



DOLENTIUM HOMINUM

N. 36 – anno XII – N. 3, 1997

**RIVISTA DEL PONTIFICIO CONSIGLIO
DELLA PASTORALE
PER GLI OPERATORI SANITARI**

DIREZIONE

S.E. MONS JAVIER LOZANO BARRAGÁN, Direttore
P. JOSÉ L. REDRADO, O.H., Redattore Capo
P. FELICE RUFFINI, M.I., Segretario

COMITATO DI REDAZIONE

BENEDETTINI P. CIRO
BOLIS DR.A LILIANA
CUADRON SR. AURELIA
D'ERCOLE DON GIOVANNI
EL-HACHEM DR.A MAYA
FALLANI DR. GIOVANNI
GRIECO P. GIANFRANCO
HONINGS P. BONIFACIO
IRIGOYEN MONS. JESUS
JOBLIN P. JOSEPH
MAGNO DON VITO
NEROZZI-FRAJESE DR.A DINA
PLACIDI ING. FRANCO
SANDRIN P. LUCIANO
TADDEI MONS. ITALO

CORRISPONDENTI

BAUTISTA P. MATEO, Argentina
CASSIDY MONS. J. JAMES, U.S.A.
DELGADO DON RUDE, Spagna
FERRERO P. RAMON, Mozambico
GOUDOTE P. BENOIT, Costa d'Avorio
LEONE PROF. SALVINO, Italia
PALENCIA P. JORGE, Messico
PEREIRA DON GEORGE, India
VERLINDE SIG.A AN, Belgio
WALLEY PROF. ROBERT, Canada

TRADUTTORI

CHALON DR.A COLETTE
FARINA SIG.A ANTONELLA
FORD PROF. MATTHEW
MULTIER SR. MARIE-GABRIEL
MURRAY P. DAVID
NOVELLI SIG.A SIMONA
QWISTGAARD SIG. GUILLERMO

Direzione, Redazione, Amministrazione: CITTÀ DEL VATICANO; Tel. 698.83138, 698.84720, 698.84799,
Fax: 698.83139 E-MAIL: opersanit@hlthwork.va

Pubblicazione quadrimestrale. Abbonamento: 60.000 Lire (o importo equivalente in valuta locale),
compresa spedizione

Stampato a cura della Editrice VELAR S.p.A., Gorle (BG)

In copertina: Vetrata di P. Costantino Ruggeri

Spedizione in abbonamento postale - art. 2, comma 20/c, legge 662/96 - Roma

Sommario

- 4 MESSAGGIO DEL SANTO PADRE PER LA GIORNATA MONDIALE DEL MALATO
- 8 **La presentazione del Messaggio nella Sala Stampa vaticana**
- 8 **Un messaggio nelle prospettive del Giubileo**
Mons. Javier Lozano Barragán
- 9 **Loreto, Casa della Madre**
Mons. Angelo Comastri
- 10 **La Pastorale della Salute nell'Esortazione Apostolica Postsinodale "Una speranza nuova per il Libano"**
Mons. Javier Lozano Barragán
- 12 **Sinodo dell'America Latina**
Mons. Javier Lozano Barragán
- MAGISTERO
- 14 **Dai discorsi del Santo Padre Giovanni Paolo II**
- ARGOMENTI
- 24 **Il ruolo Pastorale del Vescovo diocesano nella Pastorale Sanitaria cattolica**
Dichiarazione del Comitato Amministrativo della Conferenza Nazionale dei Vescovi Cattolici degli Stati Uniti (NCCB)
- 28 **La clonazione umana**
Antonio Pardo
- 32 **Documento sui diritti del malato anziano**
Dott. Stefano Maria Zuccaro
Prof. Massimo Palleschi
- 36 **Esigenze della salute e moralità Modello della salute nella OMS**
Mons. Javier Lozano Barragán
- TESTIMONIANZE
- 44 **Il carattere non lucrativo della Pastorale Sanitaria Cattolica negli Stati Uniti**
Coalizione Nazionale Statunitense per la Pastorale Sanitaria Cattolica
- 45 **Documento di base per la formazione della Pastorale Sanitaria**
Conferenza Episcopale Ecuatoriana
- 52 **La Pastorale della salute nella Chiesa italiana**
P. Angelo Brusco
- ATTIVITÀ DEL PONTIFICIO CONSIGLIO
- 61 **Cronaca dell'attività del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari**

Le illustrazioni di questo numero sono tratte dal libro: "Loreto 95, artisti contemporanei per il VII Centenario Lauretano" Electa, Milano 1995

Messaggio del Santo Padre per la Giornata Mondiale del Malato 11 Febbraio 1998

Carissimi Fratelli e Sorelle!

1. La celebrazione della prossima *Giornata Mondiale del Malato*, l'11 febbraio 1998, si terrà presso il Santuario di Loreto. Il luogo prescelto, ricordando il momento in cui il Verbo si è fatto carne nel grembo della Vergine Maria per opera dello Spirito Santo, invita a fissare lo sguardo sul mistero dell'Incarnazione.

Nei miei ripetuti pellegrinaggi a questo "primo Santuario di portata internazionale dedicato alla Vergine e, per diversi secoli, vero cuore mariano della cristianità" (*Lettera a Mons. Pasquale Macchi*, Delegato Pontificio per il Santuario di Loreto, 15 agosto 1993), ho sempre sentito la particolare vicinanza dei malati, che qui accorrono numerosi e fidenti. "Dove potrebbero essi, del resto, essere accolti meglio, se non nella casa di Colei che proprio le «litanie lauretane» ci fanno invocare come «salute degli infermi», e «consolatrice degli afflitti»?" (*ibid.*).

La scelta di Loreto, pertanto, ben s'armonizza con la lunga tradizione di attenzione amorosa della Chiesa verso quanti soffrono nel corpo e nello spirito. Essa non mancherà di ravvivare la preghiera che i fedeli, fidando nell'intercessione di Maria, innalzano al Signore per gli ammalati. L'importante appuntamento offre, inoltre, alla Comunità ecclesiale l'opportunità di sostare in devoto raccoglimento davanti alla Santa Casa, *icona* di un evento e di un mistero fondamentale come l'Incarnazione del Verbo, per accogliere la luce e la forza dello Spirito che trasforma il cuore dell'uomo in una *dimora di speranza*.

2. "E il Verbo si è fatto carne" (*Gv* 1,14). Nel Santuario di Loreto, più che altrove, è possibile avvertire il senso profondo di queste parole dell'evangelista Giovanni. Tra le mura della Santa Casa con forza particolare Gesù Cristo, "il Dio con noi", ci parla dell'amore del Padre (cfr. *Gv* 3,16), che nell'Incarnazione redentiva ha trovato la sua più alta manifestazione. Dio alla ricerca dell'uomo è diventato uomo Egli stesso, gettando un ponte tra la trascendenza divina e la condizione umana. "Pur essendo di natura divina, non considerò un tesoro geloso la sua uguaglianza con Dio, ma spogliò se stesso... facendosi obbediente fino alla morte e alla morte di croce" (*Fil* 2,6-8). Cristo non è venuto per togliere le nostre pene, ma per dividerle e, assumendole, conferire ad esse valore salvifico: divenendo partecipe della condizione umana, con i suoi limiti e i suoi dolori, Egli l'ha redenta. La salvezza da lui compiuta, già prefigurata nelle guarigioni dei malati, apre *orizzonti di speranza* a quanti si trovano nella difficile stagione della sofferenza.

3. "Per opera dello Spirito Santo". Il mistero dell'Incarnazione è opera dello Spirito, che nella Trinità è "la Persona-amore, il dono increato... fonte eterna di ogni elargizione proveniente da Dio nell'ordine della creazione, il principio diretto e, in certo senso, il soggetto dell'autocomunicazione di Dio nell'ordine della grazia" (*Lett. Enc. Dominum et vivificantem*, 50). A Lui è dedicato il 1998, secondo anno di preparazione immediata al Giubileo del Duemila.

Effuso nei nostri cuori, lo Spirito Santo ci fa avvertire in maniera ineffabile il "Dio vicino", rivelatoci da Cristo: "E che voi siete figli ne è prova il fatto che Dio ha mandato nei nostri cuori lo Spirito del suo Figlio, che grida: Abbà, Padre" (*Gal* 4,6). Egli

è il vero *custode della speranza* di tutte le creature umane e, specialmente, di quelle che “possiedono le primizie dello Spirito” ed “aspettano la redenzione del loro corpo” (cfr. *Rm* 8,23). Nel cuore dell’uomo lo Spirito Santo diventa — come proclama la Sequenza liturgica della Solennità di Pentecoste — vero “padre dei poveri, datore dei doni, luce dei cuori”; diventa “dolce ospite dell’anima” che porta “riposo” nella fatica, “riparo” nella “calura” del giorno, “conforto” in mezzo alle inquietudini, alle lotte e ai pericoli di ogni epoca. È lo Spirito che dà al cuore umano la forza di affrontare le situazioni difficili e di superarle.

4. “*Nel grembo di Maria Vergine*”. Contemplando le mura della Santa Casa, pare di sentir risuonare ancora le parole con le quali la Madre del Signore ha dato il suo assenso e la sua cooperazione al progetto salvifico di Dio: *ecce*, l’abbandono generoso; *fiat*, la sottomissione confidente. Divenuta *pura capacità di Dio*, Maria ha fatto della propria vita una costante cooperazione all’opera salvifica compiuta dal suo Figlio Gesù.

In questo secondo anno di preparazione al Giubileo, Maria deve essere contemplata e imitata “soprattutto come la donna docile alla voce dello Spirito, donna del silenzio e dell’ascolto, *donna di speranza*, che seppe accogliere come Abramo la volontà di Dio «sperando contro ogni speranza» (*Rm* 4,18)” (Esort. ap. *Tertio millennio adveniente*, 48). Dichiarandosi serva del Signore, Maria sa di mettersi anche al servizio del suo amore verso gli uomini. Col suo esempio Ella aiuta a comprendere che l’accettazione incondizionata della sovranità di Dio pone l’uomo in atteggiamento di completa disponibilità. In tal modo, la Vergine diventa l’icona dell’attenzione vigile e della compassione verso chi soffre. Significativamente, dopo aver accolto con generosità il messaggio dell’Angelo, Ella si reca in fretta a servire Elisabetta. Più tardi coglierà nella situazione imbarazzante degli sposi a Cana di Galilea l’appello ad intervenire in loro aiuto, divenendo così riflesso eloquente dell’amore provvido di Dio. Il *servizio* della Vergine troverà la manifestazione massima nella partecipazione alla sofferenza e alla morte del Figlio quando, ai piedi della croce, accoglierà la missione di Madre della Chiesa.

Guardando a Lei, *Salute degli infermi*, molti cristiani nel corso dei secoli hanno imparato a rivestire di tenerezza Materna la loro assistenza ai malati.

5. La contemplazione del mistero dell’Incarnazione, evocato con tanta immediatezza dalla Casa di Loreto, ravviva la fede nell’opera salvifica di Dio, che in Cristo ha liberato l’uomo dal peccato e dalla morte e ne ha aperto il cuore alla speranza dei cieli nuovi e della terra nuova (cfr. *2 Pt* 3,13). In un mondo lacerato da sofferenze, contraddizioni, egoismi e violenze, il credente vive nella consapevolezza che “tutta la creazione geme e soffre fino ad oggi nelle doglie del parto” (*Rm* 8, 22) e s’assume l’impegno di essere, con la parola e con la vita, un testimone del Cristo risuscitato.

Per tale motivo, nell’Esortazione Apostolica *Tertio millennio adveniente* ho invitato i credenti a valorizzare “i segni di speranza presenti in questo ultimo scorcio di secolo, nonostante le ombre che spesso li nascondono ai nostri occhi”, e a riservare particolare attenzione ai “progressi realizzati dalla scienza, dalla tecnica e soprattutto dalla medicina a servizio della vita umana” (n. 46). Tuttavia, i successi ottenuti nel debellare le malattie ed alleviare le sofferenze non possono far dimenticare le tante situazioni in cui sono misconosciute e calpestate la centralità e la dignità della persona umana, come accade quando la Sanità è considerata in termini di lucro e non di servizio solidale, quando la famiglia è lasciata sola davanti ai problemi della salute o quando le fasce più deboli della società sono costrette a sopportare le conseguenze di ingiuste disattenzioni e discriminazioni.

In occasione di questa *Giornata Mondiale del Malato* desidero esortare la Comunità ecclesiale a rinnovare l’impegno volto a trasformare l’umana società in una “*casa di speranza*”, in collaborazione con tutti i credenti e gli uomini di buona volontà.

6. Tale impegno richiede che la *Comunità ecclesiale* viva la comunione: soltanto dove uomini e donne, attraverso l'ascolto della Parola, la preghiera e la celebrazione dei sacramenti, diventano "un cuor solo e un'anima sola", si sviluppano la solidarietà fraterna e la condivisione dei beni e si realizza quanto ricorda san Paolo ai cristiani di Corinto: "Se un membro soffre, tutte le membra soffrono insieme" (1 Cor 12,26).

Mentre si prepara al Grande Giubileo del 2000, la Chiesa è chiamata ad intensificare gli sforzi per tradurre in progetti concreti la comunione suggerita dalle parole dell'Apostolo. Le diocesi, le parrocchie e tutte le Comunità ecclesiali si impegnino a presentare i temi della salute e della malattia alla luce del Vangelo; incoraggino la promozione e la difesa della vita e della dignità della persona umana, dal concepimento fino al suo termine naturale; rendano concreta e visibile l'opzione preferenziale per i poveri e gli emarginati; tra questi, circondino di amorevole attenzione le vittime delle nuove malattie sociali, i disabili, i malati cronici, i morenti e quanti dai disordini politici e sociali sono costretti a lasciare la loro terra e a vivere in condizioni precarie o addirittura disumane.

Comunità che sanno vivere l'autentica *diaconia* evangelica, vedendo nel povero e nel malato "il loro Signore e Padrone", costituiscono un annuncio coraggioso della risurrezione e contribuiscono a rinnovare efficacemente la speranza "nell'avvento definitivo del Regno di Dio".

7. Cari *ammalati*, nella Comunità ecclesiale è riservato a voi un posto speciale. La condizione di sofferenza in cui vivete e il desiderio di recuperare la salute vi rendono particolarmente sensibili al valore della speranza. Affido all'intercessione di Maria la vostra aspirazione al benessere del corpo e dello spirito e vi esorto ad illuminarla ed elevarla con la virtù teologale della speranza, dono di Cristo.

Essa vi aiuterà a dare un significato nuovo al soffrire, trasformandolo in *via di salvezza*, in occasione di evangelizzazione e di redenzione. Infatti, "il soffrire può avere anche un significato positivo per l'uomo e per la stessa società, chiamato com'è a divenire una forma di partecipazione alla sofferenza salvifica di Cristo e alla sua gioia di risorto, e pertanto una forza di santificazione e di edificazione della Chiesa" (*Christifideles Laici*, 54; cfr. Lett. Enc. *Salvifici doloris*, 23). Modellata su quella di Cristo e abitata dallo Spirito Santo, la vostra esperienza del dolore proclamerà la forza vittoriosa della Risurrezione.

8. La contemplazione della Santa Casa ci porta naturalmente a soffermarci sulla *Famiglia di Nazareth*, dove non sono mancate le prove: in un inno liturgico essa viene detta "esperta del soffrire" (*Breviario Romano*, Ufficio delle Letture nella solennità della Sacra Famiglia). Tuttavia, quella "santa e dolce dimora" (*ibid.*) era anche allietata dalla più limpida gioia.

Il mio augurio è che da quel focolare giunga ad ogni famiglia umana, ferita dalla sofferenza, il dono della serenità e della fiducia. Mentre invito la Comunità ecclesiale e civile a farsi carico delle difficili situazioni in cui si trovano molte famiglie sotto il peso imposto dalla malattia di un congiunto, ricordo che il comando del Signore di visitare gli infermi è rivolto innanzitutto ai familiari dell'ammalato. Compiuta in spirito di amorosa donazione di sé e sostenuta dalla fede, dalla preghiera e dai sacramenti, l'assistenza dei congiunti ammalati può trasformarsi in uno strumento terapeutico insostituibile per l'ammalato e divenire per tutti occasione della scoperta di preziosi valori umani e spirituali.

9. Rivolgo, in questo contesto, un particolare pensiero agli *operatori sanitari e pastorali*, professionisti e volontari, che vivono continuamente accanto alle necessità degli ammalati. Desidero esortarli ad avere sempre un alto concetto del compito loro affidato, senza lasciarsi mai sopraffare da difficoltà ed incomprensioni. Impegnarsi nel mondo sanitario non vuol dire soltanto combattere il male, ma soprattutto pro-

muovere la qualità della vita umana. Il cristiano, poi, consapevole che “la gloria di Dio è l’uomo vivente”, onora Dio nel corpo umano sia negli aspetti esaltanti della forza, della vitalità e della bellezza che in quelli della fragilità e del disfacimento. Sempre egli proclama il trascendente valore della persona umana, la cui dignità rimane intatta pur nell’esperienza del dolore, della malattia e dell’invecchiamento. Grazie alla fede nella vittoria di Cristo sulla morte, egli attende con fiducia il momento in cui il Signore “trasfigurerà il nostro corpo mortale per conformarlo al suo corpo glorioso, in virtù del potere che ha di sottomettere a sé tutte le cose” (*Fil 3,21*).

A differenza di quanti “non hanno speranza” (cfr. *1 Ts 4,13*), il credente sa che la stagione del soffrire rappresenta un’occasione di vita nuova, di grazia e di risurrezione. Egli esprime questa certezza attraverso l’impegno terapeutico, la capacità di accoglienza e di accompagnamento, la partecipazione alla vita di Cristo comunicata nella preghiera e nei sacramenti. Prendersi cura del malato e del morente, aiutare l’uomo esteriore che si va disfacendo, perché l’uomo interiore si rinnovi di giorno in giorno (cfr. *2 Cor 4, 16*), non è forse cooperare a quel processo di risurrezione che il Signore ha immesso nella storia degli uomini con il mistero pasquale e che troverà pieno compimento alla fine dei tempi? Non è rendere ragione della speranza (cfr. *1 Pt 3,15*) che ci è stata donata? In ogni lacrima asciugata vi è già un annuncio dei tempi ultimi, un anticipo della pienezza finale (cfr. *Ap 21,4* e *Is 25, 8*).

Consapevole di ciò, la Comunità cristiana si adopera per l’assistenza ai malati e la promozione della qualità della vita, collaborando con tutti gli uomini di buona volontà. Essa realizza questa sua delicata missione al servizio dell’uomo sia nel confronto rispettoso e fermo con le forze che esprimono visioni morali differenti, sia con l’apporto fattivo alla legislazione sull’ambiente, il sostegno ad un’equa distribuzione delle risorse sanitarie, la promozione di una maggiore solidarietà tra popoli ricchi e poveri (cfr. *Tertio millennio adveniente*, 46).

10. A Maria, Consolatrice degli afflitti, affido coloro che soffrono nel corpo e nello spirito, insieme con gli operatori sanitari e quanti si dedicano generosamente all’assistenza degli infermi.

A Te, Vergine lauretana, fiduciosi volgiamo il nostro sguardo.

A Te, “vita, dolcezza, speranza nostra”, chiediamo la grazia di saper attendere l’alba del terzo millennio con gli stessi sentimenti che vibravano nel tuo cuore, mentre attendevi la nascita del tuo Figlio Gesù.

La tua protezione ci liberi dal pessimismo, facendoci intravedere in mezzo alle ombre del nostro tempo le tracce luminose della presenza del Signore.

Alla tua tenerezza di madre affidiamo le lacrime, i sospiri e le speranze dei malati. Sulle loro ferite scenda benefico il balsamo della consolazione e della speranza. Uniti a quello di Gesù, il loro dolore si trasformi in strumento di redenzione.

Il tuo esempio ci guidi a fare della nostra esistenza una continua lode all’amore di Dio. Rendici attenti ai bisogni degli altri, solleciti nel portare aiuto a chi soffre, capaci di accompagnare chi è solo, costruttori di speranza dove si consumano i drammi dell’uomo.

In ogni tappa gioiosa o triste del nostro cammino con affetto di madre mostraci il “tuo Figlio Gesù, o clemente, o pia, o dolce Vergine Maria”.

Amen.

Joannes Paulus M. I.

Dal Vaticano, 29 giugno 1997, Solennità dei Santi Apostoli Pietro e Paolo

La presentazione del Messaggio nella Sala Stampa Vaticana

Il Messaggio del Santo Padre per la VI Giornata Mondiale del Malato è stato presentato nella mattina di giovedì 3 luglio ai giornalisti raccolti nell'Aula Giovanni Paolo II della Sala Stampa Vaticana. L'incontro è stato presenziato da S.E. Mons. Javier Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari. Erano presenti anche l'Arcivescovo Prelato di Loreto, S.E. Mons. Angelo Comastri, Delegato Pontificio per il Santuario Lauretano; il Segretario del Pontificio Consiglio, Padre José Redrado, con il Sottosegretario del medesimo Pontificio Consiglio, P. Felice Ruffini; Mons. Sergio Pintor, Direttore Nazionale per la Pastorale della Sanità della CEI, e il Padre Angelo Brusco, Superiore Generale dei Chierici Regolari Ministri degli Infermi (Camilliani).

Pubblichiamo di seguito i testi degli interventi delle LL. Ecc.ze Rev.me i Monsignori Javier Lozano Barragán ed Angelo Comastri.

8

Un messaggio nelle prospettive del Giubileo

Il messaggio del Papa è un messaggio profondo e si inserisce nelle prospettive del Giubileo per l'anno 1998, anno dedicato allo Spirito Santo, alla luce della virtù e della speranza.

Il discorso inizia con un riferimento al Santuario di Loreto, simbolo dell'Incarnazione e luogo in cui il Papa si è sentito molto vicino ai malati. Egli commenta dicendo: "Il Verbo si è fatto carne per opera dello Spirito Santo nel seno della Vergine Maria". L'Incarnazione del Verbo è vista come l'orizzonte della speranza da raggiungere per liberarci dalle nostre sofferenze: è un segno dell'amore del Padre. Lo Spirito Santo è il custode della speranza che dà al cuore dell'uomo la forza di affrontare e superare i momenti difficili; e Maria, donna di speranza, che nella sua purezza ha portato in sé Dio, la serva del Signore, è contemplata come colei che, consapevole della sovranità di Dio, si è messa al servizio degli uomini per guarire i malati.

L'Incarnazione del Signore ci ha liberato dal peccato e dalla morte; ma, di fronte a tanta speranza, viviamo spesso anche in campo medico situazioni che si scontrano con la dignità umana. È per questo che il Papa a Loreto ci esorta a trasformare la società in una casa di speranza, affinché la comunità ecclesiale viva la comunione nella solidarietà fraterna e nella comunicazione di beni e progetti concreti di varia natura, per riconoscere nel malato il suo Signore e Patrono.

Il Papa prosegue invitando i malati ad essere sensibili alla virtù e alla speranza, affermando la forza della Resurrezione nella sua

stessa sofferenza. Le famiglie, seguendo l'esempio della famiglia di Nazareth, devono avere cura dei propri malati; i professionisti e i volontari della salute devono promuovere la qualità della vita e onorare Dio nel corpo umano, cooperando all'evento della Resurrezione e dando un senso alla speranza attraverso il loro operato.

Il Papa conclude invocando Maria, consolatrice degli afflitti e le affida coloro che soffrono. Lei è la nostra speranza e, affinché la sua protezione ci liberi dal pessimismo, le affidiamo le lacrime, le sofferenze e le speranze dei malati perché faccia della nostra esistenza una continua celebrazione dell'amore di Dio. E noi, costruttori di speranza, ci affidiamo a Lei affinché in ogni tappa gloriosa o triste del nostro cammino ci mostri, con l'affetto di una madre, suo figlio Gesù Cristo.

+ JAVIER LOZANO B.
*Presidente del Pontificio Consiglio
della Pastorale per gli Operatori Sanitari*



Loreto, Casa della Madre

Desidero esprimere un profondo e commosso grazie al Santo Padre per aver scelto il Santuario di Loreto per la celebrazione della **VI Giornata Mondiale del Malato**.

Sono toccanti le parole con cui il Papa dà la giustificazione di tale scelta: *“Nei miei ripetuti pellegrinaggi a questo «primo Santuario di portata internazionale dedicato alla Vergine, e per diversi secoli, vero cuore mariano della cristianità» (lettera a Mons. Pasquale Macchi - 15 Agosto 1993), ho sempre sentito la particolare vicinanza dei malati, che qui accorrono numerosi e fidenti. «Dove potrebbero essi, del resto, essere accolti meglio, se non nella casa di Coei che proprio le litanie lauretane ci fanno invocare come “salute degli infermi” e “consolatrice degli afflitti”?» (Messaggio per la Sesta Giornata Mondiale del Malato).*

Loreto è il Santuario della Casa della Madre: e la Casa della Madre è il luogo nel quale tutti i figli si sentono attratti, accolti, capiti, amati, confortati.

Per questo il Santuario di Loreto ha esercitato fin dal suo nascere, un fascino straordinario.

L'elenco dei pellegrini è interminabile:

Papi (il primo fu Nicolò V nel 1449 e l'ultimo è stato Giovanni Paolo II);

Re e Imperatori, Artisti (come Michelangelo Buonarroti e Wolfgang Amedeus Mozart e Pietro Mascagni);

Poeti e Scrittori (come Torquato Tasso e Vittorio Alfieri e Carlo Goldoni);

Giornalisti (come Louis Veulliot);

Scienziati (come Galileo Galilei pellegrino nel 1618 e 1633 e Enrico Medi nel 1966) e semplici fedeli sono saliti sul colle lauretano per respirare il “Sì” di Maria.

Ma, in modo particolare, il Santuario di Loreto è stato frequentato dai Santi:

S. Francesco di Paola è venuto nel 1430;

S. Giacomo della Marca nel 1463;

S. Ignazio di Loyola nel 1523;

S. Francesco Saverio nel 1538 e 1540;

S. Pietro Canisio nel 1558;

S. Carlo Borromeo nel 1566 e nel 1572 e 1579 e 1583 facendo lunghi tratti di strada a piedi;

S. Camillo de Lellis, infaticabile apostolo dei sofferenti, è venuto nel 1567 e nel 1570 e

altre volte;

S. Luigi Gonzaga nel 1585;

S. Francesco de Sales, protettore dei giornalisti, nel 1599;

S. Giuseppe Benedetto Labre nel 1770 e tante altre volte;

S. Paolo della Croce nel 1739;

S. Leonardo da Porto Maurizio nel 1747;

S. Teresa di Lisieux nel 1887 conservando un ricordo dolcissimo del pellegrinaggio a Loreto;

Carlo de Foucault nel 1900 e S. Leopoldo Mandic e S. Massimiliano Kolbe nel 1919 fino a S. Francesca Cabrini, al Beato don Luigi Orione e al Beato Cardinal Ferrari e al Beato Josémaria Escrivà de Balaguer e al Servo di Dio Giorgio La Pira, pellegrini di questo secolo.

Ma *“un posto privilegiato hanno avuto nella storia del Santuario di Loreto i malati, che furono i primi ad accorrere pellegrini alla Santa Casa e a diffondere la sua fama tra le genti. Anche oggi la loro presenza, specie nel “Treno Bianco” è quella che fa vivere al Santuario alcuni momenti vibranti di fede e di intensa devozione”* (lettera di Giovanni Paolo II a Mons. Pasquale Macchi, 15 Agosto 1993).

Ogni anno i “Treni Bianchi” salgono o scendono a Loreto da tutte le regioni d'Italia e anche dalla Repubblica di S. Marino: sono in media 45 “Treni” all'anno.

“A Loreto – scrive ancora il Papa – si è contagiati dalla fede di Maria” (ibid) e si ritorna a casa confortati da una presenza e da un abbraccio materno, nel quale si avverte la tenerezza stessa di Dio, che, nel seno di Ma-



ria, ha preso una carne umana per essere Emanuele, cioè Dio-con-noi.

Ogni anno vengono a Loreto anche i “treni della gioia e della grazia”: sono pellegrinaggi di bambini segnati dal dolore, i quali, insieme alle loro famiglie, vivono a Loreto giornate toccanti di serena letizia e di intensa preghiera e di autentica fraternità.

Ora è di fronte a noi l'appuntamento della *VI Giornata Mondiale del Malato* che viene celebrata nel secondo anno di preparazione al Grande Giubileo del 2000, nell'anno dello Spirito Santo: in collaborazione con il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari e con l'Ufficio della Conferenza Episcopale Italiana per la Pastorale Sanitaria, Loreto mette a disposizione mente e cuore, strutture e personale, affinché si possa scrivere una nuova pagina di attenzione e di

accoglienza e di dedizione verso i fratelli e le sorelle che soffrono, nei quali riconosciamo una misteriosa ma vera presenza di Gesù Cristo.

Nella società del consumismo sfrenato, coloro che soffrono rischiano di diventare soltanto un peso scomodo, mentre essi sono un pungolo all'egoismo e un invito a costruire la società umana sul fondamento del dono di sé: è nel dono di sé, infatti, che “*l'uomo trova il compimento del Proprio destino.*” (TMA, 9).

Lo Spirito Santo, Amore Incarnato, ci contagia di Amore per uscire tutti dalla tristezza dell'egoismo e gustare la gioia stessa di Dio, che è la gioia del dono di sé.

+ ANGELO COMASTRI
Arcivescovo di Loreto

La Pastorale della Salute nell'Esortazione apostolica postsinodale “Una speranza nuova per il Libano”

Al termine dell'Esortazione apostolica *Una speranza nuova per il Libano*, Giovanni Paolo II invita la Segreteria di Stato e i vari Dicasteri della Curia Romana a porsi al servizio della Chiesa in Libano (n. 124). Il nostro Dicastero, il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, coglie l'occasione per rispondere all'appello del Santo Padre e cooperare secondo le proprie possibilità al bene della Chiesa pellegrina in quel paese.

Si tratta di una Chiesa che ultimamente ha molto sofferto a causa di una guerra spietata che ha lasciato in essa cicatrici evidenti, e che ancora si trova in zone ad alto rischio in pieno conflitto.

Il tema della sofferenza e della salute, del malato e dell'operatore sanitario non potevano mancare in questa Esortazione, trovandoci di fronte alla sua lacerante realtà.

La Chiesa e il Regno di Dio consistono nella divinizzazione dell'uomo, ci dice l'Esortazione apostolica seguendo la profonda teologia della Chiesa in Oriente; e il cammino per accedervi è quello di Cristo sofferente, per giungere alla massima comunione che è l'essenza della Chiesa che scaturisce

dal profondo della comunione trinitaria.

Analizzando ciò che riguarda direttamente la missione del nostro Dicastero, e cioè la pastorale sanitaria, troviamo nell'Esortazione alcuni riferimenti espliciti che, di seguito, consideriamo.

1. La sofferenza e il dolore

Nel n. 34 (capitolo I sulla speranza fondata in Cristo), il Papa affronta il problema della sofferenza con originalità. Oltre a quanto già esposto in altri documenti, in particolare nella *Salvificis Doloris* circa l'assunzione del dolore in Cristo, il Papa afferma che “la croce della sofferenza comprende inevitabili dolori nella vita degli uomini, ma comprende anche per il credente la sofferenza di essere lui stesso un ostacolo all'amore di Cristo, un riflesso sfigurato del suo volto”; ed è “la tensione caratteristica della condizione delle creature peccatrici”: da una parte si desidera il bene, però dall'altra ci si lascia afferrare dal male.

È il realismo della vita nei conflitti, il bene e il male si intrecciano e questa presenza del male ci intristisce e causa dolore, il dolore di arrecare danno ad altri esseri umani.

Una delle idee di maggior rilievo presenti nell'Esortazione è quella della Chiesa come comunione; il male del conflitto e della divisione è il male dal quale bisogna sempre fuggire come dall'elemento che maggiormente distrugge questa comunione. È un dolore che bisogna evitare e combattere seguendo obbedientemente "la legge di Cristo (Ga 6, 2), quella delle Beatitudini e della carità che non conosce limiti".

2. La visita ai malati

Nel n. 65 (capitolo III sulle strutture di comunione), il Santo Padre si rivolge al "pastore che deve aver cura di tutto il gregge, senza trascurare i membri più deboli [...] quanti, essendo malati, hanno bisogno di essere visitati a casa". "Esorto cordialmente i pastori a visitare i fedeli loro affidati per essere loro vicini, rinsaldando così i legami tra tutti i membri della comunità parrocchiale, per accompagnarli nella loro vita spirituale e sostenerli nelle prove".

Ovunque si sta cercando di abbreviare il periodo di permanenza nei centri sanitari, negli ospedali, nelle cliniche, ecc. e di prestare gran parte delle cure sanitarie presso il domicilio dei malati. Inoltre molti malati, a causa dell'impossibilità di accedere al centro sanitario, ricevono a casa propria le cure secondo i mezzi di cui dispongono.

Tutto questo richiede una pratica pastorale sanitaria sempre più collegata alla parrocchia e al parroco; l'aiuto, l'accompagnamento, i sacramenti, dovranno essere prestati secondo questa linea più nella casa dei malati che nelle istituzioni sanitarie. Per questo il Papa ricorda ai parroci i loro obblighi a questo riguardo. Verso di essi dovrebbe anche essere diretto il volontariato che, insieme al parroco e all'interno della pastorale parrocchiale, dovrà impegnarsi nella cura dei malati.

3. L'organizzazione delle cure sanitarie

Il n. 102 (capitolo VI, paragrafo 1, sulla Chiesa al servizio della società), dedicato ai problemi lasciati dalla guerra, è il punto in cui più si parla della salute.

Si dice come la guerra faccia sentire i suoi effetti nel campo della salute e come sia necessaria una solidarietà di modo che "ogni persona possa beneficiare degli aiuti e dell'assistenza medica necessaria, indipendentemente dalle proprie risorse". La Chiesa deve riflettere su ciò che è possibile realizzare in questo campo. Ciò comporta un'azione pastorale che accompagni i malati bisognosi nella loro malattia.

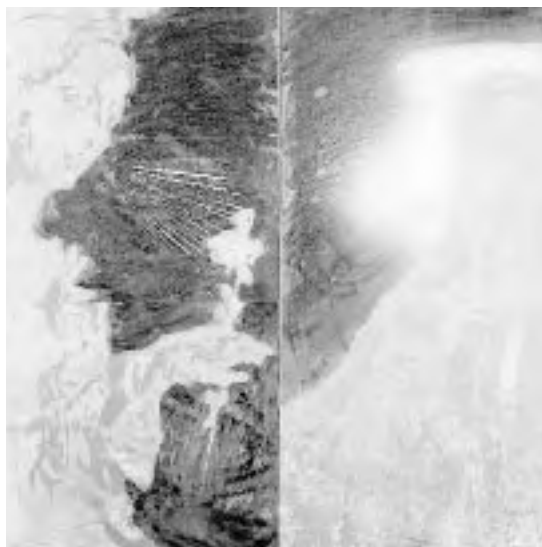
La Chiesa deve realizzare uno studio profondo e serio circa l'organizzazione dei servizi sanitari e le sue istituzioni per farne luoghi di testimonianza sempre più grande dell'amore verso gli uomini. Per questo deve rendere le istituzioni di cura accessibili ai meno abbienti. È un'azione che riguarda tutti e che dovrà essere coordinata fra i Patriarcati, associandovi tutti i responsabili delle istituzioni cattoliche, religiosi, religiose e laici (n. 103).

Il Papa propone qui per il Libano un'azione di grande vigore che esige una pianificazione di quanto è possibile realizzare, dove il soggetto sia tutta la Chiesa e il destinatario tutti i malati, in particolar modo i più poveri e bisognosi. Un'azione che esige organizzazione, studio, un'azione unificatrice ed efficace. Un'azione urgente, poiché si tratta di eliminare gli ultimi residui della guerra. È una pastorale di comunione perché la Chiesa si faccia credibile prendendosi cura dei suoi membri più bisognosi, i malati. Si tratta dell'altro aspetto dell'azione stessa di Cristo che cura i malati e annuncia il Vangelo. Ci troviamo di fronte alle esigenze più profonde del servizio sociale ecclesiale che ha la sua opzione preferenziale per i più poveri e bisognosi.

Il rinnovamento della Chiesa passa per i suoi sentieri di comunione accompagnando i malati e stimolando la cura della salute, che non riguarda aspetti soltanto fisici, come l'angoscia e il dolore, ma anche aspetti mentali, sociali e spirituali. Si tratta di tornare all'armonia della comunione attraverso il cammino pasquale della morte e Resurrezione in Cristo, per poter riprodurre così l'armonia originaria della Santissima Trinità nell'uomo.

+ JAVIER LOZANO BARRAGAN

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



Intervento per il Sinodo d'America

PASTORALE DELLA SALUTE

Per oltre 500 anni, la Chiesa in America ha incontrato il Cristo vivente nel mondo della pastorale della salute, per la sua continua attività nell'ambito della sanità. In tutto il continente sono nati innumerevoli centri sanitari cattolici per iniziativa di Diocesi, Congregazioni religiose, e anche di laici.

È necessario ora che il nostro continente americano, con una coscienza rinnovata, si converta a Gesù Cristo per incontrarlo anche nella cultura della vita, combattendo la cultura della morte che si presenta nelle tante problematiche che ci circondano. Questo Sinodo deve renderci consapevoli della realtà della sola ed unica chiesa cattolica d'America, la cui unità esige la piena uguaglianza delle nostre chiese locali e la loro convergenza nel reciproco servizio ecclesiale, in piena comunione; in concreto, parlando della pastorale della salute, dobbiamo entrare in comunione con Gesù Cristo per mezzo della comunione con il mondo sanitario, in particolare con i nostri fratelli che soffrono nei diversi paesi d'America, creando una nuova solidarietà continentale. Per questo il *Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari* propone alcune percorsi da seguire per mettere in atto questa pastorale:

1. La Pastorale della Salute deve rientrare efficacemente nella pianificazione ordinaria di ogni Diocesi d'America e delle Conferenze episcopali del continente.
2. Le Conferenze Episcopali devono favorire l'unione degli ospedali cattolici, dei cappellani, dei medici, degli infermieri e dei farmacisti cattolici su piano nazionale ed internazionale.
3. Le diocesi del continente privilegino l'attenzione e la lotta al tabagismo, all'alcolismo, alla tossicodipendenza e all'AIDS, che sono tra le maggiori cause di mortalità negli adulti.
4. Ogni Diocesi si impegni nella promozione della cultura della vita contro la cultura della morte, con programmi concreti centrati sull'opzione preferenziale per i poveri e sul rispetto per la vita nascente.
5. I pastori si facciano coscienti della necessità di una pastorale specifica per gli anziani, e della moralità delle cure palliative.
6. Gli ospedali cattolici più dotati del continente creino ospedali nelle regioni bisognose del continente stesso per il servizio degli emarginati.
7. Gli ospedali cattolici d'America si propongano come punto di partenza nelle questioni economiche, nella comunicazione cristiana dei beni, di modo che il loro obiettivo non sia il lucro bensì la visione cristiana della salute, la vita, la malattia e la morte.
8. I sacerdoti delle parrocchie americane diano priorità alla pastorale della salute in tutta la sua portata.
9. Nei Seminari d'America si insegnino in particolare la Pastorale della Salute, insistendo sui problemi attuali di bioetica posti dall'ingegneria genetica.

+ JAVIER LOZANO BARRAGAN

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

magistero



*Dai discorsi
del Santo Padre*

Madre Teresa di Calcutta, esempio eloquente per tutti

PAROLE DEL PAPA ALLA RECITA DELL'ANGELUS,
DOMENICA 7 SETTEMBRE 1997

1. Mi è caro, in questo momento di preghiera, ricordare la carissima sorella, *Madre Teresa* di Calcutta, che due giorni fa ha concluso il suo lungo cammino terreno. Molte volte ho avuto modo di incontrarla, ed è viva nella mia memoria la sua minuta figura, piegata da una esistenza trascorsa al servizio dei più poveri tra i poveri, ma sempre carica di un'inesauribile energia interiore: l'energia dell'amore di Cristo.

Missionaria della Carità: questo è stata Madre Teresa, di nome e di fatto, offrendo un esempio così trascendente, da attirare con sé molte persone, disposte a lasciare tutto per servire Cristo, presente nei poveri.

Missionaria della Carità. La sua missione cominciava ogni giorno, prima dell'alba, davanti all'Eucaristia. Nel silenzio della contemplazione, Madre Teresa di Calcutta sentiva risuonare il grido di Gesù sulla croce: "Ho sete". Questo grido, raccolto nel profondo del cuore, la spingeva sulle strade di Calcutta e di tutte le periferie del mondo, alla ricerca di Gesù nel povero, nell'abbandonato, nel moribondo.

2. Carissimi Fratelli e Sorelle, questa Suora universalmente riconosciuta come Madre dei poveri, lascia un *esempio eloquente per tutti*, credenti e non credenti. Ci lascia la testimonianza dell'amore di Dio che, da lei accolto, ne ha trasformato la vita in un dono totale ai fratelli. Ci lascia la testimonianza della contemplazione che diventa amore, e dell'amore che diventa contemplazione. Le opere da lei compiute parlano da sé e manifestano agli uomini del nostro tempo quell'*alto significato della vita* che purtroppo sembra spesso smarrirsi.

Amava ripetere: "Servire i poveri per servire la vita". Madre Teresa non perdeva occasione per sottolineare in ogni modo l'*amore per la vita*. Sapeva per esperienza che la vita acquista tutto il suo valore, pur in mezzo a difficoltà e contraddizioni, quando incontra l'amore. E seguendo il Vangelo, si è fatta "buon Samaritano" d'ogni persona che ha incontrato, d'ogni esistenza in crisi, sofferente e disprezzata.

3. Nel grande cuore di Madre Teresa un

posto speciale era riservato per *la famiglia*. "Una famiglia che prega – disse in occasione del primo Incontro Mondiale delle Famiglie – è una famiglia felice". Ancora oggi le parole di questa indimenticabile *Madre dei poveri* mantengono intatta la loro forza.

"Nella famiglia – ella osservava – ci si ama come Dio ama: è un amore di condivisione. Nella famiglia si sperimenta la gioia di amare e di amarsi l'un l'altro. Nella famiglia si deve imparare a pregare insieme. Il frutto della preghiera è la fede, il frutto della fede è l'amore, il frutto dell'amore è il servizio e il frutto del servizio è la pace" (cfr. *L'Osservatore Romano*, 9 ottobre 1994, p. 4). Come non accogliere questo suo invito a fondare l'autentico benessere e la vera felicità della famiglia sulla solida base della preghiera, dell'amore e del servizio vicendevole? Possono queste sue considerazioni costituire un utile contributo alla preparazione del secondo incontro del Papa con le famiglie, che si svolgerà a Rio de Janeiro dal 2 al 5 ottobre prossimo.

Mentre affidiamo al Signore l'anima generosa di questa umile e fedele religiosa, chiediamo alla Vergine Santa di sostenere e confortare le sue Consorelle e quanti nel mondo intero l'hanno conosciuta ed amata.



La Chiesa rilegge il Messaggio della Misericordia per portare alla generazione di questa fine di millennio e a quelle future la luce della speranza

IL DISCORSO DEL PAPA DURANTE LA VISITA AL SANTUARIO DELLA DIVINA MISERICORDIA DI CRACOVIA – SABATO 7 GIUGNO 1997

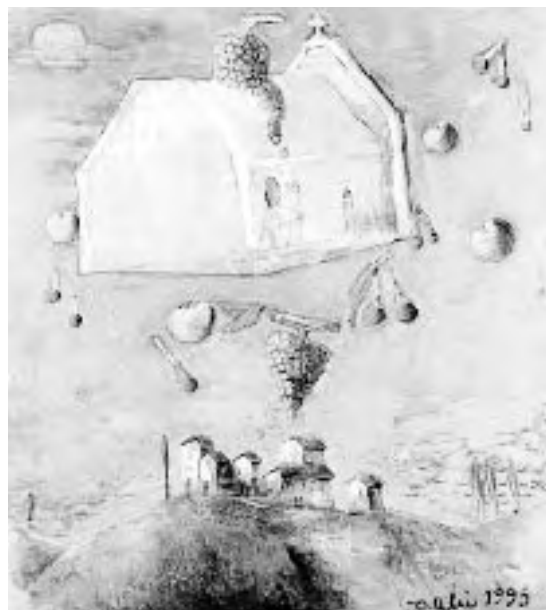
1. *Misericordias Domini in aeternum cantabo* (Sal 88 [89], 2).

Ecco vengo in questo santuario come pellegrino per inserirmi nel canto ininterrotto in onore della Divina Misericordia. L'aveva intonato il Salmista del Signore, esprimendo quanto tutte le generazioni conservavano e conserveranno, come preziosissimo frutto della fede. Di nulla l'uomo ha bisogno quanto della Divina Misericordia – di quell'*amore che vuol bene, che compatisce, che innalza l'uomo sopra la sua debolezza verso le infinite altezze della santità di Dio*. In questo luogo ci rendiamo conto di questo in modo particolare. Da qui infatti è partito il Messaggio della Divina Misericordia che Cristo stesso volle trasmettere alla nostra generazione tramite la beata Faustina. Ed è un messaggio chiaro e leggibile per ciascuno. Ciascuno può venire qui, guardare questo quadro di Gesù Misericordioso, il suo Cuore che irradia le grazie, e udire nel profondo del suo animo quanto udì la Beata: «*Non aver paura di nulla. Io sono sempre con te*» (Diario, q. II). E se risponderà con cuore sincero: «*Gesù, confido in Te!*», troverà conforto in ogni sua angoscia e in ogni paura. In questo dialogo di abbandono, si stabilisce tra l'uomo e Cristo un particolare legame che sprigiona amore. E «*nell'amore non c'è timore – scrive san Giovanni – al contrario l'amore perfetto scaccia il timore*» (1 Gv 4, 18).

La Chiesa rilegge il Messaggio della Misericordia per portare con più efficacia alla generazione di questa fine di millennio e a quelle future *la luce della speranza*. Senza mai cessare, essa chiede a Dio misericordia per tutti gli uomini. «In nessun momento e in nessun periodo storico – specialmente in un'epoca così critica come la nostra – la Chiesa può dimenticare la preghiera, che è il grido alla misericordia di Dio dinanzi alle molteplici forme di male che gravano sull'umanità e la minacciano... Quanto più la coscienza umana, soccombendo alla secolarizzazione, perde il senso del significato stesso della parola "misericordia", quanto più allontanandosi da Dio, si distanzia dal mistero della misericordia, tanto più *la Chie-*

sa ha il diritto e il dovere di far appello al Dio della misericordia "con forti grida"» (*Dives in misericordia*, n. 15). Proprio per questo sul percorso del mio pellegrinaggio si è trovato anche questo Santuario. Vengo qui per affidare tutte le preoccupazioni della Chiesa e dell'umanità a Cristo misericordioso. Alla soglia del terzo millennio, vengo, per affidargli ancora una volta il mio ministero Petrino – «Gesù, confido in Te!»

Il messaggio della Divina Misericordia mi è stato sempre vicino e caro. È come se la storia lo avesse iscritto nella tragica esperienza della seconda guerra mondiale. In quegli anni difficili esso fu *un particolare sostegno e una inesauribile fonte di speranza*, non soltanto per gli abitanti di Cracovia, ma per la nazione intera. Questa è stata anche la mia esperienza personale, che ho portato con me sulla Sede di Pietro e che, in un certo senso, forma l'immagine di questo pontificato. Rendo grazie alla Divina Provvidenza perché mi è stato dato di contribuire personalmente al compimento della volontà di Cristo, mediante l'istituzione della festa della Divina Misericordia. Qui, presso le reliquie della beata Faustina Kowalska, ringra-



zio anche per il dono della sua beatificazione. Prego incessantemente Dio perché abbia «misericordia di noi e del mondo intero» (*Coroncina*).

2. «Beati i misericordiosi, perché troveranno misericordia» (*Mt 5, 7*).

Care Suore! Poggia su di voi una vocazione straordinaria. Scegliendo tra di voi la beata Faustina, Cristo ha reso la vostra Congregazione custode di questo luogo, e al contempo si ha chiamate ad un particolare apostolato, quello della sua Misericordia. Vi chiedo: assumetevi questo incarico! L'uomo di oggi ha bisogno del vostro *annuncio della misericordia*: ha bisogno delle vostre *opere di misericordia* e ha bisogno della vostra *preghiera per ottenere misericordia*. Non trascurate alcuna di queste dimensioni

dell'apostolato. Fatelo in unione con l'Arcivescovo di Cracovia, a cui sta tanto a cuore la devozione alla Divina Misericordia, e con tutta la comunità della Chiesa, che egli presiede. Che questa comune opera porti frutti! Che la Divina Misericordia trasformi i cuori degli uomini! Che questo Santuario, conosciuto già in molte parti del mondo, diventi un centro di culto della Divina Misericordia che s'irradia su tutta la Chiesa!

Una volta ancora vi chiedo di pregare per le intenzioni della Chiesa e di sostenermi nel mio *ministerium Petrinum*. So che tale preghiera viene sempre qui innalzata: vi ringrazio per questo di tutto cuore. Tutti ne abbiamo tanto bisogno: *tertio millennio adveniente*.

Di cuore benedico voi qui presenti e tutti i devoti della Divina Misericordia.

Lodo quanti pongono la legge divina «Non uccidere!» al di sopra di quanto ammette la legge umana

*IL DISCORSO DEL PAPA A MEDICI, A INFERMIERI
E A OPERATORI DEL MONDO SANITARIO POLACCO,
PRESSO LA NUOVA CLINICA CARDIOCHIRURGICA DELL'OSPEDALE
«GIOVANNI PAOLO II» DI CRACOVIA, LUNEDI 9 GIUGNO 1997*

Miei Cari!

1. Sono molto lieto che, nel corso del mio pellegrinaggio in terra nativa, mi sia dato di visitare l'Ospedale Specialistico di Cracovia e benedire il Policlinico di Cardiologia di nuova costruzione. Sono lieto di potermi incontrare, in questa occasione, con i malati e con coloro che hanno cura di essi. Vengo da voi con commozione e ringrazio la Direzione e i Dipendenti per questo invito.

Nel 1913, il Consiglio della Città di Cracovia aveva deliberato di costruire, proprio qui, al Bialy Pradnik, gli Istituti Sanitari Comunali. La costruzione fu terminata quattro anni dopo. Quest'anno l'Ospedale celebra l'ottantesimo anniversario della sua esistenza e del generoso servizio agli infermi. Come non ricordare, in questa circostanza, tutti coloro che, esponendo al rischio la propria salute, si affrettarono a portare, da buoni samaritani, l'aiuto all'uomo sofferente? Chiniamo il capo, pensando specialmente a coloro che pagarono il prezzo supremo, offrirono la loro vita. Alcuni di noi certamente ricordano il dottor

Aleksander Wielgus, morto nel 1939 dopo aver contratto la tubercolosi, oppure la dottoressa Sielecka-Meier, morta per lo stesso motivo nei primi anni dopo la liberazione. Come non ricordare anche il lavoro delle Ancelle del S. Cuore, pieno di dedizione evangelica? Con il loro servizio agli ammalati, il tributo della salute, a volte perfino della vita, scrissero una bella pagina nella storia di questo Ospedale. Qui per due volte venne curata la beata Sr. Faustina.

Ora quest'ospedale specialistico è stato arricchito di una nuova Clinica di Cardiologia. Voglio esprimere parole di sincero apprezzamento ai costruttori di essa. È merito di molte persone, sarebbe difficile elencarne qui tutti i nomi. Ringraziamo oggi Dio per il dono del lavoro umano e dell'umana solidarietà con l'infermo.

2. «Ogni volta che avete fatto queste cose a uno solo di questi miei fratelli più piccoli, l'avete fatto a me» (*Mt 25, 40*).

Con queste parole di Cristo mi rivolto a voi,

che lavorate in questo nosocomio e, per vostro tramite, a tutti gli operatori sanitarie in Polonia. Nutro una grande considerazione e rispetto per il vostro servizio. Esso esige spirito di sacrificio e dedizione all'uomo infermo, e perciò ha una dimensione profondamente evangelica. Nella prospettiva della fede, il vostro servizio appare come rivolto a Cristo stesso, misteriosamente presente nell'uomo provato dalla sofferenza. Perciò la vostra professione è degna del massimo rispetto. È una missione di valore straordinario, la cui migliore definizione è costituita dalla parola «vocazione».

So bene in quali condizioni estremamente difficili dovete a volte operare. Ho fiducia che in Polonia tutti i problemi del servizio sanitario verranno risolti, in modo saggio e giusto, per il bene dei pazienti e di coloro che hanno cura di essi.

Ricevete oggi l'espressione del mio apprezzamento per questo generoso lavoro eseguito con abnegazione. In un certo senso, voi prendete sulle spalle il peso della sofferenza e del dolore delle vostre sorelle e dei vostri fratelli, volendo dar loro sollievo e restituire la sospirata salute. Il mio apprezzamento va, in modo particolare, a tutti coloro che rimangono con coraggio dalla parte della legge divina, che guida la vita umana. Ripeto ancora una volta quanto scrissi nell'Enciclica *Evangelium vitae*: «La vostra professione vi vuole custodi e servitori della vita umana. Nel contesto culturale e sociale odierno, nel quale la scienza e l'arte medica rischiano di smarrire la loro nativa dimensione etica, potete essere talvolta fortemente tentati di trasformarvi in artefici di manipolazione della vita o addirittura in operatori di morte. Di fronte a tale tentazione la vostra responsabilità è oggi enormemente accresciuta e trova la sua ispirazione più profonda e il suo sostegno più forte proprio nell'intrinseca e imprescindibile dimensione etica della professione sanitaria, come già riconosceva l'antico e sempre attuale giuramento di Ippocrate, secondo il quale ad ogni medico è chiesto di impegnarsi per il rispetto assoluto della vita umana e della sua sacralità» (cfr. n. 89).

Mi rallegro che l'ambiente medico in Polonia, nella stragrande maggioranza, si assuma tale responsabilità, non soltanto curando e sostenendo la vita, ma anche con fermezza non intraprendendo azioni che porterebbero alla sua distruzione. Lodo di tutto cuore i medici, gli infermieri e tutti gli operatori del mondo sanitario polacco che pongono la legge divina «Non uccidere» al di sopra di quanto ammette la legge umana. Vi lodo per questa testimonianza che state dando, specie recentemente.

Vi chiedo di continuare con perseveranza

ed entusiasmo il vostro lodevole dovere di servire la vita in tutte le sue dimensioni, secondo le specializzazioni a voi proprie. La mia preghiera vi sosterrà in questo servizio.

3. A voi, cari malati, che prendete parte a questo incontro, come a coloro che non possono essere presenti qui con noi, rivolgo parole di cordiale saluto. Ogni giorno cerco di essere vicino alle vostre sofferenze. Posso dirlo perché conosco bene l'esperienza di un letto d'ospedale. Proprio per questo, con più insistenza nella quotidiana preghiera invoco Dio per voi, chiedo forza e salute; prego, affinché nella sofferenza e nella malattia non perdiate la speranza; prego perché siate capaci di deporre il vostro dolore ai piedi della croce di Cristo. Dal punto di vista umano la situazione di un uomo ammalato è difficile, dolorosa, a volte addirittura umiliante. Ma è proprio per questo che siete in modo particolare vicini a Cristo, partecipate in un certo senso fisicamente al suo sacrificio. Cercate di ricordarlo. La passione e la risurrezione del nostro Salvatore vi aiuteranno a chiarire il mistero della vostra sofferenza.

È grazie a voi, grazie alla vostra comunione con il Crocifisso, che la Chiesa possiede ricchezze inestimabili nel suo tesoro spirituale. Grazie a Voi, gli altri possono attingerne. Niente arricchisce gli altri come il dono gratuito della sofferenza. Perciò ricordate sempre, specialmente quando vi sentite abbandonati, che la Chiesa, il mondo, la nostra Patria hanno tanto bisogno di voi. Ricordate anche che ha bisogno di voi il Papa.

Devo ammettere che durante i 58 anni vissuti in Polonia, ho avuto poche esperienze ospedaliere. Solo da ragazzo, perché mio fratello maggiore era medico, e poi a causa dell'incidente che ho avuto verso la fine della guerra. E poi basta. Esperienze molto più numerose le ho avute a Roma. Il Policlinico Gemelli l'ho visitato almeno quattro volte, sia per alcuni giorni, sia per alcune settimane. Può testimoniare il Dott. Buzzonetti, che mi accompagna in questo viaggio.

Per chiudere, voglio dire a tutti voi di aver tanto atteso questo incontro. Esso non poteva mancare nel mio itinerario di pellegrino. Prego, affinché la forza della fede vi sostenga in questi difficili momenti della vostra vita, pieni di tormenti. Prego affinché la luce dello Spirito Santo vi sia d'aiuto per scoprire che la sofferenza nobilitata dall'amore «è un bene, dinanzi al quale la Chiesa si inchina con venerazione, in tutta la profondità della sua fede nella redenzione» (*Salvifici doloris*, 24). Raccomandando a Dio tutti gli ammalati e quanti ne hanno cura, vi benedico tutti di cuore.

La famiglia, luogo di amore e di solidarietà, deve essere la migliore collaboratrice della scienza al servizio della salute

IL PAPA AI PARTECIPANTI AD UN INCONTRO SULLE ALTERAZIONI CEREBRALI PROMOSSO DAL PONTIFICIO CONSIGLIO PER LA FAMIGLIA: 13 GIUGNO 1997

Signor Cardinale,
amatissimi Fratelli nell'Episcopato,
illustri Signore e Signori.

Sono lieto di ricevervi, egregi partecipanti all'Incontro di questi giorni su «La famiglia davanti alle alterazioni cerebrali dei propri figli». Desidero innanzitutto ringraziare per le cordiali parole rivoltemi dal Cardinale Alfonso López Trujillo, Presidente del Pontificio Consiglio per la Famiglia che, insieme alla benemerita Istituzione CEFAES (Centro Educazione Familiare Speciale) ha promosso una così lodevole iniziativa, in unione anche con il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, il cui Presidente, Monsignor Javier Lozano Barragán, partecipa a questa Udienda.

La famiglia, come ambito integratore di tutti i suoi membri, è una comunità solidale dove l'amore diventa più responsabile e sollecito anche verso coloro che, per la loro particolare situazione, hanno bisogno di un'attenzione più costante, paziente e affettuosa da parte di tutti i membri e soprattutto dei genitori. In seno alla società vi è un insieme di compiti e di mediazioni sociali che la famiglia può e deve svolgere con particolare competenza ed efficacia, in unione con altre istituzioni. Spesso la partecipazione della famiglia come soggetto sociale apre molte porte e crea fondate speranze per il recupero dei figli. È questo l'ambito preciso che voi state

affrontando, con la collaborazione di ricercatori, di esperti e di persone impegnate in questo campo. Sono quindi lieto di incoraggiare il vostro lavoro e la preoccupazione che vi anima nell'aiutare le famiglie con questi bisogni.

La famiglia, luogo dell'amore e della sollecitudine verso i membri più bisognosi, può e deve essere la migliore collaboratrice per la scienza e la tecnica al servizio della salute. A volte alcune famiglie vengono messe alla prova – a dura prova – quando giungono figli con alterazioni cerebrali. Sono situazioni che richiedono dai genitori e dagli altri membri della famiglia una forza e una solidarietà particolari.

Il Signore della vita sta accanto alle famiglie che accolgono e amano i propri figli con alterazioni cerebrali serie, e che sanno quanto è grande la loro dignità. Riconoscono anche che all'origine della loro dignità di persone umane vi è quella di essere figli prediletti di Dio, che li ama personalmente e con amore eterno. Sostenuta e protetta dall'amore divino, la famiglia diviene luogo di dono di sé e di speranza dove tutti i membri fanno convergere le proprie energie e cure per il bene dei figli bisognosi. In effetti, voi siete i testimoni privilegiati e al contempo la testimonianza di tutto ciò che il vero amore può ottenere.

Come mostrano i programmi che state svolgendo nelle diverse nazioni – ad esempio il «Programma Leopoldo» –, attraverso un'attenzione paziente, laboriosa e aperta alle possibilità offerte dalla scienza in seno alle famiglie, si stanno facendo progressi sorprendenti nel recupero di bambini nati ciechi, sordi o muti. È come un miracolo dell'amore che non solo permette uno sviluppo cerebrale progressivo ma che pone anche il figlio al centro delle loro attenzioni. Con questo aiuto e con la collaborazione di tutti cresce questa comunità d'amore e di vita che è la famiglia, formata al cospetto e sotto lo sguardo paterno di Dio. È Lui che infonde a tanti focolari domestici nuove energie nel dolore e serenità nella sofferenza, per accettare la malattia e, in non pochi casi,



per cercare i rimedi e i mezzi più adeguati.

La famiglia è una comunità insostituibile per queste situazioni, e non solo per i costi ingenti che certe cure richiedono dalle Istituzioni sanitarie, ma anche per la qualità, l'atteggiamento e la tenerezza delle cure sollecitate che solo i genitori sanno prestare con abnegazione ai propri figli. Queste famiglie, senza essere sostituite nell'attenzione ai figli dovrebbero ricevere dalla comunità circostante e da tutta la società gli aiuti necessari per rendere questa attenzione effettiva. In tal senso, occorre sottolineare l'importanza delle associazioni di genitori che mirano a mettere insieme esperienze, aiuti e mezzi tecnici al servizio delle famiglie con simili bisogni.

Programmi e azioni come quelli che svolgete voi, contando sull'appoggio della Chie-

sa, sono un prolungamento del Vangelo della vita a partire dalla famiglia stessa. Continuate, pertanto, a volgere il vostro sguardo alla famiglia di Nazareth, il cui centro è il Dio Bambino. In effetti nella Santa Famiglia non fu assente la spada del dolore (cfr. *Lc 2, 35*), illuminato dalla speranza che viene dall'alto. Come Maria, che con animo contemplativo serbava e ponderava tutto nel suo cuore (cfr. *Lc 2, 19-51*), obbediente alla volontà di Dio, anche voi con fede e carità ardenti, portate la speranza in tante altre famiglie, con il vostro impegno e con la vostra esperienza.

Con questi vivi sentimenti e invocando abbondanti doni del signore sulle vostre persone e sulle vostre attività in questo ambito così importante della vita familiare, vi imparto con affetto la Benedizione Apostolica.

La Comunità dell'Arca, un germe provvidenziale della cultura della solidarietà e della «civiltà dell'amore»

IL DISCORSO DI GIOVANNI PAOLO II DURANTE L'UDIENZA PER LA CONSEGNA DEL PREMIO «PAOLO VI» A JEAN VANIER: 19 GIUGNO 1997

Signori Cardinali,
carissimi Fratelli e Sorelle!

1. Porgo il mio cordiale saluto a tutti voi, qui convenuti per la consegna del Premio che l'Istituto Paolo VI di Brescia conferisce in memoria del mio venerato Predecessore, nato a Concesio proprio cent'anni or sono. Si tratta di un Premio che sino ad ora è stato assegnato prevalentemente a personalità del mondo della cultura e dell'arte. Quest'anno esso viene conferito per la prima volta ad un rappresentante di quel mondo cattolico, che è attivamente impegnato – con motivata ispirazione anche teoretica – sul fronte della formazione umana e della carità, e sono particolarmente lieto di consegnarlo personalmente al Signor Jean Vanier, fondatore delle Comunità dell'Arca. Egli è un grande interprete della cultura della solidarietà e della «civiltà dell'amore», sia nel campo del pensiero che in quello dell'azione, nell'impegno a favore dello sviluppo integrale di ogni uomo e di tutto l'uomo.

Già due volte, nel 1984 e nel 1987, ho avuto il piacere di accogliere il Signor Vanier qui in Vaticano, insieme con rappresentanti delle comunità da lui fondate. L'odierna circostanza è assai appropriata per esprimere la rico-

noscenza della Chiesa verso un'opera che è al fianco delle persone portatrici di handicap con apprezzato stile evangelico, offrendo un servizio sociale originale e al tempo stesso un'eloquente testimonianza cristiana.

Saluto il caro Vescovo di Brescia, Monsignor Bruno Foresti, e lo ringrazio per le parole poc'anzi rivoltemi. Porgo il benvenuto ai responsabili dell'Istituto Paolo VI e, particolarmente, al suo Presidente, il Dottor Giuseppe Camadini, e all'Arcivescovo Pasquale Macchi, che tanto vicino fu a Papa Paolo VI.



Rinnovo a tutti l'espressione del mio apprezzamento per la molteplicità delle iniziative promosse dal benemerito Istituto ed in modo speciale per questo Premio, che in qualche modo prolunga la singolare attenzione del Servo di Dio Paolo VI verso le personalità che l'uomo contemporaneo riconosce come «maestri» perché sono anzitutto dei «testimoni» (*Evangelii nuntiandi*, 41).

Nella motivazione della presente edizione del Premio, si fa opportunamente riferimento all'Enciclica *Populorum progressio*, che il Papa Paolo VI promulgò trent'anni or sono richiamando all'attenzione di tutti le esigenze spirituali e morali dell'autentico sviluppo. Oggi, mentre viene conferito un importante riconoscimento a Jean Vanier ed alle Comunità dell'Arca, ringraziamo il Signore perché fa nascere e crescere nella sua Chiesa concreti segni di speranza, che mostrano come sia possibile realizzare nel quotidiano, anche in situazioni talora complesse e difficili, le Beatitudini evangeliche.

Quindi il Papa ha proseguito in lingua francese. Questa è la nostra traduzione italiana di questa parte del discorso:

2. In un messaggio rivolto a un gruppo di pellegrini dell'associazione «Foi e Lumière» venuti a Roma nel 1975 per l'Anno Santo, Paolo VI scriveva che l'attenzione dispensata alle persone portatrici di handicap è «la prova più significativa di una famiglia pienamente umana, di una società veramente civilizzata, a fortiori di una Chiesa autenticamente cristiana» (Insegnamenti di Paolo VI, XIII, 1975, p. 1197).

Nel cammino che percorre da oltre trent'anni, come ha ricordato il Presidente dell'Istituto Paolo VI, l'Arca è diventata un



germe provvidenziale della civiltà dell'amore, un germe autentico, foriero di un evidente dinamismo. Lo dimostra la sua considerevole espansione in numerose regioni del mondo: è in effetti presente in ventotto Paesi nei cinque continenti. Questa comunità non si limita però alla filantropia e neanche a una semplice assistenza. Nonostante la sua crescita e la sua diffusione, l'Arca ha saputo conservare lo stile delle origini, uno stile di apertura e di condivisione, di attenzione e di ascolto, che considera sempre l'altro come una persona da accogliere e da rispettare profondamente.

Senza alcun dubbio, ciò dipende dalla dimensione spirituale che il signor Jean Vanier ha sempre saputo mettere al centro della comunità dell'Arca. Si tratta di un messaggio eloquente per il nostro tempo assetato di solidarietà, ma soprattutto di spiritualità autentica e profonda.

A tale proposito, come non pensare naturalmente a Padre Thomas Philippe, domenicano, che ha ispirato e incoraggiato il signor Vanier a intraprendere il cammino che il Signore gli indicava? L'ha poi sempre accompagnato con la sua preghiera e con la sua presenza. A lui, che vive ormai nell'«Arca del cielo», rendiamo oggi un fervente omaggio di gratitudine.

Come non ricordare qui tutti quegli uomini e tutte quelle donne che hanno offerto alle diverse comunità dell'Arca il loro servizio silenzioso e generoso? Il premio conferito oggi va al contempo a tutte queste persone. Esso rende onore anche e soprattutto alle persone segnate da un handicap, dalle prime due che il signor Jean Vanier accolse nella sua casa al gran numero che l'Arca accoglie oggi. Sono loro, in effetti, i personaggi principali dell'Arca, che, con fede, pazienza e fratellanza, fanno di essa un segno di speranza e una gioiosa testimonianza della Redenzione.

Queste le parole successivamente pronunciate da Giovanni Paolo II in italiano:

3. Mentre mi felicito calorosamente con il Signor Jean Vanier, auguro che l'opera da lui fondata – nel suo insieme ed in ogni comunità – sia sempre accompagnata dalla luce e dalla forza dello Spirito Santo, per rispondere adeguatamente al progetto del Signore, venendo così incontro alle sofferenze ed alle necessità di tanti fratelli e sorelle.

Invoco a tal fine la costante protezione di Maria Santissima ed imparto di cuore a tutti voi e in modo speciale all'Istituto Paolo VI, come pure al Fondatore ed ai membri dell'Arca, una speciale Benedizione Apostolica.

L'esperienza del soffrire deve essere inserita nell'itinerario spirituale verso il Grande Giubileo

LA PREGHIERA DEL PAPA PER MADRE TERESA DI CALCUTTA

CHE «HA SEGNATO LA STORIA DEL NOSTRO SECOLO».

IL DISCORSO DEL PAPA NEL PALAGHIACCIO DI MARINO AGLI ADERENTI AL «CENTRO VOLONTARI DELLA SOFFERENZA» NEL 50° DI FONDAZIONE: 6 SETTEMBRE 1997

Carissimi Fratelli e Sorelle!

Fratelli nell'Episcopato!

1. Sono particolarmente lieto di questo nostro incontro e porgo a ciascuno di voi il mio più cordiale saluto, con uno speciale affettuoso pensiero per quanti, affrontando i disagi del viaggio, non hanno voluto mancare a questo appuntamento, pur venendo da molto lontano.

Voi ricordate quest'anno il 50° anniversario della vostra benemerita Associazione, nata a Roma ad opera del Servo di Dio, Mons. Luigi Novarese, coadiuvato dalla Signorina Elvira Myriam Psorulla, che ringrazio per le parole con cui si è fatta oggi interprete dei sentimenti di tutti i presenti. Ella ha voluto riaffermare il proposito dell'intero Sodalizio di servire Cristo nei sofferenti mediante un'opera singolare di evangelizzazione e di catechesi, che vede in primo piano l'azione personale e diretta dei disabili stessi.

È spiritualmente presente tra noi Mons. Novarese, che sicuramente continua ad accompagnare dal Cielo quest'opera, sgorgata dal suo cuore sacerdotale. E con lui sono spiritualmente vicini tutti i «volontari della sofferenza» che, nell'arco di questo mezzo secolo, hanno lasciato questo mondo, portando con sé il viatico della partecipazione al mistero della Croce di Gesù.

2. La vostra Associazione ebbe, come primo nucleo, la Lega Sacerdotale Mariana, fondata nel 1943. Mons. Novarese intendeva con tale iniziativa corrispondere a quanto la Vergine aveva domandato nelle apparizioni a Lourdes e a Fatima.

Egli volle, altresì, seguire l'invito del mio venerato Predecessore, Pio XII, circa la consacrazione del mondo al Cuore Immacolato di Maria.

Era consapevole che Maria stessa, unita al divin Figlio ai piedi della croce, ci insegna a vivere la sofferenza con Cristo ed in Cristo, nella potenza d'amore dello Spirito Santo. *Maria è la prima e perfetta «volontaria della sofferenza»*, che congiunge il proprio dolore al sacrificio del Figlio, perché acquisti signi-

ficato di redenzione.

Da questa matrice mariana siete nati voi, cari «Volontari della Sofferenza», che svolgete un apostolato quanto mai prezioso nella Comunità cristiana. Voi vi inserite in quel grande movimento di rinnovamento ecclesiale che, fedele al Concilio Vaticano II ed attento ai segni dei tempi, ha trovato nuove energie per operare coraggiosamente nel campo dell'evangelizzazione in un ambito, quello della sofferenza, sicuramente non facile e pieno di interrogativi.

Questo vostro orientamento pastorale ha trovato un'esplicita conferma nell'Esortazione apostolica *Christifideles laici*, nella quale, a proposito dell'«azione pastorale per e con i malati e i sofferenti», viene detto: «Il malato, il portatore di handicap, il sofferente non [va considerato] 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).

In occasione dell'Anno Santo della Redenzione, io stesso ho voluto offrire alla Chiesa, con la Lettera Apostolica *Salvifici doloris*, una meditazione sul valore salvifico del dolore umano (cfr. AAS 76, 1984), e vi sono riconoscente perché avete contribuito a diffondere questo messaggio, oltre che con le parole,



con la silenziosa testimonianza della vostra esistenza.

3. Carissimi Fratelli e Sorelle, la vostra Responsabile, interpretando l'atteggiamento che avrebbe oggi il Fondatore, ha espresso la promessa di *collaborare* intensamente con la preghiera ed il sacrificio *alla preparazione del Grande Giubileo dell'Anno Duemila*. Grazie per questo vostro contributo. Esso è quanto mai utile e prezioso. La parola Giubileo suggerisce l'idea di gioia, di esultanza, e pertanto potrebbe, a prima vista, apparire in contrasto con la condizione di chi soffre. In realtà sarebbe così, se ci si limitasse ad una considerazione puramente umana. Ma, nell'ottica della fede, si capisce che non vi è Risurrezione senza la Croce. Si comprende allora non solo che la sofferenza può accordarsi con la gioia, ma, anzi, che solo nel segno della Croce si può giungere alla vera e consolante gioia cristiana.

Non vi può essere autentica *preparazione al Giubileo* se non si assume nell'itinerario spirituale anche l'esperienza del soffrire, nelle sue varie forme.

4. I grandi obiettivi che la Chiesa ci propone in questi tre anni di cammino verso il grande evento giubilare non si possono raggiungere senza il sacrificio personale e comunitario dei cristiani, in unione con l'unico Sacrificio redentivo di Cristo. In proposito, la vostra Associazione può offrire un proprio specifico apporto, aiutando i fedeli che si trovano nella prova a non sentirsi esclusi dal pellegrinaggio spirituale verso l'Anno Duemila, ma, al contrario, *a camminare in prima linea*, portando la Croce gloriosa di Cristo, unica speranza di vita per l'umanità di ogni tempo.

Esempio straordinario di questa silenziosa

missione di carità, che nasce dalla costante contemplazione di Gesù sulla croce, è Madre Teresa di Calcutta, ritornata alla Casa del Padre proprio ieri. Questa mattina ho celebrato con intima commozione la santa Messa per lei, indimenticabile testimone di un amore fatto servizio concreto e incessante ai fratelli più poveri ed emarginati. Nel volto dei miseri ha riconosciuto quello di Gesù che dall'alto della Croce implora: «Ho sete». Ed ha colto questo grido con generosa dedizione dalle labbra e dal cuore dei morenti, dei piccoli abbandonati, degli uomini e delle donne schiacciati dal peso della sofferenza e della solitudine.

Percorrendo infaticabile le strade del mondo intero, Madre Teresa ha segnato la storia del nostro secolo: ha difeso con coraggio la vita; ha servito ogni essere umano promuovendone sempre la dignità ed il rispetto; ha fatto sentire agli «sconfitti della vita» la tenerezza di Dio, padre amorevole di ogni sua creatura. Ha testimoniato il vangelo della carità, che si nutre del dono gratuito di sé sino alla morte. Così la ricordiamo, invocando per lei il premio che attende ogni fedele servitore del Regno di Dio. Possa il suo luminoso esempio di carità essere di conforto e di stimolo per la sua famiglia spirituale, per la Chiesa e l'umanità intera.

Carissimi Fratelli e Sorelle, vi ringrazio ancora per questo incontro di festa ed auspicio che la vostra attività associativa tragga beneficio dalla ricorrenza cinquantenaria.

Nell'implorare la materna protezione della Vergine Maria, di cuore imparto a voi qui presenti e a tutti i Volontari della Sofferenza, come pure ai Silenziosi Operai della Croce ed ai membri della Lega Sacerdotale Mariana, una speciale Benedizione Apostolica.



argomenti



*Il ruolo pastorale
del Vescovo diocesano
nella Pastorale Sanitaria
cattolica*

La clonazione umana

*Documento sui diritti
del malato anziano*

*Esigenze della salute
e moralità. Modello
della salute nella OMS*

Il ruolo pastorale del Vescovo diocesano nella Pastorale Sanitaria cattolica

DICHIARAZIONE DEL COMITATO AMMINISTRATIVO DELLA CONFERENZA NAZIONALE DEI VESCOVI CATTOLICI DEGLI STATI UNITI (NCCB)

La presente dichiarazione è stata redatta dall'NCCB Ad Hoc Committee on Health Care Issues insieme ad altri organismi della Chiesa, al fine di rispondere alle preoccupazioni dei vescovi, degli sponsor e degli altri responsabili sanitari cattolici di mantenere e rafforzare la presenza cattolica nel campo sanitario sottoposto a rapidi cambiamenti. Il documento è stato sviluppato in collaborazione con il Committee on Canonical Affairs dietro consultazione con la National Coalition on Catholic Health Care Ministry, e con esperti in materia di legge canonica, teologia e sanità.

Nel marzo 1997, l'Administrative Committee della Conferenza Nazionale dei Vescovi Cattolici ha approvato la pubblicazione a suo nome de *Il ruolo pastorale del Vescovo diocesano nella Pastorale Sanitaria cattolica*. La dichiarazione è autorizzata per la pubblicazione dal sottoscritto.

Mons. Dennis M. Schnurr,
Segretario Generale
NCCB/USCC
25 marzo 1997

L'assistenza sanitaria cattolica partecipa all'attività apostolica della chiesa locale in quanto espressione del ministero di guarigione di Cristo. Parlando alla direzione dell'assistenza sanitaria cattolica durante la visita compiuta nel 1987 negli Stati Uniti, Giovanni Paolo II ha detto: "Il vostro ministero di assistenza sanitaria ... è uno degli apostolati più vitali della comunità ecclesiale e uno dei servizi più significativi che la Chiesa Cattolica offre alla società nel nome di Gesù Cristo" (*Origins* 17 (1987), 292). La Chiesa gode di una tradizione piena di grazia nel prestare un'assistenza sanitaria qualificata negli Stati Uniti.

Il contesto evangelico dell'assistenza sanitaria

La Chiesa cattolica è impegnata nell'assistenza sanitaria poiché ritiene che la cura del malato rappresenti una parte importante del mandato di servizio di Cristo. I racconti evangelici sul ministero di Gesù riportano i suoi atti di guarigione. I Vangeli sono pieni di esempi di Gesù che cura molti tipi di infermità e di malattie. In un racconto, la missione di nostro Signore viene descritta come l'adempimento della profezia di Isaia: "Egli ha preso le nostre infermità e si è addossato le nostre malattie" (Mt 8, 17; cfr. Is 53, 4).

Poiché l'opera principale di Cristo è stata la nostra redenzione dal peccato e dalla morte, il risanamento che egli ci ha portato è andato oltre la semplice cura delle affezioni fisiche. La sua compassione per i poveri, i malati e i bisognosi rientra nella sua missione di redenzione e di salvezza. Cristo ha toccato gli uomini nel più profondo del loro essere. In quanto fonte di cura e di benessere fisico, mentale e spirituale, egli ha definito la sua opera come portare la vita in abbondanza.

Per i cristiani la cura dei malati e il mantenimento della salute rientrano nel contesto dell'esempio di Cristo. Quindi, per comprendere il ruolo significativo svolto dalla Chiesa cattolica nell'assistenza sanitaria nel corso dei secoli, dobbiamo guardare alla fede di coloro che hanno cercato di imitare l'amore, la misericordia e la cura di Gesù. È solo l'amore cristiano ad animare l'assistenza sanitaria nella Chiesa. La cura e gli atti di misericordia che la compongono, vengono visti come una continuazione della missione di Cristo resa possibile dalla sua grazia che dà la vita. È da questo contesto

di fede, speranza ed amore che è nata la pastorale sanitaria cattolica.

Storicamente, nel nostro paese lo sviluppo della pastorale sanitaria cattolica è stato appannaggio delle comunità di religiose. Nonostante l'esistenza di molte organizzazioni di assistenza sanitaria sostenute da singole diocesi, comunità di religiosi o altre associazioni di fedeli, la grande maggioranza di istituzioni sanitarie cattoliche sono promosse e dirette da comunità di religiose che hanno fatto di questo ministero una parte integrante del loro carisma. In tutte le chiese diocesane di questo paese, la pastorale sanitaria è stata iniziata e continua ad essere alimentata e sostenuta dall'impegno di fede delle religiose. I loro sforzi hanno dato luogo ad uno straordinario stuolo di istituzioni sanitarie che riflettono e incarnano la cura della Chiesa e l'amore di Cristo per i malati.

Sfide ed opportunità

La pastorale sanitaria cattolica negli Stati Uniti sta attraversando un momento critico della sua storia. Alcuni dei cambiamenti che hanno contribuito a questa situazione sono: il fatto che la dispensazione dell'assistenza sanitaria non sia principalmente concentrata nell'ospedale; lo sviluppo di reti di cura integrata; il trasferimento di rischio da assicuratori a *providers* attraverso una gestione accurata dell'assistenza e la capitazione; l'aumento delle associazioni istituzionali; la riduzione del personale per abbassare i costi.

Come meglio strutturare le organizzazioni sanitarie cattoliche per rispondere a questi sviluppi e a futuri bisogni, è la sfida del momento. Le pressioni di mercato spingono rego-

larmente i responsabili sanitari cattolici ed altri responsabili ad un riassetto e ad una ristrutturazione significativa delle loro organizzazioni nello sforzo di rimanere una parte – importante – della dispensazione delle cure sanitarie di oggi.

Questo rappresenta non soltanto un momento di sfida ma anche di opportunità per la sanità cattolica. Secondo un recente documento del nostro Ad Hoc Committee on Health Care Issues, redatto in collaborazione con altri organismi della Chiesa, *La responsabilità del Vescovo diocesano nel rafforzare la pastorale sanitaria* (1996), noi in quanto Vescovi diocesani dovremmo cogliere l'opportunità di "iniziare e coordinare la cooperazione tra le istituzioni per la cura dei malati gravi, i servizi infermieristici, di riabilitazione e a lungo termine, le cliniche, le opere caritative, le agenzie di servizio sociale, le parrocchie, le scuole e i programmi educativi religiosi".

Responsabilità del Vescovo

L'assistenza sanitaria cattolica, in quanto espressione del ministero di guarigione di Gesù Cristo, partecipa come ministero ecclesiale alla missione apostolica della Chiesa allo stesso titolo degli altri ministeri. Le varie e complesse strutture impiegate per svolgere detto ministero sono una preoccupazione particolare degli istituti religiosi, dei membri e degli altri responsabili di questo ministero comunitario. Ma la pastorale coinvolge necessariamente il Vescovo diocesano sul quale ricade la responsabilità della Chiesa locale e l'esercizio di ogni ministero all'interno di essa. Il Vescovo ha il diritto di esercitare la sua autorità su tutti gli apostolati della sua diocesi, compreso quello dell'assistenza sanitaria, secondo il Codice di Diritto Canonico e ogni particolare legge che egli può legittimamente promulgare. Gli animatori degli apostolati, compreso quello dell'assistenza sanitaria, devono riconoscere l'autorità e il ruolo del Vescovo, secondo l'insegnamento del

Concilio Vaticano II e la legge universale della Chiesa (si veda ad esempio *Lumen Gentium* 20; *Christus Dominus*, 11; Can. 394, §1; Can. 216; Can. 223, §2; Can. 375; Can. 381, §1; Can. 392; Can. 678; Can. 680).

Il ruolo pastorale del Vescovo diocesano nella pastorale sanitaria può essere espresso in una varietà di modi. Il Vescovo, come maestro principale, suscita apertura e ricettività allo splendore della verità, proclamando l'insegnamento della Chiesa ed assicurando l'integrità morale e dottrinale dell'assistenza sanitaria cattolica (LG, 23; Can. 753; 756; cfr. *Veritatis Splendor*, 4). Nella funzione di santificare, egli



esercita il suo ministero assicurando la celebrazione dei sacramenti ai malati nelle istituzioni sanitarie della diocesi e nelle parrocchie (*Sacrosanctum Concilium*, 22; Can. 835; 771, §1). Il Vescovo, in quanto pastore, governa la chiesa particolare nei modi che ritiene appropriati per coordinare i ministeri di guarigione nell'interesse del bene comune (Can. 394, §1; 22, §2).

Nel campo del governo pastorale, le responsabilità del Vescovo variano a seconda dello stato canonico delle organizzazioni sanitarie, dei responsabili, e delle questioni canoniche in causa. Per quanto riguarda tutte le istituzioni cattoliche della diocesi, è responsabilità del Vescovo assicurare integrità dottrinale e morale nella testimonianza e nella pratica di ogni istituzione. È inoltre responsabilità del Vescovo diocesano, in cooperazione con i religiosi e con quanti sono coinvolti nella pastorale sanitaria, di assicurare che l'identità cattolica di tutte le organizzazioni sanitarie sia

mantenuta e rafforzata. È infine responsabilità del Vescovo diocesano di coordinare le diverse forme di apostolato nella diocesi, curando che si conservi l'indole propria di ciascuna (Can. 394, §1), promuovendo così quell'unità nella diversità che caratterizza la vera comunione ecclesiale.

Sviluppi recenti nella dispensazione dei servizi sanitari, particolarmente quelli che coinvolgono modifiche sostanziali nello stato canonico e corporativo di una organizzazione sanitaria cattolica, spesso danno luogo a questioni sull'applicabilità delle leggi della Chiesa in materia di amministrazione dei beni temporali, del trasferimento delle proprietà della Chiesa, dell'adempimento delle intenzioni dei fondatori, benefattori o donatori, e dell'effettivo controllo di una organizzazione sanitaria cattolica. Il Vescovo diocesano, gli sponsor e gli altri responsabili devono valutare l'applicabilità di tali leggi e le proposte modifiche alla luce dell'identità cattolica e delle pertinenti leggi della Chiesa. Il dialogo in tali materie è molto fruttuoso e dovrebbe avvenire fin dai primi stadi, quando si ritiene che un determinato programma, affiliazione o relazione possa sostanzialmente colpire la missione, l'identità cattolica o lo stato canonico e corporativo di un'organizzazione sanitaria cattolica.

Favorire la collaborazione

La collaborazione tra tutti coloro che sono impegnati nella pastorale sanitaria cattolica, comprese le agenzie sociali cattoliche quali le Catholic Charities, è essenziale in quanto i Vescovi, gli sponsor e gli altri responsabili si avvicinano a questo ministero pastorale da prospettive complementari a seconda dei vari livelli del loro impegno nel ministero e delle loro diverse responsabilità negli apostolati della Chiesa locale. Il Vescovo diocesano è in una posizione privilegiata per favorire questa collaborazione ed ha il dovere canonico di farlo. Come afferma il primo paragrafo della su menzionata di-

chiarazione del nostro Ad Hoc Committee, *La responsabilità del Vescovo diocesano nel rafforzare la pastorale sanitaria*: “Nella pastorale sanitaria cattolica di oggi c’è un impegno rinnovato alla cooperazione e alla collaborazione tra vescovi, sponsor e responsabili sanitari. Essi desiderano mettere in comune le immense risorse spirituali e materiali investite in questo ministero al fine di assicurare la sua futura viabilità ed efficacia. Sviluppi recenti – specialmente le iniziative del New Covenant che ha riunito vescovi, sponsor e responsabili in uno sforzo senza precedenti per incoraggiare una maggiore collaborazione tra coloro che dispensano l’assistenza sanitaria cattolica a livello nazionale – hanno creato un ambiente particolarmente favorevole per l’esercizio della direzione episcopale in questo campo”.

La guida del Vescovo diocesano viene meglio esercitata in collaborazione con sponsor o altri responsabili che hanno consacrato le loro energie alla pastorale sanitaria con esemplare consistenza e vigore e che, insieme al Vescovo, cercano di assicurare la continuità di questo vitale ministero in un ambiente sottoposto a cambiamenti sempre più rapidi.

I superiori religiosi, gli sponsor e gli altri responsabili dei nostri sistemi sanitari cattolici hanno iniziato una serie di programmi creativi per rispondere agli sviluppi dell’industria sanitaria nazionale che hanno un diretto impatto sulla dispensazione istituzionale dell’assistenza sanitaria cattolica negli Stati Uniti. Nell’esercitare il loro ruolo pastorale nella pastorale sanitaria cattolica, i Vescovi diocesani sono incoraggiati ad invitare i religiosi e gli altri responsabili ad unirsi nello sforzo di sostenere e stimolare iniziative che preservino ed estendano la pastorale sanitaria e ne assicurino l’identità cattolica. Un’importante iniziativa, intesa a promuovere questa collaborazione, è la National Coalition on Catholic Health Care Ministry che riunisce rappresentanti di Vescovi, religiosi, e altri responsabili sanitari nell’intento

di sviluppare una visione comune dell’assistenza sanitaria cattolica negli Stati Uniti.

Questioni pratiche relative alla collaborazione e al coordinamento

Data la complessità dei nuovi sviluppi nel campo sanitario da affrontare e le competenze incrociate da rispettare, l’effettivo esercizio della responsabilità pastorale del Vescovo diocesano nella pastorale sanitaria presuppone comunicazione e dialogo tra quanti sono impegnati in questo ministero. Un tale approccio rafforzerà la presenza cattolica nel campo dell’assistenza sanitaria e, allo



stesso tempo, contribuirà alla comunione ecclesiale della Chiesa locale.

L’attività apostolica degli istituti religiosi, in particolare, riflette un importante elemento di questa comunione (LG, 44; CD, 35; Can. 675, 681, §1; v. anche *Vita Consecrata*, 48-49). Il Codice di Diritto Canonico fornisce le direttive per i rapporti del vescovo diocesano con i superiori religiosi nel coordinamento di una tale attività apostolica: “I religiosi sono soggetti alla potestà dei Vescovi, ai quali devono rispetto devoto e riverenza, in ciò che riguarda la cura delle anime, l’esercizio pubblico del culto divino e le altre opere di apostolato” (Can. 678, §1). Allo stesso tempo: “Nell’esercizio dell’apostolato esterno i religiosi sono soggetti anche ai propri Superiori e devono mantenersi fedeli alla disciplina dell’istituto; i Vescovi stessi non tralascino di urgere, quando occorre, un tale obbligo” (Can. 678, §2). Per questo motivo, “nell’organizzare le attività apostoliche dei religiosi è

necessario che i Vescovi diocesani e i Superiori religiosi procedano su un piano di reciproca intesa” (Can. 678, §3).

La responsabilità del Vescovo diocesano include non soltanto l’apostolato dell’assistenza sanitaria svolto dai religiosi di diritto diocesano e pontificio ma anche quelli iniziati e diretti dai laici. Quindi il Vescovo diocesano può incoraggiare quel tipo di collaborazione tra queste opere di apostolato che rafforzi la pastorale sanitaria e garantisca che essi siano diretti secondo l’insegnamento morale della Chiesa. In questo modo, il Vescovo diocesano adempirà la sua responsabilità di vigilare sull’identità cattolica di ogni individuo o gruppo che operi all’interno della sua diocesi.

Allo scopo di fornire una base comune per la collaborazione e il dialogo, il Vescovo diocesano e il suo staff dovrebbero fare il possibile per essere informati sulla complessità dell’ambiente sanitario corrente, mentre gli sponsor, gli amministratori e i membri di direzione devono sviluppare una conoscenza di base dei principi dottrinali, pastorali e canonici che hanno attinenza con la dispensazione dell’assistenza sanitaria cattolica.

Un importante soggetto di dialogo tra vescovi, sponsor e altri responsabili è, come affermano le *Direttive etiche e religiose per i servizi sanitari cattolici*, l’accertamento delle associazioni “riguardanti la missione o l’identità religiosa ed etica dei servizi istituzionali sanitari cattolici” (Direttiva 68). Gli sponsor e gli altri responsabili saranno di grande aiuto al Vescovo diocesano nell’esercizio della sua responsabilità fornendo informazioni adeguate e tempestive sulle associazioni in via di sviluppo. Come afferma ancora la Direttiva 68, “i Vescovi diocesani e le altre autorità ecclesiali dovrebbero essere coinvolti quando vengono sviluppate tali associazioni, e il Vescovo diocesano dovrebbe dare apposita autorizzazione prima che esse vengano completate”.

Il Vescovo, gli sponsor e gli altri responsabili dell’assistenza sanitaria cattolica dovrebbe-

ro dare assoluta priorità a programmi, alleanze, corporazioni, o altre associazioni tra le organizzazioni sanitarie cattoliche nella diocesi o con altre diocesi. Tale collaborazione dovrebbe servire a proteggere e a rafforzare il benessere individuale e collettivo della pastorale, nonché contribuire alla piena realizzazione della comunione ecclesiale. Quando la collaborazione con i *providers* non cattolici è considerata necessaria o opportuna per sostenere e valorizzare il ministero, il Vescovo dovrebbe essere consultato e, quando necessario, dovrebbe essere ottenuta un'apposita approvazione secondo i principi della legge canonica.

Nel mercato sanitario attuale, quando la collaborazione viene ritenuta essenziale per la vitalità e la sopravvivenza, gli accordi di cooperazione spesso trascendono i confini territoriali diocesani. Il necessario dialogo dovrà riunire Vescovi, sponsor e altri responsabili al di là della diocesi e degli stati. Nella ricerca del bene comune, è desiderabile per i Vescovi diocesani, in consultazione con gli sponsor e gli altri responsabili, specialmente nelle diocesi limitrofe e dove le organizzazioni sanitarie cattoliche appartengono a sistemi che oltrepassano i confini diocesani, cooperino nel promuovere valide politiche diocesane nella supervisione degli apostolati sanitari delle loro diocesi, nei limiti del possibile. La consultazione e la collaborazione dei Vescovi diocesani ai livelli provinciali e regionali aumentano le occasioni di successo tra nuove associazioni nell'apostolato. Politiche contrarie o contraddittorie tra Vescovi confinanti possono sviare le persone e rendere un disservizio al ministero dell'intera chiesa. D'altro lato, quando due o più chiese particolari si uniscono in uno sforzo comune, esse testimoniano la cattolicità di tutta la Chiesa (LG, 23; CD, 37).

Direttive e procedure diocesane

Particolari direttive o proce-

ture diocesane, spesso definite protocolli diocesani, sviluppate nel dialogo con religiosi, altri responsabili e con consulenti forniti della necessaria conoscenza legale, canonica e teologica, sono utili per valutare nuove forme di pastorale sanitaria. Le procedure dovrebbero essere tali da poter assicurare un consistente approccio alle sfide e opportunità poste dall'ambiente sanitario corrente. La forma che tali procedure o direttive assumeranno, dipenderà da vari fattori, tra cui: la dimensione della diocesi, la diversità degli enti sostenitori, il livello dell'impegno della Chiesa nella dispensazione dell'assistenza sanitaria nell'area locale, e il



grado al quale gli interessi multinazionali e multidocesani convergono nel dispensare questa assistenza. Normalmente, tali procedure dovrebbero fornire una guida per un approccio generalmente solido alla varietà di circostanze che possono sorgere quando vengono perseguiti e sviluppati nuovi accordi di collaborazione che toccano l'identità cattolica dei *providers* in questione.

Tali direttive o procedure – redatte per andare incontro alle circostanze locali e rispettare le legittime competenze e gli interessi locali – possono essere viste come ulteriore specificazione delle linee generali fornite dalla Parte VI delle *Direttive etiche e religiose* in questo campo. In tal modo, i vescovi, gli sponsor e gli altri responsabili possono perseguire insieme il loro obiettivo comune di assicurare il futuro della pastorale sanitaria cattolica promuovendo una revisione approfondita delle proposte affiliazioni, associazioni, corporazioni, program-

mi e ogni altra relazione che colpisca l'identità cattolica e l'integrità istituzionale del *provider* dell'assistenza sanitaria così come la presenza cattolica nel campo della sanità (*ERD*, General Introduction, p. 4).

Conclusione

Come Vescovi cattolici, noi cerchiamo di esercitare la nostra guida pastorale in un ambiente sanitario in continuo mutamento. Già in molte parti del paese, tanto a livello regionale che locale, dialoghi sono in atto per estendere le competenze dei Vescovi, degli sponsor, degli amministratori, e dei membri di direzione ad esercitare i loro vari ruoli di leadership nel sostenere e rivitalizzare la pastorale sanitaria della Chiesa. In seguito alla prima assemblea nazionale del New Covenant, sotto gli auspici della National Coalition on Catholic Health Care Ministry, della Catholic Health Association, e della Consolidated Catholic Health Care, riunioni locali hanno fornito opportunità a tutte le parti interessate per incontrarsi e redigere, da varie prospettive, un piano per il futuro ministero della Chiesa. Tali riunioni dovrebbero contribuire a creare un'atmosfera di reciproca comprensione e di fruttuosa collaborazione in cui possano emergere iniziative creative per venire incontro alle necessità delle nostre comunità.

Questo appello all'esercizio dell'ufficio pastorale del vescovo ha lo scopo di rendere più effettiva tale collaborazione. Grazie a questa cooperazione e con la direzione pastorale del Vescovo diocesano, le organizzazioni per l'assistenza sanitaria cattolica continueranno a manifestare l'insegnamento e l'amore di Cristo attraverso il loro ministero che cura l'intera persona – corpo, mente e spirito – cingendola con tutta la misericordia e l'amore che dice ai malati, agli infermi, e a coloro che hanno bisogno di cure, “come Cristo estende la sua mano per toccarvi e guarirvi, così facciamo noi”.

Introduzione

La recente pubblicazione sulla rivista *Nature* di un articolo che annunciava la riuscita della clonazione di una pecora, a partire da una cellula di un esemplare adulto¹, ha scatenato una ridda di commenti in tutti i mezzi di comunicazione. Le ripercussioni scientifiche ed etiche di tale esperimento sono notevoli. Tuttavia molte delle opinioni espresse subito dopo la notizia peccano di una buona dose di immaginazione, ed esigono un chiarimento. A tale scopo descriveremo l'esperimento realizzato, i suoi antecedenti, le conclusioni scientifiche che se ne possono trarre, e le ripercussioni etiche della sua possibile applicazione sistematica in un futuro che, fino a poco tempo fa, sembrava molto lontano.

Antecedenti

L'intenzione di ottenere esseri viventi a partire da cellule somatiche giace da tempo nella mente degli scienziati. Tuttavia, gli esperimenti compiuti non avevano mai dato risultati soddisfacenti. Al massimo si erano ottenuti dei girini inserendo nuclei di cellule embrionarie di anfibi in sostituzione del nucleo originale dell'ovulo o dell'uovo, però non si era giunti a sviluppare un esemplare adulto².

L'interpretazione abituale di questi insuccessi veniva attribuita alla perdita precoce della totipotenza delle cellule embrionarie nel corso dello sviluppo. Nel corso di questo, si suppone che si vadano attivando e reprimendo parti del genoma, di modo che lo stato del DNA del nucleo di una cellula in un adulto è molto diverso da quello dell'ovulo fecondato di recente; quello dell'adulto risulta incapace di esprimere

adeguatamente tutta la sequenza di ordini necessari per lo sviluppo e la morfogenesi.

Per questa ragione, negli esperimenti realizzati, si è cercato di impiegare cellule di embrione, meglio ancora se precoci: si suppone che dette cellule abbiano in buona misura la totipotenza che si perde nelle cellule dell'adulto e siano, pertanto, le migliori candidate per la realizzazione con successo di una clonazione.

La fissione embrionaria

La linea più facile di lavoro disponibile consiste nella fissione embrionaria: la divisione dell'embrione di (in) poche cellule, di modo che ognuna delle cellule risultanti produca un essere adulto completo. Così già nel corso della scorsa decade, è stata realizzata con successo la divisione di embrioni molto precoci di ratto, ottenendo vari esemplari a partire da uno solo.

Tale linea (l'impiego di cellule in stato embrionario) fu quella seguita nell'esperimento di Hall e Stillman³ nel 1993. Anche questo esperimento fece parlare molto, fondamentalmente per il fatto di essere stato realizzato con embrioni umani. Esso non rivestiva particolari complicazioni tecniche. Gli autori presero 17 embrioni da due a otto cellule, rimasti dalla pratica della fecondazione in vitro: non si trattava di embrioni normali, bensì triploidi, risultato della fecondazione di un ovulo da parte di più di uno spermatozoo, fenomeno relativamente frequente durante la pratica delle tecniche di riproduzione assistita. Questi embrioni triploidi non sono vitali, ed erano materiale di scarto. I ricercatori li ritirarono dalla loro zona pelucida, li sottoposero a micromanipolazione per dividerli, ottenen-

do così 48 embrioni, che collocarono in un ambiente di coltura con polialginato sodico, che sostituì la zona pelucida originale e permise la crescita ulteriore degli embrioni divisi.

I risultati furono i seguenti: se l'embrione originale aveva 8 blastomeri prima della scissione, i nuovi embrioni si svilupparono al massimo fino allo stadio di otto cellule. Se aveva 4 blastomeri, potevano arrivare a 16 cellule. Gli embrioni che risultavano dalla divisione nello stadio dei due blastomeri, arrivarono ad avere 32 cellule, con buon aspetto; non si sa se questi ultimi si siano sviluppati ulteriormente. Hall e Stillman decisero di interrompere qui l'esperimento. Perché proseguissero il loro sviluppo, avrebbero dovuto essere impiantate.

L'esperimento di Hall e Stillman perseguiva due obiettivi. Il primo, teorico e principale, era quello di accertare se realmente, come si supponeva, le cellule embrionarie umane allo stadio di morula possedevano la totipotenza che abitualmente viene attribuita loro. L'esperimento, benché apparentemente sembri aver confermato tale supposizione, almeno per lo stato di embrione di due cellule, è abbastanza discutibile nelle sue conclusioni: esso fu realizzato con embrioni triploidi, non vitali; pertanto, non sappiamo veramente cosa possa avvenire con embrioni normali. A questo riguardo abbiamo soltanto il sospetto che possa succedere lo stesso che con i triploidi, come già supponiamo per le nostre conoscenze veterinarie e per gli studi della gemellazione spontanea nell'uomo. Insomma, l'esperimento non ha apportato quasi nessuna conoscenza rilevante alla scienza (la possibilità di sostituire la zona pelucida con il gel di po-

lialginato era già stata scoperta dall'equipe del Dott. Hall nel 1991⁴). Inoltre, una volta passato il primo momento di fama, che permise loro di ottenere un premio, emersero seri dubbi sulla correttezza tecnica ed etica con cui furono realizzati detti esperimenti. Di fronte all'assenza di approvazione del protocollo dell'esperimento da parte di un comitato di etica di ricerca indipendente, Stillman e Hall dovettero restituire il premio ricevuto e furono sottoposti ad altre sanzioni.

Il secondo obiettivo dell'esperimento era pratico: aumentare il rendimento della fecondazione in vitro. Si sa già da tempo che alcune donne che si sottopongono alle tecniche di riproduzione assistita non reagiscono in modo adeguato alla stimolazione ormonale, e le loro ovaie producono uno scarso numero di ovuli. Poiché l'efficacia della fecondazione in vitro è legata al trasferimento di un numero sufficiente di embrioni, si cercava un procedimento per migliorare i rendimenti della tecnica in queste donne che reagiscono scarsamente all'iperstimolazione ovarica e non accettano ovuli donati. Ciò si potrebbe ottenere mediante la clonazione: dividendo in vari l'unico embrione o i pochi embrioni che si sia potuto ottenere. Così questi coniugi con pochi ovuli avrebbero le stesse possibilità di ottenere un figlio di quelli che ne producono molti. Inoltre, con la clonazione degli embrioni ottenuti si potrebbe diminuire la dose di stimolazione ormonale che ricevono attualmente le donne che si sottopongono alla fecondazione in vitro, stimolazione che, a quanto pare, aumenta il rischio di alcuni tumori ginecologici e, in alcuni casi, produce una sindrome clinica che può avere conseguenze gravi.

Il problema di questa tecnica applicata per migliorare il rendimento della fecondazione in vitro è la sua scarsa affidabilità: dato l'alto numero di embrioni morti, anche senza alcuna manipolazione, il tentativo di clonazione può distruggere le poche speranze di ottenere un figlio. Ed è noto che

gli embrioni umani sono molto più delicati degli embrioni dei vitelli, nei quali si pratica con successo (e anche con un rendimento molto scarso) la divisione di embrioni di razze selezionate. Non sembra che la clonazione di embrioni sia una soluzione chiara a questo problema.

Inoltre, contro la clonazione vennero posti argomenti di tipo etico, coincidenti in buona misura con quelli che sono stati divulgati come conseguenza dell'esperimento della pecora Dolly, e che vedremo dopo aver descritto gli aspetti tecnici di quest'ultimo.

L'esperimento di Wilmut e dei suoi colleghi

Benché la notizia che ha fatto il giro del mondo si riferisca all'ultimo lavoro di ricerca dell'equipe dell'Istituto Roslin, il successo della sua tecnica fu già pubblicato lo scorso anno, benché, in quell'occasione, le cellule di partenza siano state cellule embrionali⁵. Il procedimento consisteva nel prendere le cellule e porle in coltura. L'ambiente nutritivo, in tappe successive, andava diminuendo la sua concentrazione di proteine nutritive, dal 10% allo 0,5%. In questo modo, si riuscì a fermare la divisione delle cellule in coltura. D'altra parte, si presero degli ovociti da cui fu estratto il nucleo, aspirandolo mediante una micropipetta. Come ultimo passo, le cellule coltivate sono state messe a contatto con gli ovociti privati del proprio nucleo, e sottoposte ad una breve scarica elettrica, con due obiettivi: da una parte, creare micropori nella membrana di entrambe le cellule poste a contatto, e produrre la fusione; dall'altra, aprire i canali del calcio della membrana, provocando una reazione simile a quella che permette allo spermatozoo di fecondare l'ovulo, che mette in marcia tutto il metabolismo cellulare e lo sviluppo del nuovo essere. Tale tecnica fu fondamentalmente la stessa quando vennero impiegate come cellule di partenza le cellule embrionali o quelle prove-

nienti dalla ghiandola mammaria di una pecora adulta, variando soltanto il numero di tappe in coltura.

Il tasso di successo della tecnica è stato molto basso: dalla fusione di 277 ovociti enucleati con la corrispondente cellula coltivata, si ottennero soltanto 29 embrioni, che furono immessi nell'utero delle pecore; da tutti questi nacque un solo agnello, Dolly. Come si può dedurre, tale esperimento non è propriamente una clonazione, in quanto il nuovo essere vivente non viene prodotto soltanto a partire da una cellula di adulto, bensì dalla sua fusione con un ovocita enucleato; ad ogni modo, l'esemplare adulto ottenuto è geneticamente identico alla cellula di partenza.

Ripercussioni scientifiche

La rivista *Nature* ha dedicato un articolo alle ripercussioni del risultato dell'esperimento dal punto di vista scientifico⁶. Secondo questo commento, la sua importanza risiede nella dimostrazione empirica del fatto che la differenziazione del tessuto durante lo sviluppo non comporta cambiamenti irreversibili nel DNA; il semplice "blocco" della riproduzione cellulare sembra riprogrammare⁷ il sistema genetico, e porlo nelle condizioni di iniziare di nuovo tutto lo sviluppo embrionale fino a raggiungere lo stato adulto.

È un peccato che gli attuali pregiudizi sul ruolo del genoma nello sviluppo abbiano impedito di approfittare dell'occasione per andare oltre l'analisi delle conseguenze teoriche dell'esperimento. L'ipotesi abitualmente sostenuta a proposito dello sviluppo embrionale presuppone che questo avvenga per l'attivazione e la repressione programmate di diversi geni implicati nella morfogenesi e nella differenziazione dei tessuti. L'esistenza di geni attivatori e repressori è dimostrata da alcuni casi molto concreti. Tuttavia, gli embriologi sanno da tempo che, a differenza di ciò che si potrebbe dedurre da questa ipotesi puramente genetica

dello sviluppo, la maggior parte delle differenziazioni di tessuto non richiedono sostanze specifiche come induttori. Semplici cambiamenti fisici o chimici banali possono produrre la differenziazione di tessuti in assenza dell'induttore abituale. L'azione di farmaci o agenti fisici qualsiasi può interferire nello sviluppo embrionale, producendo le stesse malformazioni, sempre che attui nel momento in cui il tessuto è sensibile all'influenza esterna. Tali fenomeni sono semplicemente inspiegabili per mezzo di un intricato gioco di geni attivatori, repressori, programmatori, omeotici, ecc., che hanno, per definizione, un'attività specifica.

Propendendo per l'ipotesi della programmazione genetica, l'attuale ricerca ha chiuso gli occhi di fronte a fenomeni semplici di interazione cellulare, di specializzazione per progressione autonoma di funzioni cellulari, associate alle interazioni omotipiche ed eterotipiche, ben conosciute dall'embriologia sperimentale; si dedica a ricercare nella programmazione dei geni ciò che, con grande probabilità, non si trova in essi. Di qui lo sconcerto attuale: i genetisti sanno sempre più cose sui geni, però la scena generale del funzionamento cellulare e dello sviluppo embrionale è sempre più sconcertante ed oscura⁸. L'attuale momento di sorpresa è adatto a realizzare una revisione critica delle nostre conoscenze sul funzionamento del genoma durante lo sviluppo embrionale. Speriamo che non ci manchi il coraggio di buttare nella spazzatura ipotesi molto accettate finora, ma che l'esperimento del Dott. Wilmut comincia a mettere in crisi.

Inoltre, con una visione più obiettiva dello sviluppo embrionale, senza l'attuale ossessione per le spiegazioni genetiche, alcune proposte di applicazione delle recenti tecniche di clonazione sono semplicemente impossibili. Concretamente, è stato proposto l'impiego delle conoscenze che fornirà la tecnica della clonazione per indurre la differenziazione di certi tessuti a parti-

re da cellule somatiche. Questi tessuti potranno essere impiegati per innesti e trapianti, ad esempio di pelle in persone ustionate, di midollo osseo in casi di leucemia, di tessuto nervoso per il trattamento del morbo di Parkinson⁹. Nel fare questa proposta, non si tiene conto del fatto che l'unico modo per indurre la comparsa dei tessuti maturi a partire da quelli immaturi è la loro interazione complessa con gli altri tessuti, come sanno fin troppo bene gli embriologi: si possono ottenere tessuti differenziati soltanto in un embrione completo. La proposta di scoprire le chiavi della programmazione genetica o la loro applicazione per ottenere tessuti specifici è impossibile, poiché parte da un errore sui concetti basilari dell'embriologia.

Ripercussioni etiche

L'applicazione di questa tecnica di clonazione sul bestiame e la sua possibile applicazione sull'uomo, in un futuro relativamente prossimo, dopo un sufficiente periodo di sperimentazione, ha suscitato molti commenti critici. Tuttavia, queste possibili applicazioni non sono fantascienza: il Dott. Wilmut ritiene che si potranno ottenere progressi significativi in un paio di anni di ricerca¹⁰.

Nel caso dell'applicazione sugli animali, le critiche maggiori si sono dirette contro la diminuzione della biodiversità delle specie clonate: forse si otterrebbe un gregge di qualità eccellente di produzione di carne, latte, ecc., ma a costo di una popolazione molto omogenea, che potrebbe soccombere completamente di fronte ad una epidemia, poiché questa colpirebbe allo stesso modo tutti gli esemplari. Ciò nonostante, bisogna anche riconoscere che detta applicazione risulta sufficientemente problematica dal punto di vista commerciale: implica la manipolazione di embrioni e, di conseguenza, una loro minore sopravvivenza rispetto alle tecniche di fecondazione in vitro già realizzate nel bestiame. Queste ultime si impiegano

appena per il loro scarso successo, la necessità di realizzarle nelle vacche giovani o solo alla prima gravidanza. È possibile, pertanto, prevedere difficoltà molto serie di fronte alle quali la tecnica giunge ad essere commercialmente vitale per il miglioramento della produzione del bestiame.

Questione molto diversa è la sua applicazione per clonare animali molto speciali; così è stato proposto di clonare animali in imminente pericolo di estinzione. Nell'immediato, c'è la possibilità di clonare animali manipolati geneticamente di modo che producano nel loro latte alcuni prodotti estranei ad esso, ma di grande utilità nella terapia umana. Così esistono attualmente pecore e capre che producono il fattore VIII e altri prodotti di interesse terapeutico nel loro latte. Come ottenere un animale transgenico che produca un determinato prodotto nel latte è piuttosto difficile, la nuova tecnica di clonazione eviterebbe di dover ripetere la manipolazione genetica: basterebbe clonare alcune delle sue cellule per avere una fonte inesauribile, senza per questo sottoporre l'animale ad un trattamento disumano. In questa stessa linea è possibile includere le ricerche attualmente in corso per ottenere animali transgenici come donatori di organi da trapiantare nell'uomo: benché abbastanza discutibile per quanto riguarda la sua applicazione pratica, è una linea di ricerca promettente, che potrebbe dare risultati su vasta scala soltanto con l'incorporazione di tecniche di clonazione degli animali transgenici ottenuti. Un'altra applicazione sarebbe la clonazione di animali in cui si dà luogo ad un modello adeguato di qualche malattia umana, di modo che si possano sperimentare diversi trattamenti in modo controllato, questione che risulta attualmente quasi impossibile. Allo stesso modo, si potrebbe ridurre il numero di animali da sperimentazione disponendo di esemplari esattamente uguali su cui sperimentare i diversi procedimenti alternativi¹¹.

Per quanto riguarda la clo-

nazione umana, l'opinione del Dott. Wilmut, come di molti altri medici, è ferma: benché la realizzazione della clonazione nell'uomo sembri tecnicamente impossibile, non si dovrebbe nemmeno iniziare, in quanto sembra un'aberrazione, senza utilità clinica¹². D'altra parte, il tentativo di clonazione umana, se pretende di recuperare una persona morta, non otterrà altro che una persona diversa, anche se fisicamente identica a quella morta, come un fratello gemello nato più tardi. Questa nuova persona sarebbe influenzata dalla propria situazione culturale, esperienze, famiglia, dalle proprie scelte di vita, ecc. Pertanto, sarebbe pura casualità riuscire ad avere un altro Einstein, un grande sportivo, un grande artista, ecc. per mezzo della clonazione di una delle sue cellule.

Dal punto di vista deontologico, bisognerebbe argomentare, a sostegno di questa opinione di senso comune, il rispetto dovuto all'essere umano allo stato embrionale¹³. Se la tecnica impiegata per la clonazione si paga con tanti insuccessi (esseri umani morti allo stato embrionale), la sua applicazione non è accettabile finché questi fallimenti non si riducano ad un minimo tollerabile. D'altra parte, poiché la sua realizzazione non ottiene nessuna applicazione diagnostica né terapeutica, la sua applicazione medica sembra ingiustificata¹⁴.

Tale punto di vista deontologico ben si sposa con le dichiarazioni effettuate in ambito politico europeo, che rinviano ai diritti umani basilari come fonte per la proibizione della clonazione sull'uomo¹⁵. Di fatto, nella legislazione di numerosi paesi europei (tra i quali la Spagna) la pratica della clonazione umana è proibita e anche la Commissione Europea ha espresso la propria intenzione di proibire la clonazione di esseri umani a livello europeo¹⁶.

Il problema della sua proibizione è di più difficile soluzione nell'ambito statunitense. In quel paese la gerarchia di valori costituzionali è diversa, in linee generali, da quelle euro-

pee, in quanto la libertà primeggia sugli altri diritti umani. Pertanto, per poter proibire una determinata attività, tanto a livello statale che federale, si deve provare previamente in qualche modo che essa è nociva per il resto dei cittadini, o per alcuni di loro. Questo è l'obiettivo della commissione creata dal Presidente Clinton per studiare la questione; nel frattempo, il Presidente ha sospeso il finanziamento federale alla ricerca che persegua la clonazione umana. Comunque questa proibizione non ha colpito nessuno, in quanto la ricerca non si stava realizzando in nessuna parte.

Il problema che emerge, in questo ambiente di esaltazione della libertà, è che sono pochi coloro che vedono il danno che viene inflitto al bambino fabbricato mediante clonazione¹⁷. Non si fa distinzione tra il fatto che venga un figlio al mondo e che questo bimbo sia fabbricato. In questo modo, sfuma il diritto umano a nascere, come frutto dell'amore dei genitori, in una famiglia¹⁸ e si finisce per proporre manipolazioni aberranti come la cosa più normale del mondo: così come una famiglia mette al mondo un figlio più per ottenere midollo osseo da trapiantare in un altro figlio malato di leucemia¹⁹, sembra coerente che, in questa dinamica, già presente negli Stati Uniti, si prospetti la clonazione come procedimento per ottenere organi di riserva, una volta che fosse sufficientemente effettiva nel conseguire i suoi risultati. Per ora, grazie a Dio, l'opinione generale è quasi unanime nel proibire la clonazione nell'uomo, però soltanto il corso degli eventi ci dirà se questo buon senso perdurerà.

ANTONIO PARDO
Dipartimento di Bioetica,
Università di Navarra

Bibliografia

¹ WILMUT I., SCHIEKE A.E., MCWHIR J., KIND A.J., CAMPBELL K.H.S., *Viable offspring derived from fetal and adult*

mammalian cells, Nature 1997; 385: 810-3.

² GURDON J.B., *Nuclear transplantation in eggs and oocytes*, J.Cell. Sci. Suppl. 1986; 4:287-3418.

³ HALL J.L., ENGEL D., GINDOFF P.R., MOTTA G.L., STILLMAN R.J., *Experimental Cloning of Human Polyploid Embryos Using an Artificial Zona Pellucida*, Fertility and Sterility 1993; 60 (2 sup): S1.

⁴ KOLBERG R., *Human Embryo Cloning Reported*, Science 1993; 262: 652-3.

⁵ CAMPBELL K.H.S., MCWHIR J., RITCHIE W.A., WILMUT I., *Sheep cloned by nuclear transfer from a cultured cell line*, Nature 1996; 380: 64-6.

⁶ STEWART A., *An udder way of making lambs*, Nature 1997; 385: 769-71. La rivista Lancet commenta questi aspetti scientifici allo stesso modo nella prima parte di un articolo editoriale: Editorial. One lamb, much fuss. Lancet 1997; 349: 661.

⁷ Questa è l'espressione usata dal Dott. Wilmut nel sommario del suo articolo del 1996, nel corpo dell'articolo del 1997 e nel commento di Stewart all'articolo del 1997.

⁸ CHANDEBOIS R., *Le gène et la forme ou la démythification de l'ADN*, Montpellier: Espaces, 1989; 239.

⁹ WINSTON R., *The promise of cloning for human medicine*, BMJ 1997; 314: 913-4.

¹⁰ HIGHFIELD R., *Human clone 'possible in less than two years'*. <http://www.telegraph.co.uk/>. 7-III-97.

¹¹ FARNSWORTH E., *Multiplicity*, http://www1.pbs.org/newshour/bb/science/jan-june97/cloning_2-24.html. 24-II-97.

¹² ROSLIN INSTITUTE, *Briefing notes in relation to Nature paper on nuclear transfer*, http://www.ri.bbsrc.ac.uk/library/research/nt_notes.html. 11-III-1996.

¹³ ORGANIZZAZIONE MEDICA COLLEGALE, *Codice di Etica e deontologia Medica*. Articolo 25.1. "Non è deontologico ammettere l'esistenza di un periodo in cui la vita umana manchi di valore. Di conseguenza, il medico è obbligato a rispettarla dal suo inizio ...". Articolo 25.2. "L'essere umano embriofetale malato deve essere trattato secondo le stesse direttive etiche, compreso il consenso informato dei genitori, che ispirano la diagnosi, la prevenzione, la terapia e la ricerca applicate agli altri pazienti".

¹⁴ Cfr. *Codice di Etica e Deontologia Medica*, articolo 24.2.

¹⁵ Cfr. dichiarazioni di Noelle Lenoir, membro del Consiglio costituzionale francese e presidente dei comitati di etica della Commissione Europea e dell'Unesco a Le Monde, 4 marzo 1997, p. 13.

¹⁶ EUROPEAN COMMISSION, *Service du Porte-parole. Commisison confirms opposition to research on cloning in humans*. <http://apollo.cordis.lu/cordis/cgi/srchidadb?ACTION=D&SESSION=144401997-3-24&DOC=1>. 12-III-97.

¹⁷ Si veda a mo' d'esempio, l'opinione favorevole alla clonazione della Prof. Macklin, che insegna bioetica nell'Albert Einstein College of Medicine in MACLIN R., *Human cloning? Don't just say no*. US News & World Report, 10-III-97, 64.

¹⁸ Cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istruzione *Donum Vitae*, I, n. 6.

¹⁹ LEHRER J., *Multiplicity*, http://www1.pbs.org/newshour/bb/science/jan-june97/cloningl_2-24.html. 24-II-97.

La cultura sociale muta radicalmente con l'evolvere dei tempi.

Il corso della storia ha visto l'uomo impegnato nel perseguire obiettivi diversi ma sempre crescenti per lo sviluppo personale e collettivo.

Nel primo millennio l'uomo ha avuto la necessità di fronteggiare il problema della sopravvivenza, di ricercare sistemi di difesa validi, migliorare le condizioni primarie di vita, divenire meno vulnerabile alle innumerevoli aggressioni esterne (dell'ambiente e dei suoi simili), ed interne (malattie) che limitavano fortemente le aspettative di vita.

Il secondo millennio si chiude nel mondo occidentale come l'era delle conquiste sociali, e vede il suo fulcro nel tentativo di consolidamento dei modelli di sicurezza e protezione sociale: l'uomo è il perno della società, l'economia è al servizio dell'uomo ed il sociale si vuol far carico non solo di assistere, ma di gestire la salute e la vita del cittadino: si profila lo stato assistenziale che raccoglie e cerca di soddisfare le necessità degli individui "bisognosi di aiuto".

È l'era della industrializzazione, della sicurezza economica, della dilatazione della prospettiva di vita, grazie anche a condizioni igieniche migliorate e ad una medicina sempre più sofisticata e rispettosa degli equilibri biologici.

Ma la quantità di vita non è necessariamente sinonimo di qualità di vita: e così la nostra società si trova proiettata verso il terzo millennio con l'obiettivo di raggiungere ed incrementare gli standard di vita ad un target che oltrepassi il livello sufficiente di sicurezza e protezione sociale.

Il 2000 si prospetta come l'era del Benessere.

L'art. 25 della Carta Universale dei Diritti dell'Uomo pro-

mulgata dalla World Health Organization stabilisce che:

«...ogni individuo ha il diritto a godere di uno standard di vita sufficiente a garantire la salute, il benessere proprio e della sua famiglia... alla assistenza medica, ai servizi sociali necessari ed ha il diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o ogni altro caso di perdita delle proprie fonti di sussistenza a causa di circostanze indipendenti dalla propria volontà».

Il problema sorge allorché dalla dichiarazione di diritto si passa alla realizzazione pratica con gli impegni che questa comporta.

La società si è resa conto di non avere in realtà a disposizione né gli strumenti né i mezzi per far sì che quanto programmato in diritto potesse trovare adeguata realizzazione nei fatti.

A questo punto il problema che finora si pone come una questione collettiva senza discriminanti di sesso, età, cultura inizia invece ad investire direttamente la problematica dell'anziano.

Aumenta infatti il rischio che, di fronte alla necessità di una revisione collettiva senza discriminanti di sesso, età, cultura inizia invece ad investire direttamente la problematica dell'anziano.

Aumenta infatti il rischio che, di fronte alla necessità di una revisione della gestione economica, si comincino a delineare, più o meno spontaneamente, dei criteri di selezione.

In una società tarata su una prospettiva esclusivamente economica, in cui il livello di valore personale e sociale è fortemente correlato con il livello di produttività, è possibile che tali criteri vadano a svantaggio di fasce di popolazione ritenute non altamente produttive.

Per entrare nel campo della sanità si potrebbe prospettare il rischio di una differenziazione qualitativa e quantitativa tra gli interventi terapeutici la cui discriminante è rappresentata dal criterio di produttività, in termini economici, dell'individuo.

Sarebbe tuttavia opportuno tener presente che tale orientamento parte da un presupposto errato: il concetto stesso di produttività è fortemente condizionato dalla struttura del nostro sistema; un sistema che, contrariamente ai protesi assiomi di duttilità e flessibilità, si pone come estremamente rigido nel selezionare le capacità e le possibilità di adattamento.

In sostanza è vero che oggi-giorno l'anziano non è più in grado di mantenersi inserito nei circuiti produttivi, ma è anche vero che la nostra società non fa sforzi sufficienti per individuare, sfruttare ed ottimizzare le potenzialità residue della persona anziana sì da adattare il sistema produttivo alle possibilità di questo.

Secondo una visione del tutto parziale del concetto di flessibilità, è l'individuo che si deve adattare al sistema e non il sistema che attraverso lo strumento della flessibilità si adatta a quanto la persona è in grado di offrire.

Ecco quindi che affrontare i presupposti del problema *anziano malato*, significa affrontare e talora risolvere una buona parte di temi sociali e sanitari.

Posta quindi in una giusta ottica la questione della terza età conviene fare un ulteriore passo e asserire che ancor prima di soddisfare i bisogni degli anziani è opportuno intervenire sui fattori di rischio per evitare che tali bisogni si determinino.

Ecco perché è utile stilare una Carta dei Diritti dell'Anziano Malato: proprio perché spesso le tematiche sull'anzia-

no si esauriscono nella analisi e a volte nella soddisfazione delle loro necessità manifeste, mentre dovrebbero esser caratterizzate dalla esplicitazione e dal riconoscimento dei diritti.

Sembra utile puntualizzare che il termine bisogno fa riferimento ad una concezione di "assistenza", il diritto invece evoca il concetto di "rispetto".

L'uno richiama l'idea di passività, mentre l'altro implica autonomia e responsabilità.

Il concetto di "bisogno" pone immediatamente uno squilibrio tra le due parti in relazione: per cui un termine si trova in situazione di passività e dipendenza nei confronti dell'altro. Il diritto, al contrario, è insito nell'essere uomo e pone il cittadino ed i servizi come due soggetti attivi e corresponsabili nella soluzione di problematiche comuni.

Allo stato attuale la legislazione vigente nella maggior parte degli Stati europei tutela coloro che si trovano in condizione di disagio, debolezza, carenza di strumenti di autotutela (per es. i minori), non differenzia, all'interno di una più generica *condizione anziana*, categorie diverse.

PROTOCOLLO DEI DIRITTI

Per stilare un piano corretto dei diritti dell'anziano malato occorre far riferimento ai bisogni che tali diritti devono soddisfare.

Prendendo spunto dalla scala di Maslow (M. 1954) possiamo suddividere i diritti del malato anziano in tre fasce, secondo tre classi di bisogni.

1. Diritto alla soddisfazione dei bisogni primari o fisici

2. Diritto alla soddisfazione dei bisogni secondari o psichici

3. Diritto alla soddisfazione dei bisogni terziari o spirituali

L'anziano malato ha diritto:
– ad essere rispettato come Persona,
– che venga rispettata la dignità umana,

– che vengano rispettate le esigenze relative alla età, sesso, cultura, religione, abitudini di vita e di relazione anche nella struttura dove si cura la malattia.

1. Diritto alla soddisfazione dei bisogni fisici

1A. Diritto all'intervento terapeutico che sia appropriato, individualizzato e mirato

Il quadro nosologico dell'anziano è generalmente caratterizzato da una polipatologia; è pertanto indispensabile un approccio globale all'individuo ed un piano terapeutico accurato in cui i diversi interventi vengano opportunamente integrati tra loro.

L'anziano malato ha diritto pertanto ad una Valutazione Geriatrica Multidimensionale come strumento diagnostico e terapeutico che garantisce un monitoraggio della situazione a 360° ed un piano di lavoro individualizzato secondo le reali necessità del paziente.

– L'anziano malato ha diritto che vengano effettuati tutti gli interventi diagnostici, terapeutici e riabilitativi possibili senza che il fattore età costituisca un elemento discriminante, anche quando tali interventi richiedono un notevole dispendio economico, di tempi e di mezzi.

– L'anziano ha diritto a ricevere una assistenza che sia professionale ed umana.

– L'anziano ha diritto che vengano compresi e soddisfatti i bisogni di sostegno morale e psicologico, di conforto e di affetto.

– L'anziano ha diritto che vengano valutati ed effettuati tutti i rimedi riabilitativi possibili siano essi proteici o funzionali – per essere reinserito nell'ambiente sociale e per recuperare una qualità di vita ottimale.

– Laddove la cura non è più possibile, l'anziano malato ha diritto che vengano comunque lenite le sofferenze di ordine fisico, psichico, spirituale.

1B. Diritto alla qualità

I servizi riservati agli anziani

sia di tipo istituzionale, sia di tipo domiciliare devono mirare alla qualità.

Si tratta di un processo difficile e complesso, per il quale non sono ancora chiare tutte le componenti strutturali e che comporta una profonda trasformazione rispetto al passato, quando era sufficiente la istituzione di un qualsiasi servizio per giustificare l'esistenza.

La caratteristica fondamentale per garantire la qualità dei servizi geriatrici è la definizione degli *outcomes*, cioè dei risultati precisi che si possono raggiungere in ogni paziente.

Questi sono nettamente distinti dalla definizione dei processi clinico assistenziali, che sono parte integrante del lavoro, ma non costituiscono il risultato della stessa.

– L'anziano malato quindi ha certamente diritto alla mobilitazione, alla prevenzione delle piaghe da decubito, ma soprattutto ha diritto ad essere titolare di un piano individualizzato di cura del quale facciano parte alcuni chiari obiettivi, sul raggiungimento dei quali si parametrizza la qualità dell'intervento stesso.

1C. Diritto all'igiene personale e collettiva

– L'anziano malato ha diritto di esser messo in condizione di usufruire di strumenti e mezzi atti a garantire un livello di vita accettabile e dignitoso nel rispetto del senso di pudicizia e della privacy (presidi, sussidi, protesi etc.);

– ha diritto che vengano rispettate le esigenze di pulizia, e pudore personale, anche quando – a causa della malattia – tali richieste sono ripetute e impegnative;

– ha diritto a vivere in condizioni socio psicologiche igieniche e non lesive della integrità cognitiva ed affettiva.

1D. Diritto ad un ambiente confortevole

– L'anziano malato ha diritto ad essere assistito il più a lungo possibile nel proprio domicilio;

– ha altresì diritto ad accedere facilmente – se le condizioni lo richiedono – alle strutture assistenziali territoriali;

– ha diritto ad usufruire di ambienti in cui siano ridotte le

barriere architettoniche ed in cui egli si possa muovere e vivere liberamente compatibilmente con le proprie condizioni di salute, ed in modo tale da non creare disagio fisico o psichico a sé o agli altri;

– ha diritto che vengano soddisfatte le condizioni relative ai bisogni nutrizionali, di respirazione, di eliminazione e termici;

– ha diritto a poter usufruire dei canali di accesso alla stimolazione ambientale più favorevoli possibile alle proprie condizioni psicofisiche.

Il che significa – tra l'altro – individuare soluzioni residenziali e/o assistenziali diverse a seconda della condizione individuale in cui il soggetto si trova.

1E. Diritto a libertà di movimento

L'anziano malato ha diritto a potersi muovere il più liberamente possibile nell'ambiente e negli spazi pubblici.

È necessario formare una cultura sociale che rispetti tale bisogno nell'anziano – specie se disabile o non autosufficiente – tramite sia la abolizione delle barriere architettoniche che la fornitura di presidi necessari alla mobilitazione dell'anziano malato.

2. Diritto alla Soddisfazione dei Bisogni Psicici, di Protezione e Sviluppo Personale

2A. Diritto al rispetto dei bisogni di sicurezza, protezione, prestigio e ruolo sociale

2B. Diritto alla assistenza sociale

Devono essere assicurate al disabile aiuto domestico, possibilità di soccorso e aiuto nella preparazione o fornitura dei pasti.

2C. Diritto ad un reddito minimo

che consenta condizioni di vita dignitose e autonome.

2D. Diritto alla informazione

– L'anziano malato ha diritto di conoscere tutti i possibili in-

terventi effettuabili, le reali possibilità terapeutiche ed i possibili effetti secondari delle scelte attuate;

– l'anziano ha diritto alla informazione costante sul proprio stato di salute, sui piani terapeutici e sulla progressione della malattia;

– ha diritto ad essere informato in modo esauriente e comprensibile sui servizi territoriali locali e nazionali, su gruppi di supporto e su specialisti in grado di soddisfare le sue necessità.

2E. Diritto di gestione e autonomia di scelta

nei riguardi della pianificazione degli interventi terapeutici, nonché delle proprie condizioni di vita.

– L'anziano malato ha diritto a scegliere – laddove è possibile – le persone e le strutture che si dovranno occupare della sua cura e della sua salute;

– ha diritto a rifiutare il consenso alle terapie;

– ha diritto ad usare terapie complementari senza pregiudizio per le cure mediche in corso.

2F. Diritto a mantenere i contatti con la famiglia e con la propria dimora

In questo senso sono da privilegiare il più a lungo possibile gli interventi domiciliari: terapeutici, riabilitativi, di supporto.

È auspicabile favorire la incentivazione dei sistemi di Assistenza Domiciliare Integrata che consentano all'individuo di rimanere il più a lungo possibile nel proprio ambiente, tra le persone care.

2G. Diritto alla socializzazione e comunicazione

Rientrano in questo ambito tutti i provvedimenti affinché, sia nella vita in casa che nella struttura sanitaria l'anziano abbia la possibilità di accedere a tutti i mezzi di comunicazione ed informazione.

È importante:

– programmare attività specifiche finalizzate a sollecitare le funzioni di interazione sociale;

– che vengano fornite all'anziano malato le condizioni e le

attività idonee affinché non diminuiscano – nel suo ambiente – le afferenze esterne sia a livello sensoriale che relazionale.

Tutto ciò al fine di evitare che si verifichino le condizioni di deprivazione sensoriale che possono dar luogo a fenomeni di deterioramento cognitivo, a disturbi depressivi e/o psicotici.

2H. Diritto al rispetto del proprio status sociale

Anche nella malattia e nel pensionamento, l'individuo ha diritto che venga mantenuto e rispettato lo status socio-culturale raggiunto nel corso della vita lavorativa.

La malattia non deve costituire di per sé un elemento di decadimento "personale", ma va vista come un momento "critico" nel passaggio ad una nuova fase evolutiva.

2I. Diritto alla ottimizzazione del potenziale residuo

L'anziano ha diritto – proprio nell'ottica dell'invecchiamento come processo evolutivo – a che la società sappia aiutarlo ad individuare ed ottimizzare le risorse potenziali residue.

A fronte delle funzioni danneggiate o perse, l'operatore sanitario deve aiutare l'anziano a sviluppare delle strategie alternative che possano vicariare le funzioni deficitarie.

2L. Diritto ad essere inserito nel ciclo produttivo

Nell'ottica di ottimizzazione delle risorse, l'anziano ha diritto ad essere reinserito nel ciclo produttivo anche se ad un livello diverso dal precedente.

In tal modo oltre a svolgere una funzione di indubbia utilità sociale, l'anziano può rafforzare la propria autostima, e la fiducia nelle proprie possibilità; egli aumenta così il proprio livello di reale efficienza.

3. Diritto alla Soddisfazione dei Bisogni Spirituali

3A. Diritto al rispetto del valore della persona e al suo sviluppo personale

L'anziano ha diritto al rispet-

to della dignità umana; spesso la malattia trasforma l'individuo in un oggetto passivo di atti terapeutici differenziati, spesso accade che nella attuazione di tali interventi venga meno il rispetto della dignità e della sensibilità della persona.

Anche nella malattia, nella degenza e nella perdita di autosufficienza l'anziano malato ha diritto ad essere considerato *in primis* come individuo e come "persona".

Ogni atto terapeutico e riabilitativo deve essere effettuato nel rispetto della dignità umana.

3B. Diritto alla autonomia decisionale

L'anziano malato ha diritto ad essere guidato – attraverso il sostegno del medico e in un confronto onesto e aperto con gli operatori sanitari – in una scelta consapevole ed il più efficace possibile.

– Ha diritto a valutare apertamente con i medici e a scegliere in autonomia e libertà le cure e gli interventi diagnostici e terapeutici;

– ha diritto a scegliere le persone che possano aiutarlo a sostenerlo nelle scelte;

– ha diritto a non sostenere tutto il peso delle scelte terapeutiche;

– ha diritto a rifiutare gli interventi quando questi risultino particolarmente invasivi, disagiati e non risolutivi;

– ha diritto ad essere informato ed a rifiutare quando venga inserito in progetti sperimentali e di ricerca.

3C. Diritto al rispetto delle tradizioni sociali culturali e religiose

Anche nella malattia l'anziano ha diritto a conservare la possibilità di osservare le proprie tradizioni, a professare la propria fede e a rispettarne i dettami.

3D. Diritto al conforto psicologico e religioso

L'anziano malato ha diritto ad esprimere i propri disagi ed i propri timori confortato da un interlocutore che sia in grado di raccogliere e elaborare le problematiche morali legate all'invecchiamento.

3E. Diritto a decidere il destino personale

– Così come ha diritto alla vita dignitosa, l'anziano ha diritto ad una morte dignitosa.

– L'anziano ha diritto a morire con il minimo dolore possibile e con la massima dignità.

– L'anziano – specie in fase terminale – ha diritto di essere assistito, di ricevere sostegno morale, compagnia, conforto, ed ha diritto a che gli vengano leniti i dolori psichici ed i dolori fisici.

Va aiutato ad affrontare la morte con il massimo rispetto e con la vicinanza emotiva – e non solo tecnica – delle persone e delle strutture che lo circondano.

Ed infine, quello che forse è il più importante diritto negato all'anziano: l'anziano malato ha diritto ad essere trattato con gentilezza in modo consono alla fragilità, alla insicurezza, alla paura di quello che sarà domani.

Affinché un diritto sancito venga realmente rispettato è necessario che esista una "cultura".

Non dobbiamo dimenticare che la nostra cultura geriatrica non sempre trova una analoga corrispondenza nel vissuto collettivo.

I concetti di efficientismo e produttività su cui la società occidentale è imperniata contengono in sé la negazione del decadimento fisico e psichico e ciò equivale, probabilmente, ad affermare che l'occidente si avvia a negare l'idea stessa della morte.

E così se una volta il Vecchio rappresentava il modello di saggezza, e di conoscenza delle cose della vita, il punto a cui far riferimento, il detentore della "memoria storica" della famiglia e della società, oggi, i preconcetti che permeano di sé il modello culturale a cui facciamo riferimento portano le giovani generazioni a rifiutare la identificazione con l'anziano.

Peggio ancora viene meno la disponibilità persino a percepire problemi e disagi che non si vorrebbe diventassero propri.

Il nostro primo compito quindi è lottare per una educazione alla vecchiaia che inizi dall'infanzia, affinché la vec-

chiaia venga vista in una ottica corretta: come una fase evolutiva della vita caratterizzata da nuovi livelli di integrazione personale e psicologica e dalla necessità di adattamento a possibilità e potenzialità diverse – in qualità e non solo in quantità – dalle precedenti.

In quest'ottica è auspicabile un recupero di quei valori morali e sociali, di cui l'anziano, in virtù di un ricco bagaglio umano e culturale, può rappresentare la fonte per la crescita e l'arricchimento della comunità familiare e della società civile.

Dott. STEFANO MARIA
ZUCCARO

Segretario Nazionale S.I.G.O.

Prof. MASSIMO PALLESCI

Presidente Nazionale S.I.G.O.

Bibliografia

BAVAZZANO A., MAGNOLFI S., LUNARDELLI M.L., TAITI P.G., *Il diritto alle cure ed il modello assistenziale geriatrico*, USL 4, Prato, Italia, 1996.

BERLINGUER G., *I Diritti del Malato Anziano*, 1996.

CASTIGLIONE V., *Outlines of the constitutional protection of the elderly*, Bologna, Italia, 1995.

PADRE CONCETTI G., *Proposte in tema di diritti dell'anziano malato*, Italia, 1996.

HANAU C., *I diritti del malato anziano. Dipartimento di scienze statistiche*, Università di Bologna, Italia, 1996.

PADRE HONINGS B., *Opinioni a confronto sui diritti del malato anziano*, Teresianum OCD, Roma, Italia, 1995.

IMPALLOMENE M.G., *I diritti del malato anziano*, Royal Postgraduate Medical School, Hammersmith Hospital, London, England, 1996.

MARIGLIANO V., CAMPANA F., DI GIUSEPPE V., *I diritti del malato anziano*, Università La Sapienza, Roma, Italia, 1996.

MELLONI F., *I diritti del malato anziano*, Italia, 1996.

NICO F., *Opinioni a confronto sui diritti del malato anziano*, Roma, Italia, 1996.

RENGO F., *Carta dei diritti dell'anziano: Governo regionale della Campania*, Napoli, Italia, 1996.

SØRENSEN K.H., *Diritti del malato anziano*, Glostrup Hospital, Copenhagen, Danimarca, 1996.

TRABUCCHI M., *I diritti dell'anziano ammalato*, Gruppo di ricerca geriatrica (BS), Università di Roma Tor Vergata, Roma, Italia, 1996.

VAN DER CAMMEN T.J.M., VAN LOOK K.P.M., SCHUDEL W.J., *Lagemaate J.*, Ospedale Universitario, Rotterdam, Olanda, 1996.

ZUCCARO S.M., COEN MIELI D., *I Diritti dell'anziano malato*, Ospedale Israelitico, Roma, Italia, 1996.

Esigenze della salute e moralità

Modello della salute nella OMS

1. Esigenze cristiane della salute

La salute si mantiene rispettando il comandamento "non uccidere" il cui significato positivo è proprio quello di conservare la salute stessa. Questo comandamento si fonda su quattro principi: 1. la vita dell'uomo viene da Dio che lo ha creato a sua immagine e somiglianza. 2. L'uomo deve sempre essere libero di rivolgersi a Dio. 3. Dio è l'unico che dà inizio e fine alla vita. 4. Dio ha trasformato la vita nella vita dei figli di Dio. Per questo Egli dice "non uccidere", e nel giorno del giudizio universale ci ricorderà che quello che faremo ai suoi fratelli più piccoli lo avremo fatto a Lui (Mt. 25, 31-46), proprio come ci insegna la parabola del buon samaritano (Lc.10, 25-37)¹.

2. Salute e Vita

Parlare della salute umana è molto complesso poiché spesso la vita e la salute si identificano in una sola cosa e parlare della vita dell'uomo è come avventurarsi in un discorso di antropologia che, rivolto al figlio di Dio, si trasforma in antropologia teologica. La salute e la salvezza sono collegate, hanno le stesse coordinate e seguono gli stessi canoni. Potremmo affermare che la salute ha connotazioni biologiche, psicologiche e sociali. Essa va analizzata in una prospettiva spirituale, partendo dallo Spirito Santo che ci ha donato la vita; solo così la capiremo profondamente.

Di fatto nella storia dell'umanità troviamo forti segnali a riguardo. In principio la salute ma soprattutto la malattia erano considerate come qualcosa di trascendente che dipendeva dalla benevolenza o

malevolenza di esseri superiori e spesso si dava rilevanza all'aspetto sociale curando i malati con cerimonie e riti pubblici. Con la secolarizzazione tutto quello che in passato aveva messo in relazione la salute e la malattia fu accantonato e queste ebbero una connotazione puramente biologica; ciò accadde nel secolo scorso, il XIX, e in alcuni decenni del secolo attuale, mentre ora si dà nuovamente importanza all'aspetto psicologico e sociale della salute e della malattia. Infatti ad Alma-Ata (1978), l'Organizzazione Mondiale della Salute definì la salute come "uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale, e non solo l'assenza di affezioni e malattie"².

3. Salute e dolore

Considerando la salute in senso cristiano e nel contesto della salvezza, senza dubbio in primo luogo appare che essa è sinonimo di vita; non è in contrasto con il dolore ma in un certo senso il dolore è parte di sé, poiché la vita si comprende e si spiega con la morte gloriosa di Cristo, il Signore. La vita e la salute si capiscono dalla resurrezione. Questo concetto ci porta a prendere in considerazione la definizione di Alma-Ata, ovvero a vedere la salute come un'utopia e non come una realtà che si può costruire.

Il totale benessere si potrà trovare nella fede e allora più che di benessere si tratterà di felicità. Per essere felici non è necessario il totale benessere, quello lo raggiungeremo nell'altra vita mentre ora è qualcosa di utopico. Tralasciamo ora il pensiero dell'OMS, a cui dedicheremo la seconda parte della conferenza, e soffermiamoci sul concetto cristiano di salute che, se rag-

giunta con le nostre coordinate, trova fondamento nella realtà in cui viviamo.

4. La qualità della vita

Con il concetto di salute solitamente si definisce la qualità della vita. Essa rende tale una persona. Molto spesso si afferma che la qualità della vita equivale al complesso dei beni economici necessari per vivere e che questi si misurano in rapporto al prodotto nazionale lordo. Il suo sviluppo comporta vari problemi ambientali e per questo molti non accettano che il PNL venga considerato come un criterio valido per misurare la qualità della vita. Si parla allora di BEN, benessere economico netto, che include la produzione, le condizioni di lavoro, l'impiego del tempo libero, ecc... Per alcuni il BEN non è sufficiente per poter parlare di qualità della vita; per stabilirlo è necessario tutto ciò di cui abbiamo parlato precedentemente a cui dobbiamo aggiungere l'aspetto fondamentale dell'influsso della famiglia e della società sulla persona, affinché la qualità della vita si identifichi con le capacità naturali del soggetto. Solitamente la qualità della vita si risolve in una formula: $qv=qn(fs)$. Si dice che il risultato della qualità della vita è lo star bene, quindi la salute.

Ma le cose non sono così semplici come sembrano poiché sorgono problemi etici di grande entità: se la qualità della vita in formula equivale a zero, se il soggetto non ha doti naturali né sostegno dalla famiglia e dalla società, è lecito togliergli la vita? E ai problemi dell'Eugenetica e dell'Eutanasia che l'etica cristiana risponde negativamente. Altri problemi scaturiscono dall'interrogativo qualità

della vita per chi? Si può parlare di qualità della vita e definirla prescindendo dal contesto mondiale? Questo è il punto. Si parla di qualità della vita per il primo mondo ma si ignora il terzo. Alla fine di questo millennio il primo mondo conta solo il 20% della popolazione mondiale, mentre il restante 80% appartiene al terzo mondo e quindi la domanda si fa davvero interessante: qualità di vita per chi?³

Quello che ci preme sottolineare sulla qualità della vita è che essa deve misurarsi con la speranza di rispecchiare la vita di un figlio di Dio il cui punto di riferimento è il Verbo Incarnato. La qualità della vita si fonde così con la santità della vita ed è nostro compito spiegare a questa società secolarizzata che l'aspetto religioso non è semplicemente un aspetto ma bensì il lato essenziale della qualità della vita.

5. Le esigenze della salute

Considerando la vita e la salute in questo modo, quali sono le loro esigenze? Non dimentichiamo che l'uomo è un essere cagionevole, fragile e mortale, ma trova in Cristo, attraverso la sofferenza e il dolore una connotazione positiva, perché il dolore stesso è positivo e ci redime dal male che affligge l'umanità.

Considerando quanto detto sopra, possiamo dunque definire le esigenze della salute o più esattamente il diritto alla salute? La risposta è positiva, ma invece di parlare di diritto alla salute è più appropriato parlare del diritto alla sua salvaguardia, considerando sempre quanto affermato precedentemente sul concetto di salute nella sua totalità. Questo diritto esiste e non riguarda solo la qualità della vita; esso consiste anche nell'aver accesso ai centri di cura e all'assistenza necessaria per affrontare i pericoli che insidiano la salute di fronte ai quali il singolo individuo o il gruppo si sente spesso impotente. Ecco dunque che il limite sta proprio nella fragilità umana e

nelle possibilità reali del momento.

In ambito ospedaliero si fa fatica a parlare di diritti sanitari poiché se da un lato la presenza del malato in ospedale è transitoria, dall'altro il medico non dovrebbe rappresentare il suo avversario ma anzi il suo guaritore. Sarebbe più appropriato parlare delle necessità che forse meritano di essere considerate come veri e propri diritti. Ne sono state elencate alcune nella lettera del malato ospedaliero comune⁴. Sono 8: poter accedere ad adeguati servizi ospedalieri; essere curato con rispetto secondo i canoni della dignità umana; avere la facoltà di accettare o rifiutare diagnosi e trattamenti; essere informato sul proprio stato di salute; ricevere informazioni complete con adeguato anticipo sui rischi che possano derivare dal trattamento; tutela della vita privata e delle notizie sul malato; rispetto e accettazione del suo credo religioso o filosofico; presentare reclami che vengano presi in considerazione, studiati e saperne i risultati⁵.

Sono stati catalogati quattro sistemi per concentrare l'attenzione sulle esigenze del diritto di tutti alla salute. Si tratta di un vero sistema liberale: ciascuno deve impegnarsi secondo le proprie possibilità e si deve attenere alla carità pubblica. In sostanza il concetto liberale prevede che chi può deve pagare le cure mediche, mentre dei più bisognosi si farà carico lo stato. Al contrario il principio socialista afferma: che lo Stato provveda a tutti in eguale misura. Dall'unione dei due arriviamo ad un concetto liberale-socialista: lo stato provvede a tutti ma chi vuole e ha le possibilità economiche potrà usufruire anche delle cure private⁶.

6. Limitazioni alle esigenze della salute

Esistono limitazioni a tali diritti? Sì, di natura soggettiva e oggettiva. Soggettive quando il soggetto ammalato decide liberamente di non curarsi; nulla si può fare se egli mani-

festa questa volontà. Oggettive poiché è vero che l'amore cristiano per la salute del prossimo non ha limiti, ma è altrettanto vero che la sua realizzazione deve attenersi ai limiti umani, come quello della reale possibilità di guarigione. Ciascuno va curato secondo le possibilità attuali. Quando avere la salute risulta particolarmente gravoso nessuno è obbligato a farlo.

Se i mezzi non ci consentono di raggiungere tale obiettivo nessuno è obbligato a mantenerlo⁷.

II. ESIGENZE DI SALUTE E MORALITÀ NELLA OMS

Dopo aver valutato i vari aspetti dal punto di vista del pensiero cristiano, possiamo dunque esaminare le esigenze di salute e moralità secondo il pensiero della OMS. Innanzitutto delimitiamo il suo campo. Farei subito riferimento ad un documento attuale della OMS che mi è sembrato di notevole importanza per affrontare l'argomento che ci interessa. In seguito citerò altri documenti che ci aiuteranno ad analizzare il tema in alcuni dei suoi aspetti. Il documento a cui mi riferisco si intitola *Progetto di documento di consultazione per l'attuazione della strategia mondiale della salute, Ginevra 1996*.

Ritengo che esso sia la chiave perché, pur non essendo un documento vero e proprio, getta le basi per un consulto fra le nazioni e su tali basi si elaborerà il progetto della salute per il prossimo secolo, per l'anno 2000. Citerò solo i temi che ritengo più importanti, sempre in sintonia con l'argomento che trattiamo: esigenze di salute e moralità. La definizione di salute data dalla OMS nell'assemblea di Alma-Ata (1978) è già nota a tutti.

1. Situazione della salute nel mondo

In questo documento si af-

ferma che sebbene riguardo alla salute siano stati fatti progressi notevoli nel mondo attuale, vi sono ancora molte cose da correggere: non possiamo affermare che il regime democratico regni ovunque, anzi, sono circa milletrecento milioni le persone che vivono nella miseria; l'abisso esistente fra ricchi e poveri aumenta e tocca la crescita demografica, l'urbanizzazione, le migrazioni, l'invecchiamento, i cambiamenti climatici, l'assottigliamento della fascia di ozono, l'inquinamento dell'aria e dell'acqua, i cambiamenti di distribuzione della salute pubblica e privata, la decentralizzazione⁸, il tasso di mortalità infantile, una maggiore speranza nella vita, la diminuzione delle malattie contagiose a solo mille milioni di persone fra la popolazione mondiale, l'aumento delle malattie non contagiose, l'AIDS e il vizio del fumo come alcune tra le maggiori cause di morte⁹, efficaci tecnologie economiche che offrono la possibilità per aiutare i più bisognosi¹⁰.

2. L'esigenza della salute

L'esigenza della salute è quella di agire in modo tale che i popoli del mondo possano giungere ad un livello di salute che consenta loro di condurre una vita sociale ed economica produttiva in sintonia con il resto del mondo, rispettando i valori del passato, adattandosi ai cambiamenti e alle necessità attuali e proponendo soluzioni per il futuro. Tutto sarà fondato sull'uguaglianza dei diritti dell'uomo¹¹.

3. Obiettivi e principi pratici

Il suo obiettivo sarà quello di migliorare la speranza nella vita, la qualità della vita, le prospettive di salute delle generazioni presenti e future, e di ridurre la mortalità legata all'invecchiamento¹².

I principi pratici per raggiungere tale obiettivo sono i seguenti: azione mondiale di

tutela della salute a livello nazionale e locale; elaborazione di una politica di avvicinamento scientifico e pratico e partecipazione della popolazione alle decisioni; impegno per strategie sanitarie compatibili con uno **“sviluppo sostenibile”**; tentare di avvicinare il più possibile il singolo individuo allo sviluppo sanitario; impegno nel rispettare le esigenze specifiche di ambo i sessi; impegno nel promuovere la qualità della vita; applicazione di strategie flessibili che si adattino a cambiamenti definitivi; considerazione della relazione costo/efficacia¹³.

4. Strategia

È necessaria una nuova strategia che si adatti principalmente alla diversità dei valori e delle regole delle culture locali¹⁴. Tale strategia che ha come obiettivo primario quello di ridurre le cause e lo sviluppo della malattia, deve combattere contro i difetti fisici e psichici causati dalle malattie, e dovrà agire rispettando il principio di uno **“sviluppo sostenibile”**, mantenendo come punto di riferimento l'essere umano¹⁵. Si dovranno promuovere politiche macroeconomiche e sociali fondate sull'equità: “trasformando direttamente le prestazioni sanitarie in una relazione costo/efficacia, soprattutto per i più bisognosi, e introducendo elementi di sicurezza destinati a proteggere le popolazioni più vulnerabili”¹⁶.

Riguardo ai sistemi e ai servizi della salute si provvederà alla decentralizzazione e alla solidarietà fra ricchi e poveri, fra sani e malati, fra vecchi e giovani¹⁷.

5. Rinnovamento delle esigenze

Fra gli otto servizi primari che vennero evidenziati nel 1978 ad Alma-Ata, si inseriranno quotidianamente quelli come “la salute materna e infantile che sarà ampliata e ristrutturata per includere in es-

sa anche la riproduzione. Il discorso delle medicine essenziali si aprirà verso tecnologie sanitarie; quello relativo alle malattie contagiose si estenderà anche a quelle non contagiose, all'igiene degli alimenti e ai programmi di alimentazione¹⁸.

La tecnologia sanitaria invece deve spaziare dalla biologia, l'alimentazione e le medicine, ai sistemi di telecomunicazione e di informazione, alla tecnologia ambientale con un rapporto costo/efficacia che vada incontro ai gruppi più bisognosi, privilegiando la qualità¹⁹. In tema di salute occorre dunque organizzare corsi di specializzazione per gli operatori sanitari²⁰. Bisogna trasformare i valori e i principi in una lotta contro il dislivello economico, un aspetto su cui l'attenzione sanitaria è minore; bisogna dare priorità ai paesi in cui povertà e malattia imperversano²¹, bisogna considerare le diverse esigenze di ogni sesso per una politica più giusta, in base all'età, al sesso, alla regione, con principi fondati su base scientifica e pratica per migliorare il rapporto costo/efficacia in favore dei popoli più poveri fra tutti i paesi²².

6. Il Nuovo Paradigma della Salute

Il nuovo paradigma della salute sembra dipendere da due fattori:

- 1) disponibilità delle risorse economiche;
- 2) possibilità di riuscita.

Dipende dunque dalla scelta delle priorità; è assurdo salvare un bambino dalla poliomielite se l'anno dopo morirà di malaria. Le priorità prescindono dalle risorse economiche. In sostanza vengono decise da chi da un sostegno economico alla OMS. Si è molto lontani dall'offrire le cure migliori da parte dei singoli individui a sfavore delle cure pubbliche che rappresentano il diritto di tutta la comunità. Il nuovo paradigma consiste in una visione del mondo in cui la salute sta al centro dello sviluppo e della

qualità della vita; il suo obiettivo è un equilibrio dinamico e armonioso fra salute come oggetto di consumo e di investimento.

I campi che richiedono un intervento urgente dell'OMS sono i seguenti: le malattie infettive, la riproduzione, la salute ambientale, la nutrizione, i vaccini, le medicine essenziali, i sistemi di salute, le malattie non contagiose e la tossicodipendenza. L'espressione "paradigma" non venne più usata perché faceva pensare a qualcosa di "esoterico", ma essa equivale a ciò che oggi, nella nuova etica intendiamo per eguaglianza, solidarietà e salute²³.

7. La dimensione spirituale

Secondo il documento intitolato "Strategia Globale per la salute per tutti nel 2000" e d'accordo con la OMS, tale strategia comprendeva anche la dimensione spirituale, definita "come un fenomeno la cui naturalezza non è materiale ma fa parte di un insieme di idee che nascono nella mente degli esseri umani, soprattutto di quelle idee che lo nobilitano". Questo nuovo avvicinamento alla salute, segue il documento, "è stata influenzata da certe qualità dell'essere umano come il senso della decenza, la parità anche fra i meno privilegiati della salute, la compassione e un desiderio di giustizia sociale", i "valori non materiali portano ad una decisione che ha valori materiali significativi per tutti coloro che siano in grado di lavorare produttivamente e quindi contribuire allo sviluppo economico proprio e a quello del paese in cui vivono".

8. La OMS, coscienza del mondo

In riferimento a quanto detto, quale dovrà essere il ruolo della OMS e dei suoi soci? L'organizzazione risponde nello stesso documento²⁴: "Essere la coscienza del mondo, fornire orientamenti stra-

tegici per lo sviluppo sanitario. Stabilire, d'accordo con i suoi soci, temi di cooperazione tecnica... Tali priorità sono incentrate su uno "sviluppo sostenibile" delle risorse umane ed istituzionali, a beneficio dei più deboli"... e questo determinerà "la scoperta precoce dei futuri problemi sanitari soprattutto fra i gruppi meno protetti"²⁵.

9. L'Educazione

Per assolvere a tutti questi incarichi la OMS si è alleata alla UNESCO, poiché se nelle scuole non c'è nessuno che insegna ciò che è relativo alla salute, i programmi della OMS non avranno alcun esito. Il programma della salute all'interno del rapporto OMS-UNESCO vede come argomento primario il problema della salute nella riproduzione. Sono già stati stabiliti dei corsi: per l'America latina si tennero lo scorso Novembre in Costa Rica; fu un corso per maestri latinoamericani a cui presero parte 18 paesi.

10. L'Etica e la OMS

La domanda che sorge ora riguarda l'Etica: l'Etica entra a far parte della problematica della salute in accordo con la OMS.

Dal 12 al 14 marzo di quest'anno 1997, si è svolto un congresso della OMS organizzato dal Consiglio internazionale della scienza medica in collaborazione con la stessa OMS, intitolato "Etica, Uguaglianza e Rinnovamento della Strategia della OMS per la salute per tutti nel XXI secolo". I propositi di tale congresso furono quelli di mettere in pratica il diritto alla salute di tutti, di creare le condizioni per garantire l'uguaglianza e l'accesso alle cure sanitarie essenziali e di migliorare la speranza nella qualità della vita. Si disse che per raggiungere tale obiettivo era necessario mettere al centro dei programmi della OMS le istanze etiche che definiamo come l'Etica stessa, l'uguaglianza, i diritti del-

l'uomo e la qualità della salute.

Per comprendere cosa fu detto durante tale congresso è fondamentale la riflessione etica del 20/22 Novembre 1995 a Ginevra. In quei giorni infatti la OMS invitò un gruppo di esperti per un dibattito sul tema "Confronto etico e salute a livello globale", e le conclusioni più importanti dell'incontro furono le seguenti:

L'Etica ha valore solo quando è tradotta in azione. I punti di riferimento dell'etica tradizionale, come il giuramento di Ippocrate, non possono essere il solo fondamento per la messa in pratica e per le varie responsabilità. Il nuovo dibattito etico è necessariamente globale. L'analisi etica riguarda la logica collettiva e non solo le attitudini dei singoli individui. Il dibattito etico deve portare ad una riflessione critica sul progresso. Bisogna dunque interrogarsi sul valore e sul significato di quanto è sinonimo di salute. Vanno analizzati tutti i punti di vista per trovare un accordo su ciò che si deve fare, verificandone che l'effettiva necessità. Nel nuovo dibattito etico ciascuno ha diritto di esprimere il proprio punto di vista e merita di essere ascoltato e considerato. Il criterio di base non sarà quello del consenso, ma della ricerca di punti di incontro. Il primo fra i valori etici è l'onestà, che, ad esempio, spetta a chi ha il compito di far rispettare tali programmi (es. la Pianificazione familiare nei paesi che oppongono maggiore resistenza e considerano queste persone come degli intrusi). Pochi sono i valori universali. La varietà di culture ci obbliga a trovare un accordo per vivere insieme, sia a livello nazionale sia internazionale. L'Etica non è una lista di valori ma la gestione delle contraddizioni legate ai valori stessi. Altra prerogativa dell'etica e della politica è l'equità. La salute non va dunque vista esclusivamente come un mezzo per raggiungere una maggiore produttività²⁶.

In seno al dibattito le do-

mande furono le seguenti: Chi parla e in nome di chi? ; Chi ha il diritto di giudicare, e di giudicare chi?; Chi definisce i criteri di giudizio?²⁷.

III. IDEE PER AIUTARE LA VALORIZZAZIONE

1. Scetticismo

Secondo gli esperti che parlano di Etica nella OMS, sembrerebbe che le conclusioni fossero di totale scetticismo individuale, che ciascuno pensa con la sua testa perché, sebbene siano stati definiti alcuni principi, gli stessi vengono contraddetti dicendo che nessuno può parlare con autorità morale affinché si segua il suo punto di vista; insomma si può aspirare a controllare le divergenze per poter vivere in una situazione multiculturale. Ed è vero che senza obiettività non esiste una verità tale, se non si accetta la trascendenza tutto crolla, la verità dell'uomo cade e l'Etica di per sé è impossibile. Ancora una volta essa è inscritta nella metafisica e nella causa finale. Se tale impostazione non funziona arriveremo ad un altro tipo di patto sociale in cui tutti saranno in guerra tra loro e per andare avanti saremo costretti a metterci d'accordo senza aggredirci reciprocamente per fare qualcosa insieme anche se non troveremo ragione di farlo. Per giudicare la concezione della OMS alla luce della dottrina cristiana basterà ricordare quanto detto nella prima parte riguardo al senso della salute in Cristo Signore.

2. Dialogo

Se cercassimo invece di giudicare quanto afferma la OMS riguardo alla salute e alle sue esigenze sarebbe diverso. Della salute, così come è definita dalla OMS, e delle sue esigenze, abbiamo già parlato all'inizio della conferenza. Possiamo dunque osservare come il linguaggio sia accurato e vengano usati ter-

mini accettabili anche dal punto di vista cristiano. Sembra che tutto, o quasi tutto, quello che dice la OMS sia accettabile proprio perché ha anche una corretta interpretazione cristiana. Ma all'atto pratico però, alcuni di questi punti non hanno la stessa interpretazione e vengono messi in pratica in un modo che è completamente contrario all'Etica cristiana. Mi riferisco sommariamente a due punti: la salute riproduttiva e lo sviluppo sostenibile.



3. Salute riproduttiva

Il primo argomento è la salute riproduttiva. Con questo termine la OMS intende "uno stato di benessere fisico, mentale e sociale della persona umana riguardo al sesso e alle sue funzioni; non si limita all'assenza di malattie, ma essa viene definita come una costellazione di metodi, tecniche e servizi che contribuiscono ad essa stessa e al benessere, prevenendo e risolvendo i vari problemi che essa comporta. Si include anche la salute sessuale il cui proposito è quello di innalzare la vita e le relazioni personali e non solo quello di fornire consigli e cure relative alle malattie che si trasmettono

per via sessuale.

Nel documento di Beigin, n° 95, si afferma che "I diritti della riproduzione comprendono alcuni diritti umani già riconosciuti dalle leggi nazionali e nei documenti internazionali sui diritti umani. Essi consistono nel diritto di base di tutti i singoli individui e delle coppie di decidere liberamente e responsabilmente il numero e la distanza fra i propri figli e di avere un'adeguata informazione sui mezzi per raggiungere uno dei livelli più alti di salute sessuale e riproduttiva".

Quindi, si afferma nel n° 94, "la salute riproduttiva implica che la gente possa avere una vita sessuale soddisfacente e sicura e che abbia la capacità di riprodursi e la libertà di decidere se, quando e come farlo. Implicito in questa condizione è il diritto di uomini e donne ad essere informati e a poter usufruire di metodi di pianificazione familiare sicuri, efficaci, accessibili e accettabili; così come ad altri metodi legali per la regolazione della natalità". 96. "I diritti umani della donna comprendono il diritto di controllare e decidere liberamente e responsabilmente della sua sessualità, e della salute sessuale e riproduttiva, senza costrizioni, discriminazioni e violenza". 97. "L'abilità della donna nel controllare la sua fertilità costituisce una base importante per poter godere degli altri diritti". 93. "I consigli, l'informazione e i servizi per la salute riproduttiva negli adolescenti è ancora inadeguata o totalmente carente e spesso non si considera il diritto di un adolescente all'intimità, alla confidenza, al conoscimento consapevole di se stesso. Questo è un diritto dell'individuo e della coppia".

Osservazioni

Al di là di queste espressioni spesso la salute riproduttiva è vista come un freno all'aumento demografico che appare ai nostri occhi come un grande male da evitare, lasciando quindi ampio spazio

all'aborto e ai contraccettivi.

Non si parla di matrimonio o di famiglia, ma di coppia o di singolo individuo e questo permette a chi lo desidera di accostarsi all'omosessualità o al lesbismo. Ciò dimostra come si procede nella "Nuova Etica" facendo coincidere le contraddizioni affinché tutti indipendentemente dai propri pensieri siano accomunati da un senso comune "per vivere insieme sia a livello nazionale che internazionale".

Il giorno 8 del corrente mese di maggio 1997, di fronte alla OMS, come rappresentante della Santa Sede, ho affermato quanto segue: riguardo alla *Salute Riproduttiva*, la mia delegazione tiene a sottolineare che tale programma riguarda direttamente la vita dell'uomo e non può limitarsi ad una fase dell'esistenza umana. L'uomo è un tutto con la sua dimensione fisica, psichica, emotiva e relazionale. Di conseguenza il concepimento, la nascita, i rapporti sessuali fanno parte di un insieme che impegna la persona in una dinamica di relazione che riguarda tanto la famiglia quanto la società. Una salute legata unicamente alla funzione sessuale e riproduttiva è in un certo senso riduttiva e in contraddizione con la definizione stessa di salute data dalla OMS, ovvero che essa rappresenta *uno stato di benessere fisico, psichico e sociale dell'individuo*.

4. Sviluppo sostenibile

Un altro punto che richiama la nostra attenzione e di cui si parla molto è "**lo sviluppo sostenibile**". A tale proposito, nell'assemblea generale dell'ONU del 24 ottobre 1995, si affermò quanto segue: "lo sviluppo economico, lo sviluppo sociale e la protezione ambientale dipendono l'uno dall'altro e costituiscono «lo sviluppo sostenibile» rafforzandolo reciprocamente". Indubbiamente tutto questo sembra molto giusto, ma secondo l'interpretazione di alcuni membri dell'ONU le cose vanno diversamente.

5. Il "Documento della Terra"

Nelle Nazioni Unite troviamo il cosiddetto *Documento della Terra*. In esso si parla di una nuova spiritualità. Si parla di una rete, di una ragnatela della vita in cui coesistiamo tutti. Lo scopo è il rispetto per l'ambiente: la terra è divina e in essa tutto ha un suo spirito: le pietre, gli alberi, l'arcobaleno ecc.; l'uomo deve sottomettersi alla terra e la salute del singolo individuo entra a far parte della salute della ter-



ra. Ogni religione deve cercare nei suoi contenuti ciò che rafforza il rapporto con la terra per rispettarla di più. La terra è divina, essa è la Madre terra. Insieme a Dio Creatore è il principio divino femminile di ciò che tutto fa germogliare. È questo il significato dello "**sviluppo sostenibile**".

È la nuova religione proposta alle Nazioni Unite. È un Panteismo contenente elementi presi soprattutto dal Taoismo, dal Buddismo e dalla religione ancestrale degli indigeni americani, privilegiando proprio questi ultimi. Essa individualizza la terra come soggetto vivente da cui dipendiamo. La terra ha i suoi diritti, le sue necessità e detta delle regole. Fra i suoi sostenitori emerge un gruppo de-

nominato GAIA ecc.. "Coloro che si occupano della Saggezza".

I contenuti del *Documento della Terra* saranno oggetto di una campagna della società civile per una nuova "legge internazionale meno rigida" e dovranno essere appropriati per ottenere il consenso della prossima Assemblea generale delle Nazioni Unite che avrà luogo il prossimo mese di giugno 1997. Il *Documento della Terra* e in particolare quanto concerne lo "**sviluppo sostenibile**", saranno la nuova versione de *I Diritti dell'uomo*, redatto nel 1948 nelle Nazioni Unite. Sarà il nuovo codice di comportamento trasformato in principi di legge internazionale. Inizialmente la commissione Burtland che ne iniziò l'impostazione, stabilì 22 norme, ma ora si dice che verrà redatto un documento chiaro e conciso per ottenere il consenso di tutti i membri dell'ONU; esso conterrà "imperativi morali e linee guida pratiche per uno "**sviluppo sostenibile**".

A Rio de Janeiro nel 1992 circa 4000 Organizzazioni non governative sostennero le proposte di questo documento ma allora le circostanze non sembravano favorevoli per avere il consenso intergovernativo; ora sì. In modo particolare tre sono le Organizzazioni che lo promuovono: il *Consiglio della terra* sotto la direzione di Maurice Strong, *La Croce verde internazionale* sotto la direzione di Michail Gorbachev e il Governo Olandese sotto la guida del suo primo ministro, Lubbers. L'obiettivo del Consiglio della terra sarà "la transizione di una nuova via di sviluppo sostenibile in termini ambientali, umani ed economici", "una nuova alleanza globale che abbracci ricchi e poveri, basata sugli scambi fondamentali, sulla condotta e sulle relazioni economiche".

Osservazioni

Come possiamo notare, legare lo "**sviluppo sostenibile**" all'ecologia è appropriato, mentre non lo è il divinizzare

la terra e metterci direttamente agli antipodi della Genesi: invece di dominare la terra ci lasciamo dominare da essa. Il dominio cristiano della terra è un dominio umano, razionale e non presuppone la sua distruzione. È la gestione dell'habitat come prolungamento della vita dell'uomo stesso, con tutta la cultura umanitaria che essa richiede e comporta; essa è tutto l'opposto della distruzione e dell'impoverimento dell'ecosistema. È divulgare nel mondo le vestigia e le orme di Dio affinché l'uomo sia più vicino alla sua immagine.

In relazione a tale sviluppo sostenibile, nel corso della stessa Assemblea Generale della OMS sopra citata, e con riferimento al mio intervento affermo che: se lo sviluppo umano integrale segue la strategia della nuova politica della OMS, questo significherà che l'essere umano sarà il fine e il mezzo di sé stesso, riaffermerà il rispetto della sua dignità, il suo diritto alla vita e a una salute di qualità; bisogna inoltre ricordare il diritto e l'obbligo delle Nazioni Unite ad una cooperazione e ad una solidarietà basate sul rispetto e la responsabilità di tutti e di ciascuno per offrire la migliore garanzia morale di una politica sanitaria conforme alla missione originale della OMS proiettata verso il Terzo millennio.

La Santa Sede, in merito, ha già ricevuto una petizione da parte di alcuni gruppi che la accusano di aver abbandonato lo Status giuridico di osservatore poiché "opera in seno alle Nazioni Unite per promuovere il punto di vista religioso", e, "più di una volta si è dimostrato, segue la petizione, che tale comportamento è poco appropriato; permettere alla Santa Sede di usare il sistema delle Nazioni Unite per sostenere le posizioni teologiche della chiesa cattolica può avere effetti negativi"²⁸. Indubbiamente questo non rispecchia il pensiero ufficiale, e ne è la conferma la recente partecipazione della OMS all'assemblea delle Nazioni Unite. Lì ho incontrato persone comprensive e aperte al dialogo.

CONCLUSIONI

In conclusione le posizioni delle Nazioni Unite sulle esigenze della salute e dell'Etica sono enunciati che ammettono una pluralità di significati su cui si può dialogare.

Poiché i testi devono essere aperti alle varie culture, è necessario essere sempre addentro per testimoniare il senso cristiano affinché il mondo lo riconosca come un senso valido su cui è aperto il dialogo. Non dimentichiamo però, che al di là di ogni trionfalismo, nel mondo la fede cattolica è ripartita per un quinto della popolazione mondiale e che quindi, da un punto di vista quantitativo, ha diritto di essere ascoltata e valorizzata come una valida opzione, proprio come ha accettato la commissione di esperti sull'Etica e come abbiamo riferito precedentemente.

CD. Del Vaticano,
15 maggio 1997.

+ JAVIER LOZANO
BARRAGAN

Arcivescovo
Vescovo Emerito di Zacatecas
Presidente del
Pontificio Consiglio della Pastorale
per gli Operatori Sanitari

Note

¹ G.DAVANZO, *Mantenere la salute*, Dizionario enciclopedico di Teologia Morale, Madrid (1974) 987-991.

² Cfr. ELIZARI F.J. E ALTRI, *Prassi cristiana 2. Opzione per la vita e l'amore*. Madrid (1981) 171-196.

³ Cfr. GARCIA GUILLEN DIEGO, *L'Etica e la qualità della vita*, in CELAM, *Biogenetica*, Bogotà (1992) 209-228.

⁴ Commissione di ospedali della comunità economica europea, 6/9 maggio/79.

⁵ Cfr. ELIZARI E ALTRI *ibid.*

⁶ E.TELFER, *Justice, Welfare and Health Care*, *JournMedEth* (1976) 107-111.

⁷ Cfr. F.J. ELIZARI E ALTRI *ibid.*

⁸ II,4

⁹ II,5

¹⁰ II,6

¹¹ II,8-9

¹² II,10

¹³ II,11

¹⁴ II,12

¹⁵ II,13

¹⁶ II,14

¹⁷ II,16

¹⁸ II,17

¹⁹ II,18

²⁰ II,19

²¹ II,20

²² II,22-23

²³ Cfr. MARGARITA A.PEETER, *Conferenza del Cairo e OMS*.

²⁴ II,25

²⁵ II,27

²⁶ L'attuale direttore generale della OMS Dr.Nakajima ha affermato che probabilmente in futuro l'etica che scaturisce da una concezione monoteista non si potrà applicare.

²⁷ Cfr. MARGARITA A.PEETER, *Nuovo dibattito sull'Etica della Salute nella OMS, consulto su etica e salute a livello globale*, 30 agosto - 1 settembre 1995, Ginevra. Rapporto del 27 febbraio del 1996.

²⁸ Documento della IPPF.



testimonianze



*Il carattere non lucrativo
dell'Apostolato cattolico
nella salute*

*Ecuador:
Documento di base
per la formazione
della Pastorale Sanitaria*

*La Pastorale della Salute
nella Chiesa italiana*

Il carattere non lucrativo della Pastorale Sanitaria Cattolica negli Stati Uniti

DICHIARAZIONE DEL 1996 DELLA COALIZIONE NAZIONALE STATUNITENSE PER LA PASTORALE SANITARIA CATTOLICA

Unendosi alla Coalizione Nazionale per la Pastorale Sanitaria Cattolica, il Comitato Ad Hoc per le Questioni Sanitarie in relazione alla Chiesa "afferma che la pastorale sanitaria della nostra Chiesa continua la missione sanante di Gesù. Chiamata ad essere segno dell'amore incondizionato di Dio per tutti gli uomini, in particolare per i più poveri e vulnerabili, questa pastorale è uno dei servizi più importanti che la Chiesa offre alla società". Afferma altresì che "l'assistenza sanitaria si distingue fundamentalmente dalla maggior parte dei beni e dei servizi e pertanto trova la sua migliore espressione in un quadro il cui criterio principale siano i bisogni umani e comunitari.

Di conseguenza, crediamo che gli accordi di proprietà congiunta tra le organizzazioni sanitarie cattoliche e le catene ospedaliere pubbliche compromettano ad un livello inaccettabile la missione della Chiesa. La motivazione principale delle catene ospedaliere pubbliche è quella di produrre un reddito agli azionisti. L'interesse primario della nostra pastorale è quello di servire tutti gli uomini nel nome di Gesù.

In questo contesto, poiché l'assistenza sanitaria costituisce parte integrante del ministero sanante della Chiesa, raccomandiamo con forza che, al momento di considerare accordi di proprietà congiunta, venga data priorità agli accordi che riguardano i centri sanitari cattolici.

La Coalizione Nazionale promette di impiegare i mezzi a sua disposizione a favore del futuro dell'assistenza sanitaria cattolica e della pastorale della salute nel XXI secolo".

Lettera inviata ai Vescovi degli Stati Uniti con il testo della Dichiarazione sull'assistenza cattolica nel campo della salute.

SEGRETERIA PER LA DOTTRINA E LA PRASSI PASTORALE DELLA CONFERENZA EPISCOPALE DEGLI STATI UNITI

COMITATO AD HOC PER LE QUESTIONI SANITARIE IN RELAZIONE ALLA CHIESA

Washington, 11 aprile 1997

Signor Cardinale,
Eccellenza Reverendissima,

In seguito alla raccomandazione contenuta in un *varium* assegnato al Comitato Ad Hoc per le Questioni Sanitarie in relazione alla Chiesa da parte del Comitato Amministrativo e con la sua approvazione, le inviamo la dichiarazione dal titolo *Il carattere non lucrativo della Pastorale Sanitaria Cattolica*. Tale dichiarazione intende riaffermare la verità fondamentale sulla natura dell'apostolato cattolico nel campo della salute.

Guidata dall'insegnamento del Santo Padre Giovanni Paolo II che esistono alcuni beni che per loro stessa natura non possono essere meri articoli di commercio, la dichiarazione è stata redatta in un primo tempo dalla Coalizione Nazionale per la Pastorale Sanitaria Cattolica, che l'ha diffusa come risposta agli interrogativi sulla convenienza di convertire l'assistenza sanitaria cattolica da una condizione di non profitto a quella di un'attività a scopo di lucro di proprietà di azionisti. Fanno parte della coalizione i vescovi membri del Comitato Ad Hoc e i rappresentanti dell'Associazione dei Centri Cattolici sulla Scienza della Salute, la Caritas Statunitense, l'Associazione Sanitaria Cattolica, la Conferenza dei Superiori Maggiori dei Religiosi, il Consiglio delle Superiori Maggiori delle Religiose e la Conferenza Direttiva delle Religiose.

È nostra costante preghiera che la pastorale della salute continui ad essere in santuario nell'ambito sanitario, sottoposto a tanto veloci cambiamenti.

Fraternamente in Cristo,

+ DONALD W. WUERL

Vescovo di Pittsburgh

Presidente del Comitato Ad Hoc per le Questioni Sanitarie in relazione alla Chiesa

Documento di base per la formazione della Pastorale Sanitaria

CONFERENZA EPISCOPALE ECUATORIANA

Precedenti

La Chiesa dell'Ecuador è preoccupata ed angosciata di fronte al crescente impoverimento in cui sono sprofondata gli ecuadoriani con evidenti riflessi sulla sanità.

Realtà

1. Profondi cambiamenti nella società attuale, specialmente nel mondo della sanità.

2. Conquista e progressi. Le conquiste scientifiche ed i progressi tecnologici, con le loro implicazioni etico-morali, i travagli socio-economici e politici.

3. Una situazione d'ingiustizia sociale:

- Mancanza di preoccupazione per la spesa sociale;
- Situazione di violenza, morte, omicidi, danni ecologici, gravi problemi nutrizionali, mortalità materna e infantile, malattie endemiche le cui conseguenze comportano dolore e sofferenza per i poveri.

4. L'uomo sofferente. La sofferenza e il dolore non influiscono nella persona soltanto sull'aspetto fisico, ma coinvolgono anche la loro integrità personale, familiare e comunitaria.

La sofferenza è un problema umano.

5. Disastri naturali ed ecologici.

6. Deterioramento ed insufficienza nei servizi sanitari.

7. Cattivo uso delle risorse:

- L'80% per l'assistenza terziaria;
- Il 5% per l'assistenza primaria.

8. Fattori di disumanizzazione.

9. Analfabetismo, disoccupazione.

10. Mancanza di orientamento nel personale incaricato della missione della Chiesa nella Pastorale Sanitaria.

11. Mancanza di coordinamento tra i diversi centri di sanità della Chiesa ed il MSP per non avere doppi servizi.

12. Centri sanitari non accessibili a causa delle distanze tra le comunità, per ragioni culturali ed economiche.

13. Distorsione dell'informazione sulla salute e disinformazione.

Obiettivi

1. È necessario impostare un progetto unitario di Pastorale Sanitaria con la collaborazione di tutti i lavoratori cristiani in questo campo.

2. Affrontare le azioni in difesa della vita e della salute, non soltanto in funzione delle necessità immediate delle persone e delle collettività, ma sviluppando progetti, in una cornice di equità, solidarietà, giustizia, democrazia, qualità della vita e partecipazione dei cittadini.

3. Noi professionisti della sanità dobbiamo stare in atteggiamento di ascolto e di ricerca per sostenere i progetti di promozione ed agire pastoralmente con efficacia e realismo.

4. Abbiamo bisogno di risposte nuove da parte della comunità ecclesiale per un efficace servizio agli uomini e alle donne con i quali essa è infinitamente solidale (*Gaudium et spes*).

5. La Chiesa deve offrire il suo contributo specifico ed impegnarsi mediante la testimonianza, recuperando la dignità del primo uomo e ponendo poi le basi per un cammino ecclesiale (*Redemptor hominis*).

6. L'uomo sofferente deve essere motivo di preoccupazione e sollecitudine da parte dell'azione missionaria della Chiesa.

7. L'impegno e la testimonianza di numerosi laici e la sofferenza di gruppi impegnati

nel mondo della sanità sono un segno di speranza ed una sfida per la Chiesa e la Pastorale Sanitaria nella formazione e nel perfezionamento dell'essere umano.

8. La Pastorale Sanitaria deve avere atteggiamenti di apertura e valutazione dei contributi che provengono dalle scienze psicosociali e dalle ricerche nel campo medico, cementarle ed organizzare una propria struttura con la Parola di Dio ed il Magistero a livello nazionale, diocesano e parrocchiale.

9. Coordinamento con la Pastorale Organica generale per portare avanti le opere della Chiesa nell'ambito dell'evangelizzazione.

Sfide

* La salute è un diritto fondamentale al quale ogni persona deve accedere senza privilegi ed esclusioni; un dovere personale non può essere disatteso con nessun pretesto.

* La salute è una condizione essenziale per lo sviluppo personale e comunitario.

* Preparazione degli operatori pastorali.

* Sensibilizzare i professionisti della sanità nel campo dell'umanizzazione.

* Coscientizzare la società affinché ognuno partecipi alla sanità.

* Formazione di commissioni diocesane che abbiano autonomia decisionale nella diocesi.

* Ricerca di fondi affinché i progetti possano essere realizzati.

* Lavoro preferenziale nei confronti dei poveri e degli emarginati.

* Il contributo della Chiesa deve aiutare a recuperare i valori curativi di ogni comunità.

* La salute deve costituire uno spazio per l'evangelizzazione.

* Le comunità di base assumano le proprie responsabilità.

* Attenzione primaria della salute per giungere "alla salute di tutti nell'anno duemila", d'accordo con il profilo epidemiologico, prevenzione e promozione delle madri e dei bambini.

* Coordinamento della Chiesa con il MSP e l'Università per trovare politiche congiunte.

* Stabilire convenzioni tra gli ambulatori della Chiesa per lavorare insieme sulla prevenzione sanitaria nelle parrocchie.

Noi cristiani dobbiamo promuovere azioni in difesa della vita e della salute. La salute è l'affermazione della vita ed in quanto tale deve tener conto della soggettività, spiritualità, convivenza democratica, cultura del riconoscimento del diverso, cultura della gioia e della festa, convivenza con la natura, relazione con la terra come madre della vita e come casa e ambiente per tutti gli esseri.

La salute è una concezione dinamica e socio-ecologica, permette di capire non soltanto le cause fisiche della malattia ma anche le cause sociali. Questo aiuta il dialogo e il concerto tra la società civile e la Chiesa migliorando la situazione sanitaria del paese.

Fondamenti teologici

Guardare la realtà alla luce del Vangelo ci fa scoprire i segni della vita e della morte che si rivelano nella nostra pratica quotidiana e ci interrogano definendoci quali generatori di vita o di morte.

La Parola del Signore viene ascoltata dai volti sofferenti degli uomini e delle donne. Ci dice che hanno fame e sete, che sono malati e ci chiama a impegnarci nella cura della vita e della salute.

Da questa prospettiva di fede scopriamo che l'impegno e la solidarietà della Chiesa nell'affermazione della vita è un segno dell'azione salvifica e liberatrice di Dio nella storia.

- *Genesi* 1, 2-6
- *Genesi* 3, 8

- *Deuteronomio* 30, 19
- *Filippesi* 2, 6-8; 16
- *Matteo* 4, 23-25; 31; 10, 7-8
- *Marco* 2, 1-11; 5,24-34;
- *Isaia* 61, 1-2-; 9, 1-2; 5, 12-26; 50, 4-11
- *Luca* 4, 16-21; 9, 1-2; 5, 12-26; 6, 6-11; 7, 36-50; 8, 43-48; 13, 10-17; 17, 11-19; 18, 35-43; 22, 2; 23, 2
- *Giovanni* 6, 54-63; 4, 46-54; 9, 1-41; 10, 10
- *Atti* 3, 1-11
- *Apocalisse* 21, 1-5

Fondamenti teologico-biblici

- Cura della vita e della salute come azione salvifica e liberatrice di Dio in ogni uomo.
- Tutto è stato creato da Dio per il bene e la felicità e l'uomo deve godere, trasformare, comunicare, avere cura, difendere e partecipare alla vita in libertà.
- La croce come fonte di senso e di speranza.
- Atteggiamiento di Gesù

verso colui che soffre per sollevarlo, affinché si senta degno e utile per la società.

- Missione profetica: annuncio e denuncia.
- La salute è salvezza: "curava-sanava, integralmente".
- Proclamare il Regno di Dio che è vicino: - curare i malati.
- Lo spirito del Buon Samaritano è aver cura degli altri.
- Il servizio della sanità è una missione, una chiamata, un invio.
- Gesù annuncia il Regno con gesti e parole. I poveri ed i dimenticati sono i protagonisti del Regno, diventano soggetti e, allo stesso tempo, evangelizzatori.
- Cerchino prima il Regno di Dio *Mt* 6, 33; 7,7. *Gn* 11, 25; 8-31.

Cercate e troverete; bussate e vi sarà aperto.

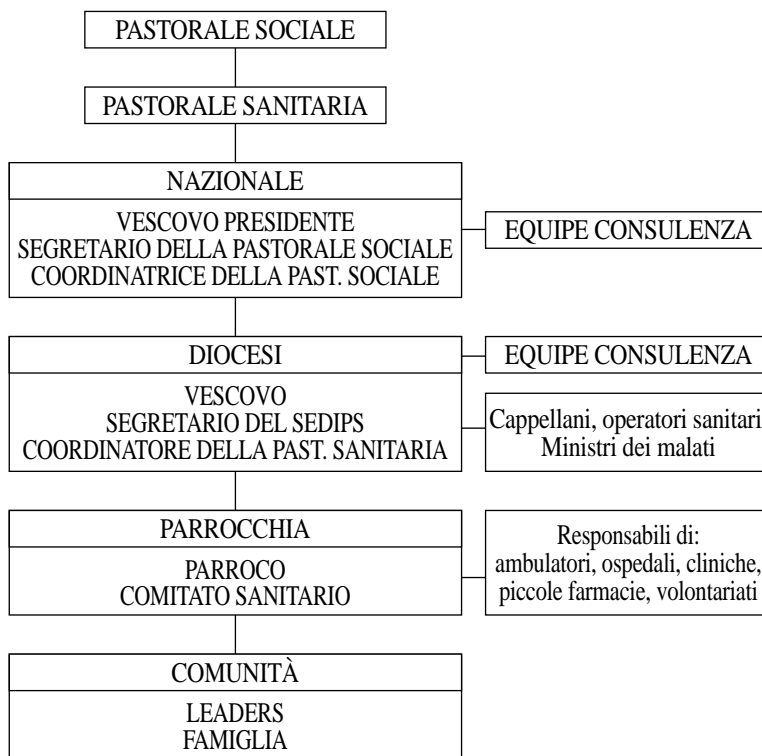
Chi crede in me avrà la vita eterna.

Siamo figli della luce e della verità, generatori di vita, di verità e di luce.



La Pastorale Sanitaria è chiamata a rivestire di speranza tutta l'azione pastorale della Chiesa (Giovanni Paolo II).

ORGANIGRAMMA STRUTTURALE DELLA PASTORALE SANITARIA



PASTORALE SANITARIA

Obiettivo generale

Evangelizzare con rinnovato spirito missionario il mondo della sanità, facendo una opzione preferenziale per i poveri e i malati, partecipando così alla costruzione di una società giusta e solidale al servizio della vita.

Linee d'azione

- Pastorale Sanitaria Comunitaria
- Pastorale della Salute dei malati
- Pastorale Sanitaria istituzionale

I. PASTORALE SANITARIA COMUNITARIA

Obiettivo generale

Promuovere nella comunità un processo educativo, di prevenzione, di partecipazione e trasformazione per migliorare la qualità della vita.

1. Obiettivi specifici a breve termine

1.1 Strutturare ed organizzare il dipartimento di Pastorale Sanitaria in ogni diocesi

Strategia:
Riunione con le autorità diocesane.

Attività:
a. Comunicazione ed informazione con le autorità a livello nazionale, diocesano e parrocchiale riguardo i progressi del progetto.
b. Studio del progetto con i segretari diocesani e i coordinatori della sanità delle diocesi.

c. Organizzare le commissioni diocesane per la sanità: regionalizzazione, settorializzazione e nomina di responsabili e coordinatori.

1.2 Valutazione della realtà sanitaria di ogni diocesi e ricerca di alternative per risolverle

Strategia:
Analisi con i segretari diocesani ed i parroci sulla realtà

della sanità a livello nazionale, diocesano e parrocchiale.

Attività:

a. Interscambio di informazione sulla realtà sanitaria in ogni diocesi e inventario di tutte le risorse disponibili: fisiche, psico-sociali, economiche ed spirituali.

b. Elaborazione di programmi per prevenire e promuovere la sanità e/o sostegno ai programmi, progetti ed organizzazione di quanto è già in atto.

c. Raccolta delle ricerche che il MSP e le ONG hanno al riguardo.

1.3 Pianificare, coordinare e valutare i programmi di prevenzione e di promozione della sanità in ogni diocesi

Strategie:

Incontri di lavoro per pianificare i programmi a livello diocesano, parrocchiale e nazionale.

Attività:

a. Elaborazione di programmi per prevenire, promuovere e recuperare la salute delle persone, delle famiglie e della comunità.

b. Organizzazione di programmi di formazione per la salute nei centri sanitari e ambulatoriali.

c. Specializzazione degli operatori sanitari nella Pastorale Sanitaria.

d. Unificare i professionisti della sanità e le altre risorse umane nelle opere di educazione e prevenzione.

e. Valutazione del processo e dei risultati dei programmi.

2. Obiettivi specifici a medio termine

2.1 Approfondire nella comunità la coscienza sul diritto alla vita e il dovere di lavorare per ottenere condizioni di vita più umana

Strategia:

Allenamento e mobilità degli operatori sanitari per promuovere nella comunità la

partecipazione attiva in difesa della vita.

Attività:

a. Formazione degli operatori comunitari affinché siano promotori a due livelli: familiare e comunitario.

b. Revisione ed aggiornamento della realtà sanitaria della parrocchia e dell'inventario delle risorse: fisiche, psico-sociali, economiche e spirituali (riguardanti i diritti della vita).

c. Sistematizzare l'informazione e diffonderla a livello nazionale, diocesano e parrocchiale.

d. Utilizzo delle risorse e delle conoscenze popolari.

e. Difesa della salute ecologica e denuncia di tutto ciò che è contro la vita e la dignità umana.

f. Valutazione dell'impatto del programma sanitario nella comunità.

3. Obiettivi specifici a lungo termine

3.1 Integrare l'annuncio della buona novella mediante attività, parole, gesti ed azioni

Strategia:

Confrontare i gruppi organizzati e preparati nella Pastorale Sanitaria affinché sappiano rispondere all'impegno cristiano.

Attività:

a. Preparare metodologie e materiali adeguati all'abilitazione e formazione iniziale e prolungata.

b. Abilitare gli operatori affinché, a loro volta, siano capaci di evangelizzare il mondo della salute illuminati dal Vangelo, dalla dottrina sociale della Chiesa e dalla fede.

II. PASTORALE DEI MALATI

Obiettivo generale

Evangelizzare i malati per trasformare il senso del dolore e della malattia in un mezzo di santificazione.

1. Obiettivi specifici a breve termine

1.1 Stimolare in tutte le persone che si occupano della salute l'esperienza della solidarietà assieme a coloro che soffrono: al malato e alla sua famiglia, sia a livello ospedaliero sia a quello comunitario

Strategia:

Riunioni con i cappellani, gli operatori sanitari e i volontari (ministri dei malati) di ospedali e cliniche per la formazione di gruppi di riflessione e di sostegno.



Attività:

a. Formazione di équipe impegnate nell'animazione della Pastorale dei malati.

b. Elaborazione di un piano di azione basato sulle realtà e sulle necessità dell'istituzione.

c. Abilitazione delle équipe interdisciplinari nelle linee pastorali proposte.

d. Ricerca, organizzazione e coordinamento del volontariato.

e. Sostegno, accompagnamento e orientamento del malato e della famiglia.

f. Elaborazione ed aggiornamento di una scheda del malato assistito e del volontariato.

2. Obiettivi specifici a medio termine

Promuovere la vita di preghiera e la riflessione della Parola di Dio per dividerla con coloro che soffrono

Strategia:

Formazione di gruppi di riflessione della Parola di Dio per vivere la vita di preghiera.

Attività:

a. Abilitazione al volontariato in forma integrale e permanente nell'attenzione spirituale-affettiva del malato e dei familiari.

b. Coordinamento con i cappellani ed i gruppi esistenti nell'ospedale o nella parrocchia.

c. Cercare ed organizzare il volontariato nei gruppi ecclesiali.

d. Assistenza spirituale al malato ed accompagnamento ai suoi familiari.

3. Obiettivi specifici a lungo termine

Coordinare con i gruppi della sanità parrocchiale per il proseguimento dell'assistenza al malato presso il suo domicilio

Strategia:

Riunioni per stabilire il nesso tra il volontariato della parrocchia e quello dell'ospedale e viceversa per continuare l'accompagnamento del malato.

Attività:

a. Sostenere i gruppi parrocchiali affinché siano capaci di offrire aiuto fisico, psicologico e spirituale secondo le necessità individuati.

b. Orientare il volontariato affinché le proprie riflessioni trovino risposte adeguate ad ogni situazione.

c. Organizzare visite ai malati a livello comunitario ed ospedaliero.

d. Accompagnare la famiglia del malato tenendo conto dell'aspetto umano e cristiano.

e. Creare un fondo di solidarietà parrocchiale per aiutare economicamente: medicinali, indumenti, trasporto, ecc.

f. Aggiornare il censimento parrocchiale di malati e anziani.

g. Preparazione e celebrazione comunitaria del sacramento dei malati nella parrocchia.

h. Organizzazione di gruppi di malati che condividano: preghiera ed esperienze di sostegno e di aiuto reciproco.

III. PASTORALE SANITARIA ISTITUZIONALE

Obiettivo generale

Lavorare insieme agli organismi e istituzioni che prestano i loro servizi e si occupano della formazione professionale nell'area della sanità per promuovere un'attenzione più umana ed integrale della persona malata.

1. Obiettivi specifici a breve termine

Individuare la realtà istituzionale in relazione con persone che hanno un'impegno cristiano

Strategia:

Entrare in contatto con persone professionalmente e cristianamente impegnate nell'istituzione della sanità.

Attività:

- Rapporti con il direttore dell'ospedale o della clinica.
- Rapporti con il Cappellano.
- Studio della realtà dell'istituzione della sanità.
- Formazione di un gruppo impegnato nell'umanizzazione dell'attenzione al malato.
- Richiesta dell'approvazione del direttore dell'ospedale o clinica.
- Ricerca e sostegno ai gruppi già esistenti.
- Addestramento e formazione integrativa dei professionisti della sanità impegnati, per migliorare l'aspetto umano, cristiano ed etico della cura.

2. Obiettivi specifici a medio termine

Formazione di gruppi di riflessione sulle implicazioni della scienza, della tecnologia e della bioetica

nella cura degli utenti illuminati dalla Parola di Dio

Strategie:

Stabilire riunioni periodiche con il personale sanitario impegnato con questa pastorale.

Attività:

- Preparare una agenda di lavoro fondata sulle necessità istituzionali.
- Preparazione di incontri, seminari, installazioni improntati su temi della scienza, della tecnica e della bioetica, puntualizzando l'umanizzazione nella cura.
- Contributo nello studio e



- proposte di politiche sanitarie.
- Stimolare i professionisti nel loro impegno sociale di educare i malati e i loro familiari.
- Riconoscimento della vita come dono di Dio ed impegno nella sua difesa.

3. Obiettivi a lungo termine

Promuovere nel personale amministrativo e di servizio l'importanza dell'umanizzazione nell'attenzione al malato

Strategia:

Incontri con il personale amministrativo per favorire la cura umanizzata.

Attività:

- Utilizzo dei mezzi di comunicazione per l'educazione, l'informazione e la diffusione nella comunità a favore della salute e la difesa della vita.

b. Organizzare la settimana del malato (11 febbraio), celebrazioni di petizione e ringraziamento e altre.

c. Fornire le istituzioni sanitarie di materiale pastorale e formativo.

Allegato A

Pastorale Sanitaria
Parrocchia

- Promozione, formazione umana.
 - Provvede alla cura e preservazione della salute.
 - L'accompagnamento pastorale dei malati e anziani
- In fedeltà alla sua missione di costruire il Regno di Dio.

Allegato B

Suggerimenti su come organizzare la Pastorale Sanitaria nella parrocchia

Obiettivi

- Chiamare la comunità a partecipare al volontariato per servire i malati.
- Valutare l'importanza di lavorare in gruppo.
 - Riflettere sugli obiettivi e sulle linee d'azione del documento base per la formazione pastorale sanitaria.

Obiettivi di un gruppo di Pastorale Sanitaria

- Collaborare alla prevenzione e promozione della salute sostenendo programmi ed organismi impegnati in questo lavoro.
- Promuovere l'abilitazione e la formazione integrale degli operatori della Pastorale Sanitaria
- Sensibilizzare e stimolare la comunità cristiana affinché si preoccupi dei suoi malati ed anziani.
- Far presente l'amore del Signore verso i malati e i suoi parenti nell'ospedale e presso il loro domicilio.
- Abilitare, formare ed addestrare i promotori al lavoro di prevenzione sanitaria. Far di essi effettivi "moltiplicatori".

– Abilitare la comunità a sviluppare azioni basilari di sanità: prevenzione, educazione, nutrizione, riabilitazione.

Passi per la formazione di un gruppo di Pastorale Sanitaria

Si tratta di un processo in cui dobbiamo tener presente:

1. Sensibilizzazione e co-scientizzazione.

Obiettivo:

– Stimolare la comunità affinché si interessi alla partecipazione.

Attività:

– Realizzare campagne per stimolare la comunità cristiana con cartelloni, volantini, messaggi, visite porta a porta.

– Convocare gruppi apostolici, comunità religiose, centri di salute, collegi, scuole e altri organismi ed istituzioni che lavorano nella sanità affinché si impegnino nella cura e nella promozione della salute.

– Cogliere le riunioni di gruppo come le messe, le festività liturgiche e altre celebrazioni, per individuare i leader della parrocchia.

2.

Obiettivo:

Formare ed organizzare il gruppo di Pastorale Sanitaria.

Attività:

– Convocare una riunione con le persone motivate in presenza del parroco.

– Avere un chiaro programma con obiettivi concreti.

– Riflettere sui seguenti aspetti:

* Importanza della Pastorale Sanitaria nella parrocchia;

* Identità, filosofia, obiettivi, alternative e azioni concrete del gruppo.

– Identificare le principali linee d'azione.

– Formare una direttiva con relative funzioni.

3.

Obiettivo:

Elaborare un piano di lavoro.

Attività:

– Sectorizar la parroquia, constituir el equipo de sector y nombrar los responsables y sus funciones.

4.

Obiettivo:

– Hacer un diagnóstico de la realidad.

Attività:

– I gruppi del settore devono essere responsabili del diagnostico mediante visite domiciliari in cui si prenderà in considerazione:

* la situazione socio-economica di ogni settore

* i principali problemi della salute

* le condizioni di vita

* il medio ambiente

* i problemi che incidono nella salute, la malattia

* problemi dei rifiuti, contaminazione, acqua potabile, fognature, droga, alcolismo, handicappati

* come sono formate le famiglie

* istituzioni della sanità: centri, ospedali, ricoveri, asili, centri per handicappati ecc.

* altre istituzioni: collegi, scuole, attività comunitarie, ONG.

5.

Obiettivo:

Realizzare un censimento sui malati e gli anziani della parrocchia.

Attività:

– Formare gruppi di lavoro: solidarietà, accompagnamento, educazione.

– Elaborare una scheda per ogni malato ed anziano:

a. Nome, età, indirizzo

b. Professione, lavoro, gusti, abilità;

c. Tipo di malattia, o invalidità: trattamento, alimentazione, visite mediche;

d. Accessibilità dei servizi sanitari;

e. Situazione personale: come sta prendendo la sua malattia, invalidità o anzianità;

Accettazione, rifiuto, depressione, angustia, passività.

f. Situazione familiare: accettato e amato, trascurato ed emarginato;

g. Condizioni ambientali: della casa, della stanza, alimentazione, elementi di pulizia, indumenti, medicinali;

h. Soddisfazione della necessità spirituali e religiose.

6.

Obiettivo:

Formare ed abilitare i gruppi di lavoro.

Attività:

– Incontri continui di formazione e preparazione. Corsi biblici, primi soccorsi, nutrizione, psicologia della persona malata, igiene, cura del malato, prevenzione dei malati ecc.

7.

Obiettivo:

Programmare e valutare le attività da svolgere.

Attività:

I gruppi devono riunirsi ogni mese fissando la data, l'ora, il luogo al fine di preparare la riunione di programmazione e valutazione delle attività.

Queste riunioni devono iniziare con la lettura di un brano biblico, di un documento, o di una notizia o condividere esperienze vissute, e su di esse si deve sviluppare l'informazione.

Nota: Questo schema è un suggerimento per formare il gruppo di Pastorale Sanitaria. Lo si può modificare o cambiare secondo le necessità e le iniziative.

Allegato C

Esigenze della Pastorale Sanitaria

1. Si tratta di un lavoro realizzato in nome della Chiesa e non a titolo personale, individuale.

2. È opera dello Spirito Santo: è lavoro e preghiera realizzato in nome del Signore Gesù.

3. È un lavoro di gruppo per assicurare l'efficacia dell'annuncio e la continuità del medesimo.

4. È un lavoro organizzato e pianificato.

La Pastorale della Salute è:

– pastorale della vita e non della morte;

– pastorale della salute e non della malattia;

– pastorale di tutto il Popolo di Dio e non una pastorale del clero;

- pastorale d'incontro, di celebrazione e non una pastorale ritualistica e fredda;
- pastorale evangelizzatrice missionaria e non una pastorale sacramentalistica;
- pastorale comunitaria e non individualizzata nella famiglia;
- pastorale del malato, con il malato, persone evangelizzate ed evangelizzatrici.

Allegato D

Lavori in gruppo: Punti da tenere presenti

- Collaborazione interdisciplinare:
- buone relazioni interpersonali;
 - condizioni di localizzazione;
 - obiettivi chiari per l'unità di criteri;
 - collaborazione ed elementi di lavoro;
 - comunicazione, dialogo;
 - valutazione permanente;
 - livello di disponibilità degli elementi del gruppo;
 - riconoscimento, abilità e valori degli altri;
 - organizzazione e coordinamento;
 - responsabilità, onestà;
 - stimolo e carezza psicologica;
 - identificazione con il lavoro;

- disponibilità;
- gli zeli professionali e la competitività sleale danneggiano i gruppi.

- Benefici:**
- crescita personale e professionale;
 - raggiungimento degli obiettivi;
 - efficacia;
 - miglior utilizzo del tempo e degli elementi proposti dalla Conferenza Episcopale Ecuatoriana e dai consulenti.

Allegato E

Profilo del lavoratore della sanità

- I. Vocazione:** si nasce o si diventa:
- Chiamato
 - Scelto
 - Identificato con l'istituzione; non bisogna "sputare nel piatto in cui si mangia"
 - Il lavoratore della sanità deve amare la vita e deve comunicarla perchè è innamorato della vita. Nell'ambiente ospedaliero dove c'è sofferenza, dolore e morte, il lavoratore non può avere lui stesso una faccia afflitta, ma deve comunicare la vita
 - Atteggiamenti e attitudini adeguate al lavoratore della salute: questa deve essere ap-

- prezzata, amata e rispettata; ciò deve intravedersi attraverso la gioia di vivere
- Disponibilità: essere collaboratore, onesto, responsabile e capace di non cercare il tornaconto.

II. Servizio

- Alla vita
- Alla persona
- A colui che soffre
- Non sarà mai pagato a sufficienza; perciò il lavoro deve essere fatto come missione
- Buono, opportuno
- Adeguato
- Efficace
- Di qualità
- Empatico: prevenire ciò di cui l'altro ha bisogno
- Il miglior professionista è colui che ha più cuore (amore).

III. Professionalità

- Competenza
- Abilità
- Aggiornamento
- Formazione permanente, a tutto campo
- Lavoro in gruppo; i compiti devono essere condivisi
- Nelle responsabilità, nei compiti; in questo modo si offre un servizio migliore
- Si definisce nella forma di lavorare
- Equipe di salute.

CONFERENZA EPISCOPALE
ECUADORIANA



Introduzione

Molti anni fa ho incontrato il direttore di un grande ospedale canadese per discutere sul ruolo della pastorale all'interno dell'istituzione da lui gestita. Durante quell'interessante colloquio egli mi ripeté più volte che l'azione della pastorale sanitaria deve seguire le leggi del *marketing*. Era sua opinione, infatti, che l'accettazione di quanto la Chiesa offre dipenda in buona parte dalla maniera con cui essa è presentata alla gente.

Preparando questa relazione mi è venuto in mente il suggerimento di quell'amministratore ospedaliero. Mi sono, quindi, preparato per fare del buon *marketing*. Tale preoccupazione, però, è subito svanita, quando ho pensato che la pastorale della salute ha in voi i primi responsabili. *De re vestra agitur*.

Ciò appare chiaramente in un testo di San Carlo Borromeo. Commentando la parabola del *buon samaritano*, il santo arcivescovo di Milano vede rappresentato nel samaritano il Cristo, il quale raccoglie il ferito, disteso ai margini della strada. Lo medica e, dopo averlo caricato sulla sua cavalcatura, lo porta in un albergo, simbolo della Chiesa. All'albergatore, *che simboleggia i vescovi*, il Cristo consegna il ferito perché ne abbiano cura, dando loro due denari, immagini dell'Antico e Nuovo Testamento, chiavi interpretatrici del mistero dell'umano soffrire.

Il decreto conciliare *Christus Dominus* non invita forse i vescovi a "circondare di una carità paterna gli ammalati"? (CD 30).

Fatta questa premessa vorrei, in primo luogo, ripercorrere con voi il cammino compiuto negli ultimi trent'anni dalla CEI nell'ambito della pastorale sanitaria. Dopo una panora-

mica della situazione del mondo della sanità e della salute, passerei ad indicare l'evoluzione della presenza e dell'azione della Chiesa in questo importante settore della vita umana, concludendo, infine, con alcune indicazioni operative.

I. Esaminando la programmazione pastorale elaborata dalla C.E.I. a partire dagli anni 70, è possibile identificare il posto in essa occupato dalla pastorale della salute¹.

Nel periodo che va dal 70 all'80, durante il quale gli orientamenti pastorali sono centrati sul rapporto tra *Evangelizzazione e sacramenti*, viene prodotto un documento consacrato alla pastorale della salute: *Evangelizzazione e sacramenti della penitenza e dell'Unzione dei malati* (1973).

Le 16 pagine dedicate al sacramento e alla cura pastorale degli infermi respirano l'atmosfera del Vaticano II e trovano un valido appoggio nel nuovo rito del sacramento, la cui edizione è corredata da un'ampia introduzione di carattere pastorale (*Sacramento dell'unzione e cura pastorale degli infermi*, divenuto obbligatorio dal 16 febbraio 1975).

Nel decennio 80-90, centrato su *Comunione e comunità*, vengono elaborati quattro importanti documenti. Il primo è la *Nota* elaborata dalla Consulta nazionale per la pastorale della salute². Si tratta di un testo importante che riassume la riflessione compiuta dalla Chiesa italiana in questo settore, nel periodo postconciliare. Il secondo è il Documento pastorale dell'Episcopato italiano "Evangelizzazione e cultura della vita umana", che "rappresenta l'atto conclusivo delle iniziative di azione pastorale e di promozione culturale, promosse dalla CEI nel 1988-89, nel XX anniversario della pubblicazione dell'Enciclica

*Humanae vitae*³. Si tratta di un testo molto bello, in cui vengono trattati i temi della sofferenza e della morte (nn. 33-35), dei malati cronici e inguaribili (n. 51), con una ripresa delle posizioni innovative espresse da Giovanni Paolo II in precedenti documenti (n. 59)⁴. Seguono, poi: "Problemi e prospettive pastorali degli anziani non autosufficienti" (6 giugno 1989) e "Indicazioni pastorali su *I malati mentali*" (25 ottobre 1989).

Nella programmazione degli anni 90, dedicati a *Evangelizzazione e vangelo della carità*, sono stati prodotti due testi specificamente attinenti alla pastorale sanitaria: "Nota sui risvolti pastorali del problema delle tossicodipendenze" (12 giugno 1990) e "Riflessioni pastorali sulle condizioni di vita dei portatori di handicap" (2 febbraio 1991)⁵.

Pur rilevante, il materiale dedicato specificamente alla pastorale sanitaria appare abbastanza esiguo se messo in confronto con quanto ha offerto alla Chiesa universale il magistero dei Papi, in particolare Giovanni Paolo II. Basti ricordare la *Salvifici doloris*, i bei paragrafi (52 e 53) della *Christifideles Laici*, il Motu proprio *Dolentium Hominum* con il quale il Papa ha istituito il *Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari* e, ultimamente, il quarto capitolo dell'Enciclica *Evangelium vitae*.

Sarebbe tuttavia inappropriato restringere l'attenzione della C.E.I. per la pastorale sanitaria ai soli documenti specifici indicati sopra. Infatti, il cammino proposto dai programmi decennali della Conferenza episcopale italiana costituisce una traccia che tutte le componenti della Chiesa devono applicare al proprio settore...

Il rapporto evangelizzazio-

ne-sacramenti, l'importanza essenziale della comunione, la carità come via privilegiata dell'annuncio evangelico... sono tutti temi in cui gli operatori impegnati nel mondo della salute possono e devono trovare stimoli efficaci per il rinnovamento del loro ministero.

Pur riconoscendo questo fatto, viene naturale, a chi vive e opera nel settore sanitario, chiedersi perché nei loro bellissimi documenti sulla carità i pastori della Chiesa parlano così poco della malattia e della salute e del servizio caritatevole verso i fratelli e le sorelle che stanno vivendo la difficile stagione della sofferenza? Nella "Traccia" di riflessione in preparazione al Convegno ecclesiale di Palermo 1995: *Il Vangelo della carità per una nuova società in Italia*, non vi è nessun accenno a malattia, morte, ospedale, sanità, in un momento storico in cui la *malasanità* occupa quotidianamente uno spazio rilevante nelle nostre cronache.

È vero, come qualcuno ha detto, che la *dimensione notturna della vita* – il dolore, la malattia, la morte – fanno così paura anche ai vescovi fino a trattenerli, senza che se ne rendano conto, dal consacrarvi la dovuta attenzione?⁶

Agli scritti hanno fatto seguito delle iniziative, tra cui merita di essere ricordate l'Istituzione della Consulta nazionale per la Pastorale Sanitaria.

Anche se ha raggiunto la sua configurazione definitiva nel 1978, questo organismo ecclesiale che fa capo alla C.E.I. è iniziato nel 1962, ed è stato uno tra i primi insieme a quelli dell'Ufficio catechistico e per gli emigranti. Attualmente la Consulta nazionale è guidata da tre vescovi distinti per area geografica, uno dei quali funge da presidente. Designati dal Consiglio permanente della CEI, i tre Pastori assicurano un rapporto più organico e diretto della pastorale sanitaria con tutta l'attività pastorale della Chiesa Italiana. Nella sua articolazione, la Consulta – che attualmente gode di un ufficio stabile nella sede della CEI – contempla organismi regionali (cui fa capo un vescovo) e dio-

cesani e raggruppa rappresentanti di tutte le categorie del Popolo di Dio impegnate nel mondo della salute: gli ordini religiosi ospedalieri, i cappellani, le associazioni cattoliche del settore... professionistiche e volontarie, i vari raggruppamenti di malati.

Tra le molte iniziative di rilievo della Consulta nazionale vanno ricordati: i tre convegni nazionali: il primo centrato su "Chiesa locale e pastorale della sanità" (1981), l'altro su "La pastorale della salute nel territorio" (1981), il terzo "Progettualità ecclesiale nel mondo della salute" (1995) e l'elaborazione della *Nota* di cui si è già parlato⁷.

Malgrado il loro funzionamento sia disuguale, e in molti luoghi ancora inadeguato, nessuno può mettere in dubbio l'importanza di queste strutture di animazione dalle quali dipende, almeno in parte, la crescita organica, ordinata e continua della pastorale sanitaria.

Nel presentare il coinvolgimento dei vescovi nella pastorale della salute, non è possibile, per ovvie ragioni, soffermarsi a parlare delle iniziative dei singoli pastori a livello diocesano e regionale, che sono molte e varie. Non è facile, infatti, avere una documentazione precisa su quanto viene compiuto nelle varie chiese locali⁸.

II. Qual è il volto del mondo sanitario odierno e, soprattutto, qual è l'atmosfera culturale che l'avvolge?

Per rispondere a tale interrogativo, è bene partire, in primo luogo, da un'affermazione di Albert Camus. Parlando della sanità, lo scrittore francese diceva che non sono i medici ma la società a essere giudicata dal modo in cui in essa si soffre e si muore. Con queste parole, Camus intendeva dire che il comportamento degli operatori sanitari nell'assistenza degli ammalati e dei morenti, prima che in ognuno delle persone trova le sue radici nella cultura e nella politica della società in cui essi lavorano.

Tale osservazione non è, forse, un invito a considerare il mondo della sanità nel più ampio contesto della società e

della cultura in essa dominante?

In secondo luogo, nell'identificare i limiti del servizio al malato nella nostra società è opportuno non fermarsi troppo o solo a quelle descrizioni che ne fanno i mass media. Vi è una certa grossolanità nelle notizie che appaiono sulla stampa e alla televisione; grossolanità che, a volte, è un pescare nel torbido, senza quella critica obiettiva che sappia riconoscere le differenze, situando il singolo episodio nel contesto.

L'atteggiamento ideale da prendere è quello di leggere la realtà del mondo della salute collocandolo in quel clima di ambivalenza, tipico della nostra società, che a volte assume i toni dell'ambiguità e della contraddizione.

Ecco, allora, una serie di contrapposizioni, elaborate sulla base di alcune indagini⁹, e che aiutano a capire il mondo in cui viviamo:

– Si vanno in ogni parte risolvendo gli atavici problemi dell'indigenza, ma nella società del benessere vanno aumentando le situazioni di sofferenza e di incompiutezza umana.

– Cadono le ideologie, ma si avverte in modo forte che nel pragmatismo l'uomo è sempre più in pericolo, in una situazione di formidabile decelerazione della storia non guidata razionalmente né impregnata di valori.

– Cresce la tendenza a ripiegarsi nel privato egoisticamente inteso e nel proprio 'particolare', ma nel contempo va diffondendosi il bisogno di aprirsi ad una solidarietà viva nei confronti di chi ha avuto scarsa fortuna nella vita per compensare le molte carenze di cui è afflitto.

– Cadono esperienze significative di partecipazione profondamente svuotate da prassi meramente burocratiche, ma va contemporaneamente sviluppandosi massicciamente una partecipazione non di mero controllo ma di assunzione in via diretta di responsabilità, cercando di dare in proprio risposte esaurienti ai bisogni delle persone.

– Va diffondendosi l'idea che la convenienza propria sia

l'unico metro di valore nella tessitura dei rapporti con gli altri, ma va anche emergendo l'avvertenza che solo nel gratuito e nell'oblatività si costruisce veramente la persona e la si arricchisce nel profondo.

Passando da un contesto generale a quello più specificamente legato al mondo sanitario, le contrapposizioni si presentano in questa maniera:

– Dal punto di vista sociale, non si possono ignorare i passi compiuti per proteggere e difendere i malati, garantendo loro assistenza necessaria per la guarigione e l'accompagnamento in casi di malattie croniche o terminali. La riforma sanitaria stabilita dalla legge 833, del 1978, costituisce un segno di una grande maturazione sociale e civile. Chi non riconosce il valore della legge 194? Un progresso nella coscienza della dignità della persona è segnato dall'elaborazione delle *carte dei diritti del malato*. Tuttavia la socializzazione dell'assistenza è divenuta in molti casi massificazione di servizi senza umanità, moltiplicazione di strutture senza criteri di razionalità e di giustizia, mortificazione dell'iniziativa spontanea di opere e di istituzioni con vocazione sociale, in funzione di interessi di parte, politici, economici e sindacali.

– Lo scopo manifesto della tecnologia medica è certamente umanista. Basti pensare alla possibilità di prolungare la vita, di alleviare le sofferenze e di migliorare la qualità del funzionamento sociale delle persone. L'impiego di apparecchi sempre più sofisticati offre ai pazienti nuove alternative, una più grande possibilità di comunicazione. La libertà della persona allarga gli orizzonti.

Se la tecnica può essere una forma moderna di veicolare la tenerezza di Dio, come affermano le regole delle Suore della carità, essa, però, può portare anche ad una frammentazione dell'uomo, ad una presa di distanza dal suo vissuto, a trascurare il senso umano della sua malattia.

– Se, da una parte, l'aziendalizzazione degli ospedali consente di contenere la spesa, dall'altra può indurre gli am-

ministratori a tenere conto semplicemente dei costi nudi e crudi, dimenticando che la persona non è una macchina.

– Mentre si fanno sforzi ingenti e accaniti per prolungare la vita e per produrla artificialmente, non si permette di nascere a chi è già concepito e si accelera la morte di chi non è più ritenuto utile.

– Mentre da una parte, giustamente si valorizza la salute, moltiplicando le iniziative per promuoverla, dall'altra si giunge a fare di essa un valore assoluto di consumo, determinando nuove emarginazioni di handicappati, anziani, malati terminali.

– L'invito pressante rivolto al personale sanitario ad abbinare alla competenza tecnica anche quella relazionale, appropriandosi di capacità di ascolto, rispetto e empatia, spesso contrasta con il clima culturale del nostro tempo, dove tali atteggiamenti non sono presi in seria considerazione.

Facendo proprio un pensiero di Moro, il nostro articolista osserva:

«Non può meravigliare se in queste situazioni aumenta da una parte lo sfruttamento dell'uomo sull'uomo, la caduta del senso di valenza anche di chi non appare adeguato allo standard predeterminato dell'uomo produttivo, compito e moderno, la solitudine e l'emarginazione di chi appare diverso; ma anche, su un altro versante, una rinnovata attenzione verso l'uomo che soffre e un impegno, non episodico, per cercare non solo di lenire le ferite, ma anche di rimuovere le cause che provocano tanti aborti umani differiti»¹⁰.

Se non si tiene conto di questa tendenza ambivalente, è facile cadere in atteggiamenti inadeguati nei confronti del mondo della salute.

Negli anni della riforma sanitaria – per esempio nel II Convegno nazionale organizzato dalla Consulta – appare evidente la volontà della comunità ecclesiale di partecipare allo sforzo fatto dalla società per instaurare un'assistenza sanitaria socializzata, implicante una maggiore partecipazione della popolazione, attenta ai bisogni di tutti, so-

prattutto dei meno abbienti. Se non si può affermare che tale volontà sia scomparsa – e di fatto non lo è – appare però palese che essa ha subito uno svingimento, venendo quasi sommersa dalle grandi difficoltà insorte nell'applicazione della legge di riforma e da tutti quei fenomeni di cattiva amministrazione che sono alla ribalta della cronaca in questi ultimi tempi.

A chi, inoltre, esamina attentamente il modo di porsi della comunità ecclesiale nei confronti del mondo della salute, non può sfuggire un certo smarrimento di fronte alla sua complessità, frutto dei grandi cambiamenti scientifico-tecnici, culturali, religiosi ed etici. Tale smarrimento può facilmente suscitare atteggiamenti moralistici, condanne semplicistiche della tecnologia medica e dei comportamenti degli operatori sanitari. In molti casi, la prevalenza dell'emotività e del moralismo porta a cogliere la realtà in maniera parziale, con disattenzione all'insieme.

Nella *Nota* della Consulta-CEI si afferma:

«È a questo mondo della sanità che la Chiesa, in forza della sua missione, è chiamata ad aprirsi, animata da speranza, da spirito di collaborazione e dalla volontà di rendere un contributo essenziale alla salvezza dell'uomo» (n. 12).

Tali parole indicano che la comunità ecclesiale è chiamata ad amare questo universo della salute, «crocevia delle grandi speranze e dei grandi drammi che colpiscono l'umanità, drammi di ingiustizia, di violenza, di mancanza d'amore, di etica sviata, di peccato», ma anche luogo dove l'amore e la generosità celebrano significativi trionfi. È chiamata ad amarlo, alleandosi alla parte sana di esso, ascoltando il cuore che pulsa.

Non è forse questa la maniera più idonea di battersi per i valori veri della vita?

III. Passando ora a identificare l'evoluzione della pastorale sanitaria durante questi ultimi decenni, indicherò alcuni passaggi, già in atto ma non ancora in attesa di essere completati.

Il primo passaggio porta dal malato alla salute e all'ambiente che lo circonda.

Tale passaggio s'intravede già nel cambio terminologico che ha avuto luogo nel periodo del postconcilio. Non si parla più di pastorale dei malati o dell'ospedale, bensì di pastorale della salute, intendendo quindi che l'azione ecclesiale è chiamata a volgersi a tutta la problematica relativa alla realtà psicofisica e spirituale dell'uomo e dell'ambiente in cui egli vive ed opera, soprattutto quello familiare.

Due testi della Bibbia aiutano a comprendere questo necessario passaggio dal malato alla salute.

Il primo è tratto dal libro di Isaia: «Egli ha preso le nostre infermità e si è addossato le nostre malattie... Dalle sue piaghe siamo stati guariti» (Is 53,11).

Tali parole, applicate dal vangelo a Cristo (Mt 8,17), indicano che la Chiesa ha forse bisogno di sviluppare in misura maggiore quella che si può chiamare la dimensione *mariniana*, cioè la dimensione femminile fatta di 'silente vicinanza del dolore', di grandezza che si fa accoglienza e servizio verso i poveri, i deboli, le vittime della malattia e della morte. Infatti, nelle chiese che talvolta mostrano una facciata caratterizzata dal potere e dal successo, negando con la loro apparenza di comfort e di autofiducia il corpo sanguinante del loro Signore, vi è poco spazio per l'accoglienza dei malati e dei sofferenti¹¹.

Il secondo testo, da applicare alla comunità ecclesiale, è costituito dalle parole di Gesù riportate da Giovanni: «Sono venuto perché abbiano la vita e l'abbiano in abbondanza» (Gv 10,10).

All'amorosa medicazione e fasciatura delle ferite del corpo e dello spirito deve, quindi unirsi anche l'impegno per la promozione di quelle condizioni di vita che consentano alla persona di realizzarsi secondo la scala di valori autenticamente umani e cristiani.

Le sfide che pone questo ampliamento della pastorale sanitaria sono di notevole portata.

Implicano un rinnovato impegno per dare vita a quella *nuova evangelizzazione* – nuova nei metodi, nell'ardore e nelle espressioni – che Giovanni Paolo II invita ad attuare in tutti i settori del vivere e dell'agire umano.

Grandi, infatti, sono stati i cambiamenti nel concepire la salute e la sofferenza, il nascere, il vivere e il morire.

Per limitarsi alla salute, la Nota della CEI afferma che essa «non si rapporta unicamente a fattori fisici o organici, ma coinvolge le dimensioni psichiche e spirituali della persona, estendendosi all'ambiente fisico, affettivo, sociale e morale, in cui la persona vive e opera. Un rapporto profondo viene avvertito tra salute, qualità della vita e benessere dell'uomo» (n. 6).

Estendendo la pastorale sanitaria dalla necessaria *prossimità al malato*, all'evangelizzazione della cultura riguardante i vari aspetti della vita, si tratta, in primo luogo, di portare l'individuo alla consapevolezza che, come afferma Gabriel Marcel, la vita non è un problema da risolvere bensì un mistero da vivere.

Nella cultura contemporanea, molte fasi della vita hanno perso il loro carattere *misterioso*. Sono state private dell'esperienza dei sentimenti del *tremendum* e del *fascinosum*, di cui parla Otto. Studi interessanti di Peter e Brigitte Berger e di Norbert Elias hanno dimostrato il tentativo, tipico della nostra cultura, di rinchiodare gli eventi capitali dell'esistenza (la nascita e la morte) nell'orizzonte ristretto ed inautentico della banalità quotidiana.

Un ulteriore passo da compiere consiste nel formare ad una visione non riduttiva della vita, della salute, della sofferenza e della morte e a coglierne il senso profondo.

Afferma un giornalista – laico – che la società moderna si è fatta via via vittima di una scelta senza uscite apparenti: o la piena salute o la morte. Non siamo più, in altre parole, abbastanza forti da sopportare le sofferenze intermedie: o stiamo benissimo tanto da goderci la vita o è meglio l'annulla-

mento, l'eutanasia.

Significative sono le parole rivolte da Giovanni Paolo II ad un Istituto religioso:

«Vi esorto ad abbinare sempre all'insostituibile prossimità verso il malato l'evangelizzazione della cultura sanitaria, per testimoniare la visione evangelica del vivere, del soffrire e del morire. È questo un fondamentale compito che dev'essere attuato dagli Istituti di formazione delle vostre Famiglie religiose...»¹².

Il mondo della salute, infatti è uno dei luoghi dove, con maggior intensità, è possibile constatare la drammaticità dei conflitti etici e spirituali, legati alla vita in tutte le sue fasi. Come afferma in questo passo Giovanni Paolo II:

«Le nuove frontiere aperte dai progressi della scienza e delle sue possibili applicazioni tecniche e terapeutiche toccano gli ambiti più delicati della vita nelle sue stesse sorgenti e nel suo più profondo significato»¹³.

Per fare veramente arrivare l'evangelizzazione al cuore dell'uomo e quindi alla matrice culturale delle sue decisioni, è perciò necessario entrare in dialogo con le attuali culture della salute, della vita e della morte, incidendo sugli stili di vita, proporre nuovi modelli culturali ispirati al vangelo, non assentandosi dai pulpiti dove vengono generate nuove culture. Tale dialogo è fatto di comprensione, di rispetto ma anche di confronto¹⁴. Ciò implica la capacità di accogliere il positivo presente nella cultura attuale e di valorizzarlo. Nel convegno ecclesiale di Palermo, un invitato *laico* così si esprimeva: «Il mio cuore di laico è inquieto come il tuo cuore di chiesa».

Non vi sono dubbi che l'evangelizzazione del mondo della salute non debba essere fatta solo dalla corsia, bensì anche dalla *cattedra*. È solo da poco tempo che la consapevolezza della necessità di incidere sulla cultura anche attraverso l'insegnamento e l'anima-zione è presa in seria considerazione da coloro che sono impegnati nel settore della pastorale sanitaria. Infatti, senza una preparazione adeguata e conti-

nua è impossibile instaurare un dialogo non solo «nei laboratori dove la cultura della salute viene pensata e si pilotano le scelte in questo campo, ma anche nel quotidiano dell'impegno sanitario dove essa viene a mano a mano costruita e fatta comportamento»¹⁵.

Vi è, infine, il grande compito di educare di armonizzare le due grandi logiche che troppo spesso si contrastano la supremazia nell'ambito di tutti i settori del vivere: la logica tecnica e la logica etica. La prima si lascia guidare dal principio della possibilità, l'altra dai valori.

Lo scontro tra le due logiche indicate sopra è facilmente comprensibile se si tiene conto che il processo di secolarizzazione e il laicismo hanno favorito la formazione del mondo della salute fuori della Chiesa e, spesso, contro le forme di assistenza caritativa che essa dirigeva da secoli. Certamente, la medicina e i servizi sociali basati sulla biologia e sulle scienze del comportamento umano hanno ampliato il loro influsso fino a determinare quale dev'essere il comportamento umano adeguato. Non è forse vero che i professionisti di tali discipline definiscono e risolvono i problemi che concernono la persona a tutti i livelli, incluso quello etico, facendosi specialisti in materia di aborto, di sterilizzazione, di trapianti d'organi?¹⁶

Quale stile adottare nello svolgere la nuova evangelizzazione della cultura del mondo della salute?

Nell'articolo ne vengono indicati due: l'atteggiamento profetico e la collaborazione. Ambedue sono necessari. Noi tutti conosciamo il coraggio profetico di Giovanni Paolo II nel denunciare gli attentati alla vita e alla dignità della persona. La già citata enciclica *Evangelium vitae* ne è una prova eloquente.

Accanto alla denuncia, esiste però anche la collaborazione che può attuarsi a vari livelli: insegnamento dell'etica, cooperazione interdisciplinare, partecipazione ai comitati etici, interventi al momento dell'elaborazione di leggi o programmi concernenti la sa-

lute, l'ecologia, l'assistenza dei malati.

Non è forse vero che troppo spesso la Chiesa si limita ad intervenire per difendersi da leggi ingiuste, mentre si mostra più pigra nel partecipare all'elaborazione di leggi sane?

Il secondo passaggio è quello che porta dall'offerta dei sacramenti all'evangelizzazione e all'umanizzazione.

La riflessione della Chiesa italiana nel periodo postconciliare ha avuto un benefico effetto sul rapporto tra le tre funzioni della pastorale: Parola, sacramento, servizio.



Va notata la relazione tra il programma della CEI agli inizi degli anni 70: *Evangelizzazione e sacramenti* e l'inizio di quel processo di superamento del cosiddetto *sacramentalismo* che è iniziato verso quel periodo nella pastorale ospedaliera. Non solo negli ospedali ma anche nelle parrocchie, ci si rese conto che se l'amministrazione dei sacramenti trovava nella condizione d'infermità e soprattutto nella prossimità alla morte un'occasione favorevole, essa però, troppo spesso era staccata da un cammino di crescita spirituale. Al grande consumo dei sacramenti non corrispondeva, infatti, un'eguale evangelizzazione.

Dal Convegno ecclesiale tenuto a Roma nel 1976 e dedicato alla promozione umana, la pastorale della salute ha ricevuto un forte impulso a valorizzare maggiormente il servizio. *Umanizzazione*: ecco un termine divenuto di moda da quel periodo. Con questo neo-

logismo s'intende il servizio nel suo aspetto di lotta contro tutto ciò che offende l'umanità del malato, contrastando con i valori insiti nella sua dignità di persona.

Nella pratica pastorale di questi decenni è avvenuta certamente una osmosi tra annuncio, sacramenti e servizio della carità. La parola, i gesti sacramentali, gli atteggiamenti e le opere caritative non sono separati tra di loro, bensì permangono in continua intercomunicazione. Infatti, ciò che si annuncia è il piano dell'amore di Dio per gli uomini; ciò che si celebra è l'amore di Dio per gli uomini, corpo spezzato, sangue versato: l'annuncio e la celebrazione sono in funzione dell'amore tra i fratelli.

Ma il grado e la qualità di tale *osmosi* è soddisfacente?

Non si può ignorare che nella letteratura pastorale vi sono ancora denunce di un certo *accanimento sacramentale*. Alcune circostanze dell'attuale momento storico non favoriscono la riduzione dell'assistenza pastorale alla sola amministrazione dei sacramenti? Pensiamo alla diminuzione numerica dei cappellani, alla loro resistenza alla formazione, alla loro difficoltà a coinvolgere nel servizio pastorale diaconi, religiosi e laici...

Per quanto riguarda l'umanizzazione, l'articolista è dell'opinione che essa abbia avuto successo solo con la promozione del volontariato e con i programmi formativi miranti ad elevare la qualità umana del rapporto con i malati. Molti operatori pastorali stentano a riconoscere la valenza evangelizzatrice dell'umanizzazione del servizio al malato e delle istituzioni sanitarie. Per essi il nostro articolista riporta la bella citazione di un autore, che rispecchia, poi, un pensiero di Paolo VI, nella *Evangelii Nuntiandi*:

«Quando i gesti di attenzione siano informati dalla carità, tradotta in dedizione generosa, approccio caloroso, sensibilità attenta, presenza umile e gratuita possiedono una forte carica interna che li trascende: pongono domande irresistibili (EN 21), allargano gli spazi di comprensione e d'intesa co-

mune, costituiscono una specie di piattaforma da cui partire per ulteriori traguardi, aprono la mente e il cuore degli uomini ad orizzonti nuovi, diventano proclamazione silenziosa, ma molto forte ed efficace della buona novella, sono la prima forma di evangelizzazione»¹⁷.

Dopo queste parole, come non apprezzare nel loro giusto valore l'approccio umano, il dialogo, la relazione di aiuto?

A questo riguardo sarebbe, quindi, opportuno un maggiore approfondimento della riflessione sul rapporto tra salvezza intesa come comunione definitiva con il Padre e le anticipazioni storiche di questa novità di vita. Infatti, se la salvezza, come afferma ancora la *Evangelii Nuntiandi*, è soprattutto la liberazione dal peccato e dal maligno, nella gioia di conoscere Dio e di essere conosciuto da Lui, di vederlo e di abbandonarsi a Lui», essa è anche «liberazione da tutto ciò che opprime l'uomo».

Il terzo passaggio porta dall'ospedale al territorio.

A questo argomento è stato dedicato il primo convegno nazionale organizzato dalla Consulta, più d'un decennio fa. Tale passaggio è stato sollecitato anche dalla riforma sanitaria del '78, nella quale viene indicata la necessità di muoversi dall'istituzione sanitaria alla comunità. Sono state scritte cose significative su questo tema¹⁸. Possiamo dire che il lavoro compiuto in quest'area è stato significativo? Se non mancano risultati soddisfacenti in alcuni settori, in altri si nota povertà d'iniziativa. Sono molte le parrocchie dove sono diventati attivi gruppi di visitatori degli infermi. In numerose comunità ecclesiali, soprattutto dopo l'iniziativa del Santo Padre, si dà sufficiente importanza alla giornata del malato. Per diverse parrocchie è diventata tradizione la celebrazione comunitaria del sacramento dei malati. Anche le famiglie non solo beneficiano meglio della solidarietà della comunità, ma sono anche aiutate a partecipare con maggior efficacia al processo terapeutico dei loro cari, aiutandoli e ac-

compagnandoli con amore.

Ma cosa possiamo dire dell'evangelizzazione e della catechesi sui temi della salute, della malattia, della sofferenza e della morte, della collaborazione tra cappellani d'ospedale e parroci, della formazione del personale sanitario che può essere raggiunto solo nelle parrocchie, della partecipazione dei cristiani non solo nell'assistenza volontaria ma anche nell'organizzazione e nella gestione della salute a livello locale?

È difficile rispondere a queste domande perché manca la conoscenza dei dati, perché



non ci sono dati o perché manca la materia prima per elaborare i dati? Di grande utilità riuscirebbero attente ricerche sul tipo di quelle compiute dalla *Caritas* sui servizi prestati nel territorio italiano¹⁹. Da esse appare, per esempio, che molte di tali servizi ubbidiscono ad una filosofia più assistenzialistica che di prevenzione e di inserimento sociale.

La conclusione di questo paragrafo consiste nel sottolineare l'importanza di superare l'identificazione della pastorale sanitaria con la pastorale ospedaliera. Ricordo la relazione di un giovane sacerdote che qualche anno fa partecipò a una riunione diocesana della pastorale della salute. Alla fine dell'incontro manifestò la sua frustrazione perché il discorso, come sempre, era stato centrato sui problemi dell'ospedale...

Il quarto passaggio porta da un atteggiamento di passività o di delega a un atteggiamento

di attivo coinvolgimento.

Dal Concilio è nata una nuova immagine di Chiesa, intesa come comunità strutturata organicamente. In essa, tutti i membri godono di uguale dignità e sono chiamati a cooperare all'unica missione, seguendo diverse modalità nella linea delle loro vocazioni specifiche. Da ciò deriva, come bene afferma la Nota della CEI, che soggetto primario della pastorale sanitaria è la comunità cristiana in tutte le sue componenti (n. 23).

È certo che non ci può trattenere un sentimento di meraviglia di fronte alla ricchezza e varietà di forze ecclesiali presenti nel mondo della salute. Limitandoci a quelle organizzate, ha contato quasi duemila cappellani ospedalieri (cui si aggiungono molti operatori pastorali religiosi e laici), diecimila Religiose e qualche centinaio di Religiosi impegnati nel mondo della sanità e dell'assistenza, novecento strutture al servizio della salute e della persona umana (420 tra ospedali e case di cura, 150 centri di riabilitazione, 100 istituzioni per la cura domiciliare, 180 strutture per handicappati, lungodegenti e ambulatori; di tali Istituzioni 225 sono sotto l'ombrello dell'ARIS), varie associazioni raggruppanti medici, operatori sanitari, volontari, malati... A questo numero già impressionante di forze vanno aggiunti tutti quei fedeli che operano fuori dei contesti associativi organizzati.

Contemplando questo ricco panorama nascono due domande.

La prima potrebbe essere così formulata: quali sono le figure della comunità ecclesiale, nel mondo della salute, che hanno maggiormente bisogno di farsi spazio? Una risposta attenta alla situazione attuale porta a identificare, tra queste figure, il malato e la donna.

Nell'esortazione apostolica *Christifideles Laici*, Giovanni Paolo II afferma che l'uomo sofferente è "soggetto attivo e responsabile nell'opera di evangelizzazione e di salvezza" (n. 54). Tale affermazione del Papa indica il riconoscimento del carisma dei soffe-

renti, del loro apporto creativo alla Chiesa e al mondo: “anche gli infermi sono inviati (dal Signore) come lavoratori nella sua vigna (n. 53).

A nessuno sfugge l'importanza di questo passaggio del malato da oggetto di cura a soggetto responsabile della promozione del Regno. Questo cambiamento di prospettiva è da vedersi alla luce di tutto il movimento sociale e civile che ha trovato una delle sue espressioni nelle diverse Carte dei diritti dei malati. Uno degli aspetti maggiormente considerati in tali documenti è costituito dal diritto del malato a essere coinvolto nella propria terapia, assumendo così un ruolo di responsabilità nel processo di cura che concerne la sua persona.

Com'è possibile questo cambiamento di accento nella considerazione dell'infermo?

La Nota della CEI offre una risposta molto precisa: “Difficilmente il malato potrà svolgere il suo ruolo di soggetto attivo nella comunità ecclesiale se non sarà prima ‘termine dell'amore e del servizio della Chiesa’ (ChL 54), trovando in essa appoggio umano, spirituale e morale” (n. 26). La valorizzazione della presenza dei malati, della loro testimonianza nella chiesa e dell'apporto specifico che essi possono dare alla salvezza del mondo, richiede tutto un lavoro di educazione amorosa da realizzarsi non solo nelle istituzioni sanitarie attraverso un accompagnamento appropriato, ma anche in modo speciale nelle comunità parrocchiali, ricorrendo a una teologia della sofferenza che, evitando di cadere nel *dolorismo*, sappia comunicare, come afferma la Nota (n. 26), che anche “gli avvenimenti negativi della vita – non esclusa l'infermità, l'handicap e la morte – sono ‘realtà redenta’ dal Cristo e da lui assunte come ‘strumento di redenzione’ (SD 26). “Il cristiano, infatti, – afferma la Nota della CEI – mediante la viva partecipazione al mistero pasquale di Cristo può trasformare la sua condizione di sofferente in un momento di grazia per sé e per gli altri fino a trovare nell'infermità una vocazione ad ama-

re di più, una chiamata a partecipare all'infinito amore di Dio verso l'umanità” (n. 26).

Alle numerose e lodevoli iniziative che già esistono a questo riguardo – come le diverse associazioni di malati – ne vanno aggiunte altre, come, ad esempio l'inserzione di malati negli organismi ecclesiali (consigli pastorali...).

Per quanto riguarda l'impegno della donna nel mondo della salute, hanno un grande valore le parole di Giovanni Paolo II nella *Mulieris dignitatem*. “La forza morale della donna, scrive il Papa, la sua forza spirituale deriva dalla co-



scienza che Dio le affida in modo particolare l'uomo, l'essere umano. Naturalmente Dio affida l'uomo a tutti e a ognuno. Tuttavia, questo affidamento si riferisce soprattutto alla donna proprio in ragione della sua femminilità...”. E più avanti egli aggiunge: “Nella nostra epoca i successi della scienza e della tecnica permettono di raggiungere in maniera ancora sconosciuta un benessere materiale che, favorendo alcuni, conduce altri all'emarginazione. Questo progresso materiale può comportare anche una graduale scomparsa della sensibilità dell'uomo, verso ciò che è essenzialmente umano. In questo senso, soprattutto il nostro tempo aspetta la manifestazione del *genio* della donna che assicuri la sensibilità verso l'uomo in ogni circostanza: per il semplice fatto che è uomo!” (n. 30).

Se ciò che afferma il Papa è valido per ogni contesto, lo è in forma speciale per il mondo

della salute dove l'uomo, sperimentando la fragilità del proprio essere, può facilmente cadere vittima dell'indifferenza e della violenza. Una partecipazione più attiva e corresponsabile della donna nella missione della Chiesa nel mondo sanitario porterebbe a cambiamenti significativi nel modo di porsi in relazione con le persone e i problemi del mondo della salute. Non sarebbe salutare vedere la presenza e l'azione della Chiesa, il suo linguaggio, la sua teologia, la sua percezione della realtà e di Dio, maggiormente arricchiti di quelle caratteristiche che sono tipiche della personalità femminile: la ricettività, la disponibilità, l'accoglienza, la capacità di ascolto, l'abilità nel cogliere le situazioni, l'attitudine a farsi carico dei problemi degli altri, l'inclinazione a offrire il proprio aiuto? Come nella società civile, anche nella Chiesa la donna attende forse meno omaggi floreali e più considerazione, meno segni di deferenza e maggiore responsabilità in seno agli organismi ecclesiali di ogni tipo. Come bene afferma la *Christifideles Laici*. “La ragione fondamentale che esige e spiega la presenza simultanea di uomini e di donne non è solamente la maggiore significatività dell'azione pastorale della Chiesa, né molto meno il semplice dato sociologico che l'umanità è costituita di uomini e donne. È ben più il disegno originario del creatore, che ‘dal principio’ ha voluto l'essere umano come ‘unità dei due’” (n. 52).

La seconda domanda riguarda le condizioni necessarie perché avvenga il passaggio da una pastorale sanitaria di delega o partecipazione passiva ad una di attivo coinvolgimento.

Non vi sono dubbi che una delle prime condizioni consistesse nel porre in relazione feconda i diversi carismi e ministeri in maniera che si raggiunga una vera corresponsabilità. Si può, infatti, parlare di corresponsabilità solo quando si ha coscienza di *dover rispondere* e quando esistono le condizioni per rendere operative le proprie risposte. Nelle nostre Chiese, sono presenti tali coscienze e possibilità operative?

Il cammino è iniziato, ma resta ancora lungo. Non è facile, per esempio, vedere sacerdoti realizzare il loro ministero ordinato al servizio della crescita diaconale o ministeriale di tutti, di una crescita ottenuta attraverso una partecipazione che non scada a *pura manovalanza*, bensì *assurga ad* adeguata corresponsabilità...

Il “fare chiesa” secondo modalità che onorino realmente la comune responsabilità di tutti i battezzati, esige un cambio profondo di mentalità, il superamento di molteplici ostacoli, quali l’individualismo e la sete del potere, la reticenza nei confronti dei laici, soprattutto della donna, l’ancora eccessiva dipendenza da parte dei fedeli laici.

Un’altra condizione è costituita dal buon funzionamento delle strutture di comunione e di animazione. Se tali strutture – cioè le varie Consulte, le diverse associazioni, la cappellania, il consiglio pastorale ospedaliero – non funzionano adeguatamente, si rimarrà sempre ad una pastorale basata sulla spontaneità, che si esaurisce in gesti di buona volontà e generosità senza convertirsi in un autentico progetto pastorale, coinvolgente tutte le forze presenti nella comunità ecclesiale.

Il *buon funzionamento* deve essere promosso innanzitutto a livello di ogni singola struttura e, poi, a livello di coordinamento.

Certo, spesso riesce difficile comprendere le resistenze opposte – dai vescovi e dai sacerdoti – al costituirsi della *cappellania* – intesa come *équipe pastorale* costituita da sacerdoti, “cui possono essere aggregati – come afferma la Nota della CEI – anche diaconi, religiosi e laici” (n. 79). Come pensare, egli si domanda, l’assistenza pastorale del futuro in maniera diversa, tenendo conto della diminuzione numerica e dell’invecchiamento dei sacerdoti? Non ha nulla da dire l’esempio di molti altri paesi, dove la cappellania è già attiva da molti anni? Perché le Istituzioni sanitarie cattoliche, raggruppate sotto l’egida dell’ARIS non danno un esempio in questo settore, non incontrandosi in esse le difficoltà di

tipo giuridico presenti negli ospedali pubblici?²⁰

Quanto al Consiglio pastorale ospedaliero, viene fatto notare che, pur esistendo ancora in troppo poche istituzioni sanitarie, esso si presenta come un organismo non solo possibile, ma anche valido.

Passando alle Associazioni degli operatori sanitari, non si può non ammirare lo sforzo che esse compiono per combattere quella crisi che sta attraversando molte aggregazioni, dallo loro capacità organizzativa che si esprime nei congressi nazionali e regionali e in alcuni programmi formativi,



mentre rimane più perplesso sulla vita interna di tali organismi e sulla loro incidenza nell’ambito delle professioni che rappresentano.

La considerazione del volontariato strappa giustamente applausi e ammirazione. Ma come ignorare i frequenti casi d’inadeguatezza nella formazione, nella selezione e nel coordinamento dei vari gruppi operanti in uno stesso territorio?

Tra i raggruppamenti che si distinguono va ricordata l’A.I.P.A.S. (Associazione italiana di pastorale sanitaria) che riunisce i cappellani e altri operatori pastorali, sacerdoti e laici. Giovane e ben impostata, essa sta conoscendo un’incorraggiante crescita.

Se l’animazione di ogni singola struttura è essenziale, altrettanto importante è il coordinamento di tutti gli organismi, gruppi, associazioni operanti nel mondo della sanità.

Come non notare – tra i vari

gruppi – sovrapposizioni, competitività, mancanza di adesione e di collaborazione ad un progetto comune? Al nostro articolista riesce difficile comprendere l’esistenza di due associazioni (AMCI e ACOS), aperte ambedue a medici...

Il lavoro di coordinamento e di animazione dev’essere compiuto a diversi livelli e da differenti organismi. Nelle istituzioni sanitarie ne sono responsabili la cappellania e, dove esiste, il Consiglio pastorale: nelle parrocchie, il parroco e il suo Consiglio; nelle diocesi, la Consulta o la commissione diocesana; nelle regioni, la Consulta regionale; a livello dell’intera penisola, la Consulta nazionale.

L’attività di coordinamento e di animazione deve mirare all’elaborazione di progetti e creare le condizioni affinché tali progetti vengano realizzati. Varie sono, quindi, le funzioni da esercitare. Accanto a quella organizzativa, non bisogna trascurare quelle di discernimento e di verifica: quali priorità scegliere, quali cammini percorrere, quali cambiamenti operare?

Per fare un esempio, prendo lo spunto da una recentissima indagine compiuta nella diocesi di Milano. Uno dei risultati richiama l’attenzione. La maggioranza degli intervistati esprime una “valutazione positiva sulla religione e sulla Chiesa nel suo ruolo civile e sociale: l’aiuto ai poveri, la solidarietà, la tolleranza... Mentre c’è poi un’attenzione molto minore alla dimensione trascendente della Chiesa e alla sua ispirazione evangelica”.²¹ Uno degli analisti così commenta: “C’è un po’ di *terziario* ecclesiastico tra noi: tanti servizi, organizzazione, molto impegno... Ma la prima urgenza è evangelizzare. Continuiamo a parlarne, ma non siamo ancora convinti di dover rifare da capo il tessuto cristiano” delle comunità ecclesiali.

Cosa dicono questi dati e questa riflessione ai cristiani che operano nel mondo della salute, alle istituzioni sanitarie così ben organizzate dall’ARIS, ai gruppi di volontariato, a coloro che sono impegnati nell’umanizzazione del

servizio al malato?

Chi deve far cadere queste domande nello stagno, a volte troppo tranquillo delle attività sanitarie e pastorali, se non gli organismi addetti all'anima-zione e al coordinamento?

IV. Al termine di questa panoramica, mi permetto di rivolgere ai nostri lettori un invito a dare la dovuta considerazione alla pastorale della salute che, come afferma Giovanni Paolo II, è "parte integrante della missione della Chiesa" (D.H., I). "Il cristianesimo ha un messaggio di vita da annunciare non solo a coloro che soffrono, ma anche a quanti scelgono di assistere e accompagnare i malati" (n. 18).

Tra i mezzi per attualizzare tale attenzione vorrei ricordare i seguenti:

– Scrivere una lettera pastorale sulla sofferenza, sulla salute e sull'impegno che incombe sulla Chiesa locale (diocesana e parrocchiale) di realizzare le parole di Paolo: "Se un membro della comunità soffre, tutta la comunità soffre" (Cor.).

– Coinvolgere nel progetto culturale della Chiesa italiana quanti sono impegnati nella pastorale sanitaria, per favorire interventi più incisivi in quei luoghi dove si forma la cultura.

– Abbinare alla visita agli

infermi l'incontro con il personale, soprattutto medico.

– Promuovere e accompagnare i carismi della carità misericordiosa verso i sofferenti.

– Favorire la preparazione specializzata dei cappellani.

– Facilitare e promuovere l'inserimento di religiose e laici nelle cappellanerie...

Termino con un augurio di buona salute fisica e spirituale, che sia fonte di salute integrale per quanti raggiungete attraverso il vostro ministero episcopale.

P. ANGELO BRUSCO

Superiore Generale dei Camilliani

Note

¹ I documenti della CEI ricordati in questo paragrafo sono reperibili nell'*Enchiridion* CEI, edito da EDB, Bologna.

² *La pastorale della salute nella Chiesa Italiana*, EDB, Bologna, 1989. Un esauriente commento della Nota si trova in: BRUSCO A. (a cura di) *Curate i malati. La pastorale della salute nella chiesa italiana*, Camilliane. Torino, 1990.

³ CEI, *A servizio della vita umana*. A.V.E., Roma, 1990, p. XI.

⁴ Il documento della CEI *Evangelizzazione e cultura della vita umana* è stato redatto a conclusione del Convegno nazionale "A servizio della vita umana", celebrato a Roma dal 13 al 16 aprile 1989.

⁵ Cfr. SALVINO L., *La pastorale sanitaria nel magistero della Chiesa*, 1, Bios, Biblioteca ospedaliera, Roma 1994.

⁶ BRUSCO A., "Evangelizzazione ete-

stimonianza della carità" e pastorale della salute, in "Anime e corpi", 162 (1992), p. 356; Id. *La pastorale della salute nella Chiesa italiana*, in "Medicina e morale", 3 (1990), pp. 475 - 476).

⁷ Cfr. BRUSCO A., *Curate i malati...* o.c., pp. 203-212.

⁸ BIFFI G., *I malati nella comunità ecclesiale*, EDB, Bologna, 1987. Sono da ricordare i testi elaborati da varie Consulte diocesane per la pastorale della salute (es. Padova, Venezia...).

⁹ MORO C.A., *Nuove possibili frontiere di una carità operosa*, in "Orientamenti pastorali", 2 (1991), p. 43; VENDRAME C., MARCHESI P., *Insieme per meglio servire*, in "Convegno congiunto Fatebenefratelli-Camilliani", Roma 1987, pp. 231-32.

¹⁰ MORO C.A., o.c., p. 43.

¹¹ BRUSCO A., *La nuova evangelizzazione della croce nella Chiesa particolare*, in "Croce e nuova evangelizzazione", Ed. Centro volontari della sofferenza, Roma, 1994, pp. 217-233.

¹² *L'Osservatore romano*, 20 maggio 1995, p. 5.

¹³ *Dolentium Hominum*, 3.

¹⁴ Cfr. SANDRIN L., *Il mondo della sanità e il ruolo delle persone consacrate*, in "Religiosi in Italia", 298 (1997), p. 12*

¹⁵ SANDRIN L., o.c., p. 12*

¹⁶ Cfr. ALBERTON M., *Solitudine e presenza*, EDB, Bologna, 1974.

¹⁷ ALVAREZ F., *La nuova evangelizzazione nel mondo della salute. Prospettive teologico-pastorali*, in AA.VV., *La vita consacrata nel mondo della salute*. Roma, Quaderni del *Camillianum*, n. 4, 1993, p. 54.

¹⁸ Cfr. MONTICELLI I., *L'estensione della pastorale dall'ospedale al territorio*, in BRUSCO A., *Curate...*, o.c., pp. 87-97.

¹⁹ Cfr. NONIS P., *Chiesa e carità in Italia, oggi e domani*, in "Orientamenti pastorali", 2(1991), pp. 35-42.

²⁰ Su tutti i temi relativi al cappellano e alla cappellania, cfr. MARINELLI S., *Il cappellano ospedaliero, identità e funzioni*, Camilliane, Torino, 1993; BRUSCO A., SANDRIN L., *Il cappellano ospedaliero, disagi e nuove opportunità*. Camilliane, Torino, 1993.

²¹ BERETTA R., *Basta 'terziario' religioso, torniamo all'essenziale*, in "Avvenire", 9 aprile 1995, p. 21.



attività del Pontificio Consiglio



Cronaca dell'attività del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari - 1997

Sommario: 1. Nomina del nuovo Presidente del Dicastero; 2. Celebrazione della V Giornata Mondiale del Malato; 3. Riunioni interdicasteriali; 4. Partecipazione e rappresentanza a Congressi e Convegni; 5. Visite e viaggi pastorali; 6. Convegno Ecclesiale sulla Droga; 7. XII Conferenza internazionale; 8. Attività editoriale; 9. Conclusione.

1. Nomina del nuovo Presidente del Dicastero

Il giorno 20 agosto 1996 il Santo Padre Giovanni Paolo II ha nominato Presidente del

Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari S.E. Mons. Javier Lozano Barragán, Vescovo di Zacatecas in Messico, elevandolo alla dignità arcivescovile. La presa di possesso del Dicastero è avvenuta il 9 gennaio 1997, presente anche Sua Em.za il Signor Cardinale Fiorenzo Angelini, primo Presidente del Dicastero.

2. Celebrazione della V Giornata Mondiale del Malato

La celebrazione solenne della V Giornata Mondiale del

Malato ha avuto luogo quest'anno nel Santuario di Nostra Signora di Fatima. Della Delegazione pontificia, guidata dal Card. Fiorenzo Angelini, *Inviato Speciale* del Santo Padre, facevano parte i PP. José L. Redrado, O.H., Felice Ruffini, M.I., rispettivamente Segretario e Sottosegretario del Dicastero, Mons. Giacomo Giampietruzzi, Segretario della Nunziatura Apostolica in Portogallo, il Prof. Walter Osswald, Presidente della Federazione Internazionale delle Associazioni dei Medici Cattolici, il Prof. Daniel Serrao, Membro della Pontificia Accademia per la Vita. Accompagnavano il

Card. Angelini, come ospiti d'onore, Sua Em.za il Card. A. Deskur, Presidente emerito del Pontificio Consiglio delle Comunicazioni Sociali e S.E. Mons. Javier Lozano Barragán, nuovo Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, nonché un gruppo di circa 120 persone, tra le quali Officiali e Consulitori del Dicastero, esponenti e rappresentanti delle Associazioni e Federazioni Cattoliche del mondo della Salute, Cappellani ospedalieri, Religiosi/e infermieri/e. Il gruppo era composto di pellegrini provenienti dall'Italia, dalla Spagna, dal Messico, dalla Francia, dal Belgio, dalla Polonia, dall'India e dalla Romania. Il lettore può trovare ampia informazione di questa celebrazione sulla nostra rivista *Dolentium Hominum*, n. 35/1997.

3. Riunioni interdicasteriali

– In Segreteria di Stato. Il Presidente del Dicastero S.E. Mons. Javier Lozano ha partecipato il 28 febbraio e il 1° marzo alla riunione interdicasteriale dedicata all'andamento, ai risultati raggiunti, agli impegni assunti e alle eventuali conseguenze per la Santa Sede alla luce delle ultime grandi Conferenze delle Nazioni Unite: sull'Infanzia a New York, 1990; sull'Ambiente a Rio de Janeiro, 1992; sui Diritti Umani a Vienna, 1993; sulla Popolazione al Cairo, 1994; sullo Sviluppo sociale a Copenaghen, 1995; sulla Donna a Pechino, 1995 e Seconda Conferenza sugli Insediamenti Umani – Habitat II, 1996.

– presso il Pontificio Consiglio della Cultura. Nei giorni 13-15 marzo, in qualità di Membro S.E. Mons. Javier Lozano ha partecipato all'Assemblea Plenaria sul tema: *Per una Pastorale della Cultura*.

– presso il Pontificio Consiglio "Giustizia e Pace". Il Segretario del Dicastero P. José L. Redrado, O.H. ha partecipato il 4 aprile alla riunione interdicasteriale in vista della preparazione della *Giornata Mondiale della Pace* (1998).

– presso il Pontificio Consiglio "Cor Unum". Il Segretario

del Dicastero P. José L. Redrado, O.H., ha partecipato quale Consultore nei giorni 16-19 aprile alla XXII Assemblea Plenaria del medesimo Dicastero.

– presso il Pontificio Consiglio della Cultura. Il 16 giugno, il Rev. Krzysztof Nykiel, Official del Dicastero, ha partecipato all'incontro interdicasteriale sul tema: *Le sette. Contesto e sfide culturali*.

4. Partecipazione e rappresentanza a Congressi e Convegni

GENNAIO

– Dal 13 al 22, a Ginevra, l'Official del Dicastero il Rev. Mons. Jean-Marie Mpendawatu ha partecipato alla 99a sessione del Consiglio Esecutivo della Organizzazione Mondiale della Sanità dedicata particolarmente alle riforme in corso presso la medesima Organizzazione.

– il giorno 17, il Sottosegretario del Dicastero, P. Felice Ruffini, M.I., ha partecipato, quale Membro, all'incontro del Comitato Tecnico del Grande Giubileo dell'Anno 2000, presso la sede del medesimo Comitato. Sono seguite a scadenze vari altri incontri durante tutto l'anno 1997, ai quali è stato sempre presente.

FEBBRAIO

– il giorno 14, il Presidente del Dicastero S.E. Mons. J. Lozano ha inaugurato i Lavori della Terza Assemblea Generale della Pontificia Accademia per la Vita con un saluto indirizzato ai partecipanti sul tema: *Identità e Statuto dell'Embrione Umano*.

MARZO

– Dal 12 al 14, a Ginevra, il Rev. Mons. Jean-Marie Mpendawatu, Official del Dicastero ha partecipato in seno alla Delegazione della S. Sede alla Conferenza Internazionale sul tema: *Etica, Equità e rinnovo della strategia dell'OMS, Salute per tutti*, promossa dal "Council for International Organizations of Medical Sciences" (CIOMS) e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

APRILE

– Il giorno 16, il Presidente S.E. Mons. Javier Lozano, ha inaugurato la nuova sede dell'Istituto di Clinica delle Malattie Infettive presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore a Roma, alla presenza delle Autorità politiche e accademiche: l'On. Rosy Bindi, Ministro della Sanità, il Prof. Adriano Bausola, Rettore dell'Università del Sacro Cuore, il Dott. Antonio Cicchetti, Direttore amministrativo del Policlinico, il Prof. Luigi Ortona, Direttore dell'Istituto.

– Il giorno 18, a Gand (Belgio), S.E. Mons. J. Lozano ha partecipato al Congresso Internazionale su *Qualità della Vita*, organizzato dalla Congregazione dei Fratelli della Carità, presentando una relazione sul tema: *Il carisma apostolico della guarigione*.

– il giorno 28, Il Presidente del Dicastero ha inaugurato, con un saluto indirizzato ai partecipanti, la VII riunione ordinaria del Consiglio Direttivo della Pontificia Accademia per la Vita.

MAGGIO

– Dal 5 all'8, a Ginevra, S.E. Mons. Javier Lozano ha partecipato, quale Capo della Delegazione della Santa Sede, alla 50a Assemblea Mondiale della Sanità, tenendo un relazione sul tema: *Esigenze della Salute e Moralità. Modello della Salute nell'OMS*. Faceva anche parte della medesima delegazione il Rev. Mons. Jean-Marie Mpendawatu, Official del Dicastero.

– Il giorno 13, a Roma, il Presidente del Dicastero ha rivolto un saluto ai partecipanti al Congresso sul tema: *Medicina e Spiritualità. Un rapporto antico e moderno per la cura della persona*, organizzato dall'Istituto Internazionale di Teologia Pastorale Sanitaria (Camillianum) in collaborazione con l'Istituto di Bioetica dell'Università Cattolica del S. Cuore.

– Dal 19 al 27, a Monterrey (Messico), S.E. Mons. Javier Lozano ha partecipato al Congresso sul tema: *Senso cristiano della sessualità*, promosso dal Pontificio Consiglio per la Famiglia. Argomento dell'in-

tervento del Presidente: *Esigenze della Salute e Moralità. Paradigma della Salute nell'OMS.*

GIUGNO

– Il giorno 1, presso la Pontificia Università Urbaniana a Roma, il Presidente S.E. Mons. Javier Lozano ha rivolto un saluto ai partecipanti al X Congresso Europeo di Medicina Fisica e Riabilitazione.

– Dal 12 al 14, nell'Aula Vecchia del Sinodo in Vaticano, S.E. Mons. Javier Lozano ha partecipato al Simposio organizzato dal Pontificio Consiglio per la Famiglia in collaborazione con il "Centro Educación Familiar Especial" de Madrid, presentando una relazione sul tema: *La Famiglia davanti alle alterazioni cerebrali dei propri figli.*

SETTEMBRE

– Dal 15 al 19, a Istanbul, l'Ufficiale del Dicastero il Rev. Mons. Jean-Marie Mpendawatu ha rappresentato la Santa Sede ai Lavori della 47a Sessione del Comitato Regionale Europeo dell'OMS.

– Dal 29 al 30, a Madrid, S.E. Mons. Javier Lozano e il P. José L. Redrado hanno partecipato ai Lavori della XXII Giornata Nazionale della Pastorale della Salute. Il Presidente del Dicastero è intervenuto con una relazione sul tema: *Il Volontariato nella Chiesa secondo la Dottrina di Giovanni Paolo II.*

OTTOBRE

– Dal 12 al 25, a Salice Terme (Pavia), il Segretario del Dicastero, P. José L. Redrado, O.H., ha preso parte al Capitolo Generale straordinario dei Fatebenefratelli.

– Il giorno 14, a Collevalezza, il Presidente del Dicastero ha rivolto un saluto ai partecipanti al Convegno Nazionale dell'Associazione Italiana di Pastorale Sanitaria (AIPAS) sul tema: *La collaborazione tra le strutture sanitarie e parrocchie.*

– Il giorno 17, l'Ufficiale del Dicastero, il Rev. Mons. Jean-Marie Mpendawatu, ha preso parte all'Incontro di lavoro, presso la seconda sessione della Segreteria di Stato su argo-

menti dell'agenda delle Organizzazioni ed Agenzie internazionali.

NOVEMBRE

– Dal 3 al 7, a Parigi, il Rev. Mons. Jean-Marie Mpendawatu, Ufficiale del Dicastero ha preso parte, con la Delegazione della Santa Sede, alla XXIX Conferenza Generale dell'UNESCO.

– Il giorno 14, a Roma, S.E. Mons. J. Lozano ha incontrato gli Ambasciatori presso la Santa Sede dell'America Latina, delle Filippine e del Portogallo e ha tenuto un breve discorso sul ruolo dell'Ambasciatore presso la Santa Sede.

– Dal 16 novembre al 12 dicembre, il Presidente del Dicastero ha partecipato, quale Membro di diritto, ai Lavori dell'Assemblea Speciale per l'America del Sinodo dei Vescovi.

– Il giorno 21, nel Palazzo Apostolico di Loreto, il Segretario del Dicastero P. José L. Redrado ha preso parte alla Conferenza Stampa di presentazione del programma della VI Giornata Mondiale del Malato che si celebrerà l'11 febbraio 1998.

– Dal 26 al 28, a Santiago, il Presidente S.E. Mons. J. Lozano ha rappresentato la Santa Sede al Seminario su *Politiche ed applicazioni tecnologiche per il controllo di stupefacenti e sostanze psicotrope*, organizzato dal Governo del Cile, presentando una relazione sul tema: *Posicion ética y moral del Vaticano con relación a la Droga.*

DICEMBRE

– Dal 2 al 5, a Fatima, il Segretario del Dicastero P. José L. Redrado ha partecipato ai Lavori dell'XI Incontro Nazionale della Pastorale della Salute del Portogallo.

5. Visite e viaggi pastorali

MARZO

– il giorno 25, in preparazione alle Feste pasquali, S.E. Mons. J. Lozano si è recato all'Ospedale militare maggiore del Celio (Roma) dove ha celebrato l'Eucaristia e ha conferito il sacramento della

Confermazione a numerosi militari.

LUGLIO

– Il giorno 6, in occasione della Festa patronale di San Camillo de Lellis, accompagnato dal Sottosegretario del Dicastero P. Felice Ruffini, M.I., S.E. Mons. Javier Lozano ha presieduto, presso la Casa di Cura "Villa Sacra Famiglia", una concelebrazione eucaristica.

– Il giorno 21, in occasione della festività di San Daniele, accompagnato dal Segretario del Dicastero P. José L. Redrado, O.H., il Presidente S.E. Mons. Lozano ha presieduto, presso l'Ospedale Villa San Pietro dei Fatebenefratelli, una concelebrazione eucaristica e ha inaugurato i nuovi locali del centro di accoglienza.

SETTEMBRE

– Il giorno 20, su invito di S.E. Mons. Jean Sahuquet, vescovo di Tarbes e Lourdes, S.E. Mons. J. Lozano si è recato a Lourdes per la benedizione solenne del nuovo "Accueil Notre-Dame" e ha presieduto la solenne celebrazione eucaristica nella Basilica San Pio X.

NOVEMBRE

– Il giorno 3, accompagnato dal Segretario del Dicastero P. José L. Redrado, il Presidente S.E. Mons. Lozano ha presieduto, presso l'Ospedale "San Giovanni Calibita - Fatebenefratelli" – Isola Tiberina – Roma, una celebrazione eucaristica in occasione del Centenario della nascita di San Riccardo Pampuri.

6. Convegno Ecclesiale sulla Droga

Si è svolto in Vaticano (Aula Vecchia del Sinodo) dal 9 all'11 ottobre u.s., il Convegno Ecclesiale inerente al problema della droga sul tema: *Solidali per la Vita*, promosso e organizzato da questo Pontificio Consiglio.

Lo scopo del Convegno era di fare il punto sull'impegno assunto da tutte le forze vive della Chiesa – Diocesi, Istituti Religiosi, Associazioni e Gruppi di recupero e di volontariato-

in tutto il mondo, per arginare il fenomeno attraverso una prevenzione e un recupero del tossicodipendente nel pieno rispetto dei valori della vita e della dignità di ogni essere umano e per preparare quanto prima un manuale pastorale per la assistenza ai tossicodipendenti. Sono stati presenti 90 partecipanti, che hanno rappresentato 45 Paesi, esponenti autorevoli, particolarmente distinti per il loro impegno di prevenzione e di recupero a favore dei tossicodipendenti; essi hanno esposto le diverse tecniche ed esperienze più importanti su questo argomento, sviluppate attualmente nel mondo. Il Convegno si è aperto con una prolusione tenuta dal Card. Angelo Sodano, Segretario di Stato, il quale ha esposto di fronte a tutti i presenti le grandi linee del Magistero pontificio al riguardo, riassunte in sette punti principali e cioè: il flagello della droga; effetti devastanti; la responsabilità pubblica; le radici etico-culturali del fenomeno; un'adeguata strategia; una sfida per la Chiesa; l'orizzonte della speranza. Nel corso del Convegno sono state affrontate le varie tematiche riguardanti le riflessioni antropologiche e teologiche sull'armonia della persona e la droga, sulla droga e il valore del corpo, sull'educazione alla promozione della vita e sulla persona come valore. Dopo queste riflessioni ha avuto luogo lo scambio delle varie esperienze sulla prevenzione e il recupero del tossicodipendente ed il ruolo della famiglia e della società. Sono stati anche affrontati altri temi come le radici biologiche della tossicomania, tossicodipendenza e criminalità, la lotta contro la droga e la normativa internazionale. Non sono mancati anche importanti Messaggi: dell'Ufficio delle Nazioni Unite a Vienna, dell'Ufficio per la droga dell'OMS, ed infine dell'Osservatorio europeo sulle droghe e la tossicomania a Lisbona. Alla fine dei Lavori è intervenuto il Santo Padre con un autorevole discorso, sottolineando che la lotta contro questo flagello della tossicomania è dovere di ciascuno, secondo le proprie responsabilità.

7. XII Conferenza Internazionale

Un momento di particolare significato ed importanza per il lavoro di questo Pontificio Consiglio è stata la XII Conferenza internazionale, celebrata in Vaticano, (Aula Nuova del Sinodo) dal 6 all'8 novembre sul tema: *Chiesa e Salute nel mondo, attese e speranze alle soglie del 2000*, "Gratia eius salvati estis" (Ef. 2, 8). Essa si colloca all'interno delle celebrazioni del Grande Giubileo e degli argomenti che il Papa ha fissato per quest'anno nella *Tertio Millenio Adveniente*: Gesù Cristo, Verbo di Dio incarnato, fonte di salute per tutti.

La Conferenza ha riunito circa 450 partecipanti provenienti da 80 Paesi; erano presenti 22 Ambasciatori, 200 medici, rappresentanti delle Associazioni e Federazioni Cattoliche del mondo della salute. Tra i 50 illustri relatori, 3 Cardinali, il Ministro della Sanità del Portogallo, 5 Vescovi, 2 Ambasciatori, nonché numerosi autorevoli ricercatori, scienziati e studiosi di bioetica, storia della medicina, biomedicina, filosofia, etica, sociologia, diritto, teologia morale e pastorale. Da segnalare tra gli illustri relatori S. E. il Card. Pio Laghi, Prefetto della Congregazione per l'Educazione Cattolica, che ha aperto la Conferenza con un intervento su un tema Cristologico: *Gesù, Verbo Incarnato, salute e salvezza dell'uomo* e il Ministro della Sanità del Portogallo, D.ssa Maria de Belem Roseira che ha presentato una relazione *sugli aspetti socio-politici e economici della salute*, nonché il Dr. Hiroshi Nakajima, Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che, intervenendo alla Tavola rotonda, ha voluto sottolineare l'importanza della cooperazione internazionale per la Solidarietà.

Il Santo Padre, alla conclusione dei Lavori, durante l'incontro con i partecipanti alla XII Conferenza Internazionale ha lanciato un pressante appello al mondo sanitario perché si liberi dalle dinamiche del profitto e si lasci permeare dalla logica della solidarietà e della

carità, e inoltre ha voluto ricordare la grande testimonianza d'amore verso i sofferenti offerta da Madre Teresa di Calcutta.

8. Attività editoriale

La rivista quadrimestrale *Dolentium Hominum. Chiesa e salute nel mondo*, organo ufficiale del Dicastero è uscita regolarmente e trova sempre più grande accoglienza presso gli operatori sanitari di tutto il mondo; essa è disponibile nelle quattro versioni linguistiche (italiano, spagnolo, francese e inglese). Un numero della rivista contiene gli Atti integrali della Conferenza Internazionale annuale promossa dal Pontificio Consiglio.

La Carta degli Operatori Sanitari, pubblicata nel 1994, su iniziativa del Dicastero, è attualmente disponibile nelle lingue: italiana, inglese, francese, spagnola, tedesca, olandese, polacca, portoghese, russa, ceca, rumena, ed è in corso, con il nulla osta del Dicastero, la pubblicazione della Carta in lingua ungherese e lituana; invece in fase di traduzione sono nella lingua malgascia, araba, albanese e "thai".

9. Conclusione

Nel chiudere questa sintetica relazione sull'attività del Dicastero si deve aggiungere che nel corso dell'intero anno 1997, c'è stata un'attività intensa e vivace in sede. Il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari ha continuato, sotto la nuova guida del Dicastero S.E. Mons. Javier Lozano, il lavoro ordinario sia di corrispondenza epistolare con gli episcopati su specifiche questioni relative ai problemi di pastorale sanitaria, di bioetica, di attività editoriale, di richieste varie, sia di contatto personale con i Rappresentanti pontifici, in particolare con quelli di nuova nomina, con Arcivescovi, Vescovi, presenti a Roma o per la visita *ad limina* o per altre circostanze, con sacerdoti, religiosi e religiose impegnati nel vasto campo della salute.