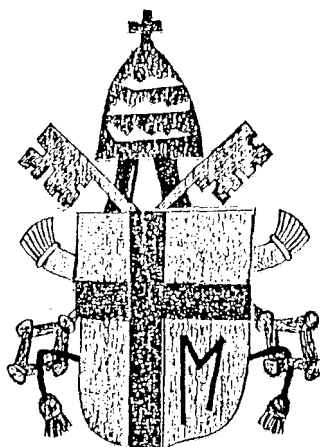




DOLENTIUM HOMINUM

N. 26 – anno IX (N. 2) 1994

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

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

Spedizione in abbonamento
postale 50% Roma

Direttore:

FIorenzo CARD. ANGELINI

Redattore Capo:

P. JOSÉ L. REDRADO, OH

Segretario:

P. FELICE RUFFINI, MI

Comitato di Redazione:

DON GIOVANNI D'ERCOLE F.D.P.

SR. CATHERINE DWYER M.M.M.

DR. GIOVANNI FALLANI

MONS. JESÚS IRIGOYEN

P. VITO MAGNO R.C.I.

ING. FRANCO PLACIDI

PROF. GOTTFRIED ROTH

MONS. ITALO TADDEI

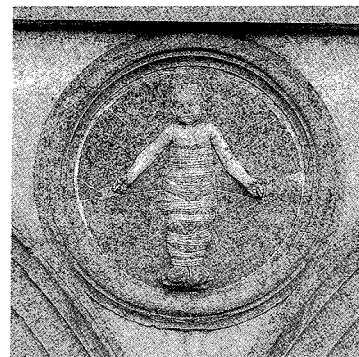
Collaborano in Redazione:

P. DAVID MURRAY M.ID.

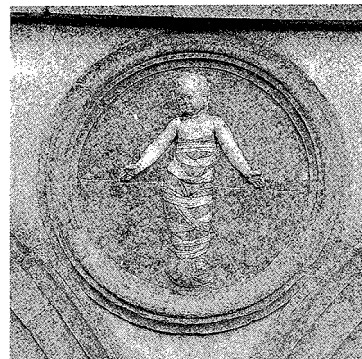
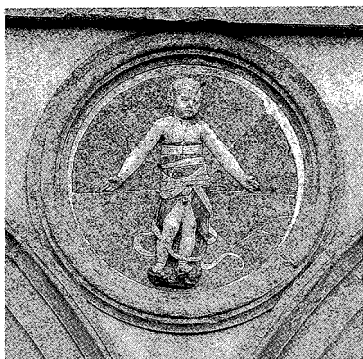
MARÍA ÁNGELES CABANA M.ID.

SR. MARIE-GABRIEL MULTIER

D. JEAN-MARIE M. MPENDAWATU



- 5 Lettera Apostolica « Motu Proprio » con la quale Giovanni Paolo II istituisce la Pontificia Accademia per la Vita.
- 7 Nomina degli Accademici
- 8 Messaggio del Santo Padre al Cardinale Lustiger
- 9 La Pontificia Accademia per la Vita
Card. Fiorenzo Angelini
- III ASSEMBLEA PLENARIA
- 12 Il dono della vita è aggredito e rapinato in numerosi bambini condannati **dall'odio** e dal calcolo egoistico a non avere futuro.
Giovanni Paolo II
- 14 Preghiera, azione e sacrificio per una testimonianza sempre **più** efficace.
Cardinal Fiorenzo Angelini
- 15 Relazione del Cardinale Fiorenzo Angelini
- 22 Il particolare carisma dei religiosi nel servizio agli infermi
P. Angelo Brusco
- 28 Salute e infermità: un privilegiato campo di **evangelizzazione** da parte dei religiosi
P. Felice Ruffini
- 34 Attratti dal Vangelo della sofferenza
Cardinal John O'Connor
- 39 Le religiose sanitarie e la loro missione nel campo della salute
Sr Teresa López-Beorlegui
- 44 Lo spazio della pastorale sanitaria nel **Sinodo** dei Vescovi
Mons. Dionigi Tettamanzi
- 50 Centri e comitati di Bioetica: le origini culturali e la situazione attuale
Mons. Elio Sgreccia
- II GIORNATA MONDIALE DEL MALATO
- 62 « **Eccomi**, Madre di Jasna Gora »
Dott. Antonino Bagnato
- 63 Discorso di Benvenuto
Mons. Stanislaw Nowak



- 64 Saluto del Padre Generale dei Padri Paolini
P. Jan Nalaskowski

Dieci anni della Lettera Apostolica « Salvifici Dolons »

- 64 I. **Il** Vangelo della sofferenza
Cardinal Fiorenzo Angelini
- 66 II. È necessario che la sofferenza trovi una risposta d'amore
Dott.ssa Wanda Terlecka
- 67 III. **Il** cristiano deve essere segno d'amore
Sig.ra Viviane Verlinde-Boutelegier
- 69 IV. La sofferenza porta alla gioia
Andrzej F. Dziuba
- 71 V. Al servizio dei malati
Dott. Andrej Kaliwoska
- 72 VI. Operatori Sanitari: vedete negli ammalati il volto di Cristo
Mons. James Cassidy
- 73 VII. I diversi mondi della sofferenza
P. Jesus Zurbano
- 74 VIII. Tutta la storia della Salvezza è storia di persone che ricevono guarigione
Fra Brian O'Donnell

Celebrazione **dell'Eucarestia** al Santuario di Jasna Gora

- 76 Saluto del Nunzio Apostolico in Polonia
Mons. Jozef Kowalczyk
- 77 La sofferenza, dono e tesoro
Card. Josef Glemp
- 79 Un grido possente dal mondo della sofferenza: la vittoria **dell'amore sull'odio**, della pace sulla guerra
Giovanni Paolo II

Le illustrazioni di questo numero sono tratte dal libro « I della Robbia » (La scultura invetriata nel Rinascimento), volume I di Giancarlo Gentilini Cantini, Borgo Santa Croce 8, Firenze, Gruppo D'Adamo Editore.



lettera Apostolica «Motu Proprio» con la quale Giovanni Paolo II istituisce la Pontificia Accademia per la Vita

1. Il mistero della vita, di quella umana in particolare, attira in modo crescente l'attenzione degli studiosi, stimolati dalle straordinarie possibilità d'indagine che il progresso della scienza e della tecnica offre oggi alle loro ricerche. La nuova situazione, mentre apre affascinanti prospettive di intervento sulle sorgenti stesse della vita, pone pure molteplici ed inediti interrogativi di ordine morale, che l'uomo non può trascurare senza correre il rischio di compiere passi forse irrimediabili.

Consapevole di ciò, la Chiesa, che per mandato di Cristo è tenuta ad illuminare le coscienze degli uomini circa le esigenze morali che scaturiscono dalla loro natura, «dopo aver preso conoscenza dei dati della ricerca e della tecnica, intende proporre, in virtù della propria missione evangelica e del suo dovere apostolico, la dottrina morale rispondente alla dignità della persona e alla sua vocazione integrale» (Congregazione per la Dottrina della Fede, Istruzione *Donum vitae*, 1). Compito particolarmente urgente nel nostro tempo, se si considera che «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» (Esortazione Apostolica *Christiifideles laici*, 38).

2. La presenza della Chiesa nel campo della sanità è plurisecolare e non di rado ha anticipato gli interventi dello Stato. Mediante la sua azione assistenziale e pastorale, essa continua ancor oggi a proclamare il «Vangelo della vita» nelle variabili situazioni storiche e culturali, avvalendosi di una pedagogia fedele alla verità evangelica ed attenta ai «segni dei tempi». Nell'ambito sanitario essa avverte, in particolare, il bisogno di approfondire ogni possibile conoscenza al servizio della vita umana, perché, là dove la tecnica non è in grado di fornire risposte esaurienti, possa manifestarsi la «legge della carità». Una legge che ispira l'intera sua attività

missionaria e che la spinge ad esprimere in modo sempre vivo ed attuale il messaggio di Cristo, venuto per dare la vita e per donarla in abbondanza (cf. *Gv* 10, 10).

3. Istituendo, l'1 febbraio 1985, la Pontificia Commissione, ora Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, ne indicai, tra le finalità, quella di «diffondere, spiegare e difendere gli insegnamenti della Chiesa in materia di sanità e favorirne la penetrazione nella pratica sanitaria» (Motu proprio *Dolentium hominum*, 6).

Finalità ribadita, per il suddetto Dicastero, dalla Cost. ap. *Pastor bonus* (art. 153, §§ 3-4). Ciò richiede che tutti gli operatori sanitari siano adeguatamente formati in materia morale e sui problemi della bioetica (cf. Assemblea speciale per l'Europa del Sinodo dei Vescovi, 1991, *Declaratio*, 10), affinché sia manifesto che scienza e tecnica, poste al servizio della persona umana e dei suoi diritti fondamentali, contribuiscono al bene integrale dell'uomo ed all'attuazione del progetto divino di salvezza (cf. Const. past. *Gaudium et spes*, 35).

4. In ordine al conseguimento di queste finalità, e raccogliendo le indicazioni espresse dai maggiori responsabili della pastorale sanitaria, e con la consapevolezza che, nel servizio alla vita, la Chiesa non può non incontrarsi con la scienza (Concilio Ecumenico Vaticano II, *Messaggio agli uomini di pensiero e di scienza*, 8 dicembre 1965), con il presente Motu proprio istituisco la *Pontificia Accademia per la Vita*, che, secondo gli Statuti, è autonoma. Essa però è collegata ed opera in stretto rapporto con il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari. Essa avrà lo specifico compito di studiare, informare e formare circa i principali problemi di biomedicina e di diritto, relativi alla promozione e alla difesa della vita, soprattutto nel diretto rapporto che essi hanno con la morale cristiana e le direttive del Magistero della Chiesa.

5. La Pontificia Accademia per la Vita, con sede in Vaticano, sarà presieduta dal Presidente da me nominato, coadiuvato da un Consiglio e da un Consigliere ecclesiastico.

Spetterà al Presidente della Pontificia Accademia convocarne l'Assemblea, stimolarne l'attività, approvarne la programmazione annua, vigilarne l'amministrazione, a norma di Statuti propri da sottoporre all'approvazione della Sede Apostolica.

I Membri dell'Accademia, da me nominati, saranno rappresentativi delle varie branche delle scienze biomediche e di quelle più

strettamente legate ai problemi riguardanti la promozione e la difesa della vita.

Sono inoltre previsti Membri per corrispondenza.

6. Nell'invocare la divina assistenza sull'attività della nuova Accademia, i cui lavori non mancherò di seguire con vivo interesse, mi è grato impartire a tutti i suoi Membri e Collaboratori e a quanti si adopereranno per la migliore riuscita di tale iniziativa, una speciale Benedizione Apostolica.

Dal Vaticano, 11 febbraio 1994

IOANNES PAULUS PP. II



nomina degli Accademici

● Il Santo Padre ha nominato Presidente della Pontificia Accademia per la Vita il Prof. Juan de Dios Vial Correa, Medico e Biologo, Rettore della Pontificia Università Cattolica di Santiago del Cile; e Vice Presidente S.E.R. Mons. Elio Sgreccia, Segretario del Pontificio Consiglio per la Famiglia.

● Ha inoltre nominato Accademici e Membri del Consiglio Direttivo della stessa Accademia:

Herranz Rodriguez Prof. Gonzalo, Ordinario e Direttore del Dipartimento di Bioetica nell'Università Cattolica di Navarra, Presidente della Commissione Centrale di Deontologia del Consiglio Generale delle Scuole Mediche di Spagna;

Manni Prof. Corrado, Direttore dell'Istituto di Anestesia e di Rianimazione nell'università del Sacro Cuore di Roma, Membro del Comitato Nazionale di Bioetica (Italia);

Mayer-Maly Prof. Theo, Professore di Diritto Privato Austriaco e di Diritto Romano, Membro dell'Accademia delle Scienze (Austria);

Schepens Dott. Philippe, (Belgio), Medico, Segretario Generale della «World Federation of Doctors who Respect Human Life»;

Styczen Rev. Tadeusz, Professore di Etica nell'Università Cattolica di Lublino (Polonia).

● Sua Santità ha poi nominato Membri della Pontificia Accademia per la Vita:

Aoki Prof. Kiyoshi, Medico, Co-Fondatore e Professore nell'Istituto per la Scienza della Vita nella «Sophia University» di Tokyo (Giappone);

Arzu-Wilson Signora Mercedes ~ Fondatore e Presidente della «Foundations Family of the Americas» Fondatore e Direttore della Commissione alla «World Organization for the Family» (USA);

Billings Signora Evelyn, Medico, Promotore del «metodo Billings» per la Regolazione Naturale della Fertilità (Austria);

Bompiani Prof. Adriano Professore Ordinario di Clinica Ostetrica e Ginecologica alla Facoltà di Medicina e Chirurgia della Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, Presidente dell'ospedale pediatrico «Bambino Gesù»;

Caffarra Prof. Carlo, Presidente dell'Istituto Giovanni Paolo II per gli Studi sul Matrimonio e la Famiglia;

Cappella Dott.ssa Anna, Direttrice del Centro Studi e Ricerche sulla Regolazione Naturale della Fertilità nella Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica del S. Cuore di Roma;

Cardozo-Soto Prof. Teudis, Medico. Membro del Consiglio Superiore di Sanità (Venezuela);

Carrasco de Paulo Prof. Ignacio, Professore di Teologia Morale nell'Ateneo della «Santa Croce» di Roma.

Casini On. Dott. Carlo, Magistrato, Membro del Parlamento Europeo, Presidente del Movimento per la Vita (Italia);

Chlap Prof. Zbigniew, Medico, Preside dell'Istituto di Fisiologia e Patologia alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Jagellonica di Cracovia (Polonia);

Di Virgilio Prof. Domenico, Primario Medico, Presidente Nazionale dell'Associazione dei Medici Cattolici Italiani;

Fijalkowski Prof. Wlodzimierz, Medico Ostetrico Ginecologo Docente di Medicina Pastorale nel Seminario Maggiore di Łódź (Polonia);

Hach Prof. Petr, C. Sc., Medico Chirurgo e «Candidatus Scientiarum» nell'università «Karolinum» di Praga (Repubblica Ceca);

Hilgers Dr. Thomas, Medico Ostetrico Ginecologo, Fondatore e Direttore dell'Istituto «Paolo VI» di Omaha (USA);

Honings P. Bonifacio, O.C.D. Ordinario Emerito di Teologia Morale nella Pontificia Università Lateranense;

Ide Prof. Ichiro, Primario Medico, Direttore dell'Ospedale Santa Maria di Kurume (Giappone);

Kaboré Prof. Etienne, Primario Medico nel Centro Medico «Paolo VI» di Ouagadougou (Burkina Faso);

Khoury Prof. Abdallah Anton, Medico Chirurgo, Direttore Sanitario dell'Ospedale «Saint Joseph» di Gerusalemme (Israele);

Louts Prof. Ivan, Direttore del Collegio Medico, Scuola Medica 290059 di Leopoli (Ucraina);

Low Prof. Reinhardt, Professore dell'Istituto di Ricerca filosofica di Hannover (Germania);

Obiglio Prof. Hugo, Medico Gastroenterologo, Vice Presidente della Federazione Internazionale delle associazioni dei Medici Cattolici (FIAMC);

O'Connor Moore Prof. William Michael, Professore di Ostetricia e Ginecologia nell'università di Manchester, Governatore e Presidente designato del «Linacre Centre» (Gran Bretagna);

Pellegrino Prof. Edmund, Direttore del Centro di Studi Superiori di Etica alla «Georgetown University» di Washington (USA);

Poltawska Prof.ssa Wanda, Direttore dell'Istituto di Teologia della Famiglia alla Pontificia Accademia di Teologia di Cracovia (Polonia);

Rosales Prof. Vicente, Presidente della «Philippine Federation of Natural Family Planning»;

Roth Prof. Gottfried, Ordinario di Medicina Pastorale nella Università «Alma Mater Rudolphina» di Vienna (Austria);

Serrao Prof. Daniel, Medico, Professore di Etica medica e Direttore del Laboratorio di Anatomicopatologia nell'università di Porto, Presidente dell'Associazione dei Medici Cattolici del Portogallo;

Splendori Prof. Franco, Professore di Programmazione ed Organizzazione dei Servizi Sanitari nell'università «Tor Vergata» di Roma, Presidente dei Medici Cattolici di Roma;

Vieira Prof. Humberto, Assessore Legislativo del Senato Federale, Presidente dell'Associazione Nazionale per la Vita e per la Famiglia (Brasile);

Vollmer Sig.ra Christine, (Venezuela), Presidente della «World Organization for the Family» (Washington);

Waldstein Prof. Wolfgang, Professore Emerito di Diritto presso la Facoltà di Teologia di Salisburgo (Austria).

● Infine, il Santo Padre ha nominato Membri «ad honorem» della Pontificia Accademia per la Vita:

Gedda Prof. Luigi, Fondatore e Direttore dell'Istituto di Genetica Medica e Gemellologia «Gregorio Mendel» di Roma;

Madre Teresa di Calcutta, Fondatrice delle Suore Missionarie della Carità di Calcutta;

Mme Jérôme Lejeune.

Messaggio del Santo Padre al Cardinale Lustiger per la morte del Professor Jérôme Lejeune

Un grande cristiano del XX secolo, un difensore e un apostolo della vita

A Monsieur le Cardinal
JEAN-MARIE LUSTIGER
Archeveque de Paris

8

« Je suis la résurrection et la vie. Qui croit en moi, même s'il meurt vivra » (Jn 11, 25)

Ces paroles du Christ viennent à l'esprit, alors que nous nous trouvons face à la mort du Professeur Jérôme Lejeune. Si le Père des cieux l'a rappelé de cette terre le jour même de la Résurrection du Christ, il est difficile de ne pas voir dans cette coïncidence un signe. La Résurrection du Christ constitue un grand témoignage rendu à la Vie qui est plus forte que la mort. Eclairés par ces paroles du Seigneur, nous voyons en toute mort humaine comme une participation à la mort du Christ et à sa Résurrection, spécialement lorsqu'une mort se produit le jour même de la Résurrection. Une telle mort rend un témoignage encore plus fort à la Vie à laquelle l'homme est appelé en Jésus-Christ. Tout au long de la vie de notre frère Jérôme, cet appel a représenté une ligne directrice. En sa qualité de savant biologiste, il se passionna pour la vie. Dans son domaine, il fut l'une des plus grandes autorités au niveau mondial. Divers organismes l'invitaient pour des conférences et sollicitaient ses avis. Il était respecté même par ceux qui ne partageaient pas ses convictions les plus profondes.

Nous désirons aujourd'hui remercier le Créateur, « de qui toute paternité tire son nom », (Ep 3, 15), pour le charisme particulier du défunt. On doit parler ici d'un charisme, parce que le Professeur Lejeune a toujours su faire usage de sa profonde connaissance de la vie et de ses secrets pour le vrai bien de l'homme et de l'humanité, et seulement pour cela. Il est devenu l'un des défenseurs ardents de la vie, spécialement de la vie des enfants à naître, qui, dans notre civilisation contemporaine, est souvent menacée au point que l'on peut penser à une menace programmée. Aujourd'hui cette menace s'étend également aux personnes âgées et malades. Les instances humaines, les parlements démocratiquement élus, usurpent le droit de pouvoir déterminer qui a le droit de vivre et, inversement, qui peut se voir dénier ce droit sans

faute de sa part. De différentes manières, notre siècle a fait l'expérience d'une telle attitude, surtout pendant la deuxième guerre mondiale, et aussi après la fin de la guerre. Le Professeur Jérôme Lejeune a pleinement assumé la responsabilité particulière du savant, prêt à devenir un « signe de contradiction », sans considération des pressions exercées par la société permissive ni de l'ostracisme dont il était l'objet.

Nous nous trouvons aujourd'hui devant la mort d'un grand chrétien du XX^e siècle, d'un homme pour qui la défense de la vie est devenue un apostolat. Il est clair que, dans la situation actuelle du monde, cette forme d'apostolat des laïcs est particulièrement nécessaire. Nous désirons remercier Dieu aujourd'hui, lui l'Auteur de la vie, de tout ce qui fut pour nous le Professeur Lejeune, de tout ce qu'il a fait pour défendre et pour promouvoir la dignité de la vie humaine. Je voudrais en particulier le remercier d'avoir pris l'initiative de la création de l'Académie pontificale « pro Vita ». Membre de l'Académie pontificale des Sciences depuis de longues années, le Professeur Lejeune a préparé tous les éléments nécessaires à cette nouvelle fondation et il en est devenu le premier Président. Nous sommes sûrs qu'il priera désormais la Sagesse divine pour cette institution si importante qui lui doit en grande partie son existence.

Le Christ dit: « Je suis la résurrection et la vie. Qui croit en moi, même s'il meurt, vivra... ». Nous croyons que ces paroles se sont accomplies dans la vie et dans la mort de notre frère Jérôme. Que la vérité sur la vie soit aussi une source de force spirituelle pour la famille du défunt, pour l'Eglise à Paris, pour l'Eglise en France et pour nous tous, à qui le Professeur Lejeune a laissé le témoignage véritablement éclatant de sa vie comme homme et comme chrétien.

Dans la prière, je m'unis à tous ceux qui participent aux obsèques, et j'envoie à tous, par l'intermédiaire du Cardinal Archevêque de Paris, ma Bénédiction apostolique.

Du Vatican, le 4 avril 1994.

la Pontificia Accademia per la Vita

Con il Motu proprio *Vitae Mysterium*, che reca la data dell'11 febbraio 1994, Giovanni Paolo II ha istituito, con sede in Vaticano, la Pontificia Accademia per la Vita.

Merita sottolineare una circostanza non priva di interesse storico circa la sollecitudine di Giovanni Paolo per i temi e i problemi della pastorale sanitaria intesa nel suo significato più ampio. Recano la data dell'11 febbraio, memoria della B. M. Vergine di Lourdes: – la Lettera apostolica *Salvifici doloris* sul significato cristiano della sofferenza umana (1984); – il Motu proprio istitutivo del Dicastero della Pastorale per gli Operatori Sanitari (1985); – l'introdotta celebrazione della Giornata Mondiale del Malato (1993) e, ora: – il Motu proprio istitutivo della Pontificia Accademia per la Vita (1994).

Un decennio che traccia un cammino coerente nella promozione di quella « cultura della vita » che, nel pensiero del Santo Padre, è « momento fondamentale della missione della Chiesa » nel nostro tempo (cf. Esort. apost. *Christifideles Laici*, 38).

Il Motu proprio è articolato in sei paragrafi che, in rigorosa sintesi, illustrano finalità e struttura del nuovo organismo pontificio.

In apertura del documento il Santo Padre, a modo di premessa, ricorda, in primo luogo, che il mistero della vita attira in maniera crescente l'attenzione degli studiosi a motivo dei molteplici e inediti interrogativi posti dal progresso della scienza e della tecnica; in secondo luogo che la Chiesa, preso atto dell'urgenza di rispondere a questi interrogativi, intende proporre, in virtù della sua missione, la dottrina morale rispondente alla dignità della persona e alla sua vocazione integrale (n. 1).

Nel fare questo, la Chiesa continua il suo annuncio del « Vangelo della vita ». È, infatti, ampiamente dimostrato che essa, in questo campo e nella varietà delle situazioni storiche e culturali, non di rado ha anticipato gli interventi dello Stato; inoltre, essa « avverte il bisogno di approfondire ogni

possibile conoscenza al servizio della vita umana, affinché là dove la tecnica non è in grado di fornire risposte esaustive, possa manifestarsi la legge della carità » (n. 2).

La Chiesa, tuttavia, non si preoccupa soltanto di affermare il proprio insegnamento intorno alla vita, ma intende adoperarsi perché esso sia diffuso, spiegato e difeso, innanzitutto per il popolo cristiano e, di conseguenza, per tutti gli uomini, così che esso possa penetrare nella pratica sanitaria, intesa non soltanto come assistenza ai sofferenti e ai malati, ma anche come prevenzione ed educazione alla salvaguardia dell'equilibrio



psicofisico della persona umana. A tale scopo, fu creato, nel 1985, il Dicastero della Pastorale per gli Operatori sanitari, al quale ora viene istituzionalmente collegata, per operare in stretto rapporto con esso, la Pontificia Accademia per la vita, di cui tuttavia, il Motu proprio riconosce l'autonomia (n. 3).

Triplice è la finalità della Pontificia Accademia: «studiare, informare e formare circa i principali problemi di biomedicina e di diritto, relativi alla promozione e alla difesa della vita, soprattutto nel diretto rapporto che essi hanno con la morale cristiana e le direttive del Magistero della Chiesa» (n. 4).

La Chiesa, quindi, non si sovrappone alla scienza, ma intende affiancarla sia nella ricerca sia nelle sue conclusioni e pratiche applicazioni. Essa vuole formare le coscienze dopo aver studiato i problemi e dopo aver assicurato su di essi una idonea informazione. Tre compiti che la capillare organizzazione della Chiesa in tutto il mondo aiuterà ad assolvere adeguatamente. E a questo riguardo, gli *Statuti* approvati dalla Sede apostolica, raccomandano i contatti e la collaborazione dell'Accademia Pontificia per la Vita con le Congregazioni Romane per la Dottrina della Fede e per l'Educazione Cattolica e con i Pontifici Consigli per la Famiglia e della Cultura.

I suindicati compiti di studiare, informare e formare sono fondamentali, particolarmente oggi in cui una affrettata, inadeguata e, a volte, persino deviante informazione sembra prevalere sia sullo studio dei problemi sia sulla formazione di coloro che sono chiamati ad affrontarli e a risolverli. L'informazione, infatti, non può che essere mediatrice tra lo studio e la formazione, particolarmente, degli operatori sanitari non soltanto cristiani, ma anche di quelli che, pur essendo di altra fede religiosa o di diversa estrazione culturale, condividono con la Chiesa il pieno rispetto della vita.

Gli *Statuti*, poi, non mancano di indicare specifici strumenti sia attinenti allo studio, sia riguardanti l'informazione e la formazione.

Dal punto di vista della struttura, la Pontificia Accademia è presieduta da un Presidente, di nomina pontificia, il quale sarà coadiuvato da un Consiglio di cinque membri e da un Consigliere ecclesiastico.

Spetterà al Presidente stimolare l'attività, approvare la programmazione annua e vigilare l'amministrazione dell'Accademia, a norma degli *Statuti* e del relativo *Regolamento*.

I membri dell'Accademia, settanta di numero, saranno nominati dal Papa e rappresenteranno le varie branche delle scienze biomediche e di quelle strettamente legate ai problemi riguardanti la promozione e la difesa della vita. Sono previsti anche membri per corrispondenza (n. 5).

Gli *Statuti* precisano che la scelta degli Accademici pontifici sarà condotta senza alcuna discriminazione in ordine alla loro appartenenza religiosa, purché consentano con il magistero della Chiesa su quanto attiene alla promozione e alla difesa della vita umana dal suo concepimento al suo naturale tramonto. In proposito, gli Accademici pontifici sottoscriveranno, al momento dell'accettazione dell'incarico, una «Attestazione dei Servitori della vita» ispirata ai suddetti principi.

Nella scelta degli Accademici pontifici sarà anche rispettato il criterio della rappresentanza internazionale.

È poi raccomandata dagli *Statuti* la collaborazione, in campo sanitario, anche con i medici e gli operatori sanitari non cristiani.

La variegata composizione del *corpus* dell'Accademia ne conferma la grande apertura scientifica e culturale. Pur essendo un organismo pontificio, la Pontificia Accademia per la Vita sarà attenta al contributo di tutti gli studiosi, i ricercatori e gli scienziati di buona volontà.

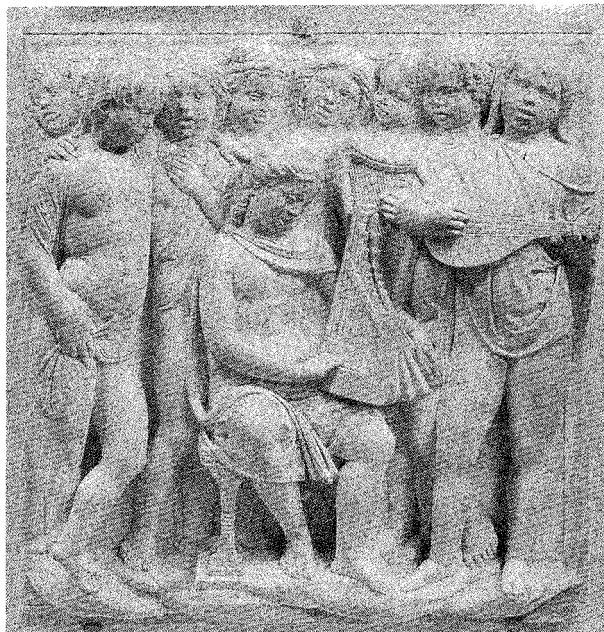
È noto come il Santo Padre continui sempre più energicamente il suo impegno per la promozione e la difesa della vita, facendone un punto cardine del suo magistero e ministero all'interno di una civiltà che, come ha scritto nella Sua recentissima Lettera alle Famiglie, rischia di proporsi come «anti-civiltà» (n. 13).

Perciò, in conclusione del Motu proprio, Egli assicura di voler seguire con vivo interesse i lavori della Pontificia Accademia per la Vita: *seguire*, non predeterminare questi lavori né condizionarli, fermo restando il principio assoluto che la vita e la dignità della persona umana sono un bene ed un valore da promuovere e da difendere in se stessi.

Il Motu proprio, per metodologia e contenuto, rappresenta un esempio di altissimo incontro tra scienza e fede, nella consapevolezza — ribadita dal Concilio Vaticano II — che nel servizio alla vita la Chiesa non può non incontrarsi con la scienza (Concilio Ecumenico Vaticano II, *Messaggio agli uomini di pensiero e di scienza*, 8 dicembre 1965).

CARD. FIORENZO ANGELINI
Presidente del Pontificio Consiglio
della Pastorale per *gli* Operatori Sanitari

pontificio consiglio



III assemblea plenaria

il dono della vita è aggredito e rapinato in numerosi bambini condannati dall'odio e dal calcolo egoistico a non avere futuro

Discorso di Giovanni Paolo II all'Assemblea Plenaria del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, 1° Marzo 1994.

Carissimi Fratelli e Sorelle!

1. Sono lieto di incontrarmi con voi in occasione della terza Assemblea Plenaria del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari. Non è senza significato che la vostra assise abbia luogo nel periodo in cui la Chiesa vive liturgicamente il « tempo forte » della Quaresima, nel quale si fanno preminenti e pressanti gli inviti alla preghiera e alla penitenza, alla conversione e al rinnovamento. In questo periodo la liturgia sottolinea il valore della sofferenza che, alleviata e consolata, diviene occasione di carità, e, accettata e offerta in unione col Sofferente del Golgota, acquista efficacia redentiva e pasquale.

Come non riconoscere, in questo contesto, tutta l'importanza del Pontificio Consiglio che Voi costituite e rappresentate, al quale spetta il compito di manifestare « la sollecitudine della Chiesa per gli infermi », svolgendo ed orientando « l'apostolato della misericordia » (cf. Cost. past. *Pastor bonus*, 152)?

A voi, pertanto, va il mio riconoscente e cordiale saluto: innanzitutto al Presidente del Dicastero, il Signor Cardinale Fiorenzo Angelini, che ringrazio per le cortesi parole rivoltemi e per i rapidi cenni con cui ha voluto illustrare il lavoro svolto e da svolgere, il saluto si estende poi ai venerati Fratelli nell'Episcopato, membri del Dicastero, al Segretario e al Sotto-segretario, ai Sacerdoti, ai Religiosi e alle Religiose, ai Laici, ai Consultori e agli Esperti. A tutti l'espressione della mia più viva gratitudine per l'intensa ed illuminata azione svolta in questo ultimo biennio.



Compassione della Chiesa

2. L'antico interrogativo, posto alla mente e al cuore dell'uomo dall'esistenza del dolore, si ripropone ai nostri giorni con dimensioni e intensità crescenti. Si constata con dolente meraviglia che le sofferenze, frutto della cattiveria, dell'egoismo e dell'esecrabile fame dell'oro e del potere, vanno assumendo proporzioni tali da creare sgomento.

Il dono della vita è aggredito e rapinato, oltre che nei confronti di milioni di nascituri, in numerosissimi bambini condannati dall'odio e dal calcolo egoistico a non aver futuro. Al tempo stesso, molte famiglie vengono distrutte e intere comunità sociali sperimentano la minaccia dell'estinzione nello spietato massacro-olocausto delle guerre fratricide.

La Chiesa vive con profonda ed accorata partecipazione ogni forma di sofferenza umana, non cedendo mai alla tentazione dell'assuefazione e della passiva

rassegnazione, ma alzando il suo grido materno di ammonimento e di implorazione ed invitando i suoi figli a reagire con l'impegno della carità e della preghiera. Il cristiano, anche quando si sente umanamente impotente di fronte allo straripare del male, sa di poter contare mediante la preghiera sull'onnipotenza di Dio che non abbandona chi confida in Lui.

La Chiesa, che prega e spera, scopre nella fede la risposta all'interrogativo che il mistero della sofferenza ogni giorno ripropone. Essa sa che « soltanto nel mistero del Verbo incarnato trova vera luce il mistero dell'uomo » (*Gaudium et spes*, 22); in particolare, sa che « nella croce di Cristo non solo si è compiuta la redenzione mediante la sofferenza, ma anche la stessa sofferenza è stata redenta » (*Salvifici doloris*, 19). Così, in Cristo, che « ha aperto la sua sofferenza all'uomo », l'essere umano ritrova il proprio dolore arricchito di un nuovo contenuto e di un nuovo messaggio » (*ivi* 20).

Ogni Cristiano deve essere un Buon Samaritano

3. Tuttavia la Chiesa non si limita ad offrire a chi soffre la risposta illuminante della fede, ma, secondo la sua antica consuetudine, si fa carico della sofferenza umana. Secondo l'esempio del divino Maestro che «percorreva tutte le città e i villaggi... curando ogni malattia e infermità» (Mt 9, 35), essa non si stanca di moltiplicare le iniziative per alleviare i dolori e le pene dell'umanità. In tale prospettiva, esorta ciascun cristiano a comportarsi come il buon Samaritano, in quella che è «la parabola-chiave per la piena comprensione del comandamento dell'amore del prossimo» (*Veritatis splendor*, 14).

A voi, carissimi Fratelli e Sorelle spetta il compito di promuovere ed animare questo apostolato che trova il suo momento qualificante nel servizio alla vita, la cui preziosità e nobiltà rifluiscono in particolare in coloro che soffrono. E, allora, non posso che compiacermi per le numerose iniziative che il vostro Dicastero con instancabile zelo ha promosso al fine di sostenere — sul piano della sensibilizzazione, della formazione delle coscienze, della cooperazione a tutti i livelli e dell'aiuto ai bisognosi — la magnifica opera a difesa della vita minacciata. Lo dimostrano la vostra partecipazione ai progetti nazionali ed internazionali per la promozione della salute, i costanti contatti con gli altri Dicasteri della Curia Romana e con le Conferenze Episcopali, le visite pastorali agli ospedali, l'attività editoriale per far conoscere le direttive del Magistero della Chiesa, le importanti Conferenze internazionali sui temi centrali a difesa della vita, lo sforzo di comunione interecclesiale ed ecumenica, l'attenzione concreta a particolari situazioni che richiedono interventi immediati di sostegno e, infine, gli stessi riconoscimenti ricevuti dalle più alte Organizzazioni Mondiali impegnate nel campo della sanità e della salute. Lo dimostra, infine, questa nuova Accademia per la Vita, istituita dalla Santa Sede sotto la presidenza del Professor Lejeune.

Giornata Mondiale del Malato

4. L'11 febbraio scorso, la Chiesa ha celebrato per la seconda volta l'annuale Giornata Mondiale del Malato. In quell'occasione ho voluto ricordare il decimo anniversario della pubblicazione della Lettera Apostolica *Salvifici doloris*. Tale documento costituì l'immediato preludio all'istituzione del vostro Dicastero che, in conformità ai contenuti e alle indicazioni del «Vangelo della sofferenza», ha così efficacemente contribuito a dilatare, nell'intera Comunità ecclesiale, una nuova sensibilità nel servizio al dolore umano.

In questi nove anni di vita l'attività del vostro Pontificio Consiglio è venuta registrando un costante crescendo. Significativamente, perciò, sempre l'11 febbraio scorso, ho voluto firmare il Motu Proprio *Vitae mysterium*, col quale ho istituito la *Pontificia Accademia per la Vita*. Collegato col Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, tale nuovo Organismo dovrà operare in stretto rapporto con esso, in adempimento dello specifico compito di «studiare, informare e formare circa i principali problemi di biomedicina e di diritto, relativi alla promozione e alla difesa della vita, soprattutto nel diretto rapporto che essi hanno con la morale cristiana e le direttive del Magistero della Chiesa» (n. 4).

Vedere negli Ammalati il Volto di Cristo

5. La Chiesa, in un generale sforzo di evangelizzazione, è oggi impegnata a raccogliere le sfide della società del nostro tempo: sfide che, nelle smisurate e dilaganti forme di sofferenza e di solitudine, hanno forse uno degli aspetti più preoccupanti.

Voi, carissimi Fratelli e Sorelle, siete chiamati ad operare su questa ardua frontiera apostolica e missionaria, sorretti dalla fede e corroborati dalla preghiera. Incontrando l'umanità sofferente, i credenti sono consapevoli di incontrare Cristo stesso, il cui Santo Volto è il volto di coloro che portano le infinite croci imposte dall'ingiustizia, dalla violenza, dall'egoismo.

In tale servizio a chi soffre si ravvisa il più fecondo terreno

vocazionale, come confermano le crescenti forme del volontariato cristiano ed il numero di vocazioni sacerdotali e di speciale consacrazione che maturano nelle aree del mondo più provate dalla sofferenza.

A questo riguardo, mi compiacio di quanto il vostro Dicastero sta compiendo, in termini di studio, di proposte e di iniziative, in vista della celebrazione della IX Assemblea Generale Ordinaria del Sinodo dei Vescovi che, nel prossimo autunno, affronterà il tema della Vita Consacrata e della sua missione nella Chiesa e nel mondo. È vostra cura, infatti, approfondire il particolare carisma dei Religiosi nel servizio agli infermi, considerando salute e infermità quale campo privilegiato di evangelizzazione da parte delle persone consacrate nella motivata consapevolezza dello stretto rapporto esistente tra pastorale sanitaria e pastorale della promozione delle vocazioni.

Nell'affidare i vostri progetti e propositi alla Vergine Santissima «icona vivente del Vangelo della sofferenza», poiché nel suo cuore «si è ripercosso in modo unico ed incomparabile il dolore del Figlio per la salvezza del mondo» (*Messaggio per la II Giornata Mondiale del Malato*, 6), vi incoraggio a perseverare con rinnovato entusiasmo nel vostro lavoro ed imparto a voi e ai vostri collaboratori, quale pegno di speciale affetto, la mia Benedizione.



preghiera, azione e sacrificio per una testimonianza sempre più efficace

In apertura d'udienza, il Cardinale Fiorenzo Angelini, Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, ha rivolto al Papa il seguente indirizzo d'omaggio:

Padre Santo,

grazie dal più profondo del cuore per questo incontro che offre l'occasione di esprimerle i sentimenti di viva riconoscenza di tutti i membri, consultori ed esperti, del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari. Un grazie al quale si associano con filiale gratitudine il Segretario, il Sotto-Segretario, i collaboratori, le collaboratrici, religiosi e laici.

Questa terza Assemblea Plenaria cade nell'anno del decimo Anniversario della pubblicazione della Lettera Apostolica *Salvifici dolores* che fu immediato preludio alla istituzione del nostro Pontificio Consiglio.

Nella Lettera Enciclica *Veritatis splendor*, Padre Santo, sia-

mo stati invitati a ravvisare nella Parabola evangelica del Buon Samaritano la Parabola chiave per la piena comprensione dell'amore per il prossimo. Lo sforzo umile ma generoso di quanti operano nel e per il nostro Pontificio Consiglio è stato ed è quello di guardare al proprio quotidiano lavoro come ad un ministero di evangelizzazione, un ministero condotto sotto la materna protezione della Vergine Santissima, da Lei definita nel Messaggio di quest'anno per la Giornata Mondiale del Malato «Icona vivente del Vangelo della sofferenza». Alla luce di questo suo insegnamento, la nostra terza Assemblea Plenaria vuole essere non soltanto un consuntivo di ciò che è stato compiuto, bensì l'occasione per sentirci sempre più consapevoli dell'urgenza di dare al nostro servizio il carattere di una testimonianza esemplare e forte, sempre più generosamente disponibile alle drammatiche vicende del momento storico che,

affettuosamente a Lei vicino, Padre Santo, stiamo vivendo, con la preghiera, con l'azione e anche con il sacrificio.

La più viva riconoscenza per la paterna attenzione e per il costante incoraggiamento e sostegno di cui Vostra Santità ci ha fatto dono accompagnando il suo interessamento con altissime e provvidenziali direttive e con il quotidiano ed eroico esercizio di un ministero pastorale di inesauribile servizio d'umanità.

Di questo costante e infaticabile dinamismo apostolico e straordinaria conferma l'ispirata istituzione della Pontificia Accademia per la Vita che sarà certamente nuovo ed efficace strumento di evangelizzazione della vita umana, della sua dignità e sacralità nella sua immagine divina.

Grazie, Padre Santo, per aver nominato Presidente il carissimo ed illustre Professore Jérôme Lejeune.



relazione del Cardinale Fiorenzo Angelini

Introduzione

Ogni periodo o fase di attività di una istituzione — nel nostro caso un biennio — è quasi sempre segnato da un evento o da una iniziativa che, in qualche modo, ne illuminano l'intero decorso.

Aveva avuto luogo da soli tre mesi la II Assemblea Plenaria del nostro Dicastero (10-12 febbraio 1992), quando il Santo Padre, con Lettera indirizzatami il 13 maggio 1992, mi comunicava l'istituzione della «Giornata Mondiale del Malato» da celebrarsi ogni anno a partire dall'1 febbraio 1993. L'iniziativa del Santo Padre ha, in qualche modo, lasciato un'impronta caratteristica nei due ultimi anni di attività del nostro Dicastero, tanto più che quest'anno ricordiamo anche il decimo anniversario della Lettera apostolica *Salvifici doloris* sul significato cristiano della sofferenza umana. Un'impronta segnata dalla preparazione della celebrazione della prima Giornata Mondiale del Malato, dallo sforzo di sensibilizzazione a livello di Chiesa universale e da una serie di attività che hanno accompagnato l'avvio di questa iniziativa che — come auspico il Santo Padre nell'istituirla — vuole essere «un 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» D.

Il biennio trascorso ha ampiamente confermato l'attualità dei compiti assegnati al nostro Dicastero, sempre più frequentemente e direttamente chiamato a dare impulso alla sollecitudine del Chiesa per gli operatori sanitari e per i sofferenti e i malati, in un momento della storia del mondo che conosce situazioni dolorosissime nelle quali si chiede alla Chiesa di intervenire. E mi è grato, nell'aprire questa III Assemblea Plenaria, condividere con voi tutti l'ambito riconoscimento che il Santo Padre ha voluto più volte esprimere nei riguardi della mia persona con chiaro riferimento all'attività del

Dicastero; attività, che il Santo Padre ha voluto definire «instancabile», e tale certamente è stata non soltanto da parte mia, ma di tutti voi e, particolarmente, dei più stretti e quotidiani collaboratori. Ciò che è stato fatto e ciò che cerchiamo di fare è fatica e merito di tutti: fatica e merito tanto più encomiabili quanto più sono assidui, nascosti e persino umili, per non dire, talvolta, anche incompresi.

Quanto più i rami si allargano, tanto più solido deve essere il tronco che li sostiene e tanto più profonde devono essere le sue radici.

Il nostro Dicastero si avvia al primo decennio di vita. È sempre incauto, nelle opere che si alimentano alla fede, istruire bilanci. Mi limito a una considerazione: la pastorale sanitaria, nell'ultimo decennio, è entrata con crescente insistenza nei documenti della Chiesa, particolarmente dell'episcopato. Peraltro, i rapporti costanti con i Rappresentanti pontifici dei diversi Paesi hanno avviato quasi una loro nuova attività, considerato il sostegno e la partecipazione offerti al Pontificio Consiglio. Si può, dunque, registrare oggi una rinnovata sensibilità nei confronti di un aspetto della pastorale di insieme che è «parte integrante» della missione della Chiesa. E lo dimostra anche lo spazio riservato a questo tema dal *Catechismo della Chiesa Cattolica*. Credo che questo sia frutto, oltre che dell'impulso eccezionale dato dal Santo Padre Giovanni Paolo II, anche dell'intenso lavoro compiuto dal nostro Dicastero.

La presente Relazione si limiterà ad accennare al lavoro svolto nell'ultimo biennio, distribuendo la materia in due parti.

Nella *prima parte*, l'attività del Dicastero sarà passata in rassegna in otto punti: 1. Attività in sede; 2. Riunioni della Curia Romana; 3. Contributo alla preparazione della IX Assemblea ordinaria del Sinodo dei Vescovi; 4. Partecipazione ad iniziative vane; 5. Visite pastorali; 6. VII e VIII Conferenza internazionale; 7. Celebrazione della Giornata Mondiale del Malato.

Nella *seconda parte* sarà condotta una breve verifica ed un essenziale aggiornamento delle decisioni prese nell'Assemblea Plenaria del 1992.

Parte prima

L'ATTIVITÀ DEL DICASTERO NEL BIENNIO 1992-1993

1. Attività in sede

Voglio innanzitutto ricordare i tre nuovi volontari che prestano la loro opera per la segreteria del Dicastero, tra i quali Mons. James Cassidy, dell'arcidiocesi di New York e Presidente designato della Federazione Internazionale degli Ospedali Cattolici che ha sede presso il Dicastero.

Al lavoro di ordinaria amministrazione del Dicastero si sono aggiunti *incontri e visite di autorità*: Ministri della Sanità e Responsabili internazionali di Organizzazioni sanitarie, Ambasciatori, Rappresentanti pontifici, presuli (particolarmente i Vescovi presenti a Roma per la visita «ad limina»), sacerdoti, religiosi, religiose e laici provenienti da tutte le parti del mondo e interessati alla problematica degli operatori sanitari, della salute e della pastorale sanitaria. Nel 1993, i componenti di sette Conferenze episcopali hanno fatto visita al Dicastero, rispettivamente della Polonia (14 gennaio), del Ghana (24 febbraio), della Costa d'Avorio (30 marzo), dello Zambia (3 giugno), del Malawi (20 settembre), della Nigeria (13 dicembre).

Numerose le *riunioni in sede* su lavori, progetti ed iniziative in corso: Conferenze internazionali; preparazione della Carta degli Operatori Sanitari giunta alla sua redazione definitiva e, ormai, di prossima pubblicazione; completamento del secondo volume dell'*Index* delle istituzioni sanitarie cattoliche presenti nel mondo; Federazione internazionale degli Ospedali Cattolici ecc.

Nel campo delle *pubblicazioni*: cura della rivista «*Dolentium hominum*. Chiesa e salute nel mondo», con il numero annuo contenente gli Atti della

Conferenza internazionale promossa dal Pontificio Consiglio; da ricordare, inoltre, i sussidi: «Giornata Mondiale del Malato: perché e come celebrarla», nonché: «La prima evangelizzazione in America Latina e l'attenzione della Chiesa al mondo degli infermi»; la traduzione e la stampa in lingua polacca (20.000 copie) e in lingua italiana (2.000 copie) dell'opera «Aborto e politica» del Prof. J. Schoonhoven, dell'Università di Lovanio.

Per gli *audio-visivi*, con l'ausilio tecnico del Centro Televisivo Vaticano, il Pontificio Consiglio ha curato la produzione, in cinque lingue, della videocassetta «Giovanni Paolo II e i malati».

2. Riunioni interdicasteriali della Curia Romana

a) Anno 1992

Partecipazione attiva del Presidente Card. Fiorenzo Angelini alle riunioni interdicasteriali della Curia Romana, nelle quali si è fatto interprete delle istanze proprie della pastorale sanitaria. Il 29 settembre, ha tenuto una conferenza agli Ambasciatori e famiglie dell'America Latina sul ruolo della donna nel servizio alla sofferenza nella prima evangelizzazione del Nuovo Mondo.

Altri membri del Dicastero hanno partecipato:

– il Segretario P. José L. Redrado ad una riunione con il Pontificio Consiglio «Cor Unum» (27 novembre);

– il Sottosegretario P. Felice Rufini ad una riunione con il Pontificio Consiglio «Iustitia et Pax» (7 marzo);

– l'Ufficiale P. Jean-Marie Mpendawatu ad un incontro con il Pontificio Consiglio per la promozione dell'Unità dei Cristiani (6 aprile e 2 giugno), con il Pontificio Consiglio per il Dialogo con i non-Credenti (7 maggio), con il Pontificio Consiglio per la Cultura (21 maggio).

b) Anno 1993

– Il Segretario P. José L. Redrado, in preparazione della Giornata Mondiale della Pace, ha partecipato a un incontro promosso dal Pontificio Consiglio «Iustitia et Pax» (29 marzo), a una riunione organizzata dal Pontificio Consiglio per la

Promozione dell'Unità dei Cristiani (9 novembre), a una riunione con i rappresentanti dei vari Dicasteri presso la Segreteria di Stato in preparazione della Conferenza Mondiale sulla donna che si terrà a Pechino nel 1995 (17 dicembre) e a una riunione con il Pontificio Consiglio per la Famiglia (18 dicembre).

– L'Ufficiale P. Jean-Marie Mpendawatu ha partecipato alla riunione interdicasteriale organizzata dal Pontificio Consiglio per il Dialogo interreligioso su «La Chiesa e la sfida delle sette e nuovi movimenti religiosi» (18 marzo), con il Pontificio Consiglio per la Promozione dell'Unità dei Cristiani circa il nuovo Direttorio ecumenico (22 aprile), con la Commissione di Coordinamento nella Curia Romana per le attività ecumeniche.

3. Contributo alla preparazione della IX Assemblea Ordinaria del Sinodo dei Vescovi

A seguito della richiesta di suggerimenti e proposte, è stato trasmesso alla Segreteria generale del Sinodo un testo relativo allo stretto rapporto tra animazione vocazionale e pastorale sanitaria, tra formazione alla vita consacrata e pastorale sanitaria, nonché circa la necessità di un maggiore coordinamento tra gli istituti impegnati sia esclusivamente sia soltanto in parte, nel campo della pastorale sanitaria. Si è poi preso atto che i «Lineamenti» del Sinodo non hanno mancato di recepire alcuni dei suggerimenti formulati; si è tuttavia inviato un ulteriore testo in risposta ai questionari contenuti nei «Lineamenti». L'impegno è quello di sostenere efficacemente le nostre proposte nel corso dell'assemblea sinodale, anche attraverso una pubblicazione «ad hoc».

4. Partecipazione ad iniziative varie

a) Congressi e giornate di studio

Affinché meglio risulti la continuità e l'assiduità di partecipazione, si passano in rassegna le diverse partecipazioni secondo il loro ordine cronologico:

● Anno 1992

– 29 gennaio: P. Jean Marie Mpendawatu ha partecipato, a Ginevra, alla riunione promossa

dall'UNICEF su «Baby Friendly Hospital»;

– 30 gennaio-2 febbraio: il Presidente Card. F. Angelini, accompagnato dal Segretario P. José L. Redrado, ha preso parte a New York a una riunione promossa dal nostro Dicastero per raccogliere informazioni e suggerimenti sull'istituenda Federazione internazionale degli Ospedali Cattolici;

– 25-28 febbraio: a Venezia, al VII Congresso della Federazione Europea delle Associazioni dei Medici Cattolici (FEAMC) e XVIII Congresso dell'Associazione Medici Cattolici Italiani (AMCI), il Presidente ha tenuto la Prolusione sul tema: «Per una rinnovata alleanza tra medicina e umanità alle soglie del III Millennio»;

– 26 febbraio: Mons. James Cassidy, Consultore del Dicastero, ha partecipato a Washington alla riunione promossa dall'Organizzazione Panamericana della Salute su «Gli Operatori Sanitari»;

– 18-25 marzo: al congresso organizzato dal Centro di Bioetica dell'Università Cattolica del S. Cuore a Roma sul tema dell'assistenza al morente, il Presidente Card. F. Angelini ha parlato su «Attualità del tema nella prospettiva di una aggiornata pastorale sanitaria»;

– 24 aprile: a Capri, conferenza del Card. Angelini su «La medicina alle soglie del III Millennio»;

– 1-3 maggio: nell'ambito del «Second International Symposium on Combination Therapies» (Catania) è stato consegnato al Card. F. Angelini il «The 1992 Lifetime Humanitarian Award» dell'Institute for Advanced Studies in Immunology and Aging;

– 4-15 maggio: Mons. Italo Taddei, membro del Dicastero e della Delegazione della S. Sede, ha seguito a Ginevra i lavori della XLV Assemblea Mondiale dell'OMS;

– 14 maggio: all'Ospedale Pediatrico Bambin Gesù di Roma, prolusione del Presidente Card. F. Angelini al Meeting internazionale su «Hearth Disease in Down Syndrome»;

– 23 maggio: il Presidente Card. F. Angelini ha presentato al Salone del Libro di Torino il

proprio volume *Tra la gente* e la traduzione italiana dell'opera del Prof. J. Lejeune, membro del Dicastero, dal titolo *L'embrione, segno di contraddizione*, con prefazione dello stesso Card. F. Angelini;

– 26 maggio: alla Pont. Università Lateranense (Roma), il P. Jean Marie Mpendawatu, ha partecipato alla presentazione dell'Enchiridion « Matrimonio e Famiglia »;

– 8 giugno: a Messina, al Congresso organizzato dalla Società Italiana di Urologia Pediatrica, il Presidente Card. F. Angelini ha presentato una relazione su: « Il Bambino è il futuro della società »;

– 4-6 settembre: Il Consultore Suor Dott.ssa M. F. Vuna

relazione su: « Ai confini della vita »;

– 11-12 dicembre: a Budapest, l'ufficiale P. Jean Marie Mpendawatu ha partecipato al Meeting dei Comitati Nazionali di Etica dei Paesi dell'Europa centrale e orientale e al Simposio su « Bioetica e Cultura », organizzato dal Consiglio d'Europa.

● Anno 1993

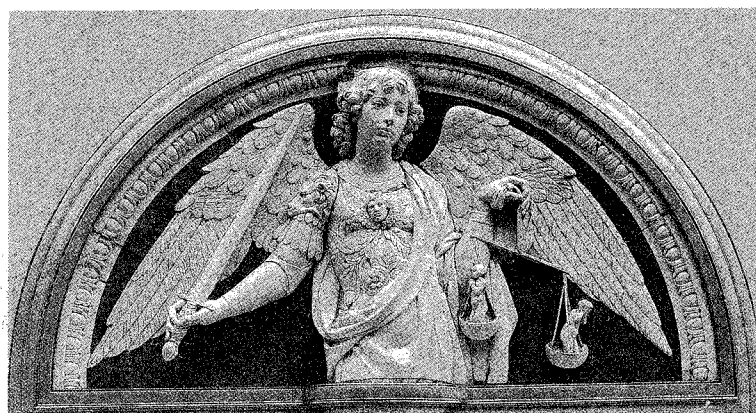
– 19 febbraio: il Consultore P. Bonifacio Honings, ha partecipato a Ferrara, quale inviato personale del Card. F. Angelini ai lavori della Conferenza su « Vita e Società. Riconoscere la vita umana e difenderla: un compito di tutti »;

te: gesto e annuncio del vangelo della misericordia »;

– 9 maggio: con una lezione sul tema: « Euntes, sanate infirmos », il Presidente Card. F. Angelini è intervenuto ai corsi di formazione per la gestione dei servizi sanitari promosso dalla Caritas italiana;

– 3-14 maggio: a Ginevra, il Consultore Mons. Italo Taddei ha fatto parte della Delegazione della S. Sede ai lavori della XLVI Assemblea generale dell'OMS;

– 5-9 giugno: l'Ufficiale P. Jean Marie Mpendawatu, ha partecipato a Trieste al Convegno sull'AIDS promosso dall'Istituto Internazionale degli



Umba ha partecipato a Brazzaville (Congo) al Summit africano sulla « Salute comunitaria in Africa », organizzato dai governi africani in collaborazione con l'OMS;

– 8-9 ottobre: Il P. Kevin O'Rourke, Consultore del Dicastero, ha preso parte a Montréal alla Conferenza internazionale sui disabili;

– 16 ottobre: Presso la Libera Università di Urbino, conferimento al Card. F. Angelini della Laurea « honoris causa » in Farmacia;

– 28 novembre: a Firenze, al Congresso dei Medici Cattolici della Toscana, il Presidente Card. F. Angelini ha letto una

– 15 marzo: a Palestrina (Roma), il Presidente Card. F. Angelini ha tenuto una conferenza sui rapporti tra medicina e morale al locale istituto ortopedico;

– 21 marzo: il Presidente Card. F. Angelini ha partecipato a Firenze al Congresso dell'Associazione Medici Cattolici Italiani;

– 30 marzo: a Roma, il Presidente Card. F. Angelini ha concluso il Convegno organizzato dall'Istituto internazionale di Teologia Pastorale Sanitaria « Camillianum » su: « La vita consacrata nel mondo della salu-

Studi sui diritti dell'Uomo (Trieste), dall'Accademia Europea della Scienze e dall'UNESCO;

– 16-19 giugno: il Consultore Mons. James Cassidy ha partecipato a Budapest al Congresso organizzato dall'Accademia Ungherese della scienze su: « I conflitti in Bioetica: prospettive cristiane »;

– 23 giugno: a Roma, presso l'Istituto Superiore di Sanità, relazione del Presidente Card. F. Angelini al Congresso su « Sanità, oggi », organizzato dalla Scuola Superiore Pubblica Amministrazione;

– 7-12 settembre: Il Consultore Rev. Jean-Pierre Schaller,

Consulente Ecclesiastico della Federazione Internazionale Farmacisti Cattolici (FIPC) ha partecipato, a Praga, al Simposio allargato delle Conferenze Episcopali Europee sul tema: « Vivere il Vangelo nella libertà e nella solidarietà »;

– 14-15 settembre: i Professori Domenico Casa e Antonino Leocata, quali delegati della Santa Sede, hanno partecipato a Ginevra ai lavori della XXVII Conferenza annuale organizzata dalle Istituzioni Internazionali della Scienze Mediche (CIOMS) sul tema: « Farmacovigilanza e cooperazione internazionale »;

– 15-16 settembre: l'Ufficiale P. Jean Marie Mpendawatu ha partecipato, a Parigi, alla prima riunione del Comitato Internazionale di Bioetica dell'UNESCO;

– 16 settembre: a Troina (Siria), il Presidente Card. F. Angelini, ha tenuto la prolusione al Convegno su longevità e qualità della vita;

– 10-16 settembre: a Colonia, Mons. James Cassidy ha partecipato alla Conferenza delle Organizzazioni Internazionali Cattoliche (OIC) sul ruolo del Consigliere ecclesiastico presso le OIC;

– 11 settembre: in occasione del pellegrinaggio dell'UNITALSI al Santuario di S. Gabriele dell'Addolorata in Abruzzo, il Presidente Card. F. Angelini, accompagnato dal Segretario P. José L. Redrado, ha presieduto l'Eucaristia, presenti oltre cinquemila, nel corso della quale alcuni malati hanno ricevuto l'Unzione degli infermi;

– 15-16 ottobre: a Bruxelles, al Convegno su « Comunicazione e farmaco », relazione dell'esperto del Dicastero Dott. Jean Dreano;

– 7-14 novembre: a Roma, al Corso di Pastorale Sanitaria organizzato dall'Ordine dei Fatebenefratelli, intervento del Card. F. Angelini su: « Ciò che la Chiesa si aspetta dalla persone consacrate all'ospitalità »; il Segretario P. José L. Redrado ha animato la giornata dedicata al tema: « Programmazione ed animazione della pastorale nel campo sanitario »;

– 3 dicembre: a Roma, presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia « Agostino Gemelli », con una relazione su alcuni aspetti etici e deontologici nella terapia antalgica, il Presidente Card. F. Angelini è intervenuto al III Congresso Nazionale della Società Italiana dei Clinici del dolore;

– 18 dicembre: il Consultore P. Bonifacio Honings ha rappresentato il Dicastero al Convegno sull'anziano promosso dalla Casa di Cura S. Raffaele di Roma.

5. Visite pastorali

Anche nello scorso biennio, gli itinerari pastorali sono stati un aspetto rilevante dell'attività del Dicastero.

A parte gli spostamenti sul territorio italiano, dieci i Paesi visitati nel corso del 1992 (Albania, Cile, India, Libano, Siria, Polonia, Confederazione di Russia, Repubblica Dominicana, Spagna, Stati Uniti d'America) e sei nel corso del 1993 (Francia, India, Romania, Russia, Spagna, Stati Uniti d'America).

Ogni singola visita, insieme alle finalità specifiche, si propone sempre tre scopi di fondo: sostenere, nelle chiese particolari, la pastorale sanitaria, avviando o incoraggiando anche, dove è possibile, l'animazione vocazionale; favorire la massima cooperazione tra organismi e persone impegnate nel campo della sanità e della salute; offrire, dove necessario o richiesto, aiuti in medicinali, apparecchiature mediche ecc.

Come si potrà rilevare dai dati di cronaca, la Congregazione delle Suore Benedettine Riparatrici del Santo Volto di N.S.G.C., negli anni più recenti, si è stabilita sia in India, prossimamente sarà presente in Polonia e, non appena ultimato l'ospedale pediatrico di Mosca, in Russia; ha, poi, preso contatti in Romania — come peraltro in Africa — per caratterizzare attraverso la pastorale sanitaria l'attuazione del proprio carisma istitutivo. La risposta vocazionale, grazie al sostegno dei Vescovi locali, è stata straordinaria, a conferma del valore formativo di questo particolare campo di apostolato.

– In India, dal 13 al 21 gennaio 1992, il Presidente Card.

F. Angelini, accompagnato dal Segretario P. José L. Redrado, dall'Abate generale dei Benedettini Silvestrini, dalla Superiora generale delle Suore Benedettine Riparatrici del Santo Volto di N.S.G.C. Sr M. Maurizia Biancucci e da alcune consorelle ha visitato ambulatori, ospedali, lebbrosari e centri di cura a Bombay, Trivandrum, Quilon, Ernakulan, Trichur, Mukkiad e Calicut; dal 24 al 30 gennaio 1993, accompagnato dal Segretario e dalla Superiora generale delle Suore Benedettine Riparatrici del S. Volto di N.S.G.C. ha visitato, nel Kerala, numerosi ospedali e centri di cura; ha incontrato Vescovi, sacerdoti, religiosi, religiose e laici impegnati in campo sanitario; ha quindi presieduto al rito di inaugurazione della prima casa « Holy Face Convent » in India della suddetta Congregazione delle Suore Benedettine Riparatrici del Santo Volto di N.S.G.C. che già vi svolgono apostolato di assistenza sanitaria.

– In Russia, dall'11 al 14 aprile 1992, il Presidente Card. F. Angelini, accompagnato dal Segretario del Dicastero P. José L. Redrado e dai Consultori Dott.ssa Dina Nerozzi e Prof. Franco Splendori ha visitato alcuni luoghi di sofferenza e di cura ed ha aperto, a Mosca, i lavori del Congresso Nazionale di Medicina con una relazione su: « I farmaci e l'uomo ». Il 16 gennaio 1993, accompagnato dal Segretario P. José L. Redrado e dal Sottosegretario P. Felice Ruffini, il Presidente Card. F. Angelini ha ricevuto a Mosca una medaglia d'oro dall'Accademia delle Scienze Mediche; il 25 luglio 1993, il Presidente accompagnato dal Segretario del Dicastero, si è recato a Mosca per la posa della prima pietra e l'inizio dei lavori del Centro Ospedaliero per la riabilitazione pediatrica « Blagocenter », dopo la conclusione di un accordo tra il Municipio di Mosca e l'Amministrazione apostolica per i cattolici di rito latino. Era presente anche la Superiora generale delle Suore Benedettine Riparatrici del Santo Volto di N.S.G.C. Sr. M. Maurizia Biancucci: saranno, infatti le suore di questa Congregazione a prestare servizio nel predetto ospedale.

– Dal 2 al 6 maggio 1992, su invito del Patriarca di Antiochia e dell'Oriente Sua Beatitudine Nashrall Pierre Sfeir e delle autorità civili e politiche, il Presidente Card. F. Angelini, accompagnato dal Sottosegretario P. Felice Rufini, si è recato in *Libano* e in *Siria*, dove ha incontrato responsabili religiosi e politici, ha visitato luoghi di sofferenza, portando la solidarietà del Santo Padre e consegnando medicinali, apparecchiature mediche e diversi aiuti per le martoriolate popolazioni locali.

– Dal 25 al 30 giugno 1992, il Presidente Card. F. Angelini, accompagnato dal Segretario P. José L. Redrado, ha partecipato, in *Polonia* alle celebrazioni del LXX anniversario dell'Istituzione dell'Accademia di Medicina Militare; oltre ad aver incontrato Vescovi, sacerdoti e religiosi, il Presidente si è intrattenuto con molti esponenti del mondo accademico e politico del Paese con particolari responsabilità nel campo sanitario.

– Dall'8 all'11 luglio 1992, il Presidente, accompagnato dal Segretario, ha partecipato a *Santo Domingo* alla costituzione della Federazione delle Associazioni dei Medici Cattolici dell'America Latina (FAMCLAM). All'università Cattolica «Mater et Magistra» di Santo Domingo, è stata conferita al Card. F. Angelini la laurea «honoris causa» in Scienze Umane.

– Dal 22 al 28 settembre 1992, visita del Presidente, del Segretario, dei Consultori P. Lucio Migliaccio, Prof. Franco Splendori, Dott.ssa Dina Nerozzi e dell'esperto Prof. Gaetano Frajese in *Cile*, dove a *Valparaiso* e a *Santiago* hanno visitato luoghi di ricovero e cura e incontrato numerosi esponenti del mondo della sanità e della salute. Il giorno 25, conferimento al Card. F. Angelini, da parte dell'università Cattolica di *Santiago del Cile*, della laurea «honoris causa» in Medicina.

– In *Spagna*, il 3 ottobre 1992, il Presidente Card. F. Angelini, insieme al Segretario P. José L. Redrado, hanno partecipato alle celebrazioni del 125°

di fondazione dell'ospedale pediatrico «San Giovanni di Dio» a Barcellona, con una relazione del Presidente sul tema: «Gli ospedali cattolici nel mondo»; l'11 giugno 1993, il Presidente e il Segretario hanno preso parte a Siviglia alle manifestazioni celebrative per gli ammalati e gli operatori sanitari del XLV Congresso eucaristico. Per la circostanza, presso l'ospedale San Giovanni di Dio, che ricordava il cinquantesimo di fondazione, è stato amministrato il sacramento dell'Unzione degli infermi a malati venuti da varie parti del mondo.

Come rilevato anche dagli organi di informazione, la sottolineatura data, nel corso del Congresso Eucaristico Internazionale, alla partecipazione dei sofferenti e dei malati, ha fatto di questa manifestazione un momento forte dell'evento.

– Il 28 dicembre 1992, il Presidente Card. F. Angelini, accompagnato dal Segretario P. José L. Redrado e da Mons. Eleuterio Fortino, Sottosegretario del Pontificio Consiglio per la Promozione dell'unità dei Cristiani, si è recato a Tirana, in *Albania*, nella prospettiva di offrire un aiuto concreto nel campo dell'assistenza e della pastorale sanitaria. A tale scopo il Presidente ha incontrato il Nunzio apostolico e numerose autorità politiche e civili.

– Il 3 aprile 1993, il Card. F. Angelini è intervenuto con una relazione e con un pubblico dibattito alla riunione annuale organizzata a Parigi (*Francia*) dal Gruppo Billings France. L'incontro ha riunito nella capitale francese 400 foyers-moniteurs del Metodo Billings per commemorare il XXV anniversario di pubblicazione dell'enciclica *Humanae vitae*.

– Il 21 aprile-1° maggio: Accompagnato dal Segretario P. José L. Redrado e dalla Superiora generale delle Suore Benedettine Riparatrici del Santo Volto di N.S.G.C., il Presidente Card. F. Angelini si è recato in *Romania*, dove ha visitato ospedali e case di cura, incontrando i responsabili della chiesa locale, operatori sanitari e operatori di pastorale sanitaria. Ha incontrato anche il Card. A. Todea.

6. VII e VIII Conferenza internazionale

Le Conferenze annuali sono divenute un appuntamento di grande rilevanza internazionale. A parte il contributo scientifico che ha richiamato l'interesse dei massimi organismi interessati alla sanità e alla salute, due caratteristiche ne hanno fatto un evento particolarmente significativo: in primo luogo, la partecipazione, insieme a scienziati, studiosi, medici e personale sanitario, di forti rappresentanze delle categorie di persone colpite dalle infermità prese in esame dalle singole conferenze; in secondo luogo, il discorso conclusivo del Santo Padre con importanti direttive specifiche.

La VII Conferenza internazionale (19-21 novembre 1992) ha avuto per tema: «Le vostre membra sono le membra di Cristo – I disabili nella società». Novemila i partecipanti, provenienti da oltre cento nazioni, con relazioni di sei Cardinali, di sei Premi Nobel e dei massimi responsabili delle organizzazioni internazionali interessate all'argomento.

Al termine della Conferenza, il Direttore generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità Dott. Hiroshi Nakajima ha conferito al Card. F. Angelini la Medaglia d'oro dell'OMS in riconoscimento del contributo da lui dato per il raggiungimento dell'obiettivo sociale "salute per tutti entro l'anno duemila", già fissato dall'OMS.

L'VIII Conferenza internazionale (18-20 novembre 1993) ha avuto per tema: «Puer natus est nobis — il bambino è il futuro della società».

Anche per questa Conferenza, oltre novemila i partecipanti, tra cui cinque Premi Nobel e i rappresentanti delle massime organizzazioni internazionali impegnate a sostegno dell'Infanzia.

Vasta l'eco sulla stampa e nei mezzi di comunicazione di massa delle due Conferenze e, particolarmente, del discorso conclusivo di Giovanni Paolo II.

7. Giornata Mondiale del Malato

La prima Giornata Mondiale del Malato ha avuto il suo più solenne momento celebrativo

l'11 febbraio 1993 presso il Santuario di Lourdes dove, il Presidente, Card. F. Angelini, Inviato speciale del Santo Padre, guidava una delegazione composta dal Segretario e dal Sottosegretario del Dicastero, dal direttore del Bureau de Presse du Sanctuaire P. Henri Joulia e da Mons. Boleslaw Krawczyk, Cerimoniere Pontificio. Tre i momenti della celebrazione: una concelebrazione eucaristica con dieci vescovi e un migliaio di sacerdoti, presenti oltre 25.000 fedeli; una tavola rotonda con esponenti di istituzioni e organizzazioni nazionali e internazionali; la visita della Delegazione apostolica ad alcuni centri e case di cura di Lourdes.

L'11 febbraio scorso, la II Giornata Mondiale del Malato, ha avuto luogo a Częstochowa.

Intenso l'impegno del Dicastero per far conoscere, nelle due circostanze, il Messaggio pontificio per la Giornata Mondiale del Malato e nel sostenere, presso le diverse aree geografiche un'idonea celebrazione di questa Giornata. Né può essere sottovalutato il significato politico e civile di questa celebrazione, la quale mira a scuotere le coscienze e a richiamare i responsabili della cosa pubblica sul dovere di riconoscere, attraverso le leggi, i diritti del malato.



Parte seconda

VERIFICA E AGGIORNAMENTO DELLE DECISIONI PRESE NELL'ASSEMBLEA PLENARIA 1992

Guardando agli obiettivi immediati fissati dalla II Assemblea Plenaria, possono considerarsi raggiunti i seguenti: la stesura della *Carta degli Operatori Sanitari*, la creazione della *Federazione Internazionale degli Ospedali Cattolici*, il completamento del secondo volume dell'*Index delle istituzioni sanitarie cattoliche* nel mondo; la loro ricerca raggiunge ormai il numero di 21.757, il doppio di quante ne sono contenute nel primo volume. L'*Index* può e deve essere uno strumento valido di lavoro pastorale nel vasto campo della Sanità e della salute. Ciò richiede un nostro serio impegno per la diffusione. In questo quadro si colloca anche l'annuncio, da parte del Santo Padre, della istituzione della *Pontificia Accademia per la Vita*.

La *Carta degli Operatori Sanitari*, che ha richiesto quasi quattro anni di lavoro, ha praticamente soddisfatto anche il proposito di approntare un agile sussidio contenente l'insegnamento aggiornato della Chiesa su tutte le questioni di etica e di bioetica attinenti alla sanità e alla salute. Infatti, il ricchissimo apparato di note che caratterizza la *Carta degli Operatori Sanitari* ormai prossima alla pubblicazione costituisce un vero e proprio Enchiridion degli interventi del magistero della Chiesa nella materia suddetta. Si tratta, certamente, di uno strumento importante per la formazione iniziale e permanente degli operatori sanitari e per quella degli operatori di pastorale sanitaria.

Questi gli obiettivi immediati, che vanno però letti entro la cornice di un impegno più vasto, come peraltro conferma la stessa *Carta degli Operatori sanitari* nella sua chiara e originale impostazione. C'è, infatti un campo nel quale, io credo, il Dicastero ha ampliato sia la propria presenza sia la sua influenza attraverso un'azione continua e capillare: è quello della promozione e della difesa della vita.

L'istituzione, da parte del Santo Padre, della *Pontificia Ac-*

cademia per la Vita, può essere considerata, senza enfasi, anche un nostro traguardo. Lo sottolinea, peraltro, la stessa data del Motu proprio *Vitae Mysterium* istitutivo, cioè l'1 febbraio 1994 memoria liturgica della Vergine Immacolata di Lourdes. Comunque, basterebbe guardare alle tematiche affrontate dalle otto Conferenze internazionali promosse dal nostro Dicastero e da tutta la nostra attività, per averne una conferma.

Infatti, se si analizzano a fondo tutte le attività compiute dal nostro Dicastero nei suoi nove anni di vita, non è difficile riconoscerci alcuni punti guida che le hanno ispirate.

Dicevo, all'inizio, che l'ultimo biennio è stato come illuminato dalla istituzione e dalla celebrazione della Giornata Mondiale del Malato. In realtà, questa luce ha irradiato alcuni principi ispiratori che devono costantemente accompagnare il nostro lavoro. La pastorale sanitaria è per la vita e vuole servire la vita. Essa intende farlo innanzitutto adoperandosi per la valorizzazione spirituale della sofferenza; in secondo luogo riconoscendo e celebrando la grandezza, la bellezza e la dignità della vita in tutte le sue espressioni; in terzo luogo evangelizzando la vi-



ta contro le infinite aggressioni che essa subisce.

Il rifiuto della sofferenza, motivato dalla sua identificazione con il male — come ha ribadito il Santo Padre nel Messaggio di quest'anno per la Giornata Mondiale del Malato —, alimenta non solo il relativismo morale, ma cancella il significato della redenzione operata da Cristo attraverso la croce, impedendoci di cogliere la possibilità aperta dal Signore di trasformare la condizione dei malati e di coloro che soffrono in espressione di grazia e di amore. E tutto questo mentre nel mondo aumentano a dismisura gli interrogativi posti dal dolore e dall'ingiustizia.

A questi interrogativi siamo chiamati a rispondere con l'intelligenza e con il « cuore », evitando i pericoli derivanti dall'indifferenza e dall'abitudine.

A sostenerci in questo impegno sono la fede e l'amore nella vita e nella dignità della persona umana. Oggi non siamo soltanto spettatori di una impressionante crisi delle ideologie, ma assistiamo al dilagare di una contagiosa ambiguità che è prima di tutto negazione della vita. Vi è una contraddizione stridente tra la pretesa del progresso tecnologico di aggredire le fonti stesse della vita e quella di motivare tale aggressioni con argomenti che, in realtà, introducono discriminazione all'interno del valore assoluto, primario e indivisibile della vita e della persona umana.

La pastorale della salute è pastorale della vita, del dono della vita.

Infine, il nostro compito è di qualificare la nuova evangelizzazione come annuncio di redenzione e di liberazione nel nome e nel segno della vita. Questo e non altro è il significato ed il compito della pastorale sanitaria. L'etica della vita non è una branca dell'etica, ma ne è il presupposto.

In questa dimensione si iscrive l'impegno del nostro Dicastero nel promuovere la pastorale delle vocazioni sacerdotali e religiose attraverso il riferimento al « Vangelo della sofferenza ».

Come ho cercato di fare — incontrando peraltro pressoché unanime assenso — in ogni assemblea, ordinaria o speciale, del Sinodo dei Vescovi, è impe-

gno qualificante del nostro Dicastero adoperarsi affinché sia la proposta vocazionale, sia la formazione dei candidati al sacerdozio e alla vita religiosa, come pure la catechesi nei confronti dei fedeli laici, tragga ispirazione dall'esempio del Signore Gesù e dalla testimonianza bimillenaria della Chiesa nella sollecitudine verso i sofferenti e i malati. È questa la forma più concreta, più solida ed anche più gratificante di una fedele sequela di Cristo.

Sul piano delle attuazioni concrete di promozione e di animazione vocazionale, sono da segnalare le seguenti:

a) il Dicastero ha operato da tramite fra candidati al sacerdozio e alla vita religiosa e i rispettivi Istituti o Superiori diocesani. La Casa di formazione delle Suore Benedettine Riparatrici del Santo Volto i N.S.G.C. *Holy Face* Convent di Quilon (Kerala, India) è una realtà già fiorente che, tuttavia, è stata preceduta da numerose prese di contatto dirette con i Vescovi, con i Responsabili locali delle Associazioni degli Ospedali cattolici, da una distribuzione capillare di migliaia di medaglie del Santo Volto la cui devozione è posta in immagine nella Cappella del nostro Dicastero, di pieghevoli illustrativi ecc. allo scopo di far conoscere a fondo il carisma dell'assistenza agli infermi. Lo stesso è stato fatto in Polonia, in Romania, nello Zaire, e in Nigeria con sorprendenti frutti vocazionali;

b) sono state assegnate Borse di studio a seminaristi e sacerdoti, tre dei quali già dislocati presso il nostro Dicastero, per assicurarne il loro idoneo successivo impegno nella pastorale sanitaria;

c) attraverso la costituzione, da parte del nostro Dicastero, di una fondazione « in perpetuum », è divenuta permanente presso la Pontificia Università Lateranense in Roma, il Corso di Pastorale sanitaria: esso conosce, oggi, una massiccia e crescente frequenza;

d) sono aumentati gli Istituti di pastorale sanitaria: in Spagna se ne contano già quattro, di cui uno affiliato al « Camillianum »

di Roma. Una nostra collaborazione è stata data alla Fondazione dell'Istituto Superiore Teologico di Abidjan (Costa d'Avorio);

e) molte le richieste, puntualmente soddisfatte, indirizzate al Dicastero, i suggerimenti e di informazioni bibliografiche su temi e problemi di bioetica e di pastorale sanitaria in vista della preparazione di elaborati di Licenza o di tesi di laurea in teologia con specializzazione in pastorale sanitaria.

Conclusione

Il nostro non è, dunque, un lavoro burocratico, ma un apostolato, cioè un modo che possiamo e dobbiamo considerare privilegiato di annunciare il Vangelo.

Celebriamo quest'anno il decimo anniversario della pubblicazione della Lettera apostolica *Salvifici doloris* che si sofferma così diffusamente sul tema del « Vangelo della sofferenza ». Finalità e compiti del nostro Dicastero si iscrivono tutti nel Vangelo della sofferenza, del quale scopriamo una personificazione nella figura del Buon Samaritano, indicata dal Santo Padre, nell'enciclica *Veritatis splendor*, come figura-chiave « per la piena comprensione del comandamento dell'amore del prossimo » (n. 14).

Gli anni della *Salvifici doloris* sono gli anni del nostro Dicastero. Confrontiamoci con questo documento, soprattutto per cogliervi i motivi per amare il nostro lavoro, per dedicare ad esso tutte le nostre energie, per attingervi le risorse della nostra vita spirituale.

Consideriamo il nostro lavoro quotidiano come piena realizzazione della nostra vocazione cristiana. Ciascuno, secondo il proprio stato ed i personali talenti, si ritenga assegnato a questa frontiera di avanguardia della pastorale. Non ci viene chiesto di programmare i risultati, bensì di programmare il nostro impegno.

La Vergine Santissima, « icona vivente del Vangelo della sofferenza », accompagni il nostro lavoro sostenendolo con speranza indefettibile.

il particolare carisma dei religiosi nel servizio agli infermi

22

Introduzione

In una delle sue opere, Urs Von Balthasar scrive che, nella storia della chiesa, «lo Spirito Santo tutto d'un tratto mette in luce delle cose già note, ma sulle quali non si è mai veramente riflettuto»¹. Per spiegare la sua affermazione, egli si avvale dell'esempio di alcuni santi. Prima di San Francesco, egli dice, nessuno aveva capito veramente la povertà di Dio e di Cristo. Ugualmente, chi, prima di Agostino e di Ignazio di Loyola, aveva parlato dell'amore di Dio in maniera così profonda o compreso con tanta precisione l'ubbidienza di Cristo al Padre?

Continuando l'esemplificazione di Von Balthasar, possiamo affermare che lungo la storia vi sono state persone le quali, penetrando nel suo significato più pregnante la frase evangelica: «*Ero ammalato e mi avete visitato*» (Mt 25), hanno messo in luce, in modo tutto particolare, la validità di fare esperienza di Dio, cioè di vivere la spiritualità cristiana, attraverso l'esercizio della carità misericordiosa verso gli infermi. S. Giovanni di Dio, San Camillo de Lellis, San Vincenzo de Paoli e molti altri fondatori e fondatrici di Istituti religiosi hanno vissuto e insegnato a vivere tutto il vangelo dal punto di osservazione del servizio agli ammalati e ai poveri, sull'esempio di Gesù, il quale «andava per tutte le città e i villaggi, predicando la Buona Novella e sanando ogni malattia e ogni infermità» (Mt 9, 35).

Vivendo e perpetuando nel tempo, attraverso i loro Istituti, lo speciale carisma ricevuto dal Signore, essi hanno contribuito a mantenere viva nella Chiesa la consapevolezza che il «servizio ai malati e sofferenti» è una strada privilegiata di evangelizzazione e quindi «parte integrante della sua missione».²

Il numero fiorente delle istituzioni religiose nate «con la

specificità finalit  di promuovere, organizzare, migliorare ed estendere l'assistenza agli infermi»³   quindi da vedere come un dono che Dio ha fatto e fa alla Chiesa, perch  essa possa essere veramente un'estensione della persona e dell'azione di Cristo nei suoi atteggiamenti di medico delle anime e dei corpi.⁴

Dimensione ecclesiale dei carismi dei religiosi

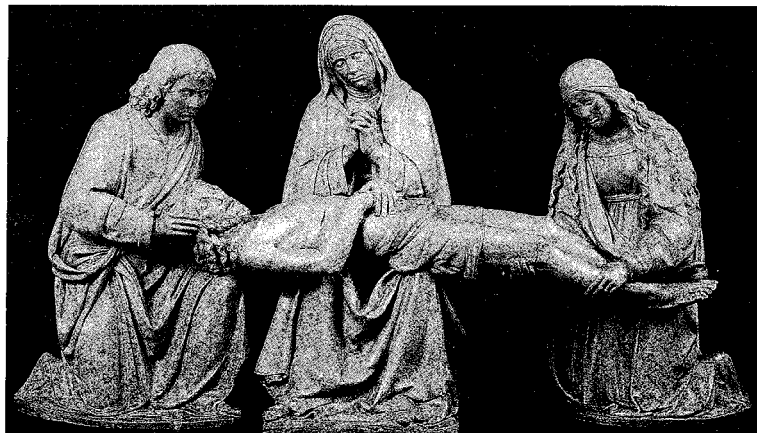
Dalle riflessioni che precedono, risulta chiaramente che il particolare carisma dei religiosi che si traduce nell'assistenza degli infermi ha una *dimensione ecclesiale*. Se, in qualche modo, tale dimensione   sempre stata avvertita,   con la riflessione del Concilio Vaticano II che essa si   imposta con pi  urgenza all'attenzione di tutti.⁵

Il lavoro da compiere resta ancora molto, per cui alla vigilia

del Sinodo sulla Vita consacrata, per il cui felice esito tutti siamo impegnati nella preghiera e nella riflessione, nasce spontanea e legittima, anche se non nuova, la domanda: *quale cammino devono percorrere i religiosi coinvolti nel servizio e nell'assistenza degli ammalati, affinch  il loro carisma specifico possa contribuire, in maniera pi  efficace, alla crescita della comunit  ecclesiale?*

Alcuni percorsi

Proprio perch  l'interrogativo non   nuovo,   naturale che siano gi  state tentate delle risposte. Non mancano, infatti, dei documenti in cui vengono presentate analisi e proposte interessanti. Tra tutti, merita di essere ricordato in modo particolare quello elaborato da questo Pontificio Consiglio nel 1987.⁶ Da tutti questi contributi vengono suggeriti degli elementi utili per elaborare alcuni percorsi.



L'identità

Il primo percorso ci porta ad analizzare un fascio di esperienze vissute — individualmente e comunitariamente — da tanti religiosi impegnati nel mondo della salute, soprattutto nel periodo conciliare e post-conciliare. Esse possono essere raccolte attorno al concetto di *crisi d'identità*.

— La crisi del *fare*. L'adattamento degli Istituti alle mutate situazioni e i nuovi modi di presenza nel settore della salute hanno creato dei conflitti esistenziali in quei religiosi che definivano la loro identità e quella della Congregazione, partendo da ciò che *facevano*, confondendo, anche nella vita, il carisma con le opere.⁷ Sono emerse, così, forme di *pragmatismo senz'anima* che hanno messo in chiara evidenza che il progetto della vita consacrata non può dare il primato al fare rispetto all'essere. In contrasto con questa posizione, il cammino vocazionale di tanti giovani religiosi ha mostrato che «la loro identificazione con la Congregazione era animata più dallo stile di vita dei religiosi che dalle stesse attività apostoliche».⁸

— La crisi dei *ruoli*. Essa si è verificata a livello sia sociale che ecclesiale. Il progresso economico e socio-culturale avvenuto in questi ultimi decenni ha portato all'emergere di una nuova coscienza sociale da parte dello stato, al conseguente progressivo fiorire di istituzioni sanitarie adeguate e al formarsi di categorie ben preparate di professionisti della salute. Questo fenomeno ha causato nei religiosi, da una parte la perdita di un certo protagonismo nel mondo della salute, basato su una lunga tradizione, dall'altra un confronto non sempre facile con i laici impegnati nel mondo della sanità.

Le domande sorte nello spirito di tanti religiosi hanno spesso preso questa formulazione: qual è il senso delle nostre istituzioni, che significato riveste la nostra presenza nel mondo della salute?

Passando al versante ecclesiale, la felice promozione del fedele laico ha imposto ai religiosi coinvolti nel mondo della salute, soprattutto ai religiosi non ordinati, un lavoro spesso sofferto di ricerca sulla propria identità: quale differenza esiste, nell'esercizio della professione sanitaria, tra un religioso e un laico?⁹

Come ogni crisi, anche la crisi d'identità, quando è vissuta creativamente, favorisce un processo di crescita.

I religiosi dedicati al mondo della sofferenza e dell'assistenza sanitaria hanno avuto l'occasione d'apprendere con maggior profondità che, prima di esprimersi nelle forme ministeriali più svariate, il carisma, che è *un'esperienza di Dio*, è chiamato ad operare una trasformazione della persona consacrata, conformandola al Cristo misericordioso. Tale trasformazione comporta una ulteriore unificazione dell'essere del religioso. L'immagine di sé, che egli ha formato gradualmente durante la sua vita, mettendo insieme più o meno armoniosamente i diversi *pezzi di sé*, riceve una nuova colorazione dal carisma, questo modo particolare e specifico di attuare la sequela di Cristo nella scelta della radicalità della vita cristiana. Tutto il suo essere, nella sua concretezza storica — energie, potenzialità, tendenze — vengono consacrate da Dio e messe a servizio della pratica delle opere di misericordia verso gli infermi, per la promozione del Regno. Questo rinnovato raccordo tra consacrazione religiosa e carisma è uno degli aspetti che merita d'essere preso in considerazione prioritariamente dai religiosi

impegnati nel mondo sanitario. Solo così sarà loro possibile «testimoniare in modo splendido e singolare che il mondo (della sanità e della sofferenza) non può essere trasfigurato e offerto a Dio senza lo spirito delle beatitudini».¹⁰

Attraverso il proprio stile di vita, il religioso può mostrare alla comunità ecclesiale e al mondo (questo è il senso della testimonianza) che è possibile, ancor oggi nel nostro mondo così sazio e frantumato, avvertire forte e irresistibile il fascino di Cristo misericordioso. Un fascino che porta a vivere le esigenze dei consigli evangelici e della vita comunitaria come mezzo per liberare il potenziale d'amore, presente nel proprio cuore, e farne dono totale ai fratelli e alle sorelle che soffrono.

Il servizio che il religioso presta al malato assume così un carattere *responsoriale*. Raggiunto dal Cristo misericordioso, egli risponde amando il Cristo presente nell'infermo.

«Tutta la nostra vita religiosa dovrà essere permeata dall'amicizia di Dio, affinché sappiamo essere ministri dell'amore di Cristo verso i malati. Così si rende manifesta in noi nella fede... per la quale vediamo nei malati il Signore stesso. In questa presenza di Cristo nei malati e in chi presta loro servizio in suo nome, noi troviamo la fonte della nostra spiritualità».¹¹

Questo modo di vivere la propria consacrazione fa già parte della *missione*. «La missione, infatti, non consiste nell'adempimento di particolari compiti o in una serie di attività, ma nell'impatto evangelico che produce il vivere radicale dei discepoli di Cristo».¹²

Parafrasando Alvarez,¹³ è possibile affermare che nella consacrazione, vissuta nell'ottica del carisma, il religioso trova gli ele-

menti qualificanti il suo servizio agli infermi. Pur essendo uguale, nella sua materialità, a quella esercitato dagli altri professionisti della salute, il servizio prestato al malato dal religioso riceve specifiche connotazioni:

- prima che in virtù di un titolo accademico o d'un'abilitazione tecnica viene esercitato in virtù di un dono, il carisma;

- integrato nel progetto di vita religiosa, è espressione della radicalità con cui il religioso sceglie Dio, e manifesta, nel vivo del lavoro e dei rapporti che essa crea, la qualità del proprio rapporto con Lui;

- contemplato in questi termini, il servizio agli infermi viene collocato al centro degli interessi vitali del religioso; intorno ad esso egli costruisce e organizza la sua vita;

- anche il lavoro più tecnico è informato della carità e attuato con senso di gratuità, rivelando così la tenerezza del Padre che si china, attraverso l'umanità del religioso, sulla carne umana;

- senza sminuire il rigore della professionalità, il religioso sa di essere sempre e pubblicamente professionista del Regno; egli compie i gesti di salute (gesti terapeutici, tecnici, secolari) nella sequela del Cristo: percorrendo tutta la strada dell'uomo, cercandone la salute integrale, aggiungendo la pienezza di vita che è in Lui, impegnandosi a scoprire la buona novella che c'è già (perché ci precede) nelle situazioni vitali che incontra, nella struttura in cui si muove.

Missione evangelizzatrice

Il secondo *percorso* porta ad attardarci sul contributo dei religiosi impegnati nel mondo della salute alla *missione evangelizzatrice* della Chiesa, identificandone le difficoltà, le sfide, le nuove opportunità.¹⁴

È certo che la complessità e le contraddizioni che caratterizzano il mondo della salute, domandano un necessario rinnovamento dei modi di presenza e di azione da parte dei religiosi in questo vasto universo, vero *crocevia* dell'umanità.

Come trovare vie significative di vivere e trasmettere il vangelo

della misericordia in un contesto in cui la persona umana è confrontata con la tragedia tipica dei nostri tempi, tragedia costituita dal contrasto tra le crescenti possibilità scientifiche e tecniche e la realtà insuperabile della sofferenza, della malattia e della morte? In che modo proclamare i valori evangelici affinché gli imperativi economici e tecnici non soffochino gli imperativi etici e religiosi? Come passare dalla semplice offerta di servizi ad una efficacia comunicazione di valori?

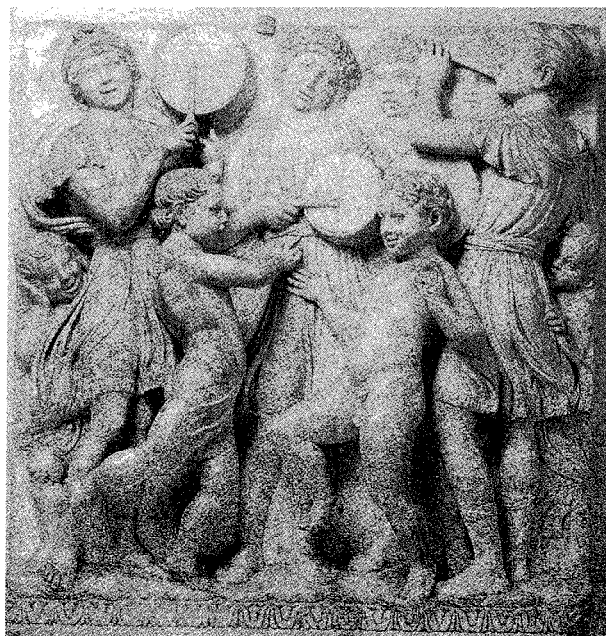
Uno sguardo alla situazione ci fa vedere che, spesso, i religiosi non sanno coniugare bene vocazione e professione sanitaria, riuscendo a fare della propria presenza uno strumento di evangelizzazione. Sovente accade che la gente ammira i servizi sociosanitari dei religiosi senza però afferrare la radice da cui essi promanano o dovrebbero promanare. A tutti è nota la fatica degli operatori pastorali di affermarsi nelle istituzioni sanitarie, svolgendo un ministero incisivo e significativo.

Se il servizio prestato dai religiosi nel mondo della salute è e deve essere soprattutto evangelizzante, cioè annuncio e celebrazione della buona novella, quali

strade seguire perché ciò si verifichi in maniera adeguata?

Ecco alcuni passi:

- *Evangelizzare il proprio sguardo sul mondo della salute.* Questo primo passo — che viene bene illustrato nel già citato documento del Pontificio Consiglio — si dimostra di fondamentale importanza. Il religioso deve *amare* questo mondo in cui decide di dare la propria vita. Amarlo significa riconciliarsi con esso, accettandone i cambiamenti dovuti al progressivo affermarsi delle realtà temporali, alla tecnificazione della medicina e delle cure infermieristiche, alla razionalizzazione più accentuata dell'amministrazione. Amarlo significa, accettarne i limiti, denunciarne gli errori, rimanendo capaci, però, di vederne le potenzialità e di valorizzarne gli sforzi per un miglioramento. Tutta la creazione, come dice San Paolo (cf. Rm 8, 18-27) tende verso una liberazione... È importante ascoltare ed accogliere il gemito di questa tensione presente nel mondo della salute, anche se non sempre si esprime secondo le nostre categorie. Superando romantiche nostalgie verso il passato e attuando un vero processo d'inculturazione, il religioso è chiamato a vedere il



mondo della salute come luogo di rivelazione di Dio, come luogo per l'attuazione del Regno, come luogo per la radicalità evangelica."

– Fare apparire più visibilmente che la solidarietà con l'uomo ammalato, espressa nelle iniziative assistenziali è « soprattutto fedeltà a Dio ». Non è sufficiente che la gente riceva dai religiosi solo dei servizi, per quanto competenti, ma anche le ragioni per vivere. Ciò implica che il servizio sanitario offerto dai religiosi non sia finalizzato solo a raggiungere obiettivi pratici di pubblica utilità, ma serva anche a riconvertire una mentalità su cosa sia benessere, salute, auto-realizzazione, sofferenza, vita, morte... In altre parole, le iniziative assistenziali dei religiosi devono essere radicate su motivazioni teologiche prima che su motivazioni etiche e sociali. Si aprono, qui, alcuni capitoli di cruciale importanza.

Il primo riguarda la *filosofia delle opere gestite dai religiosi*,¹⁶ capitolo importante da elaborare continuamente in sintonia con i nuovi bisogni e con le esigenze della nuova evangelizzazione.

L'altro capitolo è costituito dall'azione pastorale svolta nelle istituzioni sanitarie gestite dai religiosi. In esse non è difficile notare la discrepanza tra l'attenzione rivolta agli aspetti tecnici e amministrativi e quella rivolta agli aspetti pastorali. Eppure, è proprio nelle istituzioni sanitarie dei religiosi che dovrebbe essere reso possibile quel coinvolgimento di tutte le forze presenti per creare una vera comunità cristiana che, pur nel rispetto delle convinzioni delle persone, riesce a far emergere la consapevolezza che nell'assistenza al malato si manifesta la forza, l'amore e la tenerezza di Dio, ricco di compassione e di misericordia. In queste condizioni, il malato può vivere, insieme a un cammino di cura e di guarigione, un percorso di salvezza, facendo della propria esperienza di malattia, un'occasione di crescita.¹⁷

– Scendere dal centro alla periferia. Questa terminologia, cara alla spiritualità della teologia della liberazione, trova una felice applicazione alla presenza dei religiosi nel mondo della salute. Scendere dalla posizione di co-



modità e di privilegio a quella di servizio, anche scomodo. Scrive un autore: « Questo è l'itinerario, il viaggio umano e spirituale della kenosi e della via della solidarietà. In questo spostarsi si verifica un vero decentramento: il religioso sanitario non gira intorno a se stesso, ai suoi interessi e progetti; non fa turismo nel mondo della salute, né sorvola od aggira i fratelli. Egli è sui luoghi dei conflitti, nei crocevia della vita, dove accadono i fatti, disponibile a varcare le frontiere, aperto all'immensità del Regno ».¹⁸

Questo movimento dal centro alla periferia porta la riflessione a due temi cruciali della vita dei religiosi impegnati nel mondo della sanità: la carica profetica e l'amore preferenziale verso i poveri.¹⁹

È stato giustamente affermato che la forza carismatica di un istituto si manifesta specialmente nella sua capacità di essere sempre nuovo, originale, necessario, urgente, profetico, evangelicamente rivoluzionario. L'atti-

vità dei religiosi si rende poco carismatica quando diventa una professione che si accomoda facilmente; quando i religiosi, abbandonando la sensibilità evangelica del fondatore, non esercitano il discernimento, la critica e l'illuminazione di fronte alla complessa realtà del mondo della salute, alle profonde ingiustizie che vi si compiono, ai problemi etici che vi si pongono. Quante volte le opere diventano una palla al piede, impedendo quell'agilità propria dei discepoli di Cristo che devono correre là dove più forte è il bisogno, modificando sempre la lista delle priorità? Non è quanto hanno fatto i fondatori?

In questa linea si pone il tema della scelta preferenziale dei più poveri.²⁰ Tale scelta è elemento costitutivo del messaggio cristiano, che non potrà mai essere scalfito dai « sì... ma » e dai « distinguo » che troppo spesso rallentano il coraggio dei cristiani e dei religiosi. Non vi sono dubbi: il comandamento dell'amore verso il prossimo spinge il religioso a prendere cura di tutti, ricchi e poveri. Qui troviamo la base di quel sano pluralismo di scelte che deve caratterizzare i progetti di una comunità religiosa. La legittimità del pluralismo, però, non deve mai fare dimenticare al religioso che se il suo cuore è chiamato a battere ovunque vi è una persona ammalata, esso, però, deve pulsare soprattutto là dove vi sono malati poveri, disattesi, emarginati. Non solo: se quando egli presta il suo servizio ai più poveri deve aiutarli a guadagnare il senso della propria dignità e del valore che posseggono davanti agli occhi di Dio, quando serve i ricchi deve preoccuparsi di aiutarli a prendere coscienza della loro povertà e dell'obbligo morale che loro incombe di aprirsi alla solidarietà e alla condivisione.

– Ampliare gli orizzonti dell'evangelizzazione. In questi ultimi decenni, nella pastorale della salute è emersa l'esigenza di operare alcuni passaggi suscettibili di provocare un ampliamento degli orizzonti dell'evangelizzazione:

- dalla cura del malato alla promozione della salute in tutte le sue espressioni;

- da una difesa dei principi che regolano il vivere e il morire a un'educazione che porti la gente a valorizzare la vita e a riconciliarsi con la realtà della morte;

- dall'esortazione al servizio solidale e gratuito alla formazione pastorale adeguata;

- dall'assistenza agli ultimi alla loro accoglienza nella comunità.

Ai religiosi spetta un ruolo importante nell'aiutare la comunità ecclesiale a compiere questi passaggi, attraverso l'inserimento nei programmi di formazione, di ricerca e d'animazione.

La comunione

Il terzo percorso riguarda gli atteggiamenti e le strutture di comunione.²³ Gli atteggiamenti, perché la comunione è, in primo luogo, un modo d'essere; le strutture, perché la comunione non può mantenersi senza concreti organismi, progetti e programmi.

Non v'è dubbio che la testimonianza e l'opera evangelizzatrice dei religiosi avrebbero scarsa efficacia per la crescita della Chiesa se non vi fosse un adeguato sviluppo della *comunione* tra i consacrati e le altre categorie del popolo di Dio: pastori (vescovi e sacerdoti) e laici.

In un passato, non troppo remoto, gran parte dei religiosi impegnati nella sanità tendevano ad isolarsi nelle loro istituzioni. Anche i cappellani d'ospedale non uscivano frequentemente dai loro luoghi di lavoro per raggiungere la comunità estesa nel territorio. Limitata era la comunicazione tra le varie categorie del popolo di Dio. Negli stessi Istituti religiosi si era ingenerato la convinzione un po' pretenziosa di essere gli *unici* a svolgere una missione specifica nel mondo della salute.

Il progresso compiuto per rendere più ecclesiale la presenza dei religiosi coinvolti nell'assistenza sanitaria e pastorale dei malati è stato notevole: si sta affermando un più grande riconoscimento del carisma della misericordia, tipico di tanti istituti religiosi; si nota una migliore partecipazione a programmi comuni; è riconosciuta la validità di una programmazione unitaria che consenta di mettere in atto

una pastorale d'insieme; lo spirito *intercongregazionale* è cresciuto... A tale progresso hanno contribuito vari organismi a livello universale, nazionale e diocesano. Iniziative felici, quali il documento *Mutuae Relationes* hanno messo a fuoco il problema su un piano generale. Importante ed efficace si è rivelato l'apporto offerto da questo Pontificio Consiglio all'animazione della pastorale sanitaria in tutti i suoi aspetti. Tra i risultati ottenuti attraverso i vari progetti realizzati, va annoverata una crescita nel senso ecclesiale. In una ecclesiology di comunione, infatti, tutte le componenti del popolo di Dio si sentono chiamate a mettere a disposizione le une delle altre i carismi specifici ricevuti da Dio, facendoli maturare in ministeri e servizi efficaci.

Giova ricordare che il *fare comunione* è già *fare missione*.²⁴ Il religioso, infatti, che lavora per abbattere i muri della divisione che esistono nella sua persona e nella sua comunità, che si apre all'unione di spiriti e alla collaborazione con le varie forze presenti nel popolo di Dio, sta già attuando la missione della chiesa, che consiste nel creare comunione. E da questa esperienza che trae forza e significatività il ministero verso gli infermi inteso ad aiutare a quanti vivono la divisione nel corpo e nello spirito, a trovare riconciliazione e unità.

Conclusione

Nel decreto di canonizzazione, Benedetto XIV ha chiamato San Camillo de Lellis iniziatore di una *nuova scuola di carità*. Tale titolo può essere attribuito a tanti altri uomini e donne che hanno fatto brillare con la vita e l'azione il volto misericordioso di Cristo. Dai fondatori e dalle fondatrici viene il richiamo ad essere perennemente *innovativi* nell'attuare e nell'insegnare il modo di praticare il comando evangelico: « Andate, predicate il vangelo, curate gli ammalati ».

In una linea evangelica, da tale insegnamento è esclusa ogni pretesa di comunicare una dottrina propria, ogni esigenza di mettersi in una posizione di superiorità. Nel campo della carità verso gli ammalati, il discepolo che insegna sa di essere mediatore di una scienza che lo trascen-

de, è consapevole di essere il trasmettitore di un amore che lo supera: l'amore misericordioso di Cristo. Di tale amore egli ha fatto esperienza, di tale amore vuole essere fedele, gioioso annunciatore.

Dai Fondatori e dalle Fondatrici giunge un incoraggiamento forte e amorevole, riassunto significativamente dalle seguenti parole di San Camillo de Lellis: « Continuamente e con ogni diligenza cercate di avanzare sempre più nel fervore della carità verso i poveri infermi ».²⁵

R. P. ANGELO BRUSCO, M.I.

Superiore Generale
dei PP. Camilliani

Membro del Pontificio Consiglio

¹ VON BALTHASAR, U., *Viaggio nel postconcilio*, in « Supplementi 30 giorni », nov. 1985, p. 47.

² Motu Proprio *Dolentium Hominum*, l.

³ *Ib.*, l.

⁴ Cf. quanto afferma il Concilio Vaticano II: « I religiosi pongano ogni cura affinché per loro mezzo la Chiesa ogni giorno meglio presenti Cristo ai fedeli e agli infedeli, o mentre egli contempla sul monte, o annunzia il Regno di Dio alle turbe, o risana i malati e i feriti e converte a miglior vita i peccatori e benedice i fanciulli e fa del bene a tutti, sempre obbediente alla volontà del Padre che lo ha mandato » (*Lumen Gentium*, 46).

⁵ Cf. *Lumen Gentium*, 45; *Mutuae Relationes*, 134-137.

⁶ PONTIFICIA COMMISSIONE PER LA PASTORALE DEGLI OPERATORI SANITARI, *I religiosi nel mondo della sofferenza e della salute*, Roma 1987. Per gli accenni precisi ai religiosi impegnati nel mondo della salute, merita di essere segnalati anche due documenti della CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA: *La pastorale della salute nella Chiesa italiana*, 1989, nn. 43-48; *Evangelizzazione e testimonianza della carità*, 1990. Sul piano della riflessione biblica, teologica e pastorale, ricordiamo: AA.VV., *La vita consacrata nel mondo della salute, gesto e annuncio del Vangelo della misericordia*, Quaderni del Camilliano, n. 4, Roma 1993.

⁷ Cf. SACRA CONGREGAZIONE PER I RELIGIOSI E GLI ISTITUTI SECOLARI, *Dimensione contemplativa della vita religiosa*, 1998s.; ALVAREZ, F., *Religiosi nel mondo della salute: inviati ad evangelizzare*, in: BRUSCO, A. (a cura di), *Curate i malati. La pastorale della salute nella Chiesa italiana*, Ed. Camilliane, Tonno 1990, pp. 55ss.

⁸ LOPEZ, J., ISUSI, B., *Los religiosos de vida apostólica en España*, in Dossier DIS, Madrid 1978, pp. 16-36.

⁹ Sulla crisi dei ruoli, cf. PONTIFICIA COMMISSIONE PER LA PASTORALE DEGLI OPERATORI SANITARI, o. c., pp. 21 ss. Sul coinvolgimento dei laici nel mondo sanitario, cf. PONTIFICIA COMMISSIONE PER LA PASTORALE DEGLI OPERATORI SANITARI, *I Laici nel mondo della sofferenza e della salute*, Roma 1987. Per una visione concreta della problematica del rapporto tra religiosi e laici in un Istituto consacrato al servizio degli ammalati, cf. BRUSCO, A., *Uniti nella comune missione*, in: *Camillianum* (5) 1992, pp. 9-24.

¹⁰ *Lumen Gentium*, 31.

¹¹ CHIERICI REGOLARI MINISTRI DEGLI INFERMI, *Costituzione e Disposizioni Generali*, Roma 1983, n. 13.

¹² AMALADOSS, M., *La vita consacrata, oggi: la missione*, in Atti del Convegno Unione Superiori Generali, Roma 1993, p. 18.

¹³ ALVAREZ, F., o. c., pp. 166-167.

¹⁴ Su questo argomento cf. PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI, *Pastorale sanitaria e nuova evangelizzazione dell'Europa*, Roma 1992; lo stimolante contributo di ALVAREZ, F.: *La nuova evangelizzazione del mondo della salute, prospettive teologico-pastorali*, in AA.VV., *La vita consacrata...*, cit., pp. 47-74. Per una più precisa attenzione all'aspetto drammatico che caratterizza la cultura del mondo sanitario, vedi: FABER, H., *Pastoral care in the modern hospital*, The Westminster Press, Philadelphia 1971.

¹⁵ Cf. BRUSCO, A., «Vedano tutti quanto di te io sia orgoglioso», in «Camilliani», (56) 1992, pp. 213-216.

¹⁶ Cf. CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *La pastorale della salute...*, cit., nn. 54-58.

¹⁷ Cf. CATHOLIC HEALTH CORPORATION, *A Healing Ministry: The Faith Dimension*, Omaha, Nebraska, 1988. In questo eccellente testo, la pastorale della salute nelle istituzioni sanitarie gestite da religiosi viene ampiamente trattata nei capitoli 19-26, pp. 93-142.

¹⁸ ALVAREZ, F., o. c., p. 59.

¹⁹ Cf. CONGREGAZIONE PER I RELIGIOSI E GLI ISTITUTI SECOLARI, *Religiosi e promozione umana*, Roma 1980. In questo documento viene

messso in giusto rilievo il «ruolo profetico dei religiosi nell'impegno attuale della Chiesa per l'uomo» (Introduzione).

²⁰ Zb., nn. 4-6.

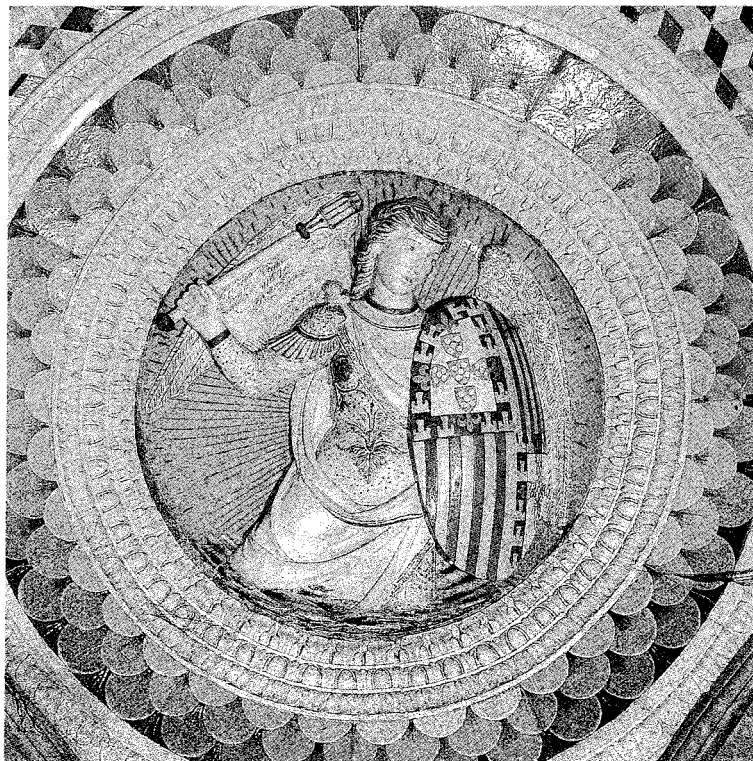
²¹ Per una presentazione della scelta preferenziale dei poveri, quale elemento costitutivo del messaggio cristiano, cf. GONZALES-CARVAJAL, L., *Con los pobres contra la pobreza*, Ed. Paulinas, Madrid 1991.

²² Per questo tema, cf. BRUSCO, A., *Umanità per gli ospedali*, Varese 1983; ALVAREZ, F., *Il futuro della religiosa nel mondo della salute*, in: BRUSCO, A., BIONDO, L., *Religiose nel mondo della salute*, Ed. Camilliane, Torino 1992, p. 60; MARINELLI, S., *Il cappellano ospedaliero, identità e funzioni*, Ed. Camilliane, 1993; BRUSCO, A., SANDRIN, L., *Il cappellano d'ospedale, disagi e opportunità*, Camilliane, Torino 1993.

²³ Il tema della comunione ecclesiale è trattato in moltissimi documenti del Magistero ed è stato fatto oggetto di innumerevoli studi. Ci limitiamo a ricordare il documento della Congregazione per gli Istituti di Vita Consacrata e le Società di Vita Apostolica: *La vita fraterna in comunità*, Roma 1994.

²⁴ *Ib.*, nn. 58-62.

²⁵ SOMMARUGA, G. (a cura di), *Gli Scritti di San Camillo*, Ed. Camilliane, Torino 1990.



salute e infermità: un privilegiato campo di evangelizzazione da parte dei religiosi

28

«La sofferenza sembra essere, ed è, *quasi inseparabile dall'esistenza terrena dell'uomo...* (e) La Chiesa, che nasce dal mistero della Redenzione nella Croce di Cristo, è tenuta a *cercare l'incontro con l'uomo in modo particolare sulla via della sofferenza*. In un tale incontro l'uomo "diventa la via della Chiesa", ed è, questa, *una delle vie più importanti*».¹

Dalla constatazione storica di una condizione che ripugna all'Uomo, Giovanni Paolo II trae l'insegnamento — che gli viene direttamente dall'agire del Cristo Gesù — che è proprio su quella via il momento forte per l'Annuncio della Buona Novella, cioè dell'*Evangelizzazione dell'Uomo*.

Se tanti sono i tempi e le occasioni che offrono alla Chiesa modo di attuare il suo fondamentale compito «di dirigere lo sguardo all'uomo, di indirizzare la coscienza e l'esperienza di tutta l'umanità verso il mistero di Cristo, di aiutare tutti gli uomini ad avere familiarità con la profondità della Redenzione, che avviene in Cristo Gesù»,² la dimensione di «Salute e Infermità» offre la condizione e il momento più propizi.

I Religiosi e le Religiose, che da Dio hanno avuto il dono di una peculiare scelta di vita, e sono chiamati «a radicare e consolidare negli animi il Regno di Dio e a dilatarlo in ogni parte della terra»,³ trovano in questo insegnamento del Magistero Pontificio un privilegiato campo d'attuazione di detto mandato.⁴

Un mandato che non è solo diretto a quelle Congregazioni che lo hanno come specifico carisma, ma a tutte. Nella storia si costata, infatti, che «I missionari, per parte loro, nel condurre l'opera dell'evangelizzazione, hanno costantemente associato la predicazione della Buona Novella con l'assistenza e la cura dei malati».⁵ E un grande numero di famiglie religiose sono impegnate in questo specifico campo pastorale.⁶

«Lasciandosi trasformare dal Cristo, appropriandosi progressivamente del suo stile di vita e dei suoi atteggiamenti nei confronti dell'uomo che soffre, il religioso coopera efficacemente ad immettere nella comunità ecclesiale quella *passione* per l'uomo sofferente che trova espressione nella tenerezza e nella compassione, nella cura del dolore e nella promozione della salute e della vita...».⁷

E poiché è tempo questo di «nuova evangelizzazione»,⁸ privilegiare un'attenzione peculiare al campo della «Salute e Infermità», è una scelta saggia perché sempre e comunque sarà la scelta di una delle *vie più importanti* della Chiesa.⁹

Peccato e Sofferenza nell'A.T.

L'irruzione del dolore e della morte nella vita dell'uomo sulla terra, come condanna inevitabile e carico di sofferenza, è conseguenza della rottura dell'amici- zia con Dio, e del tentativo di compiere la scalata al cielo divenendo simile a Lui (*Gen 2, 16; 3, 1-19*).

Da quell'istante «Salute e Infermità» saranno intrinsecamente correlate a significare santità o peccato, vita o morte.

Regolarmente e con insistenza nell'Antico Testamento la malattia viene messa in stretto rapporto con il peccato. «Sono numerosissimi i testi in cui malattia e peccato si trovano in parallelo, perché il peccato è veduto come causa della malattia ovvero più esattamente, perché il peccato provoca l'ira di Dio, la quale si manifesta con la venuta della malattia. Il parallelismo è quindi triplice: peccato, ira di Dio, malattia».¹⁰

La malattia nell'AT è interpretata come conseguenza della rottura con Dio. E quella che porta alla morte evidenzia l'incompatibilità assoluta con la santità del Dio vivente."

Una malattia particolarmente, la lebbra, è talmente segno visibile di impurità da contaminare la purità rituale della comunità. Il lebbroso, bandito dalla vita sociale perché immondo, è allontanato e condannato a vivere fuori dai centri abitati (*Lev 13, 45-46*), fin tanto non riacquisti la sanità. «La presenza di uno o più lebbrosi nella comunità durante le funzioni del culto avrebbe reso il culto impuro e quindi non gradito a Dio».¹²

E «...l'uomo si trova in *difficoltà nel rendere ragione della sofferenza di chi non ha colpa*, diciamo pure dell'innocente. Problema tremendo, la cui espressione "classica" si trova nel Libro di Giobbe. Va aggiunto però che nel Libro di Isaia il problema è già visto in una luce nuova, quando la figura del Servo di Jahvé sembra costituire una preparazione particolarmente significativa ed efficace in rapporto al mistero pasquale, nel cui centro verrà a trovar posto accanto all'«Uomo dei dolori» Cristo, l'uomo sofferente di tutti i tempi e di tutti i popoli».¹³

Peccato e Salute nel N.T.

Nel Nuovo Testamento lo stato di *malattia* dell'Uomo entra nel *piano di salvezza* ad essere *segno* della *salute* recuperata. Cristo Gesù fa la scelta preferenziale di portare l'Evangelizzazione sul terreno di «salute e infermità»: «Gesù andava attorno per tutta la Galilea, insegnando nelle loro sinagoghe e *predicando la buona novella del regno e curando ogni sorta di malattie e di infermità del popolo*» (*Mt 4, 23*).

Nell'invitare in missione i 72 discepoli dà loro questo mandato: «Quando entrerete in una città e vi accoglieranno, mangiate quello che vi sarà messo dinanzi, *curate i malati* che vi si trovano, e dite loro: *si è avvicinato a voi il Regno di Dio...*» (*Lc 10, 8-9*).

Di grande interesse è il verbo greco che viene adoperato, «*etheràpeusen*», che indica una cura, una terapia. Questa richiede la collaborazione del malato. Gesù — che in alcuni casi compie più atti (vd. Gv 9, 6; Mc 8, 22-23) — sollecita la fede di colui che gli si è affidato. Gesù esige un'adesione totale alla sua Parola. E in atto l'*Evangelizzazione*.

Le guarigioni operate dal Signore non miravano a suscitare stupore e ad imporsi sulle folle per l'aspetto miracoloso, ma erano il segno che l'amore misericordioso del Padre era sceso tra il suo popolo, e operava la salvezza attesa da tempo.

A Giovanni il Battista che lo faceva interrogare se era lui l'atteso, mandò a dire: «Andate e riferite a Giovanni ciò che voi udite e vedete: *I ciechi ricuperano la vista, gli storpi camminano, i lebbrosi sono guariti, i sordi riacquistano l'udito, i morti risuscitano, ai poveri è predicata la buona novella*, e beato colui che non si scandalizza di me» (Mt 11, 4-6).

Due volte almeno, Gesù esplicitamente unisce la guarigione che restituisce la salute del corpo, alla salute dell'anima: al paralitico calato dal tetto (Mc 2, 1-12), e all'altro che giaceva ai bordi della piscina di Betsaida (Gv 5, 1-18). Matteo sottolinea che «guarì tutti i malati, perché 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"» (8, 16-17).

Il Servo di Jahvè con il prendere su di sé l'espiazione dei peccati, ridona la salute dell'anima e allevia gli uomini dai mali corporali, conseguenza e pena del peccato. Ed è tramite il segno del dono della salute del corpo, operando nel giorno di Sabato, che annuncia il modo nuovo di onorare Dio (Lc 13, 10-17; 14, 1-6). È con il toccare i lebbrosi, che cambia radicalmente il rapporto tra l'uomo malato e il consacra-

to — il Sacerdote dell'antica legge — preposto al riconoscimento burocratico della legalità riacquistata.

E introduce un nuovo concetto di rapporto culturale con Dio. «Gesù, infatti, ha rigettato l'antico concetto di consacrazione per mezzo di separazioni rituali e l'ha sostituita con una consacrazione ottenuta, al contrario, per mezzo di un intenso dinamismo di comunione... ha detto e mostrato che l'unione a Dio si ottiene e si mantiene per mezzo della misericordia verso gli altri e, in particolare verso i malati».¹⁴

Quel toccare chi era segno di peccato, per portarlo alla salute, Annuncia all'uomo l'Amore Misericordioso del Padre, e l'avvento di un'era nuova dove l'unico e solo parametro di giudizio sarà l'amore (Mt 25, 31-46).

Il proclamato precetto più grande (Mt 22, 37-40) riceve il sigillo e la consacrazione all'atto di apertura della consumazione del sacrificio, con il comandamento di seguirlo sulla via dell'amore e la dichiarazione che «Nessuno ha un amore più grande di questo: dare la vita per i propri amici» (Gv 15, 12-14).

Nell'istante che dice al Padre «per loro io consacro me stesso» (Gv 17, 19), Cristo Gesù dà l'avvio al processo cantato dal Carme del Servo del Signore (Is 53, 1-10).

«E così, ad opera di Cristo, cambia radicalmente il senso della sofferenza. Non è più sufficiente vedere in essa una punizione per i peccati (...).

Nel suo insegnamento che si suol dire pre-pasquale, Gesù fece conoscere più di una volta che il concetto della sofferenza, intesa esclusivamente come pena per il peccato, è insufficiente e perfino improprio. Così quando gli riferirono circa alcuni Galilei "il cui sangue Pilato aveva mescolato con quello dei loro sacrifici", Gesù pose la questione: "Credete che quei Galilei fossero più peccatori di tutti i Galilei, per

aver subito tale sorte?... O quei diciotto sopra i quali rovinò la torre di Siloe e li uccise, credete che fossero più colpevoli di tutti gli abitanti di Gerusalemme?" (Lc 13, 1-2.4). *Gesù qui mette chiaramente in questione un tale modo di pensare, diffuso e comunemente accettato in quel tempo*, e fa comprendere che la "disgrazia" che porta sofferenza non può essere intesa esclusivamente come una punizione per i peccati personali. "No, vi dico" — dichiara Gesù, e aggiunge: "Ma se non vi convertirate, perirete tutti allo stesso modo" (Lc 13, 3-4)».¹⁵

E la Chiesa può a pieno titolo dire al mondo che «Operando la Redenzione mediante la sofferenza, Cristo ha elevato insieme la sofferenza umana a livello di Redenzione».¹⁶

«Salute e Infermità», assunte da Cristo Gesù quale segno di annuncio che «il Verbo si è fatto carne» (Gv 1, 14) e mezzo di Redenzione, sono via privilegiata di proclamazione del mistero della sua passione, morte e risurrezione.

Sulla stessa via lo stato religioso

Lo stato religioso, che per sua natura rende visibile la forma di vita di Cristo Gesù,¹⁷ e ha il mandato di Evangelizzare,¹⁸ non può disattendere la via segnata dal suo Divino Modello.¹⁹

Quanti hanno risposto al dono di Dio con l'impegno di vivere i Consigli Evangelici, hanno scelto di essere testimoni dell'amore del Padre²⁰ che non ha risparmiato il suo Figlio per la salvezza degli uomini (Gv 3, 16).

L'Apostolo Giovanni, che attesta avere noi avuto dal Figlio notizia del Padre (Gv 1, 18), memore del comandamento dato dal Signore nell'ultima Cena, afferma che «Da questo abbiamo conosciuto l'amore: Egli ha dato la sua vita per noi: quindi anche noi dobbiamo dare la vita per i fratelli» (1 Gv 3, 16).

San Paolo che invita a farsi «imitatori di Dio», chiede di farlo nella carità alla maniera di Cristo che per noi si è offerto al Padre «in sacrificio di soave odore» (Ef 5, 1-2). Quindi il Religioso/a è impegnato a rendere visibile questo Amore Misericordioso incarnato e presente, con la testimonianza della sua vita.

«Salute e infermità», siano essi ospiti di centri sanitari o nell'ambito naturale della famiglia, costituiscono «il tempio più grande e universale».²¹ Il luogo della verità per l'uomo, dove gli si rivelano i propri limiti e la fragilità della vita temporale, ed emergono le verità fondamentali della sua esistenza. Un momento di riflessione su i valori veri ed esistenziali, forse da sempre tenuti nel limbo del proprio animo, e la disponibilità — forse per la prima volta — di prendere atto della sua lontananza e distacco da Dio, e la sollecitazione a riaprire il dialogo.²²

È in questo luogo che la Carità, segno della missione del Signore? diventa *Annuncio di salvezza all'uomo malato*, che prende coscienza della Redenzione operata dal Signore.²⁴

La vita religiosa, presente nella Chiesa fin dai primi tempi della sua esistenza,²⁵ ha avuto uomini ispirati da Dio che hanno insegnato ad «Evangelizzare per curare, curare per evangelizzare»,²⁶ rendendo testimonianza autentica all'Amore misericordioso del Signore.²⁷

Da quanto abbiamo finora detto, pure tenendo che l'Evangelizzazione tocca ogni momento ed ogni espressione della vita dell'uomo, non può essere negata l'evidenza che il campo di «Salute e Infermità» è il luogo privilegiato dove si rappresenta più visibilmente l'opera di salvezza operata dal nostro Redentore.

Il luogo dove è più tangibile il segno e il significato del passaggio dalla infermità alla salute mediante l'applicazione dei frutti del Sacrificio della Croce. Dove le conseguenze di quel primo atto di inimicizia con Dio, vengono investite di nuova luce. E spesso, con la riacquistata salute dell'anima, si ottiene anche quella del corpo.

Se da sempre l'Annuncio della Salvezza ha trovato difficoltà ad essere recepita dagli uomini

— e Cristo Gesù stesso lo sperimentò (Gv 1, 10-11) — oggi, forse, ha toccato il massimo dell'espressione.

L'agnosticismo che domina la cultura dell'uomo d'oggi produce indifferenza religiosa e stile di vita come se Dio non esistesse. È difficile parlare della sua esistenza, ed affermarne la realtà con la sola ragione umana.

L'uomo tecnocrate, che crede d'avere raggiunto il controllo dell'ambito esterno e dell'intimo dell'uomo, difficilmente si rende sensibile a rimettere in discussione l'essere uscito dalle mani di Dio.

Oggi, allora, più che mai è necessario che l'Evangelizzazione si impegni in forte testimonianza d'Amore.²⁸

Religiosi e Religiose, col loro stile di vita, nell'ambito di «salute e infermità», sono *pagine vive del Vangelo*.²⁹ Dalla capacità di farsi parola viva di Cristo, si può accendere l'interrogativo che dà inizio alla salvezza.³⁰ Coscienza di essere rivelazione dell'Amore di Dio, ben presente nelle anime consacrate a servizio dei fratelli malati.³¹

Genera «testimoni eroici della Carità»

L'Annuncio della Parola nel campo di «Salute e Infermità», sulla via dell'Amore che Cristo

ha indicato con la sua vita e il suo comandamento, genera *testimoni eroici della Carità*.

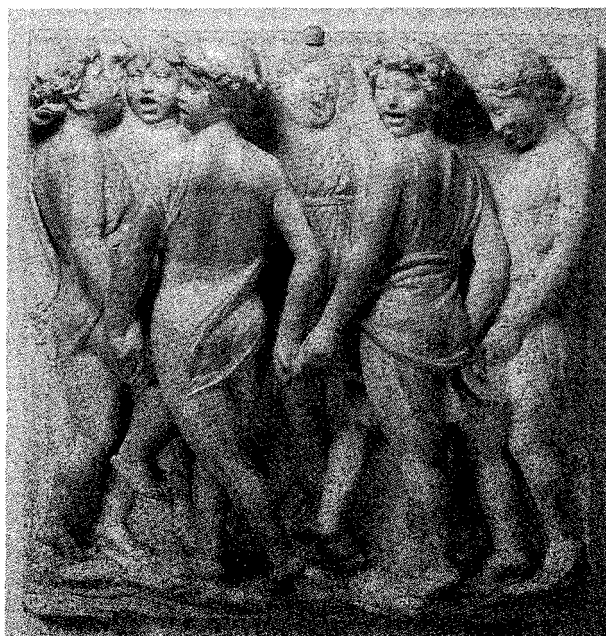
Il loro numero è incalcolabile. Essi vanno dai grandi Santi fondatori di Famiglie Religiose, che hanno lo specifico carisma della Carità per gli ammalati, a emuli delle loro gesta che possono ben definirsi *quasi* «Martiri della Carità».

Ne riferiamo a mo' di esempio tre, vari tra loro per appartenenza, tempo, e valutazione ufficiale nella Chiesa.

Il primo, che potremmo definire della *normalità* e della *man-canza di gloria* ufficiale riconosciuta, è quello dei circa 300 Ministri degli Infermi che in questi quattrocento anni di vita dell'Ordine fondato da S. Camillo de Lellis — fedeli al *quarto* voto di servire il malato anche col pericolo della propria vita³² — lo hanno attuato in momenti di pestilenza e di febbri mortali contagiose.³³

Una scelta libera e cosciente di andare incontro a morte sicura,³⁴ per adempiere il voto per amore di Dio,³⁵ per la salute e dell'anima e del corpo dei fratelli malati.³⁶

Testimonianze valutate dai contemporanei un «*quasi martirio*»,³⁷ come nell'antico martirologio si legge della comunità cristiana di Alessandria,³⁸ e dal fondatore S. Camillo un nuovo mo-



do di unirsi a Dio nella santità per la « salute de' prossimi ». ³⁹

Nessuno di questi è, fino ad oggi, entrato nell'Albo dei Santi, ma senza alcun dubbio la loro testimonianza è stata un *grande ed efficace Annuncio della Parola*. ⁴⁰

Il secondo ci viene dall'antica famiglia ospedaliera fondata da S. Giovanni di Dio — i *Fatebenefratelli* — con i 71 *Martiri dell'Ospitalità* della guerra civile di Spagna nel 1936, beatificati da Giovanni Paolo II il 25 ottobre 1992.

Il Religioso dell'Ordine Ospedaliero si lega a Dio con il voto di assistere il malato anche con il pericolo della vita, ⁴¹ per testimoniare la misericordia di Dio verso l'uomo malato nel corpo e nello spirito.

Fedeli a questo voto, e obbedienti all'impegno che l'Ordine voleva mantenere, ⁴² nel momento di odio folle contro Dio accettarono di sacrificare la vita per affermare l'eterna vitalità dell'Annuncio della Parola tramite la testimonianza della Carità portata da Cristo Gesù.

Questi invitti Martiri della Chiesa dei nostri giorni, «...preferirono una morte gloriosa piuttosto che abbandonare ignominiosamente il campo del loro fraterno e caritatevole apostolato a sollievo di centinaia di poveri dementi e di fanciulli epilettici, scrofolosi e storpi, ricoverati nei loro ospedali, destinati alla classe operaia e ai ceti più umili della popolazione ». ⁴³

Tra questi due ordini ospedalieri inseriamo l'esempio di un Religioso, che pur non facendo parte di una Congregazione con lo specifico carisma, ma per scelta libera di essere missionario, è stato un *testimonio eroico della Carità*. È il P. Damiano di Veuster — l'Apostolo dei lebbrosi nell'Isola di Molokai — della Congregazione dei Ss. Cuori di Gesù e Maria, detta anche dei Padri di Picpus, partito per le Hawaii in sostituzione del fratello P. Panfilo. ⁴⁴

Un sì a Dio, che da una inattesa coincidenza gli offrì l'occasione di rivelare con gesto concreto la consacrazione coi voti religiosi nell'Amore a Lui. ⁴⁵

L'andare a chiudersi nell'inferno di Molokai, dove erano confinati i lebbrosi delle Isole Hawaï, fu una libera e cosciente risposta all'appello del Vescovo Maigret. ⁴⁶

Un'azione travolgente la sua che stupì il mondo quando ne venne a conoscenza, ⁴⁷ ma che nella sua intenzione era solo quella di Evangelizzare curando con amore i corpi, ⁴⁸ con la speranza di essere coinvolto nel sacrificio del Divino Maestro, seguendolo fin sul Golgotha. ⁴⁹

La Chiesa lo riconoscerà ufficialmente domenica 15 maggio 1994, quando Giovanni Paolo II a Bruxelles lo dichiarerà Beato.

Conclusione

La constatazione storica che l'Amore Misericordioso di Dio Padre, reso visibile dal Figlio con la scelta preferenziale di passare attraverso la sofferenza dell'Uomo, e che ha coinvolto una innumerevole schiera di anime generose, ci porta ad evidenziare che così ha operato fin dal primo istante della sua Incarnazione.

E lo ha fatto tramite sua Madre, che « "è apparsa prima di Cristo sull'orizzonte della storia della salvezza" » (*Redempt. Mater*, 3); Colei che per prima, tra noi



creature umane, ha mostrato al mondo il Salvatore... Maria ha evangelizzato Cristo prima che Egli evangelizzasse Se stesso: per questo Papa Paolo VI nell'Esortazione Apostolica *Evangelii Nuntiandi*, chiamò Maria "la stella dell'evangelizzazione" (n. 82). ⁵⁰

Pronunciato l'« Eccomi, sono la serva del Signore, avvenga di me quello che hai detto » (*Lc* 1, 38), la B.V. Maria inondata dall'infinito Dio-Amore fatto Uomo in Lei, s'avventura per un viaggio niente affatto comodo (*Lc* 1, 39), per portare il suo aiuto alla cugina Elisabetta in avanzato stato di maternità (*Lc* 1, 36). Un momento di gioia e di attesa per la donna questo, che però si iscrive nel campo di *salute e infermità* per le conseguenze del peccato originale (*Gen* 3, 16).

Ed è in questo specifico campo che abbiamo il *primo Annuncio di salvezza*. Nel momento del saluto di Maria ad Elisabetta, viene rivelato al mondo che il piano di redenzione predisposto da Dio è iniziato: due vite ancora *non-nate* rendono presente il *grande mistero* di tutti i tempi, che Dio-Uomo salva l'Uomo-peccato, il quale esulta per la liberazione ricevuta (*Lc* 1, 38-45).

Maria, la Madre del Signore, « Colei che nella Chiesa santa occupa; dopo Cristo, il posto più alto e il più vicino a noi », ⁵¹ modello peculiare di quanti si consacrano a vivere i Consigli Evangelici, "indica il codice di comportamento:

a) fede in Dio e adesione totale al suo progetto:

« Allora Maria disse: "Eccomi sono la serva del Signore, avvenga di me quello che hai detto"... E beata colei che ha creduto nell'adempimento delle parole del Signore » (*Lc* 1, 38.45);

b) disponibilità totale e generoso servizio:

« In quei giorni Maria **si** mise in viaggio verso la montagna e raggiunse in fretta una città di Giuda... Maria rimase con lei circa tre mesi, poi tornò a casa sua » (*Lc* 1, 39.56);

c) comunione intima con Dio e umiltà profonda:

«L'anima mia magnifica il Signore e il mio spirito esulta in Dio mio salvatore, perché ha guardato l'umiltà della sua serva...» (Lc 1, 48-48).

P. FELICE RUFFINI, M.I.

Sottosegretario
del Pontificio Consiglio

¹ *Salvifici Doloris*, n. 3.

² *Redemptor Hominis*, n. 10.

³ *Lumen Gentium*, n. 44.

⁴ *Perfectae Caritatis*, n. 25: «Tutti i Religiosi, perciò, animati da fede integra, da carità verso Dio e il prossimo, dall'amore alla Croce e dalla speranza nella futura gloria, diffondano in tutto il mondo la Buona Novella di Cristo, in modo che la loro testimonianza sia palese a tutti e sia glorificato il Padre nostro che è nei cieli (cf. Mt 5, 16) D.

⁵ *Dolentium Hominum*, n. 1.

⁶ Cf. *Ecclesiae Instituta Valetudini Fovendae Toto Orbe Terrarum Index*, Ediz. Pontificium Consilium de Apostolatu pro Valetudinis Aministris, Città del Vaticano 1994, pp. 1004.

⁷ BRUSCO A., *Introduzione a La vita consacrata nel mondo della salute*, in «Atti del Convegno - Roma, 29-30 marzo 1993», Quaderni di «Camillianum», n. 4-1993.

⁸ Vd. *Christifideles Laici*, n. 34.

⁹ ANGELINI F., *Quel soffio sulla creta*, Ediz. Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, Città del Vaticano 1990, p. 169: «...la missione evangelizzatrice della Chiesa in campo sanitario mira direttamente all'essenziale, vale a dire creare la comunione, il coinvolgimento di chi assiste e di chi è assistito. Evangelizzando gli Infermi la Chiesa realizza se stessa e si fa Chiesa con gli infermi. Dove non può creare l'uguaglianza, crea l'unità, dalla quale il Signore disse che avrebbe riconosciuto i suoi discepoli».

¹⁰ VANHOYE A., *La vita consacrata nel mondo della salute - Fondamenti Biblici*, Quaderni di «Camillianum» n. 4, Roma 1993, p. 20.

¹¹ Vd. *idem*, p. 21.

¹² *Idem*, p. 22.

¹³ GIOVANNI PAOLO II, Catechesi all'Udienza generale del 9 novembre 1988, *La Traccia - L'insegnamento di*

Giovanni Paolo II, n. 11, dicembre 1988, p. 1570, n. 2.

¹⁴ VANHOYE A., *op. cit.*, p. 23.

¹⁵ GIOVANNI PAOLO II, Catechesi all'Udienza generale del 9 novembre 1988, *La Traccia - L'insegnamento di Giovanni Paolo II*, n. 11, dicembre 1988, p. 1571, nn. 3, 4.

¹⁶ *Salvifici Doloris*, n. 19.

¹⁷ *Lumen Gentium*, n. 44: «...lo stato religioso più fedelmente imita e continuamente rappresenta nella Chiesa la forma di vita, che il Figlio di Dio abbracciò quando venne nel mondo per fare la volontà del Padre, e che propose ai discepoli che lo seguivano».

¹⁸ *Ib.*: «Di qui ne deriva il dovere di lavorare, secondo le forze e il genere della propria vocazione, sia con la preghiera, sia anche con l'opera attiva, a radicare e consolidare negli animi il Regno di Cristo e a dilatarlo in ogni parte della terra».

¹⁹ ANGELINI Card. FIORENZO, *Il Sacerdote è chiamato a portare ai malati la simpatia del Salvatore*, in «*Dolentium Hominum - Chiesa e salute nel mondo*», rivista del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, Città del Vaticano 1990, n. 15, p. 60, n. 3: «Se Cristo, per attuare la salvezza, ha assunto la condizione degli ultimi, soffrendo fino alla morte in croce, il sacerdote, continuatore dell'opera di Cristo, ha il dovere, per vocazione, di incontrare l'umanità là dove Cristo l'ha avvicinata, cioè nella sofferenza. Questa e non altra è la via della salvezza».

²⁰ *Perfectae Caritatis*, n. 1: «...tutti coloro che, chiamati da Dio alla pratica dei consigli evangelici, ne fanno fedelmente professione, si consacrano in modo speciale al Signore, seguendo Cristo che, vergine e povero (cf. Mt 8, 20; Lc 9, 58) redense e santificò gli uomini con la sua obbedienza spinta fino alla morte di croce (cf. Fil 2, 8). Così essi, animati dalla carità che lo Spirito Santo infonde nei loro cuori (cf. Rom 5, 5), sempre più vivono per Cristo e per il suo Corpo che è la Chiesa (cf. Col 1, 24)».

²¹ Vd. ANGELINI Card. F., *Il Sacerdote è chiamato a portare ai malati la simpatia del Salvatore*, nella rivista *Dolentium Hominum*, *op. cit.*, n. 15-1990, p. 61, n. 9.

²² Vd. *Sal* 38, 2.4; 39, 9.11; 41, 5; *Sir* 39, 9-10.

²³ Vd. *Apostolicam Actuositatem*, n. 8-E: *I Religiosi nel mondo della sofferenza e della salute*, Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, Città del Vaticano 1987, cap. 6.

²⁴ Vd. *Formazione Sacerdotale e pastorale sanitaria*, Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, Città del Vaticano 1990, p. 12.

²⁵ Vd. *Perfectae Caritatis*, n. 1.

²⁶ ANGELINI Card. F., *Quel soffio sulla creta*, *op. cit.*, p. 257.

²⁷ C.E.I., *Evangelizzazione e testimonianza della Carità - Orientamenti pastorali per gli anni '90*, n. 9: «Ma la verità cristiana non è una teoria astratta. E anzitutto la persona vivente del Signore Gesù (cf. Gv 14, 6), che vive risorto in mezzo ai suoi... Questa esperienza ha un volto preciso, antico e sempre nuovo: il volto e la fisionomia dell'amore... sempre e per natura sua la Carità sta al centro del Vangelo e costituisce il grande segno che induce a credere al Vangelo».

²⁸ *Redemptoris Missio*, n. 42: «L'uomo contemporaneo crede più ai testimoni che ai maestri, più all'esperienza che alla dottrina, più alla vita e ai fatti che alle teorie...».

²⁹ PIO XII, *Discorsi ai Medici*, a cura del Card. Fiorenzo Angelini, Ediz. Orizzonte Medico, Roma 1969, VI edizione, p. 4: «Poiché nelle opere di misericordia è l'essenza stessa del Vangelo (e la prova è nelle parole di Cristo giudice, che non ammetterà nel Regno eterno se non chi ebbe della misericordia il culto pratico) voi, come tutti coloro che più direttamente sono chiamati a sollevare gli afflitti nel corpo e nello spirito, siete le pagine vive di questo gran Libro divino, destinate cioè a mostrare al mondo che il messaggio di Gesù Cristo, non è lettera morta, ma sostanza di vita, sempre attuabile e sempre attuata...».

³⁰ REDRADO J.L., *Evangelizzazione e Pastorale Sanitaria*, nella rivista *Dolentium Hominum*, *op. cit.*, n. 12-1989, p. 64: «... La parola viva di Cristo deve incarnarsi nella vita dei testimoni: non è una informazione-istruzione su Cristo; non consiste semplicemente nel condividere la vita con gli altri (essere buoni professionisti, risolvere i problemi). Essere testimoni provoca negli altri alcuni interrogativi: perché si comportano così? Perché vivono in questo modo? Perché stanno con noi?...».

³¹ LE ROUX Sr. A., *REPSA - L'Associazione delle Religiose Francesi impegnate nella Sanità*, nella rivista *Dolentium Hominum*, *op. cit.*, n. 8-1988, p. 49: «... Esse partecipano concretamente alla missione Evangelica della Chiesa: rivelare l'Amore di Dio, Padre-Figlio-Spirito, all'uomo malato, povero, emarginato. Con le loro attività sanitarie e sociali, esse sperimentano la loro fede in Dio e la loro fede nell'uomo; esse danno concretezza alla Carità, cuore della loro vocazione apostolica, con la loro scelta, con il loro modo di vivere la relazione intersociale, inerente alle loro professioni.».

³² *Costituzione e Disposizioni Generali dei Ministri degli Infermi*, Casa Generalizia, Roma 1988, art. 28: «Professiamo con voto pubblico questi consigli evangelici e, secondo il nostro carisma, emettiamo un quarto voto con il quale ci consacrano al servizio dei malati, sia ne-

gli ospedali che in qualunque altro luogo, anche con il rischio della vita, a imitazione del buon samaritano e seguendo l'esempio di San Camillo che considerava gli infermi suoi "signori e padroni"».

³³ Vd. RUFFINI F., *La Vita per Cristo*, Ed. Camilliane, Torino 1993, pp. 144.

³⁴ CICALTELLI S., *Vita del P. Camillo de Lellis - manoscritto*, a cura del P. Piero Sannazzaro, Curia Generalizia Ministri degli Infermi, Roma 1980, p. 94: «Quali sapendo certo andar tutti alla manifesta morte per amor di Dio, ringraziando la Santa Obbedienza che gli avesse giudicati degni di ciò andarono contentissimi e di buona voglia».

³⁵ *Id.*, p. 180: «... inginocchiandosi avanti a i piedi di Camillo lo supplicavano con le braccia in croce che non gli facesse perdere una così santa occasione di guadagnare quella corona che tiene tanto parentado col martirio...».

³⁶ *Id.*, p. 197: «... l'uno con l'altro si esortavano a morire volentieri reputandosi felicissimi d'haver posto la vita per amor d'Iddio, e per la salute de lor prossimi...».

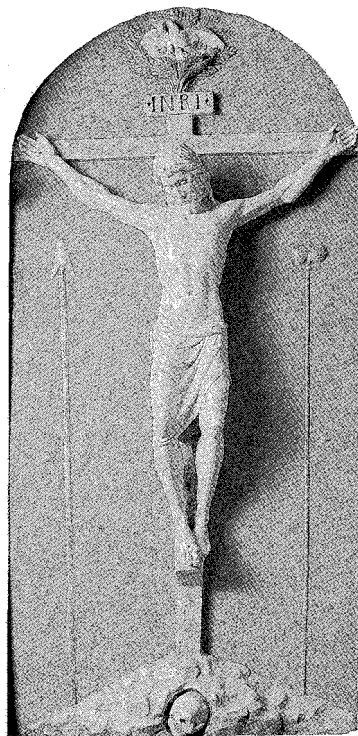
³⁷ *Id.*, p. 31: «Nelle quali contagioni havendo essi perduto la vita presente e momentanea chi dubita che non habbino acquistata l'eterna, e celeste? et però degni che siano nel libro della vita scritti, non che in questa mia semplice historia nominati. Essendo stata la lor morte quasi un altro martirio, leggendosi nel Martirologio (conforme anco riferisce Eusebio) che in Alessandria...».

³⁸ *Martyrologium Romanum* a sanc-tissimo domino Benedicto XV ad-puobatum, Taurini-Romae, Marietti 1925, p. 76, 28 febbraio: «Ibidem (Alexandrie) commemoratio sanctorum Presbyterorum Diaconorum et aliorum plurimorum; qui tempore Valeriani Imperatoris, cum pestis saevissima grassaretur, morbo laborantibus ministrantes, libentissime mortem oppetiere, et quos velut Martyres religiosa piorum fides venerari consuevit».

³⁹ CICALTELLI S., *Vita del P. Camillo de Lellis*, Appresso Guglielmo Facciotti, Roma 1624, p. 75: «La santa morte de' quali essendo stata scritta al Padre Camillo in Roma, esso subito offerì l'anime loro a Sua Divina Maestà come primizie di tutti gli altri, che per l'awenire con questo nuovo geno di morte, dovevano sacrificar le vite loro per salute de' prossimi...».

⁴⁰ Il 12 febbraio ultimo, anniversario della Conversione di S. Camillo, la Generale Consulta dei Camilliani, riunita coi Superiori Provinciali dell'Ordine in Manila, ha stabilito la «GIORNATA DELLA MEMORIA DEI RELIGIOSI CAMILLIANI MARTIRI DELLA CARITÀ», da celebrarsi annualmente il 25 maggio, giorno della nascita del Fondatore.

⁴¹ Lizaso Berruete F., OH, *Arrivederci in Cielo*, Ediz. F.B.F., Cernusco sul Naviglio (MI) 1992, p. 9: «Si ricordino i fratelli di essere tenuti, nell'assistenza corporale degli infermi degenti nei nostri ospedali, a tutti i servizi necessari, quantunque vili ed umili, anche con pericolo della vita, richiamandosi alla memoria ciò che promisero, e che tutto ciò che per amor di Dio fanno agli infermi e ai poveri, lo fanno a Nostro Signore Gesù Cristo, come egli stesso disse (art. 225)».



⁴² *Id.*, p. 17: Così da Roma il 4 aprile 1936 scriveva il Superiore Generale, Fra Narciso Dürschlein: «Vista ed esaminata attentamente la gravissima situazione politica della Spagna... i nostri religiosi non abbandoneranno l'assistenza ai malati, fino a che le autorità se ne facciano carico...», rimangono al capezzale dei malati fino a quando forze maggiori impongano di abbandonarli... Questo sarà eroico, visto lo stato di anarchia che regna, però questo è richiesto da un sacro dovere».

⁴³ *Id.*, p. 9.

⁴⁴ SCURANI A., *Lebbuosoper Cristo - Padre Damiano*, Ediz. L.D.C., Col-lana Campioni 25, Torino 1991, p. 11: «... Ricevette gli ordini minori il 19 ottobre 1863. Proprio in quei giorni il fratello Augusto (divenuto Padre Panfilo) doveva partire missionario per le Haway, ma prima della partenza cadde ammalato di tifo. Fratel Damiano si sentì ispirato a chiedere di sostituirlo...».

⁴⁵ *Id.*, p. 14: «È per il ricordo di essermi steso sotto il drappo mortuario il giorno dei miei voti, che ho sfidato il pericolo di contrarre la terribile malattia, facendo il mio dovere a Molokai».

⁴⁶ *Id.*, p. 13: «Eccellenza, di tutti i distretti, il mio è quello che presenta il maggior numero di lebbrosi. Numerosi cattolici da me conosciuti sono ora rinchiusi a Molokai. Io ho già una qualche pratica di lebbrosi. Domando a Vostra Eccellenza di mandare me».

⁴⁷ *Id.*, p. 20: «Il primo a rompere il silenzio fu l' "Advertiser" di Honolulu: "Molte volte avevamo già fatto osservare che i poveri lebbrosi sequestrati a Molokai, ove si trovano senza medicine né assistenza spirituale, offrivano all'eroismo cristiano l'occasione di compiere un nobile olocausto. Siamo orgogliosi e felici di dire che questo eroe si è trovato"».

⁴⁸ *Id.*, p. 15: «È con l'affetto che voglio convertirli a Dio. Infatti, se essi si affezionano al prete, arriveranno facilmente ad amare il Signore.»

⁴⁹ *Id.*, p. 28: «Spero di essere eternamente riconoscente a Dio di questo favore. Il male affretterà un po' e renderà più diretta la mia strada verso la patria celeste. In questa speranza lo accetto come la mia croce personale e mi sforzo di portarla, secondo l'esempio di Simone il Cireneo, al seguito del nostro divino Maestro. Aiutatemi con le vostre preghiere, ve ne supplico, affinché io trovi la forza di perseverare e di arrivare serenamente alla sommità del Calvario».

⁵⁰ GIOVANNI PAOLO II, all'«Angelus» nella Solennità dell'Epifania, 6 gennaio 1988, *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, vol. XI, 1, 1988 (Gennaio-Aprile), Libreria Editrice Vaticana 1989, pp. 32-33, nn. 1, 3.

⁵¹ *Lumen Gentium*, n. 53.

⁵² GIOVANNI PAOLO II, *La Consacrazione dei Religiosi alla luce del Mistero della Redenzione*, S. Pietro 25 marzo 1984, Ench. Vaticanum vol. 9, n. 758: «Se la Chiesa intera trova in Maria il suo primo modello, a maggior ragione lo trovate voi, persone e comunità consacrate all'interno della Chiesa (...) Ella, infatti, è stata chiamata da Dio alla comunione più perfetta col Figlio suo. Sia ella, la Vergine fedele, anche la Madre della vostra via evangelica...».

* È stato redatto su 120 Paesi dei 135 censiti.

Attratti dal Vangelo della sofferenza

34

Sono particolarmente emozionati di essere presenti questa mattina all'annuncio della creazione della Pontificia Accademia per la Vita. Credo che chiunque si occupi di sanità possa riconoscere la straordinaria importanza e il potenziale di questa Accademia, di cui siamo naturalmente debitori al Santo Padre Giovanni Paolo II. È tuttavia mia personale convinzione che essa non avrebbe potuto sorgere senza la dedizione del Cardinale Angelini.

Mi è stato chiesto di parlare dei bisogni della cura sanitaria come stimolo alle vocazioni, alla vita religiosa e al sacerdozio. Molti di noi che, in un modo o nell'altro, si occupano intensamente di cura sanitaria possono essere portati a dimenticare che nella pastorale sanitaria esiste l'enorme potenziale non soltanto di attirare laici meravigliosi, ma anche di spingerli a considerare la possibilità di diventare suore o sacerdoti, se questo è il disegno di Dio.

Alcuni giorni fa, Madre Teresa di Calcutta ci ha reso visita a New York. In quell'occasione, ho avuto il privilegio di concelebbrare la Messa per lei e per le sue consorelle. Tutti voi che la conoscete sarete senz'altro d'accordo nell'affermare che, dopo averla incontrata, ascoltata ed aver parlato con lei, si riparte entusiasti, ispirati e profondamente colpiti da quel che ovviamente è il lavoro dello Spirito Santo. Madre Teresa mi ha detto che il 19 marzo si recherà in Cina per aprire una nuova casa per le sue suore, casa che ella con rispetto chiama «tabernacolo»; dalla Cina andrà in Vietnam e quindi a Burma. La Madre non le chiama case poiché per lei la vita di una Suora Missionaria della Carità deve ruotare attorno all'Eucaristia, ed è la presenza dell'Eucaristia a creare comunità per loro. Ella crede che la presenza del Santissimo Sacramento eserciti un'influenza

infinitamente più grande di quella che lei o un'altra religiosa potrebbero avere.

Madre Teresa è cittadina albanese. Dopo molti anni di richieste, le fu permesso di entrare nel paese e di incontrare il presidente, il dittatore. Ella gli espresse il suo desiderio di aprire dei «tabernacoli», e gli spiegò cosa fossero. Il presidente le rispose che era impossibile aprire luoghi pubblici per qualunque tipo di culto in Albania ed era certamente proibito avere la Santa Eucaristia. «A dire il vero — aggiunse — lei potrebbe essere condannata a morte».

Madre Teresa non disse al presidente che sotto l'abito, in una piccola pisside attaccata al collo, portava — dietro speciale permesso — l'Eucaristia. Ella è convinta che fu il potere dell'Eucaristia a muovere alla fine il cuore del dittatore e a permetterle di aprire diversi «tabernacoli» nel paese. Possiamo credere che fu l'apertura di questi tabernacoli a rendere possibile al nostro Santo Padre di visitare il paese qualche tempo dopo e di ordinare quattro nuovi Vescovi, uno dei quali proveniente da New York. Madre Teresa ha aperto «tabernacoli» in 105 paesi.

Ella racconta una storia bellissima che vorrei far conoscere anche a voi.

«Una ragazza venne in India per far parte delle Missionarie della Carità. Secondo una nostra regola, il giorno immediatamente seguente, le nuove arrivate devono recarsi alla Casa del Morente. Così dissi alla ragazza: "Hai visto con quale amore e cura il sacerdote durante la Santa Messa tocca Gesù nell'Ostia. Fai la stessa cosa quando vai alla Casa del Morente, poiché è lo stesso Gesù che troverai nei corpi feriti dei nostri poveri".

E lei andò. Dopo tre ore tornò e mi disse con un gran sorriso — non ne avevo mai visti altri

così — "Madre, ho toccato il corpo di Cristo per tre ore". "Cosa hai fatto?", le risposi. Ella mi disse: "Quando siamo arrivate alla casa, hanno portato un uomo che era caduto in un canale dove era rimasto per un certo tempo. Era sporco, coperto di ferite e di larve. Mentre lo pulivo sapevo che stavo toccando il Corpo di Cristo"» (*A Gift for God: Prayers and Meditations*, Harper & Row Publishers, New York 1975, pp. 56-57).

La prima volta che lessi questa storia, tornai con la mente ad un giorno di cinquanta o cinquantacinque anni fa, quando ero molto giovane e insegnavo Educazione Religiosa. Era estate e faceva molto caldo. Terminata la lezione lasciai l'edificio. Sdraiato sulle scale della scuola c'era un vecchio completamente ubriaco e sporco. Guardai i suoi piedi e pensai che i miei occhi stessero vedendo doppio. Mi piegai per guardare meglio e devo confessare che lo spettacolo che vidi mi rivoltò lo stomaco. I suoi piedi erano coperti di larve in movimento. Mi resi conto che era ferito. Aveva una scheggia in una gamba che, all'apparenza, era entrata in cancrena. Aveva inoltre un altro taglio nell'altro piede e, benché io non sia medico, pensai che le larve gli stessero mangiando il tessuto canceroso.

Avrei voluto scappare. Era un dilemma terribile per me. Non avevo mai visto qualcosa del genere prima. Ma avevo una vecchia automobile e la formazione dataci dalla nostra fede. Lo trascinai letteralmente dentro la macchina. L'uomo opponeva una certa resistenza. Per prima cosa lo portai al pronto soccorso di un ospedale cattolico dove, mi dispiace dirlo, mi comunicarono che non potevano occuparsi di un caso simile. Lo condussi allora all'ospedale generale. Rimasi felicemente colpito dal modo con il quale ci ricevettero e lo

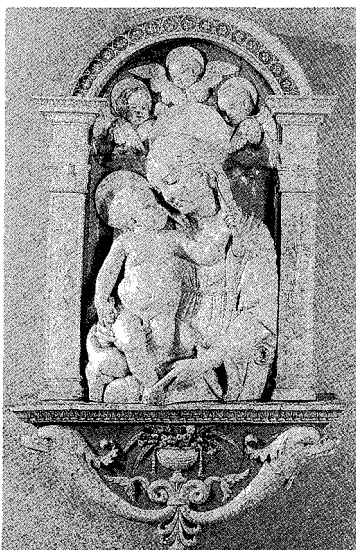
presero in consegna. Il giorno dopo tornai a trovarlo. Lo trovai pulito, rasato, pettinato; indossava un pigiama pulito e riposava su lenzuola candide; era una persona completamente differente.

Vi sto raccontando questa storia semplicemente perché è un'eco della storia di Madre Teresa sulla giovane postulante? No. Ve la racconto perché mi è stato chiesto di affrontare la questione della pastorale sanitaria come stimolo alle vocazioni al sacerdozio e alla vita religiosa. L'esperienza che vi ho appena descritto mi ha spinto ad andare al di là della retorica, al di là dei libri di testo, al di là del catechismo del giorno e ad accettare la realtà che in quell'uomo era presente Cristo. Credo che sia immensamente importante stimolare le menti e i cuori a perseguire la possibilità di una vocazione alla vita religiosa o al sacerdozio.

Questo avvenne prima che leggessi *Damien, the Leper*. Credo che questo libro, scritto originariamente in inglese, sia stato tradotto in molte lingue. Probabilmente molti di voi conoscono la storia di Damien. Forse perché ero giovane e impressionabile, la storia ebbe un profondo impatto su di me. Questo bel giovane belga, Damien de Veuster, che nel proprio paese aveva tutta una vita da vivere, ebbe la visione di dover andare a lavorare con i lebbrosi di Molokai. Egli non sapeva assolutamente nulla di loro. Forse ne aveva soltanto un'idea romanzata, ma andò letteralmente ad uccidersi lavorando per loro, creando un rudimentale dispensario con medicine di pronto intervento primitive per cercare di aiutare quanti erano in situazioni disperate. Diceva messa per loro in una piccola cappella. Malgrado tutti i suoi sforzi nei loro confronti, essi spesso non apprezzavano quel che faceva: per loro non era ancora abbastanza.

Un giorno, come ricorderete, Damien si rovesciò dell'acqua bollente su un piede e non avvertì dolore. Seppe da quel momento di aver contratto la lebbra. La domenica seguente iniziò la sua omelia non con le parole: « Voi lebbrosi », ma: « Noi lebbrosi ».

È una storia troppo sentimentale? Non abbiamo sentimenti? Vediamo la cura del malato, del sofferente, dell'afflitto da un punto di vista puramente intellettuale? Possiamo ancora essere ispirati, a qualunque età, e in particolare possiamo ispirare i giovani con la storia di Damien di Molokai?



Sono convinto di dovere la mia vocazione, in larga misura, al fatto delle larve e all'aver letto e pregato su *Damien, the Leper*. Fu molti, molti anni dopo che, come Arcivescovo di New York, in risposta ad una richiesta mi recai in Etiopia. Come avrete forse fatto anche voi, avevo visto molti programmi televisivi sulla fame in quel paese. Ma la televisione non mi aveva preparato alla realtà, alle migliaia di persone che scendevano dalle montagne,

disperatamente affamati e senza assolutamente nulla, dopo aver attraversato un deserto arido dove il caldo, durante il giorno, era indescrivibile e il freddo, nella notte, penetrava nelle ossa.

Ho visto una lunga fila di persone arrivare in massa nei centri per la distribuzione del cibo. Li ho visti cadere, fermarsi per bruciare i loro morti. Li ho visti ripararsi nelle tende messe a loro disposizione, insufficienti però per le migliaia di persone rimaste senza tetto. Un bambino musulmano, con gli occhi coperti di mosche che mi hanno detto, sono una delle conseguenze della malnutrizione e che lo avevano reso cieco, mi morì tra le braccia!

Ogni avvenimento del genere deve aumentare il nostro senso della sacralità di ogni vita umana. A mio giudizio, dobbiamo predicare, insegnare e mettere in pratica in ogni modo possibile un senso di venerazione per ogni vita umana, una convinzione appassionata che ogni essere umano è letteralmente fatto ad immagine di Dio. Non è un'astrazione, è una realtà.

Credo che una delle ragioni della scarsità di vocazioni in alcuni paesi, grazie a Dio non in tutti ma certamente nel mio, sia dovuta forse al nostro fallimento, all'incapacità cioè di alcuni di noi di non predicare ideali ai giovani, di sottovalutarli. Tendiamo a credere che essi vogliano soltanto musica rock e permissivismo sessuale. Prima che il Santo Padre si recasse a Denver, nel Colorado, nell'agosto del 1993, i mass media dicevano che sarebbe stato molto meglio per lui se fosse rimasto a casa, poiché le migliaia di giovani che lo aspettavano gli avrebbero gridato il loro odio e il loro disaccordo con i suoi insegnamenti. Ma chiunque sia stato a Denver in quell'occasione è rimasto del tutto sorpreso poiché, nel momento in cui l'elicottero del Papa è apparso nel cielo, le migliaia di gio-

vani sono irrotte in un indimenticabile coro per dargli il benvenuto. Quando l'elicottero ha toccato terra, essi hanno iniziato a gridare: «Giovanni Paolo II, noi ti amiamo! Giovanni Paolo II, noi ti amiamo!». E il Santo Padre ha risposto: «Giovanni Paolo II vi ama!».

Quindi il Papa ha parlato ai due o trecentomila giovani radunati. Di cosa ha parlato? Della sacralità della vita umana, in maniera semplice e non complicata o sofisticata; è stato un insegnamento schietto sulla sacralità della vita umana. Il Santo Padre ha detto: «Cristo è morto per ogni essere umano. Gesù è venuto per voi e per me per raccogliere i pezzi delle vite distrutte. Egli ha detto, seguitemi. Egli ci chiede di essere puri e di amare tutti gli uomini». I giovani hanno applaudito e applaudito. Abbiamo perso di vista tutto questo? Abbiamo perso di vista la loro capacità di sacrificio?

Circa due anni fa, ho scritto un breve annuncio sul giornale diocesano *Catholic New York*, dal titolo: «Cercasi Suore per la Vita». Dopo aver lavorato per un certo numero di anni per il movimento pro-vita degli Stati Uniti, e dopo aver visto molte persone sacrificarsi in molti modi (attraverso la preghiera, l'invio di lettere e gli sforzi per cambiare la legislazione), alla fine mi sono convinto che quel di cui abbiamo bisogno è una comunità religiosa interamente dedicata alla causa della vita umana ad ogni livello, dal concepimento fino alla morte naturale. Dopo tutto, nel corso della storia della Chiesa, l'onnipotente ha creato comunità religiose per andare incontro ai bisogni dell'uomo e delle anime minacciate in migliaia di modi differenti. Nel mio articolo dicevo semplicemente:

Questo è un annuncio essenzialmente commerciale, o meglio una richiesta. Vorrei creare una nuova comunità religiosa di donne...

La mia comunità di suore dovrà pronunciare i tre voti di povertà, castità ed obbedienza, ed un quarto voto di difendere la vita umana...

Le Suore per la Vita dovrebbero avere due compiti principali. Anzitutto, dovrebbero pregare, e intendo *pregare*. Dovrebbero trascorrere un

significativo numero di ore ogni giorno in preghiera. Ci sono molte iniziative meravigliose che si svolgono attualmente nel movimento Pro-Vita, molti sacrifici vengono fatti da numerose persone. Ma nessuna comunità religiosa, da quel che so, ha come carisma quello di pregare per la vita.

Sono assolutamente convinto che soltanto la preghiera possa essere efficace in numerosissimi casi. Soltanto la preghiera può cambiare i cuori delle pubbliche autorità che si occupano di aborto e/o di eutanasia. Soltanto la preghiera può muovere quanti in maniera appassionata si occupano di «diritti delle donne», o del «diritto alla privacy», esclusi tutti gli altri diritti. Soltanto la preghiera può dissuadere le donne ad abortire, alcuni dottori a sostenere l'aborto, alcune famiglie a chiederlo.

...Nel mondo ci sono moltissime meravigliose comunità religiose. Molte vanno incontro a buona parte dei bisogni citati in questo articolo. Nessuna tuttavia, ripeto, è interamente dedicata alla difesa contro l'aborto e la cosiddetta «morte pietosa» a motivo del suo carisma, cioè la sua ragion d'essere.

Scrivetemi qualora foste interessati. Lunga è la strada da percorrere tra l'idea di creare

una nuova comunità religiosa e metterla in pratica...

Questo è avvenuto due anni fa. Ora negli Stati Uniti esiste una comunità chiamata le Suore per la Vita. Quando scrissi l'annuncio, molte persone mi dissero: «Sei forse uscito di senno? Pensi che oggi qualcuno risponderà?». Ho ricevuto risposte subito dopo da tutti gli Stati Uniti, dall'Australia, dal Canada e dall'Inghilterra. Questa particolare comunità religiosa sta crescendo molto rapidamente a dimostrazione che l'idealismo e il desiderio di sacrificio sono ancora molto vivi nei nostri giovani.

Mi sono occupato a lungo della cura dei malati di AIDS. Quando l'AIDS ha colpito la nostra società a New York, ho letto tutto quel che era possibile e parlato con tutti quei dottori che hanno voluto ascoltarmi. Mi sono reso conto che non avrei potuto capire in maniera adeguata l'importanza di questa malattia, se non me ne fossi occupato personalmente. Quindi ho iniziato a visitare i malati in ospedale, a lavare le loro ferite, a svuotare le loro padelle, a parlare con loro. Dopo averne incontrati 1.100, ho cercato di tradurre questa esperienza personale in azione.

Mi sono meravigliato di quanto fosse facile per me attirare dei volontari, come ad esem-



pio Cavaliere e Dame di Malta, ma anche molte persone comuni, per andare a visitare alcuni dei molti ospedali cattolici di New York che si prendono cura dei malati di AIDS nella fase iniziale e in quella acuta. Molti di questi volontari non sono sposati e potrebbero certamente abbracciare la vita religiosa o diventare sacerdoti. Tutto è lì, ma noi dobbiamo aiutarli a riconoscere il potenziale della vocazione religiosa. Vorrei tornare a Madre Teresa, e raccontarvi un'altra sua meravigliosa storia:

C'è sempre il pericolo che possiamo diventare operatori sociali oppure di svolgere il nostro lavoro soltanto per il lavoro. È pericoloso dimenticare per chi lo stiamo facendo. Il nostro lavoro è soltanto un'espressione del nostro amore per Cristo. I nostri cuori devono essere pieni di amore per Lui, e poiché dobbiamo esprimerlo con le azioni, i più poveri dei poveri sono quindi il mezzo per esprimere il nostro amore per Dio.

...Un Hindu ha detto che loro e noi svolgiamo un lavoro sociale, ma la differenza tra loro e noi è che essi lo fanno per *qualcosa*, mentre noi lo facciamo per *Qualcuno* (*A Gift for God*, pp. 41-42).

Credo che, con grande coraggio e senza imbarazzo, dobbiamo andare incontro ai giovani, aiutarli ad individuare i bisogni, presentare loro degli ideali. Dobbiamo naturalmente incoraggiarli ad impegnarsi in attività sociali, umanitarie e caritative. Ma è ugualmente importante invitarli chiaramente a considerare la possibilità di fare tutto questo con il carisma dato loro dall'essere una suora o un sacerdote. Credo che la risposta potrebbe essere straordinaria!

Non posso sottolineare in maniera troppo forte l'enorme potenziale che sta nel riconoscere il valore della sofferenza. Nella *Salvificis Doloris*, il Santo Padre dice:

«...Il terreno della sofferenza umana è molto più vasto, molto più vario e pluridimensionale (della medicina). L'uomo soffre in modi diversi, non sempre contemplati dalla medicina, neanche nelle sue più avanzate specializzazioni. La sofferenza è qualcosa

di ancora più ampio della malattia, di più complesso ed insieme ancor più profondamente radicato nell'umanità stessa» (n. 5).

Moltissime comunità religiose del mondo sono state create da laici che hanno poi abbracciato la vita religiosa perché avevano essi stessi sofferto e avevano riconosciuto che, come ha detto una suora Domenicana, «la sofferenza può costruire un ponte verso l'infinito».

Una delle meravigliose comunità religiose che abbiamo a New York è quella delle Suore Domenicane del Povero Malato. La loro fondatrice è stata Rose Hawthorne, sorella del famoso scrittore americano Nathaniel Hawthorne. Né Rose né suo marito, George Lathrop, erano cattolici. Essi lo divennero; George cominciò a bere sempre di più. Benché litigassero di frequente, Rose non voleva divorziare a causa dello scandalo che si sarebbe creato. Ma, alla fine, entrambi si resero conto che la separazione era ormai inevitabile. Rose cadde in uno stato di profonda depressione e di terribile sofferenza in cui si sentiva una con Cristo nel Giardino del Gethsemani, il Cristo sulla Croce che grida: «Mio Dio, mio Dio, perché mi hai abbandonato?».

Una sua amica, Emma Lazarus, che divenne famosa nel nostro paese per aver ideato l'iscri-

zione alla base della Statua della Libertà, morì di cancro. Ciò spinse Rose Lathrop a prendersi cura dei poveri malati di cancro. A quel tempo, questa malattia non era conosciuta e si riteneva che fosse contagiosa. Nessuno si prendeva cura dei poveri. Rose iniziò a girare per le strade di New York, raccogliendo i malati, portandoli in una piccola stanza che aveva preso in affitto, curandoli con le proprie mani senza paura di restare contagiata dalla malattia, e sulla base di questa esperienza creò questo ramo delle Suore Domenicane. Una delle loro regole è quella di non-accettare denaro dai pazienti. E una delle nostre più belle comunità ed è iniziata con l'apprezzare la sofferenza.

Io predico molto sulla sofferenza. Trovo che i giovani siano attratti da questo. Quando parlo loro delle loro pene e dei loro dispiaceri, anche in tenera età, ricordo loro che essi possono unirli alle sofferenze di Cristo sulla Croce e diventare così persone forti. Quando visito qualcuno gravemente ammalato in ospedale, non manco mai di ricordargli che, se unisce le sue sofferenze a quelle di Cristo, egli può contribuire a salvare il mondo. Se il malato è una suora o un sacerdote, gli ricordo che Cristo non ha salvato il mondo soltanto quando predicava, insegnava o compiva miracoli spettacolari, bensì quando era indifeso sulla croce. Ricordo loro che nel loro essere indifesi, essi sono molto più forti di quanto lo fossero prima.

Infine, se attiriamo i laici alla vita religiosa o al sacerdozio con l'intenzione di offrire loro il potenziale della pastorale sanitaria, allora dobbiamo fare ciò che sta diventando sempre più difficile oggi. Non dobbiamo cioè dare rilievo all'aspetto *commerciale* della cura sanitaria e al linguaggio della competizione di mercato che sta entrando in uso perfino nei nostri ospedali cattolici. Dobbiamo fare attenzione a non considerare i pazienti, che sono persone sacre, come letti di ospedale. Non sto parlando ingenuamente. Nell'Arcidiocesi di New York ci sono 18 ospedali cattolici, 16 case di riposo, 14 istituti per l'infanzia, molte cliniche, speciali ministeri per i malati di AIDS e così via. Il costo operati-



vo annuale del nostro Sistema Sanitario Cattolico ammonta a \$ 1.500.000.000. Quindi non posso essere ingenuo circa il costo della cura sanitaria. Al momento negli Stati Uniti non abbiamo alcuna forma di assistenza mutualistica e, di conseguenza, dobbiamo lottare enormemente per raccogliere il denaro sufficiente a sostenere la cura sanitaria cattolica. Siamo legati da molte procedure e interventi governativi.

Ad esempio, in uno dei nostri ospedali specializzati nella cura per il cancro, dove i pazienti prima vivevano soltanto sei settimane al massimo — poiché reduci da cure ospedaliere intensive e poiché in fase terminale — ora, a causa dei vari palliativi che eliminano quasi completamente il dolore fisico e per diverse altre ragioni, molti di loro arrivano a vivere un anno e anche più, e molti sono in grado di tornare a casa per determinati periodi di tempo con assistenza domiciliare. La nostra maggiore compagnia di assicurazioni ci ha di recente avvertiti che teniamo le persone in vita « troppo a lungo » e che se continueremo in questo senso perderemo la nostra assicurazione sanitaria!

Conosco bene le wressioni commerciali e finanziarie esercitate sulla sanità cattolica. Le vivo, le respiro. Tuttavia dobbiamo in qualche modo superarle e non cominciare a pensare ai pa-

zienti in termini puramente di durata di permanenza. Non possiamo pensare soltanto a come soddisfare i vari requisiti governativi, a come possiamo togliere le persone dai letti e a come mettercene delle altre, a come possiamo competere con altri ospedali. Queste sono tutte ansie comprensibili, ma è così facile dimenticare che la cura sanitaria è una *vocazione*, un *apostolato*. Non possiamo attirare vocazioni se non possiamo dimostrare la nostra profonda dedizione alla persona umana.

Per concludere, vorrei fare due brevi affermazioni. Per noi — suore e sacerdoti — la preoccupazione primaria deve essere la salvezza dell'anima del paziente. La cura sanitaria non si limita al corpo. Lavorando con i malati di AIDS, ho scoperto che malgrado tutti gli sforzi per ottenere medicinali che prolunghino la vita o la rendano in wratica più facile, obiettivo questo perfettamente auspicabile, non siamo riusciti a fornire un'adeguata cura *spirituale* a questi malati. Può esserci la tendenza a credere che essi potrebbero non rispondere ad un cura spirituale e che cerchino soltanto ciò che possiamo fare per loro a livello fisico o medico. Molti di loro però rispondono quando parliamo delle loro anime immortali, quando diciamo « non mi interessa sapere come hai contratto l'AIDS, non mi interessa conoscere la tua re-

ligione o i peccati che hai commesso, né il tuo passato. Ti si offre ora una meravigliosa opportunità per prepararti alla felicità eterna perché Dio è pronto a riceverti nelle Sue braccia, se tu accetterai di aprirti a Lui ». Ho visto molte persone morire di AIDS, ma molto più serenamente rispetto ad altre morte per altre malattie.

Non esiste una formula magica per suscitare vocazioni. Come risposta a chi chiede, « perché non possiamo semplicemente lasciare il terreno della cura sanitaria totalmente nelle mani di laici buoni, degni e responsabili? », ha detto Giovanni Paolo II. Parlando della vita religiosa, egli ha detto « quel che conta maggiormente non è quel che i religiosi *fanno*, ma quel che essi *sono* come persone consacrate al Signore » (Messaggio all'Assemblea Plenaria della SCRIS, marzo 1980). Suore e sacerdoti portano uno speciale carisma semplicemente con il loro *essere*. Che enorme contributo potremmo dare non alla cura sanitaria in generale, ma a quanti sono nel bisogno, se, attraverso la grazia di Dio, potessimo generare una moltitudine di vocazioni alla vita religiosa e sacerdotale!

S. E. Card. JOHN O'CONNOR
Arcivescovo di New-York (U.S.A.)
Membro del Pontificio Consiglio



le religiose sanitarie e la loro missione nel campo della salute

Introduzione

Desidero che le mie prime parole siano di gratitudine per gli organizzatori di questa Assemblée, per l'invito di cui sono stata oggetto e per l'opportunità che mi offre di poter dire qualche cosa sulle RELIGIOSE SANITARIE E LA LORO MISSIONE, gruppo al quale appartengo.

Il mio intervento si basa su quello che le religiose stesse hanno detto di sé, credo sia la maniera di essere più fedeli alla realtà.

Nell'accettare l'impegno che mi è stato chiesto, di parlare sul tema menzionato, mi sembrava una pretesa costituirmi portavoce di tante religiose senza conoscerne la loro realtà: i campi in cui realizzano la loro azione apostolica, i mezzi di cui dispongono, l'appoggio che trovano negli enti pubblici e nei rappresentanti delle loro chiese locali, ecc.

Ci è stato difficile raccogliere i dati statistici generali dell'operato delle religiose sanitarie, poiché questi dati non esistono. L'*Index* (Ecclesiae Instituta Vetus et Novus) pubblicato nel 1986 dal Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, e aggiornato nel 1994, offre un'autorevole informazione che rivela l'azione della Chiesa nel campo della salute.

Nella seconda edizione, che in questi giorni ci viene consegnata come primizia, l'informazione è molto più ampia e precisa, ma non è possibile individuare numericamente l'azione delle religiose sanitarie nel mondo.

Basandoci su dati approssimativi, le religiose che si dedicano ai servizi sanitari e sociali sono circa il 40% del totale, che, su una cifra di 875.332, riportata nell'ultima edizione dell'Annuario Pontificio, prevede 350.139 religiose sanitarie nel mondo. La percentuale maggiore appartiene all'Europa (50%), seguita dal-

DISTRIBUZIONE DELLE RISPOSTE AI QUESTIONARI					
CONTINENTI	ORGANISMI REGIONALI	CURIE GENERALIZIE	CURIE PROVINCIALI	COMUNITÀ	TOTALE
Africa	—	—	1	—	1
America L.	1	9	25	1	36
Asia	—	—	1	—	1
Europa	3	5	16	6	30
TOTALE	4	14	43	7	68

l'America. Nell'America Latina c'è il 30% del totale.

Per raccogliere la voce delle stesse religiose sanitarie, elaborai un questionario che venne distribuito, attraverso le Superiori provinciali della mia Congregazione, ai diversi Stati d'Europa, d'Asia, d'Africa e dell'America del Sud.

La risposta alla mia domanda non si è fatta attendere e sono arrivate così 68 risposte provenienti dai continenti suddetti.

Credo che il numero sia sufficiente a dimostrare il pensiero di un'alta percentuale di religiose sanitarie.

— L'assenza di risposte ai questionari dell'Asia e dell'Africa sono compensate da quelle trasmesse dalle Curie Generalizie (21%), poiché queste hanno istituzioni in tutti i continenti del mondo.

— Le Curie Provinciali (63%) e gli Organismi Regionali (5%), esprimono ampiamente il pensiero delle religiose d'Europa e dell'America Latina, continenti nei quali, come abbiamo detto, c'è un grande numero di religiose.

Approfitto di questo momento per ringraziare, di cuore, tutte quelle religiose, Congregazioni e Federazioni che hanno risposto al questionario.

Raccolto tutto il materiale dei questionari, che ho utilizzato quale fonte di informazione, mi

è sembrato opportuno seguire il metodo *Vedere – Giudicare – Attuare* come forma per trasmetterla a voi.

In *Vedere*, presento quello che le religiose sanitarie dicono del settore della salute:

1. al mondo;
2. alla chiesa;
3. alla loro realtà concreta.

In *Giudicare*, commento le sfide che il mondo della salute presenta alla vita religiosa sanitaria femminile.

In *Attuare* identifico questo con il messaggio che le religiose sanitarie presentano al prossimo Sinodo dei Vescovi.

I. VEDERE

1. Nel mondo

Nei paesi sviluppati, caratterizzati dal pluralismo, dal tecnicismo, dal secolarismo e dal pragmatismo, i servizi della salute — dicono le religiose — sono tutelati dallo Stato, e la loro copertura economica si estende alla maggior parte della popolazione.

L'esigenza di professionalità ha raggiunto tutto il personale che opera nel campo sanitario, compreso il personale religioso.

D'altra parte, la formazione tecnico-professionale è l'unità di

misura assoluta per valutare il personale, escludendo così altri aspetti, come quello umano, religioso ed etico.

È incontestabile pure che in questi stessi paesi del primo mondo crescono le disuguaglianze: i più favoriti progrediscono nel benessere, mentre si generano nuove povertà e nuove infermità che rimangono ai margini dell'assistenza pubblica.

Di conseguenza si può affermare che il settore della salute in questi paesi è uno dei più tecnificati e professionalizzati e, allo stesso tempo, uno dei più disumanizzati, poiché si arriva all'uomo solo attraverso la tecnica, quasi sempre ai danni dell'aspetto umano.

Nei paesi in via di sviluppo il fenomeno ha sfumature diverse: gli Stati non assumono la responsabilità della salute dei propri cittadini, e data la carenza di mezzi della maggior parte della popolazione per accedere all'assistenza, essi si vedono privati di questo bene imprescindibile per la vita.

2. La Chiesa e il settore della salute

La Chiesa, negli ultimi anni — dicono le Religiose — ha prestato speciale attenzione al mondo della salute. Lo confermano i documenti del Magistero di Giovanni Paolo II, tra i quali emerge l'enciclica *Salvifici Dolores*, grido di solidarietà della Chiesa di fronte al mondo del dolore, l'istituzione della «giornata del malato», così come i molteplici interventi della Chiesa diretti agli infermi e agli operatori sanitari.

Menzione speciale va alla la creazione del Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, che con il *Motu Proprio Dolentium Hominum*, Giovanni Paolo II ha istituito, e che sua Eminenza il card. Fiorenzo Angelini dirige da quasi 10 anni.

Le molteplici iniziative portate a termine per lo sviluppo della Pastorale della Salute, possono considerarsi segno manifesto della particolare preoccupazione che la Chiesa ha per l'uomo, specialmente quando è bisognoso e infermo.

Anche a livello di Chiesa locale si avverte questa stessa sen-

sibilità verso il mondo della salute che, unita ad un maggior senso di appartenenza ecclesiale da parte delle religiose, va rendendo più facile la pastorale d'insieme attraverso lo specifico apporto dei rispettivi carismi.

Esistono tuttavia Chiese locali — aggiungono le religiose sanitarie — che mancano di un progetto pastorale della salute e denunciano alcuni vescovi e sacerdoti per il loro disinteresse nei riguardi di questa realtà degli infermi.

3. La Religiosa Sanitaria di fronte al settore della salute

3.1. La femminilità nella religiosa sanitaria

La religiosa sanitaria come donna si è sempre distinta per la sua capacità di donazione generosa e gratuita, per la sua servizievole prontezza e per l'attenzione all'infermo.

Sono stati proprio delle donne i gesti più noti di accoglienza e ospitalità. I tratti ospedalieri della carità, la delicatezza, la mansuetudine, la gratitudine, il sacrificio, la sollecitudine e la dedizione speciale a coloro che soffrono, sono gesti sacramentali dell'amore materno di un Dio vicino, misericordioso e sempre fedele, gesto che le religiose riproducono dall'esperienza femminile.

La consacrazione, realizzata attraverso i voti religiosi, potenza e tende a portare alla pienezza i tratti caratteristici della sua femminilità. La Religiosa Sanitaria è la donna destinata da Dio per generare la vita, per comunicarla e per curarla.

Dalla sua condizione di donna, la religiosa sanitaria collabora nella missione universale della Chiesa, unendo le sue forze a quelle della gerarchia e a quelle degli operatori laici, e assume talvolta funzioni di responsabilità più consone alle inquietudini e alle rivendicazioni della donna del nostro tempo.

3.2. Azione concreta delle religiose sanitarie oggi

È un dato di fatto che le religiose sanitarie hanno assunto con realismo, non privo di sofferenza, la situazione problematica che attraversa il mondo della

salute nell'attuale società dei paesi sviluppati: in alcuni casi hanno abbandonato le forme classiche dell'assistenza nei grandi ospedali e dislocando la comunità fuori dell'ambito ospedaliero, hanno professionalizzato il loro servizio e si sono adattate alle esigenze di organizzazione del centro.

Questi e altri fattori hanno determinato una diminuzione numerica delle religiose sanitarie nelle grandi strutture ospedaliere, per cui la loro influenza, secondo le indagini, ha perduto importanza.

In questo dislocare delle religiose sanitarie dall'ambito ospedaliero, è venuto meno anche un settore di vitale importanza quale è la formazione nelle Scuole per Infermieri, nelle quali le religiose hanno curato, non soltanto un'elevata qualità professionale, ma anche la creazione di criteri etici e morali nei futuri professionisti della salute. A questo punto è giusto riconoscere che la vita religiosa sanitaria femminile è stata di impulso alle grandi istituzioni ospedaliere e ha dato incremento con il suo esempio e con il suo insegnamento a gran parte della cultura sanitaria oggi vigente.

Però, le nuove esigenze sociali hanno destato nella vita religiosa sanitaria femminile risposte nuove. Così, da piccole comunità prossime all'ambiente e alla vita degli infermi e degli emarginati, hanno creato servizi di salute e di accoglienza a drogati, infermi mentali cronici, anziani, malati di Aids, ecc.

Nei paesi sottosviluppati, la vita religiosa sanitaria femminile si trova in prevalenza nelle zone rurali e nei luoghi di conflitto; in questi luoghi, oltre all'assistenza diretta, le religiose sanitarie curano l'educazione sanitaria della popolazione, la medicina alternativa e la formazione di leader sanitari.

Il sempre più numeroso gruppo di religiose sanitarie pensionate continua la sua azione evangelizzatrice in questo campo, accompagnando gli infermi o inserendosi in altre attività di pastorale della salute e di umanizzazione.

Il persistere della carenza di vocazioni e l'insistente richiamo del Vaticano II alla comunione, ha favorito la collaborazione in-

tercongregazionale e con altri organismi della Chiesa, essendo abituali i programmi congiunti che mirano a dare risposte impegnative e aggiornate in questo settore.

Così pure, il minor protagonismo della vita religiosa sanitaria ha favorito una maggiore collaborazione e valorizzazione della missione dei laici, non solo per necessità, ma per un senso di comunione e di consapevolezza del ruolo del laicato nella Chiesa.

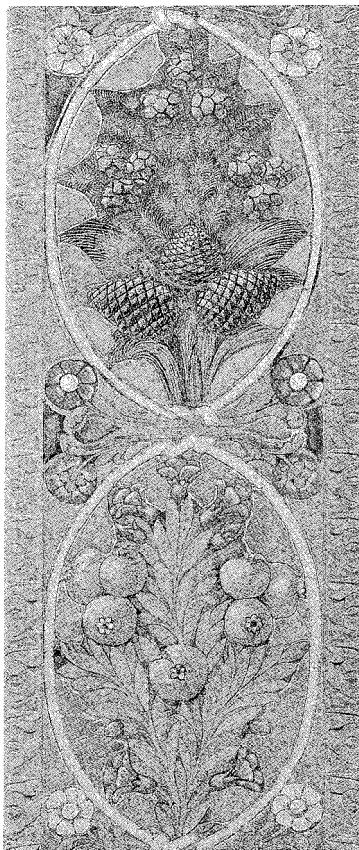
Il cambiamento del mondo in generale, e del settore sanitario in particolare, ha determinato la necessità della formazione permanente, graduale e integrale delle religiose sanitarie, formazione nella quale devono essere presenti la teologia, la pastorale e l'etica della salute, per poter fronteggiare con competenza le necessità che continuamente si presentano.

Alla luce di questa situazione mutante, la vita religiosa sanitaria femminile si interroga sulla validità del proprio servizio come mezzo di evangelizzazione; si domanda se è segno leggibile in un ambiente professionalizzato e tecnicizzato al massimo, o se non dovrebbe invece occuparsi totalmente, e solamente, della pastorale e dell'umanizzazione dell'assistenza.

D'altra parte, le nuove generazioni di religiose sanitarie non sintonizzano con la forma di assistenza che si dà nelle grandi e complesse strutture ospedaliere, ma tendono piuttosto a servizi più marginali e meno sofisticati che favoriscono una maggiore vicinanza e il protagonismo dei destinatari. Di fronte a questa tendenza le religiose sanitarie si chiedono: Come formare le nostre giovani sanitarie? Qual è il modello di vita religiosa sanitaria che si può offrire loro?

Infine, le religiose sanitarie sottolineano come in un mondo secolarizzato e neo-ateo **le istituzioni sanitarie della Chiesa e delle Congregazioni religiose**, trovino grande difficoltà a conservare e potenziare la loro identità cristiana e si chiedono: Che mezzi usare? In che modo la Chiesa può appoggiare le istituzioni sanitarie? Quali forme nuove promuovere per non abbandonare questo campo privilegiato di evangelizzazione?

Prima di finire questo capitolo desidero delineare in che modo le religiose sanitarie vivono oggi la loro scelta fondamentale di seguire Cristo. Dicono che si è dato più spazio ad una maggiore riflessione e approfondimento del significato teologico della consacrazione, e questo ha portato a vivere la missione come complemento di quella; così pure è stata rivalorizzata la qualità della vita comunitaria, sacramento di comunione in un mondo settario e disumanizzato. C'è stata una crescita personale e comunitaria nella fede e nelle scelte



carismatiche, favorendo un maggior senso di identità e di appartenenza, e una rilettura del carisma in ogni situazione storica e culturale.

II. GIUDICARE

Nelle righe che seguono riprendo alcuni aspetti descritti in *Vedere*, per scoprire, alla luce della Parola di Dio e del Magistero della Chiesa, che cosa aiuta, o impedisce, l'evangelizzazione del mondo della salute e il modo di essere della religiosa.

Il mondo tecnicizzato descritto offre alla religiosa sanitaria una certa inversione di valori con la preminenza del materialismo, del secolarismo e della tecnica; tuttavia « la missione della Chiesa di aiutare gli infermi (...) si realizza con lo spirito di carità suscitato dallo stesso Signore Gesù, che promise di benedire coloro che servono i fratelli più piccoli » (cf. Mt 10, 22).

La priorità di quei valori umani o secolari mette in discussione la stessa consacrazione della religiosa sanitaria, la sua stessa identità di consacrata, per cui deve cercare criteri essenziali su cui fondare la propria scelta. Giovanni Paolo II li dà:

« Ravvivare il carisma e la fedeltà ai consigli evangelici mediante un costante rinnovamento spirituale, al quale spetta sempre il primo posto anche nelle opere esterne di apostolato (PC 2). Rispondete alle sfide religiose e sociali con una vita interiore intensa, una preghiera più viva e profonda, un reale spirito di sacrificio e di rinuncia alla mentalità del mondo e con l'unità dei cuori e la generosità della testimonianza » (Alla UISG, 14 maggio 1993).

I diritti dell'uomo malato continuano a reclamare un'assistenza integrale; lottano per preminenza del valore della persona, ed esigono criteri etici anche nel mondo della salute, tanto nella pratica individuale come nelle strutture. La posizione della Chiesa è categorica in questo senso, come documentano le seguenti parole:

« A nessuno sfugge come la sollecitudine della Chiesa e del suo Magistero non venga espressa in nome di una peculiare competenza nell'ambito delle scienze sperimentali, bensì per riaffermare "la priorità dell'etica sulla tecnica", il "primato della persona sulle cose" e la "superiorità dello spirito sulla materia" » (Giovanni Paolo II ai partecipanti al Congresso di Nefrologia, 18 maggio 1993).

La testimonianza della propria vita di donazione della religiosa sanitaria che difende i **diritti dell'infermo** e l'umanizzazione dell'assistenza, è la risposta concreta che deve dare come consacrata. Così afferma Giovanni Paolo II con le parole che rivolge alle religiose in occasione

della sua visita all'Ospedale Oftalmico di Roma, 10 marzo 1991.

« *La carità di Cristo (cf. 2 Cor 5, 14) vi spinge a prodigarvi per il bene della salute fisica e spirituale dell'uomo, attraverso un servizio qualificato e generoso, diretto alla promozione e alla difesa della vita, e al rispetto della dignità e dei diritti fondamentali della persona umana* ».

Si avverte, ogni volta con maggiore chiarezza, che è urgente **superare l'azione individuale**, promuovendo una presenza in comunione, creando gruppi di professionisti impegnati che possano incidere, con forza, nell'organizzazione e nei programmi sanitari di base. Conferma questa idea il seguente commento:

« *È importante lavorare insieme, non ognuno per proprio conto, ma in spirito di comunione, rispettando i doveri di ognuno e cercando di valorizzarli al massimo, affinché servano per il bene degli infermi, così come dei loro familiari, i quali vivono con preoccupazione e con angoscia quel-*

l'evento » (Visita di Giovanni Paolo II all'Ospedale Sandro Pertini di Roma, 22 dicembre 1991).

Conviene analizzare se il **dislocamento della religiosa sanitaria**, dalla complessità delle grandi strutture assistenziali alle nuove povertà sociali, sia motivato da urgenze attuali, risponda ai segni dei tempi, o non sia invece una fuga di fronte alle difficoltà di essere lievito di evangelizzazione nel tecnicizzato e complesso mondo sanitario, specialmente nei paesi ad alto sviluppo.

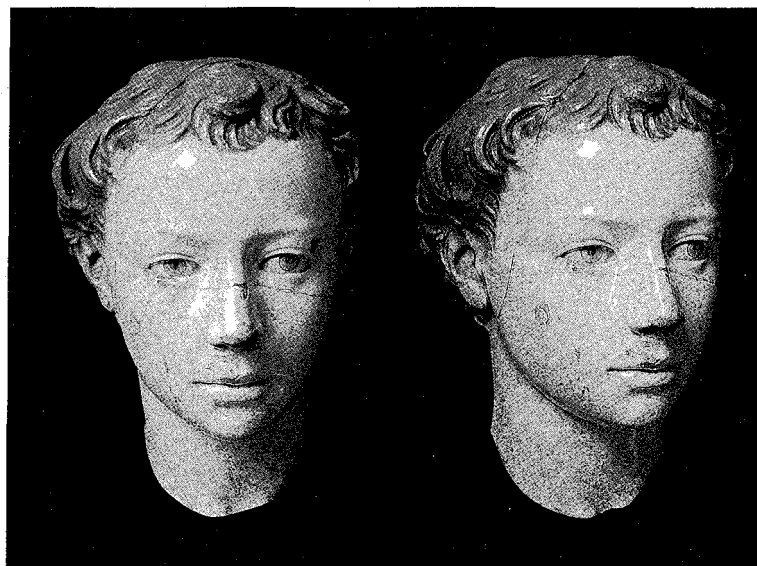
Più che una fuga, il Papa ci chiede uno sforzo e ci dice che siamo necessarie per superare quello che continua ad essere il dramma dei nostri tempi: la frattura tra il vangelo e la cultura (cf. EN 20).

« *La vostra carità è necessaria oggi nel mondo della malattia e della emarginazione, come conseguenza degli innumerevoli impulsi in senso contrario che si possono constatare nella affermazione di una mentalità e di uno stile di vita ispirati al consumismo, all'inte-*

resse aersonale e immediato e all'indifferenza che tornano a porre in discussione i grandi valori umani e cristiani che hanno segnato la cultura del passato » (Giovanni Paolo II nella sua visita all'ospedale Oftalmico di Roma, 10 marzo 1991).

I grandi avvenimenti della vita dell'uomo: nascita, malattia e morte, si svolgono nell'ambito ospedaliero. La Chiesa deve appoggiare questi momenti in tutte le sue istituzioni sanitarie mediante la presenza della religiosa sanitaria o di altri operatori di pastorale e non abbandonare questa porzione privilegiata dove l'uomo si pone le grandi domande: Chi sono? Che significato ha la mia vita? Perché sono malato? Dio, è buono? Che significa morire? Giovanni Paolo II ci dice dove sta la risposta.

« *Nella croce e non altrove, va cercata la risposta ai grandi interrogativi che l'uomo si pone riguardo al senso del vivere e del morire. del dolore e del destino finale del suo pellegrinaggio terreno, qui sono da ricercare gli sbocchi della speranza che non delude,*



come come la *razione ultima della vita, vissuta quale dono d'amore a Dio e ai fratelli* » (Agli infermi dell'Ospedale Oftalmico di Roma, 10 marzo 1991).

Nei paesi sottosviluppati, in quelli in cui la povertà supera ogni limite, cresce la violenza, si infrangono i diritti umani, aumenta il numero degli emarginati, la religiosa sanitaria si vede sfidata a vivere in solidarietà e disponibilità per servire lì dove le necessità sono più urgenti, a lottare contro una politica sanitaria ostile, per proporre una gestione di mezzi sanitari a beneficio dei più poveri. Anche il nostro Pontefice incoraggia incessantemente le religiose sanitarie a vivere questa dimensione profetica:

« Siate vicini agli ultimi e ai più abbandonati. Praticate l'accoglienza, promovete e sostenete tutte le iniziative nel servizio a chi soffre, esaltando la grandezza e la dignità della persona umana e del suo destino eterno. Siate testimoni dell'amore della Chiesa per i sofferenti e della sua predilezione per i più provati dal male » (Giovanni Paolo II ai partecipanti della IV Conferenza Internazionale sull'AIDS, in DH 1311990).

III. ATTUARE

Le religiose sanitarie, nelle circostanze attuali, sentono un profondo richiamo alla *conversione e alla disponibilità*, che esige da loro un impegno radicale nelle situazioni più urgenti, lì dove si gioca il sentimento dell'uomo.

Sanno che quella conversione è anzitutto un ritorno all'essenza massima del Vangelo, da dove potranno rispondere alle sfide del mondo della salute.

La *disponibilità* delle religiose sanitarie a continuare ad essere annuncio profetico di Dio, annuncio dell'infinita misericordia del Padre nel mondo del dolore, dà loro aiuto e forza per assumere i nuovi impegni che si presentano, e permette loro di adattarsi a nuovi stili più consoni alle necessità degli uomini di oggi.

*Messaggio
delle religiose sanitarie
al Sinodo dei Vescovi*

Da queste attitudini di conversione e disponibilità le reli-

giose sanitarie propongono al Sinodo alcune linee di azione che considerano prioritarie, non solo per la propria vita religiosa sanitaria femminile, ma per il bene della Chiesa universale e a favore di una maggiore evangelizzazione e di una maggiore testimonianza:

- 1) Necessità di rivitalizzare i vincoli tra Vescovi e vita religiosa sanitaria femminile, nelle diocesi in cui questa è presente.

Si chiede una maggiore sensibilità dei Vescovi verso il settore della salute, il che si raggiungerà con riflessioni congiunte teologiche e pastorali, con orientamenti ecclesiali nell'ambito dell'etica e della morale, sempre nel mondo della salute.

Il campo della salute è molto complesso e in esso non sono possibili improvvisazioni, o meglio, sono inefficaci, così come gli interventi sporadici. Sono necessari programmi di Pastorale Sanitaria.

- 2) Che nella formazione dei futuri sacerdoti si tenga conto della Pastorale della Salute, in maniera che vengano sensibilizzati e si preparino all'attenzione e all'ascolto degli infermi.

La cappellania degli ospedali e l'animazione della Pastorale della Salute richiedono sacerdoti che si sentano chiamati a questo ministero, oltre che preparati per tutto quello che riguarda temi di etica sanitaria, di morale e di rapporti umani nel momento critico dell'ammalarsi.

- 3) La vita religiosa sanitaria femminile chiede *luce e orientamento* sul modo più opportuno e conveniente di essere presente negli ospedali e in altre strutture di salute:

- inserimento professionale?
- impegno più pastorale?
- lasciare la gestione e l'amministrazione delle strutture?

- 4) Si sollecitino i Pastori delle Chiese locali affinché appoggino la formazione della vita

religiosa sanitaria nell'ambito della Pastorale della Salute; si recuperino le Scuole per Infermieri o altri centri di formazione professionale sanitaria a ideologia cristiana.

- 5) Stimolare il rapporto permanente tra parrocchia e centri di salute (ospedale ed altri) inseriti nel proprio territorio.

- 6) Sensibilizzare la comunità cristiana sul ruolo della vita religiosa sanitaria femminile nella Chiesa.

- 7) Difendere i diritti delle religiose sanitarie nelle strutture statali.

« *Fatelo (tutto) con spirito religioso per amore di Gesù, e ogni lavoro diventerà leggero e vi darà una grande consolazione, sapendo di fare cosa gradita a Gesù e a Maria Santissima* ».

(Benedetto Menni, Lettera 456.3)

R. Sr TERESA
LOPEZ-BEORLEGUI

Superiora Generale delle Suore
Ospedaliere del Sacro Cuore di Gesù
Membro del Pontificio Consiglio



lo spazio della pastorale sanitaria nel Sinodo dei Vescovi

1. L'importanza di uno spazio

Una prima considerazione intende mettere in luce *l'importanza, anzi la specificità, dello spazio che per la pastorale sanitaria un Sinodo dei Vescovi può e deve assicurare*. Tale importanza e specificità dipendono dal senso stesso che il Sinodo ha per la vita e la missione della Chiesa nel mondo.

L'esperienza postconciliare dei Sinodi — un'esperienza ormai trentennale — e la riflessione teologico-pastorale che l'accompagna definiscono in modo chiaro e preciso *l'identità* del Sinodo, e quindi la sua natura, il suo significato, la sua finalità, le sue caratteristiche. È un'identità tipicamente ecclesiale, in quanto *il Sinodo è un «luogo» e un «momento» privilegiati della vita e della missione della Chiesa*. Infatti, nella presenza e nella partecipazione dei Vescovi di tutto il mondo si riflettono la vita di fede e la sollecitudine pastorale delle Chiese particolari: nello stesso tempo questa vita di fede e questa sollecitudine pastorale vengono stimulate e rilanciate dai lavori del Sinodo.

In particolare il Sinodo rende possibile e approfondisce *l'esperienza comunionale della e nella Chiesa*. Si potrebbe definirlo, in un certo senso, come una specie di «sacramento», ossia un segno visibile ed efficace della comunione ecclesiale. I lavori sinodali testimoniano continuamente, e al contempo alimentano, la comunione dei Vescovi con il Santo Padre, dei Vescovi tra loro, del Papa e dei Vescovi con tutti i fedeli. Così nella persona dei Vescovi, il Sinodo diventa «luogo» e «momento» dell'incontro e del dialogo delle diverse Chiese particolari sparse nel mondo: per una conoscenza reciproca, per uno scambio di esperienze, per una comune riflessione, per una condivisione nel discernere le situazioni ecclesiali e

socio-culturali, e per proporre al Santo Padre suggerimenti, richieste, indicazioni utili all'esercizio del suo ministero di Padre e Pastore della Chiesa universale (sono le *propositiones* finali).

Tutto questo secondo l'espressione visibile delle persone, delle parole e dei gesti dei Vescovi riuniti nel Sinodo, ma anche e soprattutto con *la presenza e l'azione dello Spirito Santo*. In quanto «anima della Chiesa», lo Spirito Santo è il primo e grande «protagonista» dei lavori sinodali.

Lasciamo la parola al Santo Padre, che così si esprimeva nel discorso conclusivo del Sinodo del 1990: «Nelle condizioni così diverse in cui la Chiesa di Cristo esercita oggi la sua missione, *il Sinodo è al servizio dell'unità della Chiesa*, mistero di comunione che riflette in sé il mistero trinitario di Dio stesso. Il Sinodo costituisce una singolare esperienza di comunione episcopale nella universalità, che rafforza il senso della Chiesa universale, la responsabilità dei Vescovi verso la Chiesa universale e la sua missione, in comunione affettiva ed effettiva intorno a Pietro. Grazie all'istituzione del Sinodo si rende possibile con scadenze periodiche far sentire la voce delle diverse Chiese particolari ed ascoltare esperienze dei fratelli nell'episcopato, come è accaduto in questo Sinodo nel quale, per la prima volta, hanno partecipato rappresentanti di alcuni Paesi dell'Est» (27 ottobre 1990).

È questo significato privilegiato di ecclesialità e di ministerialità episcopale del Sinodo che rende importante lo spazio che esso riserva alla trattazione dei diversi problemi pastorali della Chiesa nel momento presente. E non c'è dubbio che tra questi problemi, e non ultimo, s'inserisce quello della pastorale sanitaria, ossia della malattia e della salute, della sofferenza e della morte, e in termini più ampi e si-

gnificativi della vita umana come tale. Per questo, quanto più si conosce e si apprezza la natura, le finalità e l'autorità di un Sinodo, tanto più non si può non auspicare che una simile assemblea episcopale prenda in più esplicita considerazione la pastorale sanitaria: in rapporto al Sinodo sulla vita consacrata, tale considerazione riguarderà in particolare il posto e il ruolo delle persone di vita consacrata nella pastorale sanitaria.

2. In ascolto della parola e dell'esperienza di vita

La riflessione e la sollecitudine pastorale del Sinodo dei Vescovi, sui diversi argomenti messi a tema, partono sempre e fanno riferimento alla Parola di Dio. «In principio erat Verbum»: l'inizio del Vangelo di Giovanni (1, 1) dice anche la logica che ispira e guida i lavori del Sinodo. E non può essere diversamente se il Sinodo è luogo e momento privilegiato della vita e della missione della Chiesa, ossia di una comunità evangelizzata ed evangelizzante, di una comunità che sta «in religioso ascolto della parola di Dio» e che la proclama «con ferma fiducia», (*Dei Verbum*, 1).

La Parola, che ispira e guida i lavori sinodali, non è solo la parola «annunciata» e che è presente nei documenti scritti del Magistero della Chiesa. E anche, e non meno, la parola «accolta nell'esistenza»: quella, dunque, creduta, vissuta, presente e operante nelle testimonianze vive di tutti i membri della Chiesa. In realtà è la Chiesa intera nella sua esperienza di vita che, nel discernimento evangelico operato con la luce e con la forza dello Spirito e sotto la guida dei Pastori, diventa il terreno concreto dal quale scaturiscono le riflessioni, le valutazioni e le indicazioni dei Vescovi del Sinodo. Come scrive

la costituzione *Dei Verbum*, « La Chiesa, nella sua dottrina, nella sua vita e nel suo culto, perpetua e trasmette a tutte le generazioni tutto ciò che essa è, tutto ciò che essa crede » (n. 8).

Ora trattando de « La vita consacrata e la sua missione nella Chiesa e nel mondo » il prossimo Sinodo non può certo prescindere dall'attenta considerazione circa la presenza delle persone di vita consacrata nell'ambito della pastorale sanitaria. Ci troviamo di fronte ad una presenza che *s'impone già in senso quantitativo*: sono tanti i religiosi e tantissime le religiose che vivono la loro consacrazione a Dio e la loro partecipazione alla missione della Chiesa mediante la pastorale sanitaria.

Non conosco i dati statistici della Chiesa universale. Mi limito a quelli della Chiesa in Italia, nella quale ben 456 famiglie religiose diverse si trovano coinvolte in vario modo nella pastorale della malattia e della salute: un vero e proprio « esercito » — mi si passi il termine — di custodi e servitori della vita nelle sue situazioni più difficili e precarie. Sono questi religiosi e queste religiose — non soltanto quanti hanno ricevuto dal loro fondatore o dalla loro fondatrice un carisma specifico di amore e di cura verso i malati e i sofferenti — che portano il massimo peso della pastorale sanitaria, che aiutano i fratelli e le sorelle malati e sofferenti a cercare e a trovare il « senso umano e cristiano » della malattia, della sofferenza e della morte, e che immettono energie di umanizzazione in luoghi e ambienti che rischiano di trasformarsi in luoghi e ambienti di abbandono e di disperazione.

Ora se questo è un dato inequivocabile, che fa parte — e in termini così ampi — dell'esperienza di vita pastorale di tanti religiosi e religiose, una considerazione sinodale della loro missione nella Chiesa e nel mondo

— se vuole essere rispettosa della realtà in atto — deve riservare *una cura particolare per studiare e approfondire, per riconoscere e valorizzare il carisma della vita consacrata nel campo della malattia e della salute.*

3. L'uomo sofferente « via della Chiesa »

L'esigenza di una considerazione, da parte del Sinodo dei Vescovi, della pastorale sanitaria che vede coinvolte le persone di vita consacrata non deriva solo dal dato di fatto della loro singolare presenza in questo campo: deriva anche ed innanzitutto dal posto oggettivo che la malattia e la salute hanno nella missione salvifica della Chiesa.

Quale sia questo posto è più che noto a tutti noi, sicché non è qui necessario soffermarci a lungo. Ce l'ha ricordato questo posto, in modo ampio e profondo, alla luce della fede e della stessa esperienza umana — anche la sua personale — il Santo Padre nella Lettera apostolica *Salvifici doloris* dell'1 febbraio 1984.

È sufficiente per noi richiamare l'affermazione iniziale di questa Lettera e rileggerla nella chiave della missione evangelizzatrice della Chiesa.

Dopo aver citata la nota frase della sua prima enciclica, la *Redemptor hominis*: in Cristo « ogni uomo diventa la via della Chiesa » (n. 14), il Papa afferma: « Si può dire che *l'uomo diventa in modo speciale la via della Chiesa, quando nella sua vita entra la sofferenza...* Dato dunque che l'uomo, attraverso la sua vita terrena, cammina in un modo o nell'altro sulla via della sofferenza, la Chiesa in ogni tempo... dovrebbe incontrarsi con l'uomo proprio su questa via. La Chiesa, che nasce dal mistero della redenzione nella Croce di Cristo, è tenuta a cercare l'incontro con l'uomo in modo particolare sulla

via della sua sofferenza. In un tale incontro, l'uomo "diventa la via della Chiesa", ed è, questa, una delle vie più importanti » (n. 3).

All'uomo sofferente la Chiesa viene incontro con il Vangelo: l'evangelizzazione, infatti, è il contenuto centrale, qualificante e in un certo senso onnicomprensivo della missione di salvezza che la Chiesa ha ricevuto dal suo Signore. Egli stesso ha annunciato il Vangelo del Regno di Dio, del suo amore che salva. Egli stesso è il Vangelo personale e vivente, che la Chiesa sua sposa riceve in dono e con la responsabilità di rioffrirlo a tutti gli uomini e a ciascuno di essi: « Andate in tutto il mondo e predicate il Vangelo ad ogni creatura » (Mc 16, 15). C'è anche il « Vangelo della sofferenza », annunciato e testimoniato da Cristo crocifisso e risorto. Ed è questo vangelo che rivela il senso umano e cristiano del soffrire, del soffrire e del morire. Rivela tale senso e, nello stesso tempo, dà la grazia di viverlo personalmente e di mettersi al servizio degli altri perché anch'essi possano conoscere questo stesso senso e quindi viverlo. Così l'annuncio del Vangelo della sofferenza sfocia nella carità verso il malato e il sofferente. Come scrive il Papa nella *Salvifici doloris*, « 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 » (n. 30).

Così, anche nel campo della malattia e della sofferenza, evangelizzazione e promozione umana si saldano in profonda unità. È questo il programma messianico di Cristo, secondo l'annuncio del profeta e che Cristo nella sinagoga di Nazaret attesta essersi compiuto in se stesso: « Lo Spirito del Signore è sopra di me; per questo mi ha consacrato con l'unzione, e mi ha mandato per

annunziare ai poveri un lieto messaggio, per proclamare ai prigionieri la liberazione e ai ciechi la vista; per rimettere in libertà gli oppressi, e predicare un anno di grazia del Signore» (Lc 4, 18-19). È lo stesso programma pastorale della Chiesa e, in essa e per essa, di tutti i suoi membri: ovviamente anche delle persone di vita consacrata.

4. Una grazia e una responsabilità per tutti

La Chiesa, che viene incontro con il Vangelo e con la carità di Cristo al malato e al sofferente, è l'intera Chiesa. In tutti i suoi membri: la grazia e la responsabilità di annunciare il Vangelo della sofferenza e di testimoniare l'amore e il servizio del Signore Gesù verso l'uomo malato e sofferente è per tutti, nessuno escluso.

In realtà, la Chiesa nella sua pastorale sanitaria interviene con la varietà dei carismi, delle vocazioni e delle condizioni di vita dei suoi fedeli: dunque con i presbiteri, i religiosi, i fedeli laici. Con la varietà e nello stesso tempo con quella unità che costituisce il bene più prezioso della Chiesa. Tutti insieme, ciascuno con il proprio dono: tutti e ciascuno guidati dal medesimo Spi-

rito e ordinati alla comune edificazione del Corpo di Cristo. «La Chiesa — leggiamo nell'esortazione *Christifideles laici* — è diretta e guidata dallo Spirito che elargisce diversi doni gerarchici e carismatici a tutti i battezzati chiamandoli ad essere, ciascuno a suo modo, attivi e responsabili» (n. 21).

È interessante rilevare che il Sinodo dei Vescovi sulla «vocazione e missione dei laici nella Chiesa e nel mondo a vent'anni dal Concilio Vaticano II», del 1987, ha più volte preso in considerazione i malati e i sofferenti come termine e principio della pastorale sanitaria. L'esortazione apostolica postsinodale *Christifideles laici*, ora citata, ha ripreso, riproposto e sviluppato queste considerazioni in due ampi e densi numeri, il 53 e il 54, entro il significativo capitolo quarto, dal titolo «Gli operai della vigna del Signore». Ciò dice, immediatamente, che i malati e i sofferenti sono considerati come «soggetti attivi e responsabili» dell'opera di evangelizzazione e di salvezza: «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

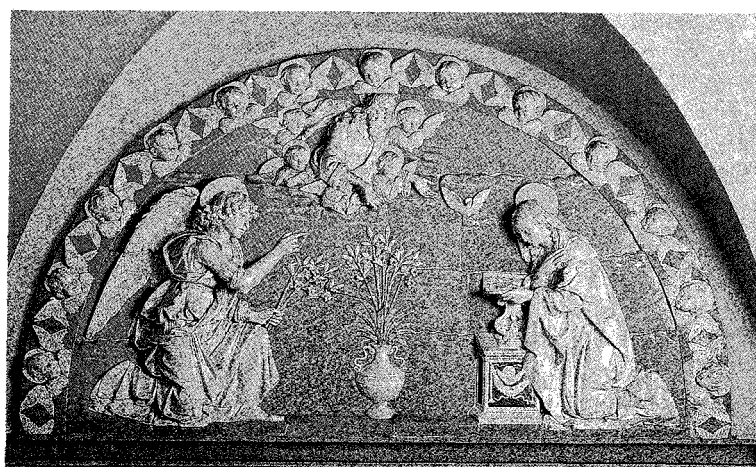
malato, il portatore di handicap, il sofferente non semplicemente come termine dell'amore e del servizio della Chiesa, bensì come *soggetto attivo e responsabile dell'opera di evangelizzazione e di salvezza*» (n. 54).

L'accento ora fatto alla presenza, nel Sinodo del 1987 e nell'esortazione *Christifideles laici*, del tema della pastorale sanitaria nel contesto di un'ecclesiologia di comunione e di missione, ci conduce a ritenere che anche il Sinodo sulla vita consacrata non potrà non riservare adeguata attenzione alla presenza dei religiosi e delle religiose nella pastorale della malattia e della salute.

5. La pastorale sanitaria nei «Lineamenta» del Sinodo 1994

Nei «Lineamenta» della prossima assemblea ordinaria del Sinodo non mancano accenni, più o meno diretti, sulla pastorale sanitaria da parte delle persone di vita consacrata. Non saprei se questi accenni saranno ripresi, e come, nell'*Instrumentum laboris* che attendiamo.

Salvo errori da parte mia, ritengo che gli spunti più espliciti sull'argomento si trovano, il primo nella Parte Seconda, dal titolo «La vita consacrata



nella Chiesa e nel mondo di oggi », il secondo e il terzo spunto nella Parte Terza, dedicata alla « Missione della vita consacrata ».

Parlando di « nuovi valori e dimensioni della vita consacrata », i *Lineamenta* ricordano come quarto « La nuova sensibilità sociale verso gli oppressi ed emarginati, l'attenzione alle minoranze etniche e alle nuove povertà della società contemporanea hanno visto nuove presenze e scelte apostoliche e missionarie, in nuovi campi e zone di apostolato, anche come concreta risposta alle esigenze della carità evangelica e della giustizia, all'attualizzazione del carisma fondazionale e al desiderio di rendere presente ed operante la Chiesa fra i "più piccoli", con i quali Cristo stesso misteriosamente si è identificato (cf. Mt 25, 35-40) » (n. 27).

Trattando poi de « La missione della vita consacrata nel mondo », e in particolare di « una peculiare testimonianza dell'amore di Dio nel mondo », i *Lineamenta* scrivono: « Con i loro carismi e servizi vogliono rendere operante il Vangelo delle beatitudini e delle opere di misericordia. La vita consacrata entra oggi nella nostra società con il molteplice servizio apostolico reso ai fratelli, secondo i diversi carismi, in una magnifica espressione della carità di Cristo per la formazione integrale delle persone, dall'alfabetizzazione all'educazione dei bambini e dei giovani, per la cura degli ammalati e dei sofferenti, degli anziani e dei bisognosi, dei disabili ed emarginati dalla società » (44).

Altro spunto, sempre nell'ambito della missione della vita consacrata nel mondo, è data da « la scelta preferenziale per i poveri »: « L'amore preferenziale per i poveri ha portato molti a compiere generose e rischiose scelte di vita. Certamente non vi è incompatibilità fra la vita consacrata e la scelta dei poveri del Signore. Anzi, tale scelta è stata una nota costante dei carismi apostolici, ispirati spesso alle parole e agli esempi del Signore, inviato per "evangelizzare i poveri" (cf. Lc 4, 18), che invita a praticare le opere di misericordia verso i "più piccoli" come se fatte a se stesso (cf. Mt 25, 40). Un'effettiva presenza in situa-

zioni di povertà, l'inserimento delle comunità in zone di miseria ed emarginazione sono state negli ultimi decenni il segno di una vita consacrata, che pienamente abbraccia non solo la povertà, ma anche la vita dei poveri, i loro rischi, le loro pene, i loro problemi... » (n. 44).

6. Urge un maggior spazio per la pastorale sanitaria

Non c'è dubbio che già nei *Lineamenta*, e si spera ancor più nell'*Instrumentum laboris*, si possono rintracciare altri elementi che, almeno in modo implicito ed applicativo, illuminano una presenza pastorale dei religiosi e delle religiose nell'ambito della sanità.

D'altra parte, non c'è dubbio che occorre riservare uno spazio più ampio, con una considerazione diretta ed esplicita, alla pastorale della malattia e della salute da parte delle persone di vita consacrata. E ciò va detto, sia in termini generali o comuni, sia in termini specifici.

In termini generali è da affermarsi il « diritto di cittadinanza » della pastorale sanitaria nella pastorale come tale della Chiesa. Si vuole con ciò ricordare che la pastorale sanitaria è parte legittima, necessaria, irrinunciabile della pastorale come tale della Chiesa, ossia della sua azione per l'annuncio del Vangelo e per la testimonianza della carità. Al di là dell'affermazione teorica, che difficilmente viene contestata, occorre porsi sul piano operativo. E qui emerge la responsabilità di tutti nei riguardi di tale « diritto di cittadinanza »: una responsabilità non solo per difenderlo ma anche e soprattutto per promuoverlo. In un certo senso, si può dire che l'autenticità e la vitalità della pastorale ecclesiale si misurano non poco dalla stima che si riserva e dall'impegno che si assume nell'ambito della pastorale sanitaria. E si deve ancora aggiungere che ogni settore della pastorale ecclesiale — si pensi ad esempio a quelli della catechesi, della liturgia, della carità, delle comunicazioni sociali. ecc. — deve sempre ricordare che tra i suoi destinatari, e nello stesso tema tra i suoi protagonisti, può comportare e comporta di fatto la presenza di malati e sofferenti. E, comun-

que, al di là della presenza di malati e di sofferenti, questi diversi settori della pastorale sono chiamati a non tralasciare — come annuncio, o celebrazione, o servizio, o comunicazione — l'argomento della malattia e della sofferenza.

In termini specifici, il Sinodo dei Vescovi potrebbe sviluppare una riflessione per meglio definire il « ruolo » e il « posto » propri delle persone consacrate nella pastorale sanitaria, mediante un approfondito confronto tra il senso della consacrazione e della missione religiosa e il compito che coerentemente i religiosi e le religiose hanno nel campo della malattia e della salute. È una riflessione teologica, pastorale e spirituale ancora aperta e per la quale offre qualche spunto telegrafico.

Un primo spunto parte dalla dimensione escatologica che in modo proprio e specifico connota la vocazione delle persone di vita consacrata: queste sono un « segno », un « segno più trasparente » del Regno di Dio che viene, anche sotto l'aspetto di una pienezza di vita e di felicità. È proprio la fede nella « gloria » futura — la speranza della gloria, direbbe l'apostolo Paolo — che può dare « senso » alla vita presente, in tutte le sue situazioni, anche in quelle della malattia e della sofferenza. Come ha espresso un portatore di handicap nel suo intervento in aula sinodale, durante l'Assemblea del 1987, « è di grande importanza porre in luce il fatto che i cristiani che vivono in situazioni di malattia, di dolore e di vecchiaia, non sono invitati da Dio soltanto a unire il proprio dolore con la Passione di Cristo, ma anche ad accogliere già ora in se stessi e a trasmettere agli altri la forza del rinnovamento e la gioia di Cristo risuscitato (cf. 2 Cor 4, 10-11; 1 Pt 4, 13; Rm 8, 18ss) » (*Christifideles laici*, n. 53).

Un secondo spunto ci è suggerito dalla « consacrazione » religiosa, intesa come dedizione totale e definitiva a Dio quale sommo e unico Bene: questa dedizione è segno e frutto della fede, del « sì » personale a Dio vivo e vero. Così una tale fede, contenuto centrale della vita religiosa, può costituire l'aiuto più prezioso al malato e al sofferente

che, proprio in forza della malattia e della sofferenza, si trovano religiosamente minacciati dal dubbio o dal rifiuto di Dio. È questa, com'è noto, la tentazione più frequente e più insidiosa di chi è malato e sofferente: una tentazione che san Tommaso formulava con un sillogismo estremamente chiaro e drammatico con le seguenti parole: « Se Dio esiste, non vi sarebbe nessun male nel mondo. Ma nel mondo

di comunione fraterna e nel voto di povertà. Proprio questi ultimi due aspetti possono qualificare la presenza delle persone di vita consacrata nella pastorale sanitaria. Infatti, la vita di comunione fraterna offre la possibilità di interventi capaci di coinvolgere e comunque di rendere disponibile la comunità o l'istituzione come tale; e il voto di povertà fonda e alimenta una scelta preferenziale dei poveri, secondo le varie for-

stesse » (*etsi Deus non daretur*). La gravità di questa situazione culturale che oggi sfida la Chiesa, e in essa i cristiani, emerge anche dal fatto che la dimenticanza o il rifiuto di Dio comporta inescandabilmente anche l'eclissi dei valori e principi morali fondamentali, in particolare di quelli che riguardano il senso umano del soffrire e del morire.

In realtà, nell'attuale situazione sociale e culturale, il soffri-



si trova il male. Quindi Dio non esiste » (*Summa Theologiae*, 1, 2, 3). Solo la fede riesce a spezzare tale sillogismo: e la fede di chi ha scelto Dio in modo radicale con la consacrazione religiosa può essere l'atto di carità più grande per chi non ce la fa a superare il dubbio o il rifiuto di Dio come Creatore e Padre.

La consacrazione religiosa è per la missione: i religiosi e le religiose condividono, con il loro proprio carisma, la comune missione della Chiesa, che — come abbiamo detto — consiste nell'annuncio del Vangelo, rivelazione del vero volto di Dio e insieme del vero volto dell'uomo, e quindi adorazione di Dio e servizio dell'uomo. « Secondo il loro proprio carisma » significa, tra l'altro, una peculiare realizzazione di quel *radicalismo evangelico* che si esprime anche in una vita

me di povertà umane, tra cui comunissime sono quelle dei malati e dei sofferenti.

7. Cultura e nuova evangelizzazione

La nuova evangelizzazione comporta l'annuncio e la testimonianza del Vangelo, di un Vangelo inteso anche come nuovo e originale *criterio valutativo e operativo*, di giudizio dunque e di decisione e scelta, di atteggiamenti e comportamenti.

L'urgenza di una simile nuova evangelizzazione riguarda anche, e in un certo senso soprattutto, le stesse comunità cristiane, che tendono ad essere « omologate » nei loro giudizi e nelle loro scelte di vita con quanti non sono cristiani, con quanti vivono « come se Dio non esi-

re e il morire — nell'esperienza concreta di tantissime persone — subiscono una rilevantissima *censura o rimozione*. Ciò è facilitato dai tratti caratteristici della nostra società (almeno occidentale) e della nostra cultura, che rendono ermeticamente incomprensibile il senso della malattia e della sofferenza. Se la nostra cultura dominante si configura come *edonistica*, quale accoglienza essa può riservare alla malattia e alla sofferenza, se queste non sono fonte di piacere? E se la nostra società è *efficientistica* ed idolatra solo chi ha e fa, come può accettare una condizione di vita compromessa o privata quanto all'avere e al fare? E se la cultura si fa pesantemente *tecnocratica* e ritiene che l'uomo sia padrone assoluto e arbitro insindacabile anche delle manipolazioni riguardanti la sua

stessa vita e morte, come rifiutare l'eutanasia? E in termini più radicali, se la cultura è materialistica, *secolaristica*, atea, come può rendere comprensibili i valori umani e spirituali della malattia e della sofferenza?

Per questo, la pastorale sanitaria, prima di esprimersi e per potersi esprimere in una serie di gesti, opere e istituzioni, si radica e si sviluppa in una *cultura capace di individuare e di proporre il senso umano e cristiano del soffrire*. La pastorale, come azione della Chiesa Maestra e Madre, rivela la sua identità presentandosi come una *grande opera educativa*: un'opera, quindi, destinata a suscitare e a far assimilare una ben precisa mentalità, una ben definita convinzione circa il senso della malattia. Siamo così al cuore della pastorale sanitaria: un cuore — come si vede — intimamente collegato con l'annuncio e con la testimonianza del « Vangelo della sofferenza ».

Partecipi della missione evangelizzatrice della Chiesa, i religiosi e le religiose hanno un loro spazio prezioso e originale in questo che ho chiamato « cuore della pastorale sanitaria ».

8. Il buon Samaritano, la locanda e l'albergatore

Nel Vangelo incontriamo alcune parole di Gesù che si presentano quanto mai brevi ma straordinarie, dense di significato e di singolare efficacia. Sono parole che definiscono l'identità di essere, di vita e di missione del Signore Gesù. Una di queste parole è la seguente: « Il Figlio dell'uomo non è venuto per essere servito, ma per servire e dare la sua vita in riscatto di molti » (Mt 20, 28).

Un'altra di queste parole suona così: « Non sono i sani che hanno bisogno del medico, ma i malati... Non sono venuto a chiamare i giusti, ma i peccatori » (Mt 19, 12-13). In tal modo Gesù si definisce « medico », « medico della carne e dello spirito », come lo chiama sant'Ignazio di Antiochia (*Ad Ephesios*, 7, 2) e come ancor prima lo presentano gli evangelisti.

Ora continuazione storica di Gesù, segno vivo della sua presenza tra gli uomini e la Chiesa, suo Corpo e sua Sposa. La Chiesa partecipa alla missione « tera-

peutica » del suo Signore e Salvatore. Essa è quella « locanda » nella quale il buon Samaritano ha portato, perché fosse curato, l'uomo ferito dai briganti (cf. Lc 10, 30-35).

San Carlo Borromeo, in una sua omelia, del 18 settembre 1569, a commento di questo episodio evangelico, dice che *il buon Samaritano è figura di Cristo, così come la locanda è figura della sua Chiesa*: « Quel Samaritano

Signore Gesù, il buon Samaritano, ricevono i due denari, ossia l'Antico e il Nuovo Testamento (secondo la comune interpretazione dei Padri della Chiesa); ma ricevono anche l'uomo ferito, l'umanità sofferente nello spirito e nella carne. Proprio i due Testamenti, ossia la Parola di Dio, sono la chiave interpretativa del senso misterioso e umanizzante del soffrire, e sono il principio e la forza più grandi per la guarigione prima di cui ogni uomo ha assolutamente bisogno: quella di conoscere e di vivere il senso umano e cristiano del soffrire e del morire.

Certamente l'argomento del Sinodo è la vita consacrata e la sua missione nella Chiesa e nel mondo. Ma « l'albergatore » non può dimenticare che ci sono malati e sofferenti anche tra i religiosi e le religiose, così come non può dimenticare che anche le persone di vita consacrata hanno un loro spazio nella pastorale sanitaria. Anch'esse, a loro modo, sono chiamate a incarnare, nella Chiesa e nel mondo, la figura dell'albergatore evangelico.

S.E. Mons.
DIONIGI TETTAMANZI

Arcivescovo Emerito di Ancona-Osimo
Segretario Generale
della Conferenza Episcopale Italiana
Membro del Pontificio Consiglio



straniero è figura di Cristo Salvatore, che straniero è per la sua divinità. Lui per curare la ferita del genere umano... conduce alla locanda, ossia alla Chiesa ». E attira poi l'attenzione sull'albergatore, qualificandolo come il simbolo del Papa e dei Vescovi: « E nel partire all'albergatore, ossia al Capo della Chiesa, lascia due denari ». Per guarire non basta la locanda, una casa che accoglie, protegge, permette il riposo. Occorre l'albergatore, la persona che con intelligenza e amore si prende cura del ferito.

Gesù è il buon Samaritano, la Chiesa è la locanda, l'albergatore sono i pastori della Chiesa.

Così, attualizzando il brano evangelico e il commento di San Carlo, ci sia consentito vedere in questo albergatore i Vescovi del mondo che *cum Petro e sub Petro* sono riuniti nel Sinodo. Dal

centri e Comitati di Bioetica: le origini culturali e la situazione attuale

Introduzione

Gli avvenimenti degni dell'attenzione della storia, ed anche le nuove istituzioni che sorgono nella società lasciano facilmente constatare l'occasione che ne connota il nascere o l'origine prossima, ma esigono una riflessione più ardua e complessa quando ci si domandi quali siano le cause remote: un conto è, infatti, la *profasis* (l'occasione prossima), per usare il linguaggio dello storico Polibio, e un conto è ricercare l'*aitia*, la ragione profonda. La ragione profonda del sorgere dei Centri di Bioetica e dei Comitati di Bioetica è in relazione al ruolo della bioetica stessa.

Ed allora per i Centri di Bioetica e per i Comitati di Bioetica il discorso sulle necessità storiche, sulle cause, richiede di riconsiderare le origini culturali ed epistemologiche della bioetica stessa. Perciò non possiamo parlare dei Centri e dei Comitati di bioetica senza richiamare le ragioni native della bioetica, la sua giustificazione epistemologica e la sua fondazione come giudizio di eticità.

Il perché di una nuova disciplina

Dopo venti anni dalla prima comparsa del termine nella letteratura e dalla nascita del movimento di idee intorno alla bioetica è possibile ricostruirne oggi l'evoluzione storica e concettuale.

Di fronte alle nuove conquiste della biologia e della medicina nel campo dell'ingegneria genetica, della sperimentazione farmacologica, della fecondazione artificiale, gli stessi medici e sperimentatori hanno sentito ben presto l'esigenza di interrogarsi sul proprio operato, cercando di individuare il limite oltre il quale non si possa spingere

la propria ricerca e, soprattutto, i criteri con cui valutare le applicazioni che le conoscenze acquisite avrebbero potuto consentire: « Il biologo e il medico — scrive Serres, indicando in maniera concisa la necessità di una riflessione etica in campo biomedico — diventano moralisti nel momento in cui conoscere equivale a scegliere ».²

Sulla base di questa esigenza di responsabilità sono scaturite diverse correnti di pensiero, che vortano tutte alla delimitazione e alla definizione dei campi di indagine in bioetica.

Negli Stati Uniti la bioetica sorge, in un primo momento, come grido di allarme per la sopravvivenza dell'umanità di fronte alle possibilità distruttive rese possibili dal progresso della scienza e delle biotecnologie con una forte preoccupazione per la salvaguardia dell'ecosistema e della biosfera.

Il titolo stesso dell'opera di Van Rensselaer Potter, *Bioetica: un ponte verso il futuro*, ove il termine *bioetica* viene per la prima volta utilizzato, porta questa tesi e questa preoccupazione.³

Dopo Potter che ha definito la Bioetica « la riflessione su come utilizzare la conoscenza per il bene sociale » anche H. Jonas, in Germania, parla di *etica del futuro* e del criterio al negativo per verificare le scelte di oggi, criterio consistente nella esclusione della previsione della catastrofe nel futuro per poter decidere sugli interventi in campo biomedico.

Accanto alla riflessione dei cosiddetti « catastrofisti » come vengono definiti Potter e Jonas, si è andato affermando negli Stati Uniti un altro filone di pensiero: l'*Hastings Center*, fondato nel 1969, si occupa di etica della ricerca e della sperimentazione sull'uomo, mentre il *Kennedy Institute of ethics*, fondato nel 1971, allarga l'ottica ai problemi

delle professioni sanitarie, della ricerca, delle politiche demografiche e della medicina sociale e definisce la bioetica come « l'esame sistematico della condotta umana nel campo delle scienze della vita e della salute, in quanto questa condotta è esaminata alla luce di valori e di principi morali ».⁵

In Europa, invece, la bioetica incontra più direttamente la riflessione sui diritti dell'uomo e i grandi filoni dell'etica medica e della deontologia medica, riflessione sviluppatasi all'indomani del noto processo di Norimberga nel 1946 durante il quale vennero condannati i responsabili di efferati crimini, consumati durante il nazismo tra cui alcuni medici che avevano condotto sperimentazioni pericolose e spesso causa di morte dei prigionieri nei campi di concentramento.⁶ A questo tipo di riflessione tipicamente europea, la bioetica ha offerto e offre tuttora giustificazione critica dei principi e dei fondamenti, pur assumendo nel contempo la complessa problematica clinica e professionale.

I rapporti tra le suddette discipline, e in particolare tra deontologia medica, medicina legale e bioetica, sono stati precisati in una dichiarazione stilata ad Erice nell'ambito del 53° Corso su *New trends in forensic haematology and genetics. Bioethical problems*, svoltosi tra il 18 e il 21 febbraio 1991, e approvato nel maggio 1991 dal Consiglio direttivo della Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni.

Tale Dichiarazione, nota come *Carta o Documento di Erice*, indica tra l'altro i campi di indagine della bioetica: « In quanto etica applicata al regno biologico — il quale designa un universo molto più esteso di quello della medicina — la bioetica abbraccia l'etica medica tradizionale e spazia oltre includendo:

a) i problemi etici di tutte le professioni sanitarie; b) le ricerche comportamentali, indipendentemente dalle loro applicazioni terapeutiche; c) i problemi sociali associati con le politiche sanitarie, la medicina del lavoro, la sanità internazionale, le politiche di controllo demografico; d) i problemi di vita animale e vegetale in relazione con la vita dell'uomo».⁷

La giustificazione epistemologica della bioetica

Nel contempo si chiedeva alla bioetica di giustificare la propria identità epistemologica e il proprio campo di riflessione.

Per chiarire questo punto dobbiamo partire dall'analisi dello statuto del metodo sperimentale, su cui si fondano le conoscenze in medicina e biologia.

La domanda che è stata posta si potrebbe formulare in questi termini: la bioetica è una disciplina vera e propria con un suo preciso campo di applicazione, una sua necessità e giustificazione all'interno delle scienze biomediche, oppure va concepita come un semplice accostamento o confronto fra discipline diverse (biologia, medicina, filosofia, diritto, morali religiose, etc.)?

Si tratta di una mescolanza o ha una ben precisa funzione di approfondimento che copre un territorio nuovo e necessita di una nuova speculazione?

Una prima risposta offerta è stata quella di concepire la bioetica come « ponte » fra *la ricerca pura e le sue applicazioni*: non sarebbe la ricerca ad aver bisogno dell'etica, ma il momento applicativo delle nuove scoperte. Questo riconoscimento è vero ma non è sufficiente in quanto sarebbe come affermare che tutta la ricerca scientifica non applicata sia neutra, il che non è vero.

La necessità della riflessione bioetica nell'ambito delle scienze sperimentali si presenta infatti anche in relazione a altre fasi della sperimentazione:

1. il *percorso della ricerca* (scrupolo metodologico, esattezza nella comunicazione dei risultati, trasparenza nei procedimenti si da essere passibili di controllo anche da parte di altri sperimentatori);

2. la *fase progettuale*, cioè relativamente all'intenzionalità del ricercatore, che può avere intenzioni buone ma anche perverse o semplicemente utilitaristiche;

3. la *fase sperimentale* propriamente detta, con tutte le problematiche della sperimentazione sull'uomo (il consenso informato, la sperimentazione sui bambini e sui malati di mente, su chi non ha coscienza, sui feti).

Ma la funzione e la giustificazione della bioetica scaturiscono soprattutto da un'esigenza di integrazione nei confronti delle scienze sperimentali.

Il metodo sperimentale, infatti, da Galilei in poi, si basa solamente sulla conoscenza della fenomenologia degli eventi e sulla rilevazione di dati di ordine *quantitativo* suscettibili di essere osservati, computati, comparati; quindi, è di per sé *riduzionista* del reale:⁸ per questo motivo non si può prescindere dall'integrazione con una riflessione sui valori, sulle norme e sugli aspetti antropologici che non possono essere presi in carico dal procedimento sperimentale. Se ad es. si fa una ricerca sull'embrione umano, non ci si può limitare ad osservare gli aspetti procedurali e chiarire le intenzioni dello studio, ma è necessario interrogarsi sullo statuto e sul valore, dell'embrione umano stesso. E da questa domanda che si motivano tutte le altre domande etiche:

quando si è dispiegato tutto lo spessore del reale allora si comprendono le esigenze etiche sui fini, i mezzi, i rischi, etc.⁹

Quindi il legame scienza-etica o meglio ricerca scientifica ricerca etica non è una questione di opzionalità, ma è un'esigenza molteplice e nascente all'interno dello stesso procedimento scientifico.

Naturalmente se la domanda nasce all'interno della ricerca, la risposta non soltanto esige un'integrazione dell'aspetto sperimentale nell'ottica ontologica e assiologica della realtà su cui tale ricerca si esprime, ma si rende necessaria l'elaborazione di criteri di giudizio che non possono essere esauriti dalla ricerca scientifica ma che si riferiscono a principi e valori ultimi di ordine diverso.

Oggi di fatto la bioetica consente di aprire o riaprire il discorso tra la Chiesa e il mondo scientifico e tecnologico. La scienza e la tecnologia caratterizzano il mondo di oggi.

La fondazione etica in bioetica

Infatti in questi ultimi tempi la riflessione in bioetica si acutizza attorno a questi temi ancor più radicali: dove fondare il giudizio etico? Chi può fornire il metro che consente di distinguere il lecito dall'illecito? Quali sono i fondamenti (principi o norme) e come fondarli nella loro validità?

Nel panorama della riflessione metaetica è possibile individuare — schematicamente — almeno quattro orientamenti tra cui i due prescindono da una *weltanschauung* basata sulla verità, in quanto partono dal presupposto che sia impossibile fondare criteri morali sul piano veritativo (non cognitivismo).¹⁰

Lo spartiacque tra i non cognitivisti e i cognitivisti è costitu-

to dalla c.d. *legge di Hume*, che stabilisce l'impossibilità di far derivare i giudizi di valore (espressi con proposizioni coniugate all'imperativo) dai giudizi di fatto (coniugati con il verbo all'indicativo) in quanto sarebbe implicita una premessa di valore non giustificata.¹¹ E la c.d. questione *is/ought* o *sein/sollen*, ripresa da G. Moore nella filosofia analitica contemporanea con l'espressione *fallacia naturalistica*.

Di conseguenza coloro che ritengono che la divisione essere/dover essere sia incolmabile (non cognitivisti) condividono una posizione scettica e agnostica in campo etico, affermando la non conoscibilità dei valori etici; coloro, invece, che argomentano la superabilità della fallacia naturalistica (cognitivisti) ammettono la possibilità di conoscere i valori.

Una prima modalità di fondare il giudizio morale si potrebbe definire *descrittiva*: i valori e i principi si fondano sulla descrizione cioè sulla osservazione e sulla rilevazione empirica dei fatti ossia del fenomeno morale.¹² Si tratta, dunque, di una proposta in evidente contrasto con la legge di Hume in quanto è la storia che produrrebbe i valori (*orientamento storicistico*), è il comportamento sociale che darebbe indicazioni sul bene e sul male (*orientamento sociologista*): il valore non è più un ideale a cui tendere o ciò che permette di dare significato alla vita umana, bensì è l'*ethos* o il costume sociale.

Il far derivare i giudizi di valore dai giudizi di fatto porta sul piano etico al relativismo più radicale e, in ambito bioetico, alla legittimazione dello stato di fatto ed alla tolleranza nei confronti di molteplici comportamenti e costumi. Se la pratica dell'aborto, dell'eutanasia neonatale, della fecondazione artificiale, è un costume socialmente condiviso, ne consegue la liceità morale: la bioetica rimane allora priva di fondamento e di orientamento, dissolvendosi nei molteplici rivoli dei costumi e dei comportamenti sociali.

Secondo alcuni pensatori di questa corrente, sociobiologisti, l'unico fondamento « oggettivo » che avrebbe l'etica sarebbe il principio evoluzionistico che

avrebbe già guidato il sorgere e la differenziazione delle forme di vita nel mondo e che ora guiderebbe lo sviluppo delle società. Il principio evoluzionistico, d'altro canto, si esplicherebbe secondo il dinamismo dell'adattamento.

Questo presunto e apparente principio oggettivo aggiungerebbe la legittimazione dell'eugenismo nella conduzione delle ricerche scientifiche e delle applicazioni mediche.

Dal momento che l'etica descrittiva non soddisfa, però, l'esigenza di una fondazione assoluta del giudizio morale al di sopra del tempo e della storia, su cosa dovrebbe essere fondato il valore morale?

Una ulteriore risposta è identificabile nella proposta del *soggettivismo* etico. Secondo i soggettivisti, dato che il dover essere non può essere derivato dall'essere, il fondamento ultimo del giudizio morale è da ricercare nel soggetto agente che pone valori e determina i principi e le norme dell'agire.¹³ L'unico valore fondante sarebbe la libertà, la scelta del soggetto.

Viene a mancare in questo modo la ricerca e il discernimento di ciò che è oggettivamente buono o cattivo, negando nel contempo qualsiasi ruolo alla ragione che non sia quello di impegnare la volontà nella realizzazione del valore « scelto ». In etica non esisterebbe allora una verità assoluta (*etica senza verità*) ma tante verità auanti sono i soggetti capaci di esprimere le proprie convinzioni, preferenze, emozioni, di « creare » i propri valori morali.

Sul piano etico anche la fondazione soggettivista comporta il più radicale relativismo e, in ambito bioetico, propone l'esaltazione della libertà e dell'autonomia individuali, libertà e autonomia limitate soltanto dal « dovere » di realizzare ciò che si è stabilito essere buono o evitare ciò che si considera male. Di questo orientamento abbiamo avvertito e ne avvertiamo le istanze: l'interruzione volontaria di gravidanza, la richiesta di modificazione del sesso, la sterilizzazione volontaria, il *living will*. Ma come conciliare tante libertà quanti sono i soggetti morali? E se l'etica senza verità annulla ogni possibilità di comunicazione

intersoggettiva, come regolamentare la convivenza sociale?

Una risposta al non cognitivismo radicale sostenuto dai soggettivisti viene data dall'*inter-soggettivismo*, cioè dal tentativo di allargare le basi della fondazione morale a più soggetti.¹⁴ In tal modo il soggettivismo si apre alla possibilità di un'etica pubblica, di una morale dell'agire sociale, comunque sempre relativizzata all'accordo tra o nella comunità morale.

Ma anche l'inter-soggettivismo si muove in fondo in un'ottica non-cognitivistica: non si cerca di conoscere e fondare oggettivamente il valore morale. ma questo viene deciso dalla comunità morale. In questo contesto la ragione assume il ruolo di uno strumento di calcolo di ciò, che — a seconda delle correnti che convergono in questo orientamento — può essere utile, piacevole o condiviso dalla maggior parte dei soggetti.

Alla fondazione intersoggettivista fanno riferimento: il neoutilitarismo o utilitarismo sociale; la deontologia *prima facie* o deontologia debole pluralista; il neocontrattualismo; l'etica comunicativa; l'etica fenomenologica; l'etica formale dei beni; il principialismo.

Per mancanza di tempo non è possibile esporre i contenuti delle correnti di pensiero su elencate, per cui ci limiteremo solamente a valutare alcune conseguenze dell'applicazione in bioetica del *neoutilitarismo* o *utilitarismo sociale*, che si ricollega alla filosofia di Bentham e di Mill.

Se il valore di riferimento per il neoutilitarismo è la massimizzazione del piacere, la minimizzazione del dolore, la massima libertà per ciascuno dei componenti della comunità morale, ne deriva — tra l'altro — la sopravvalutazione della capacità di sentire o non sentire dolore, di soffrire o di gioire, e la riduzione della persona ad essere senziente o non senziente. Ne consegue, allora, che: a) non vengono considerati *persone* e quindi non richiedono tutela gli individui insensibili (ad es., gli embrioni fino al momento in cui non compaiono le strutture del sistema nervoso); b) si giustifica l'eliminazione di chi soffre o di chi provoca sofferenza negli altri (ad es., i feti malformati o i neonati con gravi

handicap); c) si consente la soppressione di individui umani con la sola condizione di evitare loro eccessiva sofferenza (da qui il sì all'aborto volontario anche in stadi avanzati della gestazione purché con pratiche indolori per il feto). Questa posizione viene espressa da Engelhardt nel volume *The foundations of bioethics*.¹⁵

Dobbiamo spendere qualche parola anche su una corrente di pensiero che ha avuto negli Stati Uniti affermazione e fortuna e che cerca di conciliare vari principi (da cui il termine *principialismo*) che nella storia del pensiero medico hanno avuto successivamente una accentuazione:¹⁶

1. il *principio di beneficenza-non maleficenza*, presenti nella medicina antica e medievale che ha legittimato il c.d. paternalismo medico;

grino e Thomasma, che potrebbero essere accomunati al modello personalista.¹⁷

Ma il vero superamento del non-cognitivismo etico e il recupero della ragione nell'elaborazione del giudizio morale sono resi possibili — a mio parere — dalla fondazione *oggettiva* della norma, ove il termine *oggettivo* vuol dire *reale* o *ontologico*, tale cioè da essere indipendente e superiore all'utilità o al patteggiamento dei singoli.¹⁸

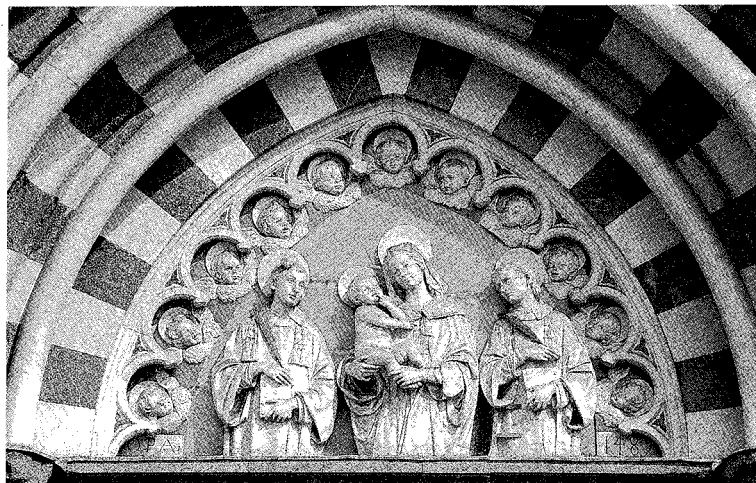
Tale giustificazione etica, ripresa nel c.d. *personalismo ontologicamente fondato*, fa riferimento alla *metafisica teleologica* aristotelico-tomista, che fonda l'obbligatorietà dell'agire morale sull'*essere*, sulla *natura* dell'uomo, una natura intesa non solo in senso biologico (*bios*) ma in senso metafisico: quella caratte-

riferimento al bene della persona che deve essere sempre affermata per se stessa...».¹⁹

I Centri e i Comitati di Bioetica

Attorno a questa nuova disciplina, la bioetica, sono sorti da una parte i Centri di Bioetica e dall'altra i Comitati di Bioetica. Ed anzi questi Centri e Comitati hanno fatto sì che la bioetica si sviluppasse.

Mentre i Centri di Bioetica sono luoghi di studio, di ricerca e di pubblicazioni, i Comitati di Bioetica si sono configurati fin dall'inizio come organi di consultazione e spazi in cui si possano incontrare in un contesto pluralistico, e con una metodologia interdisciplinare, le diverse componenti dei vari settori delle attività connesse con la vita e la sa-



2. il *principio di autonomia*, il principio dominante e tipico della modernità che fonda il diritto del paziente;

3. il *principio di giustizia* che ispira l'era contemporanea che ha messo al centro la società e la giustizia sociale. Questo principio dovrebbe regolare il grande problema dell'assegnazione delle risorse.

Tali principi in sé validi vengono però spesso utilizzati non in subordinazione ma con un bilanciamento e confronto che lascia spazio al relativismo nelle soluzioni concrete. Alcuni studiosi hanno saputo dare a questo modello una migliore impostazione con il primato del principio di beneficenza e dell'etica della virtù: ci riferiamo a Pelle-

ristica natura umana, che fa sì che ogni persona sia — dalla fecondazione alla morte — un sinolo di anima e di corpo, un corpo spiritualizzato, uno spirito incarnato. E sulla persona umana, sulla sua natura, si fondano l'obbligatorietà della difesa della vita fisica, il valore della libertà-responsabilità, il valore della socialità, etc.

«L'origine e il fondamento del dovere di rispettare assolutamente la vita umana sono da trovare — si legge al n. 50 della Lettera Enciclica *Veritatis Splendor* — nella dignità propria della persona e non semplicemente nell'inclinazione naturale a conservare la propria vita fisica. Così la vita umana, pur essendo un bene fondamentale dell'uomo, acquista un significato morale in

lute dell'uomo e ove i membri, adeguatamente preparati, sono chiamati ad affrontare i vari problemi etici che via via si evidenziano, cercando di giungere ad una soluzione operativa il più possibile coerente con i valori e i principi di fondo che il comitato stesso dichiara nel proprio statuto.²⁰

Abbiamo volutamente utilizzato il termine «Comitati di Bioetica» anche se solitamente vengono definiti «Comitati Etici» o «Comitati di Etica» proprio per porre l'accento sulla necessità che i «motori» di questi comitati siano i vari centri di riflessione sulla bioetica, in quanto luoghi privilegiati per far svolgere anche l'itinerario formativo dei componenti stessi di questi comitati.

a) I Centri di Bioetica

Dal 1969, anno in cui venne fondato da parte del filosofo Daniel Callahan e dello psichiatra Willard Gayling l'*Institute of Society Ethics and the Life Sciences*, con sede a Hastings on Hudson (N.Y.), e noto col nome di *Hastings Center*, ad oggi sono sorti presso strutture universitarie o organismi privati numerosi Centri di Bioetica.

Ricordiamo qui solamente i principali: il *The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics* presso la Georgetown University, fondato nel 1971 e noto, oggi, come *Kennedy Institute of Ethics*; il *Pope John XXIII Center* a Saint Louis nel Missouri; il *Centre de Bioéthique* all'interno dell'*Institut de Recherche Clinique* a Montreal; il *The Thomas More Center* e il *St. Vincent's Center* in Australia; l'*Instituto Borja de Bioetica* a San Cugat del Valles (Barcellona); il *Centre d'Etudes Bioethiques* presso l'università Cattolica di Lovanio; l'*Instituut voor Gezondheidsethiek* a Maastricht. Ed ancora in Italia: il *Centro di Bioetica* dell'Università Cattolica del Sacro Cuore; il *Dipartimento di Medicina e Scienze Umane* presso l'Istituto Scientifico Ospedale San Raffaele di Milano; il *Progetto Etica e Medicina* presso la Fondazione Lanza a Padova; *Politeia. Centro per la Ricerca e la Formazione in politica e in etica* a Milano; il *Centro di Bioetica* dell'Istituto Gramsci di Roma.

Soltanto alcuni di questi Centri sono collegati all'interno di Facoltà universitarie e sono quelli che hanno maggiore peso culturale.

Gli orientamenti etici seguiti da questi Centri sono quelli schematizzati nel paragrafo precedente: per fare qualche esempio, l'orientamento intersoggettivista è seguito da *Politeia*, mentre è di orientamento personalista ontologicamente fondato il *Centro di Bioetica* dell'Università Cattolica del Sacro Cuore.

Tra i Centri di Bioetica oggi esistenti (oramai nel mondo sono oltre 100) ve ne sono alcuni che dichiarano nello Statuto di seguire gli insegnamenti del Magistero cattolico: di quasi tutti questi Centri alleghiamo l'elenco in appendice, sottolineando, pe-

rò, che nella realtà solo alcuni di essi — come indicheremo di seguito — seguono l'insegnamento cattolico, mentre altri si trovano ad essere critici sul tema della *Humanae Vitae* o della procreazione artificiale omologa, etc.

1. *Centro di Bioetica* dell'università Cattolica del Sacro Cuore. Come è noto il Centro, che ha sede nella Facoltà di Medicina e Chirurgia «A. Gemelli» dell'Università Cattolica del S. Cuore in Roma, è stato fondato nel 1985 e si è sviluppato all'interno di una struttura accademica che aveva principi ispiratori ben precisi e che sono diventati poi i principi stessi di riferimento del Centro. In particolare il Centro si propone un costante riferimento ai criteri di scientificità, di fedeltà alla visione cattolica della vita e di attenzione ai problemi posti dal progresso scientifico e dall'evoluzione sociale.

Dopo la costituzione dell'*Istituto di Bioetica*, disposta nel marzo 1992 dalle autorità accademiche, con le funzioni proprie degli istituti universitari, il centro ha assunto finalità e compiti nuovi e si configura come orga-

nismo complementare all'Istituto stesso.

Finalità del centro sono pertanto:

- fornire suggerimenti e orientamenti all'Istituto e alla Facoltà sulle strategie di ricerca filosofica ed etica e sulla formazione etica sia in ordine all'ambiente interno alla Facoltà e alla università sia a livello nazionale e internazionale;

- promuovere e organizzare le attività di formazione all'esterno della Facoltà sui temi della Bioetica e dell'etica medica;

- stabilire e mantenere collegamenti e scambi culturali e collaborazioni in tema di formazione con Centri di Bioetica e analoghe istituzioni in Italia e all'estero.

L'organo direttivo è costituito da un Comitato di Direzione composto dal Rettore, dal Preside della Facoltà di Medicina (membri di diritto) e da 18 altri membri designati dal Rettore tra esperti medici, biologi, filosofi, giuristi, moralisti, teologi. Il Comitato di Direzione stabilisce gli indirizzi delle attività del Centro, approvando annualmente i rela-



tivi piani e collaborando direttamente anche nella loro realizzazione.

Il Centro svolge la sua attività principale di divulgazione del pensiero bioetico a livello del territorio: Università Pontificie e statali, associazioni professionali, unità sanitarie locali, scuole, gruppi culturali.

Il Centro di Bioetica collabora strettamente con l'Istituto per le pubblicazioni e la divulgazione del pensiero e in particolare della rivista *Medicina e Morale* che è organo ufficiale del Centro di Bioetica.

Accanto a questa attività di diffusione della cultura bioetica, che si esplica in buona parte anche all'esterno dell'Università, è pure rilevante l'attività di consulenza presso ospedali e altre istituzioni cliniche e di ricerca sia in relazione a casi clinici concreti, che nell'ambito dei Comitati di etica per la valutazione dei protocolli di sperimentazione.

Per quanto riguarda l'orientamento etico il Centro di Bioetica fa riferimento — come già detto — al personalismo ontologicamente fondato che ha nella persona il criterio ultimo di riferimento.

In questo momento il Centro ha accanto anche l'Istituto universitario con un direttore, due ricercatori, due professori incaricati e sei dottorandi di ricerca.

2. *Linacre Center*. È stato fondato nel 1977 per volontà dei Vescovi cattolici dell'Inghilterra e del Galles. La finalità del *Linacre Center*, il cui direttivo è costituito da membri provenienti dall'area medico-sanitaria, è di rendere un servizio alla comunità cattolica e in particolare ai medici, agli infermieri e a tutti coloro che sono impegnati nella ricerca e nelle attività scientifiche e che si confrontano ogni giorno con le molteplici difficoltà del loro lavoro.

L'attività del *Linacre Center* si svolge a tre livelli: 1) la *ricerca*, 2) la *didattica* (vengono organizzati corsi per medici, dirigenti di scuole infermieristiche, studenti di medicina e seminari occasionali); 3) la *consulenza* in particolare per il *Catholic Bishops' Joint Committee*, per il *Churches' Council for Health and Healing*, per il *HOPE* (Health Care Opposed to Euthanasia).

3. *Institut Borja de Bioetica*. È un Centro di ricerca, insegnamento e divulgazione di temi inerenti alla bioetica. È nato nel 1975 come istituto autonomo affiliato alla Facoltà di teologia di Barcellona. Nel 1984 è divenuto struttura indipendente e si è costituito come fondazione privata legalmente riconosciuta.

Per quanto concerne l'attività di ricerca essa abbraccia tutte le problematiche della bioetica e viene svolta in base alle necessità dei membri dell'Istituto o dietro richiesta della Chiesa Cattolica, del Governo o delle strutture sanitarie.

L'attività didattica è rivolta sia ai medici, biologi, farmacisti, infermieri, che agli specializzandi provenienti dalla filosofia e dalla teologia.

Qualche differenziazione è emersa da parte di alcuni componenti in merito ai temi più delicati che abbiamo detto.

4. *Pope John XXIII Bioethics Center*. È un istituto Internazionale di Bioetica, fondato nel 1972 e sito vicino a Boston nel Massachusetts. L'attività del Centro si realizza attraverso: 1) la *ricerca* (sono stati oggetto di esame temi come la genetica, il trapianto di tessuti fetali, i Comitati etici, mentre saranno analizzati nel prossimo futuro i problemi legati al sequenziamento del genoma umano e alla riforma sanitaria negli Stati Uniti); 2) la *didattica* (il Centro propone annualmente simposi su vari temi. Sarà oggetto di studio nel 1994 il tema «La famiglia e la fede»); 3) le *consulenze* (vengono fatte ogni anno circa 400 consulenze sia per telefono che per iscritto).

Viene pubblicata mensilmente la rivista *Ethics and Medicine*.

5. *Thomas More Center*. È stato fondato agli inizi degli anni '80 dietro richiesta del Consiglio Nazionale civico ed è sito a Victoria con una sede distaccata a Sydney. Qualche anno dopo la sua fondazione ha sostenuto la nascita del centro di Bioetica St. Vincent. Chiuso nell'anno 1988, il Centro è stato riaperto nel 1989 con la finalità di diffondere l'insegnamento cattolico tra la popolazione e in particolar modo tra i giovani.

Accanto all'attività didattica, svolta tramite seminari e corsi

estivi, il Centro si occupa di attività di ricerca e pubblica un bollettino trimestrale e monografie.

6. *L.J. Goody Bioethics Center*. È stato fondato nel 1985 presso l'arcidiocesi di Perth in Australia. Il Centro svolge attività di consulenza per quanti, operatori sanitari ma anche coniugi, desiderano approfondire gli insegnamenti del Magistero Cattolico in tema di morale, ed è punto di riferimento per i Comitati etici degli ospedali cattolici, per le Conferenze episcopali e per lo stesso Governo.

7. *Institute for Biomedical and Family Ethics*. L'Istituto che fa capo al Center for research and Communication di Manila (Filippine) è stato fondato nel 1992 per rispondere alle richieste degli operatori sanitari nonché di organismi governativi e non governativi.

8. *Istituto d'Umanesimo in scienze della salute*. È stato istituito presso l'università di Anahuac a Città del Messico ed ha come scopo principale l'insegnamento della bioetica nella fedeltà alle linee-guida del Magistero della chiesa cattolica.

L'istituto svolge attività di ricerca, didattica e di consulenza e pubblica in lingua spagnola la rivista «*Medicina e Morale*» del Centro di Bioetica dell'Università Cattolica del S. Cuore con il nome di «*Medicina y etica*».

Ci siamo limitati a descrivere quelli che possono dare un contributo più armonico e concorde con il lavoro pastorale di questo dicastero.

b) I Comitati di Bioetica

Chi va alla ricerca delle radici storiche dei Comitati di Bioetica, fa di solito riferimento ad una sentenza della Corte Suprema dello Stato del *New Jersey* (U.S.A.) del 1976 come data storica della prima istituzione formale di un Centro di Bioetica, anche se occorre riconoscere che sin dal 1971 in una *Medico-Moral Guide* dei Vescovi cattolici Canadesi si avanzava la proposta di istituire in ogni ospedale cattolico delle Commissioni Medico-Morali con alcuni compiti fondamentali, compresi quelli educativo-formativi, soprattutto per applicare in modo unitario le *Ethical and Religious*

Directives for Catholic Health Care Facilities che nello stesso anno aveva emanato la Conferenza Nazionale dei Vescovi Cattolici degli Stati Uniti.²¹

È però indubbio che solo dopo la sentenza della Corte Suprema del New Jersey del 31 marzo 1976, relativa al caso di Ann Karen Quinlan è stato istituito ufficialmente un Comitato di Bioetica e già da questo momento cominciarono a delinearsi numerosi problemi connessi con la funzione che questi comitati dovevano avere.

Accanto a questa motivazione contingente che ha portato all'istituzione di un Comitato di Bioetica si è voluto successivamente proporre tali comitati anche in situazioni ordinarie relative ad es. ai protocolli di sperimentazione clinica o a particolari situazioni che possono presentarsi nell'ambito dell'assistenza sanitaria e di tutto il progresso biomedico. Da organo di emergenza, cioè, il Comitato di Bioetica viene richiesto con funzioni di sostegno e di punto di riferimento costante nella pratica quotidiana.

Volendo sintetizzare brevemente le varie funzioni di un Comitato di Bioetica ci sembra che se ne possano ipotizzare fondamentalmente tre: una funzione *culturale*, una funzione *consulenziale* e una funzione di *verifica*.

La funzione *culturale* si può esplicare con programmi educativi in rapporto ai problemi della umanizzazione della medicina, dei diritti dei malati e in generale dei nuovi problemi di etica medica. È questa una finalità che si rivela urgente in ogni ospedale pubblico o privato in relazione all'attuale situazione di disorganizzazione e disumanizzazione dei ricoveri. Questo compito educativo-culturale potrà essere incentrato sulla promozione di dibattiti, di conferenze, di corsi di aggiornamento professionale sui temi della bioetica permettendo così una crescita di coscienza etica in tutto il personale medico e non.

La funzione *consulenziale* si riferisce alle singole casistiche di carattere assistenziale che possono emergere in maniera ricorrente o saltuaria. È sempre più

comprensibile che il medico nella struttura ospedaliera, in relazione ad es. al dover iniziare o meno un trattamento pesante per il malato o al dover sospendere terapie che si protraggono da tempo senza apparente beneficio, voglia richiedere il parere del CdB. Questo non significa naturalmente la deresponsabilizzazione morale o civile del medico o un alibi per la coscienza di qualcuno, ma semmai, un aiuto in più per chi deve prendere le decisioni che risulteranno così più motivate e informate.

La funzione di *verifica* si riferisce all'esame dei protocolli di ricerca e di sperimentazione clinica: questa funzione, regolamentata tra l'altro in Italia dal D.M. 27 aprile 1992,²² è sicuramente la più necessaria sia per la molteplicità degli interessi palesi o occulti che si muovono negli ambiti della ricerca clinica, sia per la complessità delle competenze richieste e sia per le nuove frontiere che giorno per giorno si aprono alla sperimentazione farmacologica, medica e chirurgica. Basti pensare alla speri-



mentazione sull'uomo del vaccino contro l'AIDS, alla possibilità di sperimentazione sugli embrioni e sui feti, sui bambini e sui malati di mente o sui malati terminali. La sperimentazione è necessaria e deve godere anche di sostegno e garanzie da parte della società ma dovrà essere orientata al bene della persona singola e della società simultaneamente, evitando cioè che il singolo sia considerato come oggetto strumentale rispetto alla società.

Per ciò che riguarda i livelli istitutivi, dall'analisi della situazione attuale dei Comitati di Bioetica si possono ipotizzare, e di fatto si sono realizzati nei vari Paesi, *tre livelli differenti* con funzioni diverse e specifiche.

Un *1° livello* è quello *centrale, nazionale (federale) o supra-nazionale*. Ad esso è richiesto il compito di affrontare problemi di ampio respiro che coinvolgono la popolazione in generale (ad es. i temi delle manipolazioni genetiche, della procreazione artificiale, della tutela dell'embrione, delle scelte di economia sanitaria nazionale e così via). Esso,

cioè, si potrebbe porre come referente tecnico per gli atti di governo in vista della elaborazione di leggi quadro. Ad un tale livello, ad es., è collocato il *Comitato Nazionale per la Bioetica* istituito in Italia. Inoltre, suo compito specifico dovrebbe essere quello di emanare «raccomandazioni» e «guidelines» per rafforzare l'indirizzo etico-deontologico nei livelli periferici.

Un *2° livello* è quello *istituzionale o accademico o degli ordini professionali o regionale*. È presente all'interno di singoli Istituti di ricerca, finanziati o meno dal governo centrale, o all'interno delle Università o in seno agli Ordini dei Medici o degli Infermieri o nelle strutture amministrative regionali.

Il compito specifico che tali comitati hanno è connesso principalmente con la ricerca e la sperimentazione clinica, con i problemi strettamente deontologici e professionali, con la emanazione di indicazioni per la salvaguardia dei diritti del malato negli ospedali centrali e locali.

Un *3° livello*, infine, è quello *local, ospedaliero o di USL* con funzioni specifiche legate alla casistica clinica, all'animazione e formazione degli operatori.

Nell'ambito dell'attività dei Comitati di Bioetica uno dei punti cruciali riguarda il momento della elaborazione del giudizio nelle diverse situazioni che saranno sottoposte all'attenzione di questi comitati. Il contesto pluralistico in cui vengono ad essere istituiti i Comitati di Bioetica, infatti, porta inevitabilmente alla formazione di comitati diversi per composizione e orientamenti, e questo si ripercuoterà indubbiamente sul giudizio etico il quale rischierà di risultare anche molto diverso da un comitato all'altro pur riguardando due situazioni analoghe.

A fronte dei molteplici orientamenti etici prima indicati, i Comitati di Bioetica si trovano oggi a dover sostenere una grande sfida cioè quella di trovare la più ampia convergenza etica — che non vuol dire il cercare «minimo» comune etico ma la condivisione del «massimo» rispetto che si deve all'uomo! —



per offrire efficaci criteri legislativi o più generalmente normativi alla nostra società.

E nell'ambito di questa ricerca vi sono alcuni punti fermi a cui far riferimento:

1. le *leggi civili e penali* dello Stato, leggi che sia il medico che il cittadino sono obbligati a rispettare e osservare. Ciò non contrasta con il caso della obiezione di coscienza in quanto essa stessa è prevista dalla legge: nel caso di una legge obiettivamente iniqua può configurarsi la necessità di una « disubbidienza civile » al fine di ottenere il cambiamento della legge. In ogni caso la legge crea degli obblighi morali — con le limitazioni sopra dette — a cui non ci si può sottrarre;

2. la *deontologia medica codificata* sia in campo nazionale che in campo internazionale. Anche se la deontologia non prende in considerazione tutti gli aspetti etici del problema sanitario, tuttavia ha una fondamentale ispirazione etica e fornisce indicazioni che intendono vincolare la coscienza dei professionisti. Le Confederazioni internazionali degli Ordini dei Medici (quelli della CEE, ad es., nel gennaio 1987 hanno emanato i « Principi di etica medica europea ») e l'Associazione Medica Mondiale (si pensi alla Dichiarazione di Helsinki) emanano continui aggiornamenti dei loro codici deontologici;

3. i *diritti dell'uomo*, dichiarati ed esplicitati nelle Carte e Convenzioni internazionali a cominciare dalla Carta dell'ONU del 10 dicembre 1948 e dalla « Convenzione di salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali » (Patto di Roma) del 4 novembre 1950 fino a tutte le convenzioni, dichiarazioni, carte, raccomandazioni (nel loro diverso peso giuridico di obbligatorietà) che sempre più frequentemente danno agli Stati membri indicazioni di carattere etico anche sui problemi della biomedicina.

Crediamo che i codici deontologici e i diversi pronunciamenti internazionali sui diritti dell'uomo possano rappresentare una criteriologia etica condivisa da parte di ogni Comitato di Bioetica. Ovviamente, per i comitati che sorgono all'interno

di istituzioni confessionali le indicazioni della propria autorità religiosa (ad es. per un ospedale cattolico le indicazioni del Magistero della Chiesa Cattolica) diventano una ulteriore e più vasta visione di orientamento. Di qui l'opportunità che le istituzioni cattoliche diano vita a tali Comitati nel loro interno.

La riflessione sui diversi punti considerati ci ha portato alla rilevazione di alcune caratteristiche ottimali che devono essere perseguite e d'altra parte l'emergenza di possibili « degenerazioni » dei Comitati di Bioetica, soprattutto quelli siti presso strutture pubbliche, che devono essere a tutti i costi evitate se si vuole che questi organismi continuino ad operare secondo lo spirito originario che ha portato alla loro istituzione.

Innanzitutto ci sembra che una prerogativa fondamentale di questi comitati, da più parti riconosciuta, debba essere quella di avere una *finalità consultiva* e non decisionale, dovendo porsi in modo sussidiario al momento decisionale proprio del singolo operatore. Si tratterà, cioè, di una offerta di competenza da parte del Comitato di Bioetica che faciliti l'eticità delle decisioni senza sostituirsi al medico o al ricercatore o al singolo paziente. Questa caratteristica comporterà che il parere formulato dal comitato, pur potendo esserne prevista per legge la obbligatorietà, non dovrà mai essere vincolante proprio perché la responsabilità ultima è di colui che ha richiesto il parere.

Un'altra importante caratteristica è quella della *coerenza* con i parametri etici dichiarati nel proprio regolamento-statuto. Ci sembra infatti che sia obbligatorio e imprescindibile da un punto di vista etico che ogni CdB espliciti la propria *identità etica*, a quali parametri etici, cioè, voglia conformarsi. Ciò può agevolare il lavoro del comitato stesso e costituisce un atto di onestà nei confronti di coloro che richiederanno un parere.

Anche la *indipendenza* di riflessione e di deliberazione e la *imparzialità* ci sembra che debbano essere garantite. Pertanto è necessario che i Comitati di Bioetica non abbiano vincoli determinati con l'amministrazione della struttura in cui operano o

con le industrie farmaceutiche che prospettano la sperimentazione di farmaci. Inoltre i membri che compongono i comitati non devono avere alcun collegamento diretto o indiretto, ad es., con i ricercatori che sottopongono per un parere etico il loro protocollo di sperimentazione.

Abbiamo già detto che diversi pericoli si nascondono dietro i Comitati di Bioetica, pericoli che — a nostro avviso — conseguono ad alcune « degenerazioni » dei loro compiti e del loro funzionamento piuttosto che derivare dalla connotazione e dalle istanze originarie dei Comitati di Bioetica. Per esempio, può verificarsi che questi comitati rappresentino una *esautorazione delle responsabilità* morali e civili degli operatori cui spetta la decisione, tendenza questa particolarmente evidente negli Stati Uniti. Ancora, essi possono collocarsi, arrogandosi compiti non propri, in conflittualità con gli Ordini Professionali ai quali spetta già il richiamo alla deontologia attraverso apposite commissioni. La *politicizzazione* dei Comitati di Bioetica poi sia nel senso del riferimento a regole di schieramento partitico che nel senso di « faziosità » fra i ricercatori — potrebbe portare alla creazione di un nuovo organismo sindacale o ad una nuova centrale di spartizione dei poteri.

Infine, sarà da evitare la *corsa alla istituzione di numerosi comitati periferici*, « ad usum » degli enti istitutori (si pensi a comitati istituiti nell'ambito delle industrie farmaceutiche!).

Considerazioni conclusive

A conclusione di quanto detto ci sembra che si debba ribadire come tutte le funzioni e tutte le attività che si vogliono richiedere ai Comitati di Bioetica non possano prescindere da un collegamento, diretto o indiretto, con i Centri di bioetica ove si rende possibile la riflessione sui problemi etico-filosofici fondamentali;

E necessario, infatti, offrire a chi si prepara o svolge già un'attività nel campo della biomedicina un'impostazione sistematica sui criteri di fondo e sulle antropologie di riferimento, e questo ci sembra essere il compito della bioetica.

Senza questa riflessione di fondo i Comitati di Bioetica diverrebbero strumenti senza contenuti, probabilmente solo legati ad una prassi contingente, che giungerebbero a soluzioni eterogenee legate estemporaneamente ai valori di riferimento dei singoli membri.

Nella creazione di queste istituzioni i credenti non possono e non devono mancare. La Chiesa ha, infatti, bisogno di un riferimento costante per la formazione delle persone e per lo studio delle problemi che vengono posti dalle nuove scoperte in campo biomedico e dalla loro applicazione.

Si rende, allora, necessario sia preparare quanti dovranno far parte di Comitati di Bioetica o dirigere i Centri di Bioetica di ispirazione cattolica, sia prevedere un coordinamento centrale di queste istituzioni per poter svolgere un lavoro comune e meglio incidere nel dibattito pubblico sulla materia.

E, infine, da appoggiare la presenza dei cattolici anche all'interno dei Comitati di Bioetica cosiddetti «laici»: è un dovere portare tra gli altri il contributo della sapienza cristiana. Può, però, accadere che il membro cattolico si trovi a confrontarsi con posizioni che non condivide e che mettono in discussione valori fondamentali della persona umana: in tal caso egli ha il dovere di dissociarsi dal parere del Comitato, esprimendo e motivando il proprio voto di dissenso, e solo a questa condizione può continuare a farne parte.

S. E. Mons. ELIO SGRECCIA
*Segretario del Pontificio
 Consiglio per la Famiglia
 Consultore del nostro
 Pontificio Consiglio*

Centri di bioetica ad ispirazione cattolica (in base allo Statuto)

- Centro di Bioetica dell'Università Cattolica del S. Cuore (Roma)
- Dipartimento di Medicina e Scienze Umane dell'Istituto Scientifico S. Raffaele (Milano)
- Centro Mauriziano di Bioetica (Torino)
- Istituto Siciliano di Bioetica (Palermo)
- Progetto Etica e Medicina - Fondazione Lanza (Padova)
- Centre d'Etudes Bioéthiques (Lovanio)
- Linacre Center (Londra)
- Institut Borja de Bioètica (Barcellona)
- GIB (Grupo de Investigación en Bioética de Galicia - Santiago de Compostela)
- Pope John XXIII Bioethics Center (Boston)
- Thomas More Centre (Vittoria)
- Bioethics Center St. Vincent Hospital (Sidney)
- L.J. Goody Bioethics Center (Perth)
- Institute for Biomedical and Family Ethics (Manila)
- Istituto d'Umanesimo in Scienze della salute (Città del Messico)





Note bibliografiche

1. VIAFORA C. (a cura di), *Vent'anni di Bioetica*, Padova: Fondazione Lanza, 1990.
2. Vedi la Prefazione del libro di TESTART J., *L'uovo trasparente*, Milano, Bompiani, 1988.
3. POTTER V.R., *Bioethics: a bridge to the future*, Englewood Cliffs (N.J.), Prentice-Hall, 1971.
4. JONAS H., *Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*, Torino, Einaudi, 1990.
5. Vedi: REICH W.T. (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, New York, The Free Press, 1978.
6. LIFTON R.J., *I medici nazisti. Lo sterminio sotto l'egida della medicina e la psicologia del genocidio*, Milano, Rizzoli, 1988.
7. Il testo del Documento di Erice è riportato da *Medicina e Morale* 1991 (4), 561-567.
8. Cf. SGRECCIA E., *La risposta nella trascendenza*, in JACOBELLI J., *Scienza e etica. Quali limiti?*, Roma, Laterza, 1990, pp. 163-167. Vedi anche: GRAHAM L.R., *Scienza e valori*, Roma, Armando, 1988; MORACZEWSKY A.S. (ed.), *Technological powers and the person*, St. Louis (Mo), The Pope John XXIII Center, 1983; SGRECCIA E., *Il progresso scientifico e tecnologico di fronte all'etica*, *Medicina e Morale*, 1983 (4), 335-341.
9. JASPERS K., *Il medico nell'età della tecnica*, Cortina, Milano 1991.
10. Sull'argomento in esame vedi l'ampia trattazione di: PALAZZANI L., SGRECCIA E., *Il dibattito sulla fondazione etica in bioetica*, *Medicina e Morale*, 1992 (5), 847-870.
11. «...io noto all'improvviso e con grande sorpresa, che invece di normali serie di proposizioni è, non è, trovo solo proposizioni con *deve*, *non deve*. Questo cambiamento è difficile ad essere colto, ma è tuttavia di grande importanza. Dal momento che questo *deve/non deve* esprime una nuova relazione e nuova situazione, è necessario osservarlo e spiegarlo. E allo stesso tempo deve essere data una ragione per ciò che di per sé sembra del tutto impensabile. Cioè come può questa nuova relazione essere una deduzione da un'altra, che è così totalmente diversa?» (HUME D., *A treatise of human nature*, bk. III, pt. I, section 1). Vedi anche: MOORE G.E., *Principia ethica*, Cambridge, Cambridge University Press, 1903.
12. Tra gli esponenti dell'etica descrittiva, cf.: WILSON E.O., *Sociobiology, the new synthesis*, Harvard, The President and fellows of Harvard College, 1975; VOORZANGER B., *No norms and no nature. The normal relevance of evolutionary biology*, *Biology and Philosophy*, 2 (1987), 569-570; CHIARELLI B., *Problemi di Bioetica nella transizione dal II al III millennio*, Firenze, Il Sedicesimo, 1990.
13. Tra gli esponenti di questa corrente, vedi: AYER A.J., *Language, Truth and Logic*, London, Gollancz 1936 (trad. it., *Linguaggio, verità e logica*, Milano, Feltrinelli, 1961); STEVENSON C.L., *Etica e Linguaggio*, Milano, Longanesi, 1962; SCARPELLI U., *La bioetica. Alla ricerca dei principi*, Biblioteca della libertà, 1987 (99), 7-32.
14. Tra gli intersoggettivisti fanno parte le seguenti correnti di pensiero: il neoutilitarismo (vedi: BENTHAM J., *An introduction to the principles of moral and legislations* (1778), London, The Athlon Press, 1970; MILL J.J., *Utilitarianism* (1781), New York, American Library, 1974; SMART J.J., *An outline of a system of utilitarian ethics*, in SMART J.J., WILLIAMS B. (eds.), *Utilitarianism for and against*, Cambridge, Cambridge University Press, 1973; HARSANYI J.C., *Rule utilitarianism and decision theory*, *Erkenntnis*, 1977; HARE R.M., *The language of morals*, London, Clarendon Press, 1952; la deontologia *prima facie* (vedi: ROSS D., *The right and the good*, Oxford, Oxford University Press, 1930); il principialismo (BEAUCHAMP T.L., CHILDRESS J.F., *Principles of biomedical ethics*, New York, Oxford University Press, 1989); il neocontrattualismo (ENGELHARDT T.H., *The foundations of bioethics*, Oxford, Oxford University Press, 1986; RAWLS J., *A theory of justice*, Cambridge, The Belknap Press, 1971); l'etica comunicativa (APEL K.O., *Comunità e comunicazione*, Torino, Rosenberg e Seller, 1977; HABERMANS J., *Teoria e prassi nella società tecnologica*, Bari, Laterza, 1978); l'etica fenomenologica (SCHELER M., *Der Formalismus in der Ethik*, Halle an der Saale, 1916); l'etica formale dei beni (GRACIA D., *Fundamentos de bioetica*, Madrid, Eudemma, 1989).
15. ENGELHARDT, *The foundations of bioethics...*
16. BEAUCHAMP, CHILDRESS, *Principles of biomedical ethics...*
17. Pellegrino E., Thomasma D.C., *For the patient's good*, New York, Oxford University Press, 1988.
18. Tra gli esponenti di questo orientamento cf.: MARITAIN J., *Nove lezioni sulle prime nozioni di filosofia morale*, Milano, Vita e Pensiero, 1979; VANNI ROVIGHI S., *Elementi di filosofia*, Brescia, La Scuola, 1983; SGRECCIA E., *Manuale di Bioetica. I. Fondamenti e etica biomedica*, Milano, Vita e Pensiero, 1993.
19. GIOVANNI PAOLO II, Lettera Enciclica *Lo splendore della verità*, Città del Vaticano, Libreria Editrice Vaticana, 1993, p. 61.
20. Sull'argomento vedi: SPAGNOLO A.G., SGRECCIA E., *I Comitati di Bioetica. Sviluppo storico, presupposti e tipologie*, Vita e Pensiero, 1989 (7-8), 500-514; Id., *Comitati e Commissioni di bioetica in Italia e nel mondo*, Vita e Pensiero, 1989 (12), 802-818; AA.VV., *Dalla bioetica ai Comitati Etici*, Milano, Ancora, 1988; SGRECCIA E., *Comitati Etici: presupposti e contenuti*, in: *Comitati Etici* (a cura di Ghetti V.), Milano, Angeli, 1988, pp. 40-63; CATTORINI P., *I Comitati di Etica negli ospedali*, *Aggiornamenti Sociali*, 1988 (6), 415-429.
21. ROSNER F., *Hospital Medical Ethics Committees: a review of their development*, J. American Medical Association, 1985 (253/18): 2693-2697; KELLY M.J., MCCARTHY D.G. (eds.), *Ethics Committees: a challenge for Catholic Health Care*, St. Louis (Mo), C.H.A. and Pope John XXIII Center 1984, pp. 6-7.
22. Il D.M. che recepisce le Norme di Buona Pratica Clinica emanate dalla Comunità Economica Europea sono pubblicate nella *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 139 del 15-6-1992*, p. 13.

II Giornata Mondiale del Malato



***Santuario Mariano
di Jasna Góra
(Częstochowa)***

« eccomi, Madre di Jasna Góra »

Cronaca di un pellegrinaggio a Czqstochowa per la 2ª Giornata Mondiale del Malato

11 febbraio 1994

62

Dal 9 al 12 Febbraio nella ricorrenza della celebrazione della 2ª Giornata Mondiale del Malato, è stato organizzato dal Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari un pellegrinaggio in Polonia al Santuario della Madonna di Czqstochowa. La delegazione italiana è stata presieduta da S. Em.za Cardinale Fiorenzo Angelini accompagnato dai Padri José L. Redrado O.H. e Felice Ruffini M.I., rispettivamente Segretario e Sottosegretario del Dicastero, da Mons. Boleslaw Krawczyk Cerimoniere Pontificio, e da numerosi ufficiali, consultori e familiari cappellani, una rappresentanza dei medici e dei farmacisti cattolici.

Giunti nella città di Cracovia, nella stessa Cappella in cui il Santo Padre riceveva a colloquio i fedeli, ha avuto luogo un incontro con l'Arcivescovo Metropolita Cardinale Franciszek Macharski. Nel portare il saluto di tutti, il Cardinale Angelini ha voluto riaffermare la necessità di pregare secondo le intenzioni della Madonna, ricordando che la sofferenza rappresenta da sempre, la più grande manifestazione della vita, così come è stata la morte di Gesù sul Calvario.

Subito dopo, è stato visitato il Centro della Salute per la Famiglia, diretto dalla Prof.ssa Wanda Pòltawska, che ha voluto riunire in esso gli specialisti di diverse branche della medicina ed in particolare della diagnostica e dell'applicazione del metodo naturale delle nascite.

Al mattino successivo, si è svolta la Celebrazione Eucaristica presso la Cattedrale di Cracovia, ai piedi della tomba di San Stanislao, martire patrono della Polonia. Proprio qui, durante l'omelia, il Cardinale Angelini ha voluto sottolineare l'esempio che il popolo polacco ha sempre dato a tutto il mondo, attraverso il suo martirio, con le numerose persone morte per la Fede. Da S. Stanislao ad oggi, dopo 400

anni di pontificato romano, questo popolo ha saputo dare al mondo intero un uomo, il Santo Padre Karol Wojtyła, « il Papa venuto da lontano », che la Provvidenza Divina ha posto come Vicario di Cristo tra gli uomini in un momento di grandi cambiamenti dovuti non solo alla caduta dei muri ma soprattutto delle ideologie.

Dopo una breve visita alla cittadina di Wadowice, paese natale del Santo Padre, conclusasi con una preghiera sia nella Chiesa antica in cui lo stesso fu battezzato, che in quella nuova di San Pietro, si è proseguito alla volta della città di Oswiqim per la visita ai campi di sterminio di Auschwitz e Birkenau, luoghi di riflessione sulla forza dell'odio che può cementare gli uomini gli uni contro gli altri fino alle più terribili e nefande crudeltà contro la persona.

Nel pomeriggio sono seguiti la visita alla Beata Vergine di Czqstochowa ed il saluto con l'Arcivescovo Metropolita Mons. Stanislaw Nowak col quale è stata evidenziata la forza della Fede del popolo polacco, come quella dei malati di ogni parte del mondo, sui volti dei quali è possibile scorgere quello del Cristo sofferente, sanguinante ma vivo che ci induce al coraggio e all'eroismo.

Durante la visita dell'Ospedale « Immacolata Concezione », moderna ed attrezzata struttura polispecialistica e polifunzionale, ha avuto luogo l'incontro con i malati sia nella Cappella che nei diversi reparti, con la consegna di un dono, consistente in un letto operatorio, offerto dal Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, a ricordo della Giornata Mondiale del Malato. Durante l'incontro è stato ribadito come la parola amore, in ospedale, venga spesso usata ma poco applicata e come la carità, piccola goccia d'acqua nell'oceano della sofferenza, ma grande

mare nel cuore di chi dona, debba essere gratuitamente offerta agli altri. Un saluto particolare è stato inviato inoltre, ai Padri Cappellani che rappresentano la Chiesa negli ospedali e nella cui figura i malati, così come tutti gli operatori sanitari, devono vedere i padri della loro anima. Padri Cappellani spesso mai ringraziati abbastanza per l'amore e la carità donate.

Al mattino dell'11 Febbraio, Festa della Santissima Vergine di Lourdes, dopo la preghiera alla Madonna Nera, con offerta del cero donato dal Santo Padre e portato al Santuario dalla delegazione del Pontificio Consiglio, si è tenuta una Tavola Rotonda su « I dieci anni della lettera Apostolica *Salvifici Doloris*, con l'intervento di diversi esperti provenienti dall'Italia, dalla Polonia, dalla Spagna, dal Belgio, dagli Stati Uniti d'America, durante la quale è stata ribadita la centralità della figura del malato nel mondo della salute. Subito dopo si è svolta la Concelebrazione Eucaristica, presieduta dal Cardinale Angelini, assieme ai Cardinali Józef Glemp, Franciszek Macharski ed Henryk R. Gulbinowicz, al Nunzio Apostolico in Polonia, S.E.R. Mons. Józef Kowalczyk, ad oltre trenta vescovi e trecento sacerdoti provenienti in particolar modo dalle varie diocesi polacche e da altre parti del mondo. La cerimonia ha avuto luogo in un Santuario gremito di circa trentamila pellegrini, tra malati e loro accompagnatori, autorità sanitarie ed ecclesiastiche, fedeli giunti da ogni parte della Polonia e da diverse parti del mondo quali l'Italia, la Spagna, il Belgio, il Cile, gli Stati Uniti, la Francia, il Libano lo Zaire etc.

La cerimonia, solenne ed emozionante, accompagnata da musica sacra con coro ed organo, è stata dedicata alla Madonna, Vergine Madre, alla quale è stato chiesto aiuto per tutti noi, offrendo i nostri dolori, le nostre

ansie e preoccupazioni affinché ritorni la Pace nel mondo: «A Te, Madre, che hai perdonato coloro che hanno ucciso Tuo Figlio, noi umili figli offriamo il perdono per i nostri nemici; ai Tuoi piedi Madre di Jasna Góra, Madre dell'Amore, della Fiducia, della Certezza deponiamo l'omaggio di quello che siamo, chiedendo la Pace del nostro Gesù». Nell'Omelia il Cardinale Józef Glemp ha posto l'accento sul particolare significato di questa Giornata ed in seguito è stato impartito il Sacramento dell'Unzione degli Infermi ai malati presenti alla Celebrazione Eucaristica.

Il Cardinale Angelini ha, inoltre, ringraziato la Madonna di Czqstochowa per averci dato il Santo Padre, Papa Giovanni Paolo II, Vicario sulla terra della

sofferenza di Gesù Cristo e figlio stesso della sofferenza poiché, pur essendo in ottima salute fisica, soffre per l'umanità intera. Nel pomeriggio, dopo la recita del Santo Rosario con i malati, si è svolto un nuovo incontro con gli operatori sanitari, durante il quale è stato sottolineato che, come sul petto di ognuno di loro c'è una croce rossa, così ci deve essere nel loro cuore la Croce di Gesù che è Carità, Amore, Fede e Speranza.

Durante il viaggio di ritorno del giorno dopo, circondati dal bianco della neve cadente, in un'ulteriore preghiera al nostro Signore Iddio, il Cardinale Angelini ha voluto esortarci a fermarci a pensare su ciò che si era vissuto durante tutto il pellegrinaggio: la visita alla Vergine Madre, il seguire il Signore per

essere «Totus Tuus» con Lui e la richiesta a Gesù di poter vivere per amare, per fare del bene a chi soffre e per fare testimonianza della nostra stessa sofferenza. Infine, all'arrivo a casa, a Roma, nel darci appuntamento tutti al prossimo anno per la 3ª Giornata Mondiale del Malato, nel silenzio, per Grazia del Signore, ci siamo sentiti tutti davanti a Lui, figli piccoli, umili e poveri, bisognosi della Sua misericordia e fratelli fortunati e prosperosi nei confronti del popolo polacco e di tutti coloro che vivono nella sofferenza non solo economico-sociale ma soprattutto fisica e spirituale.

Dott. ANTONINO BAGNATO

Segretario A.M.C.I.

Sezione di Roma

discorso di benvenuto di S. E. Mons. Stanislaw Nowak, Arcivescovo di Czqstochowa

Eminenza, Reverendissimo signor Cardinale, Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, Cari pellegrini, Carissimi ammalati e rappresentanti degli operatori sanitari in Polonia e a Czqstochowa, con il signor Voivoda e il signor presidente della città a capo.

Siate benvenuti qui, a Czqstochowa, a Jasna Góra, nel grande santuario della Madre di Dio, Guaritrice dei Malati. Benedetti, che venite nel nome del Signore, portando nei cuori la fede in Cristo e nella efficacia della intercessione di Maria, sua Madre. Benedetti voi che portate nei cuori una grande sollecitudine per i sofferenti e malati.

Con una speciale venerazione voglio dare un benvenuto alla Sua Eminenza Reverendissima, il signor Cardinale Fiorenzo Angelini, che viene alla Seconda Giornata Mondiale del Malato con il gruppo dei pellegrini dalla cara Italia. Signor Cardinale, tu vieni nel nome della Sua Santità Giovanni Paolo II, portandoci — come uno dei suoi più vicini collaboratori — la benedizione e la «grazia di Pietro». Vieni co-

me Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari. Da tanto tempo è noto il tuo grande amore verso i sofferenti e i malati, la tua premura particolare dell'opportuno servizio. In diversi modi ne hai dato moltissime prove, anche per la Chiesa polacca.

Un segno eloquente della tua sollecitudine per il mondo dei malati e per coloro che li servono, sono Giornate Mondiali dei Malati, che il Papa Giovanni Paolo II ha annunciato proprio durante la tua presidenza. Dopo la Prima Giornata Mondiale del Malato svoltasi a Lourdes l'11 febbraio 1993, organizzi la Seconda Giornata Mondiale del Malato a Czqstochowa, nel grande santuario mariano di Jasna Góra. Ti ringraziamo cordialmente di questa scelta.

Infatti, ci viene tanta gente di buona salute, ma più spesso ci vengono i malati, con le loro debolezze, con le sofferenze fisiche e spirituali. Da secoli in questo luogo Maria li consola, rafforza e guarisce. Un segno di questa materna attività sono innumerevoli iscrizioni, ricordi ed ex voto.

Eminentissimo Signor Cardi-

nale, ti saluto calorosamente a Jasna Góra e ti ringrazio della scelta del nostro santuario come luogo della preghiera e della riflessione sulla sofferenza umana. Contemporaneamente saluto di cuore i tuoi collaboratori del Pontificio Consiglio e tutti i tuoi ospiti.

Un cordiale benvenuto rivolgo ai carissimi pellegrini, partecipanti della Seconda Giornata del Malato, provenienti dall'Italia, Chile, Spagna, Portogallo, Russia, Repubblica Ceca e Slovacca, e dai diversi paesi del mondo.

Che Maria vi ascolti e vi benedica.

Saluto infine — a nome dei custodi del Santuario, sempre aperti ai pellegrini padri Paolini — tutti presenti nella cappella miracolosa, rappresentanti delle autorità civili e tra loro il Direttore dell'Ospedale di Maria Santissima che è felice del dono di letto operatorio, che riceve oggi grazie a Sua Eminenza. Di questo dono prezioso — dalla mia parte — La ringrazio di cuore.

Vi auguriamo, carissimi pellegrini, i beati frutti spirituali della Seconda Giornata Mondiale del Malato a Czqstochowa.

saluto del Padre Generale dei Padri Paolini

P. Jan Nalaskowski, a Jasna Góra

Mistero del luogo

Da più di 600 anni il Santuario di Jasna Góra a Częstochowa, con il mistero della presenza particolare della Beata Vergine Maria irradia e attira per mezzo della Sua Santa Icona.

Da più di 600 anni le generazioni del Popolo pellegrinante di Dio hanno sperimentato in questo luogo santo della Chiesa la benedetta vicinanza e l'efficace intercessione di Maria. Ella, grazie al Suo amore materno, come afferma il Concilio Vaticano II, ha cura dei fratelli di Suo Figlio, che sono ancora pellegrinanti ed esposti alle difficoltà della vita, finché non raggiungeranno la patria eterna.

Dobbiamo confessare che da più di 600 anni noi Padri Paolini, guardiani di questo santo mistero, insieme ai numerosi pellegrini siamo testimoni dell'atteggiamento pieno di affetto e di protezione della Madre di Dio verso ogni uomo che arriva qua, ma soprattutto verso chi arriva spinto da situazioni difficili, problematici e dolorosi.

Pellegrini particolari – Uomo malato

Nei momenti difficili, quando crescono le inquietudini, aumentano le guerre fratricide, si moltiplicano le ingiustizie e i dolori umani, si intensificano il male e il peccato, il Santo Padre Giovanni Paolo II attira l'attenzione di tutta la Chiesa sul monte Jasna Góra, convinto che da lì ci arriveranno gli aiuti, secondo la volontà di Dio.

Inspirato da un particolare carisma, il Pietro dei nostri giorni indisse la VI Giornata dei Giovani. Oggi ha invitato il cardinale F. Angelini, Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari ad organizzare la II Giornata del malato a Jasna Góra, fatti significativi e commoventi.

Con profonda venerazione presentiamo alla Beata Maria Vergine tutto questo gruppo di malati e sofferenti, insieme alla gerarchia della Chiesa e al clero, ai rappresentanti della Sanità e a tutti i partecipanti di questo pellegrinaggio, provenienti dal no-

stro Paese e dall'Europa, specialmente dall'Italia e dalla Spagna, nonché dai continenti extraeuropei, soprattutto dal Perù.

Desideri

Insieme al Santo Padre affidiamo alla protezione della Vergine Maria Addolorata tutti i partecipanti alla II Giornata del Malato, supplicandola di introdurci tutti nel profondo del mistero della Redenzione, che Ella come nessun altro, ha sperimentato ai piedi di Cristo sofferente sulla croce.

Che l'amore eterno del Padre, manifestatosi nella storia dell'umanità attraverso il Figlio e l'intercessione materna di Maria, si avvicini a tutti noi e a ogni uomo!

Che la II Giornata del Malato resti nella memoria della Chiesa come un incontro con Cristo medico delle anime e dei corpi.

i dieci anni della Lettera Apostolica

Salvifici Doloris

I. Il Vangelo della sofferenza

La seconda Giornata Mondiale del Malato ha quest'anno il suo più solenne momento celebrativo in questo grande e celebre santuario mariano, così come lo scorso anno lo ebbe nel santuario mariano di Lourdes.

Come Maria ai piedi della Croce del Figlio, la Chiesa, comunità di fedeli, vuole in questo giorno essere ai piedi delle infinite croci « di tanti fratelli e sorelle che, in questo momento, sono straziati da guerre fratricide, languono negli ospedali o sono in lutto per i loro cari vittime della violenza ».¹

Questa Giornata, tuttavia, non può e non deve esaurirsi nel breve spazio della sua durata; essa è soltanto l'espressione di un momento forte di un impegno che vuole essere parte integrante della nostra continuata testimonianza cristiana. L'uomo, infatti, « via della Chiesa », lo è in modo del tutto speciale quando nella sua vita entra la sofferenza². È questa la « via » che la Chiesa vuole percorrere, perché questa fu la via scelta da Cristo.

Ricorre quest'anno, e in questo stesso giorno, il decimo anniversario della pubblicazione della Lettera apostolica di Giovanni Paolo II *Salvifici doloris* sul significato cristiano della sofferenza umana.

Al tema del « dolore salvifi-

co » il Santo Padre ha dedicato anche le profonde riflessioni del suo Messaggio al mondo per la celebrazione di questa seconda Giornata Mondiale del Malato. Riflessioni che vogliono essere una risposta di fede e di speranza agli angoscianti interrogativi che salgono a Dio da quanti soffrono nello spirito e nel corpo. Una risposta nel nome, nel segno e nell'imitazione di Maria, Salute degli infermi e dei sofferenti, Madre del dolore e dell'amore che salvano, « icona vivente del Vangelo della sofferenza ».³ Una risposta, che tutti cerchiamo dal più profondo del nostro cuore, perché soltanto attraverso di essa possiamo cogliere il senso della nostra vita e della condizione umana.

La storia della pietà mariana ci offre un dato sorprendente: le festività mariane, nella Chiesa, superano per numero quelle di tutti i santi. Il *Calendario mariano* ci mostra come ogni giorno dell'anno, nelle diverse chiese sparse in ogni parte del mondo, la Vergine sia celebrata sotto i titoli più diversi.⁴ Tutti questi titoli, però, hanno in comune la celebrazione della bontà e della protezione della Vergine nei confronti di coloro che soffrono. Titoli che suggeriscono invocazioni che portano a comprendere e ad accettare il valore salvifico della sofferenza. La Vergine Santissima, infatti, viene celebrata nella sua misericordia, nella sua compassione, nella sua materna mediazione, nella sua straordinaria sapienza, nella sua umiltà, nella sua accettazione della volontà di Dio, nella sua fede nelle avversità.

Come voi sapete, la Lettera apostolica *Salvifici doloris* fu il primo e più ampio documento solenne dedicato da un pontefice al tema del dolore, della sua valorizzazione e della sua forza sanante. In questo documento il Santo Padre parla di «Vangelo della sofferenza», perché «nella croce di Cristo non solo si è compiuta la redenzione mediante la sofferenza, ma anche la stessa sofferenza è stata redenta».⁵ «Vangelo della sofferenza», cioè annuncio di salvezza promesso e attuato attraverso il sacrificio di Cristo che, nell'assumere la natura e la condizione umana, ha voluto incarnarsi nei più deboli e bisognosi.⁶

Nessuna creatura umana, come la Vergine Santissima, accolse e visse in se stessa questo Vangelo della sofferenza: lo visse nella povertà della casa di Nazareth, nell'umiliazione della stalla di Betlemme, nel dramma della fuga in Egitto, nella fatica del lavoro umile con Gesù e lo sposo Giuseppe. Ma «fu sul Calvario che la sofferenza della Beata Vergine Maria, accanto a quella di Gesù, raggiunse un vertice già difficilmente immaginabile nella sua altezza dal punto di vista umano, ma certo misterioso e soprannaturalmente fecondo ai fini dell'universale salvezza».⁷

Per secoli, in questo santuario mariano, interminabili folle di pellegrini e di fedeli hanno sentito «battere il proprio cuore nel cuore della Madre».⁸ «La Madre di Gesù, infatti, fu preservata dal peccato, ma non dalla sofferenza. Perciò il popolo

cristiano si identifica con la figura della Vergine Addolorata, scorgendo nel suo dolore i propri dolori. Contemplandola, ogni fedele viene introdotto più intimamente nel mistero di Cristo e del suo valore salvifico».⁹

La Giornata del Malato non è soltanto giornata *per* il malato e *accanto* al malato. È occasione per chiedere a quanti soffrono di offrire la loro sofferenza per la salvezza del mondo.

Da questo «monte luminoso» (Jasna Góra), Maria si erge quale segno che illumina, poiché «condivide la nostra condizione umana, ma in una totale trasparenza di grazia».¹⁰

Fratelli e sorelle ammalati, che, sostenuti dalla fede, affrontate il male in tutte le sue forme senza scoraggiarvi e senza cedere al pessimismo, ascoltate l'invito del Santo Padre «a cogliere la possibilità aperta da Cristo di trasformare la vostra situazione in espressione di grazia e di amore».¹¹

«Chiediamo a voi tutti che soffrite — dice il Papa nella Lettera apostolica *Salvifici doloris* — di sostenerci. Proprio a voi che siete deboli, chiediamo che diventiate una sorgente di forza per la Chiesa e per l'umanità. Nel terribile combattimento tra le forze del bene e del male, di cui ci offre spettacolo il nostro mondo contemporaneo, vinca la vostra sofferenza in unione con la Croce di Cristo!».¹²

Offrite le vostre tribolazioni per quanti, provati fino alla disperazione, attendono chi riconosca in loro la presenza e il Volto sofferente di Cristo. La vostra offerta e la vostra preghiera siano l'offerta di questa eucaristia nella quale si rinnova il memoriale della passione e della morte di Cristo. In questo dono, sofferto e generoso, arduo ma prezioso, scoprirete — come attesta l'esperienza dei santi — la gioia misteriosa promessa da Cristo a quanti si affidano a Lui nella loro tribolazione: «Venite a me voi tutti che siete affaticati e aggravati dal peso della vita: Io vi ristorerò! Prendete su di voi il mio giogo e imparate da me, che sono mansueto ed umile di cuore; così troverete ristoro per le anime vostre, poiché il mio giogo è soave e il mio peso è leggero».¹³

Voi operatori sanitari e quanti siete impegnati nell'assistenza pastorale a chi soffre — sacerdoti, religiosi, religiose, medici, paramedici, volontari —, sentite il

vostro ministero come continuazione del ministero stesso di Cristo che, con espresso mandato, ha inviato i suoi discepoli a sanare ed a guarire i malati.

Rispecchiatevi nella figura del Buon Samaritano, «parabola-chiave per la piena comprensione del comandamento dell'amore del prossimo».¹⁴

Crescono a dismisura nel mondo la sofferenza e il bisogno di essere accanto a chi soffre.

Implorano il nostro aiuto le diecine di migliaia di bambini che ogni giorno muoiono per l'ingiustizia che imperversa nel mondo; lo chiedono i milioni di profughi costretti a lasciare la loro patria; lo supplicano gli anziani, i portatori di handicaps, le vittime dei «nuovi mali» che colpiscono l'umanità.

Da tutti sale una domanda di vita e di rispetto della dignità della persona umana, in nome della quale Cristo si è incarnato, ha sofferto, è morto sulla croce ed è risorto.

In questo giorno e da questo luogo di grazia, salga a Dio, mediatrice la Vergine Santissima, la nostra preghiera e l'offerta di noi stessi. Con le stesse parole del Santo Padre, ripetiamo con fede l'invocazione: «O Maria, madre di misericordia, veglia su di noi perché non venga resa vana la croce di Cristo».¹⁵ Amen.

Card. FIORENZO ANGELINI

Presidente
del Pontificio Consiglio
della Pastorale
per gli Operatori Sanitari

¹ GIOVANNI PAOLO II, *Messaggio per la 11 Giornata Mondiale del Malato*, 1.

² Cf. GIOVANNI PAOLO II, Lettera apostolica *Salvifici doloris*, 3; cf. Lett. encicl. *Redemptor hominis*, 10. 14.

³ *Ibidem*, 6.

⁴ Cf. F. G. HOLWECK, *Fasti mariani, sive Calendarium festorum S.M. V. Deiparae*, Freiburg im Brisgau 1892.

⁵ GIOVANNI PAOLO II, Lettera apostolica *Salvifici doloris*, 19.

⁶ Cf. *Filippesi* 2, 2-9.

⁷ *Ibidem*, 25.

⁸ GIOVANNI PAOLO II, Omelia tenuta a Czgtochowa il 4 giugno 1979.

⁹ GIOVANNI PAOLO II, *Messaggio per la 11 Giornata Mondiale del Malato*, 6.

¹⁰ GIOVANNI PAOLO II, Lettera enciclica *Veritatis splendor*, 120.

¹¹ *Messaggio per la Giornata Mondiale del Malato*, 9.

¹² *Salvifici doloris*, 31.

¹³ *Mt* 11, 28-30.

¹⁴ Lett. enc. *Veritatis splendor*, 14.

¹⁵ *Ibidem*, 120.

II. È necessario che la sofferenza trovi una risposta d'amore

Esattamente dieci anni fa, qui, a Czqstochowa, accanto a Jasna Góra, moriva il terzo vescovo di Czqstochowa monsignor Stefan Bareła. L'11 di febbraio, nelle ultime ventiquattro ore di vigilanza accanto al morente, sacerdoti e medici, che lo assistevano hanno ricevuto la Lettera Apostolica del Santo Padre Giovanni Paolo II *Salvifici doloris*.

Emozionante lettura della Lettera in questa memorabile notte ha reso possibile il confrontarsi delle due esperienze: la realtà della morte e la realtà della fede nella potenza salvifica del dolore.

Essendo invitata a partecipare alla Tavola Rotonda, che ha come l'obiettivo la considerazione della Lettera Apostolica, mi permetto di intervenire in due questioni:

il mistero della malattia e della morte e più ampiamente della sofferenza;

— l'unica possibilità di rileggere questo mistero nella persona di Gesù Cristo Dio-Uomo, che « portò su di sé le sofferenze di tutti ».

La morte, nonostante che mette fine a tante sofferenze, noi la consideriamo come la sintesi delle molteplici sofferenze umane, a cui partecipa persona malata; essa è un mistero davanti al quale l'uomo in modo più forte sente la propria impotenza, limitatezza, insufficienza; è una realtà di fronte alla quale ciascuno, almeno per breve tempo, si ribella e si oppone, di fronte alla quale si pone la domanda: « Perché? ».

Nessuna scienza, nessuna ideologia, nessuna argomentazione intellettuale dà all'uomo sofferente una risposta esistenziale, soddisfacente a quel drammatico « Perché? ».

L'unica, soddisfacente, possibile da accettare risposta è vivo e sofferente Cristo sulla croce, Dio-Uomo; non la scienza su Dio-Uomo, ma Egli stesso nell'incontro con ogni individuo

sofferente e nel confronto con tutte le sofferenze del mondo intero. Da qui la necessità della ricerca di Dio per sentirlo come un Vicino, Presente, Reale. Bisogna cercarlo nella lettura, nell'ascolto della parola di Dio, nella partecipazione ai sacramenti, nel prossimo — specialmente bisognoso, nella preghiera.

Soltanto la sofferenza di Dio — Uomo accolta volontariamente per amore agli uomini ha un senso e un senso salvifico, che libera l'uomo una volta per sempre dal peccato e da ogni male. Soltanto la sua sofferenza è la condizione indispensabile della gloria destinata per ogni persona salvata nel Regno dell'Amore e della Verità

Quel senso salvifico della sofferenza di Cristo pervade infatti tutta la persona, che soffre nella misura in cui l'uomo prende consapevolmente la propria croce, unendo la propria sofferenza con la croce di Cristo

Perciò nella Chiesa « ...proprio la sofferenza pervasa da spirito del Sacrificio di Cristo è insostituibile mediatore e artefice dei beni indispensabili per la salvezza del mondo. (...) Nella lotta cosmica tra le potenze spirituali del bene e del male le sofferenze umane unite alla sofferenza redentrice di Cristo diventano un particolare appoggio alla potenza del bene facendo la strada alla vittoria a queste potenze salvifiche » (*Salvifici doloris*, 27).

Perciò ciascun uomo sofferente, che unisce il proprio dolore con Cristo è, secondo le parole di Giovanni Paolo II, il più grande tesoro della Chiesa, quindi non un qualcosa di scomodo, inutile, ma tesoro.

La potenza creatrice della sofferenza umana unita alla sofferenza di Cristo si esprime non soltanto nella possibilità della sua accettazione da parte dell'uomo sofferente — per la salvezza del mondo Essa (sofferenza) contiene la potenza generante l'amore in altri uomini, generante le opere di carità verso il prossimo, gli atteggiamenti di aiuto e di servizio verso malati e bisognosi.

Non ha grande significato, se un uomo sofferente può recuperare la salute o no, se può vivere lunghi anni, o gli sono rimaste soltanto alcune ore di vita. Ciò che importa è, che la sua soffe-

renza trovi la risposta d'amore da parte di altri uomini. Questo aiuterà il malato di scorgere il senso e accettare la propria sofferenza unendola alla sofferenza salvifica di Cristo.

Lo sguardo sulla sofferenza umana dal punto di vista della persona di Cristo mette dei fondamenti alla civiltà dell'amore; l'eliminazione di Cristo dalla sofferenza umana genera la civiltà della morte.

Grazie a Dio, che nella nostra epoca, quando il mondo contemporaneo porta in sé non immaginabile peso delle strutture del male e del peccato, il Santo Padre abbia scelto proprio Czqstochowa come il luogo della II Giornata Mondiale del Malato. Nel Santuario della Madre di Dio di Jasna Góra, tutti insieme malati e sani, possiamo chiedere alla Madonna, come a Cana di Galilea, la sua materna intercessione presso suo Figlio.

Suppliciamola, perché ottenga:

— al mondo la grazia di comprendere, che la pace si può costruire soltanto con l'amore;

— a tutti i sofferenti la fede, che la loro indisposizione unita a Cristo è la fonte di potenza per la Chiesa e l'umanità;

— agli impegnati nella sanità pubblica la convinzione, che ogni gesto di servizio all'uomo sofferente sta alla base della costruzione del mondo dell'amore;

— a tutti noi la certezza, che viviamo nel mistero della redenzione compiuta da Cristo e realizzantesi nella Chiesa fino alla fine dei tempi.

Credo che le sofferenze del terzo vescovo della diocesi di Czqstochowa, morente accanto a Jasna Góra dieci anni fa, fruttificano nello svolgimento del nostro odierno incontro a Czqstochowa.

Credo, che le sofferenze di ognuno dei presenti, unite alle sofferenze di Cristo, diventeranno il focolaio della civiltà dell'amore dappertutto dove andremo.

Dott.ssa WANDATERLECKA

Promotrice dell'Istituzione
dell'Associazione dei Medici
e Infermieri Cattolici di Polonia

III. Il cristiano deve essere segno d'amore

Introduzione

Come trattano la «sofferenza» i membri del CICIAMS, e cioè infermieri, infermiere, levatrici e assistenti medico-sociali?

Quali sono le iniziative che il CICIAMS ha già intrapreso e quali le strategie future da adottare affinché la *Salvifici doloris* si trasformi in uno strumento di reale applicazione per il personale paramedico?

Per la natura stessa delle loro attività e per la scelta della loro professione, quella cioè di curare gli altri, i membri del CICIAMS devono, per lunghi periodi e quasi incessantemente, affrontare la sofferenza intensa e a volte disumana del prossimo. Provare la salvezza e la speranza attraverso la sofferenza ed esserne testimoni, non è sempre facile.

Ciò è dimostrato dal fatto che quasi tutti gli infermieri, le infermiere e le levatrici di tutto il mondo, chiedono notizie, corsi di formazione e articoli riguardanti «il senso della sofferenza» e la maniera con cui bisogna trattare pazienti gravemente ammalati, per meglio dire in fase terminale. Tale argomento è stato affrontato nel corso di numerosi seminari e congressi; inoltre sono stati pubblicati vari articoli al riguardo su «CICIAMS Nouvelles».

Gli stranieri notano, rispettano ed apprezzano il fatto che infermieri, infermiere e levatrici del CICIAMS siano capaci di far fronte alle loro azioni alla loro compassione e alle loro angosce con fede cristiana profonda. Accade spesso che essi siano invitati a presentare una testimonianza; a volte, grazie all'intervento delle autorità, essi possono rendersi utili là dove altri si sono ritirati per ragioni socioculturali. Mi riferisco al personale della nostra associazione in India che è l'unico a prendersi cura dei malati di AIDS di quel paese e a restare accanto a loro.

Grazie ad eccellenti relazioni internazionali, il Segretariato Generale Internazionale del CI-

CIAMS è riuscito ad ottenere, da parte delle autorità indiane, dei finanziamenti che sono serviti a creare centri di accoglienza per i malati di AIDS delle grandi città indiane. I nostri colleghi cattolici vi curano soprattutto quei malati di AIDS che, in generale, vengono abbandonati.

I membri delle organizzazioni non cattoliche di pronto soccorso rifiutano perfino di avvicinarsi a loro. Ma la sofferenza, su qualunque piano dell'esistenza umana, ci tocca profondamente e noi dobbiamo avere il coraggio di porci la domanda «qual è il senso della sofferenza?».

Qual è l'atteggiamento di infermieri, infermiere e levatrici nei confronti del mondo della sofferenza umana e a quale punto i membri del CICIAMS cercano di trovare una risposta alla domanda del senso della sofferenza? Il loro atteggiamento nei confronti dei pazienti è differente da quello dei medici. Questi sono responsabili della sofferenza terapeutica ed anche fisica dell'uomo.

Gli infermieri, le infermiere e le levatrici curano l'uomo nella sua globalità, e ciò va al di là delle cure corporali e del benessere fisico dell'uomo che soffre. Qui entra in gioco l'intero orientamento della vita dell'uomo quando si tratta di prestare attenzione alle grandi domande vitali dei pazienti. In numerosi paesi europei e dell'America sono stati introdotti sistemi di cura che prendono in considerazione tutta la persona. Attraverso le sue associazioni nazionali in Europa e in America, il CICIAMS è sempre stato promotore di sistemi di cura in cui si chiede di dare attenzione all'uomo nel suo insieme e alla dimensione religiosa.

Notiamo che nelle società secolarizzate i sofferenti e i malati in fase terminale si preoccupano di questioni vitali e spesso è l'infermiere, l'infermiera o la levatrice a far loro da tramite, traducendone il bisogno religioso e cercando di collaborare con l'assistente pastorale. Nella maggior parte dei casi, questa azione non viene svolta soltanto con il paziente, ma anche con i membri della sua famiglia che devono

combattere sentimenti di colpa, di angoscia e di disperazione. Essi sono a volte incapaci di esprimere i propri bisogni religiosi oppure, se lo fanno, lo fanno sotto forma di collera verso Dio e verso le strutture ecclesiali o sotto forma di indifferenza e di fatalismo.

Gli infermieri, le infermiere e le levatrici hanno bisogno di essere formati e guidati. Non dobbiamo quindi meravigliarci se l'intervento fatto da Suor Velasquez, degli Stati Uniti, nel corso del congresso asiatico del CICIAMS svoltosi in Giappone nel 1993, abbia ricevuto enorme attenzione e che l'articolo apparso al riguardo su CICIAMS News ci venga chiesto dai nostri colleghi di tutto il mondo. Suor Velasquez ha mostrato come gli infermieri, le infermiere e le levatrici, nonché il personale paramedico, possano prestare attenzione ai bisogni religiosi dei pazienti e quali misure possono prendere per assistere il sofferente collaborando con gli assistenti pastorali.

Il CICIAMS ha anche un compito da svolgere sul piano socio-politico. Trattare la sofferenza umana si traduce anche in strutture, come le cure sanitarie. Qual è il grado di dignità dell'uomo nelle cure sanitarie e come agiscono la scienza e la tecnica nei confronti della sofferenza umana?

Gli infermieri, le infermiere e le levatrici hanno come compito quello di far in modo che, attraverso le loro associazioni, la loro presenza divenga ufficiale in alcune strutture, quali ad esempio commissioni etiche dove possono presentare i bisogni immediati del malato e collocare nel quadro dell'etica la domanda che proviene dal paziente.

Per questo sono necessari corsi di formazione ma anche una base solida della propria vita religiosa.

Differenti associazioni del CICIAMS sono state sollecitate dai loro superiori a cercare risposte sensate alla sofferenza nonché a sviluppare tecniche etiche di guarigione e di ricerca per i malati e i sofferenti, come la N.V.K.V.V. in Belgio e la REPSA in Francia.

Rincredce che infermieri, infermiere e levatrici si impegnino spesso in maniera limitata nel meccanismo tecnico della professione. Un compito enorme è riservato in questo campo alle associazioni professionali cattoliche. Ci rendiamo ben conto dei bisogni dei nostri colleghi?

Molti di loro impegnati a curare i pazienti gravemente ammalati, i morenti, gli handicappati, i pazienti psichici, gli anziani e i dementi, si pongono il seguente interrogativo: qual è il senso di questa immensa sofferenza? Quando non possiedono più una fede profonda e non comprendono che ogni sofferenza ha in sé una fonte di salvezza e di speranza, essi arrivano a soffrire della sindrome di « burn-out ».

È da notare che in molti paesi occidentali sono sia le religiose che i loro colleghi che possiedono una fede profonda, a mettere in atto cure palliative negli istituti psichiatrici e a curare gli anziani. Nessuna associazione può ignorare lo stress e il « burn-out » di cui soffrono i loro membri.

Le associazioni del CICIAMS in Belgio, nei Paesi Bassi e in Irlanda sono molto preoccupate di questo problema.

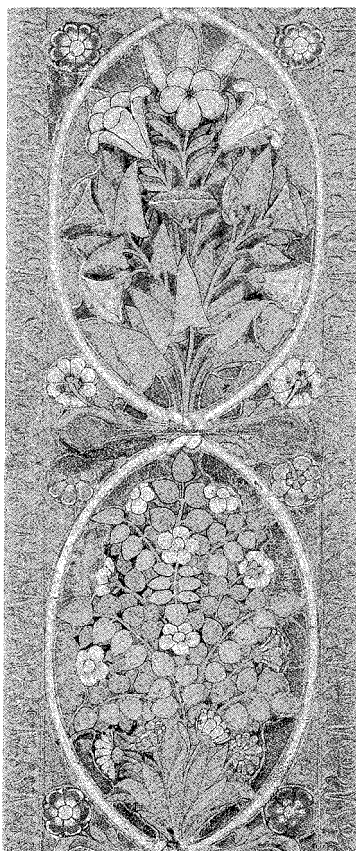
I risultati di ricerche effettuate su queste associazioni ne indicano la gravità e mostrano allo stesso tempo la forza portante dei colleghi ispirati dalla religione cattolica. Là dove i non cattolici lasciano il campo, noi siamo presenti, poiché, come ha scritto Suor Leontine, difensore delle cure palliative in Belgio: « È un privilegio essere cristiani, poiché nel Suo Nome noi siamo il simbolo dell'amore ».

Per molte associazioni del CICIAMS le beatitudini sono veramente segnali di direzione (*Mt 5, 1-12*).

Come possono gli infermieri, le infermiere e le levatrici vincere il confronto con la sofferenza, e come noi partecipiamo alla sofferenza di Cristo? Molti infermieri, infermiere e levatrici scelgono la professione il cui scopo è quello di curare e che dà la possibilità di stare vicino ai malati, ai feriti e agli handicappati. « Significare » qualcosa per gli

altri vuol dire seguire l'esempio di Cristo poiché, attraverso la sofferenza, il male viene vinto e si leva il messaggio della vita.

Le cure, la pratica dei parti e l'assistenza hanno subito, in molti paesi, una forte influenza da parte della tecnica e, con il pretesto della professionalità, si attenta alla necessità di « essere vicini » e di « avere un cuore » in un mondo divenuto spesso molto duro.



In numerosi paesi occidentali, ci accorgiamo della richiesta di una maggiore umanizzazione nelle cliniche. Vediamo infermieri, infermiere e levatrici esprimere in maniera chiara il loro desiderio di disporre di più tempo che permetta loro di essere in grado di restare vicini ai pazienti con amore.

La « rivolta dei camici bianchi » cui abbiamo assistito nei Paesi Bassi, in Belgio e in Fran-

cia, non è stata soltanto un'espressione di malcontento nei riguardi del salario ma ha fatto anche una richiesta molto netta affinché venga diminuita la pressione di lavoro per le attività somatiche al fine di avere più tempo disponibile per essere vicini ai pazienti.

Tuttavia, nel contatto con gli uomini feriti, colui che presta soccorso è messo di fronte alla propria vulnerabilità o al fatto di essere già stato malato. In questo sta precisamente la sfida; nelle relazioni nate in seguito alle cure fornite, il personale di pronto intervento è spinto a crescere e a superare se stesso.

In molte associazioni del CICIAMS in Europa, ma anche in molte associazioni africane, si insegna agli infermieri, infermiere e levatrici come comportarsi con i pazienti; qui viene spesso utilizzato il modello « io-tu » di Gabriel Marcel e si pone l'accento soprattutto sul fatto di stimolare la crescita personale nel rapporto con i pazienti.

Nei paesi asiatici, il personale cattolico di pronto soccorso accentua in maniera molto forte il trionfo dell'amore nella sofferenza e lo stimolo che ne deriva alla crescita del loro rapporto con i pazienti. Nel corso del congresso asiatico del CICIAMS dello scorso anno, la religiosa giapponese Teramoto ha spiegato come lei, in quanto infermiera cattolica, sia stata sempre assegnata ai pazienti meno desiderati, quali ad esempio i tubercolosi.

Fino a dieci anni fa, esisteva nella società giapponese un'enorme paura della tubercolosi, e soltanto i cattolici erano pronti a curare le persone colpite da questa malattia. Curando questi pazienti, Suor Teramoto riusciva a vincere la propria paura e la propria angoscia nei confronti della tubercolosi e in questo modo poteva essere vicina a molti malati abbandonati. I congressisti sono rimasti, a giusto titolo, affascinati dal suo racconto. Questa religiosa infermiera è stata giudicata da numerose persone come un essere umano onesto e giusto. Gli infermieri, le infermiere e le levatrici che vogliono diventare ancora più qualificate,

che hanno il desiderio di svilupparsi dal punto di vista professionale, e che lo fanno allo scopo di poter ancor meglio aiutare il prossimo, per essere vicini al paziente sul piano psichico, morale e religioso, sono i Buoni Samaritani della nostra epoca.

Ciò significa anche avere il coraggio di denunciare talune mancanze nelle cure sanitarie e di difendere la solidarietà che, nel mondo occidentale, rischia di perdersi a causa della recessione economica.

È estremamente significativo per loro che la Giornata Mondiale del Malato si svolga in un Santuario dedicato alla Madonna. La professione di infermiere, infermiera e levatrice ha lo scopo di curare ed è principalmente una professione femminile.

In America e in Europa l'85% del personale di pronto soccorso sono donne, mentre la percentuale del 15% di uomini non è variata negli ultimi quindici anni. Troviamo piuttosto i colleghi uomini negli ambienti tecnici o in funzioni direttive.

Essere donna e madre presuppone presenza e cura. Maria, come Madre universale, riceve nella professione di infermiere, infermiera e levatrice un ruolo del tutto speciale. Come Ella ha accompagnato il proprio Figlio nella sofferenza, durante tutta la sua vita fino al Calvario, così i soccorritori accompagnano i pazienti fino al termine della loro vita.

Molti infermieri, infermiere e levatrici che lavorano nei reparti per malattie croniche e con pazienti in fase terminale, restano loro vicino curandoli come ha fatto la Vergine e, come Ella è stata di conforto per quanti circondavano Cristo, così gli infermieri, le infermiere e le levatrici rappresentano spesso un conforto per i familiari del paziente.

Il fatto di « essere vicini » come madri preoccupate, è fortemente accentuato dalle nostre associazioni africane. In Africa spesso le donne costituiscono il perno della famiglia: esse si prendono cura dei bambini, coltivano la terra, curano tutti gli abitanti del villaggio preparando il cibo, ecc. I nostri colleghi africani parlano spesso della loro

professione partendo dal loro ruolo di madri. Curare vuol dire « essere vicini » e quindi agire in maniera somatico-tecnica, o piuttosto il contrario? Questo è affermato da alcuni rapporti del CICIAMS provenienti dalla Costa d'Avorio, dal Burundi, dallo Zaire, dal Kenya e dal Sudafrica.

Conclusione

La celebrazione di una Giornata Mondiale del Malato è per gli infermieri, le infermiere e le levatrici cattoliche un giorno di festa. Lo scorso anno il Segretariato Generale del CICIAMS ne ha fortemente assicurato la promozione attraverso le sue associazioni nazionali. Si rileva, da una prima lettura dei rapporti definitivi del 1993, che una trentina delle 48 associazioni membri hanno celebrato l'11 febbraio come giorno di festa specificatamente per quanti prestano soccorso e per i malati.

Quest'anno il CICIAMS assicura la promozione di questa giornata speciale, soprattutto avendo per tema la *Salvifici dolori*.

La sofferenza colpisce le radici più profonde dell'esistenza ed è un privilegio per gli infermieri, le infermiere e le levatrici di poter assistere i malati e quanti soffrono.

Sig.ra VIVIANE
VERLINDE-BOUTELEGIER

*Segretaria Generale
del CICIAMS (Comitato
Internazionale Cattolico
Infermiere e Assistenti
Medico-Sociali)*

*Consulatore
del Pontificio Consiglio*

IV. La sofferenza porta alla gioia

L'11 febbraio 1993 è stata celebrata a Lourdes la Prima Giornata Mondiale del Malato. E una chiave particolare di lettura del ministero a favore del mondo della sofferenza e della malattia. Quest'anno l'11 febbraio sarà celebrato anche a Jasna Góra, Częstochowa. Sarà un momento di preghiera e riflessione, approfondito dalla coscienza dello speciale incontro con la Madonna, Guaritrice degli Infermi.

Rispetto alla debolezza

La sofferenza può essere, oltre che fisica, spirituale o morale. Il più delle volte l'una accompagna l'altra. Se concepiamo l'uomo come un tutt'uno psicofisico, siamo in grado di comprendere perché il dolore fisico determini spesso un abbattimento anche spirituale. Le sofferenze psicologiche, a loro volta, hanno un riflesso sulla dimensione fisiologica. Ciò si osserva innanzitutto al livello del sistema nervoso ed è causa facilmente di stress e, alla lunga, dei cosiddetti « disturbi psicosomatici ». Soggetto malato è, dunque, la persona umana in tutte le sue dimensioni intercollegate.

Vivendo o assistendo alla sofferenza umana, dobbiamo considerare sempre l'elemento trascendentale dell'individuo che, a differenza delle piante e degli animali, è in grado di interrogarsi sul senso del suo dolore e della sua sofferenza. È in grado di valutare il rischio e la gravità della propria malattia. Riconosce, tra l'altro, la sofferenza come cognizione del male e, oltre, della sua limitatezza e debolezza. Nessuno dovrebbe obiettare sul fatto che la sofferenza rappresenti un sintomo tangibile dei limiti fisiologici. Inoltre fa emergere discriminanti razionali o morali, di cui la solitudine, il disorientamento e l'impotenza sono esperienze emblematiche.

Il frequente interrogarsi intorno alle cause e al senso della sofferenza si rivolge a Dio, specie se essa tocca noi in prima persona. Accostandosi a un malato occorre tener presente sem-

pre quell'aspetto che esorbita dalla dimensione uuramente fisiologica. Si tratta, infatti, di una persona sofferente anche nello spirito che si sente probabilmente sola con il suo male. Qui insorgono gli interrogativi più brucianti sul senso del dolore, soprattutto visto rispetto a Dio.

Perché sofferenze così tremende? Perché avvengono proprio ora? Perché toccano proprio a me e non ad altri? Se Dio esistesse certo non mi farebbe soffrire tanto. Come faccio a chiamare in questi frangenti Dio Padre. Sono domande che spesso assumono il carattere di accuse contro Dio, in certi casi di bestemmia e certe volte portano perfino sulla strada della crisi di fede. Non sono domande poste da altri. Può verificarsi la situazione in cui anch'io solcherò quel cammino. Ricordati, sei soltanto un uomo. Magari in quel frangente potessi essere perlomeno un uomo. Non pensare secondo gli schemi terreni, considera l'interezza della tua dignità, che è grande ed esigente.

Rispetto al male

La cognizione del dolore fisico si riporta innanzitutto alla limitatezza del proprio corpo. È una sorta di sensazione che scaturisce sotto lo stimolo del tessuto intaccato. I ricettori del dolore appaiono come terminazioni nervose cieche nella pelle e negli altri organi e possono essere attivati da diversi stimoli. Naturalmente l'intensità della sensazione dolorifica è regolata dal sistema analgetico la cui azione consiste nell'attenuare gli impulsi dolorosi che raggiungono i centri del dolore nel cervello.

Il dolore si manifesta come segnale d'allarme, che mobilita l'organismo alla difesa contro il pericolo sia esterno sia interno. I meccanismi fisiologici all'origine del dolore sono fondamentali in quella una sorta di sistema d'allarme, indispensabile a riconoscere l'insorgere di fenomeni negativi. Paradossalmente, se mancasse tale sistema, potremmo morire senza neanche accorgerci dei processi fisiologici negativi che si stanno compiendo. Naturalmente il dolore può essere provocato da fattori esterni, per esempio meccanici, chimici, ter-

mici, elettrici. Ma in molte altre circostanze, il dolore può trarre origine dalla presenza del male nel mondo. Molti incidenti, molte tragedie collegate a dolore si manifestano in conseguenza di colpevole disattenzione o di incuria nei confronti di se stessi e degli altri. Si allude, qui, a tutta la sfera dell'assistenza intesa in senso lato. Si ignorano, si trasgrediscono tante precauzioni, la profilassi, la semplice prudenza. Oggi in particolare un fenomeno sempre più ricorrente è la superficialità nei contatti e nei confronti delle altre persone. Nei casi estremi si insinuano l'odio e la prepotenza, come logiche conseguenze del male umano.

Molto dolore e molta sofferenza scaturiscono da scelte addirittura perverse, frutto di visioni erronee del potere e dell'economia. In sostanza il degrado morale del potere e il desiderio di profitto sono fonte di sofferenze. Tutte queste posizioni non hanno nulla a che fare con la logica della carità, l'unica scelta appropriata dell'uomo nei confronti dell'altro uomo. C'è di più: l'amore dovrebbe divenire fondamento e fine della vita.

Rispetto alla Croce

Una risposta sensata e degna dell'uomo alla domanda circa il significato della sofferenza umana sgorga dalla croce di Cristo: «Se qualcuno vuol venire dietro a me [...] prenda la sua croce e mi segua» (Mt 16, 24; cf. Mc 8, 34; Lc 9, 23). Il pensiero del Maestro di Nazareth si riferisce a due questioni fondamentali:

– la Croce (la sofferenza) è una realtà che fa parte della vita dell'uomo;

– optando per l'imitazione del Cristo nell'ubbidienza al proprio Padre, l'uomo fa della sua croce — attraverso il superamento del male — uno strumento per arrivare a Dio.

Seguendo questo pensiero, il sofferente Paolo afferma: «Ora io godo delle sofferenze in cui mi trovo per voi e completo nella mia carne quello che manca ai patimenti di Cristo, a favore del Suo Corpo che è la Chiesa» (Col 1, 24). Significava l'adesione e l'unione con il Signore sulla via dell'autoperfezionamento.

Gesù fece della sua volonta-

ria sofferenza lo strumento per assumersi tutto il male esistente al mondo, che poi sconfisse nello spirito di un'assoluta — e pervasa d'amore — ubbidienza al volere del Padre. L'apostolo Paolo, attraverso la sua unità con il Cristo avverte nelle sue tribolazioni come l'incarnarsi delle sofferenze della Croce di Gesù. Così facendo personalizza le sofferenze redentrici di Cristo, che continua in lui la sua opera per la Chiesa intera.

Si può dire che nella Nuova Alleanza Cristo ha riscattato l'uomo tanto dal peccato quanto dalla sofferenza. L'uomo continua a soffrire, a provare dolore nel combattere il male, ma, ormai, è partecipe delle grazie provenienti dalla croce e dalla resurrezione di Cristo. La sofferenza è ormai soggetta al bene, alla salvezza eterna e alla realizzazione del fine ultimo dell'uomo e, in lui, del mondo. «Beati quelli che piangono, perché saranno consolati» (Mt 5, 4; cf. Lc 6, 21).

La sofferenza è intesa da Gesù come una fase transitoria della via che conduce alla vita piena, alla gioia eterna. Per questo Paolo poté scrivere: «Difatti il momentaneo e leggero peso della tribolazione produce per noi una magnificenza eterna di gloria [...]» (2 Cor 4, 17). In un altro punto dice: «[...] siamo [...] coeredi con Cristo, giacché soffriamo con lui per essere con lui glorificati. Stimo che le sofferenze del tempo presente non possano essere paragonate alla gloria futura che si rivelerà in noi» (Rom 8, 17-18). Anche S. Pietro ammaestra nello stesso spirito: «[...] rallegratevi per la parte che voi venite a prendere alle sofferenze di Cristo affinché, quando apparirà la sua gloria, anche voi possiate esultare e gioire» (1 P 4, 13).

Rispetto alla morte

Dinanzi al proprio dolore, il malato terminale si sente impotente e, talora, sconvolto. I tumori, in rapido progresso, dimostrano chiaramente la debolezza del corpo umano. L'AIDS, che elimina a una a una le capacità dell'attività umana, parla attraverso la sofferenza della vita e delle strade praticate in passato. Molti stati terminali dell'esisten-

za sono all'origine delle domande che il malato e gli altri pongono rispetto a essa. Quanto dolore, quanta sofferenza.

La sofferenza del malato allo stato terminale assume il carattere di uno specifico *mysterium*, angoscia abbinata a forte turbamento, che vorrebbero far dire: basta! Lo stesso malato spesso agogna e invoca la fine. Però nessuno, nemmeno lui stesso, può decidere impunemente di intervenire sul mistero dell'incontro con la croce di Cristo. Nessuno può togliere a Dio una vita, chiamata a realizzare se stessa secondo una logica che non è di questo mondo. A questo punto giova, invece, guardare alla meta finale, alla sospirata comunione con Dio, e affidare a Lui le proprie sofferenze — se inevitabili — e il mistero che a esse si collega.

Nelle situazioni di decadimento della carne, è bene cogliere il segno della sofferenza come la via che conduce a Dio. Il grande e sospirato bene è in grado di suscitare le forze per vincere ogni sofferenza. C'è la necessità di convivere con la propria sofferenza, di accettare in modo propositivo la malattia. Tutto questo richiede anche un adattamento alle grandi fatiche fisiche e spirituali insite nella via del dolore e della sofferenza.

Le limitazioni dell'esistenza, tipiche e specifiche di ciascun uomo, dovrebbero suggerire un atteggiamento di serenità, di pace con se stessi, insomma di letizia per i doni portati. Quanti vivono in questo modo l'esperienza della croce di Cristo, sono in grado di consolare gli altri, i sani, in forza delle grazie concesse da Lui. La grazia Divina presente consente di passare positivamente agli altri il coraggio di accettare le sofferenze, di tenere lontana la rassegnazione e di dar vita alla speranza. La Divina Provvidenza è, in questo caso, fonte di un'accettazione positiva della situazione di sofferenza.

Rispetto al Mistero

La sofferenza e il dolore rimangono per sempre proprietà individuale di ciascun uomo. E lui a ricavarne le strade del perfezionamento della sua umanità. Tuttavia la debolezza, la peccaminosità sospingono nelle pro-

fondità della natura umana, verso l'attesa di decisioni lontane dalla dignità personale dell'uomo. Normalmente queste cose appaiono diverse a seconda che tocchi gli altri o noi stessi. Di che cosa siamo o saremo partecipi rimane un mistero che, in ultima analisi ciascuno di noi vivrà in prima persona. Possa essere sempre all'altezza della mia umanità anche nel dolore e nella sofferenza. Dio, assistimi. Cristo, sii il mio modello.

ANDRZEJ F. DZIUBA

*Professore
dell'Università Cattolica
di Lublin*



V. Al servizio dei malati

Il personale medico è riunito quest'oggi in modo speciale a Jana Góra. Siamo qui al servizio dei malati, con lo scopo di dare il maggiore benessere possibile a coloro che ne hanno più urgente bisogno.

La nostra è una professione di vocazione e di servizio. Il personale medico ha l'obbligo continuo di cercare il meglio, poiché la cura del malato deve far parte del processo della creazione. Tale servizio diventa la realizzazione della nostra vocazione soltanto quando siamo consapevoli che l'essere umano, e quindi il malato, è qualcosa di più che non la sola sostanza e le necessità biologiche.

Il Santo Padre Giovanni Paolo II ha detto che la base e lo scopo dell'ordine sociale è l'essere umano.

Noi, il personale medico, che abbiamo il privilegio di partecipare in concreto alla vita umana, condividiamo la gioia e la sofferenza dei nostri pazienti: gioia per la nascita dell'uomo, sofferenza per la morte di un individuo e per i suoi problemi familiari.

Nessuno è più cosciente di noi del fatto che un essere umano ha il proprio onore ed è unico nella sua personalità. Quanto grande è l'onore di un uomo che soffre, di un uomo la cui personalità è stata formata dalla fede.

Noi lodiamo il grande potere dello spirito e la gioia del malato che può unire la sua sofferenza a quella di Gesù Cristo.

Il servizio medico ci fa inoltre diventare pazienti, specialmente quando le nostre capacità professionali sono esaurite; purtroppo la fiducia del paziente ci sostiene nell'azione e nella ricerca.

Comprendere la sofferenza è parte della nostra responsabilità e della nostra vocazione. Comprendere vuol dire identificarsi con il malato. Tutti i medici sanno che ciò produce i risultati migliori nel nostro servizio. Quanto deve essere meschina e pericolosa per tutti noi la disumanizzazione del servizio medico.

Nella cura del malato, dobbiamo cercare di riassicurarci

continuamente se quel che facciamo è fatto bene e al meglio delle nostre capacità, poiché l'oggetto principale delle nostre cure è il malato, cioè l'essere umano.

La partecipazione del servizio medico militare all'incontro di oggi non è ingiustificata.

Noi ci identifichiamo con i valori più alti dell'uomo. Crediamo nella necessità del nostro servizio, lodiamo i valori più alti dell'essere umano e sappiamo quale posto ci compete.

I medici militari svolgono i loro compiti nei confronti di coloro che ne hanno maggiormente bisogno, e non soltanto all'interno della loro nazione. Attualmente, fanno parte della missione di pace delle Nazioni Unite nel Libano, in Siria e in Jugoslavia. L'essere chiamati a fornire questo tipo di servizio è per noi una realizzazione.

Siamo responsabili l'uno verso l'altro in quanto esseri umani, e questa è la verità basilare della medicina. Proteggere la vita dell'uomo, ad ogni livello, è nostro obbligo e vocazione. Ci identifichiamo con i valori più alti dell'uomo, cioè con la sua fede. E

nostra responsabilità condividere con il malato il meglio di quel che abbiamo e trarre da questo un arricchimento dei nostri valori e una nostra identificazione con la fede.

Dott. **ANDREJ KALIWOSKA**

*Generale di Brigata
Capo dei Medici
e degli Ospedali Militari
Polonia*

VI. Operatori sanitari: vedete negli ammalati il volto di Cristo

È per me un grande onore essere qui a Czystochowa per partecipare a questa «Seconda Giornata Mondiale del Malato».

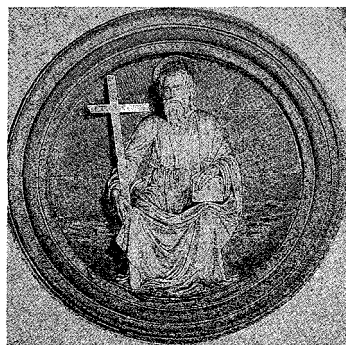
Sono particolarmente grato al Santo Padre Giovanni Paolo II per aver istituito questa giornata che ricorda al mondo la nostra responsabilità di fronte a quanti sono malati. Essa ogni anno ravviva la coscienza di tutti di fronte ai bisogni dei malati e dei sofferenti presenti in mezzo a noi. È una giornata creata per i malati, per permettere loro di vedere, al di là delle loro pene, lo scopo ultimo di ogni sofferenza e di unire le loro stesse sofferenze a quelle di Cristo.

Questa giornata riveste particolare importanza per i medici, gli infermieri e tutti gli operatori sanitari che lavorano con i malati. Essi, prendendosi cura dei malati e dei sofferenti, prolungano il lavoro di Cristo. Devono essere sempre consapevoli della dignità della loro professione. Devono saper vedere nel volto dei malati il volto di Cristo. È Lui che stanno realmente servendo. L'intero campo dell'assistenza sanitaria dipende dal personale che lavora in quest'area della vita umana. Ogni cosa dipende da loro e quale tremenda responsabilità ciò costituisce nel mondo moderno. Tutti i medici, gli infermieri e gli operatori sanitari cattolici devono essere con-

sapevoli del fatto che, impegnandosi verso ogni paziente che incontrano, essi si impegnano verso Cristo. Questo è per loro un giorno per rinnovare la promessa fatta nella loro professione. Al momento del conseguimento della laurea, il medico, pronunciando il giuramento di Ippocrate, si impegna a proteggere il suo paziente e tutta la vita umana. Ciò è molto più difficile oggi; purtuttavia è molto più importante per la professione medica e per tutta la vita umana ad ogni livello di sviluppo.

Il Santuario della Vergine, qui a Czystochowa, continua a manifestare la missione della Chiesa nella cura sanitaria. In tutto il mondo la nostra Madre Benedetta ha mostrato la sua cura per i malati attraverso i miracoli di guarigione da lei compiuti. Nel Vangelo di San Luca (cap. 9, 2) Cristo ha inviato i suoi Apostoli «a predicare il Regno e a guarire i malati». La Chiesa ha sempre continuato questa missione di curare gli infermi. Ancor oggi la Chiesa Cattolica è la più grande fornitrice di cure mediche nel mondo con migliaia di Istituzioni Sanitarie. Nel Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari ci sforziamo di riunire tutte le Istituzioni Sanitarie Cattoliche del mondo sotto l'Associazione Internazionale delle Istituzioni Sanitarie Cattoliche (AI-SAC). Ci sforziamo inoltre di fare in modo che le migliaia di medici cattolici siano uniti tra di loro e con la Chiesa nella Federazione Internazionale delle Associazioni dei Medici Cattolici (FIAMC). Ci auguriamo che in queste Associazioni Cattoliche i medici, gli infermieri e il personale sanitario possano essere più vicini alla Chiesa e allo stesso Cristo nello svolgimento della Sua missione.

Celebriamo oggi il decimo Anniversario della *Salvifici doloris* con cui è stato istituito il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari. Benché sia il dicastero più giovane della Curia Romana, negli ultimi dieci anni, sotto la guida di Sua Eminenza il Cardinale Fiorenzo Angelini, esso è cresciuto ed è diventato uno degli uffici del Vaticano la cui attività è fra le più vaste e conosciute. Per la prima volta è stato compiuto



uno sforzo per unire le migliaia di Istituzioni Sanitarie Cattoliche e i milioni di operatori sanitari cattolici del mondo sotto la guida di questo Pontificio Consiglio.

Tutte le Istituzioni Sanitarie cattoliche celebrano questa « Giornata Mondiale del Malato »; preghiamo perché questo giorno possa essere osservato non soltanto dai cattolici di tutto il mondo ma anche da tutte le persone di buona volontà. Preghiamo inoltre la Madonna di Jasna Góra affinché tutte le Istituzioni Sanitarie e tutti i malati e i sofferenti del mondo celebrino questa giornata come una giornata particolare non soltanto per gli infermi ma per tutti coloro che sono chiamati dalla Vocazione divina a prendersi cura dei malati come fece Cristo.

Mons. JAMES CASSIDY

Assistente Ecclesiastico
Internazionale della FIAMC
(Federazione Internazionale
Associazioni Medici Cattolici)
Consultore del Pontificio Consiglio



VII. I diversi mondi della sofferenza

Come rappresentante della Federazione Spagnola delle Religiose e dei Religiosi Sanitari e della Pastorale Sanitaria di Spagna, desidero presentare una breve riflessione pastorale in occasione del X Anniversario della Costituzione Apostolica *Salvificis Doloris*.

Introduzione

Noi che lavoriamo nel mondo della salute, viviamo la sofferenza degli altri come esperienza di un mistero, ma soprattutto come compito e sfida alla nostra solidarietà. Così, nella nostra secolare tradizione ospedaliera, la sofferenza umana ha sempre suscitato la risposta dell'azione, disposta ad offrire un « aiuto, in quanto possibile, efficace » (SD 28).

Ciò, tuttavia, non ci nasconde in nessun modo « la grandezza contenuta in questo specifico mistero » (SD 4). Al contrario noi, forse meglio di chiunque altro, comprendiamo che l'uomo colpito dal male non necessita soltanto di amore bensì anche di segni concreti e di significati.

Il mistero del dolore fisico e morale colpisce tutta la creazione. « Sappiamo bene infatti che tutta la creazione geme e soffre fino ad oggi nelle doglie del parto », dice Paolo ai Romani (*Rm* 8, 22).

In questo quadro, l'esperienza della malattia può trasformarsi in un momento propizio di salvezza, dentro cui prende forma e si approfondisce il dialogo tra creatura e creatore.

La salvezza è un bene più grande della salute. Quando manca la salute, la vita, se concepita in un contesto di fede, non perde la propria bellezza e il proprio valore. La forza della fede proietta una luce chiara sul mistero della sofferenza dell'uomo e aiuta a scoprire i valori della Pasqua.

La sofferenza è un ospite inevitabile dell'umanità. Essa rende visita alla madre lattante, al bambino che gioca o al vecchio che prega. Nessun momento della vita, nessuna età o classe sociale sono esenti dalla sua presenza.

C'è chi nasce o vive con essa, chi la deve affrontare nel momento più inaspettato, e chi la usa come scusa per eludere le proprie responsabilità.

Esiste inoltre la realtà di quella che potrebbe essere definita una « società malata », affaticata dai propri conflitti ed interessi, e debilitata da diversi mali, che vanno dal consumismo alla droga, dalla disumanizzazione all'ingiustizia.

L'uomo inalato si rende conto, forse per la prima volta, di non avere il controllo assoluto del proprio mondo. Due sono le dimensioni importanti dell'esistenza che egli sente in pericolo: il proprio valore esistenziale e il senso della propria integrità personale.

Il malato percepisce la malattia come una violazione alla propria integrità, e questo gli causa una reazione emotiva che si manifesta con diversi timori: paura della separazione, del dolore, del rifiuto fisico, della morte. A volte la perdita della propria integrità viene avvertita più profondamente a livello sociale che personale. La malattia può causare un isolamento psicologico dal proprio sistema sociale con il relativo sentimento di abbandono, di solitudine o di separazione che ne deriva.

Forse più che in passato, l'uomo moderno tende a ribellarsi al destino. Il cammino dell'accettazione è lungo e tortuoso. Una successione di sentimenti diversi — paura, rabbia, tristezza, colpa e speranza — sembra essere il cammino della risposta personale alla sofferenza.

Come ogni crisi, anche l'incontro con la malattia segna due direzioni: una che si avvicina a Dio, l'altra che se ne allontana.

In questo contesto mi chiedo: cosa fare con il dolore?

La sofferenza non è facile né da capire né da spiegare. Essa rappresenta una tremenda espressione dell'imperfezione umana. In un certo senso il dolore, più che un problema, è un mistero. Un problema è una difficoltà che si può risolvere e di cui ci si può liberare. Il mistero fa parte della nostra realtà e noi maturiamo prendendone coscienza. Quanto più si vive lo spirito del mistero, tanto più facile risulterà interpretare la nostra esistenza e darle un senso.

Per questo Gesù Cristo viene incontro all'uomo malato. Cristo ha dato senso alla sofferenza. La malattia si riempie di speranza e acquisisce la pienezza della Pasqua.

È qui, dal punto di vista pastorale, che la fede ci invita a vedere la nostra malattia partendo da questa prospettiva, traducendo le nostre croci in opportunità per una nuova vita, e coscienti del fatto che i disegni di Dio non sono i nostri e che le sue vie non sono le nostre.

Per noi il cieco è un minorato fisico. Cristo vede in lui un credente. Per noi la malattia è un'ingiustizia, per Dio è un momento di grazia e di maturazione. Per noi il lutto o la rovina possono essere motivo di tristezza, per Dio un momento di umanizzazione e di salvezza.

Per noi le limitazioni sono causa di frustrazione. Per Dio, sono un invito all'umiltà e alla fiducia in Lui.

Se le contempliamo secondo la prospettiva di Dio, ognuna di queste « piccole morti » può trasformarsi in un momento di redenzione, in una speranza di risurrezione.

Una volta di più, è chiaro che il Dio della Vita è un Dio solidale. Chi accoglie l'invito di Cristo, scopre che la croce, cioè la sofferenza, non conduce alle tenebre, bensì alla luce, non alla solitudine ma alla speranza della resurrezione.

Sono queste le situazioni umane in cui l'accompagnamento pastorale sa discernere e valorizzare ognuno di questi momenti, e in cui, al tempo stesso, cerca di individuare e di potenziare la capacità che Dio ha dato ad ogni uomo in vista della crescita spirituale ed umana verso la ma-

turazione e la purificazione interiore, per superare gli atteggiamenti distruttivi, e accettare serenamente l'inevitabile.

Se il mondo della sofferenza invoca il mondo dell'amore e della solidarietà (SD 29), si può anche dire che il processo di liberazione, in cui è impegnata l'umanità, raggiunge il punto della massima realizzazione e confronto, precisamente nell'evangelizzazione della sofferenza, nella solidarietà con l'uomo ferito, nella lotta contro ogni dolore e contro le cause naturali provocate o istituzionalizzate dal male.

È all'interno di questo processo globale, in cui si colloca la pastorale sanitaria, che in questo X Anniversario della *Salvificis Doloris* desideriamo esprimere la nostra riconoscenza al Sommo Pontefice per aver pubblicato questo documento sulla sofferenza, che ci è servito non soltanto di riflessione ma anche di rinnovamento, e che ha riempito di contenuti il mondo della salute e della pastorale sanitaria. Ringraziamo per l'invito ad essere presenti in questo Santuario Mariano della Madonna di Częstochowa. Possa Ella, Madre del Buon Pastore, illuminarci nell'aiuto che doniamo all'uomo malato.

P. JESUS ZURBANO, MI
Federazione Spagnola
Religiosi Sanitari



VIII. Tutta la storia della salvezza è storia di persone che ricevono guarigione

Preambolo

Questo messaggio è indirizzato ai membri dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio, ai loro collaboratori e ai malati che essi si sentono privilegiati di servire come loro fratelli e sorelle.

Scopo

La Seconda Giornata del Malato, l'11 febbraio 1994, richiamerà, come scrive il Santo Padre Giovanni Paolo II nel suo messaggio per questo giorno, l'attenzione di tutti gli uomini sul significato cristiano della sofferenza.

La Giornata Mondiale del Malato parla a ciascuno di noi sia sul piano umano che sul piano religioso.

Sul piano umano

Sul piano umano nessuno di noi può sperare di poter vivere una vita che in questo o quell'altro momento non sia toccata, direttamente o indirettamente, da una qualche forma di malattia. Nel cammino attraverso la vita ciascuno di noi, prima o poi, sarà costretto a fermarsi per cercare la guarigione di se stesso o di qualcuno che gli sta vicino.

Malattia, infermità e dolore fanno da sempre parte dell'esperienza umana.

Soffrire è un'esperienza che rende sia umili che penserosi. Dalla sofferenza provocata da una malattia scaturisce difatti ineluttabilmente la domanda vecchia di secoli: « *Pevché?* ».

Sul piano religioso

L'intera storia della salvezza è in ultima analisi una storia di guarigione. Il ministero della guarigione ha la sua fonte nella Sacra Scrittura — quel « *grande libro sulla sofferenza umana* ».¹

Nella malattia, nel dolore e nella sofferenza la reazione istintiva dell'uomo è quella di rivol-

gersi a Dio per chiedere di essere guariti. « *Ed ecco venire un lebbroso e prostrarsi a lui dicendo: "Signore, se vuoi, tu puoi sanarmi"* » (Mt 8, 2).

Gesu Guaritore

« *Lo voglio, sii sanato* », è la risposta di Gesu al lebbroso.

È in Gesù che troviamo il mandato cristiano di guarire. Dal Vangelo emerge chiaramente che per Gesu predicare e guarire costituivano gli elementi principali della sua missione.

Quando Giovanni Battista mandò dal carcere i suoi discepoli a chiedere a Gesu: « *Sei tu colui che deve venire o dobbiamo attendere un altro?* », Gesù rispose: « *Andate e riferite a Giovanni ciò che voi udite e vedete: I ciechi ricuperano la vista, gli storpi camminano, i lebbrosi sono guariti, i sordi riacquistano l'udito, i morti risuscitano, ai poveri è predicata la buona novella* » (Mt 11, 2-5).

Una delle realtà più evidenti del Vangelo è che Gesu è venuto per guarire l'uomo.

Ed è parimente evidente che Egli ha compiuto la sua missione andando « *attorno per tutta la Galilea, insegnando nelle loro sinagoghe e predicando la buona novella del regno e curando ogni sorta di malattie e di infermità nel popolo* » (Mt 4, 23).

Non sbaglia certo chi rimane colpito dal fatto che una parte così consistente del Vangelo di Matteo sia dedicata a questo aspetto della missione del Signore.

Gesu guarì la persona intera. Non divise la persona in un'anima destinata alla salvezza e in un corpo destinato alla sofferenza.

Chiesa e guarigione

La Chiesa continua nel tempo la missione di Gesù.

La Chiesa è comunione, non un'ideologia slegata dal tempo e dalla realtà storica. La Chiesa è fatta di uomini che vivono ed amano, che sono investiti da una moltitudine di realtà temporali e spirituali. Soffrire è, allo stesso tempo, una realtà temporale e spirituale.

Ogni cristiano, in virtù del fatto di essere battezzato in Cristo, è chiamato ad essere sacra-

mento della permanente presenza e missione di Cristo nel mondo di oggi. Ognuno di noi è chiamato a diffondere la buona novella e a realizzare il Regno di Dio qui e adesso.

La missione della Chiesa e di conseguenza la missione di ciascun cristiano non può essere che quella di Cristo.

La nostra missione fondamentale è, come quella del nostro Maestro Divino, di guarire l'uomo, di restituirgli la sua integrità, di renderlo nuovo. Gesu « *chiamò a sé i Dodici e diede loro potere e autorità su tutti i demoni e di curare le malattie. E li mandò ad annunziare il Regno di Dio e a guarire gli infermi* » (Lc 9, 1-2).

È evidente che il mandato di guarire non rappresenta per la Chiesa semplicemente un'opzione tra le altre nel compimento della sua missione. Non è un servizio di un numero di servizi alternativi che la Chiesa può o non può offrire. Costituisce parte integrante della vita e dell'azione della Chiesa. « *La Chiesa non può rimanere insensibile a tutto ciò che serve al vero bene dell'uomo, così come non può rimanere indifferente a ciò che lo minaccia* ».²

Giovanni di Dio

Giovanni di Dio era un seguace ardente di Cristo e un collaboratore fedele alla missione della Chiesa.

Seguace di Cristo

Seguendo fedelmente Cristo, San Giovanni di Dio dedicò la sua esistenza ai malati. Egli imparò dalle proprie sofferenze e dal Vangelo la lezione che ci vuole trasmettere la Giornata Mondiale del Malato. Egli trasformò la sua vita trasformando ogni giorno della sua vita in una giornata per il malato!

Ministro della guarigione

Come fedele ministro della guarigione, Giovanni di Dio si disinteressò completamente del proprio awenire donandosi totalmente ai malati — specialmente ai più abbandonati e dimenticati tra loro.

In lui, l'assistenza ai bisogni fisici dei malati non soppiantò mai l'assistenza pastorale, ovvero la risposta ai loro bisogni spirituali. Al contrario, gli riuscì una meravigliosa sintesi tra queste due attività, che noi cristiani impegnati oggi nell'apostolato sanitario della Chiesa tentiamo di imitare e perpetuare.

Conclusione

Per questa ragione gli operatori sanitari che oggi militano sotto la bandiera di San Giovanni di Dio, applaudono all'iniziativa del Santo Padre di aver introdotto la Giornata Mondiale del Malato e si impegnano ad assimilare e a diffondere il suo spirito.

Preghiamo affinché attraverso la mediazione di San Giovanni di Dio, Co-Patrono celeste degli Infermi, la Beatissima Vergine Maria, che onoriamo come Madre dell'Ospitalità, e Gesù, il Medico Divino, questa Giornata Mondiale del Malato renda salifica ogni sofferenza umana sia per la persona colpita che per l'umanità intera, come fece la sofferenza e la morte del Figlio dell'Uomo sulla Croce.

Fra BRIAN O'DONNELL, O.H.

Priore Generale
Ordine Ospedaliero
di San Giovanni di Dio

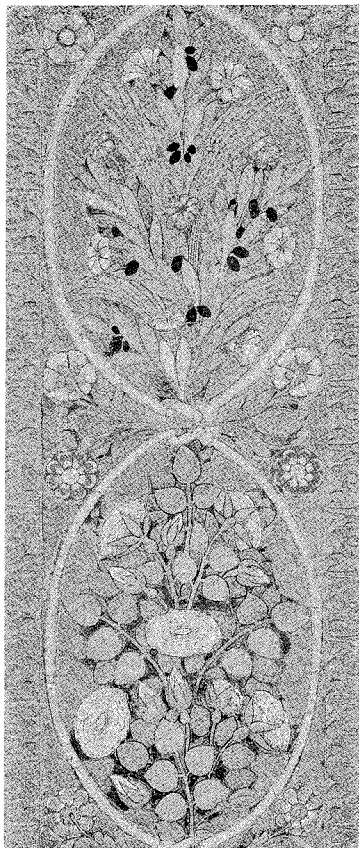
¹ Papa GIOVANNI PAOLO II, *Salvifici doloris*, n. 6.

² Papa GIOVANNI PAOLO II, *Redemptor hominis*, n. 13.



celebrazione dell'eucarestia al Santuario di Jasna Góra

76



**Saluto del Nunzio
Apostolico in Polonia
S. E. R. Mons.
Józef Kowalczyk**

Eminenza Reverendissima,

Desidero porgere a Vostra Eminenza, ed ai distinti Membri del Pellegrinaggio da Lei guidato, il più rispettoso e cordiale benvenuto.

Siamo molto grati al Santo Padre e al Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari per aver voluto che il momento celebrativo più solenne della II Giornata Mondiale del Malato abbia luogo qui, al Santuario di Jasna Góra, tanto caro alla fede e alla storia della Polonia. E più viva gratitudine desideriamo esprimere, al pensiero che questa Giornata è resa ancor più significativa dall'Anniversario decennale della Lettera Apostolica *Salvifici doloris*, così importante per la riflessione e l'organizzazione della Pastorale Sanitaria.

In questa celebrazione eucaristica ci uniamo spiritualmente ai fedeli dell'Orbe cattolico, raccomandando all'intercessione di Maria, *Salus Infirmorum*, le intenzioni del Santo Padre per questa Giornata. Chiediamo in particolare:

– *per le persone ammalate o sofferenti*: il conforto corporale e spirituale, affinché esse possano vivere con serenità, ed anzi con gioia, il loro dolore, nella certezza che completano i patimenti di Cristo, a favore del Suo Corpo, che è la Chiesa;

– *per gli Operatori Sanitari*: che con gli occhi della fede sappiano sempre riconoscere nei malati e nei sofferenti la presenza di Gesù sofferente;

– *per i Responsabili della vita pubblica*: una rinnovata primavera di energie spirituali, in una gara di fattiva solidarietà in favore dei più bisognosi;

– *per tutti i cristiani*: la grazia di essere intimamente introdotti nel mistero di Cristo e del suo dolore salvifico.

Abbondanti grazie imploriamo per Vostra Eminenza e per i Suoi degni Collaboratori, affinché nel Pontificio Consiglio da Lei presieduto la Pastorale Sanitaria trovi sempre luce, incoraggiamento, sostegno, a gloria di Dio e per il bene della Chiesa.





la sofferenza, dono e tesoro

*Omelia del Card. Jozef Glemp
Primate di Polonia nella II Gior-
nata Mondiale del Malato. Jasna
Góra, Basilica dell'Assunzione,
11 Febbraio 1994.*

1. La presenza di Gesù Cristo in Maria e nel popolo di Dio

Prima della Santa Messa abbiamo ascoltato tante splendide parole, sia nella cappella dell'Effigie Miracolosa, sia nella sala «Giovanni Paolo II». Sono stati espresse considerazioni su che cosa sia la sofferenza, come affrontarla, come vadano accolte nel mondo d'oggi le parole del bellissimo documento del Santo Padre *Salvifici Doloris*. Ma tutte, rispetto alle parole che ascoltiamo nella liturgia, soprattutto nel Santo Vangelo sono in alta dimensione.

Nella liturgia ascoltiamo la parola Divina. Nella prima lettura riguardava la saggezza in-
terata di Dio, manifestatasi così

meravigliosamente in Maria. Nella lettera di S. Paolo, sulla pienezza del tempo, il Vangelo ci ha riproposto la scena di Cana, in Galilea. Non sono parole umane. Nella parola di Dio quel tempo e quelle verità divengono presenti fra noi. E lo Spirito, è la Sapienza Divina a parlarci. Qui si realizza la *pienezza dei tempi*. Cana di Galilea è qui. Questa è la verità. Ascoltando la parola rivelata nella liturgia, sperimentiamo la presenza di Dio nella parola. Nella parola di oggi, soprattutto nel Santo Vangelo, era presente anche Maria Santissima insieme alla *sua* parola. Le parole dette quel giorno ai servi di Cana, «Fate tutto quello che egli vi dirà», risuonano ancora in mezzo a noi.

La presenza della Madonna nel mondo ha una connotazione particolare. Così come la Madre Santissima fu con Gesù Cristo dal Suo concepimento, Lei e solo Lei nello Spirito Santo, fino al

Calvario, fino all'ultimo istante della Sua vita, così è assunta alla gloria dei cieli insieme a suo Figlio. Come Cristo è miracolosamente presente nella Chiesa e in vari modi di essere fra noi, così Maria è presente nella Chiesa e nel mondo. Una presenza che si segnala particolarmente nei santuari. La sede chiaromontana è da Lei eletta da oltre seicento anni. Vengono qui generazioni dopo generazioni, nelle differenti vicissitudini che la nazione attraversa. Oggi, 11 febbraio, è il giorno della Madonna di Lourdes. Sono più di 140 anni che la Madonna ha manifestato la volontà di essere là. Sappiamo come incominciò: da una semplice bambina, Bernadette Soubirous. Maria ha manifestato il desiderio di essere nella grotta di Lourdes. Ecco il perché dell'immensa folla di pellegrini che affluisce a Lei per essere là, dov'è presente Lei nel mondo perché Lei non fa che avvicinarci a Cristo, spiana

la strada che porta a Lui, facilita la comprensione di ogni mistero, di tutta la profondità dell'adesione alla vita di Cristo. Come a Lourdes si radunano infermi, poveri, sofferenti, così a Jasna Góra e la giornata di oggi rappresenta un raduno particolare.

2. Il senso cristiano della sofferenza

Vogliamo qui, come ammalati innanzitutto, donare le nostre sofferenze alla Madonna e, nel contempo, chiedere a Dio, tramite Lei, soccorso, salute, energie. Ci si deve convincere, tuttavia, che la sofferenza non si associa esclusivamente agli ammalati, ma interessa anche le persone sane. Siamo tutti soggetti alla sofferenza, anche se ciascuno a suo modo. Vediamo in televisione immagini che ci parlano della situazione nei Balcani. Vediamo gente ferita, uccisa, sofferente. E vediamo — vi pregherei di notarlo — che sovente il ferito è sereno, sorridente, mentre le persone accanto a lui piangono perché soffrono più di lui. Vi è anche una sofferenza originata dalla miseria umana, dal dolore di un altro individuo. Impariamo a dolerci, a patire con gli altri ed è profondamente umano. Quando colui che soffre può dividere la sua pena con un altro uomo, questa si allevia. Da qui gli appelli all'umanizzazione del mondo della medicina, della sanità. Per un trattamento delicato, sensibile dell'ammalato. Gli ammalati devono sapere, a loro volta, che anche l'uomo sano che gli si accosta ha le sue sofferenze, i suoi dolori. Ce lo ha fatto scoprire S. Paolo. Mostrò ciò che aveva dentro. Lui che era sano disse di godere delle sofferenze in cui si trovava. Sofferenze che *completavano quello che mancava ai patimenti di Cristo* (cf. Col 1, 24). Poté dire così perché Cristo continua a vivere. Vive la Chiesa, Suo Corpo Mistico che pure soffre nel fisico. Per cui ogni patimento, se congiunto a Cristo, assume un significato grandioso. Infatti la sofferenza ha compiti importantissimi da assolvere, in seno alla Chiesa e nel mondo. Se non si sa far uso della sofferenza orientandola verso un qualche bene, offrendola in dono per una grande causa, la sofferenza può andare sprecata. Nella solitudi-

ne, nel dubbio, nella disperazione. Sorge qui l'idea di organizzare l'assistenza agli infermi e, allo stesso tempo, la solidarietà tra tutti i sofferenti e chi è partecipe della sofferenza, cioè coloro che riescono a prestare soccorso.

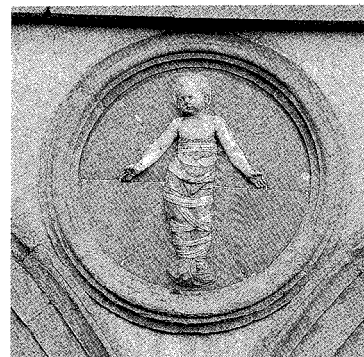
3. Chiesa e famiglia

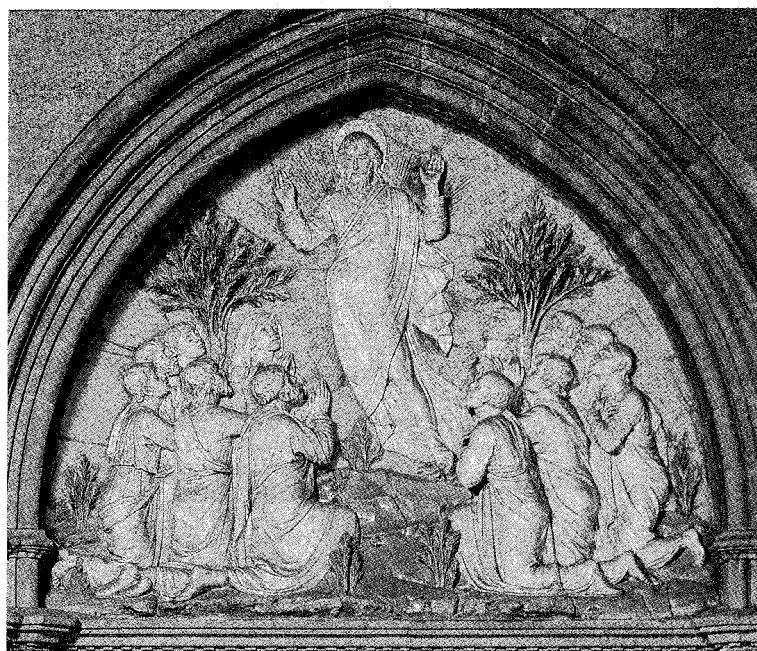
Sì, gli ammalati e i sofferenti hanno dei compiti da assolvere. Non li elencherò tutti perché ciascuno può definirne uno per sé. Vorrei soltanto soffermarmi sulla possibilità di offrire i propri dolori, le proprie sofferenze, i dispiaceri, per due scopi. Il primo compito è generale: offrire il dolore, la sofferenza per la Chiesa. La Chiesa è santa, è apostolica, proclama il Vangelo, ma anch'essa percorre le strade del mondo, misurandosi con le cose terrene. Offrire le proprie sofferenze per la Chiesa significa innanzitutto per il Santo Padre, per la sua ansia pastorale a favore di tutte le Chiese, dell'educazione al bene di ciascun individuo, della tutela degli uomini przed potepieniem. E noi spesso non ci rendiamo conto che il peccato che domina l'uomo è il peggiore dei mali perché determina la perdita della salvezza e, dunque, ci prepara alla perdita di Dio. È la peggiore sventura e la Chiesa si sforza di frenare quanti tendono all'annientamento della propria anima attraverso il peccato. In questo la funzione della sofferenza è straordinaria. Ecco perché l'offerta dei propri dolori per la Chiesa ha grandissima importanza.

Il secondo compito, specifico, concerne l'anno in corso, che consacriamo alla famiglia. È un compito assunto dal programma della pastorale non solo in Polonia, ma in tutto il mondo e sono tante le istituzioni che affrontano la tematica della famiglia, luogo chiave per la risoluzione di tanti problemi sociali. Per le famiglie polacche; per le famiglie di tutto il mondo perché siano unite; per le famiglie sacramentali perché comprendano la presenza di Cristo nelle loro case, nel loro ambiente, bisogna offrire in dono le proprie sofferenze. Matrimonio non è soltanto marito e moglie, ma anche il vincolo che si produce tra loro e Cristo. Egli amò tanto la sua Chiesa' e il segno di quell'amore è l'amo-

re della coppia unita in matrimonio. Questa consapevolezza deve pervadere le nostre coppie, le nostre famiglie perché possano rappresentare piccole cellule, microcomunità i cui membri riescono ad amarsi e perdonarsi l'uno con l'altro. Ed è questo il secondo scopo che propongo. C'è bisogno che offriamo in dono le nostre sofferenze per il rafforzamento delle famiglie.

Ci rendiamo conto una volta di più che ogni dolore, ogni sofferenza concepiti evangelicamente, insieme al Cristo, sono un grande dono e un grande tesoro che non è lecito dissipare.





un grido possente dal mondo della sofferenza: la vittoria dell'amore sull'odio, della pace sulla guerra

È stata ricca di motivi significativi la celebrazione della Santa Messa presieduta dal Santo Padre nel pomeriggio di venerdì 11 febbraio, nella Basilica Vaticana, in occasione della festa della Beata Vergine di Lourdes, alla quale hanno partecipato malati e pellegrini organizzati dall'Opera Romana Pellegrinaggi e dall'UNITALSI. Durante la liturgia della Parola il papa ha pronunciato la seguente omelia.

« Grandi cose ha fatto in me l'Onnipotente » (Lc 1, 49).

1. Carissimi Fratelli e Sorelle! La festa odierna della Beata Vergine di Lourdes ci invita ad unirvi spiritualmente ai numerosi pellegrini che con fiducia si recano alla grotta dove apparve Colei nella quale l'onnipotente ha compiuto grandi cose per l'umanità. In pellegrinaggio spirituale, ci rechiamo alla sorgente che scaturisce dalla roccia, e là ci incontriamo con la fede di Bernadette. Anche in lei il Signore ha fatto cose grandi: ha confermato con l'eloquenza dei miracoli la verità dell'Immacolata Concezione della Vergine Santissima.

Andiamo a Lourdes con il nostro fardello di sofferenze, ma sorretti dalla speranza di trovare luce e conforto. Ci accomuna il desiderio di incontrare Colei che ha accolto nel suo grembo verginale il Verbo di Dio fattosi carne per la nostra salvezza.

Cosa ci dice la Bianca Signora delle rocce? « Io sono l'Immacolata Concezione ». Sono il Tempio puro che Dio si è preparato per porre la sua dimora tra gli uomini, e fare famiglia con loro, per guarire ogni loro infermità.

La fonte, che fluisce dalla grotta di Lourdes, è scaturita come segno della presenza di Maria tra i sofferenti: e noi L'invochiamo con il titolo di « Salute degli infermi ».

Della potenza di tale sorgente moltissime persone hanno fatto l'esperienza: a volte nel corpo, sempre nello spirito.

2. Unendoci a Maria, pellegrina nella fede, ci rafforziamo nella convinzione che ogni istante della vita è un momento prezioso di grazia, che ci educa ad accogliere Cristo, quale nostra sicura speranza.

Nella Lettera Apostolica *Salvifici Doloris*, di cui proprio oggi ricorre il decimo anniversario, ho avuto modo di osservare che Maria Santissima, « testimone della passione del Figlio con la sua presenza, e di essa partecipe con la sua compassione, offrì un singolare apporto al Vangelo della sofferenza... In effetti, ella ha titoli specialissimi per poter asserire di "completare nella sua carne — come già nel suo cuore — quello che manca ai patimenti di Cristo" » (n. 25).

Siamo quest'oggi raccolti nella Basilica di San Pietro per celebrare la *11 Giornata Mondiale del Malato*. Cari ammalati, voi siete i rappresentanti di un grande pellegrinaggio: quello della sofferenza umana, che da ogni parte del mondo si incammina verso Lourdes, per ritrovare forza nella luce del « patire con Cristo ».

In questo momento, siamo uniti nella preghiera e con l'offerta delle nostre sofferenze, a tutti coloro che sperimentano nelle loro membra il peso dell'infermità e i disagi che ne derivano; ci sentiamo vicini in modo particolare ai pellegrini giunti a Częstochowa presso la Vergine di *Jasna Góra*, in Polonia. Là, ai piedi della Madre di Dio si riunisce oggi il « Grande Pellegrinaggio », presieduto dal Card. Fiorenzo Angelini, Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari e mio Delegato per la circostanza.

3. Maria, che avanza dinanzi al Popolo di Dio nel pellegrinaggio della fede, ci precede tutti: nella preghiera, nel ringraziamento, nella supplica. *Il più grande miracolo di Lourdes è che, proprio là, si è avuto l'inizio di una tale preghiera del nostro tempo*. Preghiera che ci mantiene aperti alle « sorprese » di Dio, compresa la « sorpresa » della sofferenza; preghiera che ci aiuta a vivere in spirito di condivisione fraterna.

La grande famiglia dei credenti in quest'Anno della Famiglia, vuole abbracciare con singolare affetto ogni famiglia umana toccata dalla sofferenza. Ad essa, piccola « chiesa domestica » è affidata, anzitutto, l'accoglienza di ogni vita umana, sana o malata, dal suo inizio al suo tramonto. La famiglia cristiana, inoltre, è aperta al mondo: sull'esempio della Vergine, essa diviene tempio di Dio e santuario di alleanza, in cui trova posto l'oblazione fiduciosa delle quotidiane sofferenze, in unione al sacrificio eucaristico, per la salvezza dell'intera umanità. Alla famiglia che prega non verrà mai meno la consapevolezza della propria vocazione fondamentale: quella di essere un cammino di comunione, solidale con i sofferenti, vicini e lontani.

4. Carissimi Fratelli e Sorelle! Nel silenzio della preghiera ci è dato di avvertire il grido inesprimibile di Cristo, echeggiante nel mondo del dolore umano: *il grido di coloro « che completano nella loro carne quello che manca ai patimenti di Cristo »* (cf. Col 1, 24). Quanti sono afflitti da ogni specie di infermità, in particolare i bambini, gli anziani, gli inermi e le vittime di ogni tipo di cattiveria umana, innalzano insieme con Cristo un « potente grido » per il mondo e per i grandi mali che lo pervadono. E grido per la vittoria dell'amore sull'odio, della pace sulla guerra; è voce possente che si innalza per la giustizia e la pace, mentre ci avviciniamo all'anno 2000.

5. « Grandi cose ha fatto in me l'Onnipotente e Santo è il suo nome » (Lc 1, 49). La Vergine di Lourdes ci indica il cammino e la mèta. Pellegrini tra le difficoltà della vita, anche noi ci sforziamo di correre incontro a Cristo Signore (cf. Fil 3, 12.14).

Il grande Pellegrinaggio degli afflitti, attraverso i sentieri della fede, può incontrarsi con l'annuale pellegrinaggio dei giovani.

I giovani amano gli anziani, gli ammalati, gli abbandonati. Nella loro fresca generosità, essi sono a loro particolarmente vicini mediante molteplici forme di volontariato. Giovani e ammalati si incontrano così mentre si incamminano verso la medesima Sorgente: Cristo, dal cui costato sgorgano fiumi d'acqua viva (cf. Gv 7, 38). Lo provano le tante testimonianze di generosità giovanile che si riscontrano a Lourdes e negli altri Santuari! Come il Buon Samaritano, essi sanno fermarsi accanto a chi è nel dolore, mossi a compassione dal richiamo dell'amore (cf. *Salvifici Doloris*, nn. 28-29). Bisogna che il mondo della sofferenza si incontri con quello dei giovani! *Il futuro appartiene a loro, ma essi appartengono a voi*, malati ed anziani, allo stesso modo in cui i figli sono il domani della famiglia, ma contemporaneamente essi appartengono al presente di chi li ha generati.

6. Carissimi! La Giornata Mondiale del Malato ripropone valori che le famiglie, alimentate da viva fede in Cristo, sanno trasmettere nella giusta luce. L'Anno della Famiglia che la Chiesa sta celebrando, richiama con forza questi punti fondamentali, affidati anche alla vostra preghiera e alla vostra riflessione. « Insieme con Maria, Madre di Cristo, che stava sotto la croce (cf. Gv 19, 25) ci fermiamo accanto a tutte le croci dell'uomo d'oggi » (*Salvifici Doloris*, n. 31). Sappiamo che ogni dolore unito alla croce del Redentore è sorgente di forza per la Chiesa e l'umanità.

L'Immacolata Concezione, « Salute degli infermi », ci guidi, ci protegga e ci consoli. Amen.

La Conferenza, quest'anno, sarà destinata a persone particolarmente interessate ai problemi della vita umana in quanto responsabili dell'insegnamento in campo biomedico, giuridico, pastorale, sociosanitario e socioassistenziale.

Tema generale, infatti, della IX Conferenza Internazionale che si terrà in Vaticano, nella nuova Aula del Sinodo, nei giorni 24, 25 e 26 novembre 1994, sarà « *Homo Vivens Est Gloria Dei: Conoscere, Amare e Servire la Vita* ».

Per prendere parte ai lavori della Conferenza non sono previste particolari quote d'iscrizione, anche se ogni volontario contributo sarà destinato all'attuazione delle finalità della Conferenza stessa, del Dicastero Pontificio ed all'invio di aiuti alle popolazioni di Paesi bisognosi.

L'accesso alla nuova Aula del Sinodo, 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 al seguente indirizzo:

PONTIFICIO CONSIGLIO
DELLA PASTORALE
PER GLI OPERATORI
SANITARI

00120 CITTÀ DEL VATICANO

Telefoni (06)698.83138;
698.84720; 698.84799

Fax: (06)698.83139;
Telex: 2031 SANITPC VA

