituto Superiore di Tananarive, esso è incaricato:

a) del ricevimento e della diffusione dei Documenti Pontifici relativi alla Pastorale Sanitaria, così come del pensiero della Chiesa sui problemi del momento, soprattutto in materia di bioetica.

b) Il Giornale Nazionale dell'Episcopato: *Lakroan'* i Madagaskara è lo strumento principale di questa divulgazione grazie alla sua diffusione su tutta l'isola;

c) dell'elaborazione di Lettere per l'Episcopato;

d) dell'elaborazione di Documenti di riflessione sul piano filosofico e teologico.

Il Gruppo dei Cappellani degli Ospedali:

Questo è incaricato della realizzazione, su tutta l'isola, dei Cap-

pellani degli ospedali, in particolare modo nei grandi centri ospedalieri del Madagascar.

La sua preoccupazione pastorale: che queste squadre pastorali di « Cappellani » raggruppino:

Preti, cappellani nel senso completo del termine;

Religiose « non-curanti », che si dedicano direttamente ed esclusivamente a questa animazione spirituale dell'Ospedale; spesso aiutate dalle Novizie della loro Congregazione d'origine;

Laici:

dei Gruppi di Azione Cattolica della Parrocchia alla quale appartiene l'ospedale;

dei Seminaristi maggiori;

dei Volontari Laici;

dei Membri del Personale Curante dell'Ospedale;

dei Gruppi di Medici e di studenti in medicina, dei Gruppi di Infermieri;

dei Membri della Fraternità degli Ammalati e dei Portatori di Handicap;

— che queste Squadre di Cappellani degli Ospedali lavorino in corresponsabilità apostolica, grazie a delle Riunioni Mensili di Riflessione sulla loro azione pasto-

rale, e di Animazione spirituale regolare.

Essi si dividono le Attività Apostoliche a seconda del proprio Carisma nella piena coscienza che il loro Battesimo e la loro Cresima gli conferiscono il mandato per questo Servizio Pastorale in un ambiente ospedaliero, questa « diaconia » ecclesiastica.

I locali per le riunioni sono tre: la Cappella dell'Ospedale per le Celebrazioni Eucaristiche con gli Ammalati e le loro Famiglie, ed il Personale ospedaliero;

una Sala per le Riunioni in seno al Cappellano;

l'ufficio del Cappellano per l'accoglienza degli Ammalati e delle loro Famiglie;

che questi Cappellani tengano ben presente nel loro pensiero e nella loro Attività Pastorali i due assi principali della loro Azione:

L'Animazione Spirituale degli Ammalati e delle loro Famiglie, sia sul piano spirituale che su quello socio-caritatevole:

visite giornaliere a tutti i malati per il contatto ed il dialogo personale;

distribuzione dei Giornali Cattolici agli ammalati ed alle famiglie;

l'amministrazione dei Sacramenti agli Ammalati, che interessa e coinvolge tutti i « cappellani »; differente azione caritatevole.

L'Animazione Spirituale dei « Membri e del Personale Ospedaliero »:

preoccupazione prima del Pontificio Consiglio della Sanità;

dialogo sul piano umano con ognuno dei Membri del Personale ospedaliero per creare una fiducia reciproca;

diversi servizi tecnici e farmaceutici che possiamo offrire in questo periodo di penuria di mezzi: medicinali e materiale medico...;

dialogo sul piano etico, sul piano della Preghiera attraverso la costituzione di Gruppi di riflessione a livello dell'ospedale stesso, così come delle « giornate di raccoglimento mensili ».

Questa animazione deve permettere un servizio migliore a favore degli Ammalati, « i nostri signori e padroni », una qualità migliore della vita in seno all'Ospedale medesimo ed una fraternità di lavoro.

Il Gruppo di riqualificazione e di formazione permanente per i Membri Cattolici della Sanità:

Religiose, Religiosi e Laici delle Formazioni Differenti (Ambulatori, Cliniche, Lebbrosai, Centro di Recupero Nutrizionale, di Educa-

zione Sanitaria, della Protezione della Madre e del Bambino...

Questo gruppo è incaricato in particolar modo di effettuare *ogni due anni delle Sessioni* per i membri sopracitati:

Sessione tecnica, diretta da dei Professori dello Stato;

Sessione sull'Etica Cattolica della Professione Medica;

Sessione spirituale: Preghiera, Eucaristia, Parola di Dio.

Ha il compito di fondare e di aggiornare l'indice: « Ecclesiae instituta valetudini fovendae toto orbe terrarum ».

2. Breve valutazione di ciò che è stato fatto e realizzato da questi tre gruppi

Gruppo di Riflessione Teologica

Sono state scritte e prese in considerazione due Lettere Pastorali dalla Conferenza Episcopale del Madagascar:

« A Sua Immagine, Egli li creò »: ha trattato di:

Il rispetto della vita a partire dal concepimento, per lottare contro l'aumento dell'aborto ed i rischi della sua legalizzazione;

la Dottrina Cattolica della Regolamentazione delle nascite (P.F.N.);

il rispetto del corpo e dell'amore umano, secondo gli Insegnamenti di « Humanae Vitae », per lottare contro i rischi dell'« imperialismo della contraccezione » denunciato a Bangkok;

l'AIDS, una grave minaccia per l'uomo di oggi; e tentare di rimediare ai rischi dell'« Immunodeficienza morale e spirituale » denunciati da Giovanni Paolo II.

Attualmente, la preparazione che si trova ad uno stadio molto avanzato di un Libretto di riferimenti filosofici, teologici e spirituali a base biblica e patristica su: « l'Uomo, Immagine di Dio »; realizzato grazie alla premure del Professor Padre Saint-Jean, e l'Istituto Superiore di Teologia.

Gruppo dei Cappellani degli Ospedali:

Si sono già svolti due Sessioni ed Incontro, nel Giugno del 1988 ed il 5-6-7 Febbraio scorsi: hanno avuto una importanza ed un peso enormi. Essi hanno permesso:

La realizzazione dei Cappellani in tutti i Grandi Ospedali della Capitale: Antananarivo, secondo quelli costituiti da tempo dal Servizio illuminato e competente dei Padri Camilliani di Fianarantsoa.

Questa realizzazione si espande poco a poco a macchia d'olio; nell'ottica di questa corresponsabilità dei Preti, dei Religiosi e dei Laici descritta in precedenza.

La realizzazione, negli ospedali della periferia di Tananarive e sulle Coste, di minore importanza, del « minimo », di una « cellula di base » animatrice dell'ospedale (almeno un Prete e una Sorella).

Queste sessioni permettono:

L'Incontro Regolare dei « Cappellani » in un grande amore fraterno;

lo scambio di esperienze pastorali e degli interrogativi con i quali chiunque può imbattersi durante la sua pratica quotidiana;

un approfondimento di alcuni punti pastorali, v.g.: la richiesta di Sacramenti che ci viene fatta dai Malati protestanti;

i diritti sociali dei feriti e dei portatori di handicap in seguito ad incidenti.

Una Preghiera in comune: Eucaristia e Condivisione della Parola di Dio. Queste Sessioni avvengono regolarmente sotto il patronato e con la partecipazione effettiva e apprezzata del Pro-Nunzio Apostolico: ci permettono di essere « in Comunione » con la Chiesa Universale, con la Chiesa di Roma che « presiede alla Carità » a all'Unità nella Fede; e con il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari. L'ultimo intervento del Pro-Nunzio ha riguardato la Lettera Apostolica « Salvifici doloris ».

Gruppo di Riqualificazione e di Formazione Permanente:

Le loro sessioni hanno luogo regolarmente ogni due anni: la prossima si svolgerà nel Maggio del 1993.

Tramite l'URFM ed il suo settore medico, la Commissione è in contatto con il Ministero della Sanità per l'approvazione di una Scuola Cattolica Nazionale di Infermieri: questo progetto non ha ancora potuto vedere la luce a causa della mancanza di personale qualificato.

3. Riunioni Nazionali Cristiane della Sanità

Segnaliamo a parte, ed in maniera particolare, questo Progetto a causa della sua importanza sia a livello « individuale », per ogni medico, sia per il suo impatto prevedibile a livello nazionale, ed il suo impatto ecumenico.

Infatti, per il Madagascar sarà « una Prima » a livello nazionale.

Queste Riunioni Nazionali si terranno nella capitale ad Antananarivo. Ciò per concedergli il massimo della risonanza.

Ci siamo assicurati la Partecipazione e la Presidenza onoraria di tutte le Autorità Morali e Spirituali del Paese, così come delle Autorità politiche e delle Autorità Mediche, nella persona del Presidente dell'Alta Autorità dello Stato, il Presidente Albert Zafy, ed il Ministro della Sanità Nazionale.

Esse cercano di essere « ecumeniche » e portano già il nome di « Cristiane » per raggruppare le Quattro Chiese — Sorelle del Madagascar; la Chiesa Cattolica, le Chiese Luterana, Riformata ed Anglicana.

Tuttavia, insisteranno deliberatamente sulle Norme Cattoliche della Pratica medica, e in particolare modo sull'Etica Cattolica del rispetto della vita.

Svilupperanno tre Aspetti: quello spirituale: affidato al Cardinale Arcivescovo di Tananarive;

medico, che cosa hai fatto del tuo battesimo?: basi cristiane di una spiritualità del Medico, della Vocazione Medica e del Sacerdozio del Medico;

medico, cosa hai fatto del tuo giuramento di Ippocrate?: basi

umane e umanistiche della professione medica; Medico malgascio, cosa hai fatto della Saggezza dei tuoi avi?

Oggi è « urgente » ridare al Madagascar questo senso della Dignità della Professione Medica, per lottare con rapidità ed efficacia contro la svalutazione della pratica medica, la corruzione ad ogni livello, e per lavorare al fine di creare questa « civiltà dell'amore » così cara a Paolo VI e a Giovanni Paolo II.

Insisteremo su:

l'Unità dell'Uomo: « corpo - anima »;

l'Unità della Fede e della Professione Medica, concentrandoci su:

il Malato, « Icona Vivente » di Gesù Cristo Sofferente;

il Medico, « Icona Vivente » di Gesù Cristo, il Buon Samaritano; la coerenza della Fede e della pratica medica.

L'Etica Cattolica sul Rispetto della Vita e la Regolazione delle Nascite: il Signor Lancot, di Washington, appartenente alla Federazione Internazionale di Azione Familiare, ci aiuterà in questo studio.

Il problema dei suicidi fra i giovani in Madagascar: conseguenze alla disoccupazione ma anche

allo scontro delle culture ancestrali e della modernità;

i problemi tecnici, psichiatrici e culturali che si pongono.

Lo scopo di queste Riunioni Nazionali Cristiane della Sanità è chiaro:

ridare ai medici dei Riferimenti Cristiani solidi per la loro Pratica Medica quotidiana, luogo stesso del loro Apostolato di Laici;

ridare un Valore Umano e Spirituale alla Professione;

lottare contro le deviazioni attuali e raccogliere le sfide che ci vengono lanciate dalla Società attuale;

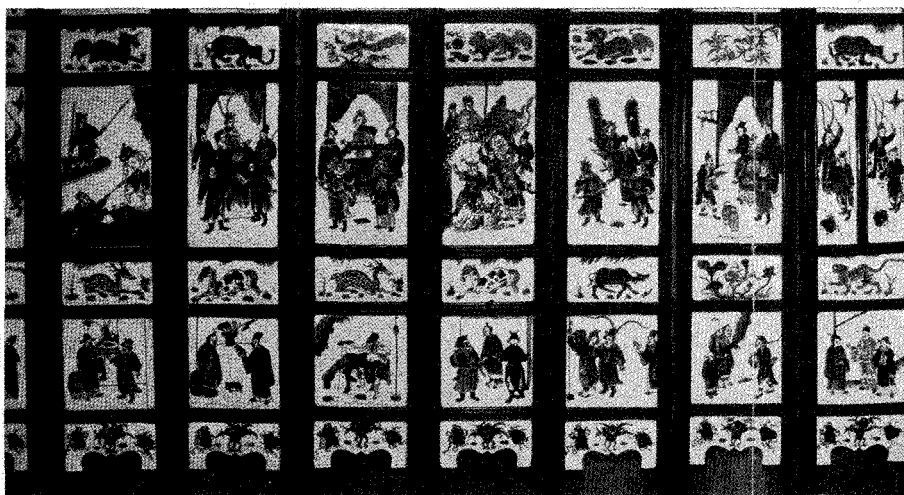
costituire dei Gruppi di Medici Cristiani, o Cattolici ai diversi livelli dell'Isola;

consapevolizzare... i Vescovi sull'urgente necessità di costituire delle Commissioni Diocesane della Sanità per il risveglio spirituale dei Medici della Diocesi, il loro raggruppamento, e l'animazione spirituale degli Ospedali.

Possiamo già affermare che in parecchie Diocesi ed Ospedali sono stati costituiti tali Gruppi di Medici e di Studenti in Medicina e tali Commissioni Diocesane. Abbiamo potuto incontrarli durante i tre week-end spirituali ai quali abbiamo partecipato.

S.E. Mons. PIERRE ZEVACO, C.M.

Vescovo di Tôlagnaro
Presidente della Commissione Nazionale
per la Pastorale della Sanità
del Madagascar



Introduzione

A nome del Mons. Javier Osés e di tutti gli amici della Pastorale Sanitaria Spagnola, desidero esprimere a S. Em.za il Cardinal Angelini e ai suoi collaboratori diretti PP. José Luis Redrado e Felice Ruffini, la gratitudine che sentiamo per il loro segno di riconoscimento e sostegno, esso è per tutti noi uno stimolo incoraggiante nell'attuazione del nostro lavoro.

Grazie inoltre per la possibilità che ci si offre di poter comunicare e condividere con voi le esperienze della Pastorale Sanitaria in Spagna. La relazione consta delle seguenti parti:

1. Alcuni brevi cenni storici sugli inizi della Pastorale Sanitaria nel nostro Paese.
2. Le direttive della stessa.
3. La sua organizzazione.
4. Le attività più significative di quest'ultimo anno.
5. I principali progetti.

1. Gli inizi della Pastorale Sanitaria in Spagna

L'assistenza ai malati è stato sempre un punto di riferimento nella vita della Chiesa spagnola. Come Pastorale organizzata, tuttavia, si tratta di un settore ancora giovane. Negli anni '60 ebbe inizio un movimento di persone e di gruppi, piccoli nel numero ma molto determinati, che portarono a termine una grande opera di sensibilizzazione attraverso Incontri, Giornate e Congressi. Tra questi promotori merita una menzione particolare il P. José Luis Redrado a cui tanto deve la Pastorale Sanitaria Spagnola. Tra i gruppi figurano la Federazione Spagnola delle Religiose Sanitarie, i Fratelli di S. Giovanni di Dio, i Padri Camilliani, la Confraternita cristiana degli infermi e degli invalidi e alcuni cappellani di ospedale. Convinti della necessità di un « organismo » che animasse e coordinasse la presenza della Chiesa e la sua azione nel mondo della sanità e della salute, ne fecero richiesta alla Conferenza Episcopale Spagnola. Questa, all'inizio degli anni '70, crea il Segretariato Nazionale della Pastorale Sanitaria, all'inter-

no della Commissione Episcopale della Pastorale.

Il Segretariato cominciò i suoi lavori nel 1971, con Mons. Igua-cén quale Vescovo responsabile. Ad esso seguì Mons. Casares, Vescovo di Almería. Dal 1978 svolge questo incarico Mons. Javier Osés, vescovo di Huesca; il primo direttore fu D. Luis Maria Esparza; alla fine del 1974 venne nominato D. Rudesindo Delgado. Un compito era essenziale: raggruppare tutto ciò che era disperso, creare una comunità e un organismo e pianificare in modo responsabile il cammino di questa pastorale. Nel 1975 ebbe luogo un avvenimento chiave: l'Incontro di Aguadulce, al quale presero parte più di 40 cappellani ospedalieri di tutta la Spagna, con a capo il Vescovo responsabile della Pastorale Sanitaria e un gruppo di religiose infermiere. Venne creato, così, il « gruppo », futuro motore della nuova pastorale sanitaria.

2. Le principali direttive nell'azione della Pastorale Sanitaria spagnola

La grande opera di riflessione e di scambi di esperienze, realizzata negli ultimi anni, ha permesso di definire alcune *direttive principali di azione* che caratterizzano la Pastorale Sanitaria nei suoi differenti ambiti operativi: parrocchiale, ospedaliero, diocesano, interdiocesano, e nazionale. Si tratta delle seguenti direttive:

1. « *Servitori della vita* ». *Da una pastorale che aiuti a « morir bene » (pastorale sacramentaria e occasionale) a una Pastorale che incoraggi a « vivere in maniera sana e cristiana » la salute, la malattia, la morte e l'assistenza, una pastorale « evangelizzatrice e di assistenza ».*

L'essere umano non ha bisogno solamente di essere aiutato a morire nel migliore dei modi, ma anche, e soprattutto, di vivere dando un significato alla salute, alla malattia quando si presenta e, alla morte quando è la sua ora. La pastorale non può concentrarsi solo nel sacramento senza tenere in conto l'annuncio di Gesù di Nazareth, per aiutare a vivere secondo il

loro significato tutte le realtà che ci propone l'esistenza.

Questo cambio di prospettiva e di orientamento della pastorale comporta un *nuovo stile nella presenza accanto al malato*:

— una presenza sentita, solidale e di prossimo accanto a tutti coloro che soffrono;

— dove si dia più importanza al gesto che alla parola;

— che ascolti le necessità e i problemi del malato;

— che si adatti a ciascuna persona, rispettando profondamente il suo passato, il suo credo, ...;

— una presenza sobria e disposta a farsi aiutare dal malato oltre che ad assisterlo;

— che cerchi di alleviare tutte le angustie e le sofferenze dei malati;

— gratuita e disinteressata, l'unico interesse essendo costituito dal malato e dal suo bene;

— serena e gioiosa, perché portatrice dell'annuncio di Gesù;

— che trovi sostegno nella preghiera e nella forza dello spirito, che sappia condividere la fede e restare aperta alle speranze del malato;

— che esprima, stimoli e irrobustisca la fede nella celebrazione dei sacramenti;

— una presenza, infine, che non sia individualista ma comunitaria, dato che viene realizzata in nome della Chiesa e della comunità cristiana.

Un impegno capace di condurre ad *azioni* che possiamo così sintetizzare:

— Collaborare nella creazione di strutture più umane che aiutino e facilitino l'uomo a vivere in modo sano.

— Educare per vivere la salute, l'infermità, la sofferenza e la morte, così come l'assistenza agli infermi.

— Promuovere la salute e lottare contro la malattia e la sofferenza.

— Assistere l'infermo e la sua famiglia nel processo della malattia.

— Rinnovare la pastorale dei sacramenti degli infermi.

— Chiarire i grandi problemi etici che sussistono nel campo della sanità.

2. « *Il malato è qualcuno e non qualcosa* ». Da una pastorale che considera il malato come una « cosa » ad una che lo tratta come una persona, come Gesù stesso e lo integra nella comunità come membro pienamente attivo.

Per noi l'infermo è una persona e non una cosa, un numero o un semplice oggetto delle nostre cure e attenzioni. Ancor più, per noi operatori della pastorale sanitaria il malato è Gesù, il Signore, ed è un membro attivo della comunità che in quel momento sta evangelizzando con il suo modo di vivere l'infermità e la morte. Questo convincimento porta la pastorale sanitaria a intraprendere le seguenti azioni:

— Collaborare per l'umanizzazione dell'assistenza al malato, ovvero, lavorare perché l'infermo sia al centro delle istituzioni sanitarie che sono al suo servizio: centri sanitari, ospedali, ...

— Favorire e stimolare la presenza piena ed attiva dei malati nelle comunità cristiane. Il malato deve recuperare il posto che gli compete nella comunità, « non come semplice destinatario dell'amore e del servizio della Chiesa, ma piuttosto come soggetto attivo e responsabile dell'evangelizzazione » (*Christifideles laici*, 54).

— Collaborare per l'integrazione dei malati nella società.

— Lasciarci evangelizzare dagli infermi.

3. « *Anche la famiglia conta* ». Da una pastorale rivolta solo al malato a una pastorale che si occupi anche della famiglia.

L'infermità riguarda anche la famiglia, spesso profondamente, e costituisce un'esperienza dura e dolorosa. D'altra parte, il ruolo della famiglia del malato è fondamentale e insostituibile. Per questo la pastorale sanitaria deve occuparsi anche della famiglia del malato. « E necessario un impegno pastorale generoso, intelligente e prudente verso le famiglie che passano attraverso situazioni difficili. Si tratta, ad esempio, delle famiglie con figli invalidi o tossicodipendenti, le famiglie degli alcolizzati, gli anziani ... la dolorosa esperienza della vecchiaia, della morte di un familiare, che mutila e trasforma in profondità il nucleo originale della famiglia (Giovanni Paolo II, *Familiaris consortio*, 85).

La pastorale sanitaria deve incoraggiare le comunità cristiane, tra le altre, ad affrontare le tre attività seguenti:

— Preparare le famiglie ad affrontare la prova dell'infermità e della morte di uno dei suoi componenti, ed insegnare a svolgere il suo ruolo.

— Operare con solidarietà e con sentimento verso le famiglie dei malati, soprattutto con quelle dei malati meno assistiti.

— Assistere le famiglie che hanno perduto un loro caro.

4. « *Vicino ai più bisognosi e ai meno assistiti* ». Da una pastorale « conservatrice » a una pastorale « evangelica e missionaria ».

Una Chiesa evangelica, che imita Gesù, deve essere vicina a coloro cui fu vicino Gesù: i poveri. Ma non i poveri in astratto, ma quelli con problemi concreti. I malati, in generale, e gli infermi

della Chiesa ». Da una pastorale « clericalizzata ed individualista » ad una pastorale « ecclesiale e comunitaria ».

La comunità cristiana e tutti i suoi membri hanno la responsabilità di aiutare a vivere in maniera significativa la salute, l'infermità e la morte, di fare in modo che il malato sia qualcuno e non qualcosa, e di fare del tutto perché i malati più bisognosi siano assistiti. Quest'obiettivo di partenza ci conduce a:

— Sensibilizzare tutta la comunità cristiana riguardo alla sua missione evangelica di assistenza e aiutare tutti i membri della stessa a svolgere il loro dovere in questo settore.

— Sostenere tutti coloro che assistono gli infermi in nome della comunità e favorire la loro formazione specifica e permanente.

— Promuovere un laicato impegnato cristianamente nel mondo



più bisognosi e insufficientemente assistiti sono oggi, tra gli altri, il vero problema dei poveri. Star vicino ad essi come Gesù o il Signore, comporta:

— Scoprire chi sono in concreto, da subito, i malati più bisognosi di assistenza nella parrocchia, nell'ospedale, nella comunità diocesana, nel mondo.

— Promuovere azioni pratiche ed efficaci per risolvere, o almeno alleviare o porre rimedio, ai problemi di questi malati; dimostrare, insomma, che accanto a loro vi è la comunità.

— Aprire le nostre comunità ai malati più bisognosi.

5. « *Tutti i cristiani sono responsabili nel nome del Signore e*

sanitario.

— Dare impulso al coordinamento di tutti gli operatori della pastorale sanitaria, tra loro e con gli altri, alimentando in tutti il « significato e la comunione ecclesiale ».

Queste sono le grandi linee o piste sulle quali si stanno muovendo tutti coloro che lavorano nella pastorale sanitaria.

3. Organizzazione della Pastorale Sanitaria in Spagna

La pastorale degli infermi si compie là dove si trova il malato: nella sua casa, nell'ospedale, nella

parrocchia, ... Tutti gli organismi devono essere al servizio di questa pastorale e non viceversa, e devono essere operativi, non semplici montaggi e sovrastrutture. Ma quali sono in Spagna questi organismi?

Il Gruppo Nazionale della Pastorale Sanitaria

Il « Gruppo Nazionale della Pastorale Sanitaria » creato nel 1976 ha rappresentato senza dubbio un impulso importante per la Pastorale Sanitaria in Spagna. I suoi compiti principali sono: programmare e valutare i Programmi di Azione triennali e preparare la Giornata del Malato e le attività più rilevanti. È formato da: Il Vescovo responsabile della Pastorale Sanitaria, il Direttore e il Segretario del Dipartimento, i Responsabili dei Segretariati Interdiocesani della Pastorale Sanitaria, i Rappresentanti della FERS, della Confraternita Cristiana dei Malati e degli Invalidi, e i Coordinatori delle sei Commissioni operanti all'interno del gruppo:

— *Commissione della Pastorale Ospedaliera*. Coordinatore: P. Dionisio Manso, Religioso Camilliano, Cappellano dell'Ospedale della Fede di Valencia.

— *Commissione della Pastorale Sanitaria nelle parrocchie*. Coordinatore: D. Antonio Rodriguez, parroco a Barcellona.

— *Commissione della Pastorale della Sanità Mentale*. Coordinatore: D. Mariano Galve, sacerdote di Saragozza.

— *Commissione degli operatori professionisti sanitari cristiani (PROSAC)*. Coordinatore: D. Joan Vinas, Medico chirurgo dell'Ospedale Arnau di Vilanova de Lleida.

— *Commissione per la Formazione*. Coordinatore: P. Francisco Alvarez, Provinciale dei Religiosi Camilliani.

— *Commissione Pastorale delle Cure Palliative*. Coordinatore: D. Marcelli Carreras, Cappellano dell'Ospedale S. Andrea di Manresa (Barcellona) (cf. Allegato 1).

Delegazioni diocesane della Pastorale della Sanità

Le « Delegazioni Diocesane della Pastorale sanitaria » hanno come finalità la promozione, il sostegno e il coordinamento, per incarico e in nome del Vescovo, dell'opera evangelizzatrice della Chiesa diocesana nel mondo della sanità. Praticamente, sono state istituite in tutte le diocesi, meno una. Tra i Delegati figurano 33 cappellani, 14

sacerdoti diocesani, 3 religiosi, 9 religiose e 4 secolari. Gran parte delle Delegazioni lavorano in gruppo, programmano gli obiettivi, in contatto con le altre Delegazioni Diocesane e con quelle della Pastorale Sanitaria della propria zona. Dal 1977 si celebrano ogni anno a Madrid le *Giornate Nazionali dei Delegati*, occasione di incontro e comunione, riflessione ed impegno.

Segretariati Interdiocesani della Pastorale della Sanità

I « Segretariati Interdiocesani della Pastorale Sanitaria » (SIPS), si vanno organizzando poco a poco. Funzionano secondo degli Statuti approvati dai Vescovi, quelli della Catalogna, della Galizia e dell'Andalusia. L'Arcivescovado di Oviedo, Pais Vasco y Navarra, Levante-Murcia riuniscono regionalmente le Delegazioni e organizzano alcune attività in comune. Aragon Rioja y Soria e la regione di Suero si riuniscono senza periodicità.

La Federazione Spagnola dei Religiosi Sanitari

La *Federazione Spagnola dei Religiosi Sanitari* (FERS) è un organismo, ricco di storia, che ingloba più di 10.000 religiose e religiosi che lavorano nel campo della sanità e con gli anziani.

Contatto e collaborazione con altri organismi

— La Pastorale Sanitaria è in contatto e collabora con altri organismi della Conferenza Episcopale Spagnola: l'Apostolato Secolare, la Catechesi Liturgica, le Relazioni Interconfessionali, la Pastorale Sociale.

— La Pastorale della Sanità ha partecipato attivamente, quale settore, ai grandi Congressi di Evangelizzazione celebrati in Spagna: « Evangelizzazione e uomo di oggi » (1985) e « Parrocchia Evangelizzatrice » (1988).

— Il Dipartimento della Pastorale della Sanità mantiene parimenti dei contatti frequenti con il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari.

— Inoltre siamo in contatto con gli organismi della Pastorale Sanitaria in Portogallo, in Belgio, in Francia, in Italia, negli Stati Uniti e in vari paesi dell'America Latina.

4. Le attività principali della Pastorale Sanitaria in Spagna

Tra le molteplici attività della Pastorale Sanitaria in Spagna, vo-

gliamo ricordare quelle che ci sembrano più significative.

4.1. Sensibilizzazione della Gerarchia ecclesiastica

Questa necessaria sensibilizzazione è stata portata avanti da una parte dalle Delegazioni Diocesane, attraverso il contatto frequente e l'informazione particolareggiata ai rispettivi vescovi; dall'altra, dal Dipartimento della Pastorale Sanitaria mediante relazioni presentate all'Assemblea plenaria della Conferenza Episcopale Spagnola e comunicazioni periodiche a tutti i vescovi.

— Relazione su « La presenza e l'operato della Chiesa nel mondo della sanità ». Assemblea XXV.

— Relazione su « La Chiesa e gli invalidi » per l'Anno Internazionale dell'Invalido, 1981. Assemblea XXXV.

Nel 1991 i *Vicari della Pastorale* di tutte le diocesi spagnole hanno discusso sul tema « Chiesa e Sanità » nelle Giornate Nazionali che celebrano ogni anno.

4.2. Celebrazione della Giornata del Malato nella Chiesa spagnola

Questa Giornata si celebra sin dal 1985, dopo un lungo studio condotto dalle Delegazioni Diocesane della Pastorale Sanitaria. La Giornata del Malato è stata ben accolta da tutte le Chiese locali. Si tratta, senza dubbio, di un'esperienza molto positiva per la Chiesa spagnola, i cui frutti sono già evidenti: una maggiore conoscenza ed un migliore apprezzamento della pastorale dei malati, una ripresa dei gruppi pastorali dediti a questa attività nelle parrocchie, una parola della Chiesa che si fa sentire in questo campo, la soddisfazione di molti malati che vedono un rinnovato interesse per loro ecc. D'altra parte, la preparazione e la celebrazione della Giornata del Malato ha costituito un catalizzatore fondamentale delle attività e delle persone impegnate in questo campo.

La Giornata del Malato viene preparata con grande accuratezza. Una volta approvato il tema da parte della Commissione Episcopale della Pastorale, il Gruppo Nazionale elabora il progetto degli Orientamenti per la celebrazione, nei quali si profila il taglio con cui si vuole affrontare il tema, si fissano gli obiettivi, si propongono i contenuti, si indicano le materie della campagna e si segnalano tutte queste attività per renderle operative su scala nazionale, diocesana e locale. Le Giornate Nazionali dei Delegati, con le quali ha

inizio il programma, si basano sullo studio del tema.

Gli argomenti e i temi delle Giornate del Malato finora celebrate sono stati:

— « Ero malato e mi avete visitato ». (1985)

— « Gli ammalati ci evangelizzano ». (1986)

— « Un trattamento più umano. Umanizzazione dell'assistenza ». (1987)

— « Gli ammalati più bisogno si e meno assistiti ». (1988)

— « Anche la famiglia conta. La famiglia del malato ». (1989)

— « Comunità per curare. La parrocchia e gli ammalati ». (1990)

— « Gesù è la salute. Chiesa e salute ». (1991)

— « Scopri il suo mondo. Chiesa e Sanità ». (1992)

Il Dipartimento della Pastorale Sanitaria cura e distribuisce il seguente materiale: manifesto, cartoncino con stampate due preghiere, messaggio dei vescovi della Commissione Episcopale della Pastorale, catechismo per i bambini, giovani e adulti, simbolo per la liturgia, incontro di preghiera. Inoltre, in collaborazione con la rivista « Labor Hospitalaria », pubblica un numero monografico sulla stessa, dedicato al tema della Giornata.

Curiamo in modo particolare che la Giornata del Malato sia seguita e vissuta da tutta la comunità cristiana, non come qualcosa di transitorio e di routine, o di meramente folcloristico, ma come il traguardo di tutto un lavoro che ha seguito un preciso itinerario. Vogliamo che gli ammalati e i gruppi pastorali siano protagonisti speciali nella preparazione e nella celebrazione della Giornata. La Giornata riveste un carattere eminentemente ecclesiale e pastorale.

4.3. Regolamentazione dell'Assistenza Religiosa negli Ospedali

Il 25 luglio del 1985 è stato firmato l'« Accordo-quadro sull'assistenza religiosa cattolica nei centri pubblici ospedalieri », che è stato pubblicato nel B.O.E. del 20 dicembre 1985. In seguito sono usciti dei Documenti sull'attuazione dell'Accordo con l'Istituto Nazionale della Sanità, con diverse Comunità Autonome e con Deputazioni, Consigli e Municipi.

Grazie a questa normativa si sono posti i fondamentali giuridici dell'assistenza religiosa negli ospedali pubblici, i quali fondamentali faciliteranno sicuramente le presta-

zioni permettendo di svolgere l'assistenza nelle migliori condizioni.

4.4. Rinnovamento della Pastorale negli Ospedali

La pastorale nell'ospedale è molto importante nel contesto della pastorale sanitaria. Per questo abbiamo dedicato in ogni ambito sforzi tempo e immaginazione per cercare di rinnovarla. Queste sono alcune delle principali azioni condotte:

1. Abilitazione e formazione permanente degli operatori della pastorale ospedaliera: in particolare modo dei cappellani.

Le attività organizzate a questo scopo sono molteplici. Ci limitiamo a ricordare le più importanti:

— Riunioni mensili in molte delle diocesi in questione.

— Convegni interdiocesani e nazionali.

— Corsi di formazione per operatori della pastorale ospedaliera. Se ne svolgono due o tre ogni anno a livello nazionale dal 1983. Sono più di 500 i partecipanti a questo momento.

2. Pubblicazione del Documento della Commissione Episcopale della Pastorale su « L'assistenza religiosa negli ospedali ».

Diffusione e studio del Documento.

3. Giornate della Pastorale della Sanità Mentale. Né sono state celebrate undici; il settore psichiatrico richiede una specializzazione che abbiamo voluto promuovere mediante queste giornate e tenendo Incontri a livello regionale, Corsi di Formazione Permanente e assicurando la comunicazione periodica, per mezzo di lettere circolari del Coordinatore inviate a tutti i cappellani e alle comunità religiose degli ospedali psichiatrici.

4.5. Sensibilizzazione delle comunità cristiane e Formazione dei Gruppi

Il sorgere di gruppi di assistenza e di pastorale sanitaria nelle parrocchie porta alla seguente e fondamentale considerazione: le comunità cristiane stanno ricuperando la loro sensibilità nel campo degli infermi e si impegnano sempre più nella loro assistenza.

La Commissione della Pastorale Sanitaria Parrocchiale ha reso noti i risultati di un sondaggio operato in 2.070 parrocchie in tutta la Spagna e sta lavorando all'elaborazione di alcuni Suggerimenti sulla pastorale degli ammalati nelle parrocchie. Non si conta-

no le esperienze di formazione degli operatori pastorali che si stanno sviluppando nelle parrocchie, nei vicariati e nelle diocesi.

4.6. Gli Ospedali della Chiesa

La Chiesa (Ordini, Congregazioni Religiose e Diocesi) dispone di propri ospedali. I cambiamenti avvenuti nella Sanità spagnola hanno avuto ripercussione anche su di essi.

Nel 1980 venne organizzata una « tavola rotonda » sugli ospedali di proprietà della Chiesa, convocata e predisposta dal Segretariato Nazionale della Pastorale sanitaria e dalla FERS. In seno ad essa venne creata la Commissione degli Ospedali cattolici (COHIC) che lavorò per due anni portando a termine due grandi iniziative: uno studio sui suddetti ospedali (incompleto perché non tutti vi parteciparono), e la pubblicazione del documento: « L'Ospedale cattolico ».

4.7. Promozione di un laicato impegnato nel mondo della sanità

Nel 1986 venne avviata all'interno del Gruppo Nazionale una Commissione di Operatori Sanitari Cristiani, che avrebbe organizzato le prime Giornate Nazionali celebrate a Espinar nel 1987; avrebbe quindi elaborato un Piano di Azione approvato dagli stessi partecipanti (Piano di Azione della Commissione dei PROSAC).

La Commissione organizza ogni anno le Giornate dei PROSAC; finora ne sono state celebrate cinque: a Saragozza, a Torremolinos, a Montserrat e all'Escorial. Hanno partecipato alle stesse circa 500 operatori sanitari (medici, infermieri, ausiliari, personale subalterno ecc.)

La Commissione promuove ogni anno la celebrazione di un Seminario su un tema di Bioetica, offrendo alle diocesi gli opportuni suggerimenti e relazioni particolarizzate. I temi studiati a tutt'oggi sono: L'eutanasia; il segreto professionale e il diritto alla riservatezza; etica della qualità della vita; Aspetti etici dell'Aids.

4.8. Piano di azione sull'eutanasia e l'assistenza ai moribondi

Prima della presentazione in Assemblea Plenaria Episcopale delle Conclusioni dei PROSAC sull'« eutanasia », è stato elaborato il « Piano di azione sull'eutanasia e l'assistenza ai moribondi » approvato dalla Commissione permanente nella riunione del settembre 1989. I tre organismi impegna-

ti direttamente nell'elaborazione del Piano sono la Commissione per la Dottrina della Fede, il Comitato per la Difesa della Vita e il Dipartimento della Pastorale Sanitaria (Piano di azione della C.E.E.).

4.9. La Formazione

La formazione è uno degli aspetti più importanti in questo come in altri campi della pastorale. Tutti gli « organismi » della pastorale sanitaria hanno dedicato grande attenzione alla formazione ed hanno condotto numerose attività formative, quali: lo svolgimento di corsi, seminari, giornate, conferenze, tavole rotonde ecc.; l'istituzione di varie scuole (Bilbao, Siviglia, Barcellona, Madrid, Valencia, Saragozza ...). I Padri Camilliani hanno avviato a Madrid il Centro Camilliano di Pastorale Sanitaria. I Fatebenefratelli stanno portando avanti un Programma di Formazione sulla Pastorale Sanitaria. La FERS organizza numerosi corsi di formazione per le Religiose Sanitarie.

Il Dipartimento della Pastorale Sanitaria ha pubblicato in questi anni diversi « Dossiers » di documentazione sui seguenti temi:

- Il cappellano al servizio dell'ammalato.
- Il cappellano, pastore della comunità ospedaliera.
- Il cappellano e la bioetica. Liturgia evangelizzatrice nell'ospedale.
- La sofferenza nell'ospedale, una sfida pastorale.
- Assistenza e rapporti con il malato.
- Primi passi nella pastorale della sanità mentale.
- Pastorale e sanità.
- Chiesa e Sanità.
- La comunità cristiana e gli ammalati.
- L'Eutanasia.
- Il segreto professionale e il diritto alla riservatezza.
- Etica della qualità della vita.
- Aspetti etici dell'Aids.
- Assistenza morale nell'ospedale.
- Il Delegato Diocesano della Pastorale Sanitaria.
- La Pastorale Sanitaria in Spagna, ecc.

La Commissione per la Formazione ha elaborato due « Programmi di formazione nella pastorale sanitaria », uno per principianti, un altro di livello medio.

La rivista « *Labor Hospitalaria* » dei Fatebenefratelli svolge da anni un servizio preziosissimo per la formazione integrale degli operatori di pastorale sanitaria in Spagna. Presto uscirà il primo numero della rivista « *Humanizar* » dei Padri Camilliani.

5. I principali programmi della Pastorale Sanitaria spagnola

Il Gruppo Nazionale della Pastorale Sanitaria ha elaborato il *Programma di azione del Dipartimento della Pastorale Sanitaria per il triennio 1990-1993*. Approvato dalla Commissione Episcopale della Pastorale, esso è in corso di attuazione. (cf. Allegato 2)

Delle azioni programmate, ha finito per assumere il rilievo maggiore la seguente: *Elaborazione del documento « Chiesa e Salute »*.

Si tratta di un programma ambizioso il cui *obiettivo fondamentale* consiste nel promuovere nella Chiesa spagnola una riflessione, il più possibile partecipata, sopra la salute e la sanità, al fine di tracciare, ispirandosi al Vangelo, le direttive della presenza della Chiesa nel mondo.

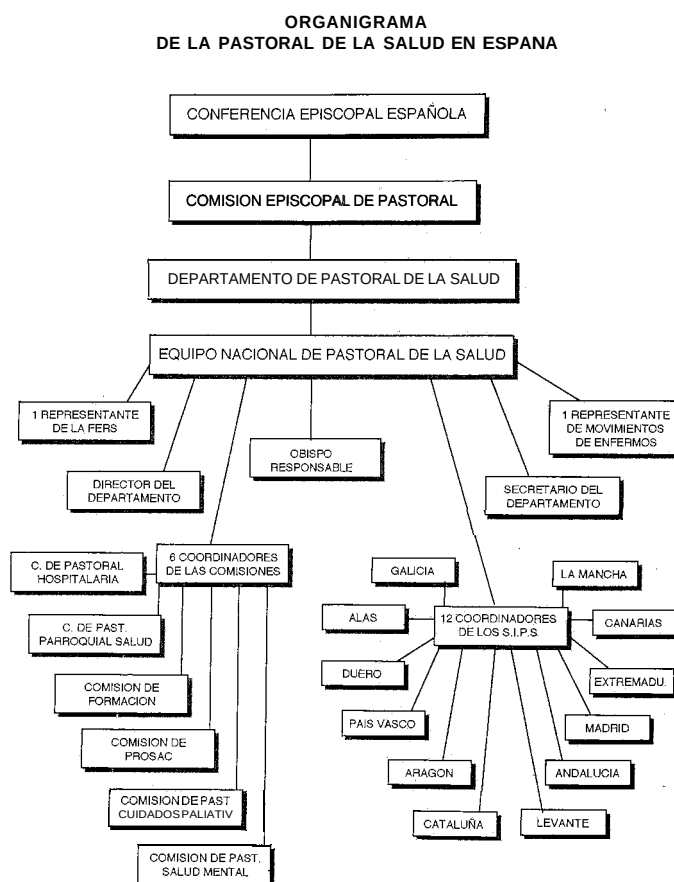
I tre grandi capitoli del Documento sono:

1. Salute e Sanità oggi.
2. Salute e Sanità dal punto di vista della fede.
3. Linee operative e priorità della presenza della Chiesa nel campo della Sanità e della Salute.

La realizzazione del progetto comprende diverse fasi:

1. Elaborazione del materiale per facilitare la riflessione personale e la condivisione di gruppo.
2. Presentazione del materiale ai responsabili.

Allegato 1



3. Studio dei materiali e raccolta dei contributi (Fase diocesana).

4. Celebrazione di un congresso nazionale di Pastorale Sanitaria.

5. Redazione del documento.

6. Presentazione dello stesso alla Conferenza Episcopale spagnola.

7. Pubblicazione, diffusione e attuazione delle linee operative approvate.

Giornata dell'ammalato 1993 dedicata alla « Buona Morte »

— Realizzare il Piano di azione della CEE sull'assistenza ai moribondi.

Rafforzamento del gruppo di operatori sanitari cristiani

— Continuare la celebrazione regolare delle Giornate Nazionali e i Seminari di Bioetica.

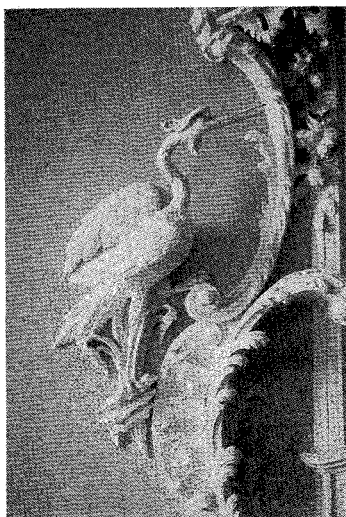
— Promuovere il movimento nelle diocesi dove esso non è ancora arrivato.

— Pubblicare un libro sui PROSAC: la loro storia e il loro contributo.

La pastorale Sanitaria oggi è conosciuta, valorizzata e apprezzata nella Chiesa spagnola. Senza fretta, ma nemmeno senza pause, si è andata sviluppando grazie all'appoggio della CEE, dei vescovi, e al lavoro entusiasta di molte persone e gruppi che gli organismi diocesani, interdiocesani e nazionali hanno saputo animare, incoraggiare e coordinare. Resta ancora un lungo percorso che speriamo di effettuare con l'aiuto del Signore.

P. RUDESINDO DELGADO PEREZ

Direttore del Dipartimento della Pastorale Sanitaria della Conferenza Episcopale Spagnola



Allegato 2

piano di azione del dipartimento per la pastorale sanitaria per il triennio 1990 - 1993. Spagna

Introduzione

Il Gruppo Nazionale della Pastorale Sanitaria, nel corso della sua XXIX riunione, riesaminando i contributi inviati dalle Commissioni e dai diversi Segretariati diocesani e interdiocesani, ha delineato i grandi obiettivi e le azioni principali del Piano del Dipartimento per la Pastorale Sanitaria per il triennio 1990-1993.

La valutazione condotta sul triennio concluso ha messo in luce quali aspetti più significativi: l'istituzione permanente della Giornata del Malato, l'avvio dei lavori delle differenti Commissioni del Gruppo e, in alcune diocesi, un'accresciuta sensibilità delle comunità cristiane verso i malati più bisognosi, l'aumento della richiesta di formazione e dell'offerta di mezzi formativi nell'ambito diocesano, la maggiore presenza dei PROSAC ecc.

L'analisi della situazione attuale del mondo sanitario, specchio della società in cui viviamo, pone due grandi sfide:

1. La promozione di una nuova cultura della sanità che, alla luce del Vangelo, dia un nuovo significato alla vita, alla salute, alla malattia, alla sofferenza, alla morte e all'assistenza.

2. La promozione di un'effettiva solidarietà con i poveri i quali, nel campo della sanità, sono veramente molti: i malati e, tra loro, i più bisognosi e i meno assistiti.

Su entrambi i fronti, profondamente coincidenti, si dovranno intensificare gli sforzi e compiere nuove azioni, che approfondiscano e concretizzino la scelta ecclesiale verso i più poveri, una speciale sensibilità per saper cogliere le urgenze del momento e, allo stesso tempo, un loro contributo all'umanizzazione della sanità, della sofferenza, della vita e della morte. Nel cuore stesso dei problemi etici vi è un urgente bisogno di una nuova cultura più solidale e più umana.

Per il prossimo triennio, che ci avvicina ancora di più al terzo millennio, il nostro obiettivo generale sarà quello della CEE: imprimere una nuova evangelizzazione nel mondo della sanità. Gli obiettivi specifici tornano perciò ad essere quelli del passato triennio, a cui ne dobbiamo aggiungere due. Quarto obiettivo: « Rinnovare l'azione evangelizzatrice delle parrocchie nel campo della sanità »; 8). Dare impulso e sviluppare le nostre relazioni con gli organismi ecclesiastici e civili, in ambito nazionale ed internazionale » Per riuscire in questi obiettivi il Piano propone alcune iniziative.

Il Piano elaborato dal Gruppo Nazionale della Pastorale Sanitaria vuole costituire un quadro di riferimento che delimiti l'azione della pastorale sanitaria, permetta la partecipazione di tutti e dia unità al lavoro pastorale condotto in questo settore; infine aiuti a distribuire le attività che si sono programmate nei differenti ambiti.

Obiettivo generale

Dare impulso ad una nuova evangelizzazione nel mondo della sanità e della salute

Obiettivi particolari

Obiettivo 1. Illuminare le realtà, i problemi e le situazioni che si verificano nel mondo della sanità, e le loro implicazioni pastorali.

Iniziative

1. Dare impulso e sviluppare la riflessione teologico-pastorale sulla sanità, la sofferenza e la morte, coinvolgendo gli operatori pastorali, gli scrittori, i teologi, i catechisti e i pastoralisti.

2. Promuovere la riflessione interdisciplinare sopra i seguenti problemi etici, al fine di evidenziarli e chiarirli:

— Problemi etici nella psichiatria.

— Etica della qualità della vita.

— Qualità dell'assistenza sanitaria e responsabilità dell'operatore sanitario.

3. Elaborare un Documento su « Chiesa e Salute per tutti entro l'anno 2000 ».

4. Prestare attenzione alle situazioni conflittuali che possono riscontrarsi nel mondo della sanità ed avere sempre una parola illuminatrice.

Obiettivo 2. Intensificare la solidarietà della Chiesa e della socie-

tà verso i malati più bisognosi, soprattutto verso i malati terminali, gli anziani, e i malati mentali.

Iniziativa

1. Avviare quelle azioni del Piano di Azione della CCE sull'eutanasia e l'assistenza ai moribondi che consistono nell'offrire un'assistenza completa ai malati terminali.

2. Studiare i grandi problemi che devono affrontare oggi in Spagna i malati mentali e le loro famiglie, promuovere il coordinamento delle persone e delle istituzioni ecclesiastiche, per quanto possibile, con la pubblica Amministrazione per essere in grado di offrire l'assistenza necessaria.

3. Studiare la situazione degli anziani malati in Spagna e promuovere il coordinamento delle persone e delle istituzioni ecclesiastiche, per quanto possibile, con la pubblica Amministrazione, per essere in grado di offrire l'assistenza necessaria.

Obiettivo 3. Rafforzare la comunione ecclesiale negli operatori e negli organismi della pastorale sanitaria.

Iniziativa

1. Sviluppare la corresponsabilità di tutti gli operatori della pastorale sanitaria, sia nell'elaborazione dei piani, sia nella loro attuazione.

2. Stimolare il coordinamento delle linee, degli obiettivi e delle attività delle diverse delegazioni diocesane di pastorale sanitaria, rispettando il ritmo e le possibilità di ciascuna.

3. Dare impulso alla realizzazione del Piano di Mutuo Soccorso tra le Delegazioni della Pastorale Sanitaria come un modo di vivere la comunione ecclesiale tra loro stesse.

4. Avviare esperienze di reciproca conoscenza e collaborazione con la Chiesa Latino-americana.

Obiettivo 4. Dare impulso al rinnovamento dell'azione evangelizzatrice delle parrocchie nel campo della sanità.

Iniziativa

1. Risvegliare nelle parrocchie la coscienza della loro missione sanante e sviluppare le loro risorse per il miglioramento delle condizioni sanitarie.

2. Rivitalizzare l'impegno delle parrocchie nell'assistenza completa ai malati più bisognosi, soprattutto ai malati terminali, agli anziani e ai malati di mente.

3. Promuovere nelle parrocchie la conoscenza dei grandi problemi della Sanità e la loro partecipazione alla soluzione dei medesimi.

4. Continuare nelle parrocchie a dare impulso alla creazione e al funzionamento dei gruppi di pastorale sanitaria.

Obiettivo 5. Dare impulso al buon funzionamento dei servizi di assistenza religiosa cattolica negli ospedali.

Iniziativa

1. Appoggiare, assistere e stimolare i cappellani e le persone idonee ad assolvere la loro missione mediante l'organizzazione di incontri, la visita e il dialogo con gli stessi, l'offerta di strumenti e di risorse ecc.

2. Incoraggiare la comunione e la collaborazione tra i cappellani, tra i religiosi/e e il personale sanitario e con le parrocchie.

3. Chiarire la definizione di « persona idonea », il suo campo di azione, la sua formazione, i suoi diritti e doveri.

4. Studiare le necessità a medio termine del personale già formato, dei religiosi o secolari, per prestare assistenza religiosa tanto nei centri ospedalieri convenzionati, come in quelli dove la detta assistenza non è stata ancora regolata.

Obiettivo 6. Continuare nella promozione di un laicato impegnato nel mondo sanitario.

Iniziativa

1. Organizzare ogni anno la Giornata dei PROSAC come luogo di incontro, riflessione, impegno.

2. Promuovere la celebrazione annuale di un « seminario » su un tema di bioetica, come un modo per facilitare la formazione etica del PROSAC perché abbiano la possibilità di avere voce nella Chiesa e nella Sanità.

3. Incoraggiare la creazione e il funzionamento della Commissione del PROSAC in tutte le diocesi.

4. Ampliare la Commissione Nazionale del PROSAC con rappresentanti PROSAC di tutte le SIPS.

Obiettivo 7. Stimolare la formazione specifica e permanente degli operatori della pastorale sanitaria.

Iniziativa

1. Delineare programmi di formazione per operatori pastorali a livello più basso e a livello medio.

2. Organizzare ogni anno uno o due corsi di formazione permanente per gli operatori pastorali ospedalieri.

3. Collaborare alla preparazione dei programmi e alla documentazione dei seminari di bioetica che vengono organizzati.

4. Operare e collaborare alle attività di formazione nei distinti ambiti e settori: Scuole di Pastorale Sanitaria, Brevi Corsi di formazione per seminaristi, assistenti ai malati, volontariato ecc.

5. Organizzare un servizio di documentazione, informazione e pubblicazione di risorse e materiale per la formazione degli operatori della pastorale sanitaria.

6. Lavorare per inserire la Bioetica come disciplina nella formazione dei futuri operatori sanitari.

Obiettivo 8. Stimolare e sviluppare le nostre relazioni con organismi ecclesiastici e civili, nell'ambito nazionale ed internazionale.

Organismi nazionali

— Commissioni, Segretariati Episcopali legati alla Pastorale Sanitaria.

— Facoltà di Teologia, Istituti di Pastorale, Bioetica, Seminari.

— Caritas.

— Volontariato.

— Ministero della Sanità.

— Altri.

Organismi internazionali

— Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori sanitari.

— Federazioni internazionali: CICIAMS, Medici Cattolici, Caritas Internazionale.

— Altri.

pastorale sanitaria in Cile

una riflessione più che una relazione

Il Cile, situato nella parte sud-occidentale dell'America Latina, ha una superficie di circa 2.000.000 Km², includendo la parte continentale e l'Antartide. La sua configurazione geografica è estremamente complessa: grandi distese desertiche nel Nord del paese, terre con abbondante vegetazione a Sud, e fra di esse una zona centrale con ambienti aridi e mediterranei. La sua popolazione, all'incirca 14 milioni di abitanti, si concentra soprattutto nella regione centrale, ciò che implica una notevole disparità della densità locale. Esiste perciò una popolazione polverizzata che vive lontano dai centri urbani, un terzo della quale in condizioni di estrema povertà.

In tutto il Paese si registra una situazione di emarginazione di rilevanti proporzioni, il che comporta, senza dubbio, un grande lavoro per l'assistenza sanitaria e l'attenzione primaria verso particolari gruppi umani.

In tale contesto la Chiesa si rende operativa conducendo nelle ventisei diocesi cilene una attenta pastorale sanitaria: essa si avvale della Caritas che coordina e promuove iniziative nel quadro delle attività materiali-spirituali al fine di far fronte alle necessità più urgenti degli emarginati dalla società che vivono nella sofferenza.

Per questo, più che una semplice spiegazione, mi si consenta una riflessione:

Vi è una Chiesa che spera, che guida con amore le pecorelle all'ovile, che raccoglie la voce del Pastore con obbedienza. Ma vi è anche una Chiesa che cerca, si interroga, che commette errori, che inciampa nei corpi lacerati dei tossicodipendenti, degli alcoolizzati, dei sieropositivi emarginati, degli sfortunati colpiti dalle differenti malattie, degli inabili, degli handicappati che non hanno accesso ai Centri sanitari, di ricupero e di promozione.

Non si tratta di due chiese: entrambe appartengono alla medesima Chiesa sostenuta dalla speranza che il Vangelo penetri nelle menti e nei cuori.

Il popolo cileno, negli ultimi due decenni, ha vissuto due tappe: una prolungata, a causa del sistema politico autoritario, il cui costo sociale è ricaduto sui più poveri, particolarmente nel campo della

salute; nel frattempo si è fatta largo l'economia di mercato, dando vita a strutture sanitarie private, cliniche ed ospedali tecnologicamente più sviluppati, ma destinati ad occuparsi dell'assistenza sanitaria di una piccola porzione della popolazione, di quella che dispone di ricchezze e privilegi: gli ospedali pubblici sono progressivamente decaduti a causa del sistematico abbandono dovuto ad insensibilità.

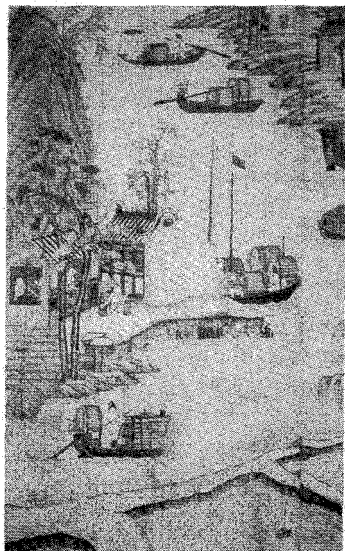
In questa fase storica, la Chiesa è stata presente? Come?

A) Sostenendo e accompagnando l'infermo nella sua dimensione spirituale e con la concentrazione di poche risorse materiali, offrendo l'attenzione primaria ai più poveri ed emarginati dalla società.

B) Formando del personale volontario, idoneo per assistere e accompagnare i malati.

C) Animando lo stesso corpo di volontari affinché venisse inserito nella Pastorale Sanitaria, a livello diocesano.

D) Assicurando la formazione professionale di medici e infermiere nella Pontificia Università Cattolica, la cui opera si è confermata praticamente insostituibile.



Per questo la Caritas del Cile si sente in dovere di ringraziare il Medical Mission Board degli Stati Uniti d'America, per l'apporto significativo offerto attraverso l'invio di Farmaci, Vitamine e Kits, e di strumenti essenziali per la chirurgia minore. Sarebbe lungo descrivere l'esperienza vissuta in questo tempo, durante il periodo della dittatura, e sarebbe ancora più lungo elencare le sofferenze dei tanti e di ciascuno in particolare. Troppi individui sono venuti meno per la mancanza di un'opportuna assistenza.

La seconda tappa si inquadra nel ritorno al sistema democratico. L'economia di mercato prende piede definitivamente, con il chiaro sforzo delle autorità perchè tale economia sia *sociale*, tornando a mettere al centro della stessa « l'uomo ».

Senza dubbio, con un'incredibile velocità subentra il *consumismo* — come sistema e forma di vita, il materialismo pratico che rimpiazza quello ideologico — facendo scadere, in questo modo, i valori, la cultura ed affievolendo la fede religiosa.

Nasce così la nuova povertà, prodotto dell'economia di mercato, che si unisce a quella classica, con la conseguenza che l'una e l'altra si alimentano a vicenda in maniera impressionante, provocando una *crisi morale* che danneggia profondamente la *salute del popolo*.

Il Ministero per lo Sviluppo, in due occasioni, ha comunicato che in Cile, su una popolazione complessiva di quattordici milioni di abitanti, vivono cinque milioni di poveri, privi di ciò che è *indispensabile alla sussistenza*; di fatto, questa nuova povertà apre le porte alla tossicodipendenza, all'alcolismo, male endemico del Cile, alla *prostituzione infantile* e al *diffondersi dell'Aids*, con un aumento che, in un solo anno, è stato superiore al trenta per cento. Non è difficile immaginare, perciò, il deterioramento sistematico della salute, soprattutto nella fascia più giovane della popolazione.

Tossicodipendenza

In relazione a questa situazione, qualche cenno ad esperienze a volte amare, ma non per questo

meno rilevanti, circa gli aspetti più distruttivi della salute, quali l'emarginazione, la povertà, la differenza di condizioni sociali, vale a dire: tossicodipendenza, alcoolismo e Aids.

La tossicodipendenza si riscontra tra il 30 e il 40% della gioventù, comprendendo i bambini in età scolare delle fasce più emarginate dalla società.

Le sostanze più utilizzate sono la marijuana e il Neoprén. La prima non provoca dipendenza fisica ma psicologica, la cui conseguenza più importante è che « il futuro si confonde con il passato con la perdita del senso morale e la morale; ne deriva quella che viene chiamata una sindrome demotivazionale »: la perdita assoluta del significato della vita. Il Neoprén, che è un solvente organico usato come collante, agisce sul sistema nervoso centrale distruggendo progressivamente i neuroni. In poche parole, il tessuto più nobile del cervello « si scioglie », e si manifesta sul piano del comportamento con la perdita di ogni interesse per la propria persona e per gli altri, provoca un'anestesia morale e il soggetto non riconosce più affetti, regole, vincoli, né norme. È usato soprattutto dai bambini e dagli adolescenti. Nell'ultimo decennio i quadri psichiatrici che fanno riferimento all'uso di questa sostanza corrispondono circa al 50% delle visite negli Istituti di Sanità Mentale. Non è il caso di riferire le immagini tristi di automutilazione, enucleazione degli occhi, maculazione ed etero-aggressione. Basti sapere che la droga induce fenomeni analoghi al terrorismo: già il 16% delle abitazioni sono state assalite. Di fronte a questo flagello vi è solo la Chiesa, e molto precariamente, che porta avanti alcuni modestissimi centri di ricupero per tossicodipendenti, portando assistenza pastorale nei centri di detenzione per giovani e per adulti.

Alcoolismo

L'alcoolismo è un male endemico del Cile. Nel nostro paese l'alcool provoca situazioni disperate a livello individuale e familiare in una parte rilevante della popolazione. Il 25% della popolazione è costituita da grandi bevitori (il 5% alcoolizzati, il 20% bevitori eccessivi), e si constata purtroppo sempre di più che l'assunzione di alcool riguarda anche le donne e i giovani.

Di fronte ai due suddetti problemi la Chiesa si è attivata istituendo, a livello parrocchiale, dei Centri di Ricupero per Tossicodipendenti e per Alcoolizzati, in cui lavorano professionisti a pagamen-

to e volontari. Il loro obiettivo è quello di far uscire il malato da quella situazione per reinserirlo nella società.

Aids

Dinanzi al problema dell'Aids la Caritas cilena è stata — senza dubbio e non senza difficoltà — la prima a dare inizio ad una azione efficace e continuativa di prevenzione, formazione e assistenza dei malati, i quali soffrono sapendosi emarginati da gran parte della popolazione. Purtroppo è in pieno corso una campagna riduzionista, sviluppata dal Ministero della Sanità, e che si vale dei mezzi di comunicazione per realizzare un'azione preventiva della malattia, attraverso l'uso del preservativo. Il Canale 13 della Pontificia Università Cattolica e un canale privato si sono rifiutati di trasmettere questo programma offrendo all'intero Paese un esempio di coerenza con i principi cristiani, nella difesa del patrimonio culturale.

Per questa categoria che soffre la Caritas è la prima ad attivarsi, ad occuparsi e ad accogliere questa

gente enormemente in difficoltà a causa dell'indifferenza e dell'intolleranza di quelli che hanno paura di essere contagiati.

Ricordiamo ciò che ha detto l'Arcivescovo Card. O'Connor nel corso della Conferenza internazionale del 1989 (« Vivere, *perché?* »), quando ci parlò dell'incontro, il giorno di Natale, con i malati di Aids. Quell'esempio ci ha dato la forza di convivere con loro anche la notte della Natività, compleanno dell'intera umanità.

Nella nostra « Casa di Accoglienza » si trovano 32 malati terminali di Aids per aprirsi alla luce della pienezza della vita. Solo a Santiago e a Valparaíso seguiamo e assistiamo a domicilio 250 infermi. È così che si ripercorre il cammino del Buon Samaritano che, invece, perdiamo di vista troppe volte, a causa dei « raccordi anulari » che ci immettono velocemente sulle autostrade dove è vero che si avanza velocemente, ma senza vedere gli uomini che ci sono vicini; dobbiamo fermarci un istante per avvicinarci a Lui e condividere il dolore che purifica e ci rende adulti.

Aborto

Nel nostro Paese il problema dell'aborto provocato è di vaste dimensioni, analoghe a quelle del mondo opulento e edonista dell'Occidente sviluppato. Sebbene le statistiche al riguardo non siano molto precise (si riferiscono solo ad aborti che chiamano in causa il medico) le cifre di questo flagello sono allarmanti. Si è stimato che in Cile vi siano ogni anno più di 180.000 aborti provocati, dei quali, un 40% di essi sono praticati dagli adolescenti. Oggi praticare un aborto in Cile è facile come ottenere una visita medica. È per questo che la difesa della vita e il diritto a nascere dei bambini devono essere riaffermati con urgenza attraverso l'aiuto delle madri e mediante un'adeguata educazione sessuale, dove si privilegi e si enfatizzi il valore della famiglia come un bene superiore e fondamentale della società e della sessualità umana.

Prevenzione

Tutto sembra indicare che il grande compito che ci aspetta per risolvere questi problemi sia quello di operare, mediante una Pastorale della Prevenzione, sui gruppi sociali più vulnerabili ed esposti quali i bambini e gli adolescenti del mondo « marginale ».

Dietro la storia di ogni tossicodipendente, di ogni ragazza-madre e di ogni aborto, vi è una prema-



tura mancanza di affetto, risultato della mancanza di un nucleo familiare basato su solidi principi morali. Le mie parole potrebbero lasciare un alone di pessimismo, non ne dubito, ma vi è una realtà che lascia intravedere un orizzonte di speranza. Il Cile è una nazione dove si riscontrano tutti i mali della fine di questo secolo; ma esistono valori fondamentali ancora vivi e difesi con sincerità, ovvero, i valori della famiglia, fondamento di ogni società sana.

Il Cile è un paese che vive intorno alla famiglia, sinonimo di amore dove, per esempio, le madri non si stancano di *esserlo*, né per pessimismo, né per paura della società, dove, al contrario, si incontrano famiglie numerose per propria volontà in tutto responsabili a livello sociale. Questa caratteristica che più di un cilenio definirebbe « ovvia », e alla quale non si conferisce il peso che merita, è una caratteristica comune che molte nazioni ci invidiano.

Dinanzi a questo quadro socio-sanitario mi sembra doverosa un'ultima riflessione. Per diffondere l'Evangelizzazione occorre tornare immediatamente a guardare con amore ed impegno educativo agli adolescenti e ai bambini, poiché sono loro quelli che si aprono alla vita. Donar loro la nostra amicizia e la nostra guida vuol dire entrare a far parte delle loro famiglie, incoraggiarle a pro-

cedere tutti uniti, prevenendole dai mali sociali che immobilizzano la salute spirituale e fisica di tanti poveri che oggi giacciono lacerati e colpiti ai margini della strada. Alla radice di tanto male vi è l'emarginazione.

Soprattutto i medici, gli infermieri e gli altri membri del personale sanitario, volontari, sacerdoti e religiosi, sono chiamati ad essere l'immagine viva di Cristo e della sua Chiesa nell'amore per i malati e per coloro che soffrono.

È necessario che questa precisa eredità lasciata alla Chiesa da Gesù Cristo, « medico della carne e dello spirito », non solo non si affievolisca mai, ma venga valorizzata e sempre più arricchita mediante il ricupero e un deciso rilancio dell'azione pastorale « verso gli infermi e coloro che soffrono », tenendo a mente ciò che affermava il Cardinal Ratzinger: « Una visione del mondo che non riesca a dare un significato al dolore e a renderlo prezioso, non serve affatto. E certamente necessario fare il possibile per alleviare il dolore di tanti innocenti e per limitarne la sofferenza; tuttavia, poiché una vita umana senza dolore non esiste, chi non è capace di accettare il dolore rifiuta l'unica purificazione che ci converte in adulti ».

Per concludere, riporterò una breve sintesi della struttura della Chiesa cilena nel campo sanitario e

del suo personale religioso e laico:

— 7 ospedali, 1200 posti letto (assistenza primaria e secondaria).

— 1 ospedale universitario per la formazione dei medici e delle infermiere; fornisce ogni anno alla società un quarto dei professionisti di questo settore.

— 21 congregazioni religiose che lavorano nel settore sanitario.

— 446 Centri sanitari legati alle parrocchie e coordinati dalla Caritas cilena, i quali offrono assistenza sanitaria primaria e didattica con personale volontario.

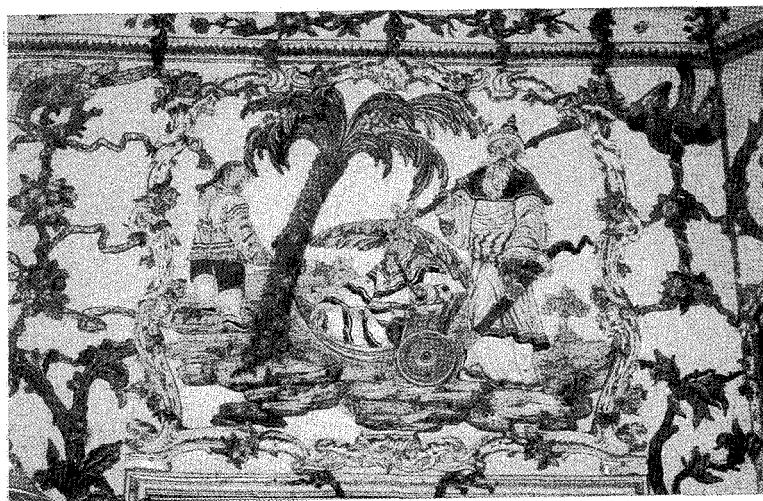
— Un centro nazionale per la distribuzione dei farmaci.

— Una Casa di Accoglienza per i malati di Aids.

— Una scuola nazionale della Caritas per gli ausiliari; ogni anno vi accedono 200 giovani, con un Dipartimento per il Volontariato (DEVOL). Si tratta di 2.000 volontari che assistono gli anziani, i bambini, i giovani e i malati, in coordinamento con il Dipartimento della Pastorale Ospedaliera.

Possiamo affermare che non vi è un solo ospedale dove non vi sia un volontario che annuncia la venuta di Cristo, permanente novità ed unica forza di ricambio nella vita dell'uomo e della sua storia.

P. BALDO SANTI, O.M.D.
Vice-Presidente Esec. della Caritas-Cile



accrescere la presenza della chiesa tra gli infermi

58

Esprimo innanzitutto la gratitudine della Chiesa cubana al Santo Padre per avermi nominato membro del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli operatori sanitari. Il mio grazie anche al Cardinale Fiorenzo Angelini, presidente del Pontificio Consiglio, per aver preso l'iniziativa di presentare il mio nome al Santo Padre, affinché facessi parte del Pontificio Consiglio insieme a eminentissimi cardinali, arcivescovi, vescovi, prelati, religiose e laici.

La Chiesa cubana, così lontana geograficamente da questo continente europeo, tuttavia è tanto vicina al cuore di Pietro, il quale ha manifestato in innumerevoli occasioni il suo amore di predilezione per il nostro popolo; senza dubbio è stato questo amore a spingere Lei e il P. José Luis Redrado a visitare in tre occasioni la nostra amata isola. La Chiesa cubana Le è perciò molto grata per l'attenzione che ci ha dedicato e per quanto da lei fatto presso le massime autorità civili affinché religiose consacrate al servizio degli infermi, potessero lavorare negli ospedali del vostro paese.

Dal Suo intervento, è scaturita una richiesta e un'aspirazione che, sebbene non abbiano ancora trovato piena attuazione, sono vive nel cuore di tutti, vescovi, sacerdoti, religiose e laici cubani.

Merita poi pieno apprezzamento quanto compiuto da questo dicastero, le sue molteplici attività da ogni parte del mondo, e per aver dato alla Chiesa la posizione che le spetta nel campo della sanità e della salute.

Consideriamo poi quanto mai positive le Conferenze internazionali promosse da questo Pontificio Consiglio.

Mi limiterò a formulare alcune idee che potrebbero essere prese in considerazione.

In *primo luogo*, apprezziamo moltissimo il Volontariato, che a Cuba chiamiamo Gruppi di visitatori degli infermi; questi, insieme ai Ministri dell'Eucaristia, hanno dedicato il massimo impegno nel lavoro disinteressato accanto ai malati e nell'assistenza spirituale ai medesimi. Ogni domenica, ogni giorno festivo religioso, ogni primo venerdì del mese, questi gruppi collaborano con i sacerdoti portando la comunione agli ammalati,

agli anziani e invalidi, a domicilio; il loro numero infatti è più elevato di quelli assistiti nei centri.

Sarebbe quanto mai opportuno sensibilizzare e promuovere queste esperienze attraverso la rivista « *Dolentium Hominum* » ed altri mezzi divulgativi. Considero quanto mai importante il compito dei ministri laici dell'Eucaristia che, con grande impegno e sacrificio, portano il pane della vita ai più dimenticati. Abbiamo pochi sacerdoti e non bastano per tutti quelli che chiedono la Comunione.

In *secondo luogo*, sarebbe quanto mai opportuno stabilire una data fissa per la celebrazione della Giornata Mondiale del Malato, sostenendola ogni anno con materiale e strumenti pastorali.

In *terzo luogo*, promuovere un'organizzazione ecclesiale sostenuta da questo dicastero per i diversi operatori cattolici in campo sanitario: medici, infermieri, farmacisti ecc. assegnando loro compiti precisi sul piano organizzativo ed operativo.

Infine, sensibilizzare i ragazzi giovani ai problemi sanitari tenendo conto che i ragazzi di oggi sono la Chiesa di domani, indire con-

corsi internazionali di disegno per ragazzi, componimenti letterari ecc. Far conoscere episodi eroici di ragazzi e di giovani a favore dei malati. Premiare i migliori. Tutto ciò favorirebbe la valorizzazione e l'imitazione per attuare, da parte dei ragazzi, i valori evangelici.

Non posso poi dimenticare di essere latino-americano e che il tema « Chiesa e Salute nel mondo » richiede con urgenza una presa di coscienza all'interno della problematica sanitaria dell'infanzia nell'America Latina e nei Caraibi.

Sentiamo l'impegno e la missione come Chiesa di operare per la sopravvivenza e lo sviluppo dei bambini evitando la morte di milioni di loro prima della fine di questo secolo.

Un affettuoso saluto della Chiesa cubana a Sua Eminenza Reverendissima, ai suoi collaboratori e a tutta questa distinta assemblea.

S.E. Mons. MARIANO VIVANCO VALIENTE

Vescovo di Matanzas
Presidente della Commissione
Episcopale Cubana
per la Pastorale degli operatori sanitari



federazione internazionale delle associazioni mediche cattoliche

Durante l'anno passato la Federazione ha continuato a pubblicare il suo bollettino d'informazione, in quanto il suo obiettivo principale è quello di interessare altre Istituzioni Cattoliche al nostro lavoro, ma l'altro suo compito importante è quello di fare conoscere la Federazione fra le organizzazioni e le Istituzioni non cattoliche nel campo dell'etica. Nel Settembre 1990 la Federazione ha tenuto il suo quarto Congresso Internazionale annuale a Bonn e le nove relazioni degli atti sono ora disponibili in inglese o in tedesco (15 dollari statunitensi) e si possono avere richiedendoli alla Segreteria Amministrativa FIAMC, Palazzo S. Callisto, 16 00153 Roma, Italia. Durante il Quarto Congresso Internazionale annuale, sono organizzate delle riunioni regionali che hanno luogo a metà del quarto ciclo annuale. La zona europea ha organizzato il suo Congresso sul tema di « La Medicina all'alba del terzo Millennio » e si svolgerà a Venezia dal 25 al 28 Marzo 1992. Per informazioni rivolgersi a: Segreteria del Congresso, A.M.C.I., Via della Conciliazione 15, 00193 Roma, Fax: 06/6869102.

Fra gli altri argomenti, verranno presentati in seguito le relazioni che enfatizzano l'importanza dell'ambiente nella sua relazione con la qualità della vita; l'importanza dell'etica, per i medici ed i problemi di alcuni giovani medici in Europa. Fra qualche mese nell'area asiatica si terrà un Congresso a Bangkok, dall'8 all'11 Novembre, il cui tema sarà « L'Aids, la Vita, l'Amore ». Il Congresso si aprirà con la relazione del Dr. Alimurung (è stato Presidente della Federazione alcuni anni fa). Per informazioni rivolgersi alla Segreteria del Congresso, St Louis Hospital, 215 Salthorn Road, Bangkok, Thailandia.

La Federazione Indiana delle Associazioni Cattoliche svolge un ruolo importante nel lavoro del Centro Bioetico FIAMC a Bombay, un Centro costituito da un ex Presidente, il Dr. Chicot Vas. Essa realizza delle relazioni etiche ed ha dei gruppi che lavorano sui problemi morali.

L'area Latino-Americana esiste dal 1986 circa ed è ora composta da parecchi paesi di quella zona. Per me è un piacere in questa

relazione rendere un mio omaggio personale al Dr. Hugo Obiglio, il vicepresidente, per la sua energia ed il suo tempo spesi nella promozione della Federazione in quel Continente. La Conferenza Episcopale dell'America Latina è associata ad una riunione nella Repubblica Dominicana che si terrà dal 9 all'11 Luglio prossimi, organizzata dall'Associazione Dominicana di Medici Cattolici sotto il patrocinio della Federazione, che verrà da me rappresentata. Si terrà un congresso per la creazione di una struttura regionale per l'America Latina.

Avranno luogo anche delle riunioni accademiche e verranno discusse le etiche dei problemi in psicoterapia, l'alta tecnologia medica e la riproduzione aiutata. Questo è l'apice di un vasto e durissimo lavoro effettuato dal nostro vicepresidente. Egli ha organizzato anche un rapporto di lavoro fra l'Associazione di Medici Cattolici a Buenos Aires ed il Centro di Ricerca Bioetica, ed il Centro Argentino di Morale Etica, Biologica e Medica, per preparare un'archivio di base sulla Bioetica. Il Cardinale Quarracino, Arcivescovo di Buenos Aires, lo ha invitato a costituire un Comitato per la protezione ed il diritto alla vita.

L'area Oceanica comprende l'Associazione Neozelandese, che, fra gli altri paesi, lavora a stretto contatto con altri professionisti per la realizzazione di eccellenti pubblicazioni ed anche, a volte, per formare delle delegazioni il cui compito è quello di incontrare i corpi governativi sui problemi morali emergenti. Quest'anno un esempio eccellente di tale lavoro è dato da una recente pubblicazione distribuita dall'Ufficio Pastorale dell'Arcidiocesi di Wellington. Questo Simposio era su « Amore e Protezione per la Persona Umana », i Medici e gli avvocati cattolici con sua Eminenza il Cardinale William vi hanno tutti preso parte per realizzare un lavoro tale da essere un esempio per le altre nostre Organizzazioni.

La Federazione valuta i suoi associati dell'Organizzazione Cattolica Internazionale, in quanto è un corpo che fra i suoi associati incorpora tutte le Associazioni laiche riconosciute dalla Santa Sede.

Questa Organizzazione è impegnata nei centri di Ginevra, Vienna, Parigi e New York, che controllano parte del lavoro dell'Organizzazione Internazionale. Per esempio, a Ginevra l'organizzazione Mondiale della Sanità, ed a New York le Nazioni Unite. La Federazione spera di avere un giorno un status di organizzazione non governativa all'Organizzazione Mondiale della Sanità, dedicata soprattutto allo sviluppo delle attività sanitarie nei paesi non sviluppati, ma è consapevole che è desiderio della Santa Sede avere un input medico cattolico in queste Organizzazioni.

La Croazia e la Nigeria hanno richiesto di fare parte della Federazione e stiamo aspettando di ricevere da loro la documentazione necessaria. La struttura centrale delle Federazioni dipende dal duro lavoro del nostro Segretario Generale Professor Osswald, dal nostro tesoriere Dr. San Filippo, ed dal nostro assistente ecclesiastico Mons. Cassidy. I nostri ringraziamenti alla Signora Biondi che è la segretaria amministrativa part-time.

La Federazione ha lanciato un appello per ricevere 200.000 dollari statunitensi per aumentare la nostra rete di uffici, necessari per l'efficiente gestione della Federazione. Sono stati donati circa 22.000 dollari statunitensi. Le fonti di possibili donazioni saranno sempre le benvenute per aiutare la nostra missione.

Dott. THOMAS LINEHAN, M.D.

Presidente FIAMC
Federazione Internazionale delle
Associazioni Mediche Cattoliche



aiutare i bisognosi, compito eminente dei farmacisti cattolici

60

È un grande piacere ed onore rivolgermi a Voi in questo illustre Comitato della Chiesa Cattolica. A nome della Federazione Internazionale dei Farmacisti Cattolici esprimo i miei più sinceri ringraziamenti per avermi dato questa possibilità di presentare la nostra organizzazione, di mettervi al corrente sulle nostre attività e di informarvi circa i nostri progetti per il futuro.

Lo sviluppo estremamente veloce che avviene nel mondo ed anche nella Chiesa ci costringe a riesaminare rapidamente la nostra conoscenza, che pensavamo essere inviolabile (indiscutibile), e ci fa modificare le nostre percezioni.

Anche nel campo della farmacia incontriamo le stesse tendenze dello sviluppo, che superano la nostra capacità lavorativa giornaliera, ma dobbiamo affrontare la realtà, essere impegnati in problemi e far fronte a delle situazioni sconosciute fino a poco tempo fa.

Anni fa i nostri soci francesi erano considerati essere molto all'avanguardia per quel che riguardava i loro impegni, non solo per come si occupavano dei medicinali, ma anche a causa del loro impegno sociale nel dare consigli e informazioni esaurienti a coloro che chiedevano aiuto.

Oggi giorno essi devono fare dei grossissimi sforzi per differenziarsi nella concorrenza con altre organizzazioni e Servizi Sanitari.

Attualmente la Chiesa non è più in grado di proseguire la tradizione della medicina come faceva in precedenza a causa della riduzione della disponibilità umana delle congregazioni e degli ordini religiosi che lavorano nel Servizio Sanitario.

Noi sappiamo che soprattutto i nostri soci italiani appoggiano la Chiesa nella realizzazione degli incarichi umanitari e constatiamo con piacere che alcuni membri aiutano il Consiglio della Santa Sede.

Il rapido progresso nel campo della medicina e le prospettive di conclusioni nuove e sensazionali rendono quasi impossibile ad una persona semplice giudicare e valutare pienamente un medicamento e le sue caratteristiche curative.

Nella nostra vita di tutti i giorni siamo spesso messi a confronto con errori di interpretazione —

anche intenzionali — che potrebbero essere evitati se i farmacisti fossero inclusi nel processo del pensare e del formulare.

Noi Farmacisti Cattolici, a causa della nostra estesa conoscenza del soggetto, del nostro accesso alla documentazione più recente e dei nostri contatti con l'industria, siamo nella posizione di offrire alla Chiesa il nostro appoggio.

In linea generale, non si deve permettere di screditare il medicamento — il medicamento che ha portato giovamento e aiuto agli essere umani per migliaia di anni e il cui sviluppo è portato avanti da delle moltitudini di scienziati altamente qualificati. In questo contesto dobbiamo fare menzione anche del fatto che i mezzi della terapia dell'ormone capaci di apportare dei rimedi possono lenire il dolore e curare le malattie, a condizione che le prescrizioni mediche vengano osservate attentamente.

Se il Camilliano Padre Roul Matte, un medico, sacrifica la sua vita ed il suo lavoro per combattere la lebbra nella zona dell'Amazzonia, ciò è dovuto in grandissima parte alla farmacia che gli fornisce la base e l'attrezzatura necessaria per adempiere al suo compito.

Durante il conflitto armato in Croazia, mi è stato chiesto di aiutare la clinica universitaria di Zagabria. Grazie alla cooperazione di « Katholischer Akademiker-verband Österreichs » e all'aiuto della mia famiglia, sono state prontamente spedite alla clinica le medicine necessarie.

Noi farmacisti, avendo a nostra disposizione tutti i mezzi di cui abbiamo bisogno, siamo in grado di giudicare e di determinare il valore dei medicinali — anche da un punto di vista finanziario — e di occuparci del loro uso appropriato. Per nessun motivo il medicamento deve subire un processo di deprezzamento ed una riduzione del suo valore prima che sia nelle mani dell'utente.

Io sono convinto di essere in grado di offrire una buona cooperazione a quelle autorità della Chiesa, impegnate in tutto il mondo a sollevare la situazione degli esseri umani nei casi d'emergenza, delle persone bisognose, di quelle povere e che soffrono per malattie.

Per intensificare il lavoro dei farmacisti cattolici per la Chiesa

vorrei chiedere a Sua Eminenza di aiutare a facilitare i buoni contatti fra noi e quei membri delle Conferenze Episcopali che sono responsabili del Settore della Sanità.

In quanto farmacisti competenti, siamo pronti ad offrire dei consigli in tutti i campi riguardanti l'uso dei medicinali.

Illustri delegati, spero di essere riuscito a descrivere brevemente quanto sia importante il lavoro del farmacista cattolico, nell'assistere la Chiesa a far fronte ai casi d'emergenza e ad affrontare la realtà nel campo summenzionato. Ovviamente questa realtà non riguarda solamente la Chiesa di Roma ma anche tutti i livelli regionali e locali della Chiesa.

Voglio sottolineare ancora una volta la nostra ferma intenzione di cooperare — a vantaggio degli esseri umani — con tutte le organizzazioni presenti, di sostenere e di integrare le loro attività che richiedono l'aiuto di un farmacista.

Infine vorrei affermare che i farmacisti cattolici, motivati soprattutto dal Vangelo ed impegnati, considerano l'aiutare i bisognosi come il loro compito più eminente.

Infine vorrei darvi dei dati reali sulla nostra organizzazione.

Vi sono circa 2.000 membri iscritti in 15 paesi. Raggiungiamo il numero di circa 10.000 farmacisti. In questo momento i gruppi più numerosi sono quello francese e quello italiano con circa 500 membri iscritti.

In Belgio esistono due gruppi linguisticamente separati. Essi sono molto diffusi a causa della loro rigida direzione. È già da parecchio tempo che questi due gruppi si occupano della prevenzione della droga.

Il gruppo tedesco si sta ricostituendo ora.

Holger Gotzendorff, il loro presidente appena eletto, cerca di persuadere specialmente i farmacisti giovani alla cooperazione.

Poco tempo fa il gruppo polacco è stato accettato dalla Conferenza Episcopale locale. Posen è il centro dal quale essi si diffondono in tutto il paese.

In Austria abbiamo circa 110 membri e molti amici.

Aiutiamo i nostri colleghi in Slovacchia, in Moravia ed in Un-

gheria. Essi stanno per costituire un gruppo.

Gli aiutiamo anche sulla loro strada professionale verso l'indipendenza.

Da Vienna cerchiamo di costituire dei gruppi in Slovenia, Croazia ed Ucraina.

A causa delle nostre possibilità linguistiche, cerchiamo dei farmacisti in Ungheria. Sfortunatamente attualmente la loro situazione è difficile.

Siamo in contatto con molti farmacisti anglo-americani tramite il nostro segretariato generale a Eupen, Belgio, che è diretto da Manfred Schunck.

Inviando dei nostri colleghi in Senegal ed in Nigeria, in modo che le persone del luogo siano in grado di costituire dei gruppi di farmacisti cattolici.

Anche in Spagna ed in Portogallo dei colleghi aspettano il nostro aiuto per la costituzione di

gruppi. Ma non è facile promuoverli.

I gruppi in Svizzera ed in Lussemburgo sono piccoli ma non per questo inattivi.

Il compito principale della FIPPC è quello di mantenere il contatto con tutti questi gruppi nazionali.

Ogni quattro anni organizziamo un congresso. L'idea preminente è « L'assistenza all'essere umano ».

Per esempio, nel 1985 a Bruges il nostro soggetto era « Il Farmacista e la Bioetica », nel 1991 a Bonn « Il Farmacista, servitore o mercante ».

I congressi hanno luogo in diversi paesi. In queste occasioni si uniscono a noi dai 200 ai 400 colleghi.

Il nostro Segretario Generale, il farmacista Manfred Schunck, il Vicepresidente Dr. Mottironi di Roma, il Presidente della FIPPC Mag. Scheer di Vienna ed il presidente di quel paese in cui si svolge

il congresso hanno la responsabilità di ogni congresso.

Durante la nostra ultima riunione Co.Ex. a Vienna 14 giorni fa, abbiamo deciso che l'attuale vicepresidente Dr. Mottironi dovrebbe presentare le nostre idee, in maniera più decisa di prima, alla Santa Sede a Roma. La sua funzione è anche quella di mantenere il contatto con le organizzazioni favorevoli.

Grazie alla nostra internazionalità abbiamo amici nei posti più importanti che ci rappresentano da parte di organizzazioni mondiali.

Ho cercato di darVi un quadro generale della nostra organizzazione, di Informarvi sul nostro lavoro e di proporvi i nostri progetti per il futuro. Grazie infinite per la collaborazione che date alla FIPPC.

Prof. EDWIN SCHEER

*Presidente della F.I.P.C.
Federazione Internazionale dei
Farmacisti Cattolici*

il CICIAMS nella pastorale del mondo della sanità

1. Il Vangelo: una sfida per il mondo della sanità

« In verità vi dico che quanto faceste ad uno di questi miei piccolissimi fratelli, a me lo faceste » (Mt. 25,40).

Questo versetto del Vangelo di Matteo esprime molto bene l'appello incondizionato per venire in aiuto ai più piccoli fra di noi.

Sono questi ultimi che nella vita sono segnati dalla sofferenza, dall'indigenza, dall'impotenza, dalla malattia, dalla fragilità. A livello di vita e di fede, la loro crisi si fa sentire chiaramente.

È in loro che si rivela il Cristo sofferente che ci invita a occuparci, ad assistere e a guarire i malati che ci sono affidati. Così, ci sfidano a dire sì alla vita, a infrangere il nostro piccolo io e ad impegnarci per gli altri. L'amore per il prossimo diventa così un segno tangibile dell'amore divino.

Gesù era colpito dalla sofferenza che lo circondava. La sua scelta di vivere fra gli esclusi e i poveri superava ampiamente un progetto di vita. Si trattava di un riconoscimento radicale in coloro che Egli incontrava. Arrivava perfino a riconoscersi con loro nelle sue sofferenze e nella sua morte. Ma il suo messaggio è vita e risurrezione. In Lui risuona la promessa della vita dopo la morte. Egli chiama gli uomini a trasformare la sofferenza e la tristezza in un nuovo modo di

vivere: divenire credenti nell'oscurità e scegliere la vita.

Attraverso la risurrezione di Cristo, la promessa di vivere dopo la morte diventa anche per noi una realtà vivente. Il Vangelo libera in atti e a parole alla vita e libera anche dalla morte, perfino dopo la morte.

2. L'infermiera: soffio di Dio, bastione e consolazione

L'infermiera occupa un posto centrale nelle cure prodigate all'uomo ferito e ammalato. Il suo avvicinamento alla fede, preoccupata e piena di attenzioni, fa di lei una testimone silenziosa di ciò che è vissuto nel cuore degli ammalati: i loro momenti forti e deboli. Così attraverso la sua attenzione per l'universo relazionale del malato, lei diventa fonte di vera guarigione interna. In particolar modo, lascia spazio ai problemi esistenziali del malato, alla fonte di Vita, Dio in persona.

Nel mondo, spesso impersonale, della sanità, contribuisce a dare un aspetto ed una dimensione di fede alla grandissima sofferenza degli uomini.

Da sempre la professione dell'infermiera si traduce in una profonda attenzione al racconto di vita di cui sono portatori le persone ammalate ed in crisi. Citiamo

come modello-chiave di questo atteggiamento Florence Nightingale. La base delle cure dell'infermiera è radicata in questa relazione compassionevole. Grazie a questa, la professione dell'infermiera è stata rivalutata.

Tuttavia, attraverso l'evoluzione costante della scienza, della tecnica e del progresso medico, avvertiamo che il medico, con il suo sapere e la sua competenza, prende sempre più il sopravvento.

Soprattutto in Occidente, il mondo della sanità è caratterizzato da una notevole accelerazione, con l'accento principale sulla terapia e la guarigione. La conoscenza medico-tecnica diventa preponderante e si concentra esclusivamente su una attività di guarigione (cura). Questa evoluzione medica mette l'infermiera sotto pressione tanto che nella sua professione ha luogo uno spostamento che minaccia di essere una estensione del braccio della medicina. Diventa l'esecutrice (spesso muta) di tutta una serie di tecnologie mediche la cui competenza è ereditiera della scienza medica.

Così, la sua preoccupazione di accompagnare come curante il malato è gravemente compromessa.

Tuttavia, lei cerca di riequilibrare, da un lato, la sua aumentata professionalità e, dall'altro, la coscienza del compito specifico che incombe su di lei. Lo sviluppo

delle cure palliative e delle cure infermieristiche integrate ne sono già una attualizzazione vivente.

Il legame intimo tra una presenza tenera e vera per gli altri e la competenza professionale costituisce così l'essenziale della missione creatrice che ogni infermiera ispirata e impegnata da un punto di vista pastorale deve adempiere. Ma questa tensione è colorata di una specificità propria di ogni popolo e di ogni cultura.

Questa tensione assume dei lineamenti specifici nel mondo occidentale, caratterizzato da un pluralismo e da una elevata conoscenza tecnologica.

Nel mondo occidentale, ivi compresi gli Stati Uniti, le cure infermieristiche e l'aiuto ai malati erano spesso affidate alla Chiesa. In parecchi paesi occidentali il legame sussiste ancora oggi, nonostante il fatto che in numerose istituzioni l'ispirazione cristiana resti in sordina.

Le società europee ed americane, divenute pluraliste hanno conosciuto molti cambiamenti in questo campo. Le organizzazioni cristiane di sanità riscontrano delle difficoltà a dare una forma autentica ai loro obiettivi. La loro missione è quella di fornire una competenza e di creare un clima nel quale i pazienti ed i loro colleghi possano ritrovarsi e che comprenda anche la dimensione religiosa della loro esistenza. Si tratta, piuttosto, di un atteggiamento fondamentale nel quale la visione cristiana è una dinamica che trova il suo elemento di ispirazione e di motivazione nel Vangelo.

Nondimeno il sistema della sanità di oggi si trova a doversi confrontare con una esigenza di crescita in materia di qualità nelle cure infermieristiche, una mancanza degli strumenti di valutazioni efficaci, una insufficienza di mezzi effettivi, una remunerazione troppo bassa, un aumento delle spese della sanità ed una immagine che sminuisce la professione dell'infermiera.

Nell'universo africano, questa tensione è vissuta in maniera differente, in quanto essa rientra in un altro schema. Vi si parla di una medicina di crisi, di una creatività medica e di una competenza sul luogo.

Spesso l'infermiera sostituisce il medico. Questa acquisisce dunque una competenza tecnica.

Il suo approccio premuroso e pieno di cure è la via per eccellenza per stabilire il contatto con il malato, il clan e la famiglia. La sua professione viene molto considerata. Gode di un grande riconoscimento presso il popolo e la tribù.

Per l'infermiera, la fede, la vita, la morte, e la vita dopo la morte formano una unità innata, in una simbiosi di tradizione cristiana e africana. Nel suo approccio attento e professionale verso il malato e l'uomo sofferente, lei è animata dalla convinzione di esser messa sulle tracce del Cristo, sulle tracce di Dio che ha assunto la nostra umanità in Gesù Cristo.

In *America Latina* gli infermieri professionisti hanno una formazione di alto livello che si riferisce direttamente all'arte di curare.

Invece, la pratica della medicina è estremamente regolata e istituzionalizzata, il cammino verso la professionalità e l'autonomia degli infermieri(ere) è leggermente ostacolata dall'istituzione della medicina.

Una crisi nelle cure infermieristiche si situa tra l'esercizio della professione in città e nel mondo rurale.

Soprattutto gli operatori sanitari di base hanno degli stretti legami con la Chiesa.

Il cristianesimo ha influenzato profondamente le cure infermieristiche organizzando e sostenendo delle iniziative di cure infermieristiche.

In *America Latina* parecchi paesi sono segnati da delle difficoltà politiche e questo causa dei problemi di comunicazione e di scambio

con dei colleghi statunitensi ed europei.

Gli infermieri(ere) e le ostetriche lavorano negli ambulatori di assistenza di base, negli ospedali rurali, in cui sono privilegiati nel campo dell'assistenza a domicilio, poiché la loro conoscenza della popolazione e delle tradizioni possono servire come legame tra le usanze tradizionali e il cristianesimo.

Nel mondo asiatico si manifesta una evoluzione nel campo delle cure infermieristiche. Una Chiesa piuttosto giovane ha già ottenuto un vero e proprio riconoscimento da parte della popolazione.

Gli infermieri(ere) e le ostetriche godono di una posizione sociale molto elevata. Le cure infermieristiche, perfino quelle praticate in condizioni difficili, restano legate alla Chiesa.

I nostri colleghi asiatici si interessano dei grandi problemi dell'umanità e della sanità. Osano prendere delle posizioni ispirate dall'etica cristiana, per esempio la dichiarazione dei diritti del bambino a nascere.

Mantenere un equilibrio tra una competenza tecnica e lo sforzo di curare il malato con umanità: ecco quale è la sfida per ogni infermiera impegnata pastoralmente. In effetti, laddove vengono valorizzate la « cura » e la « care » (cura e guarigione), può sorgere la preoccupazione costante per l'uomo nella sua totalità con i suoi problemi esistenziali più profondi.

3. Il dono come apertura alla vita

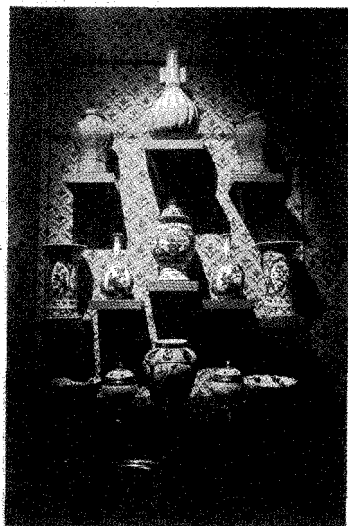
Una competenza necessaria ed un'auspicabile ispirazione, ben inteso... Ma l'amore prevale ed è sempre il più forte.

Se nella nostra tradizione di fede, parliamo di una Buona Notizia liberatrice, è perché annunciamo un Dio d'Amore di cui facciamo l'esperienza nella nostra vita.

La fede cristiana ci pone in una tradizione secolare, la tradizione cattolica. E una fede che ci fa uscire dalla nostra sicurezza e ci spinge ad incontrare altre persone. Ci interpella per occuparci delle persone fragili e deboli come voi e me. L'infermiera è la testimone privilegiata di questa fede. Attirata dalla persona sofferente, può contribuire all'edificazione di un mondo divino.

Una ispirazione pastorale dell'infermiera può spiegarsi nel seguente modo:

3.1 Come avvocato del malato, è chiamata ad essere una voce per i senza voce (*Ez 34*), ad assicurare la difesa dei deboli e ad essere la messaggera dei problemi e dei bisogni del malato.



3.2 La sua presenza ed il suo cuore premuroso opera una guarigione interiore e benefica nella crisi e nell'impotenza che attraversa il malato. Si concretizza in lei il racconto del buon Samaritano (Lc 10, 30-37).

3.3 Il suo rispetto fondamentale per l'essere unico di ogni persona farà in modo che ella non frantumerà la canna flessa e il lucignolo che vien meno non spegnerà (Is 42, 3), lasciando così uno spazio per il racconto di ognuno.

3.4 Il pudore ed il rispetto la accompagnano quando si sforza, attentamente e con molto amore, di assistere i malati con i loro alti e bassi affinché riacquistino la vista e l'udito ritrovando così il coraggio di vivere (Mc 8, 22-26).

3.5 Il suo è un potere servitore che dà un nuovo slancio ai deboli ed agli indigenti in modo che la serenità ed un sano equilibrio abbiano la meglio sull'angoscia e sull'incertezza (Mc 10, 42-45).

3.6 La sua solidarietà con l'uomo spezzato e fragile fa in modo che ella diventerà a sua volta una « curante ferita » (H. Nouwen, *The wounded healer*), commossa (piena di compassione) dalle ferite dei malati per dividere meglio, con speranza e disperazione, i momenti forti e deboli del racconto di vita che essi le comunicano.

Nell'ambito di una interpretazione attuale, ecco alcuni esempi di azioni del CICIAMS.

1. La ricerca costante di mezzi e di metodi per migliorare la qualità delle prestazioni delle cure infermieristiche, attraverso: I congressi internazionali che sono organizzati ogni quattro anni, l'ultimo ha avuto luogo nel 1990 a New York; l'argomento: « Assistenza sanitaria e valori spirituali in un mondo in cambiamento ». I congressi regionali che sono organizzati per studiare i problemi particolari propri di ogni regione del CICIAMS (l'Africa, l'Asia, l'Europa, l'America Latina e l'Oceania).

La pubblicazione di « Notizie-CICIAMS » e delle circolari di informazione.

2. Forme di espressione dell'identità cristiana:

— dei momenti di riconoscimento privilegiati, come una messa all'apertura degli eventi pubblici di CICIAMS;

— delle formazioni per gli operatori sanitari; l'etica e la pastorale;

— la pubblicazione « Notizie-CICIAMS », numerosi articoli sono dedicati all'etica, alla deontologia e alla pastorale;

— la partecipazione alle formazioni ispirate dall'identità cristiana;

— dei gruppi di lavoro dei comitati specifici di CICIAMS; il gruppo per lo studio sulla famiglia, la commissione di morale e dell'etica professionale del CICIAMS.

Conclusione

L'infermiera ispirata pastoralmente è quella che compatisce la sofferenza degli uomini. Attraverso il viso del malato, lei scopre il viso di Dio. Questo deve spingerla ad avere una maggiore maestria della sua competenza e ad approfondire la sua ispirazione al servizio di un mondo più giusto per tutti, in particolar modo per i piccoli e i feriti.

A. VERLINDE

Segretaria generale del CICIAMS
Comitato Internazionale Cattolico degli Infermieri e Assistenti Medico-Sociali

Bibliografia

1. Libri

BAERS, J. & HENAU, E., *God is groter*, Lanoo 1985.

DE BEAUFORT, I. D. & DUPUIS H. M., *Handboek Gezondheidsethiek*, Van Gorcum Assen, Maastricht, 1988.

MUSSCHENGA, A. W., *Kwaliteit van leven*, Ambo 1987.

NOUWEN, H., *The wounded healer*, New York, Doubleday, 1972.

Pastorale Gids voor Verzorgingsinstellingen: een praktijkboek, Licap 1980.

SOLLE, D., *Lijden*, Ten Have, 1973.

THOMPSON & THOMPSON, *Ethics in Nursing*, Macmillan Publishing Co Inc., New York, 1981.

VAN WAELDEREN, E., *Het met vanzelfsprekend geloof en de uitdaging van het ongelooft, Kursus voortgezette Vorming T.P.C.*, 1984.

WEEMAES, M., *Hoe gij bestaat verwondert mij*, Patmos, 1983.

2. Articoli

FERRANT, V., *Crisis — onmacht — geloof in de gezondheidszorg*, Tijdschrift voor verpleegkundigen, en vroedvrouwen, 1991, n. 5 (dic), p. 326-334.

FITZPATRICK, F.J., *Nurses, the nursing profession and ethical problems*, Ethics and Medicine 5.2, p. 22-28, 1989.

VAN DE WIELE, M., *Beroepsethiek van de verpleegkundige*, Kontakt, giugno 1990, n. 2.

VAN DE WIELE, M., *Ethiek en Heelheid*, Tijdschrift voor geestelijk leven, 1991, n. 2, p. 153-160.

VERSPEEREN, P., *Il faut donner la parole aux infirmières*, Revue de l'infirmière, 29/6/1991, N. 12.



associazione internazionale delle istituzioni sanitarie cattoliche

È sempre un grande piacere essere qui a Roma nella sede di San Pietro. Sono molto fiero di essere impegnato nell'assistenza sanitaria con la Chiesa. La Chiesa Cattolica, in quanto la più grande istituzione unica che provvede all'assistenza sanitaria nel mondo, è veramente fedele alla missione conferitaci da Dio di insegnare e di guarire.

Come leggiamo nel Vangelo di San Luca, Capitolo 9, Cristo ha ordinato agli Apostoli « di predicare il Regno di Dio e di sanare gli infermi ». Noi non siamo Chiesa di Dio se non ci impegniamo a insegnare la dottrina di Dio e a sanare gli infermi. Se la Chiesa non insegna né guarisce, allora, certamente, essa non è la Chiesa di Cristo. Oggigiorno, in questo mondo moderno, dobbiamo dare grande rilievo all'assistenza sanitaria. E essenziale che la Chiesa ne sia profondamente coinvolta.

Gli ospedali si trovano al centro dell'intero sistema dell'assistenza sanitaria. Con gli anni gli ospedali sono aumentati e si sono trasformati in centri per l'assistenza sanitaria completa. Tutti i diversi tipi di assistenza sanitaria si diffondono dalla base dell'ospedale. La qualità dell'assistenza sanitaria di un paese può essere valutata in base alla qualità dei suoi ospedali. Uno dei lavori più importanti effettuati dal Consiglio sotto la direzione del Cardinale Angelini è stato quello di pubblicare il primo indice di tutte le istituzioni cattoliche di assistenza sanitaria presenti in tutto il mondo. Questa è la più ampia rete unica di istituzioni sanitarie esistenti oggi.

Fin dai primi anni ottanta, gli ospedali cattolici si sono resi conto della necessità del coordinamento e della comunicazione con gli altri ospedali cattolici. Gli assistenti sanitari hanno richiesto una organizzazione attraverso la quale gli ospedali cattolici possano agire insieme e ricevere delle direttive dal Vaticano in maniera più chiara e diretta.

Con gli anni, soprattutto dal momento della costituzione del Pontificio Consiglio, vi è stato uno sviluppo crescente di questa necessità del congiungimento degli ospedali cattolici e degli assistenti sanitari. Sono state istituite parecchie organizzazioni come risposta a

questa esigenza: la FIAMC, la Federazione Internazionale delle Associazioni Mediche Cattoliche; il CICIAMS, l'Associazione Internazionale degli Infermieri Cattolici ed un'associazione di farmacisti. Questi gruppi funzionano molto bene ed hanno realizzato molto nel corso degli anni. Nonostante il fatto che essi ovviamente necessitano ancora di crescere e svilupparsi, almeno ora essi hanno la struttura e la guida della Santa Sede che gli permette di effettuare questo.

Adesso che gli assistenti sanitari cattolici si sono organizzati, è ora di istituire una struttura simile per la costituzione di una federazione internazionale degli ospedali cattolici di tutto il mondo.

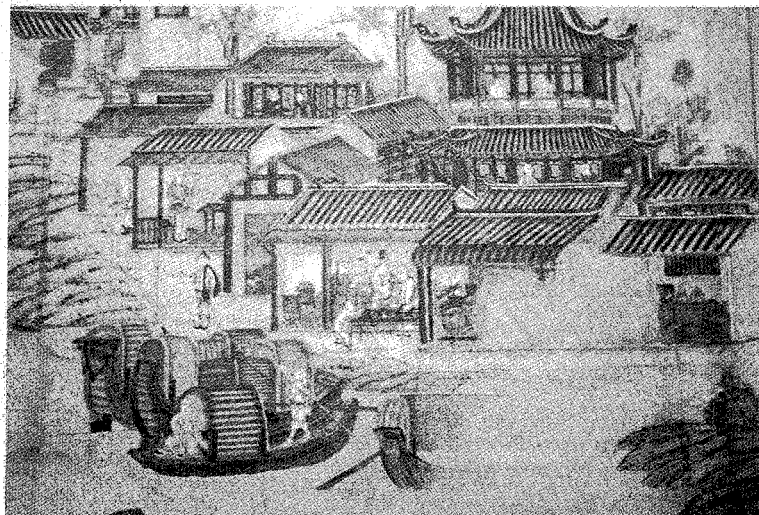
La settimana scorsa il Cardinale Angelini è venuto a New York per una riunione degli assistenti sanitari per discutere la costituzione di una simile organizzazione. Il gruppo ha espresso la sua esigenza di avere un'associazione e ha dato la sua approvazione agli Statuti dell'Organizzazione che è stata proposta dal Pontificio Consiglio. In futuro questa associazione fornirà agli ospedali cattolici di tutto il mondo l'opportunità unica di avere la possibilità di riunirsi e di comunicare fra loro regolarmente. Permetterà anche a molti ospedali di aiutare altri ospedali cattolici di

tutto il mondo a fornire l'assistenza sanitaria qualificata. Vi è una grandissima necessità di formare e di condividere le esperienze fra ospedali soprattutto nel campo dell'amministrazione ospedaliera. Questa associazione dovrebbe diventare il catalizzatore per lo sviluppo di tali programmi.

Siamo molto lieti che l'accoglienza degli Statuti e la direttiva da Roma fossero accolti favorevolmente e assai apprezzati dal gruppo di lingua inglese. Delle riunioni simili si terranno in tutto il mondo per incoraggiare la costituzione di questa Federazione Internazionale delle Istituzioni Sanitarie Cattoliche che avrà la sua sede centrale a Roma presso il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari. Ritengo che questo sia un importante risultato verso la missione del Pontificio Consiglio e spero che questo progetto abbia l'appoggio di tutte le istituzioni sanitarie cattoliche del mondo. Nel passato è stato fatto molto. Guardiamo alle sfide del futuro per una collaborazione perfino maggiore fra i servizi sanitari di tutto il mondo, sotto la guida e la direzione della Chiesa.

Mons. JAMES P. CASSIDY, PH.D.

*Cancelliere del Medical College
di New York
Valhalla, New York - USA*



verso un salto ideale negli ospedali cattolici

Raramente ho avvertito, come lo sento oggi, il significato profetico del Motu Proprio *Dolentium hominum* del febbraio 1985.

Se il mondo sanitario cattolico avesse avuto la coerenza nell'attuare le indicazioni in esso contenute, forse oggi saremmo riuniti per verificare dei progetti e valutare i primi risultati.

Con la presunzione, o l'autorevolezza, che mi viene dai 50 anni vissuti all'interno del sistema degli Ospedali religiosi, credo di potere affermare che è giunto il momento delle scelte strategiche per il nostro futuro servizio agli ammalati.

Infatti, avendo recentemente visitato gli Stati Uniti con il Card. Angelini e avvertendo la crisi profonda che sta coinvolgendo il nuovo e vecchio mondo, mi pare che non ci sia più spazio per le incertezze tattiche.

Gli Ospedali Cattolici devono compiere il salto ideale e organizzativo che è necessario per attuare un diverso fruttuoso coordinamento. Come diceva ai medici cattolici il Santo Padre stesso: « Una coordinazione a livello mondiale potrebbe consentire in effetti un migliore annuncio ed una più efficace difesa della vostra fede, della vostra cultura, del vostro impegno cristiano nella ricerca scientifica e nella professione » (*Insegnamenti*, V/3 [1982] p. 674; citato in *Dolentium hominum*, 4). Il documento deve essere proposto, soprattutto in un punto importante.

Il secondo paragrafo del documento ruota attorno all'antropologia cristiana con particolare accennazione dell'unità somatico-spirituale dell'uomo.

Se questo è il compito culturale a cui la Chiesa vuol partecipare, la ricerca e la formazione emergono in primo piano.

In questo senso merita una particolare sottolineatura l'impegno alla formazione degli operatori sanitari cristiani, indicato nel documento come uno degli obiettivi di questa nuova attenzione della Chiesa al mondo della sanità.

L'invito del Papa ad una maggiore intesa tra i vari organismi che operano oggi — a nome della Chiesa — nel mondo della sanità, con particolare riguardo al sostegno, alla promozione, alla intensificazione e di necessarie attività di studio, di approfondimento e di

proposta, mi pare che in chiave pastorale e testimoniante possa essere letto così: — è generoso ma socialmente poco efficace oggi agire individualmente; — alla resistenza organizzata di politiche sanitarie talvolta disumane bisogna opporre efficaci organismi alternativi liberamente espressi dalla comunità civile ed ecclesiale con capacità imprenditoriale e coerenza ai valori cristiani.

Quelle parole non possono più restare inascoltate dalle Associazioni di professionisti cattolici, dagli operatori di pastorale e soprattutto dai responsabili che guidano le istituzioni sanitarie cattoliche.

Esse devono trasferirsi in programmi concreti ed espliciti, riguardanti:

a) la formazione etico-religiosa degli operatori con piani formativi coerenti;

b) la programmazione di attività di studio sui problemi dell'organizzazione dei servizi e della ricerca scientifica;

c) la coordinazione di iniziative a livello nazionale ed internazionale per mettere in comune i risultati ottenuti;

d) promozione della creatività nell'individuare nuovi modelli di umanizzazione.

Non possiamo più aspettare che altri regimi crollino e nuovi biso-

gni emergano per ridare valore al solidarismo cristiano. Dobbiamo agire unificando le nostre forze per ridare uno stile comune ai nostri Ospedali e costituire, nel rispetto delle singole culture, dei modelli di ospitalità cristiana nel mondo.

Ripeto che, per quanto possa servire, mi rendo disponibile per un progetto di alto profilo strategico e morale, nella speranza di mettere il fuoco dell'entusiasmo nel cuore di chi accetta questa nuova sfida:

1. per la crescita personale degli operatori che sappiano testimoniare un nuovo associazionismo;

2. per la qualità degli interventi diagnostici, ma soprattutto preventivi ed educativi;

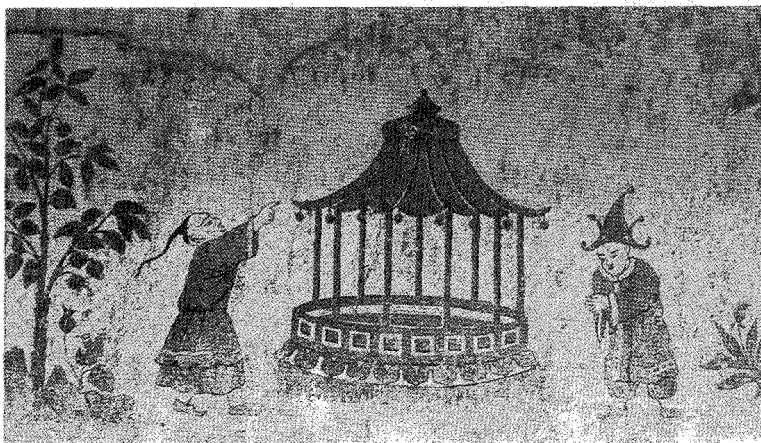
3. per una nuova imprenditorialità ispirata al privato-sociale che dia efficacia ed efficienza alle opere sanitario-assistenziali della Chiesa.

Se non lo facessimo, ho paura che potremmo essere chiamati a subire le pene di un altro più devastante fuoco nel momento del *redder rationem* davanti a Dio.

Condannati per i nostri peccati di omissione e la nostra insensibilità al passaggio di Dio nella storia... « Ero malato e non mi avete visitato ».

Fr. PIERLUIGI MARCHESI

Direttore dell'Ospedale
« Beata Vergine della Consolata »
Torino



Sono stato invitato a parlare dell'Ordine di Malta in generale e dei suoi ospedali in particolare. Sono molto grato per l'opportunità e per l'onore concessimi, poiché mi rendo conto che altri ordini qui rappresentati meriterebbero maggiormente il privilegio di illustrare la propria attività.

L'Ordine di Malta fu fondato alla fine dell'XI secolo a Gerusalemme, dove gestiva un ospedale per i pellegrini ammalati. Quando le prime Crociate giunsero a Gerusalemme molti crociati entrarono nell'ordine, trasformandolo in ordine cavalleresco. Oltre alla cura dei malati si rese necessaria la protezione armata dei pellegrini, protezione che si estese più tardi a tutta la Terra Santa e infine a tutta l'area mediterranea minacciata dai Musulmani. Ad allora risale il duplice motto dell'Ordine: «Tuitio fidei et obsequium pauperum».

L'Ordine si diffuse rapidamente in tutto l'Occidente cristiano ovunque fondando scuole e ospedali. Scacciato dai Musulmani, l'Ordine trasferì la sua sede dalla Terra Santa prima a Rodi e quindi a Malta — da dove trae origine il suo nome attuale — fino a quando Napoleone lo costrinse ad abbandonare l'isola. In seguito l'Ordine si stabilì a Roma.

Oggi l'Ordine conta circa 10.000 membri in oltre 50 paesi, divisi in tre categorie — Cavalieri Professi, i quali pronunciano i tre voti monastici laicali, Cavalieri d'obbedienza i quali pronunciano il voto canonico di obbedienza e membri della Terza Classe i quali si impegnano a partecipare alle opere dell'Ordine e a condurre una vita Cristiana esemplare.

A Rodi e a Malta l'Ordine fondò uno stato indipendente e ancora oggi è riconosciuto tale — sebbene privo di territorio. Esso mantiene relazioni diplomatiche con più di 50 Stati, compreso lo Stato Vaticano.

Fedele alla sua tradizione, l'ordine svolge la sua missione principalmente in campo medico, benché i suoi obiettivi comprendano anche l'assistenza sociale e socio-medica. L'attività è svolta in modo decentralizzato ed è pianificata e realizzata dagli organismi nazionali secondo le possibilità e le necessità dei rispettivi paesi. Cito in particolare:

— Attività in campo medico, quali ospedali, cliniche, dispensari, unità di cure per i morenti, servizio attivo dei membri dell'Ordine nell'amministrazione e nella gestione di ospedali cattolici.

— Nei Paesi del Terzo Mondo l'obiettivo principale è costituito dalla lotta contro la lebbra e altre malattie infettive. Grandi quantità di medicinali vengono raccolti, in particolare in Francia, per essere poi distribuiti a innumerevoli istituzioni religiose in oltre 70 paesi.

— Servizio sociale in istituti di ricovero, case per anziani e centri di riabilitazione per handicappati, così come in centri di accoglienza per rifugiati e profughi in cerca di asilo politico.

— Forse attualmente il nostro compito più evidente e più importante è la creazione di organismi di soccorso espletato da volontari in ben 15 paesi, tra i quali l'Ungheria, la Romania, la Cecoslovacchia e la Lituania, per citare quelli di più recente costituzione. In totale circa 50.000 volontari, per la maggior parte giovani, svolgono un servizio regolare in:

- Pronto Soccorso a vari livelli
- trasporto in ambulanza
- soccorso in caso di catastrofe
- insegnamento e formazione in Pronto Soccorso
- trasporto di handicappati
- servizio di pasti a domicilio
- servizio telefonico di emergenza (lifeline)
- assistenza ai rifugiati
- servizio di visite negli ospedali, ecc.

Due sono gli aspetti importanti di questa attività: all'inizio molti giovani non sono spinti da motivazioni di tipo cristiano, ma sono affascinati dalla tecnologia (effetto luce blu). Mentre prestano servizio presso le nostre organizzazioni imparano i principi della Carità Cristiana.

Secondo, nel campo del soccorso in caso di catastrofe siamo, è vero, una piccola entità ma siamo una testimonianza cristiana fra molte presenze ideologicamente neutre quali la Croce Rossa. Ciò ha giocato un ruolo importante, specialmente nei paesi dell'Est europeo in rapido cambiamento. Infatti molta gente, ad esempio i

tedeschi dell'Est a Budapest, ha preferito fuggire sotto la protezione della Chiesa, come dimostra ciò che sta ora accadendo in Croazia.

Prima di cominciare a parlare degli ospedali vorrei ancora menzionare i pellegrinaggi con gli ammalati e gli handicappati, in particolare a Lourdes, che sono così importanti per la vita del nostro Ordine. Come già detto, la cura dei pellegrini ammalati è il nostro compito più antico e qui la «tuitio fidei» e l'«obsequium pauperum» trovano la loro ragione di essere.

Per quanto riguarda gli ospedali, mi limiterò a parlare dei paesi europei industrializzati dove abbiamo 9 ospedali tra Inghilterra, Germania e Italia, poiché secondo me proprio in questi paesi si pone la questione essenziale, strettamente legata agli argomenti trattati in questa Conferenza. E vorrei esaminare la questione con voi. Li chiamiamo ospedali cattolici. Ma cos'è un ospedale cattolico? Sempre meno si può visibilmente riconoscere dal fatto che suore vi prestino servizio in nome del Signore. E forse un ospedale cattolico per il fatto che è gestito dalla Chiesa o da uno dei suoi ordini, o da una istituzione, o ancora perché la maggior parte del personale è cattolico?

Tali criteri formali non sono sufficienti. Specialmente nei paesi occidentali industrializzati dove la presenza della Chiesa nel servizio sanitario pubblico in teoria non è più necessaria per garantire le cure generiche della popolazione, l'interrogativo si pone particolarmente riguardo al contenuto.

Quale peso ha il servizio in ospedali, nella nuova evangelizzazione? Quando Gesù mandò per la prima volta i suoi discepoli disse loro di insegnare e guarire. Senza l'effetto della guarigione intesa come «*restitutio in integrum*» la lezione difficilmente sarebbe ascoltata. I nostri ospedali contribuiscono in questo senso?

Un altro aspetto è il seguente: quando Giovanni Battista — il Santo Patrono del nostro Ordine — fu fatto prigioniero da Erode, ebbe dei dubbi; stava egli dalla parte del vero Messia a rischio della propria vita? Come tutta risposta Gesù mostra delle prove: «i ciechi vedono, gli storpi cammi-

nano, i lebbrosi guariscono, i sordi odono, i morti risuscitano, il Vangelo è predicato ai poveri ».

Né noi possiamo aspettarci dal Signore una diversa risposta alle nostre domande. Ma siamo noi in grado, in quanto membri del corpo mistico di Cristo, di accogliere questa risposta oggi? Possono i nostri ospedali rispondere a tali aspettative? Probabilmente non del tutto, ma devono incamminarsi in questa direzione e per arrivarci propongono alcuni argomenti:

— Gli Ospedali cattolici devono essere luoghi di vita. Nei giorni scorsi la cultura della morte è stata spesso discussa. I nostri ospedali devono essere portatori di vita, particolarmente là dove la vita è debole. E meraviglioso quando ciò diventa evidente per mezzo di entità specializzate, quali per esempio reparti o unità di cure per i morenti. In tal modo ognuno può esser certo che la vita di ogni malato è l'obiettivo principale di tutto il personale. E della vita fa parte il degno approccio alla morte. Questo modo di intendere ha delle conseguenze molto pratiche che vanno dall'organizzazione della giornata all'architettura della struttura.

— Gli Ospedali cattolici devono essere luoghi di speranza. «Spem contra spem». Ciò include cure infermieristiche e sostegno pastorale per gli ammalati e — cosa altrettanto importante — per i parenti, i quali molto spesso sono ancora più disorientati degli stessi ammalati di fronte alla malattia e alla morte. Spesso in queste circostanze il servizio volontario di visite può essere molto utile.

— Negli Ospedali cattolici dovrebbe essere possibile, in tutta libertà, sollevare la questione di Dio che sorge nelle molteplici crisi della vita. Il compito dell'ospedale è in primo luogo di curare il corpo, per la qual cosa è necessaria una medicina di prima qualità e una buona amministrazione. Non senza ragione Gesù, nella parabola del Buon Samaritano, mette in luce il suo sapiente aiuto. Proprio per questa ragione le necessità spirituali e le domande che nascono o si manifestano come risultato della malattia, non devono rimanere senza risposta. Siamo noi consci della possibilità che abbiamo, per questa via, di raggiungere gente che non avrebbe mai potuto

essere raggiunta attraverso la parrocchia?

— Tutto ciò è molto gravoso per il personale dell'ospedale e pone seri problemi ai dirigenti, in quanto il personale proviene da un mondo in cui il cristianesimo vissuto va sempre più scomparendo. Pertanto, un ospedale cattolico è difficilmente realizzabile senza l'istruzione permanente, la cura e l'aiuto spirituale al personale.

— Desidero concludere infine con il pensiero che un ospedale cattolico non può essere concepito senza la convinzione che anche oggi Gesù stesso guarisce con la sua forza e la sua influenza. Talvolta la ricerca di un buon dottore ha un effetto disperante; molti buoni medici sono disponibili ma non se ne trova uno pronto a contribuire alla diffusione dei concetti cristiani. La pressione ad accettare un compromesso diventa spesso insopportabile. Per gestire un ospedale cattolico ci vuole una grande fede in Dio.

Barone ALBRECHT FREIHERR
VON BOESELAGER

*Grande Ospedaliere del Sovrano
Militare Ordine di Malta*

67

chiesa cattolica e sanità pubblica in Messico

Nel secolo scorso e per gran parte di quello attuale, nel nostro paese la Chiesa cattolica è stata duramente attaccata e le sue attività sono state notevolmente limitate.

È stato dimenticato il ruolo eminentemente civilizzatore della Chiesa: infatti, l'evangelizzazione dei nativi è la pietra angolare della nostra nazione. Tra i tanti, i nomi celebri di Fray Pedro de Gante, di Tonibio de Benavente, di Bernardino Alvarez, e di Padre Kino, sono figure di spicco di questa gloriosa crociata che non può essere dimenticata.

Mi limiterò ad accennare a tre momenti storici veramente luminosi e straordinari in fatto di salute pubblica, e che assumono speciale risalto oggi in cui è chiara la tendenza alla ricerca di un avvicinamento bilaterale tra la S. Sede e il governo nazionale: avvicinamento rivolto a correggere molti errori commessi negli ultimi cinquant'anni.

Le mie riflessioni attengono esclusivamente allo sviluppo storico in fatto di salute pubblica.

Il primo momento luminoso data al 1521 in occasione della presa della Gran Tenochtitlan da parte degli spagnoli, allorché il padre mercenario Fray Bartolomé Olmedo toccò l'animo del conquistatore Hernan Cortes invitandolo, attraverso un atto di vera espiazione dei suoi peccati — come lo stesso Hernan Cortes ricorda nel suo testamento —, a fondare una singolare istituzione, e cioè l'ospedale dell'Immacolata Concezione e di Gesù Nazareno.

La costruzione ebbe inizio non appena terminata la conquista; si ignora la data esatta di quando ebbe termine, tuttavia sappiamo che l'ospedale era già in funzione nel 1524 e che ha continuato ininterrottamente la sua attività per oltre 450 anni, tanto che ancora oggi svolge un meraviglioso servizio sociale. In un primo tempo per espressa volontà del suo fondatore, l'ospedale era destinato

esclusivamente all'assistenza degli indigeni locali; in seguito, non si occupò soltanto di loro, ma anche dei rimanenti abitanti del paese e dei creoli e, attualmente, di tutti.

Fu il primo ospedale fondato nel continente americano, vi ebbe sede la prima facoltà di medicina rimasta in auge fino al 1808. Vi si praticò la prima autopsia in tutto il continente, e il suo personale medico annovera i nomi degli iniziatori della chirurgia in America. Il suo influsso sulla salute pubblica è stato enorme ed ha oltrepassato in maniera considerevole le frontiere del nostro paese.

Il secondo momento storico ebbe luogo quando Fray Vasco de Quiroga, primo vescovo della diocesi di Micoacan, decise di fondare gli ospedali del popolo (Hospitales-Pueblo).

Fray Vasco giunse in Messico nel 1531, con il secondo tribunale — mandato dall'imperatore Carlo V — per metter un freno agli eccessi del primo tribunale, e soprattutto a quelli di Matienzo e

Delgadillo; vi giunse in qualità di giudice; poi, come vescovo di Utopia fondò gli ospedali del popolo che, a buon diritto, sono considerati come il primo tentativo, in gran parte riuscito, di sicurezza sociale. Le spese di questi ospedali le ricoprivano gli stessi infermi con il loro lavoro, non costavano quindi un centesimo né alla corona, né alla diocesi.

Essi presero avvio nei villaggi costieri del lago di Patzquaro, dove il genio di Don Vasco stabilì che ciascuno di questi villaggi operasse in settori distinti da tutti gli altri, onde evitare concorrenza.

Fu tale il successo di questi ospedali del popolo, che, al momento dell'indipendenza, nel 1810, se ne contavano in funzione 129, distribuiti in una vasta regione che andava da Morelia a Santa Fé, fino ai dintorni della capitale del vice-reame.

Il terzo momento storico si colloca a Città del Messico, a partire dal 20 agosto 1847, quando l'influenza veramente angelica di suor Micaela Ayams colpì Don José Urbano Fonseca, primo sindaco del comune della capitale;

insieme, nel vecchio convento di S. Paolo, aprono un ospedale destinato ad assistere i feriti delle battaglie di Padierna e di Churubusco, dove si scontrarono gli eserciti nazionale e degli invasori nord-americani.

Alla fine di quella guerra infuusta l'ospedale continuò a svolgere il suo servizio umanitario sotto la guida di suor Micaela, che divenne l'anima di quella istituzione.

Sotto il governo di Lerdo, nel 1853, con iniziativa veramente ingrata, suor Micaela venne espulsa dal paese, sebbene lo stesso presidente Juárez avesse stabilito che le suore della carità non cadessero sotto i rigori delle leggi di riforma, tenuto conto del dovere di riconoscenza che il Messico aveva nei confronti di questo istituto religioso.

Il 19 giugno del 1872, l'indomani della morte del Benemerito, il Congresso Nazionale decretò che l'ospedale nazionale decrete e che d'ora in avanti si chiamasse « Hospital Juárez ». Questo importante ospedale è stato uno dei pilastri della formazione medica del nostro paese; nel settembre del 1985 è

stato distrutto dal terremoto. Successivamente è stato ricostruito e interamente trasformato in un ospedale moderno.

L'opera di Suor Micaela nella cura dei feriti in guerra è considerata tanto meritoria quanto quella più celebre di Florence Nightingale durante la guerra di Crimea, con la differenza però, che l'opera di suor Micaela Ayams si protrasse per otto anni.

Questi tre momenti storici di innegabile rilevanza costituiscono una meravigliosa premessa per quanto ci si attende dalla pastorale sanitaria che ci ha qui riuniti e per la straordinaria sensibilità del Santo Padre Giovanni Paolo II.

Quanti siamo qui riuniti attendiamo con ansia che da questa assemblea plenaria vengano dirette filosofiche-teologiche di grande valore e indicazioni pratiche di azione sociale come quelle che, a suo tempo, diedero risalto ai momenti storici che abbiamo ricordato.

Dr. CLEMENTE
ROBLES CASTILLO

*Professore emerito dell'Università
Nazionale Autonoma del Messico*

intervento di S. Em.za il cardinale Michele Giordano, arcivescovo di Napoli

Vorrei dire una testimonianza e poi qualche breve osservazione. Io sono Cardinale Membro di diversi organismi della Santa Sede; sono Membro di cinque organismi, alcuni dei quali anche si esauriscono con più frequenza come quella dei Vescovi.

Voglio testimoniare senza nessun paragone che la partecipazione a questo Pontificio Consiglio e a questa Assemblea Plenaria veramente mi ha impressionato per la ricchezza dei temi, per l'autorevolezza dei relatori, per la densità del programma, per cui esprimo a Sua Eminenza il Card. Angelini la mia riconoscenza per questo tipo di lavoro così programmato fin nei dettagli e una piccola considerazione sull'importanza di questo Consiglio.

Credo che le sfide vere della Chiesa e verso la Chiesa oggi, vengano da questo settore, settore della vita, settore della biotecnologia, ecc...

Quindi quando il Santo Padre ci invita a una nuova Evangelizza-

zione penso che i temi su i quali siamo chiamati ad evangelizzare, perché sono quelli più insidiati, siano proprio questi temi e il nostro Consiglio attraverso anche le Conferenze Episcopali e nazionali dovrebbero fare mentalità, dovrebbero fare cultura, perché purtroppo proprio su questo versante non riusciamo ad evangelizzare, a fare cultura.

Un'altra piccola osservazione, mi veniva parlandone con il mio segretario, il quale ieri è stato graziosamente messo a partecipare a questo Consiglio. La domanda è questa: i nostri sacerdoti, i nostri seminaristi, che saranno sacerdoti di domani, vengono oggi preparati a questa Pastorale Sanitaria?

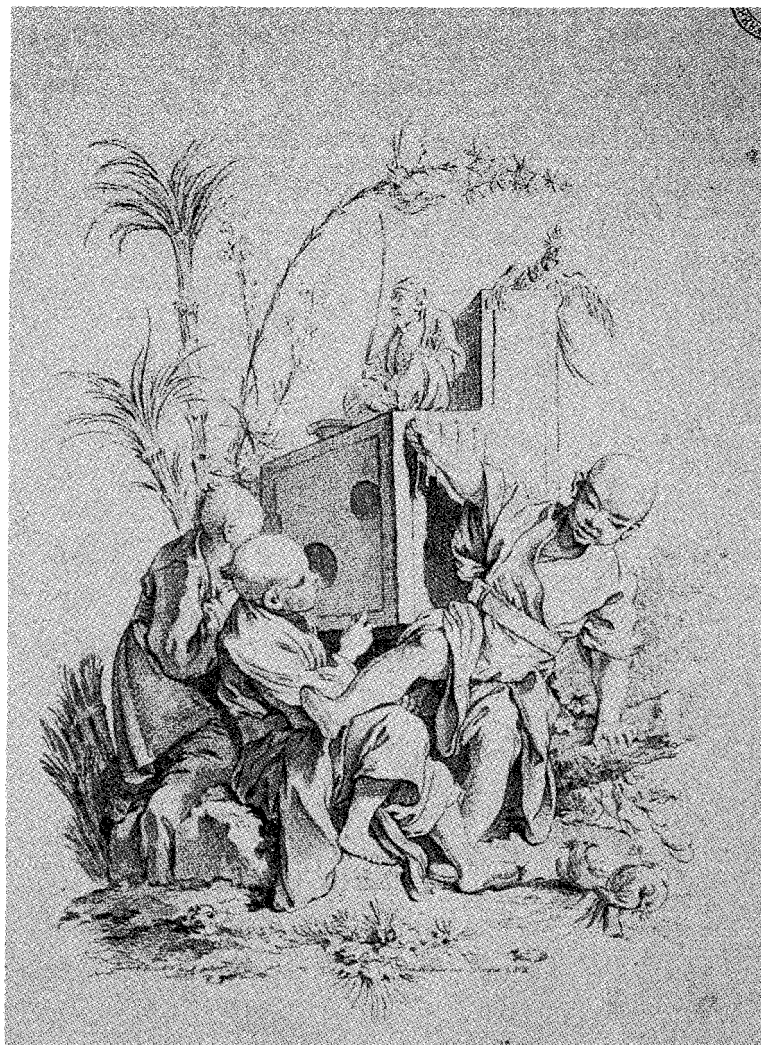
Si ha l'impressione, ecco, il paragone che io intendevo fare con altre appartenenze di organismi, si ha l'impressione che facciamo tante cose pur buone, ma qualche volta accademiche, mentre questo è un campo di lavoro fondamentale, quotidiano, privilegiato, efficace del sacerdote e oggi si preferi-

scono tipi di lavoro più appariscenti, più dal palcoscenico anziché tipi di lavoro che toccano la sostanza stessa della missione della Chiesa.

Per cui veramente mi domandavo, mi andavo chiedendo che cosa fare nei nostri seminari, nelle nostre facoltà teologiche, per inserire questo è un settore del quale tutti in qualche modo prima o dopo passeremo. Gli ospedali sono diventati i veri crocivia della gente, di lì passano tutti, passano malati e passano sani, possiamo contarli, mai in nessuna Chiesa avremo tanta gente quanta ne abbiamo in ospedale.

Per cui io proprio per essere, come giustamente è stato richiesto, telegrafico, ringrazio questo Pontificio Consiglio e sono contento, orgoglioso di farne parte. Ritengo che si dovrebbe maggiore attenzione a questi problemi da parte della Chiesa Universale e da parte delle Chiese locali.

Grazie.



sintesi e conclusioni

Riunita, nei giorni 10-12 febbraio 1992, nella vecchia Aula del Sinodo in Vaticano, la seconda Assemblea Plenaria del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari — presenti il Segretario, il Sottosegretario, Membri e Consultori — ha ascoltato la Relazione del Presidente S. Em.za il Card. Fiorenzo Angelini che ha illustrato particolarmente l'attività del Dicastero negli ultimi due anni.

In apertura della Redazione, l'Em.mo Presidente ha innanzitutto ribadito che il Pontificio Consi-

glio non è organismo di vertice, ma di servizio nell'ambito dell'opera evangelizzatrice della Chiesa; ha poi ringraziato tutti i componenti del Dicastero per la loro valida e generosa collaborazione; quindi ha espresso profonda gratitudine al Santo Padre Giovanni Paolo II per avere costantemente seguito, sostenuto e incoraggiato il lavoro del Pontificio Consiglio.

Tre le parti della Relazione del Presidente; I. L'attività del Dicastero nell'ultimo biennio; II. Verifica dell'attuazione delle decisioni

prese nel corso della 1ª Assemblea Plenaria (1990); III. Prospettive future.

I. L'attività del Dicastero nell'ultimo biennio

Sette i momenti di questa attività sottolineati dal Presidente: 1) il lavoro in sede; 2) Nomine e assunzioni nel Dicastero; 3) Partecipazione alle Assemblee del Sinodo dei Vescovi (1990 e 1991); 4) Partecipazioni a particolari iniziative; 5) Viaggi e visite pastorali; 6)

Conferenze internazionali; 7) Eventi particolari.

Il lavoro in sede ha conosciuto un crescendo, sia a motivo dell'estendersi dei contatti del Dicastero sia per la preparazione delle iniziative in programma; inoltre vanno considerate: a) la redazione della rivista « *Dolentium hominum*. Chiesa e salute nel mondo »; b) la preparazione e la stampa di Sussidi; c) la redazione e la stampa del secondo volume dell'*Index* delle istituzioni sanitarie cattoliche nel mondo; d) l'organizzazione delle Conferenze internazionali; e) gli incontri con Vescovi e responsabili del mondo sanitario. Intensi anche i contatti con i Vescovi dell'Europa dell'Est e la ripresa, nei rispettivi Paesi, della Pastorale sanitaria. L'andamento del lavoro in sede è stato ampiamente illustrato da una serie di grafici e statistiche allegati alla Relazione del Presidente.

Le nomine e le nuove assunzioni — sia nel caso di riconferme che in quello di nuovi accessi nell'ambito dei Membri, dei Consultori e degli Officiati — hanno confermato l'importanza assunta dal Dicastero nell'impegno della Curia Romana nell'ambito della Sanità.

La partecipazione al Sinodo dei Vescovi — all'Assemblea ordinaria del 1990 ed a quella speciale per l'Europa del 1991 — è stata contraddistinta: al Sinodo del 1990, con l'inserimento nell'*Instrumentum laboris* di alcune proposte formulate dal nostro Dicastero; all'Assemblea speciale per l'Europa del 1991 con l'inclusione, nella *Declaratio* sinodale conclusiva del 14 dicembre 1991, di un suggerimento del Presidente Card. F. Angelini sulla necessità della formazione in materia morale e in bioetica degli Operatori Sanitari. In occasione di entrambe le suddette Assemblee sinodali, è stato pubblicato in più lingue, a cura del Dicastero, un Sussidio di pastorale sanitaria (*Pastorale sanitaria e formazione sacerdotale, 1990; Pastorale sanitaria e nuova evangelizzazione dell'Europa alla luce della Declaratio sinodale del 14 dicembre 1991, 1991*).

Nell'ambito della partecipazione a particolari iniziative, la Relazione del Presidente ha ricordato: le riunioni interdicasteriali, particolarmente con i Pontifici Consigli « *Iustitia et Pax* », « per il Dialogo con i non-credenti », « per l'unità dei Cristiani », « *Cor unum* » e « per la Famiglia ». Inoltre, la partecipazione del Presidente, del Segretario, del Sottosegretario, di Membri e Consultori a Giornate di Studio, a convegni e congressi in Italia e all'estero.

Per i viaggi e le visite pastorali, la Relazione si è innanzitutto soffermata sui viaggi pastorali compiuti nell'ultimo biennio (Zaire, Zambia, Malawi, Unione Sovietica e, quindi, Repubblica di Russia, Stati Uniti d'America, Polonia, Croazia e India).

Un grafico allegato alla Relazione offriva un quadro complessivo delle visite pastorali nei sette anni di vita del Dicastero: nove nell'America del Nord, sei in America Latina, otto in Africa, cinquanta-sei in Europa, otto in Asia e Oceania.

Le Conferenze internazionali (1990: « A immagine e somiglianza di Dio: la mente umana »; 1991: « *Contra spem in spem*. Droga e alcolismo ») hanno avuto grande risonanza sia per l'apporto di ricercatori, scienziati, teologi, moralisti, sociologi, ecc., sia per il discorso conclusivo del Santo Padre con interventi specifici magisteriali sulla materia trattata.

Tra gli *eventi particolari* dell'ultimo biennio il Presidente ha ricordato anche alcuni riconoscimenti alla sua persona (Premio Sasakawa per la sanità 1990, tre Lauree honoris causa, Premio San Marino per la Medicina) che ha detto di voler considerare come altrettante benemeritenze da condividere con l'intero organico del Dicastero.

II. Verifica dell'attuazione delle decisioni prese nell'Assemblea plenaria del 1990

La relazione ha illustrato i passi avanti compiuti per l'elaborazione di un *Codice di deontologia medica*, le iniziative attuate per giungere alla costituzione della *Federazione Internazionale delle Istituzioni Sanitarie cattoliche*, l'azione di promozione e di animazione a favore delle *vocazioni sacerdotali religiose* da impegnare nella pastorale sanitaria, l'attività diretta a creare *ospedali quali centri di ricostruzione della persona umana*, lo sviluppo dei *rapporti con il mondo non-cattolico e non-cristiano* nel campo quanto mai aggregante della sanità e della salute, la promozione a livello regionale e nazionale di Congressi e Riunioni sia di infermi sia di Operatori sanitari.

In generale si tratta di iniziative che non possono avere scadenze cronologiche esatte e che, quindi, impegneranno il Dicastero anche nel futuro immediato. Un dato, comunque, è emerso con grande chiarezza: la cooperazione nel campo della sanità e della salute si è confermata particolarmente idonea per la evangelizzazione, la quale viene così a recuperare un aspetto che fu qualificante della

Chiesa nascente e dell'intera storia della Chiesa, particolarmente nel campo missionario.

III. Prospettive future

Il Presidente ha ribadito l'esigenza di lavorare con particolare impegno nel settore della promozione vocazionale ed in quello destinato a fare delle istituzioni sanitarie cattoliche dei veri luoghi di ricostruzione della persona umana nella sua realtà fisica, psichica e spirituale. In particolare, poi, il Card. F. Angelini, richiamando l'invito della recente Assemblea speciale per l'Europa del Sinodo dei Vescovi, ha proposto la preparazione e la pubblicazione di due documenti essenziali: un *Sussidio* che raccolga, in maniera semplice, organica ed accessibile a tutti gli Operatori sanitari, l'insegnamento attuale della Chiesa sulle questioni di etica e di bioetica; un *Manuale* di pastorale sanitaria propedeutico ai corsi specializzati in materia. Non sono possibili, infatti, un vero coordinamento ed una efficace cooperazione nel campo della pastorale sanitaria se quanti operano nel mondo della sanità e della salute non avranno un'idonea formazione morale e spirituale. Si tratta di una scelta prioritaria, che il Dicastero intende fare e portare avanti con tenacia ed efficienza. In tale quadro sarà studiata dal Pontificio Consiglio la possibilità di organizzare a Roma un incontro tra le Facoltà di Medicina.

Il Presidente ha, quindi, annunciato che il tema della prossima Conferenza internazionale sarà quello dei disabili e dei portatori di handicaps. Anche questo argomento deve considerarsi di grande attualità, se si considera che secondo una cifra approssimata per difetto, i disabili e i portatori di handicaps assommano nel mondo a mezzo miliardo di individui. Riferimento teologico e pastorale del tema, il concetto che tutti gli esseri umani senza distinzione sono, di fatto o virtualmente, membra del Corpo mistico di Cristo.

Infine, il Card. F. Angelini ha ricordato la proposta inoltrata al Santo Padre — già mostratosi sensibile e favorevole ad essa — per l'istituzione della « Giornata Mondiale per il Malato ». L'iniziativa non ha soltanto solide motivazioni teologiche e storiche, ma può contribuire in maniera efficace sia a sostenere gli infermi aiutandoli a valorizzare spiritualmente la loro condizione ed a sentirsi meno isolati, sia ad impegnare maggiormente la comunità ecclesiale, sociale e medico-assistenziale nei confronti di coloro che soffrono.

messaggio ai medici cattolici

A Sua Eminenza il Cardinale
Fiorenzo Angelini
Vaticano, 11 marzo 1992

Signor Cardinale,
informato che Vostra Eminenza, quale Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, aprirà i lavori del VII Congresso della Federazione Europea delle Associazioni dei Medici Cattolici (FEAMC) e del XVIII Congresso Nazionale dell'Associazione Medici Cattolici Italiani (AMCI), il Santo Padre Le affida l'incarico di recare ai partecipanti il Suo cordiale saluto, insieme con l'augurio di un fruttuoso approfondimento del tema proposto alla loro considerazione.

L'argomento prescelto per i menzionati incontri di studio è di grande interesse, e conferma che l'auspicato avvio dell'umanità verso un nuovo ordine mondiale esige l'assunzione di compiti nuovi (cf. *Centesimus annus*, 61), per affrontare i quali la medicina, nella sua più vasta accezione, ha sue specifiche responsabilità. Non a caso la Dichiarazione, approvata dalla recente Assemblea speciale per l'Europa del Sinodo dei Vescovi, afferma: « Il diritto al mantenimento e, nella misura possibile, al ricupero della salute deve essere saldamente difeso; l'attenzione della società intera e la sollecitudine pastorale della Chiesa devono rivolgersi a tutti coloro che soffrono, soprattutto a coloro che sono afflitti dalle malattie del nostro tempo. Perciò tutti gli operatori sanitari devono essere formati in materia morale e nella bioetica » (Dichiarazione *sinodale* conclusiva del 14 dicembre 1991, n. 10). Sarà, infatti, soltanto grazie ad una formazione adeguata che si potranno combattere efficacemente, anche attraverso idonea prevenzione, le aggressioni alla vita rappresentate dall'aborto, dalla sterilizzazione, dalla contraccezione, dall'eutanasia e dalla manipolazione genetica; mali oscuri, questi, che di fatto tradiscono la finalità di ogni progresso scientifico, ponendo la scienza e la tecnica al servizio della morte e non della vita.

In questa prospettiva, il Santo Padre sottolinea come al mondo della medicina si ponga oggi con urgenza un triplice compito: quello di una crescente cooperazione a livello nazionale e internazionale;

quello di un serio ed efficace coordinamento della ricerca; quello, infine, di una testimonianza coerente e concorde di attaccamento agli irrinunciabili valori della professione.

Alla luce degli imperativi derivanti da tali compiti, occorre che gli organismi internazionali cattolici si aprano a nuovi orizzonti, mostrando viva sensibilità per i problemi che investono intere aree del mondo. Li facilita in ciò l'ispirazione cristiana che li distingue. La Chiesa, infatti, ha come dimensione sua propria l'universalità. I problemi comuni più gravi — come quelli riguardanti la vita — richiedono una risposta comune, e questa è favorita dalla solidarietà fraterna e dalla disinteressata generosità di chi si attiene ai principi evangelici, autorevolmente interpretati dal Magistero della Chiesa.

Per assicurare incisività alla loro testimonianza, i Medici che intendono professare apertamente la loro fede cristiana cercheranno opportunamente di inserirsi negli organismi e nelle strutture culturali e scientifiche, sia nazionali che internazionali, a cui spetta la responsabilità della politica sanitaria, impegnandosi a far sì che ogni iniziativa, rivolta alla promozione ed al progresso della cultura della vita, sia nel segno dell'affermazione e della difesa della verità e del servizio ad essa.

A tal fine, Sua Santità raccomanda che nella preparazione e formazione personale i medici e gli altri operatori sanitari cattolici si distinguano per rigorosa adesione all'insegnamento del Magistero, per esemplare coerenza tra fede professata ed esercizio della scienza e dell'arte medica in tutte le sue molteplici espressioni, per apertura culturale e spirituale ai problemi connessi col rispetto della persona e della sua intangibile dignità.

Di fondamentale importanza si rivela, in questa luce, l'umiltà intellettuale, in cui è riposta la condizione preliminare di una vera crescita umana e cristiana. Tale umiltà, peraltro, non significa abdicazione ai diritti dell'intelligenza né mortificazione delle sue esigenze, ma capacità di riconoscere i limiti, per procedere con le doverose cautele sulla ripida strada che conduce verso la scoperta di tutti gli aspetti della verità.

È vivo auspicio del Sommo Pontefice che dai Congressi di Venezia vengano nuovi stimoli soprattutto alle giovani generazioni dei Medici, chiamate a raccogliere, attraverso l'esempio dei loro Maestri e la doverosa formazione etica, una eredità proiettata sul terzo Millennio. La « nuova » evangelizzazione che la Chiesa intende promuovere, in vista anche di collaborare ad un ordine mondiale fondato sulla verità, sulla giustizia, sulla solidarietà e sulla libertà, deve trovare nella testimonianza dei Medici Cattolici Europei una sua preziosa e qualificata espressione.

Sua Santità affida questi voti all'intercessione della Vergine Maria, Madre del Redentore dell'uomo. Ella, che fu esemplarmente docile alle indicazioni dello Spirito, guidi l'intelligenza ed il cuore dei Medici Cattolici nella loro dedizione a servizio della vita, dal suo concepimento al suo naturale tramonto.

Con questi sentimenti il Santo Padre invia a tutti i partecipanti ai due importanti Congressi, con uno speciale pensiero per Vostra Eminenza, la Sua Benedizione Apostolica, pegno di copiosi lumi e conforti celesti.

Card. ANGELO SODANO
Segretario di Stato di Sua Santità



assemblea speciale per l'Europa del sinodo dei vescovi

Intervento del Cardinale Fiorenzo Angelini Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, dicembre 1991

1. La *Relatio ante disceptationem* ha attentamente raccolto le conclusioni che possono trarsi dalle analisi condotte in preparazione di questa Assemblea speciale per l'Europa del Sinodo dei Vescovi. Da questo incontro dovrebbero uscire indicazioni e proposte operative, radicate nel Vangelo, ma capaci di penetrare la realtà complessa e articolata delle diverse aree geografiche europee. Perciò questa Assemblea speciale del Sinodo, come momento operativo, avrà inizio il giorno in cui si chiuderà questo nostro incontro.

2. Mi chiedo, infatti: che cosa i Vescovi dell'est porteranno con sé quando faranno ritorno alle loro sedi?

— Dai Vescovi dell'Est e dell'Ovest, maestri, testimoni e confessori eroici della fede, che cosa intendiamo apprendere? — I Parroci e gli operatori pastorali della Chiesa dell'Est e dell'Ovest, che cosa potrebbero raccogliere dal nostro dibattito se fossero qui presenti?

— Poiché l'azione per una nuova evangelizzazione dovrà pur avere un inizio, da che cosa e in che modo si intende farla iniziare?

— Quali aspetti pastorali concreti dovranno essere prioritariamente curati dalle Chiese dell'est, del centro e dell'occidente europeo affinché si abbia una vera e non astratta reciprocità oblativa?

3. Si è riconosciuto che « il diritto alla libertà religiosa è la radice e la garanzia di tutti gli altri diritti che configurano e promuovono la dignità della persona umana ». Chiediamoci: è proprio facile usare della libertà dopo tanti anni di oppressione? Come difendere e promuovere questo diritto, senza cadere nei rischi che esso comporta in termini di adesione rigorosa alla verità, di comunione interecclesiale, di istanza ecumenica? Cristo, quando iniziò l'evangelizzazione e quando ordinò agli

apostoli di andare in ogni parte del mondo, violò la libertà dei Giudei e dei Gentili? I Santi Cirillo e Metodio violarono forse la libertà dei fratelli? Quali direttive unitarie dovranno essere formulate, affinché al proficuo pluralismo delle forme di apostolato si affianchi l'unità nel credere e nel seguire l'insegnamento del magistero della Chiesa?

— Come intervenire affinché la libertà dal bisogno si traduca in libertà per servire i bisogni degli altri e non in pericolosa e disgregante autonomia?

4. Questa Assemblea potrebbe indicare quali organismi, a livello di governo centrale della Chiesa, dovrebbero operare concretamente in sintonia con le Conferenze episcopali, con quali strumenti e con quali mezzi, affinché ad un generico scambio di aiuti sia spirituale sia materiali si sostituisca un'azione coordinata e obbediente ad alcune priorità irrinunciabili, che questa Assemblea dovrebbe indicare con concretezza.

5. Il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori sanitari, sulla base dell'attività svolta a livello di Chiesa universale considera i problemi della sanità e della salute come un campo pastorale che presenta istanze urgenti, possibili da affrontare in maniera unitaria ed anche ecumenica, capaci di saldare l'evangelizzazione e la promozione umana, coinvolgendo pastori e laici nel servizio alla vita, minacciata in tutta Europa da una cultura di morte e da grave omissione di assistenza ai più deboli e bisognosi (come alcuni confratelli hanno denunciato anche in questa aula). Il Vangelo è veramente annunciato, se è proposto nella sua integrità e a tutti: l'attenzione all'uomo che soffre solleva dal rischio di una discriminazione nell'annuncio evangelico.

6. La Chiesa, con la sua visione della vita e della dignità della persona umana, intervenendo pastoralmente sui problemi della sanità e della salute, compie un apostolato che è preparatorio all'azione catechetica e di formazione cristiana delle coscienze. A questo

campo, infatti, si riconducono i gravissimi problemi dell'aborto, dell'eutanasia, dell'aids, della droga, del degrado ecologico, della crisi della famiglia, della violenza, della criminalità organizzata, dell'emarginazione di intere fasce sociali (cf Lett. enc. *Centesimus annus*, 36-39). La Chiesa deve rendersi credibile ad un mondo che continua a combatterla; l'apostolato nel campo della sofferenza è quanto mai valido per mostrare il vero volto della Chiesa. Cristo stesso operò in questo modo.

7. Per operare efficacemente al riguardo, occorrono unità di azione e una formazione all'apostolato sanitario del clero, dei religiosi e delle religiose e dei laici, particolarmente degli operatori sanitari, ai quali deve essere assicurata una formazione che li renda attenti ai problemi della giustizia e della carità della morale e della bioetica. A tale scopo, si dovrebbe curare l'istituzione di appositi corsi e si dovrebbe provvedere a specifica e organica preparazione del personale da inviare in aiuto alle Chiese che ne abbiano più urgente bisogno.

8. Il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori sanitari, di concerto con altri dicasteri della Curia Romana e attraverso il coinvolgimento dei Vescovi delegati per la pastorale sanitaria all'interno delle singole Conferenze episcopali, è disponibile ad elaborare un progetto concreto di nuova evangelizzazione incentrata anche sull'annuncio del « Vangelo della sofferenza » così esemplarmente descritto da Gesù con il suo insegnamento e, soprattutto con il suo operato, e tanto spesso, con forza, riaffermato da Giovanni Paolo II (cf Lett. apost. *Salvifici doloris*, 25ss.). Di tale progetto si potrebbero stabilire anche tempi e modi di attuazione e creare strumenti di verifica. A voi, confratelli delle Chiese liberate, confessori eroici della fede, maestri di intrepido coraggio nel testimoniare Cristo, la più viva riconoscenza e gratitudine e a noi tutti l'augurio, mediatrice la Vergine, di potervi non soltanto ammirare ma soprattutto imitare.

la pastorale sanitaria e il sacerdozio di Giovanni Paolo II

La « Pastorale Sanitaria » nel Pontificato di Giovanni Paolo II è una delle componenti caratteristiche del suo Magistero di Pastore.

L'istituzione della « Giornata Mondiale del Malato », ¹ e l'Esortazione Apostolica post-sinodale *Pastores dabo vobis*, ² ci rivelano che la Pastorale Sanitaria è una costante del suo Sacerdozio. E sotto gli occhi di tutti che Giovanni Paolo II fin dal primo istante del suo Pontificato, si è presentato al mondo come il *Supremo Pastore della Chiesa* che, aderendo fedelmente al Concilio Vaticano II, ha iniziato — e sta portando avanti — « un sapiente intreccio di motivi cristologico, mariologico e antropologico... Questa di un'antropologia "adeguata" incentrata su Cristo, è davvero una costante dell'odierno Magistero pontificio: valorizzazione dell'uomo; illustrazione della sua dignità psico-fisica come essere unico, originale ed individualmente irripetibile, da Dio posto al vertice della creazione; difesa costante di questa dignità nelle più svariate occasioni, e nelle sedi più qualificate ». ³

Ed è altrettanto evidente la particolare dedizione a difendere l'Uomo — visto e creduto « la prima e fondamentale via della Chiesa » ⁴ — nel momento della sua più estrema povertà e fragilità, quando è privato del bene della salute. E chi è il *primo e il più* da coinvolgere se non il Sacerdote in questo suo progetto di evangelizzazione che i tempi richiedono?

Nell'esercizio del suo servizio di Supremo Pastore, Egli dà e lascia costanti segni in tempi e luoghi diversi, con la spontaneità di chi vive nella quotidianità quanto fraternamente dona a chi è con Lui responsabile della vita spirituale degli uomini.

Un *Credo* profondo che Lo ha portato a scrivere il primo documento sulla sofferenza, la Lettera Apostolica *Salvifici doloris*, ⁵ perché ritiene che « la sofferenza sembra appartenere alla trascendenza dell'uomo: essa è uno di quei punti, nei quali l'uomo viene in un certo senso "destinato" a superare se stesso, e viene a ciò chiamato in modo misterioso » (*SD*, 2), momento storico che fa sì « che l'uomo diventa in modo speciale la via della Chiesa, quando nella sua vita entra la sofferen-

za... sofferenza (*che*) sembra essere, ed è, quasi *inseparabile dall'esistenza terrena dell'uomo* » (*ibid.*).

E l'anno immediatamente successivo ad istituire il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari con la Lettera Apostolica *Motu proprio Dolorum hominum*, ⁷ con le attribuzioni di « stimolare e promuovere l'operazione di formazione, di studio e di azione svolta dalle diverse Organizzazioni Internazionali Cattoliche nel campo sanitario, nonché dagli altri gruppi, associazioni e forze che, a diversi livelli e in vari modi, operano in tale settore;

— coordinare le attività svolte dai diversi Dicasteri della Curia Romana in relazione al mondo sanitario e ai suoi problemi;

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

— tenere i contatti con le Chiese locali ed, in particolare, con le Commissioni Episcopali per il mondo della sanità;

— seguire con attenzione e studiare orientamenti programmatici ed iniziative concrete di politica sanitaria, a livello sia internazionale che nazionale, al fine di coglierne la rilevanza e le implicazioni per la pastorale della Chiesa » (*DH*, 6).

Il Papa è convinto ⁸ che quanti sono dediti al mondo della salute — gli *Operatori Sanitari* — entrano nella realtà dell'Uomo più intima, nella sua esistenza, nella « incarnazione dell'Uomo », l'Uomo come essere spirituale, nel suo « quid » che lo fa essere tale, unito alla materia « carne » che lo realizza in modo irripetibile nella storia. ⁹ E una *categoria speciale* che stabilisce, normalmente, il contatto con la parte spirituale dell'uomo. ¹⁰

Chi è vicino all'Uomo nel momento della suprema prova della sofferenza nella carne, può condizionare il suo *vivere spirituale*. Nel momento più vero e autentico del *confronto dell'Uomo con se stesso* è molto importante la presenza di Operatori Sanitari formati, « i quali siano guidati da una visione integralmente umana della malattia e sappiano attuare, di conse-

guenza, un approccio compiutamente umano al malato che soffre. Per il cristiano, la redenzione di Cristo e la sua grazia salvifica raggiungono tutto l'uomo nella sua condizione umana e quindi anche la malattia, la sofferenza e la morte » (*DH*, 2).

Se per i laici impegnati nella cura e difesa della vita, il S. Padre ha una così alta considerazione, ¹¹ la cui presenza accanto ai pastori di anime dediti a questa pastorale la ritiene non solo utile ma necessaria e di grande importanza, ¹² per i Sacerdoti — e particolarmente per i giovani chiamati al Sacerdozio — propone quale « modello » *Maria la Serva del Signore*, alla quale « lo Spirito Santo le aveva ispirato una disposizione di servizio, quella che si esprime nelle parole che pronunciamo nell'*Angelus*: "Eccomi, sono la serva del Signore" (*Lc* 1, 38) ». ¹³

Una disposizione d'animo che deve essere in ogni Sacerdote, e non solo di quanti dedicano il proprio ministero pastorale fra gli ammalati, ma di tutti, perché « questo servizio al Signore si è subito prolungato nel servizio al prossimo, come dimostra il viaggio intrapreso per essere vicina ad Elisabetta ». ¹⁴

Dal primo istante del concepimento del Figlio di Dio fino all'estremo, quando assiste il *divino sofferente* e ne raccoglie l'ultimo respiro sotto la Croce, Maria è esaltata da Giovanni Paolo II come *modello peculiare* di questo ineludibile servizio pastorale accanto alla sofferenza dell'Uomo. Non solo. Ma è proprio in questo istante che si consuma il vertice dell'amore-sofferenza dell'uomo-Dio, che « essendo stata proclamata da Gesù madre di un sacerdote — (*Giovanni*) — ed essendo, soprattutto, la madre di Gesù sommo sacerdote, Maria è diventata in modo specialissimo la *madre dei Sacerdoti* (...) "Prendere Maria con sé": ecco il dovere ed il privilegio di ogni Sacerdote ». ¹⁵

È evidente che nel cammino quotidiano del Sacerdozio di Giovanni Paolo II, la Vergine Maria segna la sua *formazione permanente* alla pastorale della sofferenza, e ne mostra l'ascesa che è in continua elevazione.

Viene da lontano

Spontaneo è chiedersi dove nasce questa peculiare sensibilità pastorale per l'Uomo che soffre.

Sorprese tutti il suo andare al Policlinico Gemelli di Roma per fare visita all'allora Arcivescovo Maria Deskur, oggi Cardinale, a poche ore dalla sua elezione. Era il pomeriggio del 18 ottobre 1978. Non si conosceva questo suo animo di Pastore consacrato totalmente al servizio dell'Uomo, e particolarmente dell'Uomo sofferente.

Ci si rese subito conto che ogni atto e gesto che poneva verso un malato, piccolo o grande che sia, veniva da una grande fede che « nel mistero della Chiesa come suo corpo, Cristo in un certo senso ha aperto la propria sofferenza redentiva ad ogni sofferenza dell'uomo. In quanto l'uomo diventa partecipe delle sofferenze di Cristo — in qualsiasi luogo del mondo e tempo della storia — in tanto egli completa a suo modo quella sofferenza, mediante la quale Cristo ha operato la redenzione del mondo » (SD, 24).

Per questa fede Egli quel giorno, ricordando quanto aveva detto ai Cardinali la mattina, disse di voler « appoggiare il mio ministero papale soprattutto su tutti quelli che soffrono e che alla sofferenza, alla passione, ai dolori, uniscono la preghiera... carissimi fratelli e sorelle, vorrei affidarmi alle vostre preghiere... (perché voi siete) molto potenti; molto potenti così come è potente Gesù Cristo Crocifisso ».¹⁶

Nel corso di questi anni si faceva strada la convinzione che venisse da lontano questa scelta. La conferma è venuta da Lui stesso lo scorso anno nel corso della visita ad un Ospedale nella sua Terra: « Fin dall'inizio del mio servizio pastorale mi sono legato all'ambiente medico ed all'intero ambiente del servizio alla sanità. In mezzo ai presenti vedo le persone che ho conosciuto agli inizi del mio lavoro pastorale ».¹⁷

Una vocazione nella vocazione. E riteniamo che le radici affondino nei primi anni della vita per « i lutti che hanno segnato la sua infanzia e la sua adolescenza ».¹⁸ Del piccolo Karol Woityła è il Papa stesso che ha confidato: « Non avevo ancora l'età della prima comunione quando ho perso mia madre, che non ha avuto così la gioia di vedere quel giorno » da lei atteso come un gran giorno (*ibid.*). Il Frossard commenta che « ha visto sua madre solo da malata ».

L'esperienza della sofferenza vissuta così precocemente all'interno della sua sfera esistenziale ha inciso profondamente nel suo animo. Ricorda ancora oggi: « Mio

fratello Edmondo è morto di una epidemia virulenta di scarlattina, nell'ospedale dove stava iniziando la sua professione di medico. Oggi gli antibiotici lo avrebbero salvato. Avevo dodici anni. La morte di mia madre mi si è profondamente incisa nella memoria, e forse più ancora quella di mio fratello, a causa delle circostanze drammatiche in cui avvenne, e perché io ero più maturo. Così, sono diventato relativamente presto orfano di madre e figlio unico » (*ibid.*).

Non vogliamo parlare di condizionamenti. Certamente di ben decisi orientamenti sì, guardando allo sviluppo che ha avuto la sua vita.

Il livello di vita spirituale respirato nella sua casa in questi drammatici momenti — compresa la morte del papà quando « non avevo ventun anni »¹⁹ — ha fatto sì che « una morte serena piena-mente umana e cosciente non provoca paura ma rende la vita di coloro che sono testimoni di questa morte più seria e li incita a riflessioni più profonde ».²⁰

Ed è opinione comune che lo sviluppo della personalità avviene durante l'infanzia e la giovinezza. Già S. Agostino scriveva che la ragione e l'intelligenza sono come addormentate nel bambino, e che crescendo in età si sveglieranno e svilupperanno.²¹

Possiamo verosimilmente ipotizzare, allora, che nell'animo dell'adolescente, e poi del giovane Karol, si è fatta strada e sia cresciuta con gli anni, la determinazione di consacrarsi ad essere pastore di questa sofferenza. L'esempio elevato di come i suoi cari, con l'assistenza spirituale di degni Pastori di anime li avevano condotti a sublimare il dolore, ha inciso e orientato la scelta del Sacerdozio fondato sulla pastorale sanitaria.

Se si vuole individuare una data storica, la si può indicare nel momento della sua presenza all'Università di Cracovia dove, novello Sacerdote, è stato assistente dei giovani universitari della Facoltà di Medicina.²²

Un legame intenso e duraturo nel tempo, come ne fa fede una sua testimonianza diretta: « Parlo di questo legame con una particolare emozione e commozione perché in questa Università sono cresciuto come studente (in verità sono rimasto poco tempo), come sacerdote e professore, come Vescovo, ed infine, come Metropolita di Cracovia. Inizialmente ho sviluppato tale legame; poi l'ho consolidato e difeso con forza, quando dal di fuori si cercava di romperlo ».²³

Ancora oggi vive ed è in piena attività una delle iniziative che l'allora Arcivescovo di Cracovia

ha promosso, organizzato e difeso per gli Operatori Sanitari. Gli incontri spirituali presso il Santuario Mariano di Czeszochowa dedicati ai Professionisti della salute, ai quali il nostro Dicastero ha partecipato più volte, e si è rimasti impressionati per la affollata e devota partecipazione di migliaia di persone, anche quando la libertà non era ancora di casa.²⁴

Nel suo infaticabile servizio di Supremo Pastore della Chiesa, Giovanni Paolo II ha già scritto — e lo continua giornalmente a scrivere — una teologia della sofferenza, organica e sistematica.²⁵ Fondata sulla Croce di Cristo è tutta racchiusa nel mistero pasquale (cf. SD, 21).

Conscio che la parabola evangelica del Buon Samaritano « è diventata una delle componenti essenziali della cultura morale e della civiltà universalmente umana » (SD, 29) e, certo che « Cristo allo stesso tempo ha insegnato all'uomo a far del bene con la sofferenza ed a far del bene a chi soffre. In questo duplice aspetto egli ha svelato fino in fondo il senso della sofferenza » (SD, 30). Parola di Dio che il Papa, Buon Pastore, trasforma nel suo Sacerdozio.

Chi è alla ricerca di un modello per applicare le indicazioni che vengono da questi due ultimi Atti di Giovanni Paolo II, lo trova vivo e coinvolgente nel suo Sacerdozio di Supremo Pastore della Chiesa.

P. FELICE RUFFINI, M.I.

Sottosegretario
del Pontificio Consiglio della Pastorale
per gli Operatori Sanitari

¹ « Lettera del Santo Padre GIOVANNI PAOLO II al Cardinale FIORENZO ANGELINI, Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari - 13 maggio 1992 » in *L'Osservatore Romano* del 14 maggio 1992, pp. 1 e 5.

² « Dato a Roma il 25 marzo, solennità dell'Annunciazione del Signore, dell'anno 1992, decimoquarto del mio Pontificato. Giovanni Paolo P.P. II ».

³ POUPARD Card. PAUL, « Il senso di un Pontificato » in *L'Osservatore Romano* del 2.1.1992, p. 4.

⁴ GIOVANNI PAOLO II, Enciclica *Redemptor hominis*, n. 14.

⁵ GIOVANNI PAOLO II, *Cari Sacerdoti*, Ediz. Paoline 1990: Rio de Janeiro, 2.VII.1980, p. 236 - Orvieto, 22.XI.1981, p. 241 - Manchester, 31.V.1982, p. 159 - Giovedì Santo 1983, p. 57 - Togo, 9.VIII.1985, p. 271, - Augsburg, 4.V.1987, pp. 313-314. — Enciclica *Redemptoris missio*, 7.XII.1990, n. 78.

⁶ « Dato a Roma, presso S. Pietro nella memoria liturgica della beata Vergine di Lourdes, l'11 febbraio dell'anno 1984, sesto di Pontificato » (SD).

⁷ « Dato a Roma, presso S. Pietro, l'11 febbraio dell'anno 1985, settimo di Pontificato » (DH).

⁸ Le riflessioni che seguono furono fatte nell'Udienza concessa all'E.mo Cardinale Presidente, al Segretario e Sottosegretario di questo Dicastero il 30 gennaio 1988.

⁹ *Dolentium hominum*, n. 2: « Malattia e sofferenza sono fenomeni che, se scrutati a fondo, pongono sempre interrogativi che vanno al di là della stessa medicina per toccare l'essenza della condizione umana in questo mondo » (cf. G.S. 10).

¹⁰ « La malattia e la sofferenza, infatti, non sono esperienze che riguardano soltanto il sostrato fisico dell'uomo, ma l'uomo nella sua interezza e nella sua unità somatico-spirituale. È noto del resto come talora la malattia che si manifesta nel corpo abbia la sua origine e la sua vera causa nei recessi della psiche umana » (*ibidem*).

¹¹ Cf. GIOVANNI PAOLO II, Esortazione Apostolica post-sinodale *Christifideles laici*, 30.XII.1988, n. 38.

¹² Cf. *Dolentium hominum*, n. 2.

¹³ Castel Gandolfo 5.VIII.1990, recita dell'*Angelus*, in *L'Osservatore Romano*, 6-7.VIII.1990, pp. 1, 5.

¹⁴ *Zbidem*.

¹⁵ Recita dell'*Angelus*, 11.II.1990, in *L'Osservatore Romano*, 12-13.II.1990, p. 1.

¹⁶ « Giovanni Paolo II fra gli ammalati del Policlinico A. Gemelli », in *L'Osservatore Romano*, 19.X.1978, pp. 1-2.

¹⁷ Discorso pronunciato all'ospedale pediatrico di Prokocim, Cracovia, martedì 13.VIII.1991, in *L'Osservatore Romano* del 14.VIII.1991, p. 5.

¹⁸ FROSSARD A., *Non abbiate paura!*, Rusconi, IV edizione luglio 1983, p. 12.

¹⁹ *Zbidem*, p. 13.

²⁰ POLTAWSKA W., « Il ruolo della famiglia nello sviluppo della personalità », in *Dolentium hominum*, rivista..., n. 16 (1-1991), p. 86 — vd anche *ibidem*, EDERMAN G.M. « Mente e cervello: centrovitale dell'esistenza umana », pp. 22-24. GRANT J.P., « I bambini e l'esistenza », pp. 211-214.

²¹ Cf. S. AGOSTINO, *La città di Dio*, 22, 24.

²² Testimonianza diretta della Prof.ssa Wanda Poltawska raccolta dall'a. (23.XI.1991).

²³ Discorso pronunciato il 15.VIII.1991a Czestochowa durante la cerimonia per la benedizione del nuovo Seminario. Nel testo il Papa fa esplicito riferimento alla « Università Jagellonica con la sua Facoltà Teologica », in *L'Osservatore Romano* del 16.VIII.1991, p. 10.

²⁴ Cf. *Dolentium hominum*, rivista..., n. 2 (D2-1987) p. 79, n. 8 (2-1988) p. 75.

²⁵ Cf. ANGELINI Card. FIORENZO, *Quel soffio sulla creta*, « La teologia della sofferenza nel pensiero di Giovanni Paolo II », Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, Roma 1990, pp. 154-161.

cronache

CROAZIA

visita pastorale del cardinale Angelini

Nel periodo natalizio (27-29 dicembre 1991), il Card. Fiorenzo Angelini, attuando un espresso desiderio del Santo Padre e dei Vescovi croati, si è recato a Zagabria per una visita pastorale intesa a portare alle popolazioni colpite dalla guerra la testimonianza concreta della solidarietà, del conforto e dell'aiuto del Santo Padre. Accompagnava il Cardinale Angelini il p. Felice Ruffini M.I.; Sottosegretario del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari.

Quattro gli aspetti della Visita pastorale condotta insieme al Cardinale Arcivescovo di Zagabria, Mons. Franjo Kuharic: espressione della solidarietà ai feriti e agli ammalati nelle zone più a rischio della regione; incontro con il Capo del governo croato; momenti di intensa preghiera con larghe folle di fedeli; incontro con i responsabili della Caritas Croata che coordina le molteplici forme assistenziali della Chiesa locale e con altri organismi civili.

Toccante la visita all'ospedale pediatrico di Zagabria, che ospita numerosi bambini vittime della guerra; quindi agli ospedali di Karlovac e Sisak, in continua alternanza di allarmi aerei in piena zona del conflitto bellico, dove i malati sono ancora ospitati pur essendo stati più volte bombardati; quindi la partecipazione alla festa del Natale celebrata tra gli handicappati in un improvvisato campo profughi. La distribuzione della medaglia del Santo Volto di Nostro Signore Gesù Cristo ad alcune migliaia di persone, è stata insieme ricordo e simbolo del significato della visita.

L'incontro con il Presidente del Consiglio dei Ministri Dr. Franjo Gregurić è stato franco e cordiale. Il Cardinale Angelini ha assicurato l'invio, a nome del Santo Padre e su iniziativa del nostro Dicastero, di notevoli quantità di medicinali, di viveri e di una autoambulanza.

Intensi momenti di preghiera comune a Zagabria, nella parrocchia di San Giovanni, con grande partecipazione di popolo alla con-

celebrazione tenuta nel salone di una scuola; poi, presenti oltre 2000 persone, nella cattedrale di Zagabria, dove il Cardinale Angelini ha ribadito il forte amore di Giovanni Paolo II, di essere vicino paternamente al popolo della Croazia così duramente provato. In cattedrale, commosso omaggio alla tomba del Cardinale Stepinac.

Infine, negli incontri con i responsabili della Caritas Croata, Mons. Stankovic e Don Zalor, i quali hanno avviato a Zagabria un Centro per l'emergenza che coordina gli aiuti, il Cardinale Angelini ha avuto parole di incoraggiamento e di fraterna solidarietà con aiuti concreti.

La visita pastorale in Croazia è stata ampiamente seguita dalla stampa e dalla televisione.



INDIA

ospitalità di un popolo

Nella sua quinta visita in India (13-21 gennaio 1992), la rappresentanza del Pontificio Consiglio ha raggiunto le seguenti città: Bombay, Trivandrum, Quilon, Ernakulan, Trichur, Mukkyad, Calcutta e Mananthavady.

Rappresentavano il Dicastero il Cardinale Fiorenzo Angelini e Padre J.L. Redrado, accompagnati dall'Abate dei monaci Benedettini Silvestrini, P. Antonio Jacovone, da Madre Maurizia Biancucci, Superiore generale delle Suore Riparatrici del Santo Volto di N.S.G.C. e due Consiglieri generali della suddetta Congregazione, le madri Leoni e Pariani.

Dopo alcuni giorni di intensa attività e per lo svolgimento di un programma molto fitto, si possono trarre le seguenti conclusioni e impressioni:

1. È stato un viaggio estremamente positivo per diverse ragioni:

- per gli incontri con le chiese locali e i loro pastori: abbiamo incontrato otto vescovi e numerosi sacerdoti e religiosi/e;

- siamo venuti a contatto con diverse strutture sanitarie che ci hanno dato l'opportunità di visitare malati, di discutere con il personale sanitario; complessivamente abbiamo visitato otto ospedali, in due dei quali abbiamo inaugurato un ampliamento delle strutture e un ambulatorio;

- abbiamo visitato e celebrato in due cattedrali e in quattro parrocchie povere, beneducendo in una di queste la posa della prima pietra.

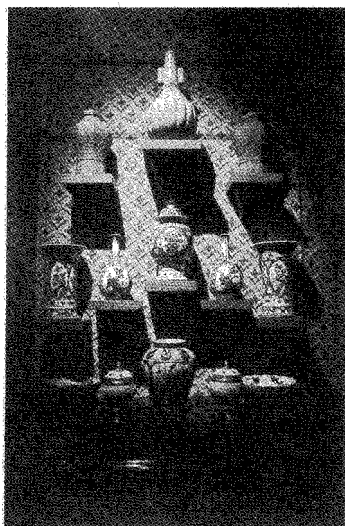
2. Si è resa evidente la necessità di una maggiore collaborazione tra gli istituti religiosi impegnati nella pastorale sanitaria. Il Cardinal F. Angelini, rivolgendosi ai vescovi e alle comunità religiose, ha molto insistito sul problema vocazionale.

3. Abbiamo toccato con mano la povertà e la necessità di una organizzazione: integrazione e coordinamento maggiori.

4. Abbiamo apprezzato la sensibilità e la grande capacità di accoglienza ed ospitalità del popolo dell'India e dei suoi pastori.

5. Il fatto che il Cardinal Angelini venisse considerato « ospite d'onore » dello stato di Kerala ha mobilitato una sorveglianza ed una scorta continua che hanno reso più rapidi gli spostamenti e assicurata la protezione personale nelle occasioni in cui il contatto con la folla era ravvicinato.

6. Abbiamo reso « omaggio » ad un monaco, il p. Ildebrando Gregori, che preparò la strada all'ingresso dei monaci della sua Congregazione in India. La benedizione del centro a lui dedicato vuole esprimere la riconoscenza e rappresentare il prolungamento di un'opera al servizio dei poveri e dei bisognosi.



7. Infine, vada a tutti il nostro sentito ringraziamento, dalle autorità civili a quelle religiose, senza dimenticare coloro che hanno preparato e reso possibile con il loro lavoro questo viaggio, cioè i Padri Giorgio Pereira, Ferdinando Kaya-vil e la comunità dei PP. Benedettini Silvestrini di Makkyad.

NEW YORK

federazione degli ospedali cattolici

Il Pontificio Consiglio è stato presente a New York, dal 31 gennaio al 3 febbraio 1992, per l'avvio della Federazione internazionale degli Ospedali Cattolici. A tale scopo è stato organizzato un incontro tra gli Ospedali Cattolici degli Stati Uniti d'America e del Canada. Erano presenti il Cardinal Fiorenzo Angelini e Padre J.L. Redrado, rispettivamente Presidente e Segretario del Pontificio Consiglio, e P. Pierluigi Marchesi, membro del Dicastero.

Momento centrale dell'incontro una riflessione sul ruolo delle Istituzioni sanitarie cattoliche. Hanno preso la parola il Cardinal Angelini, Mons. Cassidy e la Dott.ssa Sheila M. Smyte. Sono seguiti una presentazione degli Statuti e un intenso dibattito.

Una nota particolarmente significativa si è avuta sul finire dell'incontro, con una sessione speciale tenuta al Calvary Hospital, un centro ospedaliero cattolico della diocesi di New York, dove sono ospitati 200 malati terminali.

L'incontro ha avuto inizio con una riflessione sulla Lettera apostolica del Papa « Salvifici doloris »; P. Pierluigi Marchesi ha esposto diversi concetti sulla teologia e la pastorale della sofferenza, ispirandosi ad alcuni passaggi della Lettera pontificia, illuminati dall'apporto della sua esperienza.

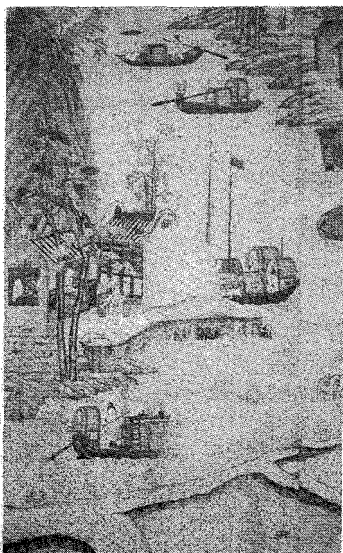
Successivamente abbiamo conosciuto a fondo la filosofia che ispira la conduzione del Calvary Hospital.

La Missione Calvary è stata fondata a Lione (Francia) da Madame Garnier nel 1842. Essa era formata da una grande società dal nome « Donne del Calvario ». Tra il 1842 e il 1900 la società si stabilì a Parigi, Marsiglia, Saint-Etienne, Rouen, Bruxelles e Gerusalemme.

Attualmente è rimasto solo questo istituto di New York.

In questo istituto si pongono al centro di tutto l'affermazione della vita e l'accurata assistenza ai malati in tutte le sue dimensioni: fisiche, psicologiche, sociali e spirituali.

Ci si rende immediatamente conto dello spirito e della filosofia con cui viene prestata assistenza ai malati, dall'eccezionale pulizia e ordine dell'habitat fino all'accoglienza stimolante e rispettosa, oltre che dall'attrezzatura e dalla tecnologia che sono tra le migliori. La visita al Calvary Hospital è un'iniezione di incoraggiamento ad operare sempre meglio.



VENEZIA

VII convegno dei medici cattolici

Oltre mille medici, provenienti da ogni parte di Europa, si sono radunati a Venezia nei giorni 25-28 marzo 1992. Tra i partecipanti non poteva mancare il Pontificio Consiglio, nella qualificata presenza del suo Presidente, il Cardinale Angelini, il quale ha tenuto la Conferenza di apertura ed ha partecipato alle diverse sedute di lavoro del Convegno. Il Cardinale era accompagnato dal Segretario del Dicastero, P. José L. Redrado.

Il tema centrale del Convegno è stato: « La medicina alle porte del terzo millennio ».

Lo spirito che ha guidato la preparazione del Convegno, così come il suo svolgersi, è stato quello che emerge dalla mozione finale:

« L'Associazione Medici Cattolici Italiani riunitasi a Venezia nei giorni 25-28 marzo 1992 in occasione del suo XIX Convegno Nazionale (svoltosi in concomitanza con il VII Congresso della Federazione Europea dei Medici Cattolici) sul tema: " La medicina all'alba del terzo millennio "; innanzitutto

- esprime profonda riconoscenza a Sua Santità Giovanni Paolo II per il messaggio inviato al Cardinale Angelini con cui trasmette ai Congressisti l'augurio per un fruttuoso lavoro, la conferma della particolare sollecitudine riservata dalla Chiesa a tutti coloro che soffrono e le direttive per orientare le ricerche e le conquiste della scienza per servire la persona umana e la sua intangibile dignità;

- afferma l'urgenza di riconsiderare il rapporto tra l'uomo e il suo ambiente riconoscendo la piena partecipazione della natura alla creazione e, quindi, il suo diritto ad essere rispettata anche per non compromettere il diritto alla vita delle future generazioni;

- vuole misurarsi con coraggio con le nuove più acute sfide che la medicina raccoglie all'inizio del terzo millennio (invecchiamento cerebrale, ansia, depressione, tossicodipendenza, AIDS, ecc.) a motivo delle grandi risorse della scienza e della certezza nell'assistenza di Dio;

- ribadisce che il complesso scientifico-tecnologico con il suo alto livello di specializzazione non può diventare né nella organizza-

zione né per le finalità, una struttura autonoma ma deve essere governato dalla valutazione e dalle decisioni etiche;

- si augura che la comune identità culturale delle genti d'Europa incentrata sulla opzione personalista esaltata dalla rivelazione cristiana comporterà l'affermarsi di una professionalità sanitaria sempre più fortemente legata al valore umano della solidarietà;

- è certa che proprio l'esercizio della solidarietà testimoniato nella professione medica potrà rappresentare un decisivo impulso alla solidale cooperazione internazionale tra i popoli e sarà la principale fonte di speranza dell'Europa.



diversi incontri

Nei giorni 11-14 aprile 1992, nuova visita a Mosca del Cardinale Fiorenzo Angelini, accompagnato dal Segretario del Dicastero P. José Luis Redrado e dai Consulteri D.ssa Dina Nerozzi e Prof. Franco Splendori. Riferimento costante è stato il Nunzio Apostolico Mons. Francesco Colasuonno.

Occasione immediata della visita, l'invito ad inaugurare il Congresso nazionale di medicina sul tema: « L'uomo e il farmaco ».

La visita, oltre che dalla partecipazione al Congresso, è stata caratterizzata da incontri a diversi livelli con autorità politiche di governo e civili e dalla visita a luoghi di ricovero e di cura.

Il 12 maggio al Congresso Nazionale presenti tremila persone, il Cardinale Angelini, salutato dal Prof. Chuchalin, Presidente del Congresso, ha tenuto la conferenza di apertura sul tema: « I farmaci a servizio dell'uomo ». Al termine della prima sessione congressuale, il Cardinale ha rilasciato due ampie interviste alla televisione russa.

Nei giorni della permanenza a Mosca, il Cardinale Angelini ha avuto i seguenti incontri:

— domenica delle Palme 12 maggio con l'Amministratore Apostolico di Mosca arcivescovo Mons. Tadeusz Kondrusiewicz e con il Nunzio Apostolico di Mosca arcivescovo Mons. Francesco Colasuonno; ha preso parte, nella chiesa di San Luigi dei Francesi, gremita di giovani, alla celebrazione della Giornata mondiale della Gioventù. Il Cardinale Angelini, rivolgendo la parola ai presenti, ha ribadito la necessità di testimoniare la fede con coerenza, coraggio, tenacia e fedeltà;

— lunedì 13 maggio, con il Ministro della Sanità della Repubblica di Russia Prof. A. Vorobiev il quale, pur dichiarandosi « non credente », ha riaffermato la profonda e positiva impressione ricevuta durante la sua visita in Vaticano e la sua considerazione per l'azione della Chiesa. Il Cardinale Angelini è passato, poi, a trattare l'opportunità di portare a termine l'iniziativa per una struttura sanitaria da parte del Pontificio Consiglio a Mosca, già avviata concretamente con il precedente Ministro della Sanità Dr. Kalinin. Il Ministro ha assicurato di prendere a cuore l'iniziativa presentando anche soluzioni alternative per la

località nella città. Il Cardinale, quindi, ha riconfermato l'offerta di completo sostegno a due medici ricercatori scientifici per un anno da trascorrere in Italia ed alla visita a Roma di personale infermieristico. Infine, il Cardinale ha informato dell'invio, tramite il Nunzio, di 45.000 siringhe;

— con il Vice-Presidente del Consiglio del Governo russo Prof. Alexander N. Shokhin. Il colloquio è stato occasione per una rassegna dei gravi problemi sanitari della Russia; il Card. Angelini ha assicurato dell'interessamento costante e premuroso della Chiesa per gli infermi e gli Operatori Sanitari auspicando rapporti stabili in materia;

— con il Prof. Viatcheslav S. Polisin, membro del Presidium che ha ricevuto il Cardinale alla « Casa Bianca » di Mosca. Il Vice-Presidente, greco-ortodosso, ha offerto l'occasione per ribadire lo spirito della evangelizzazione condotta dalla Chiesa cattolica, la quale non intende e non ha mai inteso ispirarsi a proselitismo antagonistico nei confronti dei cristiani ortodossi;

— il 14 aprile, con il Prof. Soliovjev Anatoly Nikolaevich, Direttore generale della Sanità di Mosca e Vice-Ministro a Mosca per i problemi culturali e sociali. Il Cardinale Angelini ha ribadito la disponibilità a collaborare, per i problemi sanitari, anche con gli amministratori del Municipio della Capitale oltre che con quelli governativi.

Il giorno 14 aprile, il Cardinale Angelini ha visitato l'ospedale pediatrico « Filatov » e un centro per tossicodipendenti.



LIBANO e SIRIA

visita a una terra che soffre

Su invito di S.B. Nasrallah Boutros Sfeir, Patriarca di Antiochia e di tutto l'Oriente, e del Ministro degli Esteri S.E. Farès Buoeiz per il Libano e del Nunzio apostolico a Damasco S.E. Mons. Luigi Accogli per la Siria, il Cardinale Fiorenzo Angelini, accompagnato dal Sottosegretario del nostro Dicastero P. Felice Ruffini M.I., ha compiuto, nei giorni 2-6 maggio 1992, una visita nei due suddetti Paesi, toccando con mano in entrambi la stima per la Chiesa cattolica e l'alta considerazione per l'azione del Santo Padre Giovanni Paolo II a favore della pace, delle vittime della guerra e degli infermi: segno tangibile di tale apprezzamento l'interesse alla visita dei mezzi di comunicazione di massa.

Libano

Calorosa accoglienza all'aeroporto di Beyrouth, presenti il Vicario generale del Patriarcato maronita Mons. Paul Matar e il Ministro degli Esteri libanese.

L'indomani, domenica 3 maggio, concelebrazione nel nuovo e grande santuario mariano di Nostra Signora del Libano ad Harissa, dinanzi alla statua della Madonna benedetta dal Santo Padre nella basilica vaticana l'11 febbraio u.s. Al rito partecipava anche, insieme alla consorte, il Presidente della Repubblica S. E. Elias Haroui.

Nel suo saluto e nell'omelia in lingua francese il Cardinale Angelini ha espresso e rinnovato l'amore e l'impegno del Santo Padre e della Santa Sede per il ritorno alla pace e alla concordia in Medio Oriente.

Nell'arco di tre giorni, nove le strutture sanitarie visitate in Libano: l'Ospedale Santa Croce per malati di mente, retto dalle Suore della Congregazione della S. Croce: ospita, senza discriminazione alcuna di etnia, di religione e di politica, oltre mille pazienti; l'Ospedale per handicappati fisici di Beit-Chébab, tenuto dall'Ordine Libanese Maronita, che attualmente accoglie soprattutto giovani vittime della guerra. Il Centro di riabilitazione per tossicodipendenti di Jounieh, creato nella residenza estiva della Curia diocesana e diretto da Mons. Guy Nojaim, Vicario patriarcale per la diocesi di

Sarba; il giovane e attivo Vescovo dirige anche altri centri di recupero per emarginati sociali; la Clinica del S. Rosario, al centro di Beyrouth; l'*Hotel-Dieu de France*, diretto dal gesuita P. Jean Ducruet e collegato all'università Saint-Joseph; lo Al-Makassed *General Hospital*, gestito dai Musulmani, e il St-George *Hospital*, diretto dalla Chiesa greco-ortodossa. Nella cittadina di Zahlé, nella tormentata regione della Békaa, durante il trasferimento verso la Siria (5 maggio), sono stati visitati l'*Hopital Tel Chiha*, dipendente dall'arcivescovato melkita cattolico e l'Ospedale pubblico Maallaka, retto dai Maroniti.

La visita a queste numerose e così diverse strutture sanitarie ha voluto sottolineare la forza aggregatrice dell'attenzione a chi soffre, il cui comune servizio è sicuro presupposto di pace.

Durante la permanenza in Libano, hanno avuto luogo anche i seguenti incontri:

- con il Presidente della Repubblica Elias Haroui, nella sua residenza, con colazione di lavoro alla quale hanno partecipato S.E. il Nunzio Apostolico Mons. Puentes Pablo e autorità religiose delle varie espressioni cattoliche;

- con il Presidente del Parlamento libanese S.E. Husseini, musulmano sciita;

- con il Capo del Governo, il musulmano sunnita S.E. Karamé.

Nel corso di tutti e tre i suddetti incontri è stata espressa dal Card. Angelini la solidarietà del Santo Padre con l'invio, tramite il nostro Dicastero, di ingente quantità di

medicinali e di abbigliamento. Gli interlocutori hanno manifestato viva riconoscenza per l'azione di sostegno da parte della Santa Sede.

L'azione caritativa è stata trattata sia con la Signora Mouna Haroi, consorte del Presidente della Repubblica, cui erano già pervenute, da parte del nostro Dicastero, tre tonnellate di aiuti destinati al Centro di assistenza del quale ella è presidente. Con i responsabili della Caritas libanese sono state definite le modalità dell'invio di altre sette tonnellate di medicinali sempre da parte del nostro Dicastero destinati alla Conferenza Episcopale del Libano.

Nei giorni della permanenza in Libano il Card. F. Angelini e il Sottosegretario P. Ruffini sono stati ospiti del Patriarca S.B. Nasrallah Boutros Sfeir.

Il Nunzio Apostolico S.E. Mons. Puentes ha offerto un incontro invitando i responsabili dei maggiori centri sanitari cattolici di Beyrouth.

Siria

Breve, ma intensa, la visita in Siria, particolarmente grazie alla fraterna iniziativa e collaborazione del Nunzio Apostolico Mons. Luigi Accogli.

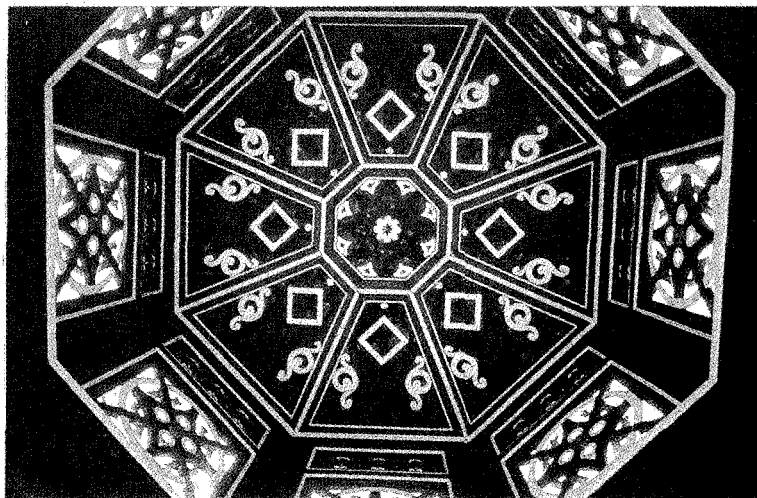
Il Vice Ministro degli Esteri, Dr. Youssef Chaccour, greco-ortodosso, ha accolto il Card. Angelini alla frontiera con il Libano, a pochi chilometri da Damasco. Era presente anche, inviato dall'Ambasciatore d'Italia a Damasco S.E. Berlenghi, il Consigliere d'Ambasciata Dr. Trizzino.

Nel corso del successivo incontro al Ministero degli Esteri, ampio scambio di idee. Il Cardinale Angelini, pur sottolineando l'indole pastorale del suo viaggio con lo scopo di visitare i luoghi di sofferenza e di cura, non ha mancato di ribadire l'esigenza di operare per la pace nel rispetto del diritto dei popoli alla libertà ed all'autodeterminazione e per aiuti ai poveri e alle famiglie delle vittime della guerra.

Quindi il Cardinale Angelini ha visitato gli ospedali cattolici *Hôpital Français St. Louis*, retto dalle Figlie della Carità di San Vincenzo e l'ospedale italiano « E. Schiapparelli », dove operano le Suore Figlie di Maria Ausiliatrice. Quale segno di amicizia e di attenzione verso altre espressioni religiose, una visita al Patriarca greco-ortodosso S.B. Hazim e al modernissimo ospedale pubblico « Assad » che è anche importante centro universitario. La facoltà di medicina conta 111.000 studenti con un corpo docente di 3.000 unità. La facoltà di Medicina ha il più alto numero di studenti nel mondo.

Visita anche al Gran Mufti di Siria Sa Vertu Sheikh Ahmad Kaftaro che si è dimostrato sensibile all'incontro e ha espresso sentimenti di viva ammirazione per l'opera che Giovanni Paolo II svolge in tutto il mondo.

La visita pastorale in Damasco ha avuto la sua conclusione nella Nunziatura Apostolica con la presenza del ministro degli Esteri, di quaranta Ambasciatori e alte personalità del governo della Repubblica di Siria.



Il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, sostenuto dal crescente interesse per le sue annuali Conferenze Internazionali, ha scelto come tema di riflessione e di approfondimento della prossima nei giorni 19, 20 e 21 Novembre p.v. la delicata e complessa problematica legata alle persone disabili nella società.

Il tema generale che si colloca nella dimensione trascendente della persona umana, la cui condizione di limitatezza e di sofferenza fu assunta e redenta da Cristo, è così espresso: « Le vostre membra sono il corpo di Cristo: Le persone disabili nella società ». Lo sfondo e la prospettiva delle relazioni saranno quelli della speranza e dell'apporto antropologico, scientifico, clinico, etico, giuridico e socio-assistenziale. I disabili nel mondo, oggi, sono cinquecento milioni.

I lavori della Conferenza Internazionale saranno conclusi con un discorso del Santo Padre Giovanni Paolo II, presente in Aula.

Per prendere parte ai lavori della Conferenza non sono previste particolari quote di iscrizione anche se ogni volontario contributo sarà destinato alla attuazione delle finalità della Conferenza stessa ed all'invio di aiuti alle popolazioni di Paesi bisognosi.

L'accesso all'Aula Paolo VI, in Vaticano, è da Piazza del Sant'Uffizio. Per l'ingresso è necessario il cartellino personale, che si potrà ritirare presso gli Uffici del Pontificio Consiglio in Via della Conciliazione 3, Roma, presentando un documento personale. La partecipazione ai lavori dovrà essere confermata al più presto, comunque non oltre la data del 25 ottobre, al nostro Pontificio Consiglio

PONTIFICIUM CONSILIUM DE APOSTOLATU
PRO VALETUDINIS ADMINISTRIS

VII^e CONFÉRENCE INTERNATIONALE
SEVENTH INTERNATIONAL CONFERENCE



VOS MEMBRES
SONT LE CORPS DU CHRIST
LES PERSONNES HANDICAPÉES
DANS LA SOCIÉTÉ

YOUR MEMBERS
ARE THE BODY OF CHRIST
PERSONS WITH DISABILITIES
IN SOCIETY

NOVEMBER 19-20-21, 1992
CITÉ DU VATICAN SALLE PAUL VI - VATICAN CITY PAUL VI AUDITORIUM

Via della Conciliazione, 3
00193 ROMA
Telefoni: (06) 698.83.138 - 698.84.720 - 698.84.799
Fax: (06) 69883139
Telex: 2031 SANITPC VA