



DOLENTIUM HOMINUM

N. 39 – anno XIII – N. 3, 1998

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
JOBBLIN 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

- 5 MESSAGGIO DEL SANTO PADRE
IN OCCASIONE DELLA VII GIORNATA
MONDIALE DEL MALATO

MAGISTERO

- 10 **Dai discorsi
del Santo Padre**

ARGOMENTI

- 20 **Itinerari biblici e pastorali
nell'accompagnamento
del malato**
P. Arnaldo Pangrazzi

- 27 **Un progetto sanitario
in materia di eutanasia**
P. Bonifacio Honings

- 31 **Etica e placebo**
P. Jean-Pierre Schaller

- 35 **“Matercare International”
Un’iniziativa pratica
per il nuovo millennio**
R. L. Walley

TESTIMONIANZE

- 40 **Conferenza Episcopale Spagnola
Dipartimento di Pastorale Sanitaria
Piano d'azione
per il quadriennio 1997-2000**

- 48 **Conferenza dell'Episcopato
Messicano
Commissione Episcopale
di Pastorale Sanitaria
Programma 1998-2000**

- 54 **La Pastorale Sanitaria
a Cuba**

- 56 **Pastorale Sanitaria
in Cile**

- 58 **L'azione evangelizzatrice
dei PROSAC**

- 61 **La cura pastorale
nell'ospedale psichiatrico
Aita Menni di Mondragon
(Spagna)
nel periodo 1922-1995**
Pedro F.dez de Larrinoa
M. Carmen Martín
M. Jesús Goikoetxea

ATTIVITÀ DEL PONTIFICIO CONSIGLIO

LA DONNA CONSACRATA
NEL MONDO DELLA SALUTE

- 66 **I. Saluto al Santo Padre
durante l'udienza alle religiose**
Mons. Javier Lozano Barragán

- 66 **II. Siate cuore e mani di Cristo
verso i malati per rispondere alle sfide
poste al mondo della sofferenza**
Giovanni Paolo II

- 69 **III. Dovete essere annuncio
dell'infinita misericordia di Dio**
Mons. Javier Lozano Barragán

- 71 **IV. Un Congresso di stile femminile**
P. José L. Redrado

XIX CONGRESSO DELLA FEDERAZIONE
INTERNAZIONALE DELLE ASSOCIAZIONI
DI MEDICI CATTOLICI (FIAMC)

- 72 **I. L'etica medica
alle soglie del Terzo Millennio**
Cardinale Angelo Sodano

- 73 **II. Saluto ai partecipanti al Congresso**
Mons. Javier Lozano Barragán
P. Pierluigi Marchesi

- 74 **III. L'etica medica nel Terzo Millennio**
Prof. Walter Osswald

- 80 **IV. Conclusioni**

CONGRESSO DELLA FEDERAZIONE
INTERNAZIONALE DELLE INFERMIERE
CATTOLICHE (CICIAMS)

- 82 **I. Qualità della vita e globalizzazione**
Cardinale Angelo Sodano

- 83 **II. Saluto**
Mons. Javier Lozano Barragán

- 84 **III. CICIAMS: un'analisi pertinente**

- 86 **IV. Globalizzazione della medicina:
missione e responsabilità
delle infermiere e delle assistenti
medico-sociali cattoliche**
Mons. Javier Lozano Barragán

- 91 **Attività del Pontificio Consiglio
della Pastorale
per gli Operatori Sanitari - 1998**

*Le illustrazioni di questo numero sono tratte
dalla rivista “Ecclesia” n°.14/97*



SECRETARIA STATUS

Summus Pontifex

IOANNES PAULUS II

ad Sedem Episcopalem tit. Aufenensem evexit Reverendum Patrem

IOSEPHUM ALOISIUM REDRADO MARCHITE, O.H.

Secretarium Pontificii Consilii de Apostolatu pro valetudinis Administris

Id in notitiam ipsius Reverendi Patris Redrado Marchite perfertur, ut ea de re opportune certior fiat ad eiusdemque normam se gerat.

Ex Aedibus Vaticanis, die V mensis Decembris anno MCMXCVIII.

+Angelus Card. Sodano

L'Osservatore Romano di Domenica 6 Dicembre 1998
nella rubrica "Nostre Informazioni" pubblicava la seguente notizia:

Sua Santità ha nominato Vescovo titolare di Ofena
il Reverendo Padre José Luis Redrado Marchite, O.H.
Segretario del Pontificio Consiglio
della Pastorale per gli Operatori Sanitari.

Messaggio del Santo Padre per la Giornata Mondiale del Malato 11 febbraio 1999

Carissimi Fratelli e Sorelle!

1. La prossima Giornata Mondiale del Malato, l'11 febbraio 1999, secondo una tradizione che va ormai consolidandosi, avrà il suo momento celebrativo più solenne in un importante santuario mariano.

La scelta del santuario di Nostra Signora di Harissa, sulla collina prospiciente Beirut, viene ad assumere, per le circostanze di tempo e di luogo, molteplici e profondi significati. La terra che ospita questo santuario è il Libano che, come ho già avuto occasione di rilevare, “è più che un Paese; è un messaggio e un modello per l'Oriente e per l'Occidente” (Roma, 7 settembre 1989. In *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, XII/2, p. 176).

Dal santuario di Harissa la vigile statua della Beata Vergine Maria guarda la costa mediterranea, così vicina alla terra sulla quale Gesù passava “predicando la buona novella del Regno e curando ogni sorta di malattie e di infermità nel popolo” (Mt 4,23). Non lontana è la regione che custodisce i corpi dei martiri Cosma e Damiano che, accogliendo il mandato di Cristo di “annunziare il Regno e di guarire gli Infermi” (Lc 9,2), lo attuarono con tanta generosità da meritare il titolo di *santui medici anargiri*: esercitavano infatti la medicina senza retribuzione.

L'anno 1999, nell'ambito della preparazione al grande Giubileo del 2000, sarà dedicato dalla Chiesa universale ad una più attenta riflessione su Dio Padre. Nella sua prima lettera l'apostolo Giovanni ci ricorda che “Dio è amore” (4, 8.16). Come potrebbe la riflessione su tale mistero non ravvivare la virtù teologale della carità, nel suo duplice volto di amore per Dio e per i fratelli?

2. In questa prospettiva, l'opzione preferenziale della Chiesa per i poveri ed i sofferenti nel corpo e nello spirito assumerà, alle soglie della scadenza del secondo millennio dell'era cristiana, il carattere di un “cammino di autentica conversione al Vangelo”. Ciò non mancherà di suscitare una crescente ricerca dell'unità tra tutti gli uomini per la costruzione della civiltà dell'amore (cfr. Lett. ap. *Tertio millennio adveniente*, nn. 50-52), nel segno della Madre di Gesù, “esempio perfetto di amore sia verso Dio sia verso il prossimo” (*Ibid.*, n. 54).

Quale luogo della terra, meglio del Libano, potrebbe oggi essere simbolo di unità tra i cristiani e di incontro di tutti gli uomini nella comunione dell'amore? La terra libanese, infatti, oltre che luogo di convivenza tra comunità cattoliche di diverse tradizioni e tra varie comunità cristiane, è anche crocevia di molteplici religioni. Come tale, essa può ben fungere da laboratorio per "costruire insieme un avvenire di convivialità e di collaborazione, in vista dello sviluppo umano e morale" dei popoli (Esort. ap. post-sinod. *Una speranza nuova per il Libano*, 93).

La Giornata Mondiale del Malato, che avrà il suo punto di convergenza proprio in Libano, chiama la Chiesa universale ad interrogarsi sul suo servizio nei confronti della condizione che, ponendo in luce più di ogni altra i limiti e la fragilità delle creature umane, ne sollecita anche la reciproca solidarietà. La Giornata diventa così momento privilegiato di riferimento al Padre e di doveroso richiamo al comandamento primario dell'amore, della cui osservanza saremo chiamati tutti a rendere conto (cfr. *Mt 25,31-46*). Il modello a cui ispirarsi è indicato da Gesù stesso nella figura del buon Samaritano, parabola-chiave per la piena comprensione del comandamento dell'amore del prossimo (cfr. *Lc 10,25-37*).

3. La prossima Giornata Mondiale del Malato deve allora iscriversi nel quadro di una sensibilità particolare per il dovere della carità, che l'incontro di riflessione, di studio e di preghiera presso il santuario di Nostra Signora di Harissa - meta di pellegrinaggi di tutte le comunità libanesi cristiane delle varie Chiese ed anche di devoti musulmani - non mancherà di sottolineare. Ne risulterà acuito il bisogno di unità attraverso quell' "ecumenismo delle opere" che, nell'attenzione ai malati, ai sofferenti, agli emarginati, ai poveri e privi di tutto, è la più urgente, e insieme la meno ardua, delle vie ecumeniche, come l'esperienza ormai dimostrata. Su questa via sarà possibile non soltanto ricercare la "piena unità" tra quanti professano il nome cristiano, ma anche aprirsi al dialogo interreligioso in un luogo come il Libano, dove credenze religiose diverse "hanno in comune un certo numero di valori umani e spirituali incontestabili", che possono spingere, anche "al di là delle divergenze importanti tra le religioni", a discernere innanzitutto ciò che unisce (Esort. ap. post-sinod. *Una nuova speranza per il Libano*, 13-14).

4. Nessuna domanda sale dai cuori umani con implorazione tanto alta quanto la domanda della sanità e della salute. Non deve, quindi, stupire se la solidarietà umana, a tutti i livelli, può e deve svilupparsi con urgenza prioritaria nell'ambito della sanità. È, pertanto, urgente "compiere uno studio serio e profondo circa l'organizzazione dei servizi sanitari nelle istituzioni, con la preoccupazione di farne dei luoghi di testimonianza sempre più grande dell'amore verso gli uomini" (*Ibid.*, n. 102).

A sua volta, la risposta attesa da chi soffre deve modularsi in rapporto alle condizioni del destinatario, il quale sopra ogni cosa desidera il dono di una condivisione

partecipe, di un amore solidale, di una dedizione generosa fino all'eroismo.

La contemplazione del mistero della paternità di Dio si trasformi in ragione di speranza per i malati ed in scuola di premurosa sollecitudine per quanti ne assumono l'assistenza.

5. Ai *malati*, di ogni età e condizione, alle vittime di infermità di ogni genere e di calamità e tragedie, il mio invito ad abbandonarsi nelle braccia paterne di Dio. Sappiamo che la vita ci è stata data in dono dal Padre quale altissima espressione del suo amore e che essa continua ad essere un suo dono in ogni circostanza. Tutte le nostre scelte più responsabili, il cui traguardo a motivo dei nostri limiti può sembrarci a volte oscuro ed incerto, devono essere guidate da questa convinzione. Poggia su di essa l'invito del Salmista: "*Getta sul Signore il tuo affanno ed egli ti darà sostegno, mai permetterà che il giusto vacilli*" (Sal 54,23).

Commentando queste parole sant'Agostino scriveva: "Di che cosa ti preoccuperai? Di che cosa ti affannerai? Chi ti ha fatto si prende cura di te. Chi ebbe cura di te prima che tu esistessi, non si curerà forse di te quando ormai sei ciò che egli ha voluto che fossi? Perché ormai sei fedele, già cammini sulla via della giustizia. Non avrà dunque cura di te colui che fa sorgere il suo sole sui buoni e sui cattivi, e fa piovere sui giusti? Trascurerà, abbandonerà, lascerà solo te che sei già giusto e vivi nella fede? Al contrario, egli ti beneficia, ti aiuta, ti dà qui ciò che ti è necessario, ti difende dalle avversità. Facendo doni ti consola perché tu perseveri, togliendoteli ti corregge affinché tu non perisca; il Signore ha cura di te, stai tranquillo. Ti sostiene colui che ti ha fatto, non cadere dalla mano del tuo Creatore; se cadrai dalla mano del tuo artefice ti spezzerai. La buona volontà ti aiuta a rimanere nelle mani di colui che ti ha creato... Abbandonati a Lui, non credere che ci sia il vuoto quasi che tu dovessi precipitare; non ti immaginare una cosa di questo genere. Egli ha detto: «Io riempio il cielo e la terra». Ma egli ti mancherà; non mancargli tu, non mancare tu a te stesso" (*Enarr. in Psalmos, 39, 26, 27: CCL 38, 445*).


6. Agli *operatori sanitari* - medici, farmacisti, infermieri, cappellani, religiosi e religiose, amministratori e volontari -, chiamati per vocazione e professione ad essere custodi e servitori della vita umana, addito ancora una volta l'esempio di Cristo: mandato dal Padre quale prova suprema del suo infinito amore (cfr *Gv 3,16*), egli ha insegnato all'uomo "a far del bene con la sofferenza e a far del bene a chi soffre", svelando fino in fondo, "in questo duplice aspetto, il senso della sofferenza" (Lett. ap. *Salvifici doloris*, 30).

Alla scuola di chi soffre, sappiate cogliere attraverso la condiscendenza amorevole le ragioni profonde del mistero della sofferenza. Il dolore del quale siete testimoni sia la misura della risposta di dedizione che si attende da voi. E nel rendere questo servizio alla vita, siate aperti alla collaborazione di tutti, poiché "la questione della vita e

della sua difesa e promozione non è prerogativa dei soli cristiani... Nella vita c'è sicuramente un valore sacro e religioso, ma in nessun modo esso interpella solo i cristiani" (Lett. en. *Evangelium vitae*, 101). E come chi soffre non chiede che aiuto, così accettate l'aiuto di tutti quando esso vuole tradursi in risposta d'amore.

7. Alla *comunità ecclesiale* va il mio pressante invito a fare dell'anno del Padre l'anno della carità fattiva, della carità delle opere, attraverso il pieno coinvolgimento di tutte le istituzioni ecclesiali. Scrive sant'Ignazio di Antiochia agli Efesini che la carità è la strada verso Dio. Fede e carità sono il principio e il traguardo della vita; la fede è il principio, la carità è il fine (cfr *PG V*, 651). Tutte le virtù fanno corteo a queste per condurre l'uomo alla perfezione. Sant'Agostino, per parte sua, insegna: "Se, dunque, non puoi leggere una ad una tutte le pagine della Sacra Scrittura, abbi la carità, da cui tutto dipende. Così saprai non solo ciò che ivi avrai appreso, ma anche ciò che ancora non vi ha potuto apprendere" (*Sermo 350, 2-3: PL 39, 1534*).

8. La Vergine Maria, Nostra Signora di Harissa, col suo esempio sublime, sia in questa Giornata Mondiale del Malato accanto a tutti coloro che soffrono; ispiri quanti rendono testimonianza alla fede cristiana mediante il servizio ai malati; guidi tutti con mano materna alla Casa del Padre di ogni misericordia. Lei, che ha vegliato sui dolori strazianti del popolo libanese, suscitati nel mondo, attraverso la speranza che è tornata a fiorire in quella terra, una rinnovata fiducia nella forza sanante della carità e, come figli smarriti, tutti raccolga sotto il suo manto. Possa il nuovo millennio che stava per aprirsi inaugurare un'era di rinnovata fiducia nell'uomo, creatura altissima dell'amore di Dio, che solo nell'amore potrà ritrovare il senso della propria vita e del proprio destino.



Dal Vaticano, 8 Dicembre 1998

magistero



*Dai discorsi
del Santo Padre*

“Il reinserimento sociale della popolazione penitenziaria è un gesto di grande umanità e un segno di riconciliazione”

Giovanni Paolo II, nel tardo pomeriggio di sabato 24 gennaio, ha visitato il Santuario di san Lazzaro, situato nella località El Rincòn di La Habana, Cuba. Nel Santuario, il Papa ha avuto un intenso e commovente incontro con il mondo del dolore. Erano presenti, infatti, circa cento malati del lebbrosario che sorge di fronte alla chiesa. Pubblichiamo il discorso pronunciato dal Papa.

10

Carissimi fratelli e sorelle:

1. Nella mia visita a questa nobile terra non poteva mancare un incontro con il *mondo del dolore*, perché *Cristo è molto vicino a quanti soffrono*. Vi saluto con tutto il mio affetto, cari malati, ricoverati nel vicino Ospedale Dottor Guillermo Fernández Hernández-Baquero, che oggi gremite questo Santuario di San Lazzaro, l'amico del Signore. Attraverso di voi desidero salutare anche gli altri malati di Cuba, gli anziani che sono soli, quanti soffrono nel corpo e nello spirito. Con la mia paro-



la e il mio affetto desidero raggiungere tutti, seguendo l'esortazione del Signore: “Ero... malato e mi avete visitato” (Mt 25, 35-36). Vi accompagnano l'affetto del Papa, la solidarietà della Chiesa e il calore fraterno degli uomini e delle donne di buona volontà.

Saluto le *Figlie della Carità di San Vincenzo de' Paoli* che lavorano in questo Centro e, attraverso di loro, saluto le altre anime consacrate che, appartenenti a diversi Istituti religiosi, lavorano con amore in altri luoghi di questa bella Isola per alleviare le sofferenze di ogni persona bisognosa. La comunità ecclesiale vi è molto grata poiché in tal modo contribuite alla missione concreta secondo il vostro carisma particolare, poiché “il Vangelo si rende operante attraverso la carità, che è gloria della Chiesa e segno della sua fedeltà al Signore” (*Vita consecrata*, n. 82).

Desidero salutare anche i *medici*, gli *infermieri* e il *personale ausiliario* che con competenza e dedizione utilizzano le risorse della scienza per alleviare la sofferenza e il dolore. La Chiesa stima il vostro operato perché, animato dallo spirito di servizio e di solidarietà verso il prossimo, ricorda l'opera di Gesù che “*guarì tutti i malati*” (Mt 8, 16). Sono a conoscenza dei grandi sforzi che si compiono a Cuba nel campo della sanità, malgrado le limitazioni economiche a cui il Paese è sottoposto.

2. Vengo come pellegrino della verità e della speranza al Santuario di San Lazzaro, come testimone, nella mia carne, del significato e del valore che ha il dolore quando lo si accoglie avvicinandosi fiduciosamente a Dio “ricco di misericordia”. Questo luogo è sacro per i cubani, poiché qui sperimentano la grazia quanti si rivolgono con fede a Cristo con la stessa certezza di San Paolo: “Tutto posso in colui che mi dà la forza” (Fil 4,13). Qui si possono ripetere le parole con le quali Marta, sorella di Lazzaro, esprime a Gesù Cristo piena fiducia, ottenendo il miracolo della risurrezione del fratello: “*Ma anche ora so che qualunque cosa chiederai a Dio, egli te la concederà*” (Gv 11, 22) e le parole con le quali, in seguito, confessò: “*Sì, o Signore, io credo che tu sei il Cristo, Figlio di Dio che deve venire nel mondo*” (Gv 11, 27).

3. Carissimi fratelli, ogni essere umano sperimenta nella propria vita, in un modo o nell'altro, il dolore e la sofferenza e non può non interrogarsi su di essi. *Il dolore è un mistero*, molte volte imperscrutabile alla ragione. *Esso fa parte del mistero della persona umana* che si chiarisce solo in Gesù Cristo che rivela all'uomo la sua identità. Solo a partire da Lui potremo trovare il senso di tutto ciò che è umano.

“La sofferenza”, come ho scritto nella Lettera Apostolica *Salvifici doloris*, “infatti, non può essere trasformata e mutata con una grazia dall'esterno, ma dall'interno... Non sempre, però, un tale processo interiore si svolge in modo uguale... Cristo, infatti, non risponde direttamente e non risponde in astratto a questo interrogativo umano circa il senso della sofferenza. L'uomo ode la sua risposta salvifica man mano che egli stesso diventa partecipe delle sofferenze di Cristo. La risposta che giunge mediante tale partecipazione... è... una chiamata...: «Seguimi», Vieni! *Prendi parte con la tua sofferenza a quest'opera di salvezza del mondo*, che si compie per mezzo della mia sofferenza. Per mezzo della mia croce” (n. 26).

È questo il vero significato e il valore del dolore, delle sofferenze fisiche, morali e spirituali. È questa la Buona Novella che desidero comunicarvi. All'interrogativo umano, il Signore risponde con una chiamata, con una vocazione speciale che, in quanto tale, ha il suo fondamento nell'amore. Cristo non si presenta a noi con spiegazioni e ragioni per tranquillizzarci o per turbarci, ma viene a dirci: Venite con me. Seguitemi lungo il cammino della Croce. *La Croce è sofferenza. “Se qualcuno vuol venire dietro a me, rinneghi se stesso, prenda la sua croce ogni giorno e mi segua” (Lc 9, 23)*. Gesù Cristo si è posto alla nostra testa nel cammino della croce: ha sofferto per primo. Egli non ci spinge alla sofferenza, ma la condivide con noi e vuole che abbiamo la vita e l'abbiamo in abbondanza (cfr. Gv 10, 10).

Il dolore si trasforma quando sperimentiamo in noi la vicinanza e la solidarietà del Dio vivente: “*Io lo so che il mio Vendicatore è vivo e che... vedrò Dio*” (Gb 19, 25-26). Con questa certezza si acquisisce la pace interiore e dalla gioia spirituale, serena e profonda, che scaturisce dal “Vangelo della sofferenza”, si trae la consapevolezza della grandezza e della dignità dell'uomo che soffre generosamente e offre il proprio dolore “*come sacrificio vivente, santo e gradito a Dio*” (Rm 12, 1). In tal modo, colui che soffre non è un peso per gli altri, ma contribuisce alla loro salvezza con la propria sofferenza.

La sofferenza non è soltanto di natura fisica, come può esserlo la malattia. Esiste anche la sofferenza dell'anima, quella che vivono i segregati, i perseguitati, i detenuti per crimini diversi o per motivi di coscienza, per le loro idee pacifiche, ma non condivise. Questi ultimi subiscono l'isolamento e una pena alla quale la loro coscienza non li condanna, mentre desiderano integrarsi nella vita attiva con spazi in cui possano esprimere e proporre le proprie opinioni con rispetto e tolleranza. Incoraggio a promuovere gli sforzi in vista del reinserimento sociale della popolazione penitenziaria. È un gesto di grande umanità e un seme di riconciliazione che fa onore all'autorità che lo promuove e al contempo rafforza la convivenza pacifica del Paese. A tutti i detenuti, alle loro famiglie che soffrono per la separazione ed aspirano a ricongiungersi, invio il mio cordiale saluto, esortandoli a non lasciarsi sopraffare dal pessimismo e dallo scoraggiamento.

Carissimi fratelli: i cubani hanno bisogno di forza interiore, di pace profonda e della gioia che scaturisce dal “Vangelo della sofferenza”. Offrite tutto ciò in modo generoso affinché Cuba “veda Dio faccia a faccia”, cioè affinché cammini nella luce del suo Volto verso il Regno eterno e universale, perché ogni cubano, dal più profondo del proprio essere, possa dire: “*Io lo so che il mio Vendicatore è vivo*” (Gb 19, 25-26). Questi non è altri che Gesù Cristo, Nostro Signore.



4. La dimensione cristiana della sofferenza non si riduce soltanto al suo significato profondo e al suo carattere redentore. Il dolore invita all'amore, ossia deve generare solidarietà, dedizione, generosità in quanti soffrono e in quanti si sentono chiamati ad assisterli e ad aiutarli nelle loro sofferenze. La parabola del Buon Samaritano (cfr. *Lc* 10, 29 e seg.), che ci presenta il Vangelo della solidarietà verso il prossimo che soffre, "è diventata una delle componenti essenziali della cultura morale e della civiltà universalmente umana" (*Salvifici doloris*, 29). In effetti, in questa parabola, Gesù ci insegna che *il prossimo è colui che incontriamo sul nostro cammino, ferito e bisognoso di aiuto*: egli deve essere sostenuto nei mali che lo affliggono, con i mezzi adeguati, prendendosi cura di lui fino alla completa guarigione. La famiglia, la scuola, le altre istituzioni educative, anche se solo per motivi umanitari, devono lavorare con perseveranza per risvegliare e affinare quella sensibilità verso il prossimo e la sua sofferenza, di cui la figura del samaritano è il simbolo. L'eloquenza della parabola del Buon Samaritano, come anche di tutto il Vangelo è praticamente questa: l'uomo deve sentirsi chiamato personalmente a *testimoniare l'amore nel dolore*. "Le istituzioni sono molto importanti e indispensabili; tuttavia, nessuna istituzione può da sola sostituire il cuore umano, la compassione umana, l'amore umano, l'iniziativa umana, quando si tratti di farsi incontro alla sofferenza dell'altro" (*Ibidem*, n. 29).

Tutto ciò si riferisce alle sofferenze fisiche, ma vale ancora di più per le molteplici sofferenze morali e dell'anima. Per questo, quando una persona soffre nell'anima o quando è l'anima di una nazione a soffrire, il dolore deve invitare alla solidarietà, alla giustizia, alla edificazione della civiltà della verità e dell'amore. Un segno eloquente della volontà d'amore, dinanzi al dolore e alla morte, al carcere e alla solitudine, alle separazioni familiari forzate o all'emigrazione che divide le famiglie, deve essere il fatto che ogni orga-

nismo sociale, ogni istituzione pubblica, così come tutte le persone che hanno responsabilità nel campo della sanità, della sollecitudine verso i bisognosi e della rieducazione dei detenuti, rispettino e facciano rispettare i diritti dei malati, degli emarginati, dei reclusi e dei loro familiari, in definitiva, i diritti di ogni uomo che soffre. In tal senso, la *Pastorale sanitaria* e quella *penitenziaria* devono trovare gli spazi per realizzare la loro missione al servizio dei malati, dei detenuti e delle loro famiglie.

L'indifferenza di fronte al dolore umano, la passività dinanzi alle cause che provocano le sofferenze di questo mondo, i rimedi estemporanei che non portano a sanare in profondità le ferite delle persone e dei popoli, sono omissioni gravi. Davanti ad esse ogni uomo di buona volontà deve convertirsi ed ascoltare il grido dei sofferenti.

5. Amati fratelli e sorelle: nei momenti difficili della vita personale, familiare e sociale, le parole di Gesù ci aiutano nella prova: "*Padre mio, se è possibile, passi da me questo calice! Però non come voglio io, ma come vuoi tu*" (*Mt* 26, 39). Il povero che soffre trova nella fede la forza di Cristo che gli dice per mezzo di Paolo: "*Ti basta la mia grazia*" (*2Cor* 12, 9). Nessuna sofferenza va perduta, nessun dolore cade nel vuoto: Dio li accoglie tutti come ha accolto il sacrificio di suo Figlio Gesù Cristo.

Ai piedi della Croce, con le braccia aperte e il cuore trafitto sta nostra Madre, la Vergine Maria, Nostra Signora dei Dolori e della Speranza, che ci accoglie nel suo grembo materno pieno di grazia e di pietà. Ella è un cammino sicuro verso Cristo, nostra pace, nostra vita, nostra risurrezione.

Maria, Madre di chi soffre, pietà di chi muore, calda consolazione di chi è scoraggiato: volgi lo sguardo verso i tuoi figli cubani che attraversano la dura prova del dolore e mostra loro Gesù, frutto benedetto del tuo ventre! Amen.



“Nessuna autorità umana, neppure lo Stato, può giustificare moralmente l’uccisione dell’innocente. La tragica trasformazione di un delitto in diritto è indice di preoccupante decadenza di una civiltà”

IL DISCORSO DI GIOVANNI PAOLO II A OTTOMILA ADERENTI
AL MOVIMENTO PER LA VITA RICEVUTI IN UDIENZA
VENERDÌ MATTINA, 22 MAGGIO NELL’AULA PAOLO VI

1. Benvenuti, carissimi Fratelli e Sorelle, appartenenti al *Movimento per la Vita*. Voi siete giunti a Roma da varie città italiane per rinnovare ancora una volta il vostro “sì” al fondamentale valore della vita e dare voce a tanti innocenti, il cui diritto a nascere è messo a repentaglio. Saluto con affetto Mons. Elio Sgreccia, Vice Presidente della Pontificia Accademia della Vita, e l’On. Carlo Casini, Presidente del Movimento, che ringrazio per le parole belle e forti che ha voluto indirizzarmi a nome vostro. Saluto pure tutti coloro che in questi anni hanno alacramente operato per difendere e promuovere la vita.

Come ricordavo nell’Enciclica *Evangelium vitae*: “L’umanità di oggi ci offre uno spettacolo davvero allarmante, se pensiamo non solo ai diversi ambiti nei quali si sviluppano gli attentati alla vita, ma anche alla loro singolare proporzione numerica, nonché al molteplice e potente sostegno che viene dato loro dall’ampio consenso sociale, dal frequente riconoscimento legale, dal coinvolgimento del personale sanitario” (n. 16).

Con profondo dolore dobbiamo constatare che tali gravi fenomeni si registrano anche in Italia, dove negli ultimi venti anni ben tre milioni e mezzo di bambini sono stati soppressi con il favore della legge, oltre a quelli eliminati in modo clandestino. Tuttavia, di fronte a tali dati preoccupanti, la vostra presenza così numerosa e convinta è un segno incoraggiante che alimenta la speranza della vittoria della verità sulle false giustificazioni dell’aborto. E la verità è che ogni essere umano ha il diritto alla vita dal suo concepimento fino al suo naturale tramonto. Per i credenti la speranza che questa verità s’afferma trova il suo fondamento nel Cristo morto e risorto, che invia nel mondo il suo Spirito, per infondere coraggio e suscitare infaticabili difensori e testimoni della verità e della vita.

2. Motivi di conforto vengono oggi anche da parte di quanti constatano sul piano politico il fallimento delle leggi abortiste, le quali non solo non hanno sconfitto l’aborto clande-

stino, ma, al contrario, hanno contribuito al crescere della denatalità e, non di rado, al degrado della moralità pubblica. Questi dati evidenziano l’urgente necessità di impegnarsi nella promozione e nella difesa dell’istituzione familiare, prima risorsa dell’umana società, soprattutto in riferimento al dono dei figli ed all’affermazione della dignità della donna. In effetti, non sono pochi coloro che, considerando la dignità della donna come persona, come sposa, come madre, vedono nella legislazione abortista una sconfitta ed un’umiliazione per la donna e la sua stessa dignità

Grande motivo di conforto è poi la vostra opera, cari aderenti al Movimento per la Vita: grazie all’impegno capillare e puntuale dei *Centri di Aiuto* da voi promossi, è stato possibile salvare oltre quarantamila bambini e bambine, ed assistere altrettante donne. Tale promettente risultato dimostra che, laddove viene offerto un sostegno concreto, la donna, nonostante problemi e condizionamenti a volte anche drammatici, è in grado di far trionfare dentro di sé il senso dell’amore, della vita e della maternità.

Il vostro benemerito impegno ha inciso positivamente sulle coscienze dei singoli, dove spesso “si consuma oggi l’eclissi del senso di Dio e dell’uomo con tutte le sue molteplici e funeste conseguenze sulla vita” (*Evangelium vitae*, 24) e nella “coscienza morale della società”, che “è responsabile non solo perché tollera o favorisce comportamenti contrari alla vita, ma anche perché alimenta la cultura della morte, giungendo a creare e consolidare vere e proprie strutture di peccato contro la vita” (*Ibid*).

La rete d’attenzione alla vita nascente, che il vostro Movimento è riuscito a costruire, suscitando l’attenzione delle Istituzioni politiche e di larghi strati della società, fa pensare che se l’azione di tanti volontari, sostenuta da una solidarietà più esplicita, fosse ammessa all’interno delle strutture sanitarie pubbliche, raggiungerebbe risultati ancora maggiori a favore di tante vite innocenti.

Formulo l'auspicio che le parrocchie e le diocesi facciano tesoro della vostra esperienza per attivare strutture organiche di aiuto alla vita non solo del nascituro, ma anche degli adolescenti, degli anziani e delle persone sole e abbandonate.

3. All'aiuto concreto e ad una capillare azione educativa che coinvolga l'intera Comunità ecclesiale, deve corrispondere l'impegno politico per il riconoscimento pieno della dignità e dei diritti del nascituro e per la revisione di leggi che ne rendono legittima la soppressione. Nessuna autorità umana, neppure lo Stato, può giustificare moralmente l'uccisione dell'innocente. Tale tragica trasformazione di un delitto in diritto (cfr. *Evangelium vitae*, 11) è indice di preoccupante decadenza di una civiltà.

Le leggi abortiste, infatti, oltre a ferire la legge impressa dal Creatore nel cuore di ogni uomo, manifestano una forma non corretta di democrazia, propongono un concetto riduttivo di socialità, rivelano una carenza d'impegno da parte dello Stato nei confronti della promozione dei valori.

Un'azione efficace in questo campo deve, pertanto, mirare a ricostruire un orizzonte di valori, che si traduca in una chiara affermazione del "diritto alla vita" nelle carte internazionali e nelle leggi nazionali.

4. D'altro canto, il progresso economico e sociale non può avere fondamento sicuro e concrete speranze se alla sua base vi è il disconoscimento del diritto alla vita. Non ha futuro una società incapace di valutare debitamente la ricchezza rappresentata da un figlio che nasce e di apprezzare la vocazione

della donna alla maternità.

Come ebbi a ricordare nell'Enciclica *Evangelium vitae*, nel mondo contemporaneo è presente "una sorprendente contraddizione: proprio in un'epoca in cui si proclamano solennemente i diritti inviolabili della persona e si afferma pubblicamente il valore della vita, lo stesso diritto alla vita viene praticamente negato e conculcato, in particolare nei momenti più emblematici dell'esistenza, quali sono il nascere e il morire" (n. 18).

Di fronte a tali posizioni ambigue, desidero ribadire che il rispetto della vita dal suo concepimento fino alla morte naturale costituisce il momento essenziale della moderna questione sociale. Il venir meno di tale rispetto nelle società sviluppate ha gravi contraccolpi nei Paesi in via di sviluppo, dove ancora si insiste nelle perniciose campagne antinataliste, e si manifesta soprattutto sul terreno della procreazione umana artificiale e su quello del dibattito relativo all'eutanasia.

5. Carissimi Fratelli e Sorelle del Movimento per la Vita, perseverate nel vostro impegno coraggioso! Ogni vostro sacrificio ed ogni vostra sofferenza saranno compensati dal sorriso di tanti bambini che, grazie a voi, potranno gioire del dono inestimabile della vita. Vi incoraggio cordialmente a compiere ogni sforzo perché sia effettivamente riconosciuto a tutti il diritto alla vita e perché si costruisca un'autentica democrazia, ispirata ai valori della civiltà dell'amore.

Affido ciascuno di voi ed ogni vostro progetto di bene a Maria, "Madre dei viventi" e, mentre vi assicuro la mia quotidiana preghiera, imparto volentieri a voi ed alle vostre iniziative la Benedizione Apostolica.



“Nessuno può determinare il valore o il non valore della vita di un altro uomo e nemmeno della vita propria”

Nel pomeriggio di domenica 21 giugno, prima del congedo dall’Austria, Giovanni Paolo II si è recato a visitare gli infermi e gli anziani accolti nell’Ospizio della “Caritas Socialis” di Vienna, ed ha consegnato loro un Messaggio rivolto a tutte le persone ammalate del Paese.

Agli amati fratelli e sorelle dell’Ospizio Rennweg della *Caritas Socialis* e a tutti coloro che vivono e operano nel mondo della sofferenza e del dolore!

1. Nel nome del nostro Signore Gesù Cristo, che “si è caricato delle nostre sofferenze e si è addossato i nostri dolori” (*Is 53, 4*), vi saluto con grande affetto. Alla mia visita pastorale in Austria sarebbe mancata una sosta importante, se non avessi avuto la possibilità di un incontro con voi, malati e sofferenti. Nel rivolgermi a voi con questo Messaggio, colgo l’occasione per esprimere a tutti coloro che lavorano a tempo pieno o parziale negli ospedali, nelle cliniche, nelle case di riposo e negli ospizi, il mio più vivo apprezzamento per la loro dedizione a questo servizio che richiede tanti sacrifici. La mia presenza e la mia parola siano sostegno per il loro impegno e per la loro testimonianza.

Oggi, giorno in cui mi viene offerta la possibilità di visitare l’Ospizio *Caritas Socialis*, desidero ribadire che l’incontro con il dolore umano racchiude in sé un lieto annuncio. Il “Vangelo del dolore” (*Lettera Apostolica Salvifici doloris, 25*), infatti, non è scritto solamente nelle Sacre Scritture, ma viene riscritto giorno per giorno in luoghi come questo.

2. Viviamo in una società in cui si cerca di cancellare il dolore. La sofferenza, la malattia, la morte vengono cancellate dalla memoria personale e pubblica, anche se la loro presenza finisce poi per imporsi in tanti modi nella stampa, nella televisione e nelle conferenze. La rimozione della morte si manifesta anche nel fatto che molte persone malate muoiono negli ospedali o in altre strutture, cioè fuori dal loro consueto ambiente.

In realtà, la maggior parte delle persone desidera di poter chiudere gli occhi a casa

propria, in mezzo ai familiari e agli amici fedeli, ma tante famiglie non si sentono in grado né psichicamente né fisicamente di soddisfare tale desiderio. Inoltre vi sono molte persone sole, che non hanno nessuno che possa stare loro vicino alla fine del cammino terreno. Pur morendo “sotto” un tetto, il loro cuore è rimasto “senza” tetto.

Per venire incontro a queste situazioni, negli anni passati varie iniziative ecclesiali, comunali e private sono state intraprese per migliorare sia l’assistenza domiciliare, che quella ospedaliera e medica, come pure per assicurare la cura pastorale dei moribondi e l’aiuto ai familiari. Una di queste iniziative importanti è il “Movimento dell’ospizio”, che nella sede della *Caritas Socialis* in Rennweg ha realizzato un’opera esemplare. In essa le Sorelle si sono ispirate al progetto della loro fondatrice Hildegard Burjan, la quale volle essere presente nei punti focali della sofferenza umana come “l’annunciatrice carismatica dell’amore sociale”.

Chi può visitare questo ospizio, non torna a casa scoraggiato. Al contrario, si rende conto di non aver compiuto semplicemente una visita, ma di aver vissuto un incontro. Con la loro semplice esistenza le persone malate, sofferenti e moribonde qui presenti invitano il visitatore che le incontra a non nascondere a se stesso la realtà della sofferenza e della morte. Egli viene incoraggiato a rendersi conto dei limiti della propria esistenza e ad affrontarli apertamente. L’ospizio fa capire che morire significa vivere prima della morte, perché anche l’ultima tappa della vita terrestre può essere vissuta consapevolmente e organizzata individualmente. Lungi dall’essere una “casa dei moribondi”, questo luogo diventa una soglia della speranza, che conduce oltre la sofferenza e la morte.

3. La maggior parte delle persone malate, dopo aver saputo l’esito degli esami e la diagnosi infausta, vive nella paura del progresso della malattia. Alle sofferenze momentanee si aggiunge la paura dell’ulteriore peggioramento, e così molti perdono il senso della loro vita. Hanno paura di dover affrontare un cammino segnato da dolori insostenibili. Il futuro pieno di angosce peggiora la

qualità della vita. Chi ha avuto una lunga vita piena di soddisfazioni forse può attendere la morte con una certa calma e accettare di morire “sazio di giorni” (*Gentile* 25, 8). Ma per la maggior parte delle persone la morte giunge troppo presto. Tanti nostri contemporanei anche molto anziani si augurano una morte rapida e indolore, altri chiedono un po’ di tempo per congedarsi. Ma le paure, gli interrogativi, i dubbi e i desideri sono sempre presenti nell’ultima tappa della vita. Anche i cristiani non vengono risparmiati dalla paura della morte che è l’ultimo nemico, come dice la Sacra Scrittura (cfr. *1Cor* 15, 26; *Ap* 20, 14).

4. La fine della vita pone l’uomo davanti ai grandi interrogativi: Come sarà la mia morte? Sarò solo o potrò avere accanto le persone care? Che cosa mi aspetta dopo la morte? Sarò accolto dalla misericordia divina?

Affrontare queste domande con delicatezza e sensibilità – ecco il compito di quanti operano negli ospedali e ospizi. È importante parlare della sofferenza e della morte in maniera tale da attenuarne la paura. Infatti, anche morire fa parte della vita. Nella nostra epoca c’è un urgente bisogno di persone che facciano nuovamente risvegliare questa consapevolezza. Mentre nel Medioevo si conosceva “l’arte di morire”, oggi si esita anche tra i cristiani a parlare della morte e a prepararsi per affrontarla adeguatamente. Si preferisce immergersi nel presente cercando di distrarsi con il lavoro, la ricerca dell’affermazione professionale, il divertimento. Ciò nonostante, o forse proprio a causa dell’odierna corsa al consumismo, tra i contemporanei sta aumentando la sete di trascendenza. Anche se i concetti concreti di una vita nell’al di là possono essere molto vaghi, il numero delle persone convinte che oltre la morte la vita continui è vastissimo.

5. La morte nasconde anche al cristiano la visione diretta di ciò che deve venire, ma il credente può fidarsi della parola del Signore: “Io vivo e voi vivrete” (*Gv* 14, 19). Le parole di Gesù e la testimonianza degli Apostoli ci illustrano con un linguaggio suggestivo il nuovo mondo della resurrezione ed esprimono la speranza: “Quindi saremo sempre con il Signore” (*ITess* 4, 17). Per facilitare ai malati terminali e ai moribondi l’accettazione di questo messaggio è necessario che quanti li avvicinano mostrino con la loro stessa condotta di prendere sul serio le parole del Vangelo. La cura e l’assistenza delle persone vicine alla morte fanno parte delle più signifi-

cative manifestazioni della credibilità ecclesiale. Coloro che nell’ultima tappa della vita si sentono sostenuti da persone sinceramente credenti possono più facilmente confidare che Cristo li attenda veramente nella nuova vita dopo la morte. Il dolore e la sofferenza del presente possono così essere illuminati dal lieto annuncio: “Queste dunque le tre cose che rimangono: la fede, la speranza e la carità; ma di tutte più grande è la carità!” (*1Cor* 13, 13). Perché più forte della morte è l’amore (cfr. *Ct* 8, 6).

6. Come la consapevolezza di essere amati fa diminuire la paura della sofferenza, così il rispetto della dignità del malato lo aiuta, in questa difficile e gravosa tappa della sua vita, a scoprire un tesoro di potenziale maturazione umana e cristiana. In passato, l’uomo sapeva che la sofferenza è parte della vita e l’accettava. Oggi, invece, egli tende piuttosto ad evitare in ogni modo la sofferenza, come dimostrano gli innumerevoli farmaci analgesici in commercio. Pur riconoscendo la funzione utile che in molti casi essi svolgono, occorre però rilevare che la eliminazione prematura della sofferenza può impedire il confronto con essa e la acquisizione, per suo mezzo, di una più grande maturità umana. In questo cammino di crescita è però fondamentale l’accompagnamento da parte di persone esperte in umanità. Per aiutare l’altro in modo concreto ci vuole il rispetto della sua sofferenza specifica, nel riconoscimento della dignità che egli conserva nonostante la devastazione che la malattia a volte porta con sé.

7. Da questa convinzione è scaturita l’*Opera dell’Ospizio*, la cui azione si ispira a questa finalità: rispettare la dignità degli anziani, malati e moribondi, aiutandoli a comprendere la propria sofferenza come un processo di maturazione e di perfezionamento della propria vita. Così quanto affermavo nell’Enciclica *Redemptor hominis*, che cioè l’uomo è via della Chiesa (n. 5), trova una sua attuazione nell’*Opera dell’Ospizio*. L’obiettivo non sono le moderne tecniche della medicina, ma l’uomo nella sua inalienabile dignità.

La disposizione ad accettare i limiti posti dalla nascita e dalla morte, imparando a dire “sì” alla passività crescente del declino non comporta alienazione. È piuttosto l’assunzione della propria umanità nella sua verità piena con le ricchezze proprie di ogni fase della sua vicenda terrena. Anche nella fragilità dell’ultima ora la vita umana non è mai “senza senso” oppure “inutile”. Proprio dai

pazienti gravemente malati e moribondi scaturisce una fondamentale lezione per la nostra società tentata dai moderni miti quali il vitalismo, l'efficientismo e il consumismo. Essi ci ricordano, che nessuno può determinare il valore o il non valore della vita di un altro uomo e nemmeno della vita propria. Dono di Dio, la vita è un bene su cui solo Lui può formulare il giudizio definitivo.

8. In tale prospettiva la scelta dell'uccisione attiva di un essere umano costituisce sempre un arbitrio, anche quando la si vuole presentare come un gesto di solidarietà e di compassione. Il malato attende da chi gli è accanto l'aiuto a vivere fino in fondo la propria vicenda e a concluderla, quando Dio voglia, in modo degno. Sia il prolungamento artificioso della vita umana sia l'accelerazione della morte, pur nascendo da principi diversi, nascono da un medesimo presupposto: la convinzione che la vita e la morte siano realtà affidate alla libera disponibilità umana. È necessario superare questa falsa visione, ricuperando la nozione di vita come dono da gestire responsabilmente sotto gli occhi di Dio. Scaturisce di qui l'impegno di accompagnamento umano e cristiano dei moribondi, così come ci si sforza di attuarlo nell'Ospizio. Partendo da diverse posizioni, i medici, gli infermieri, i pastori, le suore, i familiari e gli amici si sforzano di rendere i malati e i moribondi capaci di organizzare personalmente l'ultima tappa della loro vita, secondo le possibilità delle loro forze fisiche e psichiche. Ciò costituisce un impegno di grande valore umano e cristiano, orientato a far scoprire Dio come "amante della vita" (*Sap* 11, 26) ed a percepire, al di là del dolore e della morte, il lieto annuncio: "Io sono venuto perché abbiano la vita e l'abbiano in abbondanza" (*Gv* 10, 10).

9. Questo volto di Dio amante della vita e dell'uomo, noi lo incontriamo soprattutto in Gesù di Nazaret. Una delle illustrazioni più suggestive di questo Vangelo è la parabola del Buon Samaritano. Il sofferente al margine della strada suscita la compassione del Samaritano: "Gli si fece vicino, gli fasciò le ferite, versandovi olio e vino, poi caricatolo sopra il suo giumento, lo portò a una locanda e si prese cura di lui" (*Lc* 33 ss.). Alla locanda del Buon Samaritano è legata l'iniziativa cristiana dell'Ospizio. Proprio lungo i sentieri medioevali del pellegrino gli ospizi offrivano ristoro e riposo a coloro che erano in cammino. Per gli affaticati e gli esausti essi rappresentavano pronto soccorso e sollievo, e per i malati e moribondi diventavano luo-

ghi di assistenza fisica e spirituale. Fino ai nostri giorni l'Opera dell'Ospizio conserva questo patrimonio. Come il Buon Samaritano si fermò accanto all'uomo sofferente, così si raccomanda a coloro che accompagnano i moribondi di fermarsi per accogliere i desideri, i bisogni e le sollecitudini dei pazienti. Da questa sensibilità possono scaturire molteplici iniziative spirituali, come l'ascolto della Parola di Dio e la preghiera insieme, ed umane come la conversazione, la presenza silente ma colma di affetto, le mille premure che fanno sentire il calore dell'amore. Come il Buon Samaritano versò olio e vino sulle ferite del sofferente, così anche la Chiesa non deve privare coloro che lo desiderano del sacramento dell'Unzione degli infermi. Offrire con fervore questo segno permanente dell'amore divino fa parte dei doveri della vera cura delle anime. All'assistenza palliativa occorre un elemento spirituale che dia al moribondo la sensazione di un "palliuò", cioè di un "mantello" nel quale può rifugiarsi nel momento estremo.

Come la sofferenza dell'uomo ferito suscitò la compassione del Samaritano così l'incontro con il mondo del dolore nell'Ospizio possa far scaturire in tutti coloro che accompagnano un paziente nell'ultima tappa della sua vita, i sentimenti caldi e delicati della vera carità cristiana. Solo coloro che sanno piangere possono asciugare le lacrime altrui. Un ruolo speciale in questa casa spetta alle sorelle della *Caritas Socialis*, alle quali la Fondatrice rivolgeva le seguenti parole: "Nella persona del malato possiamo sempre curare il nostro Salvatore sofferente unendoci a Lui" (Hildegard Burjan, *Lettere*, 31). Qui risuona il lieto annuncio: "Ogni volta che avete fatto queste cose a uno solo di questi miei fratelli più piccoli, l'avete fatto a me" (*Mt* 25, 40).

10. A tutti coloro che si prodigano instancabilmente nel Movimento dell'Ospizio va il mio apprezzamento più sentito. Esso si estende a quanti prestano servizio negli ospedali e nelle case di cura, come pure a coloro che non abbandonano i loro familiari gravemente malati e moribondi. Ringrazio in particolare i malati e moribondi che sono di esempio per noi per farci capire meglio il Vangelo del dolore. *Credo in vitam*. Credo nella vita. La parola di Cristo ci sostiene quando il nostro cuore si inquieta di fronte all'ultima sfida da affrontare su questa terra: "Non sia turbato il vostro cuore... Nella casa del Padre mio vi sono molti posti" (*Gv* 14, 1 s.).

Vi benedico di tutto cuore.

“L’umanizzazione della medicina è l’anima di una scienza attenta alle attese dell’uomo”

IL DISCORSO DEL SANTO PADRE IN OCCASIONE DELL’UDIENZA
AI PARTECIPANTI AL CENTESIMO CONGRESSO DELLA SOCIETÀ ITALIANA
DI CHIRURGIA, GIOVEDÌ 15 OTTOBRE

Illustri Signori e Signore!

1. Porgo il mio cordiale benvenuto a tutti voi, partecipanti al Centesimo Congresso della prestigiosa Società Italiana di Chirurgia. Grazie per la vostra visita! La vostra presenza è per me particolarmente significativa, non solo a motivo della qualificata attività professionale che svolgete, ma anche per i fondamentali valori etici a cui intendete ispirare il vostro quotidiano lavoro.

Saluto cordialmente il Presidente, Professor Giorgio Ribotta, e lo ringrazio per le cortesie espressioni che ha voluto rivolgermi a nome di tutti. Con lui, saluto i Responsabili delle Società di Chirurgia delle Nazioni aderenti alla Comunità europea, nonché quelli delle altre Società nazionali consorelle ed i Presidenti delle Società Chirurgiche costituitesi come emanazione della Chirurgia generale.

2. Nel corso del vostro Convegno, avete approfondito i complessi compiti della Chirurgia. Avete, inoltre, analizzato le prospettive aperte dagli straordinari progressi che ne hanno accresciuto in misura notevole le possibilità terapeutiche come, ad esempio, nelle demolizioni e ricostruzioni organiche o nel vasto ambito dei trapianti.

Vostra predominante attenzione è la salvaguardia della salute del paziente ed il rispetto della sua integrità fisica, psichica e spirituale. Nel manifestare vivo compiacimento per questo nobile intento, auspico che esso costituisca la costante preoccupazione di ogni medico e chirurgo. L’umanizzazione della medicina non costituisce una dimensione secondaria, ma piuttosto l’anima di un esercizio della scienza medica capace di non lasciare inascoltate e deluse le attese dell’essere umano.

Con la vostra professione, voi intendete essere all’avanguardia nella tutela della vita, della quale, a causa della malattia, voi sperimentate le carenze ed i limiti, senza, tuttavia, rinunciare a lottare contro di essi per superarli o, almeno, per contenerne le più dolorose conseguenze. Nell’assolvimento di questa irrinunciabile vocazione, la Chiesa vi è accanto, poiché “nell’accoglienza amorosa e gene-

rosa di ogni vita umana, soprattutto se debole o malata, essa vive oggi un momento fondamentale della sua missione, tanto più necessaria, quanto più dominante si è fatta una «cultura di morte»” (*Christifideles Laici*, 38).

Anch’io ho avuto modo più volte, in questi anni, di condividere la condizione dei pazienti, facendo loro visita o dovendo io stesso ricoverarmi. Ho potuto così sperimentare la vostra perizia professionale accompagnata sempre da attenta umanità. Sono lieto di esprimere oggi a voi tutti i sentimenti del mio apprezzamento e della mia gratitudine per quanto compite verso chi soffre. Sento doveroso in questo momento, rivolgere uno speciale e riconoscente pensiero al Professor Francesco Crucitti, recentemente scomparso, che ha saputo incarnare queste altissime qualità in maniera generosa ed esemplare.

3. Illustri Signori e Signore! Formulo voti che i lavori del vostro Congresso contribuiscano ad aprire il campo della Chirurgia a sempre più promettenti prospettive nel settore della prevenzione, della diagnostica, della terapia e della riabilitazione. La vostra attività di chirurghi è un impareggiabile dono per la società.

Iddio vi aiuti ad essere sempre fedeli allo spirito della vostra professione ed a servire con amore coloro che sperimentano la prova della malattia e della sofferenza. Vi dia la forza di svolgerla sempre con grande entusiasmo e spirito di servizio.

Fatevi maestri dei giovani chirurghi non soltanto dal punto di vista professionale, ma anche umano, perché alla vostra scuola essi possano prendersi cura della salute e della vita, ponendo in cima al loro impegno la dimensione etica che, sola, garantisce pienamente un autentico servizio alla persona.

Affido a Maria, Salute degli Infermi, i risultati del vostro Congresso ed assicuro il mio orante ricordo al Signore, Medico e Salvatore delle anime e dei corpi, affinché vi sostenga nella vostra attività.

Con tali sentimenti, imploro su di voi, sulle vostre famiglie e sui vostri collaboratori l’abbondanza dei celesti favori, in pegno dei quali vi imparto volentieri l’Apostolica Benedizione.

argomenti



*Itinerari bibilici e pastorali
nell'accompagnamento
del malato*

*Un progetto sanitario
in materia di eutanasia*

Etica e placebo

*“Matercare International”
Un'iniziativa pratica
per il nuovo millennio*

Itinerari biblici e pastorali nell'accompagnamento del malato

20

Nel corso del suo ministero, Gesù, ha dedicato un'attenzione speciale ai malati e nel suo approccio non ha mai dissociato la malattia corporale da quella spirituale, interpretando il ruolo di medico dei corpi e delle anime.

L'assistenza al malato, quindi, non si limita alla sfera corporale, ma presta attenzione alle sue esigenze psicologiche e spirituali.

L'attenzione al mondo interiore di chi soffre non è compito affidato solo agli operatori pastorali, ma dimensione che l'infermiera o qualsiasi altro operatore sanitario può incorporare nel proprio servizio.

Al cuore della tradizione cristiana c'è la Sacra Scrittura, la "Magna carta" che ha guidato il cammino della chiesa e continua a ispirare, oggi, quanti ne interiorizzano lo spirito traducendolo nel proprio modo di vivere e operare.

Traendo spunto dalla Sacra Scrittura vengono proposti tre percorsi biblici che partono da Gerusalemme per illustrare tasselli della relazione di aiuto che possono rendere l'incontro con il malato un momento più pregnante di significato, di umanità e di spiritualità.

I tre itinerari della riflessione includono:

– il viaggio da Gerusalemme a Gerico, (Lc 10, 30-37), che propone l'esperienza del dolore e della misericordia;

– il viaggio da Gerusalemme a Emmaus (Lc 24, 13-35), che simboleggia lo smarrimento e il recupero della speranza,

– il viaggio da Gerusalemme a Gaza (Atti 8, 26-39), che rappresenta la ricerca e la guarigione interiore.

1° Itinerario.

Da Gerusalemme a Gerico: il percorso della misericordia (Lc 10, 30-37)

Questa parabola, a duemila anni di distanza, conserva la sua attualità e forza ispiratrice.

Ripercorriamo la relazione di aiuto svolta dal buon Samaritano delineando le sei impronte da lui tracciate, che possono costituire riferimenti concreti per l'azione pastorale:

– *Prima impronta:* la consapevolezza. "Lo vide".

"Un uomo scendeva da Gerusalemme a Gerico e incappò nei briganti che lo spogliarono, lo percossero e poi se ne andarono, lasciandolo mezzo morto. Per caso, un sacerdote scendeva per quella medesima strada e quando lo vide passò oltre dall'altra parte. Anche un Levita giunto in quel luogo, lo vide e passò oltre. Invece un Samaritano, che era in viaggio, passandogli accanto lo vide".

Tutti e tre i protagonisti della vicenda "vedono" il malcapitato, ma ognuno lo guarda con occhi e cuori diversi. Il sacerdote e il levita, condizionati dal ruolo religioso, da una concezione verticale del rapporto con Dio, dalle prescrizioni della legge e dalle attese culturali "passano oltre" mentre il Samaritano, guidato dalle ragioni del cuore, si ferma.

La responsabilità inizia con la consapevolezza: si è responsabili per ciò che si vede e si conosce, non per ciò che si ignora. Il malato è per tutti un documento irripetibile del patire, un libro aperto sulle verità della vita dinanzi al quale ognuno sceglie se fermarsi o passare oltre.

– *Seconda impronta:* la compassione. "N'ebbe compassione".

Il Samaritano coniuga la

consapevolezza esterna del vedere con una risposta interiore, si lascia commuovere e interpellare da ciò che vede.

La compassione, dal latino "cum passione", soffrire con, non è fatta né di pietà né di superiorità, ma è un lasciarsi toccare dalle ferite altrui.

La relazione di aiuto efficace si basa sullo sviluppo di attitudini interiori, quali la compassione, la sensibilità e la motivazione per orientare e ispirare l'agire.

– *Terza impronta:* la vicinanza. "Gli si fece vicino".

Non basta avvertire il fremito del cuore dinanzi alle immagini che turbano e interpellano; la sensibilità interiore senza l'azione esterna rimane sterile e mortificata.

Avvicinarsi significa rompere le barriere geografiche o culturali per farsi prossimo; l'avvicinarsi è particolarmente critico nei confronti di quelle persone con patologie che, talvolta, provocano disagio o rifiuto negli operatori sanitari, quali: i tossicodipendenti, i malati mentali, i sieropositivi e i colpiti da AIDS, i morenti.

– *Quarta impronta:* la cura. "Gli fasciò le ferite, versandovi olio e vino".

Il Samaritano non giunge sulla scena a mani vuote, ma porta con sé quelle risorse che la prudenza e il buon senso gli hanno suggerito.

Oggi, fasciare le ferite comporta offrire accoglienza a chi è nel dolore, attraverso la gentilezza e gesti che incarnano la bontà; versare l'olio della speranza e il vino della consolazione simboleggiano il curare le piaghe fisiche e morali dei sofferenti.

– *Quinta impronta:* l'accompagnamento. "Poi caricatolo sopra il suo giumento, lo

portò a una locanda e si prese cura di lui”.

Il Samaritano, dopo aver interrotto il suo viaggio per soccorrere lo sfortunato, si fa carico della situazione di emergenza, lo accompagna ad una locanda e veglia accanto a lui tutta la notte.

Accompagnare è percorrere un tratto di strada con chi si sente solo e sfiduciato, con chi è tentato di arrendersi perché stanco ed esasperato. È un fare proprio il messaggio: “Non camminare di fronte a me, non ti potrei seguire, non camminare dietro a me, non ti potrei vedere, cammina accanto a me e sii mio amico”.

– *Sesta impronta*: la collaborazione. “Il giorno seguente estrasse due denari e li diede all'albergatore, dicendo: abbi cura di lui e ciò che spenderai in più te lo rifonderò al mio ritorno”.

Il Samaritano, dopo aver pagato di persona per le spese sostenute, non pretende di far tutto da solo, ma coinvolge l'albergatore nel progetto di assistenza.

Questo è il nodo vitale in cui si trova ad operare la pastorale, odierna. A 20 secoli di distanza questo è l'aspetto della parabola che ha goduto di maggior sviluppo. La locanda è stata sostituita da una miriade di strutture sanitarie: ospedali, centri di pronto soccorso e di riabilitazione, case per anziani, ecc., e l'albergatore da chirurghi, radiologi, anestesisti, cardiologi, infermieri, tecnici, ausiliari, ognuno con una sua competenza specifica.

La tragedia del malcapitato si ripropone, oggi, attraverso migliaia di vicende diverse e gli atteggiamenti del buon Samaritano trovano riscontro nei gesti di chi si fa prossimo a chi soffre. Mettiamoci in ascolto di un incontro che illustra, da una parte, i sentimenti e le preoccupazioni di un'anziana ospedalizzata per trauma riportato e, dall'altra, il contributo di una volontaria che offre conforto attraverso la vicinanza.

Dialogo:

E.: Elsa (volontaria).

R.: Rita (paziente).

La visita si svolge presso una

signora sui 75 anni, vedova, investita da una macchina mentre attraversava la strada. Vengo informata che il conducente dopo averla investita, preso dal panico è fuggito. La signora ha il femore rotto, alcuni lividi sulla parte destra del volto e del braccio ed appare sconvolta. L'incontro ha luogo il mattino successivo al suo ricovero.

E.: Buon giorno signora, mi chiamo Elsa e sono volontaria presso questo reparto. Sono venuta a salutarla, ad augurarle che si prendano buona cura di lei. Come si chiama?

R.: Teresa (dopo un attimo di pausa). Senta, non ho chiuso occhio tutta la notte. Anche il più piccolo movimento mi causava dolore (con una smorfia)... poi ogni volta che ho chiamato gli infermieri ho dovuto aspettare prima che si facessero vivi (chiudendo gli occhi). Proprio non mi aspettavo che mi dovesse succedere anche questo! (Con un'espressione di rammarico) Com'è brutto questo mondo, non se ne può più!

E.: Mi sembra di capire che quanto è successo l'ha molto sconvolta ed è amareggiata per tutto quello che le sta accadendo.

R.: Sì! Più il tempo passa più è difficile vivere. Otto anni fa è morto mio marito e sono rimasta sola... non abbiamo potuto avere figli ed ora la mia unica compagnia sono i miei gatti. Sono preoccupata perché non c'è nessuno a casa che dia loro da mangiare. (Dopo una breve pausa)... Accidenti a quel maledetto autista! Quel disgraziato, non lo perdonerò mai! Come si può investire e lasciare sulla strada un'anziana come me? Gente così bisognerebbe chiuderla in prigione.

E.: Signora Teresa, il suo risentimento verso chi le ha provocato così tanto dolore è comprensibile e non si può certo perdonare quando la ferita è così fresca...

R.: Perdonare... ma scherziamo? Gente così verrebbe voglia di ammazzarla. Ora quel po' di tempo che mi resta da vivere porterà le conseguenze di questo incidente (fa un leggero movimento e geme per il dolore): Ah, Dio mio, Dio mio... (Sospirando). Mi sembra di avere delle spine conficcate ai

fianchi. (Poi, cercando di rilassarsi)... poveri miei gatti...!

E.: Vedo che è preoccupata per i suoi gatti, ma non c'è nessuno che si può prendere cura di loro mentre lei è qui?

R.: Vivo in un condominio e con i vicini ci si vede appena. Ognuno vive nel suo mondo ed è preoccupato delle sue cose... ci si saluta di sfuggita. Qualcuno mi ha fatto intendere che è infastidito dalla presenza dei miei gatti. L'unica persona con cui ho un po' di amicizia è un'altra vedova del piano di sotto. Ogni tanto ci si ritrova insieme a fare due chiacchiere, quando non va dai suoi figli e nipotini.

E.: Beh, se lo ritiene opportuno e ha il suo numero di telefono, potrei cercare di raggiungerla per informarla di quanto è accaduto. Forse ci può pensare lei a dare da mangiare ai suoi gattini e magari potrebbe portarle qualcosa da casa di cui ha bisogno...

R.: Sì, forse è una buona idea... Se lei potesse fare la cortesia di passare più tardi, perché prima vorrei parlare con il medico e capire quanto dovrà rimanere qui, così da regolarsi sul da farsi.

E.: Sì, va bene. Tra poco passeranno i medici per la visita e valuteranno le sue condizioni: io passerò più tardi, così mi farà sapere se desidera che mi metta in contatto con la sua vicina di casa.

R.: D'accordo, signorina, la ringrazio per la sua gentilezza.

M.: Di nulla. Arrivederci a presto.

Breve analisi

La signora Rita, come il malcapitato di Gerico, ha subito un'esperienza di violenza e di abbandono. Dal dialogo traspare il cordoglio e l'amarezza anche per altre perdite vissute: la morte del marito, la mancanza di figli, il clima di anonimato che si respira nel condominio.

L'unica compagnia sono i suoi gatti che compensano, in qualche modo, il vuoto affettivo da cui si sente circondata. Il suo pensiero, anche nella sventura, è rivolto a loro perché non soffrano la fame e non la privino in futuro della loro preziosa compagnia. Un raggio di

luce è rappresentato dal rapporto esistente con la vedova del piano di sotto, accomunata a lei dall'esperienza di una perdita.

La volontaria si accosta con sensibilità a questa vicenda umana facendo propri alcuni atteggiamenti del buon Samaritano: si ferma e versa l'olio della comprensione e dell'empatia sulle ferite della paziente, comunicandole vicinanza.

Non giudica, ma si pone in sintonia con i suoi sentimenti, soprattutto con il risentimento verso chi, con la sua imprudenza, le ha complicato il presente e l'avvenire. Non la colpevolizza per non saper perdonare, ma le dà spazio per sfogare l'amarezza e la collera nella consapevolezza che il perdono, frutto della grazia di Dio e della collaborazione umana, ha bisogno di tempo per maturare e realizzarsi.

Nello sconforto manifestato da Rita, la volontaria rappresenta una presenza umana e umanizzante. Presenza che fa da ponte, come il buon Samaritano con l'albergatore, con altre risorse comunitarie rappresentate dalla vicina di casa, che può alleviare la preoccupazione di Rita prendendosi cura dei gatti e fungendo da anello di solidarietà.

Nell'insieme la visita della volontaria, improntata all'ascolto e alla semplicità, è vissuta come un momento positivo da parte di Rita.

2° Itinerario.

Da Gerusalemme a Emmaus: il percorso dello smarrimento (Lc 24, 13-35)

Un secondo viaggio propone l'incontro di Gesù con i discepoli di Emmaus.

È un incontro che illustra, da una parte, la provvisorietà e la precarietà delle certezze umane, evidenziate dallo sconforto dei discepoli dinanzi alla morte di Gesù e, dall'altra, l'importanza di scoprire che non si è soli nel dolore, ma che qualcuno cammina al proprio fianco, se non si è ciechi o sordi alla sua presenza.

Passiamo in rassegna il racconto biblico per evidenziarne i riflessi pastorali.

– *L'iniziativa di Gesù.*

“Mentre discorrevano e discutevano insieme, Gesù in persona si accostò e camminava con loro”.

L'iniziativa di Gesù permette al racconto di Emmaus di passare alla storia. Se avesse scelto di non rendersi presente agli sconosciuti, nulla sarebbe accaduto, mentre il suo avvicinarsi si è trasformato in opportunità di guarigione.

Anche l'operatore pastorale offre la sua presenza non richiesta ai malati, consapevole che c'è chi non gradisce o non ha bisogno di questo contatto, come chi lo desidera, o un altro per il quale un incontro fortuito risveglia la fede o fa scaturire la speranza o il bisogno di riconciliazione.

Non c'è possibilità di relazione senza l'offerta di una presenza e non c'è offerta di presenza senza la capacità di proporsi, lasciando all'interlocutore la libertà di scegliere l'atteggiamento da assumere.

– *Entrare nel vivo della storia.*

“Ed egli disse loro: ‘che sono questi discorsi che state facendo fra di voi durante il cammino?’”

Gesù deve aver colto l'espressione turbata e costernata dei viandanti e cerca di entrare subito nel vivo del discorso, facendo una domanda per portare alla luce la loro storia interiore. La domanda è un mezzo per iniziare un colloquio, stimolare la riflessione, favorire l'apertura e la comunicazione.

L'operatore pastorale inizia spesso le sue visite con una domanda: “Come si sente, signora?”; “Come sta reagendo alla terapia?”; “È riuscita a recuperare un po' di energie durante la notte?”.

Talvolta c'è il rischio di fare troppe domande e che il colloquio si trasformi in interrogatorio o in curiosità, invece che in un vero incontro con l'altro.

Quando la domanda è in sintonia e cerca di capire meglio il mondo interiore del malato, diventa occasione per un ascolto più profondo e permette all'altro di narrare la propria storia.

– *Dare voce al dolore.*

“Si fermarono con il volto triste e uno di loro, di nome Cleopa, gli disse: ‘tu solo sei così forestiero in Gerusalemme da non sapere ciò che vi è accaduto in questi giorni...?’”

C'è un sentimento che predomina in questa fase del racconto ed è la tristezza. Cleopa spiega allo sconosciuto le ragioni di questa tristezza legata al tragico destino di Gesù, inchiodato su una croce, e al crollo delle loro aspettative: “Noi speravamo che fosse lui quello che avrebbe liberato Israele”.

C'è un altro sentimento che accompagna il tragico epilogo ed è la perplessità dinanzi alla testimonianza di “alcune donne che riferiscono di non aver trovato il suo corpo al sepolcro e di aver avuto una visione di angeli che affermano che egli sia vivo”.

Questa sezione è la parte più lunga del racconto: include il cordoglio dei discepoli, la narrazione dell'evolversi drammatico degli eventi, il disappunto per attese mancate, lo sgomento dinanzi a sviluppi difficili da decifrare. Ad ascoltarli c'è un pellegrino sconosciuto che dà spazio allo sfogo, non interrompe il racconto, permette che diano voce al dolore.

Lo stile di Gesù fa da guida a quanti si accostano ai malati e invita a superare le diverse tentazioni di giudicare ciò che l'altro dice o prova, di dare facili consigli, di minimizzare o banalizzare il dolore, di colpevolizzare chi si lamenta spostando l'attenzione su quanti hanno sofferenze ben più grandi delle loro, di interrompere ogniqualvolta l'interlocutore prende fiato, di cambiare argomento portando la conversazione su cose superficiali.

La storia di ognuno intessuta di attese e disappunti, illusioni e delusioni, ha il diritto di essere accolta. L'ascolto attento permette all'aiutante di ridimensionare il proprio bisogno di essere al centro per lasciare che l'altro emerga con la sua storia, i suoi limiti e le sue potenzialità.

– *Il confronto realistico.*

“Ed egli disse: ‘stolti e tardi di cuore nel credere alla parola dei profeti! Non bisognava che

il Cristo sopportasse queste sofferenze per entrare nella sua gloria?”

All'ascolto attento segue un confronto onesto, perché i discepoli di Emmaus sono interpreti di una visione parziale della verità, che contempla l'attesa gloriosa del Messia ma ne dimentica il vissuto doloroso.

Il confronto ha lo scopo di aprire la mente e il cuore alla verità, di allargare l'orizzonte della propria prospettiva per accogliere il disegno di un Dio che salva l'uomo attraverso la prova suprema del dono completo di sé.

Gesù non nega che la méta finale sia la gloria e la risurrezione, ma ne recupera il passaggio obbligato, che è la croce.

L'atteggiamento dei discepoli rispecchia quello di tanti malati che si sono illusi di poter vivere relativamente tranquilli e non hanno preventivato spiacevoli sorprese, quali il dover fare i conti con il dolore.

L'impatto con la sofferenza, con una diagnosi infausta o una morte imminente provoca incredulità, smarrimento e il senso di essere stati traditi: "Perché proprio a me?", "Perché Dio non se la prende con gli spacciatori di droga, le prostitute, invece che con la mia famiglia?", "Perché Dio fa soffrire gli innocenti e non punisce i cattivi?"¹.

L'operatore pastorale si imbatte quotidianamente con una litania di perché che mettono Dio sul banco degli imputati. Molti malati protestano perché si sentono vittime di situazioni ingiuste e dietro il loro grido ci sono aspettative mortificate e tradite; altri sono turbati perché Dio tace, non risponde, non interviene e il suo silenzio provoca sgomento e costernazione.

Accanto a tante creature ferite che protestano, Dio manda noi a rappresentarlo. Non ci chiede di difenderlo, né di adentrarci in elaborate discussioni teologiche sul perché del dolore, perché queste non risolverebbero la sofferenza dei protagonisti; ciò che ci domanda è di restare vicino a chi soffre così come Maria è stata presente ai piedi della croce. Maria, nel suo silenzio, ha rappresentato l'amore presente.

In ogni tragedia umana non è tanto la creatura che interroga Dio, quanto il dolore che costringe il sofferente a interrogarsi. I momenti dolorosi della vita mettono a nudo la propria visione del mondo, le proprie false certezze e ingenuità. Nel confronto sofferto con le verità della vita, l'operatore pastorale non è lì per dare risposte che non possiede, ma per facilitare il travaglio interiore dei protagonisti.

Il perché di tante tragedie rimane un mistero imperscrutabile. Non ci sono mappe nitide e chiare che aiutino a capire i significati delle sventure umane; alcune sono causate dall'irresponsabilità, altre sono frutto dell'imperfezione umana, ma molte succedono senza che si possa individuare un filo logico che aiuti a comprenderle o a giustificarle.

L'operatore pastorale accompagna i malati adoperandosi perché da questo confronto nasca una riflessione più profonda sulla vita e un rinnovato cammino di fede. È cosciente, d'altronde, che la stagione del dolore ha bisogno di tempo prima di trasformarsi in stagione di crescita e di speranza, perciò accoglie il cammino della confusione e dello smarrimento come passaggio obbligato verso il conseguimento della pace interiore.

– *La catechesi.*

“E cominciando da Mosè e da tutti i profeti spiegò loro in tutte le scritture ciò che si riferiva a lui”.

Gesù passa dal confronto all'illuminazione della storia e guida i discepoli a rivisitare la Sacra Scrittura per comprendere meglio l'identità e la missione di quel Gesù in cui avevano riposto la loro fede.

La profonda conoscenza delle Scritture, manifestata dal misterioso accompagnatore, aiuta i viandanti a contemplare quanto accaduto in una luce nuova.

La componente educativa è vitale nell'interiorizzazione di una fede, incarnata e pasquale. La catechesi è uno strumento prezioso, di cui l'operatore pastorale può avvalersi per promuovere la crescita umana e spirituale dei suoi interlocutori.

A volte, la catechesi consiste

nell'aiutare il malato a conoscere Dio e i misteri della fede cristiana quando gli è mancata una vera formazione religiosa; talvolta è educarlo a scoprire il significato della preghiera e della Sacra Scrittura; in altre occasioni è prepararlo a ricevere i sacramenti; in qualche circostanza è cercare insieme il senso del dolore o fare appello alle virtù della fede e della speranza.

La malattia è, per sua natura, un'occasione feconda per la riflessione.

Il malato, confinato in un letto, è costretto a guardarsi dentro e, da questo processo di introspezione, possono maturare convincimenti e intuizioni sintetizzate in queste espressioni: "Per la prima volta mi sono reso conto di cos'è veramente la paura"; "Ora non mi sento più sicuro come prima"; "Solo adesso mi sono accorto di quante persone mi vogliono veramente bene"; "Dopo tanti anni ho avvertito la necessità di pregare e ho chiesto a Dio di aiutarmi"; "D'ora in poi cambierò vita, non posso più comportarmi come prima, se voglio continuare a vivere"; "Questi giorni trascorsi in ospedale mi hanno cambiato, non sono più la stessa persona che è entrata qui dieci giorni fa".

Per molti l'esperienza di ospedalizzazione aiuta a umanizzarsi, mette in discussione modelli di vita, fa discernere ciò che è effimero da ciò che è veramente importante, crea solidarietà con altri malati, costringe a prendere responsabilità per la propria malattia e la propria salute, rende umili, e, allo stesso tempo, più saggi.

L'operatore pastorale si rende presente in questo processo di introspezione e, attraverso la relazione di aiuto, illumina l'esperienza dei suoi interlocutori, ne valorizza le intuizioni e li incoraggia a portare avanti propositi maturati.

– *L'esperienza di comunione.*

“Quando furono vicini al villaggio dove erano diretti, egli fece come se dovesse andare più lontano. Ma essi insistettero: ‘Resta con noi perché si fa sera e il giorno già volge al tramonto’. Egli entrò per rimanere con loro”.

L'ascolto della loro storia, la capacità di penetrarne le menti e i cuori con il suo insegnamento, ha fatto nascere nei discepoli una corrente di fiducia e di simpatia nei confronti dello sconosciuto.

Gesù non è più uno straniero, ma un amico. È entrato nel loro cuore, ha fatto cadere le loro difese e la sua presenza sanante li ha trasformati.

Il contatto iniziale era partito da Gesù, ora il desiderio di approfondirlo nasce dai discepoli di Emmaus. È un crescente graduale di intimità in cui si passa da un incontro casuale ad una comunione autentica.

Anche i malati avvertono, spesso, il bisogno di una presenza sanante accanto a loro, soprattutto quando è buio e si fa sera nella loro vita, come nell'attesa di un intervento chirurgico, nei momenti di solitudine, nell'agonia della morte.

Rimanere con qualcuno si traduce in una presenza contrassegnata dal silenzio più che dalle parole, da gesti di affetto o da una preghiera che infonde pace. Il bisogno di comunione è tanto più sentito, quanto più difficile risulta il cammino.

Chi è immerso nel venerdì santo ha bisogno non tanto di qualcuno che gli annunci la risurrezione, quanto di chi sia disposto a vegliare con lui nel dolore. Simbolo di risurrezione è chi è in grado di camminare nel venerdì santo.

– *La rivelazione.*

“Quando fu a tavola con loro, prese il pane, disse la benedizione, lo spezzò e lo diede loro. Ed ecco si aprirono loro gli occhi e lo riconobbero ed essi dissero l'un l'altro: ‘Non ci ardeva forse il cuore nel petto mentre conversava con noi lungo il cammino, quando ci spiegava le scritture?’”

È attraverso il rito dello spezzare del pane che Gesù opera la trasformazione completa dei discepoli. Il linguaggio simbolico ha una forza che supera il linguaggio verbale.

Per i discepoli il gesto eucaristico dello spezzare il pane e della benedizione richiama un'altra cena e mette a fuoco la vera identità dell'ospite. Ora i tasselli del mosaico sono chiari; il cordoglio per la morte di

Gesù si trasforma in tripudio per la sua risurrezione, la tristezza si tramuta in gioia. Non c'è più bisogno della presenza fisica del Risorto perché si sono aperti i loro occhi e sono stati trasformati i loro cuori.

Ogni incontro dell'operatore pastorale è entrare nello spazio sacro della rivelazione. Il malato si rivela attraverso i simboli che lo circondano: un giornale o un libro sul comodino parlano dei suoi interessi culturali, un mazzo di fiori o una fotografia dei suoi affetti familiari, un libro di preghiere o un rosario dei suoi sentimenti religiosi.

Il malato si rivela anche attraverso la comunicazione verbale: i messaggi che trasmette, i sentimenti che partecipa, le speranze che lo abitano manifestano il suo mondo interiore.

L'operatore pastorale può servirsi di questi “indicatori” per entrare nel cuore delle persone e comprenderne l'identità.

– *La testimonianza.*

“Quindi si alzarono e ritornarono subito a Gerusalemme dove trovarono gli undici riuniti... ed essi raccontarono ciò che era accaduto lungo il cammino e come l'avevano riconosciuto allo spezzare del pane”.

Pietro ricorda che dobbiamo dare ragione della speranza che è in noi (1Pt 3,15); i discepoli di Emmaus danno ragione della speranza diventando portatori di speranza ed annunciatori di risurrezione.

Anche i malati che sperimentano la guarigione fisica, psicologica o spirituale, sono chiamati a testimoniare la speranza. La sofferenza vissuta li rende evangelizzatori credibili; illuminati dallo Spirito, trasformano le loro ferite in compassione e mettono la loro saggezza a servizio dei sani.

Ogni giorno si ripete il miracolo del dolore che sprigiona l'amore, quando malati infartuati, tossicodipendenti, cancerosi, dializzati, vedovi e così via, invece di chiudersi in se stessi si aprono agli altri, creano gruppi di mutuo aiuto, sviluppano iniziative tese a irradiare la speranza.

L'operatore pastorale ha il privilegio di toccare queste esistenze cambiate e, dove possibile, si adopera affinché la te-

stimonianza di queste persone raggiunga chi è sano e contribuisca a migliorare la società.

3° Itinerario.

Da Gerusalemme a Gaza: il cammino della ricerca (Atti 8, 26-39)

Un terzo percorso biblico è descritto negli Atti degli Apostoli.

Lungo la strada di Gaza incontriamo le due figure chiave del racconto: Filippo, che potrebbe simboleggiare ciascuno di noi, e l'Etiopio, che rappresenta ogni persona che è alla ricerca di Dio e della sua verità.

Filippo richiama la spinta missionaria della Chiesa che non rimane confinata a Gerusalemme ma, sotto l'impulso dello Spirito Santo, si apre al mondo per annunciare il Vangelo.

L'Etiopio ricorda il mondo odierno caratterizzato da una varietà di culture, tradizioni e fedi religiose.

Leggiamo da vicino questo episodio, estrapolandone indicazioni utili per la relazione di aiuto con il malato.

– *Mettersi in cammino.*

“Un angelo del Signore così parlò a Filippo: ‘Alzati e cammina lungo la strada che scende da Gerusalemme a Gaza: essa è deserta!’ E alzatosi si pose in cammino”.

Una delle immagini suggestive usate dal Concilio Vat. II per definire la Chiesa è quella di “popolo in cammino”; ognuno percorre ogni giorno strade diverse ed è, probabilmente, guidato da un angelo del Signore.

La strada che l'angelo propone a Filippo è deserta; deserta forse perché percorsa da pochi viandanti, o perché battuta dal sole o perché irta di pericoli.

Quella via deserta, per noi potrebbe simboleggiare l'ospitale, luogo simbolico del patire umano:

“Nella stessa stanza si possono trovare il maestro e il senza-fissa dimora, il giovane e il vecchio, il religioso e l'ateo, chi ha perso il bambino e chi intende abortire, chi vive solo di ricordi e chi solo di progetti; chi testimonia la speranza e chi la disperazione, chi dagli altri

pretende tutto e chi non osa chiedere niente, chi si sente circondato di affetto e chi si trova nella più grande solitudine.

L'ospedale è un caleidoscopio complesso dell'umanità e un simbolo ambiguo della grandezza e della debolezza umana. Per tutti coloro che operano in questo mondo, la sfida è di trasformare l'ospedale, che è la città abitata dal dolore, nella città abitata dall'amore e dalla compassione²².

– Cercare i tesori nascosti.

“Ed ecco che un Etiopio, eunuco e alto ufficiale di corte della regina degli Etiopi Candace, sovrintendente di tutti i suoi tesori, che era venuto a Gerusalemme per fare adorazione, se ne stava ritornando e, seduto sul suo carro, leggeva il profeta Isaia”.

Ed eccoci al secondo personaggio del racconto, l'Etiopio, che era andato a Gerusalemme per fare adorazione e, mentre torna a casa, cerca di capire un brano del profeta Isaia.

Il racconto induce a tradurre nel contesto attuale alcuni spunti applicativi. Trattandosi di un Etiopio, il richiamo è di coltivare tolleranza e ospitalità verso coloro che provengono da culture e tradizioni diverse, senza lasciarsi condizionare dai pregiudizi.

Pietro così parlava alla prima comunità cristiana: “In verità mi rendo conto che Dio non fa differenza di persone, ma in ogni nazione colui che lo teme e pratica la giustizia è a lui accetto” (Atti 10:34-35).

Il libro degli Atti presenta l'Etiopio come un eunuco, un alto ufficiale di corte, sovrintendente di tutti i tesori.

Questi particolari sensibilizzano al fatto che quando qualcuno varca la soglia di un ospedale porta con sé il suo passato, la sua storia, i suoi ruoli personali, professionali e familiari.

Il rischio è di focalizzare l'attenzione sul problema e di trascurare la persona. La disumanizzazione consiste nel trasformare una madre nel numero 27, un impiegato in un caso anomalo di tumore, un giovane universitario in un paranoico.

L'eunuco interpreta caratteristiche di singolarità e peculiari-

rità di cui ognuno è portatore. Al tempo essere eunuco era una scelta finalizzata a un più libero servizio del re, oggi questa condizione potrebbe richiamare le diverse tendenze sessuali che riscontriamo nel prossimo.

Nessuno è così povero da non avere una dignità da difendere. Non occorre essere “alti ufficiali di corte” per essere assistiti con ogni premura e attenzione. Indipendentemente dalle proprie impressioni o valutazioni, ognuno è custode di piccoli o grandi tesori.

In ognuno abita non solo una persona inferma, fragile e insicura, ma anche un medico, caratterizzato dalle risorse e dai valori che possiede.

Per alcuni queste dotazioni sono più di natura fisica e si manifestano nella capacità di agire e reagire, nell'affrontare con coraggio terapie impegnative, nel prendersi cura di sé e del proprio corpo. Per altri, i tesori su cui far leva sono più di natura mentale e si esprimono in un atteggiamento positivo verso il futuro, nella fiducia negli operatori sanitari, nel coltivare una varietà di interessi culturali che aiutano a vivere meglio le attese, nel desiderio di ampliare i propri orizzonti conoscitivi; per altri ancora, le risorse sono psicologiche e sono collegate con il proprio carattere, una positiva immagine di sé, la capacità di gestire creativamente i propri stati d'animo, l'apertura agli altri e una valutazione equilibrata della realtà; per altri, infine, i tesori personali trovano espressione nel patrimonio spirituale che si caratterizza per un sano rapporto con Dio, l'integrazione serena del passato, un agire etico che si ispira ai valori evangelici, il vivere l'esperienza comunitaria.

Il dialogo con i malati permette di individuare e di portare alla luce le risorse delle persone, perché siano poste a servizio della salute e della speranza.

– L'evangelizzazione.

“Lo Spirito disse a Filippo: ‘Avvicinati e accompagnati a quel carro’. Filippo si mise a correre e, sentendo che quello leggeva il profeta Isaia, disse:

‘Capisci quello che leggi?’. Quegli rispose: ‘Come potrei, se nessuno mi fa da guida?’. E pregò Filippo di salire e sedersi accanto a lui. Il passo delle Scritture che stava leggendo era il seguente: Come una pecora fu condotta al macello e come un agnello, muto di fronte a chi lo tosa, così non apre la sua bocca... Rivoltosi a Filippo l'eunuco disse: ‘Ti prego, di chi dice il profeta queste cose? Di se stesso oppure di un altro?’. Allora Filippo, prendendo la parola e cominciando da questo passo della Scrittura, gli annunciò la buona novella di Gesù”.

Questa è la parte centrale del racconto: l'Etiopio, intento a leggere e a meditare, richiama l'esperienza di malati che vivono l'ospedalizzazione come un ritiro, un'occasione per riflettere e guardarsi dentro.

Filippo è lo strumento pastorale che, illuminato dallo Spirito Santo, raggiunge l'Etiopio, osserva ciò che sta facendo e lo coinvolge in un dialogo che gli permette di comprendere quello che, fino a quel momento, gli era rimasto oscuro.

Prendendo ispirazione da Filippo potremmo delineare tre componenti dell'agire pastorale:

1) *Farsi compagni di cammino.*

All'entrata di un antico ospedale di Roma è scolpita la seguente frase:

*“Vieni per essere guarito
se non guarito
almeno curato
se non curato
almeno consolato”.*

Guarire, curare, consolare rappresentano tre verbi chiave nel vocabolario della misericordia.

All'operatore pastorale appartiene in modo particolare il ministero della consolazione: il suo scopo non è tanto quello di risolvere i problemi del prossimo, ma di farsi compagno nel cammino. La sua presenza solidale non toglie, ma può lenire il dolore e ridurre la solitudine del sofferente.

2) *Coltivare l'arte della comunicazione non verbale.*

Filippo osserva che l'Etiopio è intento a leggere e gli si avvi-

cina. La comunicazione si basa molto sull'osservazione e, per coltivarla, occorre tener presente la mappa anatomica del nostro volto formato da due occhi, due orecchi e una sola bocca e seguirne l'orientamento, dedicando il doppio del tempo ad osservare e ad ascoltare e la metà del tempo a parlare.

Purtroppo, nel dialogo con il malato, spesso l'anatomia viene invertita e ci si comporta come se si avesse un solo occhio, mezzo orecchio e due bocche, perché si è troppo preoccupati di parlare e di dare consigli invece che di osservare e ascoltare attentamente.

L'invito che l'Etiopie rivolge a Filippo di sedergli accanto è un richiamo a prendere tempo con le persone per instaurare un rapporto di fiducia. Oggi, prendere tempo è una delle comodità meno reperibili e più necessarie.

È innegabile che ci sono dei limiti e delle ristrettezze imposte dagli orari e da esigenze pratiche, non c'è tempo di fermarsi perché ci sono troppi malati da visitare o troppi compiti da sbrigare. Ciò che conta, però, non è tanto la quantità di tempo investita nel rapporto, quanto la qualità.

A volte, dieci minuti possono risultare pesanti mentre un minuto ben speso può lasciare buoni ricordi.

Prendere tempo, oggi più che mai, è offrire salute.

3) Dare risposte a chi ci interpellava.

All'interrogativo dell'Etiopie che gli chiede: "Ti prego, di chi dice il profeta queste cose?" Filippo risponde illuminandolo sul significato del passaggio biblico o introducendolo alla conoscenza di Gesù.

Similmente, l'operatore pastorale può diventare guida spirituale per chi cerca spiegazioni per i propri quesiti. Assume, in questo caso, il ruolo catechetico interpretato da Gesù nel brano di Emmaus. Strumenti di cui l'operatore si può avvalere per rispondere meglio alle esigenze dell'uomo moderno sono la lettura e la riflessione della Sacra Scrittura, la lettura di libri e la partecipazione a corsi di aggiornamento che contribuiscono a renderlo un pastore più at-

tento, incarnato e saggio.

La sfida costante è di vedere Cristo nel malato ed essere Cristo per il malato. L'azione pastorale parte dal riconoscere nel malato le sembianze del Salvatore: "Ero malato e mi avete visitato" (Mt 25, 26) e si realizza nell'interpretarne gli atteggiamenti: "Vi ho dato un esempio, affinché anche voi facciate ciò che io ho fatto a voi" (Gv 13, 15).

- La dimensione sacramentale.

"Strada facendo vennero dove c'era acqua e l'eunuco disse: 'Ecco dell'acqua, che cosa impedisce che io sia battezzato?'. E comandò al carro di fermarsi. Entrambi scesero nell'acqua, Filippo e l'eunuco, e lo battezzò. Quando risalirono dall'acqua, lo Spirito del Signore rapì Filippo e l'eunuco non lo vide più. E proseguiva la sua strada, pieno di gioia".

L'incontro tra l'Etiopie e Filippo culmina in un evento sacramentale, nel desiderio dell'Etiopie di ricevere il battesimo.

Le precedenti fasi della relazione di aiuto, l'incontro e l'evangelizzazione, hanno preparato il terreno per la sua conversione a Cristo nel battesimo, sacramento attraverso cui il cristiano muore a se stesso e al suo passato per rinascere a vita nuova.

Il segno della grazia ricevuta si manifesta nella gioia dell'Etiopie, quando riprende il viaggio. Ora non ha più bisogno di Filippo, perché è la grazia di Dio che lo guida nel cammino verso il futuro.

L'episodio propone le opportunità sacramentali da valorizzare nel ministero pastorale.

Alcuni sacramenti sono più tipici del tempo della malattia: l'Eucarestia, la Riconciliazione, l'Unzione degli Infermi.

L'Eucarestia unisce più profondamente a Cristo, che ha detto: "Venite a me, voi tutti che siete affaticati e stanchi, e io vi darò sollievo" (Mt 11, 28).

La Riconciliazione apre al perdono e alla misericordia divina e offre il dono della pace; l'Unzione è il sacramento della guarigione, intesa in una visione globale e non limitata al corpo.

L'agire pastorale deve tenere nella debita considerazione l'importanza dell'aspetto sacramentale, attraverso cui la salvezza di Cristo si attualizza nei credenti.

In passato, il rischio pastorale è stato di un'eccessiva sacramentalizzazione a scapito di una relazione di aiuto efficace e di un cammino di evangelizzazione costruttivo con i malati. Oggi, il pericolo potrebbe essere il contrario, nel senso che si privilegia la dimensione umana, ma non si valorizzano sufficientemente l'annuncio della Parola e la celebrazione dei sacramenti come momenti per una più profonda unione con Cristo e con la Chiesa.

Conclusione

Sono stati delineati i contenuti di tre strade bibliche, per estrapolarne spunti per l'azione pastorale.

La prima considerazione è che siamo tutti pellegrini nella vita e gli itinerari percorsi dal malcapitato, dai discepoli di Emmaus e dall'Etiopie potrebbero diventare un giorno il nostro cammino.

In secondo luogo, i percorsi che vanno da Gerusalemme a Gerico, a Emmaus e a Gaza mantengono la loro attualità; possono cambiare i nomi dei protagonisti o i riferimenti geografici, ma rimangono simili gli interrogativi, i sentimenti, i bisogni e le speranze che accomunano i pellegrini di oggi con quelli di ieri.

In terzo luogo, i tre itinerari proposti riassumono importanti verità della vita, schiudono orizzonti innovativi e prospettano metodologie concrete e creative per testimoniare il Vangelo della misericordia e della speranza accanto a chi soffre.

P. ARNALDO PANGRAZZI

Note

¹ Cfr. ARNALDO PANGRAZZI, "Perché proprio a me?", Ed. Paoline, Milano, 1995.

² Cfr. *Ibid.*

Un progetto sanitario in materia di eutanasia

Nella sua *Dichiarazione sull'eutanasia*¹, la CDF precisa che, nel malato terminale, il diritto alla vita consiste nel "diritto a morire in tutta serenità, con dignità umana e cristiana". Va detto subito – e ciò a scanso di qualsiasi equivoco appunto perché corriamo sempre più il rischio che un certo tecnicismo abusi del suo potere – che questo diritto non indica il potere di procurarsi o farsi procurare la morte e neppure di poterla rifuggire ad ogni costo².

Ho ritenuto non solo interessante, ma anche e soprattutto importante presentare il testo circa il progetto della *Camera federale dei medici (Bundesarztekammer: Bak)* in materia di "Accompagnamento del moribondo e dei limiti del possibile trattamento", (...*zur artzlichen Sterbebegleitung und den Grenzen zumutbarer Behandlung*). Si tratta di un tema molto complesso che esige uno studio approfondito da parte del mondo sanitario, specialmente se d'ispirazione cristiana e cattolica. Quanto sto per offrire vuol essere una prima riflessione valutativa. Per facilitare al massimo la lettura del presente articolo, lo divido in un prologo che rileva i motivi del progetto, un preambolo che ne indica il senso, alcune linee direttive essenziali, alcuni punti nevralgici da discutere e una valutazione conclusiva.

Il prologo: i motivi del progetto

Per cogliere l'intento e la preoccupazione del progetto in questione è senz'altro utile inquadralo nel contesto dei motivi, come ha fatto il prof. dr. med. *Eggert Beileites*.

I motivi delle nuove linee direttive si riferiscono allo sviluppo veloce della scienza e

della tecnica nel campo medico; questo sviluppo, infatti, non tocca soltanto le forme di vita e i suoi rapporti, ma anche i fondamenti della concezione che l'uomo ha di se stesso. Tutto questo riguarda, ovviamente, la responsabilità dell'umanità, per il semplice fatto che stanno crescendo le incertezze morali, etiche e giuridiche in materia.

Il progetto nel campo di accanimento terapeutico, da un lato, e le possibilità di manipolazione del processo della morte, dall'altro, stanno diventando fonti di paura del "troppo" quanto al progresso sul non lasciar morire e di timore del "non-abbastanza" quanto alle possibilità di cura sanitaria.

Questo timore, ed è importante sottolinearlo, deriva anche dalla mentalità politica di un eccessivo risparmio nel campo medico-sanitario. Inoltre, le legalizzazioni in materia di eutanasia (Olanda, Australia e USA) esercitano forti pressioni, per di più sostenute da alcuni filosofi "libertini" americani: *Ronald Dworkin*, *Thomas Nagel* e *John Rawls*³.

Da qui seguono, almeno, due cose: la prima, il tema in questione è ormai diventato di pubblica discussione; la seconda, che è connaturata alla prima, ci troviamo di fronte a sempre più grandi difficoltà per giungere a un consenso generale nella contemporanea cultura pluralistica. Di conseguenza, il progetto deve affrontare, oltre le esigenze della scienza medica e le pretese "autonome" dei pazienti, anche le questioni delle norme etiche e dei canoni giuridici. Tutto questo rimane vero anche se, come fa il progetto, si esclude categoricamente ogni ricorso ad una "eutanasia attiva".

Preambolo: il senso del progetto

Dopo il prologo, il documento passa ad un significativo ed illuminante preambolo. È compito del medico conservare e proteggere la vita e ristabilire la salute del paziente nonché lenire il dolore e aiutare i moribondi fino alla morte. Tuttavia questo compito è sempre più condizionato dal diritto di autonomia sia del paziente che del moribondo. Inoltre, il limite del compito medico non viene solo dalla volontà del paziente e del moribondo, ma viene anche, e ciò è importante, dai limiti della scienza medica stessa. Ecco perché le linee direttive del progetto collocano l'attività medica alla frontiera che si trova tra la vita e la morte.

Insomma, il progetto si muove sul piano dei limiti del *doveroso* trattamento del medico, da una parte, e dalle *pretese* terapeutiche e curative del paziente e del moribondo, dall'altra. Pertanto le linee direttive mirano soprattutto a stabilire, in qualche modo, i limiti dell'intervento medico, diciamo terapeutico, nei riguardi dei pazienti terminali. Anche qui, il progetto si premura di rilevare che va escluso categoricamente qualsiasi ricorso alla "eutanasia attiva".

1. Le linee direttive essenziali

Il progetto è composto da 4 paragrafi. Il primo tratta dei doveri del medico nei confronti del moribondo; il secondo tratta dei limiti del trattamento terapeutico; il terzo affronta il diritto del paziente all'autodecisione quando egli si trova nella fase tra la vita e la morte; il quarto considera le opinioni dei pazienti in materia di morte.

1.1. Doveri del medico di fronte al moribondo

Il dovere del medico consiste nell'aiutare il moribondo sino alla morte, mediante trattamento, assistenza e cura, intese a conservare e prolungare la vita. Tuttavia, quando il paziente entra nella fase del morire, allora subentrano misure curative e analgesiche, per aiutarlo a morire con dignità.

Viene precisato che, per volontà esplicita o presunta del moribondo, le misure per prolungare la sua vita possono venir omesse o interrotte, a condizione però che siano quelle che soltanto rallentano la morte e non abbiano più alcun influsso sul dolore irreversibile. Nel caso, poi, che il lenire del dolore abbrevi inevitabilmente la vita, il medico non deve angustiarsi, purché non abbia l'intenzione eutanasi. Vale a dire, resta chiaro che ogni abbreviamento intenzionale, ossia eutanasi, non solo è inammissibile ma è anche punibile. La collaborazione del medico, in casi di richiesta ad aiutare il moribondo a suicidarsi, contraddice la sua deontologia professionale e, quindi, andrebbe giustamente punito.

1.2. Rinuncia a trattamenti imprevedibili (unzumutbare)

La questione della rinuncia terapeutica e curativa riguardante pazienti "gravissimi", i quali, però, si precisa, non si trovano ancora in un processo di morte, si presenta assai complessa. Anzitutto, sarebbe ammissibile che il medico cambi il trattamento, purché egli abbia tenuto conto del diritto di autodecisione del paziente e il trattamento, che prolungherebbe la vita, non rechi più alcun aiuto al paziente; anzi, aggraverebbe soltanto irresponsabilmente il suo stato di vita. Nell'intento, poi, di escludere ogni questione economica, viene richiesto, tassativamente, il necessario aiuto-base, consistente in calore umano, cura corporale, lenimento del dolore, apertura delle vie respiratorie, idratazione e alimentazione naturale (sic!).

Per non lasciare dubbi vengono "nominatim" indicate le persone delle quali si tratta:

persone in stato di "coma-veglia" (*Wachkoma*) e neonati con gravissimi handicap congenitali o con lesioni perinatali.

Nel primo caso è possibile interrompere il trattamento terapeutico che prolunga la vita qualora ciò corrisponda alla volontà esplicita o presunta del paziente.

Nel caso poi di gravissime malformazioni (*mit schwersten kongenitalen Fehlbildungen*) di neonati che possono essere tenuti in vita soltanto mediante un continuo ricorso a dei mezzi tecnici straordinari, il medico può, dopo un col-



loquio con i genitori, non solo interrompere questi mezzi, ma anche neppure iniziarne il trattamento.

1.3. Il diritto del paziente alla autodecisione

Il medico è tenuto a rispettare la volontà del paziente, anche quando viene chiesto di interrompere il trattamento iniziato. Qualora si tratta di pazienti "incoscienti", si deve tener presente la loro volontà presunta, soprattutto se esiste una sua decisione precedente. Inoltre bisogna prendere in considerazione la convinzione religiosa, l'atteggiamento generale di fronte alla vita, le aspettative della vita, i rischi di un handicap permanente ed anche il dolore del paziente in causa. Se, poi, c'è una persona di fiducia del paziente *ad hoc* designata, si deve ricorrere a lei. In caso che la presunzione non sia conoscibile, non basta, però, la volontà di un curatore,

ci vuole il consenso dell'ufficio tutorio (& 1904 BGB).

1.4. Disposizioni del paziente prima (Vorfeld) della morte

Si tratta di disposizioni riguardanti un curatore, il testamento del paziente, oppure provvedimenti, che possono aiutare non solo il medico nel suo compito, ma possono servire anche come elemento importante per la considerazione responsabile della volontà presunta del paziente. Tuttavia, il medico non deve dimenticare che certe volontà, *da sani*, possono cambiare, *da malati*, ed anche, si rileva, la speranza spesso cresce proprio in situazioni disperate.

2. Punti nevralgici da discutere

Le reazioni sui giornali sono state, generalmente, abbastanza critiche. Ecco alcuni titoli: un "Documento sensibile oppure una assurdità?"; "I semidei ai loro limiti"; "No alla eutanasi attiva, ma più spazio per l'interruzione del trattamento in caso di gravissimo cancro"; "Anche per i medici, la distinzione tra 'bene e male' diventa difficile"; "Incoscienza prolungare il trattamento oppure lasciar morire?"; "Rottura della barriera di aiuto al moribondo"; "I medici mostrano irrisolutezza"; "Tra lenimento del dolore e prolungamento della vita"; "Eutanasi ed etica"; "La federazione di Marburgo favorevole alle direttive"; "Respingiamo l'aiuto attivo alla morte"; "La Chiesa Evangelica in Germania" (*Die Evangelische Kirche in Deutschland: EKD*) loda il Documento dei medici".

Entrando più in dettaglio rilevo che tutti attirano l'attenzione sull'apertura alla interruzione del trattamento medico nei casi di coma-veglia (*Wachkoma*) e di malformazioni congenitali dei neonati, qualora esiste la volontà esplicita o presunta da parte degli interessati. Si rileva, soprattutto, l'aspetto problematico della interruzione dell'alimentazione artificiale in caso di persone, gravemente malate, ma

non ancora entrate nella fase della morte.

Un altro punto è quello dei limiti del *fattibile* in campo medico, in quanto essi vengono sempre più spostati e, più specificamente, quando si tratta della frontiera tra la vita e la morte. Perciò questi limiti diventano sempre più questioni di etica, ossia, questioni di liceità o meno dell'*agibile* medico. Ancora un altro punto concerne i casi di certe persone, giudicate ancora "viventi" (cioè non morenti): ci si domanda se basta il ricorso ad un aiuto-base. È sufficiente, in tali casi, stabilire che si esclude ogni eutanasia attiva, ma per il resto si tratta di un dilemma: continuare con il trattamento terapeutico o lasciar morire? È davvero sufficiente, per risolvere questo dilemma, il ricorso alla volontà esplicita o presunta del paziente o alla volontà di chi per lui? Non significa una simile presa di posizione, una chiara rottura della barriera e, quindi, una apertura alla eutanasia passiva a richiesta del paziente o di chi per lui? Ma allora, si può ancora asserire: *salus aegroti suprema lex esto*? Oppure, e il quesito è ancora più incalzante, quale valore etico determinante ha qui il comandamento di Dio: *non uccidere*? E soprattutto, cosa rimane della dignità della persona umana: *creata all'immagine e somiglianza di Dio*? Insomma, da quanto precede risulta evidente che molti punti nevralgici sono venuti al pettine.

Questo fatto è rilevante soprattutto perché contrasta con la lode da parte di *Hermann Barth*, vicepresidente della Chiesa Evangelica in Germania (EKD). Contrasta anche con il giudizio del prof. *Reiter*, il quale, pur rilevando alcuni interrogativi a riguardo della eutanasia passiva, della interruzione del trattamento terapeutico e dell'autonomia del paziente, conclude che le linee del progetto sono, nel loro insieme, eticamente accettabili⁴.

3. Una valutazione propositiva

Ritengo che il progetto in

esame è un tentativo di offrire alcune linee direttive, anche dal punto di vista etico, in un campo sanitario molto delicato e complesso. L'insistenza sul compito specifico e proprio del medico a favore della vita del paziente è corretta. "L'attività degli operatori sanitari ha l'alto valore di *servizio alla vita*. È l'espressione di un impegno profondamente umano e cristiano, assunto e svolto come attività non solo tecnica ma di dedizione e amore al prossimo"⁵.

La ripetuta esclusione, in modo categorico, della liceità di ogni forma di eutanasia atti-



va, come conseguenza deontologica di tale compito, è certamente espressione di grande senso di responsabilità dell'arte medica. Qui vale quanto dichiara autorevolmente la *Carta*: "La pietà suscitata dal dolore e dalla sofferenza verso malati terminali, bambini anormali, malati mentali, anziani, persone affette da mali inguaribili, non autorizza nessuna eutanasia attiva... Qui non si tratta di aiuto prestato a un malato, ma dell'uccisione intenzionale di un uomo"⁶. Del tutto esatta è anche la precisazione che il ricorso a lenimenti del dolore atroce, pur con l'effetto di una possibile abbreviazione della vita, non è illecito. Perché a lungo andare il dolore impedisce il raggiungimento di beni e di interessi superiori; può provocare effetti nocivi all'integrità psico-fisica della persona; inoltre, una sofferenza troppo intensa può diminuire o impedire la padro-

nanza dello spirito. Per cui è legittimo, ed oltre certe soglie di sopportabilità è anche doveroso, per l'operatore sanitario, prevenire, lenire ed eliminare il dolore⁷.

Ecco perché "tra le cure da somministrare all'ammalato terminale vanno annoverate quelle analgesiche. Queste, favorendo un decorso meno drammatico, concorrono all'umanizzazione e all'accettazione del morire"⁸. Quando poi motivi proporzionati lo esigono è permesso utilizzare con moderazione narcotici che ne allevieranno le sofferenze, anche se porteranno a una morte più rapida⁹. In tal caso "la morte non è voluta o ricercata in alcun modo, benché se ne corra il rischio per una ragionevole causa: si intende semplicemente lenire il dolore in maniera efficace, usando allo scopo quegli analgesici di cui la medicina dispone"¹⁰.

Così pure la maggiore attenzione all'autonomia ossia alla decisione libera e responsabile della volontà sia esplicita che presunta da parte del paziente stesso od anche per mezzo di un terzo a suo nome, corrisponde alla dignità della persona. Il fatto, poi, che si tratta ancora di un progetto sottoposto a discussione molto ampia, è lodevole perché vuol dire che si attendono delle correzioni migliorative.

Detto tutto questo a favore del progetto, è doveroso sottolineare la rottura della barriera in difesa "incondizionata" della vita del neonato, del malato grave e del moribondo. Si dovrebbe introdurre con precisione la valenza del "principio della proporzionalità nelle cure" e ciò, appunto, per poter giudicare, dal punto di vista etico, la questione dell'aiuto-base richiesto dalla dignità della persona del malato grave o moribondo, dopo che è avvenuta l'interruzione del trattamento terapeutico.

È vero secondo il principio della "proporzionalità nelle cure", è lecito in coscienza prendere la decisione di rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita. Da notare, ed è importantissimo, che allora sia-

mo nell'imminenza di una morte inevitabile nonostante i mezzi usati. Comunque anche allora non si può interrompere le cure normali dovute all'ammalato. Ora, e notiamolo bene, l'alimentazione e l'idratazione, anche *artificialmente amministrata*, rientrano tra le cure normali dovute sempre all'ammalato quando non risultano gravose per lui: la loro indebita sospensione può avere il significato di vera e propria eutanasia¹¹.

Annoto a scanso di ogni equivoco, che qui si tratta di malati nell'imminenza della loro morte inevitabile. Ora, e sottolineo, nel progetto in esame si tratta di malati "ancora viventi" (cioè non ancora nell'imminenza della morte); pertanto per queste persone, siano essi adulti o neonati, vale *a fortiori* l'obbligo etico, deontologico, di non interrompere l'alimentazione e idratazione artificiali. Se ciò viene fatto ci troviamo nella fattispecie della uccisione intenzionale di un essere umano che, chiamata con il suo nome, vuol dire eutanasia diretta passiva.

Aggiungo, a giustificazione del rispetto "ministeriale" per la vita fino alla morte naturale, andrebbe precisato che nessuno – né il medico né il paziente, né un terzo per lui – è il signore della vita e neppure il conquistatore della morte, ma semplicemente ed unicamente, soprattutto quanto all'ope-

ratore sanitario, è "il garante" della vita e "l'accompagnatore" di una morte dignitosa, e quanto al paziente è "l'usufruttuario" della vita fino alla sua morte naturale.

È in base a questo stesso principio di proporzionalità che il paziente ha il diritto di rifiutare il cosiddetto accanimento terapeutico, ma, sia ben chiaro, che non ha mai il diritto di autodecisione per quanto riguarda la sua morte; la morte era, è, e rimarrà sempre un processo naturale affidato e, quindi, da affidare alle mani del Datore della vita: Dio. Da questo punto di vista piace il titolo del progetto, *non più aiuto, ma accompagnamento in materia di morte*. Non si tratta per nessun operatore sanitario di collaborare a far morire una persona, neonata o anziana, ma di accompagnare il malato terminale vivere il suo processo di morte.

Pertanto è auspicabile che la discussione riesca a far introdurre nel progetto anche, e soprattutto, la barriera della esclusione categorica di ogni forma eutanasiica diretta passiva.

Inoltre è auspicabile che l'autonomia "deliberante" della volontà del paziente e del moribondo o di chi per lui venga chiaramente relativizzata. Spero che questa mia valutazione propositiva ottenga il suo scopo: correggere e migliorare il progetto perché questo corri-

sponda di più alla deontologia sanitaria in conformità al diritto del malato terminale a morire in tutta serenità, con dignità umana e cristiana.

Padre BONIFACIO HONINGS
Professore emerito della Pontificia
Università Lateranense e Urbaniana
Consulatore del Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari

Note

¹ Sacra Congregazione per la Dottrina della Fede, *Dichiarazione sull'eutanasia*, 5 maggio 1980, in Acta Apostolicae sedis, 72 (1980) 549; in seguito citerò, CDF, *Dichiarazione...*, in AAS, p.

² Cfr. Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, *Carta degli operatori sanitari*, Città del Vaticano, 1995, n. 119; in seguito citerò *Carta...*, n.

³ Cfr. JOHANNES REITER, *Sterbebegleitung: Entwurf der Bundesärztekammer "Herderkorrespondenz"*, 1997, 7, p. 336.

⁴ Cfr. "Herderkorrespondenz", 1997, 7, p. 338; vedi anche REITER, *Zwischen Aertepflicht und Patientenautonomie*, che uscirà in un prossimo numero di "Medizinrecht"; annoto che si tratta sostanzialmente dello stesso articolo apparso nel citato "Herderkorrespondenz".

⁵ Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, *Carta degli operatori sanitari*, 1995, n. 1; citerò in seguito *Carta...*

⁶ *Carta...*, n. 147.

⁷ *Carta...*, n. 70.

⁸ *Carta...*, n. 122.

⁹ Cfr. Pio XII, *Ai partecipanti a un Congresso di neuropsicofarmacologia*, 9 sett. 1958, in AAS 50 (1958) 694.

¹⁰ Sacra Congregazione della Dottrina della Fede (CDF), *Dichiarazione sull'eutanasia*, 5 maggio 1980, in AAS 72 (1980), 548.

¹¹ *Carta...*, n. 120; il corsivo è mio.



Da qualche tempo si moltiplicano i libri e gli articoli riguardanti il placebo. Il progresso di quella che viene denominata la psicosomatica non è estraneo a questo ritorno d'interesse. Alcuni lodano i benefici del placebo, mentre altri parlano di inganno e di bugia. Per meglio comprendere questo problema, bisogna anzitutto precisare ciò che le parole vogliono esprimere.

Definizioni

Viene chiamato placebo un medicinale totalmente privo di efficacia oggettiva. Si dice anche che si tratta di una sostanza che non possiede in nessun modo principi attivi. Il Dott. P. Lemoine, contrario ad un uso esagerato di medicine psicotrope, scrive che secondo il Sig. Jourdain, "la medicina occidentale pratica la placeboterapia senza saperlo", ed aggiunge: "o piuttosto senza volerlo sapere"¹.

Gli storici ritengono che la parola placebo sia diventata un termine medico verso il 1785. Si voleva sedurre la clientela. Il termine latino significa: piacere al Signore ... Il salmo 114, impiegato nella liturgia dei defunti, ne fa uso: *placebo Domino in regione vivorum*. Nella Vulgata ciò è tradotto: piacerò al Signore nella terra dei viventi. Ma le traduzioni attuali presentano il testo diversamente: camminerò in presenza del Signore sulla terra dei viventi.

Più tardi, la parola placebo assumerà una connotazione legata allo stato di intrigante, di aduttore e di opportunista. Alla fine del Medio Evo, si indica con questa parola un aduttore o un millantatore. Nel Rinascimento il placebo "prende le prime lezioni di filosofia"². Montaigne fornisce

diversi esempi che rivelano il peso della fiducia e il ruolo dell'immaginazione nel processo di guarigione. Tra i vari casi, l'autore ci propone un esempio probante:

"Una donna pensava di aver ingerito uno spillo con il pane, piangeva e si tormentava come se avesse un dolore insopportabile alla gola, in cui pensava di sentire lo spillo; ma poiché non c'erano né gonfiore, né alterazione dal di fuori, un furbo, avendo giudicato che si trattava soltanto di fantasia, prese alcuni pezzi di pane che passando l'avrebbero punta, la fece vomitare e gettò in ciò che ella aveva rigettato uno spillo storto. La donna, credendo di averlo rimesso, si sentì all'improvviso alleviata dal suo dolore"³.

Nel XVIII secolo, soprattutto grazie alle ricerche compiute in Inghilterra, il termine placebo entra nei dizionari di medicina e nel XIX divenne un termine medico scientifico. Nella nostra epoca si parla di placeboterapia per indicare la somministrazione "di un prodotto inefficace per sua natura, ma sotto la forma, le apparenze e con l'atmosfera di un medicinale attivo".

Un problema etico

Nella storia di questo concetto medico ritornano spesso espressioni come "pietosa bugia", "inganno", ecc. Certo, le circostanze che motivano la prescrizione del placebo possono far pensare a ciò. Trattando dell'azione del placebo i medici scrivono: "L'attesa nello studio di un medico o nella sala d'attesa di un ospedale, l'impressionante terminologia impiegata, la mitologia del medico onnipotente che prescrive il rimedio, concorrono a dare al paziente fede nei rimedi ed a trasmetter-

gli l'impressione che il trattamento prescritto possieda i componenti necessari per migliorare la sua condizione" (Lachaux-Lemoine, p. 86).

Di fatto, gli elementi qui sfuggono al controllo peculiare di una situazione terapeutica, ma il termine bugia sembra allontanato. I rimproveri rivolti all'uso del placebo sono diversi. Si dice che oggi ognuno tende ad avere il consenso chiaro da parte del malato, in funzione dei suoi diritti e della sua autonomia, per alcune sperimentazioni, e questo sembra poco compatibile con il ricorso al placebo.

Inoltre, sarebbe molto grave che il medico allentasse la vigilanza su un paziente che reagisce favorevolmente al placebo. In effetti, il medico rischierebbe di perdere l'occasione di guarire il malato attraverso il rimedio specifico adeguato. In questo senso un farmacologo scrive: "Un placebo può anche diventare un 'nocebo': può nuocere"⁴. È possibile impiegare questo linguaggio anche per altri modi di "curare la sua anima" e il Dott. J. Vigne ha constatato: "La meditazione intesa come un rilassamento superficiale può avere un 'effetto Valium' e mascherare i veri problemi dando l'impressione di stare meglio, ma senza apportare realmente un miglioramento"⁵.

Tuttavia, i ricercatori che si preoccupano di questioni etiche, affermano con ragione che il placebo può essere prescritto come un medicinale e "come una tappa nel cammino terapeutico deciso il più obiettivamente possibile e restituito in seno alla relazione medica globale". Partendo da ciò, il moralista ritorna alle definizioni. Ogni dizionario attuale di medicina riporta che il medicinale è una sostanza impiegata per curare le

malattie e le ferite. D'altronde, la bugia è definita come un atto o una parola contrari alla verità.

Tommaso d'Aquino assicura che il bugiardo è colui che ha la volontà di esprimere ciò che è falso con l'intenzione di ingannare (Sum. Th. II/II, 11o, 1). Ma lo stesso autore, trattando della simulazione, insegna: "Si mente quando si dice ciò che non è, ma non quando si tace ciò che è" (111,1, ad4). Sta qui certamente la chiave del problema del placebo.

Ispirandosi ad Aristotele e a Sant'Agostino, il Dottore angelico espone alcuni tipi di bugie cosiddette officiose e che parlano del bene al quale è rivolta l'intenzione: "si vuole essere utile a qualcuno nei suoi beni" e "evitargli un danno materiale" o "salvargli la vita" o ancora "preservarlo da una colpa che macchia il corpo e l'anima". Tali "bugie" sono presentate in ordine di gravità decrescente (11o,2). Queste sfumature sono piene di insegnamento e bisogna notare, come ha detto un moralista, che per Tommaso d'Aquino "celare o ancora raffigurare la verità non vuol dire necessariamente, né sempre, tradirla o falsificarla".

Evidentemente, il fatto che alcuni abbiano allora parlato di restrizione mentale e che si pensi a questa nozione equivoca ha fatto discutere Pascal e i Gesuiti.

P. H. Jone, cappuccino e teologo tedesco della nostra epoca, ha scritto un compendio di morale di cui sono state stampate dieci edizioni, in cui afferma: "La restrizione in senso lato è permessa, a volte anche obbligatoria, a condizione che ci sia un motivo sufficiente e che l'altro non abbia diritto a conoscere la verità. C'è un motivo sufficiente quando si tratta di beni utili per l'anima e per il corpo o quando si tratta di sbarazzarsi di domande importune e non giustificate"⁶. Questo testo non è una scappatoia, ma una lezione di buon senso. La nozione di "motivo sufficiente" sembra utile nel caso di una terapeutica legata al placebo.

È interessante, in questi argomenti, ascoltare un filosofo moderno che non parla in nome di Dio ma in nome dei valori morali necessari ad ognuno di noi. Trattando della buona fede, il filosofo A. Comte-Sponville dice che questa virtù consiste anzitutto nella fedeltà al vero e nell'amore della verità. Ed aggiunge: "La bugia è una colpa?". Senza dubbio. Ma l'aridità di cuore è più grave! La veracità è un dovere? Sì. Ma l'assistenza ad una persona in pericolo è un altro, e più avvincente⁷. L'autore ama fare riferimento a Montaigne che assicura negli *Essais* che la verità "è la parte prima e fondamentale della virtù" e che "bisogna amarla per se stessa" (II, 17). Nell'ottica cristiana il rigore è evidentemente opportuno in quanto la verità non dipende prima di tutto dal calore o dall'aridità del cuore ...

Esiste dunque un problema morale di responsabilità per il medico e "un'etica rigorosa è indispensabile". È l'opinione del Prof. J. Bernard che aggiunge: "in nessun caso devono questi studi comparati devono portare pregiudizio al malato". D'altra parte, bisogna riconoscere che si tratta qui di terapeutica. In un'opera che destò grande scalpore, già nel 1979, Norman Cousins sottolineava l'atteggiamento di numerosi ricercatori di fronte al placebo. "Essi non lo considerano unicamente come un coadiuvante psicologico utilizzato dai medici nel trattamento di taluni pazienti, ma come un agente terapeutico autentico che modifica la chimica del corpo e contribuisce a mobilitarne le difese per combattere i disordini o la malattia"⁸. Il placebo quindi non ha soltanto l'apparenza di un medicinale ma agisce realmente come tale. I medici rilevano che sarebbe un errore considerarne l'utilizzo come un mezzo per sbarazzarsi di un cliente ingombrante, prescrivendogli una qualunque preparazione sottoposta ad un risultato aleatorio.

Al contrario, si tratta di una strategia terapeutica psicosomatica e ciò deve anche illu-

minare il giudizio morale su un tale passo. Quel che è importante, in questo campo, è di conservare una sana valutazione in funzione dell'oggetto, del fine e delle circostanze. Oggi alcuni filosofi assegnano tutto il valore di un atto alle sue motivazioni e altri alle sue conseguenze.

È chiaro che si impone una grande obiettività se non si vuole cadere nella relatività o nell'unica preoccupazione dell'inefficacia.

Corpo e spirito

I ricercatori insistono attualmente sulla conoscenza scientifica dei rapporti tra spirito e corpo. In diversi studi troviamo riferimenti ad un'opera di un medico californiano, il Dott. E. L. Rossi, che si è dedicato alla psicobiologia della guarigione. Egli descrive il caso di un malato, M. Wright, la cui storia illustra in modo sorprendente l'azione del placebo.

"Wright era affetto da un cancro ad uno stadio molto avanzato delle ghiandole linfatiche, un linfosarcoma. Finì per diventare resistente ad ogni forma di trattamento palliativo... Malgrado ciò, M. Wright non aveva perduto le speranze, anche se così era per i suoi medici. Riponeva tutte le sue speranze su un nuovo medicinale che stava aspettando e che lo avrebbe salvato. I giornali ne avevano parlato, si trattava del 'Krebiozene' (che in seguito si è dimostrato essere un preparato inerte e senza effetto)"⁹. Il paziente si rivolse all'Associazione dei Medici che stava procedendo alla prova di questo medicinale: il trattamento consisteva in iniezioni ripetute tre volte la settimana.

Fin dall'inizio del tentativo, M. Wright, febbricitante e infermo, lasciò il medico nello stupore in quanto, ben presto, passeggiava per i corridoi e conversava allegramente con le infermiere. Ma gli altri pazienti sottoposti allo stesso trattamento non riscontravano nessun cambiamento. "Soltanto M. Wright aveva compiuto progressi notevoli. Le

sue masse tumorali si erano fuse come neve al sole, in soli pochi giorni si erano ridotte della metà”. Furono continuate le iniezioni. “In capo a dieci giorni M.Wright poté lasciare il suo ‘letto di moribondo’ ed andarsene, ogni segno della malattia era praticamente scomparso in questo lasso di tempo”.

Due mesi più tardi, la stampa annunciò che la sperimentazione con il Krebiozene rivelava l’assenza di risultati e ciò preoccupò considerevolmente il malato. “A mano a mano che i risultati annunciati diventavano più negativi, la sua fede declinava, e dopo due mesi di salute quasi perfetta egli ricadde nel suo stato precedente, ritrovando il suo umore triste e tetro”. Poiché il paziente aveva ceduto alla disperazione, il medico fece un gioco rischioso. Assicurò a Wright che stava per arrivare una nuova fornitura del medicinale, più “puro e superattivo”. Ci fu una nuova partenza e la speranza del malato raggiunse il culmine.

“La guarigione di questo secondo stadio praticamente terminale fu ancora più stupefacente della prima volta. Le masse tumorali si fusero, il fluido che riempiva i polmoni scomparve, ed egli poté nuovamente essere curato ambulatorialmente”. Continuavano le iniezioni d’acqua...

Ma la stampa pubblicò un annuncio dell’Accademia di Medicina in cui si affermava che “i tests condotti nell’insieme del paese dimostrano che il Krebiozene non ha alcun effetto nel trattamento del cancro”. Qualche giorno dopo l’annuncio, Wright fu nuovamente ricoverato in uno stato disperato. “Questa volta non ci credeva più, tutta la speranza era sfumata ed egli morì in meno di due giorni”.

Si comprende che un tale caso sia oggetto di interesse per tutti coloro che si occupano della questione del placebo. Umilmente il Dott. Rossi ha scritto: “non capiamo ancora tutti i fattori importanti di una determinata situazione individuale ed abbiamo soltanto una vaga idea del modo con cui si può in maniera cer-

ta facilitare la guarigione del corpo per mezzo del pensiero” (p. 24). I medici hanno constatato semplicemente che l’esperienza di Wright prova che il credere ciecamente nell’efficacia di un medicinale – in realtà senza alcun valore – attiva l’effetto placebo. Tale processo mette in atto tutti i principali sistemi di comunicazione tra lo spirito e il corpo: possiamo pensare ai sistemi autonomo, endocrino ed immunitario.

Non bisogna dimenticare il consiglio di Platone nell’arvide: “I buoni medici, quando un malato va a trovarli per un male agli occhi, dichiarano che non bisogna curare gli occhi soltanto: bisogna curare la testa per guarire gli occhi e allo stesso modo voler guarire la testa soltanto, indipendentemente da tutto il corpo, è un’assurdità” (156 sq.). Il filosofo aggiunge che è curando il tutto che bisogna applicarsi a guarire la parte malata...

Al contrario sarebbe ridicolo nascondersi la complessità dei meccanismi in gioco. Uno specialista dello studio scientifico delle emozioni assicura “che con le malattie psicosomatiche noi ci poniamo in un mondo di incertezze”¹⁰.

Paziente e medico

Le opere più recenti non si stancano di insistere sull’importanza, di fronte al problema del placebo, della fiducia del malato verso il proprio medico. L’attesa del paziente nei confronti del trattamento è fondamentale, ma lo sono anche la personalità del medico e il suo grado di convinzione. Il Dott. J. J. Aulas scrive: “Uno studio rigoroso mostra che il motore più potente dell’effetto placebo è lo stesso medico”¹¹.

A sua volta, Cousins assicura che il migliore dei placebo è il medico e l’autore invoca anche la capacità autonoma di guarigione che la volontà di ogni malato deve sviluppare. Sulla base della sua esperienza l’autore ha potuto constatare che “il corpo umano è esso stesso il suo miglior

farmacista e le prescrizioni migliori sono quelle che l’organismo stesso vuole ricevere” (op. cit. p. 50). Ritorna la stessa constatazione: “Ogni malato porta il proprio medico all’interno di lui stesso” (62).

Gli autori trattano il ruolo del prescrittore nell’uso di un placebo. Vengono constatate differenze significative tra i risultati pur tuttavia ricorrenti nelle stesse compresse per la medesima patologia, se i medici sono diversi. La personalità del terapeuta comporta prestazioni diverse, in quanto ogni medico non ha la stessa capacità di comunicare, di assicurare e di compatire. Possiamo dire altrettanto dei consiglieri spirituali e dei confessori: non tutti hanno la stessa abilità nel rimettere sui binari un’anima scoraggiata o peccatrice¹².

La modestia si impone per tutti coloro che hanno la missione di aiutare gli altri nei momenti di crisi e il Dott. P. Lemoine ha ragione quando scrive: “Nessun medico riuscirà mai ad essere ugualmente buono per tutti i malati e per tutte le malattie” (op. cit. p. 75). Si dice anche che nessun uomo di Chiesa sia capace in ogni caso di comprendere perfettamente tutte le pieghe nascoste che sono all’origine di un atteggiamento colpevole di un penitente o di un altro.

È indubbio, d’altronde, che spesso le turbe psicologiche sono inserite in un contesto religioso e culturale. Spesso sono legate a disturbi del corpo e si entra così nei disordini di tipo psicosomatico. Il che farà dire una volta di più ad uno specialista che in una simile circostanza “la fiducia nel medico e la volontà di guarigione svolgono un ruolo di capitale importanza”¹³. Se si allarga la ricerca, si arriva alla conclusione cui è giunto il Prof. E. Zarifian analizzando problemi di psicofarmacologia: “Un antidepressivo da solo non guarirà mai un depresso. È necessario anche che si instauri un rapporto curante in cui il medicinale è un elemento necessario ma non sufficiente”¹⁴.

Il “rapporto curante” e il “lavoro psicologico di accompagnamento” sono temi classici in medicina. Le tecniche del Dott. Balint hanno sempre rivelato che il medico non può evitare di essere coinvolto nel rapporto terapeutico. Si è parlato abbastanza del linguaggio degli organi come mezzo d'espressione: una turba fisica può essere il canale mediante il quale un malato esprime le sue difficoltà psichiche. È allora importantissimo fare attenzione a che ogni paziente sia unico nel senso esteso della biologia, la genetica e l'ematologia. Non si dovrebbe affrontare la questione del placebo dimenticando questa individualità della persona. Allo stesso modo i consiglieri spirituali saranno utili soltanto curando che “ogni anima sia una diocesi”, un mondo singolare che Dio ama in modo particolare.

Quando il Prof. J. M. Charcot redasse nel 1892 una piccola opera dal titolo “La fede che guarisce”, sottolineava che lo scopo essenziale della medicina è la guarigione dei malati “senza distinzione nel processo curativo da mettere in atto”¹⁵. Questo libro era apparso in una collezione denominata Biblioteca diabolica! È evidente che il “processo curativo” non è indifferente e si pensa oggi a tutti i problemi d'aborto, eutanasia e bioetica. Il libro di Charcot era sospetto inoltre per i credenti per il suo tono razionalista e per l'atteggiamento molto critico dell'autore nei confronti del cosiddetto miracolo. Charcot parla de “lo spirito eminentemente suggestionato” di coloro che si recano in un santuario ed insiste soprattutto sui fenomeni isterici. D'altronde egli stesso inviava alcuni pazienti in questi luoghi santi in nome, evidentemente, della terapeutica...

Il Prof. della Salpêtrière ha detto questa frase che oggi ci fa un po' pensare: “Perché gettare tante sfide alla scienza che finisce per avere l'ultima parola in tutte le cose!” (p. 8). Non si ha più la stessa fiducia né lo stesso ottimismo alla fine del XX secolo.

Alcuni propositi di Charcot avrebbero potuto senza dubbio essere applicati agli studi sul placebo. In effetti oggi gli specialisti ammettono che “la suggestione sembra essere una spiegazione valida dell'azione del placebo”. Quest'ultima sarebbe dunque anzitutto “la materializzazione della suggestione del medico che lo somministra”. Si tratta di un'influenza affettiva esercitata sulla mente e sull'organismo¹⁶.

Oltre cinquanta anni fa un medico svizzero scriveva: “L'uomo non è una casa a due piani, ben separati l'uno dall'altro, ma un essere vivente intero composto di un'anima e di un corpo intimamente fusi”¹⁷. I consiglieri spirituali l'hanno sempre saputo ed è sotto questo aspetto che bisogna affrontare, a livello medico e morale, il problema del placebo, “questo medicinale che cerca la verità”. Tale espressione è di due psichiatri che arrivarono poi ad una conclusione che ben riassume il dibattito¹⁸: “Il placebo è il più puro degli psicotropi. Ma anche il più difficile da prescrivere. È certo comunque che il placebo è un medicinale. Il suo principio attivo è il senso. La qualità della relazione, la sua psologia”.

P. JEAN-PIERRE SCHALLER

Note bibliografiche

¹ PATRICK LEMOINE, *Le mystère du placebo*, Paris, Editions Odile Jacob, 1996, p. 14.

² BERNARD LACHAUX, PATRICK LEMOINE, *Placebo. Un médicament qui cherche la vérité*, Paris, Medsi, McGraw-Hill, 1988, p. 8.

³ MONTAIGNE, *Les Essais*, t. I, lib.1, chap. 21. De la force de l'imagination, Hildesheim-New-York Verlag, Georg Olms, F. Strowski, 1981, Exemplaire de Bordeaux.

⁴ JEAN-JACQUES AULAS, *Les médecines douces. Des illusions qui guérissent*, Paris, Editions Odile Jacob, 1993, p. 237.

⁵ DR JACQUES VIGNE, *Méditation et psychologie. Soigner son âme*, Paris, A. Michel, 1996, p. 64.

⁶ PERE HÉRIBERT JONE, *Précis de théologie morale catholique*. Mulhouse, Salvator, 1944, 2^e édit., p. 370. -Ceci n'infirmen rien la parole du Christ: “Que votre langage soit: Oui? oui, Non? non: ce qu'on dit en plus vient du Mauvais” (Mt. V.37).

⁷ A. COMTE-SONVILLE, *Petit traité des grandes vertus*, Paris, PUF, 1995, p. 267.

⁸ NORMAN COUSINS, *La volonté de guérir*, Paris, Seuil, 1980, p. 45 - V. nostro articolo: Psychopharmacologie et morale, in “La vie médicale au Canada français”, Vol. 4, janvier 1975, pp. 56-63.

⁹ DR. ERNEST-LAWRENCE ROSSI, *Psychologie de la guérison. Influence de l'esprit sur le corps*, Paris, Desclée de Brouwer, 1994, pp 21-23. L'autore reputa che l'effetto placebo sia la pietra d'angolo della guarigione del corpo mediante lo spirito.

¹⁰ ROBERT DENTZER, *L'illusion psychosomatique*, Paris, Editions Odile Jacob, 1996, p. 46, cfr. J. P. SCHALLER, *Morale et psychosomatique*, Préface de JEAN HAMBURGER, Paris, Beauchesne, 1982.

¹¹ DR. J. JACQUES AULAS, op. cit. p. 232 - Avendo interrogato dei medici, FRANÇOIS LAPLANTINE riporta l'osservazione di uno di loro: “Ciò che apprendiamo dalle consultazioni prolungate, è il fatto che se la maggior parte dei malati presentano sintomi organici, tutti desiderano, a livello conscio o inconscio, parlarci d'altro” (*Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot, 1992, p. 316)

¹² V. nostro articolo: Direction d'âme et ministère médical. In “*La vie médicale au Canada français*”, vol.3, juillet 1974, pp 682-691, in cui parliamo del placebo. Nella stessa Rivista (vol. 36, janvier 1965, pp 95-103) trattiamo la frase di MONTAIGNE: “L'étroite couture de l'esprit et du corps s'entrecommuniquant leurs fortunes” (*Les Essais*, t. I, lib.1, chap. 20)

¹³ PHILIPPE LABURTHE-TOLRA - J. PIERRE WARNIER, *Ethnologie - Anthropologie*, Paris, PUF, 1992, 2^e édit. p. 281.

¹⁴ EDOUARD ZARIFIAN, *Des paradis pleins la tête*, Paris, Editions Odile Jacob, 1994, p. 106. V. la nostra opera: *La Mélancolie. Du bon usage et du mauvais usage de la dépression dans la vie spirituelle*, Paris, Beauchesne, 1988.

¹⁵ J.M.CHARCOT, *La foi qui guérit*, Paris, Alcan, Bibliothèque diabolique, 1987, p.1 - MONIQUE HEBRARD ha ugualmente pubblicato “La foi qui guérit”, ma nello spirito dei movimenti carismatici... Paris, Desclée de Brouwer, 1988

¹⁶ Già nel 1952 dei medici americani scrivevano: “Il medico che prescrive un placebo, sotto una qualunque forma, è sincero nel suo desiderio di aiutare il malato. Egli sa che questi vuole dei rimedi, è cosciente della sua resistenza all'idea che i suoi sintomi sono il risultato di un conflitto emotivo; conosce gli effetti felici della suggestione”. E. WEISS et O. SPURGEON ENGLISH, *Médecine psychosomatique*, Neuchâtel (Suisse), Delachaux et Niestlé, 1952, p.176.

¹⁷ DR. A. STOCKER, *Études sur la psychologie de la personne*, Saint-Maurice (Suisse), Editions Saint-Augustin, 1942, p. 264.

¹⁸ BERNARD LACHAUX e PATRICK LEMOINE, op. cit. p. 123. V. nostro articolo: Les “affections tristes” de l'âme. Ethique médicale. Nel *Bulletin des Médecins suisses* (Schweizerische Arztezeitung), Band 61, 1980, Heft 4, pp. 175-180.

“Matercare International”

Un’iniziativa pratica per il nuovo millennio

1. L'intenzione

Un gruppo internazionale di ginecologi ed ostetriche cattolici si sono incontrati nell'ottobre del 1995, preoccupati per lo scarso livello di salute delle madri in tutto il mondo, e per le inaccettabili soluzioni che erano state presentate per migliorare la situazione. Ispirato dal messaggio dell'Enciclica “*Evangelium Vitae*”, e consapevole del fatto che la Chiesa Cattolica deve mantenere la propria missione, basata sulla fede, di servire, attraverso il suo ministero sanitario, i più bisognosi e più vulnerabili, il gruppo ha deciso di portare avanti una nuova iniziativa professionale per la cura delle madri.

2. La base logica

2.1. La tragedia più trascurata dei nostri tempi

Oggi le madri ed i loro bambini mai nati sono oggetto di una discriminazione rilevante. È questa la conclusione cui si arriva se si esaminano le percentuali degli aborti, della mortalità materna e dei danni da parto (patologie materne), specialmente nei paesi in via di sviluppo.

Nelle zone povere del mondo, le madri patiscono “sofferenze inimmaginabili”. Si stima che circa 600.000 donne muoiano annualmente durante la gravidanza e il parto. Il rischio di mortalità materna, come causa diretta della gravidanza e del parto, è in Africa di 1:13, mentre ad esempio in Canada è di 1:7.300. Nel giugno 1996, a proposito del “Progresso delle Nazioni”, il direttore esecutivo dell'UNICEF commentava che “non è esagerato dire che una delle tragedie più trascurate del nostro tempo è il fatto che circa 1600 donne – tra

le quali delle adolescenti – muoiano ogni giorno”.

Il rapporto dell'UNICEF però non menziona le inimmaginabili sofferenze di milioni di bambini mai nati, uccisi nel seno materno, e di milioni di madri che ricorrono all'aborto come soluzione alla propria povertà: sono oltre 50 milioni l'anno, in tutto il mondo. La maggior parte di queste morti, dei danni e tutti gli aborti possono essere prevenuti. L'UNICEF chiama le principali ragioni della mancanza di miglioramento nelle percentuali di morti materne nei paesi in via di sviluppo come “una cospirazione di silenzio” e una “mancanza di immaginazione” a cui dovrebbe essere aggiunta una “mancanza di amore e di servizi compassionevoli” per spiegare le morti per aborto.

Le morti materne non avvengono in un modo visibile e concentrato, ma in donne molto giovani, in piccoli villaggi, e un po' per volta. La maggior parte di loro muoiono nel terrore, a causa di un'emorragia, o agonizzando per un parto ostruito a causa del bacino troppo stretto. Non soltanto la vita di queste donne termina bruscamente, ma anche le possibilità di sopravvivenza dei loro neonati e dei due o più bambini che già hanno, diminuiscono drammaticamente. È altresì molto probabile che le loro famiglie si disintegrino in seguito alla loro morte.

Purtroppo queste morti rappresentano soltanto la punta dell'iceberg. Si stima che per ogni madre che muore, altre 30 patiscano danni a lungo termine alla loro salute, spesso a causa di fistola ostetrica. Ciò accade in madri molto giovani, che hanno tra i 14 e i 20 anni, come conseguenza di un parto ostruito non soccorso, e spesso anche per pratiche

culturali, come ad es. la circoncisione femminile. Il risultato è che il bambino muore e, a causa dei danni alla vescica, al retto ed alla vagina, la madre diventa incontinente alle urine ed alle feci (fistola ostetrica). Per questo motivo viene isolata ed è trattata peggio di una lebbrosa dal marito, dalla famiglia e dalla società, soltanto perché è bagnata, sporca e maleodorante. Si stima che 500.000-1 milione di donne, la maggior parte delle quali si trova nell'Africa sub-Sahariana, soffrano le conseguenze della fistola.

Queste alte percentuali di mortalità, di malattie e di aborti indicano negligenza. Le madri, nei paesi in via di sviluppo, non hanno accesso a posti sicuri, puliti e dignitosi dove far nascere il bambino o a servizi medici esperti che possano curarle; benché la fistola ostetrica possa essere trattata chirurgicamente, attualmente il numero dei medici e degli infermieri esperti è insufficiente, come pure quello di attrezzature adeguate. Purtroppo, l'iniziativa internazionale per una maternità sicura ha accettato la cultura di morte che prevale in ostetricia e ginecologia, ove l'aborto viene incluso tra le soluzioni ai problemi sanitari materni. Tutto ciò è prova di una reale povertà – la mancanza d'amore e di compassione.

La Conferenza di Nairobi del 1987 sulla Maternità Sicura ha per prima richiamato l'attenzione sulla tragedia che vivono le madri nei paesi in via di sviluppo ed ha rivolto un “appello all'azione”. Tuttavia, la risposta non è stata abbastanza efficace e ci sono stati appelli ripetuti senza però grandi risposte. Il rapporto dell'UNICEF indica le principali ragioni della mancanza di un miglioramento in queste percentuali di morti

come “una cospirazione di silenzio” e una “mancanza di immaginazione”.

2.2. Il ruolo della Chiesa Cattolica nelle cure sanitarie materne

Nella Chiesa Cattolica ci sono associazioni profondamente religiose e di lunga data che si occupano di cure sanitarie. Sino ad ora, la Chiesa è stata una dei maggiori dispensatori di cure per le madri, in tutto il mondo.

L'insegnamento della Chiesa a proposito della dignità della vita umana è stato affermato chiaramente negli ultimi 30 anni, e più di recente nell'Evangelium Vitae. Questo insegnamento ripete che l'interruzione deliberata e diretta di ogni vita umana innocente è un crimine abominevole che dev'essere condannato. Tuttavia, forse condanniamo troppo presto ed altrettanto in fretta dimentichiamo che anche noi abbiamo le nostre responsabilità, quando commettiamo il peccato di omissione. Non c'è nulla di teorico nell'aver un bambino, o nel morire al momento della nascita, o nell'aver una fistola ostetrica o un aborto e così ogni argomentazione, anche in difesa della vita, non è abbastanza.

Il continuo coinvolgimento della Chiesa nelle cure sanitarie materne è ora minacciato, e ciò dovrebbe essere una seria preoccupazione per tutti i membri della Chiesa stessa. Molte delle oltre 2000 istituzioni sanitarie del mondo che dispongono di reparti di ostetricia e ginecologia, stanno chiudendo e spesso a causa delle loro posizioni in campo etico. Sono pochi i ginecologi e gli ostetrici cattolici che rimangono in attività, e pochi altri accedono a programmi di formazione specialistica. Molte agenzie governative, associazioni di specialisti e agenzie sanitarie internazionali sono dell'opinione che i cattolici non possono avere più voce in capitolo nel campo delle cure sanitarie materne a causa delle loro opinioni etiche e morali.

È evidente l'esistenza di un divario sempre maggiore tra il sapere *perché* per i cattolici la maternità e la vita umana sono

valori così alti e il sapere *come* li serviamo.

2.3. Un appello agli Operatori Sanitari

Nell'Enciclica Evangelium Vitae, il Santo Padre Giovanni Paolo II ha lanciato un appello urgente, in special modo ai cattolici:

“Al popolo della vita e per la vita, perché possiamo dare a questo nostro mondo nuovi segni di speranza, operando affinché ... si affermi una nuova cultura della vita umana, per l'edificazione di un'autentica civiltà della verità e dell'amore” (E.V. 6).



“A tutti gli operatori sanitari la cui professione li vuole custodi e servitori della vita umana” (E.V. 89).

“Uno specifico apporto dovrà venire anche dalle Università, dai Centri, Istituti e Comitati di bioetica, e dagli ambienti della ricerca scientifica e tecnica” (E.V. 98).

I ginecologi e le ostetriche hanno la stessa vocazione privilegiata al servizio della vita. Essi assistono nel portare al mondo una nuova vita, e spesso viene loro chiesto di usare le proprie capacità per aiutare a salvare la vita delle madri e dei loro bambini quando questa viene minacciata da malattie o complicazioni durante la gravidanza ed il parto. Questa proposta è una risposta pratica all'appello del Santo Padre da parte di tutti coloro che sono impegnati nella cura della vita

umana. È una nuova iniziativa che potrebbe dare agli operatori sanitari l'opportunità di:

“alimentare il loro genio e la loro azione alle chiare linfe del Vangelo, e di impegnarsi a servizio di una nuova cultura della vita con la produzione di contributi seri, documentati e capaci di imporsi per i loro pregi al rispetto e all'interesse di tutti” (E.V. 98).

3. Il nuovo millennio. Un'opportunità d'oro

Giovanni Paolo II, nella Lettera Apostolica “Tertio Millennio Adveniente”, ha ricordato al mondo che il 2000 non soltanto celebra la nascita più importante della storia, ma anche l'evento più rilevante per tutto il genere umano che, in termini ostetrici, ebbe luogo verosimilmente 266 giorni prima: l'Incarnazione. “Il Figlio dell'Uomo si fece carne, assumendo corpo e spirito nel grembo della Vergine, precisamente per questa ragione: diventare il perfetto sacrificio redentore”.

La lettera sottolinea che di solito i giubilei sono legati alle date delle nascite, e perciò sono un tempo per gioire, rallegrarsi e sperare. Allo stesso modo questo giubileo, il più significativo di tutti, dovrebbe essere, come erano i giubilei per il popolo di Israele, un periodo di riconciliazione, ed un tempo per “restituire l'egualianza tra tutti i suoi figli” (TMA 13).

Il Santo Padre ha detto che gli ultimi tre anni devono essere un tempo da “vivere come un nuovo avvento” (TMA 23). Durante questo periodo ci ha chiesto di discernere “ciò che lo Spirito suggerisce alla chiesa, alle varie comunità, dalle più piccole, come la famiglia, sino alle più grandi come le nazioni e le organizzazioni internazionali, senza trascurare le culture, le civiltà e le sane tradizioni” (TMA 23). Tutti siamo chiamati a celebrare il grande millennio. Quale modo migliore per gli operatori sanitari di celebrarlo con una nuova iniziativa dedicata alla cura delle madri?

4. "Matercare International" Un progetto per il nuovo millennio

4.1. La missione

"Matercare International" è un'organizzazione internazionale di operatori sanitari, dedicata alla cura della madre e del bambino sin dal momento del concepimento, e che ha come unico obiettivo quello di migliorare la vita e la salute delle madri, ovunque esse si trovino, contribuendo alla riduzione del 75% della mortalità e delle malattie materne nei prossimi dieci anni e all'eliminazione dell'aborto, mediante nuove iniziative di servizi materni, formazione e ricerca, secondo gli insegnamenti dell'Enciclica *Evangelium Vitae* (Il Vangelo della Vita).

4.2. Obiettivi specifici

Creare un centro permanente, professionale, interdisciplinare e coordinato di operatori sanitari cattolici impegnati negli obiettivi generali, per fornire servizi, programmi di formazione e ricerca, nel campo delle cure sanitarie materne.

Fornire informazione su base continua, attraverso la ricerca ai più alti livelli scientifici ed etici, per aiutare i cattolici che assumono decisioni in campo sanitario a stabilire le priorità adeguate richieste dall'insegnamento della Chiesa.

Raccogliere informazioni sui programmi esistenti relativamente ad obiettivi generali, valutarli ed adattarli laddove necessario, in modo da fornire nuovi approcci.

Pubblicare libri di testo ed articoli su riviste di settore, ecc. spiegando la conoscenza e l'esperienza del contributo cattolico alle cure sanitarie materne.

Fornire assistenza in campo educativo attraverso attività come un programma internazionale di formazione in ostetricia e ginecologia, un servizio di consulenza in materia di sviluppo del progetto, corsi specializzati e laboratori.

4.3. Attività programmate

4.3.1 Un progetto per la salute materna nell'Africa Occi-

dentale e per la cura della fistola ostetrica.

Il progetto fornirà programmi destinati a ridurre le morti materne e i danni da parto nelle aree rurali. Verrà costruito un centro per il trattamento della fistola ostetrica e la riabilitazione, con l'importante obiettivo di formare i medici e gli infermieri locali sul trattamento chirurgico delle pazienti con fistola. È previsto anche un programma di ricerca di base, per sviluppare un nuovo metodo per affrontare nelle zone rurali le complicazioni ostetriche che minacciano la vita, come ad



esempio l'emorragia postpartum. Inoltre, verrà sviluppato un programma per informare il vasto pubblico sulla situazione delle madri con fistola ostetrica.

4.3.2 Un programma internazionale di formazione per specialisti.

Questo programma internazionale si occuperà di addestrare i medici che si stanno specializzando in ostetricia e ginecologia ma che desiderano seguire la propria coscienza e l'insegnamento dell'*Evangelium Vitae*.

4.3.3 Corsi clinici in bioetica.

Questi corsi per studenti, medici ed infermieri, tenuti da clinici e da specialisti in bioetica, saranno basati sul rispetto della vita umana.

4.3.4 Un corso ALARM (African Labour and Risk Management).

Basato su un corso simile tenuto in Canada per specialisti e ostetriche, fornirà agli operatori sanitari, ad esempio nelle zone rurali dell'Africa, un approccio sistematico per affrontare i rischi in gravidanza e in occasione del parto.

4.3.5 Una pagina Web su Internet.

Fornirà informazioni sulle politiche e le attività di "Matercare International".

4.3.6 Pubblicazioni.

Mediante pubblicazioni come ad esempio una rivista internazionale, che presenta una visione alternativa delle cure per la madre ed il bambino, o un libro di testo sui "Fondamenti scientifici della Pianificazione familiare naturale", o un video educativo che informi sulla tragedia della fistola ostetrica o un programma di formazione per medici ed infermieri nel trattamento chirurgico e nella cura della fistola ostetrica.

5. Struttura

"Matercare International" (MCI) avrà una struttura rivoluzionaria per il 21° secolo. Non disporrà di grandi costruzioni, ma sarà legata ad una piccola agenzia centrale e a centri flessibili di riferimento distribuiti in tutto il mondo laddove necessario, mediante una moderna tecnologia di comunicazione e l'uso di concetti moderni di apprendimento a distanza.

5.1. L'Agenzia centrale MCI

Il Centro fornirà sostegno ai centri di riferimento che forniranno le basi per mettere in atto programmi e strutture particolari, per avere accesso ai dati base, a biblioteche, ad appropriati centri universitari di ricerca, ecc. Il centro non dovrà essere grande. Rifletterà il carattere e l'esperienza unica, internazionale, interdisciplinare e vocazionale della Chiesa, e comprenderà un amministratore, direttori medici ed infermieristici, un esperto in teolo-

gia etica, un educatore sanitario, un esperto in comunicazioni, e uno staff di supporto. Verrà formato un gruppo mobile di esperti, per corsi brevi o lunghi di scienze basilari, clinica ostetrica e ginecologica, etica medica; aiuteranno inoltre a sviluppare la ricerca e i progetti finanziari attraverso la preparazione e la valutazione delle proposte.

5.2. I Centri di riferimento MCI

Questi centri di riferimento verranno creati laddove necessario, e secondo le esigenze locali. Saranno gli iniziatori delle attività locali; riuniranno le informazioni, metteranno in atto servizi e programmi educativi, porteranno avanti la ricerca e forniranno degli esperti per il gruppo di specialisti.

6. Finanziamento

Il finanziamento sarà fornito attraverso gruppi di supporto MCI in diversi paesi, ad esem-

pio: il settore privato, compresi gli sponsors, le fondazioni, i clubs, i gruppi parrocchiali e le offerte dei singoli. Si auspica che il resto dei fondi possa provenire da agenzie di sviluppo nazionali ed internazionali.

7. Conclusione

Il giubileo del terzo millennio sarà anche la celebrazione della maternità che ebbe inizio a Nazaret. Nel loro piccolo, tutte le madri condividono in modo speciale ed intimo il mistero dell'Incarnazione, attraverso la loro stessa esperienza del dare la vita; purtroppo in molte altre circostanze, quali la morte e la malattia, condividono la sofferenza e la morte che Cristo patì sulla croce, nonché la sofferenza della Vergine Maria ai piedi della croce, quando soffrono per la perdita di un figlio.

“Il Padre ha scelto Maria per una missione unica nella storia della salvezza: quella di essere

Madre dell'atteso Salvatore. La Vergine ha risposto alla chiamata di Dio con piena disponibilità ... La sua maternità ... sarà sentita in quest'anno come affettuoso e pressante invito rivolto a tutti i figli di Dio, perché facciano ritorno alla casa del Padre ascoltando la sua voce materna «Fate quello che Cristo vi dirà» (TMA 54).

Tutti siamo chiamati a fare il possibile affinché la sfida dell'anno 2000 non venga trascurata, perché essa certamente coinvolge “la speciale grazia del Signore per la Chiesa e per l'intera umanità”. Proponiamo di marcare il nuovo millennio con la creazione di questa organizzazione internazionale che si pone al servizio della vita, come dono alle madri di tutto il mondo ed alla Chiesa, per aiutarla nella sua lotta in favore della vita.

R. L. WALLEY, FRCSC,
FRCOG, MPH
*Professore di Ostetricia e
Ginecologia
Direttore Sanitario
Matercare International*



testimonianze



*Spagna: piano d'azione
per il quadriennio 1997-2000*

*Messico:
programma 1998-2000*

Cuba: la Pastorale Sanitaria

Cile: Pastorale Sanitaria

*Professionisti Sanitari
Cattolici (PROSAC)*

Pastorale Psichiatrica

Conferenza Episcopale Spagnola

Dipartimento di Pastorale Sanitaria

Piano d'azione per il quadriennio 1997-2000

Presentazione

La Chiesa è in cammino verso la celebrazione del Grande Giubileo dell'Incarnazione, appuntamento dello Spirito che ci riunisce attorno al mistero di Cristo, in cui viviamo e realizziamo la nostra pienezza. La pastorale sanitaria, in tutti i suoi aspetti ed ambiti, si sente unita a tutta la Chiesa e, all'interno di questa, si propone di assumere le occasioni e le sfide che questo grande avvenimento pone alla sua azione evangelizzatrice.

La pastorale sanitaria trova proprio nel mistero dell'Incarnazione una delle sue ragioni più feconde. Nell'assumere la condizione umana, Cristo esprime in modo culminante l'amore di Dio per l'umanità affinché ogni uomo, recuperata la propria dignità e sanato in profondità, si trasformi in nuova creatura e, allo stesso tempo, in strumento efficace di solidarietà e di guarigione per gli altri.

Avvicinandoci al Giubileo, che segnerà l'inizio di una nuova tappa nella storia della Chiesa, è opportuno ricordare il cammino percorso dalla pastorale sanitaria in Spagna negli ultimi 25 anni. Di fatto, il Piano d'Azione per il quadriennio 1997-2000 è il punto di arrivo di un itinerario di rinnovamento, che ha conosciuto momenti di grande significato, quali ad esempio il Congresso Nazionale "Chiesa e Salute". Nel cammino percorso hanno avuto un posto importante anche i Piani triennali d'azione, che hanno segnato di volta in volta le linee e il corso della Pastorale sanitaria a diversi livelli.

È motivo di grande soddisfazione constatare come la Pastorale sanitaria, grazie al soffio dello Spirito Santo e allo

sforzio di molte persone, sia andata unendo progressivamente un numero sempre maggiore di persone impegnate nella difficile e, nel contempo, entusiasmante azione evangelizzatrice del mondo della salute e della malattia. Perciò questo articolo, oltre al Piano d'Azione, raccoglie anche la struttura organizzativa della famiglia della Pastorale Sanitaria, cioè il Gruppo Nazionale, le Commissioni e i delegati diocesani.

Il presente Piano d'Azione è stato elaborato con cura; alla sua preparazione hanno partecipato quanti vi sono direttamente o indirettamente impegnati. Gli obiettivi, le linee d'azione e le azioni che prospetta, sono onestamente ambiziose. Confidiamo perciò che, con il sostegno di tutti, esso possa costituire uno strumento efficace per la missione evangelizzatrice della Chiesa.

Il Signore Gesù, Buon Samaritano, mediante l'intercessione di Maria, *Salus Infirmorum*, ci aiuti ad incarnare nel mondo della salute e della malattia la salvezza da Lui offertaci sotto forma di salute e ad essere testimoni credibili del suo amore misericordioso.

+ JAVIER OSÉS
Vescovo Responsabile
della Pastorale Sanitaria

Obiettivo generale

Sviluppare la dimensione evangelizzatrice della presenza ecclesiale nel mondo della salute, aiutare la Chiesa a prendere coscienza della dimensione sanante di tutta l'azione pastorale, e promuovere all'interno della società una nuova cultura della salute ispirata al Vangelo.

Priorità del piano

1. Accentuare nel corso del quadriennio la dimensione evangelizzatrice della pastorale sanitaria e la revisione dei suoi atteggiamenti ed attività a partire da questa prospettiva.

2. Dinamicizzare la partecipazione del laicato.

3. Intensificare la formazione integrale degli agenti dell'azione evangelizzatrice della Chiesa nel mondo della salute.

4. Promuovere una maggiore integrazione della pastorale sanitaria nell'insieme dell'azione evangelizzatrice della Chiesa.

5. Favorire a tutti i livelli, e in particolare nell'azione evangelizzatrice, la partecipazione attiva dei malati.

Obiettivi, linee d'azione, azioni

Obiettivo 1

Con spirito di comunione ecclesiale, inserire la Pastorale Sanitaria nel cammino della Chiesa verso il Giubileo dell'Incarnazione, assumendo le sfide della nuova evangelizzazione e cercando di rinnovare e rivedere i suoi atteggiamenti ed attività.

1. Azione

Preparare con particolare cura e dare un maggiore risalto alla Giornata del Malato dell'anno 2000, che avrà come tema *Il Mistero dell'Incarnazione e la Pastorale Sanitaria*.
Responsabile Dipartimento
Periodo Corso 1999/2000

2. Azione

Creare una commissione per studiare e programmare, con sufficiente anticipo, iniziative speciali per questo anno.

Responsabile Dipartimento
Periodo Corso 1999/2000

Obiettivo 2

Evangelizzare la cultura attuale della salute offrendo i valori e la forza salvifica e sanante del Vangelo vissuto, annunciato e celebrato.

Linee d'azione

1. Dare impulso ed accompagnare la riflessione teologico-pastorale e il dialogo interdisciplinare su salute, qualità della vita e malattia; gli attuali modelli di salute e di assistenza sanitaria; gli stili di vita; gli atteggiamenti e i comportamenti di fronte alla salute, alla sofferenza e alla morte; ecc.

2. Educare a valori quali: il rispetto degli esseri umani, la solidarietà, l'aiuto reciproco, il soccorso ai bisognosi, la compassione, l'indifferenza di fronte alle realtà terrene, il controllo del consumo sfrenato, la ricerca di obiettivi diversi dal puro godimento ...

3. Contribuire a sanare la nostra società, le cui patologie, di diverso tipo, evidenziano l'incidenza collettiva degli atteggiamenti, dei costumi e dei comportamenti patologici.

4. Favorire e potenziare l'uso dei mezzi di comunicazione sociale per diffondere il pensiero della Chiesa su questi temi.

1.

Azione

Studiare la possibilità di costituire, all'interno del Dipartimento, una commissione o un'équipe stabile di esperti in mass-media, affinché consigli il Dipartimento e le sue Commissioni, e promuova iniziative nel campo della comunicazione.

Responsabile

Gruppo nazionale
Periodo Corso 1996/97

2.

Azione

Fare, per quanto possibile, un uso maggiore dei mezzi di comunicazione, con una presenza trimestrale negli stessi.

Responsabile

Commissioni, Delegazioni

diocesane, SIPS, PROSAC e istituzioni formative

Periodo Quadriennio

3.

Azione

Sostenere il servizio che prestano in questo campo riviste quali *Labor Hospitalaria*, *Humanizar*, *Etica y Debate*, ecc.

Responsabile

Tutti
Periodo Quadriennio

4.

Azione

Redigere una lista di persone preparate e disponibili ad intervenire nei mezzi di comunicazione sociale (stampa, radio e TV).

Responsabile

Dipartimento
Periodo Corso 1996/97

Obiettivo 3

Promuovere un'assistenza sanitaria più umana ed integrale che rispetti e difenda la dignità e i diritti di ogni essere umano.

Linee d'azione

1. Offrire l'apporto del Vangelo e della ricca tradizione della Chiesa all'assistenza sanitaria.

2. Coltivare la responsabilità solidale in questo campo: donazione di sangue e di organi, consumo razionale delle risorse, attenzione ai malati più bisognosi, ecc.

3. Individuare e denunciare le insufficienze e le lacune esistenti nella copertura sanitaria reale, rappresentando la voce dei più deboli ed indifesi.

4. Assumere, come parte integrante della missione evangelizzatrice, l'illuminazione, a partire dal Vangelo, dei problemi umani, sociali, etici e morali presenti nel mondo sanitario.

5. Accrescere gli sforzi per approfondire i problemi etici che presenta, a tutti i livelli, il mondo della salute e della malattia, affinché la missione evangelizzatrice risponda alle aspirazioni più profonde dell'uomo, contribuisca all'umanizzazione di questo mondo e delle sue strutture e aiuti a trasformarne la cultura (cfr. Proposta n. 1, Informe Iglesia y Salud, CEE).

1.

Azione

Studiare l'opportunità e la possibilità che il Dipartimento disponga di un Comitato stabile di esperti in Bioetica come mezzo per seguire da vicino i problemi etici, come canale di riflessione e di dialogo interdisciplinare sugli stessi e come istanza illuminatrice.

Responsabile

Gruppo nazionale
Periodo Corso 1996/97

2.

Azione

Diffondere in seno alla stessa Chiesa, e naturalmente nella società, il suo pensiero su questi temi così come le pubblicazioni frutto di giornate, corsi, conferenze su temi attuali di bioetica (Proposta n. 1 CEE).

Responsabile

Dipartimento, Commissioni, Delegazioni Diocesane PS, Prosac
Periodo Quadriennio

3.

Azione

Far conoscere l'esistenza, il funzionamento e le pubblicazioni degli esistenti Comitati di Bioetica di carattere confessionale.

Responsabile

Dipartimento
Periodo Quadriennio

4.

Azione

Dare impulso alla partecipazione attiva dei professionisti sanitari cristiani e dei cappellani nella creazione e nel funzionamento dei comitati d'etica.

Responsabile

Com. Past. Osped., Prosac
Periodo Quadriennio

5.

Azione

Offrire corsi e/o giornate di attualizzazione in etica e bioetica ai cappellani e agli operatori di pastorale sanitaria in vista della loro formazione e incorporazione nei Comitati di Bioetica.

Responsabile

Dipartimento, Delegazioni Dioc., Prosac e Commissione di Formazione
Periodo Quadriennio

6.
Azione
 Offrire la presenza e la collaborazione della pastorale sanitaria nella preparazione ed elaborazione degli interventi della Chiesa sui problemi bioetici (Proposta n. 1 CEE).
Responsabile Dipartimento
Periodo Quadriennio

7.
Azione
 Studiare, informare, denunciare ed emettere pareri riguardo situazioni di degrado dell'assistenza, conflitti che attentano ai diritti dei malati e dei familiari, o altri problemi.
Responsabile
 Associazione di Prosac, Dipartimento, FRATER.
Periodo Quadriennio

Obiettivo 4

Favorire la presenza dei malati a tutti i livelli della pastorale sanitaria, prendendo coscienza del loro ruolo insostituibile nell'evangelizzazione e nella promozione della salute, e superando la mentalità e gli atteggiamenti paternalistici ancora vigenti nella società e nella Chiesa.

Linee d'azione

1. Promuovere all'interno delle comunità cristiane una maggiore coscienza della dignità e dei diritti dei malati, in particolare di quelli cronici e non assistiti.
2. Disporre sempre di associazioni e movimenti di malati e/o per malati.
3. Continuare ad approfondire la riflessione biblico-teologica sulla sofferenza e la malattia nella storia della salvezza, tenendo conto dell'esperienza dei malati.

1.
Azione
 I malati siano presenti nei diversi organismi di pastorale sanitaria, in particolare delle delegazioni diocesane.
Responsabile
 Dipartimento, delegaz. Dioc., FRATER.
Periodo Quadriennio

2.
Azione
 Elaborare materiali formativi

vi per malati che vivono presso il proprio domicilio o in case di cura.
Responsabile
 Dipartimento, Commissione PS, Parrocchia
Periodo Corso 1998/99

Obiettivo 5

Promuovere il volontariato sanitario, socio-sanitario e pastorale, di modo che sia un segno visibile ed efficace di comunione ecclesiale e dell'azione solidale ed evangelizzatrice della Chiesa nel mondo della salute e della malattia.



Linee d'azione

1. Favorire una formazione adeguata dei gruppi o associazioni di volontariato esistenti.
2. Intensificare la collaborazione con le istituzioni che si occupano della promozione e della formazione del volontariato (Scuole di PS, FERS, CARITAS, Delegazioni Diocesane di PS, Centro di Umanizzazione della Salute, ...).
3. Dedicare la Giornata del Malato del 1998 al tema "Volontariato e Pastorale Sanitaria".

1.
Azione
 Costituire una commissione in cui siano rappresentate tutte le istituzioni che promuovono il volontariato e qualche rappresentante dei volontari, per studiare il tema.
Responsabile Dipartimento
Periodo Corso 1996/97

2.
Azione
 Presentare al Gruppo nazionale il progetto di celebrazione della Giornata del Malato: come affrontare il tema, obiettivi da raggiungere, iniziative possibili, ecc.
Responsabile Dipartimento
Periodo Corso 1996/97

3.
Azione
 Studiare l'opportunità e la possibilità di creare, all'interno del Dipartimento, una Commissione specifica per il Volontariato Pastorale nel mondo della salute.
Responsabile
 Gruppo nazionale
Periodo Anno 1997

Obiettivo 6

Contribuire, a partire dai diversi livelli di Pastorale Sanitaria, a far sì "che i centri socio-sanitari della Chiesa si distinguano per il loro servizio incondizionato alla vita, per l'assistenza integrale del malato, l'attenzione preferenziale ai più poveri, la preoccupazione etica per i problemi relativi alla salute e alla malattia, e per la cura del personale che vi lavora" (Proposta n. 8 CEE).

Linee d'azione

1. Riconoscere e sostenere le istituzioni sanitarie e socio-sanitarie della Chiesa, appartenenti soprattutto alle Congregazioni religiose, come punti di riferimento qualificati dell'azione della Chiesa nel mondo della salute, della malattia e della terza età, e come "parte integrante della pastorale diocesana" (Cfr. Proposta n. 7 CEE).
2. Potenziare la collaborazione e l'aiuto reciproco tra le delegazioni diocesane e le istituzioni che hanno rapporto diretto con i centri (comunità religiose, FERS, Delegazioni FERS).
3. Favorire la partecipazione reciproca in iniziative tempestive, quali la campagna e la celebrazione della Giornata del Malato, la formazione del volontariato, il funzionamento dei gruppi di pastorale ospedaliera.

1.
Azione
 Adoperarsi affinché in tutte le delegazioni diocesane di Pastorale Sanitaria ci sia qualche rappresentante FERS.
Responsabile
 Delegazioni diocesane
Periodo Quadriennio

2.
Azione
 Offrire alla FERS collaborazione nell'elaborazione del prontuario degli ospedali cattolici.
Responsabile Dipartimento
Periodo Corso 1996/97

Obiettivo 7

Sostenere ed aiutare le delegazioni diocesane di pastorale sanitaria a dare un impulso più deciso alla pastorale sanitaria nella diocesi, ad introdurre in modo più esplicito ed efficace la preoccupazione sanante in tutta la dinamica della pastorale diocesana (catechesi, liturgia e pastorale della carità e del servizio agli emarginati) e ad ottenere il sostegno necessario per animare e coordinare l'azione evangelizzatrice della Chiesa diocesana nel mondo della salute mediante una maggiore compenetrazione e collaborazione tra le delegazioni affini (Proposte nn. 3 e 6 Informe Iglesia y Salud. CEE).

Linee d'azione

1. Mantenere una maggiore comunicazione e scambio di programmazioni, esperienze e materiali tra le Delegazioni di diocesi le cui caratteristiche sono simili: arcidiocesi, diocesi rurali, ecc.

2. Sviluppare le azioni previste nel Piano d'aiuto reciproco delle Delegazioni Diocesane di Pastorale Sanitaria.

3. Tener presente la realtà delle diocesi piccole nella programmazione delle attività e nell'elaborazione di materiali.

4. Promuovere, all'interno di ogni diocesi, la relazione e la collaborazione delle delegazioni con le altre delegazioni diocesane, così come con gli organismi della FERS, delle

associazioni e dei movimenti di malati e di professionisti sanitari (dal Piano d'Azione del triennio 1993-96).

5. Sostenere e potenziare i Segretariati Interdiocesani di Pastorale Sanitaria (SIPS).

1.
Azione
 Inviare periodicamente ai delegati, circolari di carattere informativo che siano mezzo di connessione, scambio e arricchimento per tutti. A tal fine chiedere ai delegati di informare il Dipartimento sulle loro attività.
Responsabile Dipartimento
Periodo Quadriennio



2.
Azione
 Celebrare la riunione nazionale dei delegati come occasione di conoscenza, sostegno e scambio reciproco di esperienze, progetti e materiali tra tutte le delegazioni.
Responsabile
 Dipartimento e Deleg. Dioc.
Periodo Quadriennio

Obiettivo 8

Approfondire la spiritualità degli operatori di pastorale sanitaria e aiutare il loro arricchimento e rinnovamento spirituale.

Linee d'azione

1. Promuovere una riflessione biblico-teologico-spirituale sulla spiritualità degli operatori di pastorale sanitaria.

2. Animare gli operatori di pastorale sanitaria ad arricchirsi

e a rinnovarsi spiritualmente, accompagnarli nel processo ed offrire loro i mezzi necessari.

3. Continuare ad approfondire il tema della preghiera nel suo rapporto con il mondo della salute e della malattia.

1.
Azione
 Organizzare un corso sulla spiritualità degli operatori di pastorale sanitaria.
Responsabile
 Commissione di Formazione e Dipartimento
Periodo Corso 1998/99

2.
Azione
 Profittare della Giornata del Malato 1999 (*Maria, salus infirmorum*) per riflettere sulla dimensione mariana del servizio agli ammalati e sulla spiritualità degli operatori sanitari e pastorali.
Responsabile
 Dipartimento, Delegazioni, Prosac
Periodo Anno 1999

3.
Azione
 Offrire ogni anno un turno di esercizi spirituali per gli operatori pastorali (cappellani, religiose/i, sanitari, professionisti sanitari cristiani, malati, visitatori, ...).
Responsabile Dipartimento
Periodo Ogni anno

4.
Azione
 Nominare il coordinatore responsabile di gruppo, insieme al Dipartimento, per realizzare il Progetto "Pregare nella malattia".
Responsabile Dipartimento
Periodo Corso 1997/98

Obiettivo 9

Promuovere, a partire dai diversi settori della Pastorale Sanitaria, una maggiore sensibilità a favore dei malati meno assistiti, al fine di contribuire ad una cultura della solidarietà che sia attenta alle cause dell'emarginazione e sensibile ai diritti degli emarginati.

Linee d'azione

1. "Aiutare la Chiesa ad occuparsi dei malati meno assistiti, spingerla a sostenerli e ad impegnarsi nella loro assistenza".

2. "Collaborare alla creazione di una nuova coscienza e di atteggiamenti evangelici verso gli ammalati meno assistiti".

3. "Intensificare la solidarietà verso i malati più bisognosi del terzo e del quarto mondo" (Proposta n. 6 Informe Iglesia y Salud. CEE).

4. Continuare ad approfondire i temi relativi all'attenzione integrale ai malati terminali, con particolare riferimento alle dimensioni/problematiche psicologiche, etiche e pastorali.

1.

Azione

Profittare della campagna e della celebrazione della Giornata del Malato del 1997 per sensibilizzare la società e le comunità cristiane sulla problematica dell'*anziano ammalato*.

Responsabile Tutti
Periodo Corso 1996/97

2.

Azione

Includere nei programmi la preoccupazione per i non assistiti.

Responsabile

Ogni Commissione e Settore
Periodo Quadriennio

3.

Azione

Collaborare con le istituzioni, organizzazioni ed associazioni che hanno relazione con i settori e i malati non assistiti.

Responsabile Tutti
Periodo Quadriennio

4.

Azione

Preparare un "dossier" sulle cure palliative e l'attenzione pastorale ai malati terminali, che possa servire da "direttorio" od orientamento per quanti lavorano con i malati terminali.

Responsabile

Commissione Pastorale di Cure Palliative
Periodo Corso 1997/98

5.

Azione

Diffondere materiale sui problemi etici relativi ai malati terminali.

Responsabile

Commissione Pastorale di Cure Palliative
Periodo Quadriennio

6.

Azione

Diffondere esperienze e soprattutto "modelli di intervento" nell'attenzione ai malati terminali.

Responsabile

Commissione Pastorale di Cure Palliative
Periodo Quadriennio



7.

Azione

Promuovere la partecipazione e la collaborazione della Commissione Pastorale di Cure Palliative e degli operatori pastorali nelle associazioni di cure palliative.

Responsabile

Commissione Pastorale di Cure Palliative
Periodo Quadriennio

8.

Azione

Continuare ad organizzare annualmente le Giornate di Pastorale di Salute Mentale.

Responsabile

Commissione Pastorale di Salute Mentale
Periodo Quadriennio

9.

Azione

Mettere in atto o potenziare i gruppi interdiocesani di Pastorale di Salute Mentale.

Responsabile

Commissione Pastorale di Salute Mentale

Periodo Quadriennio

Obiettivo 10

Dedicare particolare attenzione alla formazione integrale degli operatori di pastorale sanitaria: una formazione che differenzi ed integri la loro abilitazione nei diversi settori (Proposta n. 10 Informe Iglesia y Salud. CEE).

Linee d'azione

1. "Dare rilevanza, nei piani di formazione dei seminari e di formazione permanente del clero, ai contenuti teorici e pratici della pastorale sanitaria".

2. "Favorire l'inclusione della stessa tematica nelle altre istituzioni docenti che dipendono dalla Chiesa".

3. "Sostenere la creazione di scuole, centri di formazione di pastorale sanitaria e altre iniziative destinate alla preparazione di operatori pastorali" (Proposta n. 10 Informe Iglesia y Salud).

4. Proseguire negli anni futuri le attività formative già programmate, potenziandole ed aprendole ad una maggiore partecipazione e collaborazione.

1.

Azione

Elaborare e sviluppare un piano generale di formazione, come punto di riferimento, il più completo possibile nei suoi contenuti, orientamenti e criteri.

Responsabile

Commissione di Formazione in collaborazione con altre Commissioni
Periodo Corso 1997/98

2.

Azione

Sollecitare alla Commissione Episcopale dei Seminari e delle Università l'introduzione della Pastorale Sanitaria nella formazione dei seminaristi.

Responsabile

Dipartimento e Commissione di Formazione
Periodo Ogni anno

3.

Azione

Organizzare annualmente un corso di Pastorale Sanitaria per seminaristi diocesani e neo sacerdoti.

Responsabile

Dipartimento e Commissione di Formazione

Periodo Ogni anno

4.

Azione

Favorire lo scambio tra le diverse scuole e centri o istituzioni di formazione in PS, e organizzare annualmente un incontro di direttori o responsabili di dette istituzioni.

Responsabile

Commissione di Formazione

Periodo Ogni anno

5.

Azione

Dare sostegno e consulenza alle iniziative di ambito locale o diocesano nel campo della formazione.

Responsabile

Dipartimento e Commissione di Formazione

Periodo Quadriennio

6.

Azione

Promuovere l'invio di operatori di PS a studiare nel "Camillianum".

Responsabile Dipartimento

Periodo Quadriennio

7.

Azione

Scambi dei programmi formativi con sufficiente anticipo.

Responsabile

Ogni istituzione formativa
Periodo Quadriennio

8.

Azione

Promuovere e facilitare la partecipazione dei laici nei programmi formativi.

Responsabile Tutti

Periodo Quadriennio

Obiettivo 11

Stimolare e dare impulso al buon funzionamento dei Servizi di Assistenza Religiosa Cattolica negli ospedali (SARCH) nonché animare, potenziare e

coordinare la presenza evangelica ed evangelizzante della Chiesa nel mondo ospedaliero.

Linee d'azione

1. Fornire aiuto e stimolo umano, spirituale e pastorale alle persone che fanno parte dei Servizi Religiosi dei nostri ospedali.

2. Continuare a rendere consapevoli i SARCH della necessità di lavorare in équipe, di programmare e valutare le loro attività, e di integrarsi e coordinarsi con gli altri servizi ospedalieri.

3. Intensificare il rinnovamento della liturgia e dei sacramenti dei malati, con la lo-



ro partecipazione comunitaria ed esperienza di fede, curandone la preparazione e approfittando della celebrazione come momento propizio di evangelizzazione e catechesi per partecipanti occasionali ("lontano").

4. Considerare l'ospedale come una comunità di comunità e, pertanto, far sì che i SARCH si sentano corresponsabili e complementari di tutta la Chiesa diocesana nel Servizio del Regno, in particolare dei più deboli.

5. Promuovere e curare la pastorale sacramentale e la celebrazione dei tempi liturgici forti, in stretta collaborazione con le parrocchie.

6. Chiarire ed approfondire la figura della persona idonea e promuovere con impegno e prudenza la sua incorporazione nei SARCH (Proposta n. 5 Informe Iglesia y Salud. CEE).

1.

Azione

Rendere consapevoli i Vicari pastorali, le delegazioni diocesane di pastorale sanitaria e del clero, i/le religiosi/e sanitari e i professionisti sanitari cristiani sulla necessità di aiutare i cappellani, e chiedere loro di stare loro vicini, di interessarsi del loro lavoro, di animarli e di stimolarli.

Responsabile

Commissione di Pastorale Ospedaliera

Periodo Quadriennio

2.

Azione

Realizzare uno studio della situazione attuale del personale dei SARCH e delle necessità in un prossimo futuro.

Responsabile

Commissione di Pastorale Ospedaliera

Periodo Corso 1997/98

3.

Azione

Programmare incontri periodici tra tutti i cappellani, che servano da stimolo evangelizzatore, rinnovamento e formazione permanente.

Responsabile

Vescovo, Vicario pastorale, Deleg. Dioc. di PS

Periodo Quadriennio

4.

Azione

Facilitare e promuovere la formazione dei nuovi cappellani e la formazione permanente di quanti lavorano nel SARCH.

Responsabile

Commissione di Pastorale Ospedaliera e Com. di Formazione

Periodo Quadriennio

5.

Azione

Continuare ad offrire ai SARCH orientamenti e modelli di programmazione. Includere nei corsi di formazione per cappellani il tema della programmazione.

Responsabile

Commissione di Pastorale Ospedaliera

Periodo Quadriennio

6.

Azione

Animare i SARCH affinché

presentino annualmente alla Direzione dei loro Centri gli obiettivi, le azioni concrete e le necessità del loro Servizio.

Responsabile

Commissione di Pastorale Ospedaliera
Periodo Quadriennio

7.

Azione

Studiare la situazione attuale del Convegno Chiesa-Stato e contribuire a risolvere i problemi relativi a possibili inadempiimenti degli accordi.

Responsabile

Dipartimento e Commissione di Pastorale Ospedaliera
Periodo Quadriennio

8.

Azione

Compilare e distribuire materiali utili per le celebrazioni liturgiche nell'ospedale: "Foglietti Domenicali", "Giornata del Malato", "Foglietti informativi", esperienze ...

Responsabile

Commissione di Pastorale Ospedaliera
Periodo Corso 1997/98

9.

Azione

Dare impulso e promuovere incontri di aiuto e collaborazione reciproca tra le parrocchie e i SARCH per illuminare, individuare e vivere meglio l'opzione preferenziale per i malati.

Responsabile

Delegazioni diocesane
Periodo Quadriennio

10.

Azione

Potenziare il volontariato a livello ospedaliero, parrocchiale e collaborare alla sua formazione.

Responsabile

Delegazioni nazionali
Periodo Quadriennio

11.

Azione

Valutare, servendosi di un modello comune, la qualità delle prestazioni dei SARCH e far conoscere i risultati.

Responsabile

Dipartimento e Commissione di Pastorale Ospedaliera
Periodo

Elaborare modello, 1998.

Realizzare la valutazione, 1998/99

12.

Azione

Elaborare il documento "Profilo della persona idonea", sua applicazione secondo gli accordi Chiesa-Stato.

Responsabile

Gruppo nazionale
Periodo Corso 1997/98

13.

Azione

Presentare il documento "Profilo della persona idonea" per l'approvazione alla Comm. Episcopale di Pastorale; inviarlo a Vescovi, Delegazioni Diocesane di PS, FERS, Congregazioni Religiose, ecc.

Responsabile

Dipartimento di PS
Periodo Corso 1997/98

Obiettivo 12

Dare impulso al rinnovamento dell'azione evangelizzatrice delle parrocchie nel campo della salute (Proposta n. 4 Informe Iglesia y Salud).

Linee d'azione

1. "Si aiutino le parrocchie a scoprire e ad assumere con maggiore responsabilità la loro azione evangelizzatrice nel mondo della salute e della malattia".

2. "Ci sia un collaborazione sempre più profonda ed effettiva tra la pastorale sanitaria e le altre pastorali della comunità: familiare, giovanile, liturgica, catechetica, caritativa...".

1.

Azione

Adoperarsi affinché nel maggior numero possibile di parrocchie si costituisca un gruppo di pastorale sanitaria, del quale facciano parte anche alcuni malati/invalidi.

Responsabile

Commissione di PS nella parrocchia
Periodo Corso 1997/98

2.

Azione

Approfittare della campagna e della celebrazione della "Giornata del Malato" per ri-

vitalizzare la pastorale sanitaria nelle parrocchie.

Responsabile

Commissione di PS nella parrocchia
Periodo Corso 1997/98

3.

Azione

Raccogliere e diffondere testimonianze ed esperienze che aiutino a vivere le situazioni di malattia e limitazione fisica.

Responsabile

Commissione di PS nella parrocchia
Periodo Corso 1997/98

4.

Azione

Dare sostegno e consulenza alle iniziative di ambito locale o diocesano nel campo della formazione.

Responsabile

Commissione di PS nella parrocchia
Periodo Corso 1997/98

5.

Azione

Favorire il rapporto tra la parrocchia e il centro sanitario del suo territorio mediante riunioni periodiche e aiuto reciproco.

Responsabile

Delegazioni diocesane di PS
Periodo Corso 1997/98

6.

Azione

Elaborare gli *Orientamenti per la Pastorale Sanitaria nella parrocchia*.

Responsabile

Dipartimento e Commissione di PS nella parrocchia
Periodo Corso 1997/98

7.

Azione

Elaborare temi di formazione sulla campagna per la "Giornata del Malato".

Responsabile

Dipartimento e Commissione di PS nella parrocchia
Periodo Corso 1997/98

8.

Azione

Adoperarsi affinché in ogni Delegazione funzioni una commissione promotrice della pastorale sanitaria nelle parrocchie, il più rappresentativa possibile.

Responsabile

Commissione di PS nella parrocchia

Periodo Corso 1997/98

9.

Azione

Far sì che ci siano rappresentanti di tutti i SIPS nella Commissione Nazionale di Pastorale Sanitaria nelle parrocchie e che siano promotori attivi di questa pastorale.

Responsabile

Commissione di PS nella parrocchia

Periodo Corso 1997/98

10.

Azione

Organizzare delle Giornate Nazionali sulla Pastorale Sanitaria nelle parrocchie.

Responsabile

Dipartimento e Commissione di PS nella parrocchia

Periodo Corso 1997/98

Obiettivo 13

Promuovere un laicato sempre più formato e impegnato nella missione umanizzatrice ed evangelizzatrice della Chiesa nel mondo della salute e della sanità.

Linee d'azione

1. Creare e sviluppare il settore pastorale del PROSAC e dare impulso all'Associazione

di Professionisti Sanitari Cattolici, approvata dalla Conferenza Episcopale Spagnola (Proposta n. 7 Informe Iglesia y Salud).

2. Diffondere ed estendere le iniziative e/o i programmi formativi tra i laici che lavorano nel mondo della salute e della malattia.

3. "La Chiesa curi maggiormente i professionisti sanitari e i volontari impegnati in questo settore, il cui servizio ai malati li logora e li trasforma in curatori feriti, ad immagine del Servo di Yahvé" (Proposta n. 7 Informe Iglesia y Salud).

1.

Azione

Diffondere la conoscenza del PROSAC e del suo materiale informativo.

Responsabile

PROSAC, Delegazioni, Centri

Periodo Quadriennio

2.

Azione

Studiare con i consiglieri diocesani del PROSAC la sua identità, missione e funzioni.

Responsabile

Consiglieri nazionali e Commissioni Prosac

Periodo Corso 1997/98

3. *Azione*

Organizzare Giornate Nazionali ed Interdiocesane di Pro-

fessionisti Sanitari Cattolici.

Responsabile

Commissione Nazionale, Comm. Interd.

Periodo

1999 e 2001 (Naz.); 1998 e 2000 (Inter.)

4.

Azione

Promuovere la partecipazione dei laici nei programmi formativi esistenti: Scuole di PS, Centro di Umanizzazione della Salute, Riviste, ecc.

Responsabile

Commissione Nazionale PROSAC

Periodo Quadriennio

5.

Azione

Profittare del bollettino PROSAC come di un mezzo per diffondere l'Associazione, notizie, materiale bibliografico.

Responsabile

Commissione Nazionale PROSAC

Periodo Quadriennio

6.

Azione

Organizzare nelle diocesi incontri, giornate e corsi per professionisti sanitari cristiani.

Responsabile

Commissioni Diocesane dell'Associazione Prosac e Delegazioni Diocesane

Periodo Quadriennio



Conferenza dell'Episcopato Messicano

Commissione Episcopale di Pastorale Sanitaria

Programma 1998-2000

1. Identità della commissione

La Commissione Episcopale di Pastorale Sanitaria è un'espressione concreta dell'azione pastorale della Chiesa che promuove ed anima l'evangelizzazione integrale del malato e di quanti lo circondano (operatori della pastorale sanitaria, familiari, medici, infermieri, personale del centro ospedaliero, ecc.).

2. Missione della commissione

Sentiamo il dovere di annunciare il *Vangelo della Vita*, ed invitiamo ad incarnarlo nelle realtà umane della sofferenza, della malattia e della morte, trasformando la cultura della morte in cultura della vita e celebrando il grande dono di Dio a partire dalla sua molteplice dimensione pastorale.

3. Obiettivo della commissione

Formulare, diffondere e concretizzare progetti sul Vangelo della Vita nel vasto campo della salute, nel quadro dottrinale della preparazione al grande Giubileo dell'anno 2000.

3.1. Obiettivo per il 1998

Celebrare la presenza trasformatrice dello Spirito Santo, Signore e Creatore della Vita, che cura e sana le nostre ferite.

3.2. Obiettivo per il 1999

Celebrare la presenza di Dio Padre, ricco in misericordia, creatore della vita, che ci chiama alla salvezza per mezzo del suo Figlio Unigenito Gesù Cristo, morto e risuscitato.

3.3. Obiettivo per il 2000

Celebrare la presenza di Dio

Uno e Trino, addentrarci nell'esperienza piena del mistero di Dio, che vuole che tutti gli uomini si salvino e giungano a conoscere la verità.

4. Realtà sanitarie in Messico

La realtà che cambia ci interpella

1. Il Messico, popolo giovane, ricco di esperienza storica, presenta nella sua realtà forti contrasti di ricchezza e povertà; soffre la minaccia causata dalla dipendenza. Esistono situazioni particolarmente inquietanti: diminuzione della crescita generale della popolazione come conseguenza della riduzione del tasso di fertilità, cambiamenti generali della struttura di mortalità, movimenti migratori e spostamenti forzati di popolazione come conseguenza della violenza e della ricerca di migliori condizioni di vita.

2. Il profilo epidemiologico del paese è misto, combina i problemi tradizionali come le malattie infettive, trasmissibili, e quelle relative al cattivo nutrimento, che colpiscono fondamentalmente la popolazione infantile e i gruppi che vivono in condizioni di estrema povertà, con le malattie proprie dello sviluppo, come le malattie cardiovascolari, degenerative e il cancro.

3. La disintegrazione familiare, le unioni libere, il fenomeno delle ragazze madri, la maternità prematura, la mortalità materna, l'aborto, l'ingerenza del governo nella pianificazione della natalità, la sottomissione della donna in determinate culture, le sue molteplici responsabilità in casa e al lavoro, così come la sua discriminazione, sono tutte aggressioni alla famiglia nella nostra società messicana.

4. La miseria attuale ha generato fame, un consumo inadeguato di alimenti, disoccupazione, ignoranza, uso di stupefacenti ed alcolismo. Tutto ciò, come anche la distribuzione disuguale delle risorse economiche, umane ed istituzionali, influisce sempre più nell'insorgere della malattia e nella scarsa copertura dei servizi sanitari.

5. Il popolo messicano dispone di valori e credenze radicate, a volte di un senso magico della fede. Tanto le false credenze religiose quanto la superstizione e il fanatismo, possono trasformarsi in ostacoli di fronte alla difesa e alla promozione della vita e della salute.

6. I sistemi sanitari gravitano fondamentalmente attorno alla malattia, come risultato delle condizioni di vita, invece che attorno alla salute. Molti programmi sanitari hanno adottato una direzione neoliberale, che limita l'intervento dello Stato e lo sottopone alle leggi del mercato. Questa politica applicata alla salute, che vuole dirsi democratica, privilegia le supposte prerogative di una ridotta minoranza, disconosce e viola i diritti della maggioranza, scarica la responsabilità della salute all'impresa privata ed incorpora nuove tecnologie a cui la maggioranza non può permettersi di fare ricorso.

7. Il bilancio che il governo messicano destina alla salute e l'inadeguata distribuzione e amministrazione delle risorse, influiscono negativamente sulla copertura e sulla qualità dei servizi. La popolazione, particolarmente nelle zone rurali ed emarginate, accetta passivamente la sua situazione e aspetta la soluzione da parte degli organismi gover-

nativi, senza coinvolgersi direttamente nel cambiamento.

8. L'infrastruttura delle istituzioni e le precarie condizioni di lavoro del personale, hanno creato la necessità di iscriversi ai sindacati; si osserva inoltre che alcuni di questi sono manipolati da interessi politici, ideologici e personali, che colpiscono direttamente la qualità del servizio e fanno venir meno l'impegno professionale.

5. Analisi della realtà della pastorale sanitaria in Messico

1. L'azione caritativa nella Chiesa in Messico nasce con un obiettivo fondamentale: assistenziale in cui i religiosi vedono un mezzo propizio per la realizzazione dei loro carismi; l'ospedale è considerato come qualcosa di sacro, il cui centro di attenzione sono i malati. Allo stesso modo il processo di secolarizzazione e perfino di secolarismo della società, ha influito notevolmente sul fatto che molte congregazioni religiose sperimentano la tentazione di abbandonare i loro apostolati assistenziali, per dedicarsi alle missioni o alla presenza tra i poveri.

2. Attualmente la Chiesa in Messico ha linee ed opzioni chiare di evangelizzazione che le permettono un maggiore avvicinamento a gruppi specifici che lavorano per la difesa della vita. Negli operatori di pastorale sanitaria si riscontra scarsa preparazione teologica e tecnica per affrontare, illuminare ed orientare la problematica sociale e sanitaria, verso la ricerca di soluzioni che siano concordi con la realtà e con i valori etici e morali promulgati dalla Chiesa. L'evangelizzazione non arriva alla radice delle situazioni, il Vangelo non è incarnato nella vita concreta, personale e sociale dell'uomo, è necessario orientare, offrire una maggiore organizzazione della Pastorale Organica a tutti i livelli: nazionale, diocesano, parrocchiale ed istituzionale; manca inoltre

la coscienza della Pastorale Sanitaria come compito di tutti i cristiani e non di pochi cristiani impegnati.

3. Ci sono fatti che riguardano la presenza della Commissione Episcopale di Pastorale Sanitaria nel mondo della salute:

3.1. Mancanza di conoscenza della problematica sociale, incarnazione nell'ambiente, motivazione, creatività e audacia per rivitalizzare la missione sanitaria della Chiesa.

3.2. Oltre il 50% dei religiosi impegnati nella Pastorale Sanitaria hanno superato i 65 anni di età. I religiosi giovani impegnati in questa dimensione apostolica assistenziale, rappresentano una bassa percentuale che incide sulla disponibilità della risorsa umana e sulle possibilità di risposta da parte della Chiesa.

3.3. In molti operatori laici di pastorale sanitaria, è scarso l'impegno di autoformazione, c'è carenza di abitudini di studio, manca la disciplina intellettuale e la preparazione teologica e pastorale.

6. Sfide attuali per la pastorale sanitaria in Messico

La realtà che sta cambiando, di cui abbiamo parlato precedentemente, vista alla luce delle esigenze del Vangelo, ci pone alcune sfide in cui si gioca la vita e la vitalità del Vangelo.

1. Se non risponderemo con audacia e creatività alle esigenze del mondo di oggi, a partire da una formazione qualificata, nel campo della salute, perderemo di dinamismo ed efficacia.

2. Se non ci impegneremo con un'azione cosciente, pianificata e ragionevole nella difesa della vita e dei diritti umani, la nostra missione non sarà fedele al Vangelo.

3. Se non ci integreremo con i professionisti nel servizio della salute e della vita secondo principi etici e cristiani, la nostra presenza nella sa-

lute integrale dell'essere umano perderà il suo dinamismo evangelizzatore.

4. Dovremo optare per una pastorale della salute organizzata, dinamica, audace e aperta al cambiamento che rivitalizza la nostra presenza missionaria, altrimenti la nostra presenza nel mondo della salute non avrà senso evangelizzatore.

7. Priorità e strategie

7.1. Formazione qualificata degli operatori pastorali

1. Promuovere la formazione teologica e pastorale radicata nella Parola con una dimensione umana, etica, spirituale e biblica.

2. Rafforzare la vita fraterna, segno di comunione e di impegno nella missione.

3. Promuovere l'abilitazione e l'aggiornamento delle religiose nelle aree che condizionano e determinano la salute.

4. Riprendere nella nostra missione la cultura della salute propria del popolo.

5. Discernere le politiche sanitarie ed analizzarle con senso evangelico.

7.2. Difesa della vita e dei diritti umani

1. Leggere la realtà della salute con senso critico alla luce del Vangelo.

2. Recuperare i valori umani ed etici nella prestazione dei servizi sanitari.

3. Fare dell'annuncio profetico un impegno a favore della salute.

7.3. Qualità di vita e partecipazione cittadina

1. Promuovere e partecipare ad équipes interdisciplinari che tendono a dare impulso alla cultura della vita.

2. Assumere prioritariamente la nostra missione là dove sorgono situazioni di povertà, miseria o esclusione.

7.4. I laici nel servizio alla vita e alla salute

1. Riscoprire nel laico la vocazione di servizio e il suo impegno nella difesa e promozione della vita e della salute.

2. Suscitare un'adeguata spiritualità nei laici che servono i malati.

3. Riconoscere e privilegiare la sacralità della vita e della dignità della persona umana.

4. Impegnarci nella pastorale vocazionale per i diversi carismi di servizio al malato.

7.5. *Organizzazione della Pastorale Sanitaria*

1. Favorire la penetrazione del Vangelo nel mondo della salute.

2. Sperimentare nel nostro servizio come operatori pastorali, la sequela radicale di Gesù Cristo.

3. Riscoprire il valore dei mezzi di comunicazione e il loro uso a favore della difesa e della promozione della vita.

7.6. *Organizzare e dinamizzare la Pastorale Sanitaria con la partecipazione dei laici*

1. A livello di comunità parrocchiale e nelle zone rurali ed emarginate, dare impulso ad un processo educativo, partecipativo e trasformatore nel campo della salute.

2. Sperimentare la solidarietà con coloro che sono malati e con i loro familiari, tanto nell'istituzione ospedaliera quanto a casa.

3. Riscoprire in tutti gli operatori pastorali un nuovo dinamismo evangelizzatore nel campo della salute.

8. Il progetto di preparazione al Giubileo dell'anno 2000 per gli operatori di pastorale sanitaria

8.1. *La missione dei laici*

Come Cristo, la Chiesa si presenta attenta, rispettosa e trasparente, nei confronti di coloro che affrontano la prova della malattia, e questo grazie alla sollecitudine dei cappellani degli ospedali, dei religiosi e delle religiose presenti nei centri sanitari, ma anche grazie al fervido aiuto dei laici che lavorano nei Gruppi di Pastorale Sanitaria.

Nella lettera apostolica in preparazione al Giubileo del 2000, Giovanni Paolo II ci invita a valorizzare "in campo

ecclesiale il più attento ascolto della voce dello Spirito attraverso l'accoglienza dei carismi e la promozione del laicato" (TMA, n. 46). I laici, effettivi o volontari, manifestano il loro impegno partecipando a questo servizio della Chiesa, occupandosi dei loro fratelli che soffrono. A questo scopo, devono ricevere una formazione specifica, teologica, pastorale ed ecclesiale. Devono essere sostenuti e guidati nella loro missione dal gruppo, punto di riferimento e di riflessione, a cui forniscono un apporto originale mediante il loro aiuto. Seguendo l'esempio dei sacerdoti ai quali è stato conferito il ministero pastorale, in virtù di una speciale carità e con le debite proporzioni, partecipano al ministero della Vita.

8.2. *Il ministero della vita*

Nel 1995, per iniziativa del Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, la Santa Sede ha pubblicato la "Carta degli Operatori Sanitari", frutto di una grande aspettativa e di una preparazione multidisciplinare. Il documento offre una sintesi organica e completa sulla posizione della Chiesa per ciò che riguarda, nel campo della salute, le dichiarazioni sul valore primario ed assoluto della vita in sé e della vita di ogni essere umano. Riunisce i complessi problemi posti dal vincolo indissolubile tra medicina e morale cristiana, delinea il profilo dei professionisti della salute esponendone gli obblighi essenziali.

Nell'Enciclica *Evangelium Vitae*, il Santo Padre afferma: "Peculiare è la responsabilità affidata agli operatori sanitari: medici, farmacisti, infermieri, cappellani, religiosi e religiose, amministratori e volontari. La loro professione li vuole custodi e servitori della vita umana" (E.V. n. 89).

Per noi, questa Carta costituisce uno strumento di lavoro e fa parte della formazione iniziale e definitiva degli operatori pastorali "di modo che la loro testimonianza sia dimostrazione del fatto che, nella difesa della vita, la Chiesa apre il cuore e le braccia a tutti

gli uomini, perché a tutti gli uomini è diretto il messaggio di Dio" (Carta degli Operatori Sanitari, n. 6).

L'operatore pastorale non deve essere competente soltanto in campo scientifico. A questo bisogna aggiungere molta disponibilità, attenzione, comprensione, partecipazione, benevolenza, pazienza, dialogo, ed infine carità cristiana. Il paziente non è soltanto un caso clinico e curarlo non significa unicamente salvaguardarne la salute o curare i suoi organi malati, ma stare al servizio totale della sua vita. "Nessuno può limitarsi ad essere medico di organo o di apparato, ma deve farsi carico di tutta la persona" (Giovanni Paolo II, *Insegnamenti V/3*, p. 673, n. 4), dato che "la persona umana, con la dignità e i diritti che le sono propri, pur rivelandosi nelle sue funzioni, non si esaurisce in esse; radicalmente essa è costituita da quella identità ontologica, insieme spirituale e corporea, che ne fa un soggetto nel quale i credenti riconoscono l'immagine di Dio" (*Dolentium hominum* n. 30, p. 18).

Da parte sua, fedele alla sua missione che rappresenta una vocazione reale e vera, l'operatore sanitario, come il Buon Samaritano, deve dedicarsi anima e corpo al suo compito che richiede tutta la sua umanità e una devozione totale. In questo senso, la sua attività costituisce la continuazione della carità terapeutica di Cristo che "passò beneficiando e risanando tutti" (*At* 10, 38) e si rivolge a Cristo stesso che si mostra a noi sotto le sembianze di un malato: "Ero malato e mi avete curato" (*Mt* 25, 31).

Professione, vocazione e missione si complementano in una visione cristiana della vita. L'operatore pastorale sviluppa un vero ministero terapeutico, il "Ministero della Vita"; in effetti, servire la vita vuol dire servire Dio attraverso il prossimo. Nella sua opera non è solo, ma in comunione ecclesiale in un luogo santificato come una parrocchia, o l'ospedale, che è la casa di Dio, come indica con forza ed efficacia il suo antico nome: albergo di Dio.

8.3. *Le prospettive del Giubileo del 2000*

Per iniziare debitamente il Terzo Millennio cristiano, la Commissione Episcopale di Pastorale Sanitaria ha voluto approfondire i tre anni di preparazione al Grande Giubileo del 2000, come definito nella Tertio Millennio Adveniente, per promuovere la pastorale sanitaria in Messico.

Dal 1997 si è stabilito di realizzare un Congresso Nazionale, celebrare la Giornata Mondiale del Malato, creare commissioni diocesane di pastorale sanitaria e, in futuro, creare dei segretariati regionali di Pastorale Sanitaria.

Per il 1998

A partire dal 1998, abbiamo visto la necessità di proporre la creazione di un dipartimento di attenzioni pastorali nelle unità ospedaliere, tanto cattoliche quanto del settore privato o governativo. Tale dipartimento può essere animato molto bene a partire dalle parrocchie o dalle stesse commissioni diocesane. Il secondo progetto per il 1998 riguarda l'abilitazione dei formatori nella pastorale ospedaliere.

8.3.1. Proposte della Commissione Episcopale di Pastorale Sanitaria CEM - MESSICO sulla pastorale del tossicodipendente e dei suoi familiari

I Vescovi:

1. Di fronte ad un problema sociale di proporzioni tali come quello della tossicodipendenza, promossa dai distributori della droga, "commercianti della morte", è urgente che la comunità nazionale partecipi ad una campagna nazionale che proponga i valori cristiani della vita e della salute, contro gli antivalori della tossicodipendenza e del narcotraffico.

A questo scopo è necessario che tutta la comunità nazionale si impegni come soggetto del proprio cambiamento, ed affronti il problema della tossicodipendenza non solo come problema sociale o di malattia, bensì come fattore di destabilizzazione familiare, comunitario e nazionale.

2. È urgente che le diocesi e i suoi pastori si sensibilizzino non solo per aiutare pastoralmente i tossicodipendenti, ma che uniscano le forze con diversi programmi della società civile e del governo messicano; è urgente altresì che venga lanciata una campagna nazionale di prevenzione rivolta alle famiglie e a tutte le persone di buona volontà.

3. I pastori nelle loro diocesi devono assumere un deciso impegno evangelizzatore per coordinare e sostenere le varie iniziative già esistenti nelle loro diocesi, da parte della società civile, che provengono da molti settori della popolazione: le istanze governative, le istanze private e quelle cattoliche, devono unirsi e coordinarsi per sostenere un programma di riabilitazione e di reinserimento del tossicodipendente nella sua famiglia e comunità. Devono sparire gli abissi della non comunicazione esistente in questo campo tra Chiesa e governo messicano.

I giovani

4. La Pastorale Giovanile deve motivare autenticamente i giovani con tutte le sue forze affinché essi, come cristiani, impegnino le loro energie per opporsi e denunciare, come autentici profeti, "la cultura della morte" che vuole incatenarli. Bisogna coinvolgere i sacerdoti che assistono i gruppi giovanili a dinamizzare questa lotta contro la tossicodipendenza.

5. Aiutiamo i giovani a ricordare che in Cristo c'è la pienezza della vita e che la nostra esistenza umana recupera in Lui tutta la sua dignità e splendore. Ogni giovane deve essere promotore e difensore convinto della vita e della sua dignità. Sosteniamo i giovani di fronte all'esigente testimonianza cristiana di una profonda conversione in seno ad un'atmosfera di morte che genera il consumismo, l'edonismo e la cui massima espressione è il narcotraffico. Sol tanto la loro fedeltà unita a Cristo, alla vita autentica, al vero amore li libererà dalle tentazioni e dagli idoli di questo mondo.

6. Bisogna adoperarsi affinché i giovani cerchino il dialogo sincero con questo prossimo cui Cristo li pone di fronte, per confidare ed appoggiarsi in mezzo a questa "cultura della morte".

7. Diamo loro l'opportunità di essere "buoni samaritani" con gli amici, i compagni che sono stati travolti dalla droga, affinché imparino ad essere il loro sostegno nei momenti più difficili e li accompagnino sempre senza abbandonarli.

Le famiglie

8. La Pastorale Familiare deve portare valori cristiani di solidarietà ed accompagnamento alle famiglie che attraversano il difficile cammino di educare gli adolescenti e i giovani, ed aiutare i genitori a guidare i loro figli sedotti dalla droga o dal narcotraffico.

9. Insistiamo che l'assenza (fisica o spirituale) di uno o di entrambi i genitori, gli esempi negativi (alcolismo, irresponsabilità familiare), i conflitti coniugali interni (la separazione o il divorzio), la mancanza di affetto e l'ignoranza nell'educazione familiare sono molto spesso le cause che portano un bambino o un giovane a fare ricorso alla droga. I genitori, coscienti di questi pericoli, devono rimediare a questi possibili mali nell'ambito interfamiliare. La prevenzione deve iniziare tra gli 8 e i 10 anni, giacché le statistiche indicano che le prime esperienze di droga avvengono tra i 10 e i 12 anni.

10. I genitori devono favorire lo sviluppo della personalità dei loro figli stimolandone la responsabilità con il proprio esempio, con la fiducia e il dialogo sincero. Come il nostro Padre Celeste ci sta vicino, ci aiuta e ci protegge, così dovremmo curare ed incoraggiare i figli nell'ambito familiare.

Gli educatori

11. La Pastorale Educativa deve assumere il vero ruolo che le compete, di seminare i valori cristiani nei bambini e nei giovani sotto la sua responsabilità. Si devono incrementare le campagne contro il tabagismo, l'alcolismo e la di-

stribuzione della droga nelle scuole. Si potrebbe adottare il sistema dell' "antidoping" per individuare per tempo le tossicodipendenze.

Si deve offrire sostegno ed aiuto psicologico ai bambini, agli adolescenti e ai giovani quando iniziano i loro problemi emotivi, *in particolare quando nasce la bassa autostima*, fattore scatenante delle tossicodipendenze.

Promuovere la salute integrale attraverso lo sport è un cammino sicuro per rimuovere la tentazione dell'ozio e l'abbruttimento degli adolescenti e dei giovani, inculcando responsabilità individuale ed autodisciplinaria.

12. I maestri non devono supplire o sostituire i genitori ma essere i loro sussidiari ed ausiliari, ed imparare ad agire in stretto coordinamento ed impegno con loro, fornendo sempre i criteri sul bene e sul male, fondati su un'autentica testimonianza personale.

13. Le comunità educative devono conoscere bene le reti sociali che li avvilluppano ed individuare i focolai di tossicodipendenza o commercio di droga, per favorire strategie di prevenzione. Si deve fare ricorso a programmi adeguati per sradicare il flagello della droga nelle scuole.

Le parrocchie

14. Ogni comunità parrocchiale dovrebbe assumere nel modo più pratico il rifiuto del narcotraffico e, in forma solidale, la prevenzione, l'attenzione e il recupero dei tossicodipendenti.

15. La comunità diocesana deve giungere nel più profondo delle coscienze dei mercanti di droga, ricordando i valori cristiani del pentimento e del perdono: "Ricerca Yahvé, mentre si fa trovare, invocatelo, mentre è vicino. L'empio abbandoni la sua via e l'uomo iniquo i suoi pensieri; ritorni a Yahvé che avrà misericordia di lui, e al nostro Dio che è immagine del perdono" (Is 55, 6-7).

I mezzi di comunicazione sociale

16. Quanti detengono il potere e la direzione informativa

e decisionale dei mezzi di comunicazione: TV, radio, stampa, ecc., devono contribuire a liberare l'umanità e in particolare la gioventù dalle catene della droga e denunciare apertamente e con decisione il commercio della morte costituito dal narcotraffico.

17. Le immagini video o audio, i messaggi divulgati dai mezzi di comunicazione devono sempre esaltare il valore e la dignità della vita umana e non vendersi per diffondere contenuti ambivalenti o subliminali carichi di insinuazione verso le droghe, esaltando idoli che la gioventù prende per autentici e invece portano ver-



so la morte e la distruzione della pace, della verità e del vero amore.

18. Uniamoci, come messicani, per abbandonare le idolatrie del potere, del denaro, del piacere e della violenza. Impegniamoci nella vita, nella salute, nella riconciliazione, nell'unità e nella solidarietà come fratelli, quali siamo, in questa terra messicana, in cui Dio ci ha permesso di vivere e di appartenere e in cui Nostra Signora di Guadalupe è stata prodiga con la sua presenza d'amore e cura materna.

19. Constatiamo che la problematica della tossicodipendenza nell'attualità del nostro paese va unita ad un problema maggiore: il narcotraffico. La

situazione attuale è acuitizzata dalla collocazione geografica, in quanto la nostra patria è il luogo di transito e di ingresso delle droghe provenienti da altri paesi e che sono destinate agli Stati Uniti. La violenza e la lotta tra i "cartelli" hanno trasformato il Messico in uno scenario di morte e di violenza che le forze governative non possono contenere, sia perché ne hanno perso il controllo, sia per la complicità che ha corrotto molte strutture di controllo o di persecuzione dei narcotrafficcanti.

Per il 1999 e il 2000

8.3.2. Formazione dei cappellani degli ospedali

Una formazione esemplare che il Messico dovrebbe imitare viene seguita in molte diocesi del Nordamerica e dell'Europa. Il suo quadro accademico può essere il futuro Istituto di Pastorale Specifica per Operatori di Pastorale Sanitaria. La durata degli studi è di due anni, al termine dei quali verrà consegnato un Diploma Universitario di Formazione Pastorale, denominato Salute. Inoltre si potrebbe programmare un corso di Dottorato.

Fasi preparatorie: anzitutto il candidato deve superare la prima tappa obbligatoria: un corso di discernimento di due mesi, durante i quali sono previsti 8 incontri in un ospedale. Ciò offre la possibilità di valutare, tanto da una parte quanto dall'altra, le capacità, le difficoltà e le reticenze. Se il test è positivo, il candidato può passare al primo anno. Il programma per il primo anno comprende vari campi:

1. Studi teorici: Teologia Dogmatica (la Chiesa e i sacramenti) e Morale (vita umana ed etica cristiana); Formazione pastorale. Il rapporto educativo (avvicinamento psicologico e storico); l'atto di catechesi; le culture e il cristianesimo.

2. Corsi pratici in un ospedale generale (2 corsi di 4 mesi) per l'accompagnamento dei malati.

3. Una formazione teorica in Pastorale Sanitaria.

4. Un corso personale con supervisori di pastorale sanita-

ria per facilitare l'adattamento, constatare i progressi o i problemi e controllare gli inconvenienti che possono sorgere durante il cammino.

5. La convalida del corso e un esame finale permetteranno di accedere al secondo anno. Il programma del secondo anno comprende materie simili, ma con un maggiore approfondimento:

a. Studi teologici e liturgici più approfonditi.

b. Corsi pratici con inserimento nel Gruppo Pastorale, partecipazione alle riunioni generali, agli incontri di Pastorale Sanitaria e alle attività della Commissione Episcopale di Pastorale Sanitaria in Messico.

c. Adattamento ai modelli pastorali.

8.3.3. Promuovere nelle Istituzioni ospedaliere cattoliche l'appartenenza alla Federazione Internazionale degli Ospedali cattolici, promossa dal Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari.

Si stanno elaborando il modo e la forma affinché le istituzioni ospedaliere cattoliche e di ispirazione cattolica aderiscano a questo progetto presentato recentemente dal Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari.

Data la loro costante devozione agli ammalati, i religiosi che lavorano negli ospedali cattolici già da tempo hanno messo in atto la Pastorale Sanitaria. Tuttavia, per un loro rinnovamento e soprattutto in vista della formazione dei novizi, è necessario che essi seguano un programma particolare di educazione pastorale.

8.3.4. Congresso Internazionale di Bioetica Cattolica

Esiste il progetto di realizzare a Città del Messico nel 1999 un Congresso Internazionale sulla Bioetica Cattolica che possa discutere i principali problemi della bioetica attuale e poter così influire nel contesto sociale e politico su temi tanti critici.

8.3.5. Confederazione Messicana di Associazioni di Me-

dici Cattolici

Attualmente esistono 6 diocesi ed arcidiocesi che dispongono di un'Associazione di Medici Cattolici; si intravede la necessità di creare una Confederazione che le raggruppi e, in questo modo, dia loro il sostegno della Commissione Episcopale di Pastorale Sanitaria.

9. Applicazione di mete ed attività del progetto

9.1. Applicazione del progetto a livello di ogni Diocesi:

1. Le Commissioni Dioce-



sane di Pastorale Sanitaria devono suscitare in tutti gli operatori sanitari la motivazione diocesana, l'impegno di diffusione, applicazione ed esecuzione.

2. Ogni operatore sanitario della diocesi deve sentirsi responsabile di assimilare ed approfondire tale progetto.

3. A partire dalle linee orientative di tale progetto, ogni diocesi dovrà elaborare progetti specifici. Spetta alla Commissione di Pastorale Diocesana rendere vivo il Progetto di Pastorale Sanitaria e cercare la forma per valutare annualmente i passi compiuti nell'applicazione del progetto e formulare le necessarie correzioni.

9.2. Azione a livello di regione pastorale: i Segretariati Regionali di Pastorale Sanitaria

1. Indire riunioni di reciproco aiuto per condividere e sviluppare programmi e progetti concreti a favore della regione e degli operatori sanitari.

2. Presentare un rapporto sui successi e le difficoltà sorte nella Riunione Nazionale, per condividere ed arricchire i programmi esistenti, assicurando in questo modo il dinamismo del processo e l'unità di criteri nell'azione pastorale, ed allo stesso tempo segnalare le mete per il periodo seguente.

9.3. A livello nazionale ed internazionale: l'impegno con il Grande Giubileo del 2000

1. La Commissione prepara lo spazio di dialogo e di scambio di esperienze pastorali nell'Incontro Nazionale.

2. Per il 1998 si realizzerà a luglio il Congresso Nazionale: lo Spirito Santo, la sua presenza trasformatrice e sanante nella Pastorale Sanitaria.

3. Per il 1999 si realizzerà un incontro Latino americano su: Dio Padre, fonte di misericordia, cuore della Pastorale Sanitaria.

4. Per il 2000, partecipazione all'Incontro Mondiale che sarà promosso dal Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari: il mistero di Dio, creatore, redentore e santificatore, presente nella Pastorale Sanitaria.

10. Risorse umane

Presidente della Commissione:

Mons. José Lizares Estrada, Vescovo di Monterrey.

Ecc.mi Membri:

Mons. Vicente García Bernal, Vescovo di Ciudad Obregón;

Mons. Rafael Barraza Sánchez, Vescovo di Mazatlán;

Mons. José Pablo Rovalo Azcué, Obispo Em. Di Zacatecas;

Mons. Manuel Mireles Vaquera, Vescovo di El Salto, Durango.

Segretario esecutivo: *P. Jorge A. Palencia.*

La pastorale sanitaria a Cuba (PAS)

Una pastorale sanitaria senza ospedali

Introduzione

Siamo coscienti del fatto che la missione affidata da Cristo di predicare il Vangelo e curare gli ammalati (Mc 16, 14-18) era diretta anche ai cristiani di Cuba, le cui condizioni socio-politiche differiscono notevolmente dagli altri paesi del mondo.

Il governo marxista-leninista ha statalizzato l'assistenza medica, offrendola gratuitamente a tutta la popolazione. A ciò la Chiesa plaude, anche se, d'altra parte, ha perso la possibilità di avere centri confessionali propri: la Chiesa gestisce soltanto otto Case per Anziani e un Sanatorio Psichiatrico, tutti a L'Avana; inoltre le rispettive comunità religiose sono presenti in due centri statali.

Celebrazione dell'ENEC

Durante l'Incontro Ecclesiale Nazionale Cubano (ENEC 1986), in cui si è riflettuto sulla missione affidata da Cristo di evangelizzare il mondo della malattia, si è deciso di potenziare al massimo una via distinta da quella istituzionale: quella del mondo del volontariato, attraverso le comunità cristiane.

L'ENEC ci invita a:

“Coscientizzare le comunità del senso evangelizzatore dell'azione caritativa della Chiesa e la sua portata sociale scoprendo il valore redentore della sofferenza umana per accompagnare fraternamente tutti coloro che soffrono” (N. 1074).

Per questo è necessario:

“Formare Gruppi di Visitatori di Ammalati nelle comunità cristiane e dare loro orientamenti pastorali che arricchiscano il lavoro da loro compiuto” (n. 1076).

Costituzione della Commissione Episcopale di PAS

Con il sostegno dell'ENEC, la Conferenza Episcopale si è proposta di organizzare e di potenziare la PAS in tutto il paese, iniziando con il creare una Commissione Episcopale di Pastorale Sanitaria. Per presiederla ha nominato S. E. Mons. Mariano Vivanco, vescovo di Matanzas, affiancato da un Segretario Esecutivo.

Con i responsabili e gli assistenti religiosi di ogni Diocesi è stata costituita la Commissione Episcopale di PAS. Fin dalle prime riunioni è stata delineata una struttura che rendesse possibile l'animazione. Si è deciso quindi che:

- la Commissione Episcopale fosse composta dal presidente, dal segretario esecutivo e dai responsabili e assistenti di ogni diocesi;

- la Commissione Diocesana fosse formata dal responsabile della PAS, dal suo assistente, dai vicari episcopali della diocesi, e da chiunque, per professione o preoccupazione in questo campo, possa arricchire la Commissione;

- ogni vicario episcopale cercherà di costituire un'equipe per animare le zone e le comunità che rientrano nella sua competenza.

Tale struttura ha reso fluida la comunicazione, tanto difficile nel nostro paese quanto necessaria per l'animazione.

Obiettivi della Commissione Episcopale di PAS

Per quanto riguarda gli obiettivi, la Commissione Episcopale si è proposta di:

- promuovere la PAS nelle comunità cristiane;
- formare i volontari, deno-

minati Visitatori dei Malati, per questa missione.

Per quanto si riferisce alla promozione:

- è stata divulgata l'“Ave Maria dei Malati”, devozione che consiste nella recita di un'Ave Maria per i nostri malati alle 12.00 di ogni giorno;

- dal 1986 si è iniziata a celebrare “La Giornata del Malato” mediante cartelloni, celebrazioni, atti culturali e catechesi;

- è stato organizzato un Concorso Nazionale di Disegno per bambini sul tema scelto ogni anno per la “Giornata del Malato”, al fine di sensibilizzare i bambini alla solidarietà;

- sono state stampate pubblicazioni periodiche con gli scarsi mezzi a disposizione della Chiesa: fogli di vita cristiana, pieghevoli, ecc.

Per quanto riguarda la formazione dei Visitatori:

- è stato pubblicato un dépliant dal titolo “Dieci temi per la visita agli ammalati”, in cui si offrono orientamenti su come organizzare una riunione di PAS, cosa dire al malato, come dirlo, ecc.;

- sono stati organizzati ritiri spirituali e incontri su questo argomento;

- professori cubani e stranieri sono stati invitati a tenere delle conferenze in corsi organizzati sulla materia;

- con l'aiuto del Pontificio Consiglio “Cor Unum”, abbiamo pubblicato un libretto di preghiere per i Visitatori (1990) con materiale per il lavoro pastorale con i malati;

- recentemente (1996), il Dicastero del Vaticano per la Pastorale Sanitaria ci ha aiutato a ristampare questo libretto, corretto ed ampliato, con una tiratura molto maggiore perché giungesse a tutti i Visitatori.

La situazione attuale della PAS

Questo programma di promozione e formazione si è mantenuto costante nei dieci anni in cui la PAS è stata organizzata a livello episcopale, il che ha fatto sì che aumentasse il numero delle équipes, attualmente 420, e dei Visitatori, che ammontano a 3761, e, più importante, che si sia formata la mentalità che ogni comunità ben organizzata pastoralmente abbia un'équipe PAS affinché i malati non restino senza evangelizzazione e la Chiesa possa essere presente nel mondo del dolore.

A tutto questo sviluppo hanno contribuito anche le tre visite ufficiali compiute dal Card. Fiorenzo Angelini, quando era Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, accompagnato sempre dal Segretario, P. José Luis Redrado, OH, e da altri membri del Dicastero che hanno sostenuto ed animato il nostro lavoro.

Primo Congresso Cattolico di Pastorale Sanitaria

Nei dieci anni di vita di questa Commissione Episcopale e in seguito al crescente svilup-

po dell'attività pastorale, tanto che in un mese sono stati visitati 17748 malati, si è intravista la necessità di organizzare un congresso in cui, sulla base della nostra esperienza, venissero studiati gli ultimi orientamenti dottrinali sul tema e la nostra Pastorale Sanitaria venisse orientata nel Piano Globale di Pastorale verso il 2000 con la Chiesa cubana.

Grazie al sostegno della nostra Conferenza Episcopale, del Dicastero Vaticano per la Pastorale degli Operatori Sanitari e del Dipartimento di Pastorale Sociale del CELAM, il Congresso si è svolto dal 13 al 17 ottobre 1997.

I diversi lavori presentati dalle Diocesi e la dottrina più attuale sulla PAS illustrata da esperti cubani e stranieri, hanno fatto crescere l'entusiasmo pastorale e la convinzione che "una Pastorale Sanitaria senza ospedali", cioè senza proprietà della Chiesa, è possibile in quanto: "Dovunque c'è ... chi è afflitto da tribolazioni e malferma salute ... ivi la carità cristiana deve cercarlo e trovarlo, consolarlo con premurosa cura e sollevarlo porgendo aiuto" (AA 8).

Ancora una volta abbiamo potuto constatare che lo Spirito Santo dirige la Chiesa lungo i secoli, in quanto in una situa-

zione di apparente disastro – il perdere la proprietà dei Centri Assistenziali – è fiorito un efficace strumento apostolico nel mondo della malattia: le visite a domicilio.

Forse tale apostolato non è molto sviluppato negli altri paesi, poiché le energie sono state orientate di preferenza verso i propri centri e verso le problematiche più gravi che questi presentano ogni giorno. Tutte queste energie noi le dedichiamo esclusivamente all'accompagnamento umano e spirituale dei malati, comprovando come il Vangelo penetri, non solo nei pazienti, ma anche nei loro familiari.

Certamente la novità non sta nel fatto che si visitino i malati, bensì che questo apostolato sia stato strutturato e illuminato dalla Conferenza Episcopale del paese. La 21^a riunione della Commissione Episcopale della Salute ne è la riprova.

Nel Congresso sono state delineate le linee pastorali già inviate al Dicastero Vaticano e speriamo di poter continuare a sviluppare la nostra PAS, sempre attenti alla luce dello Spirito, la guida più sicura per compiere il mandato di Cristo di annunciare il Vangelo e curare gli ammalati, anche gli ammalati di Cuba.



Per la scarsità di tempo di cui si dispone normalmente nei grandi Congressi, ci permettiamo di inviare un breve riassunto in cui viene sottolineato l'aspetto più rilevante della nostra azione nel potenziamento della Pastorale Sanitaria.

Anzitutto desidero andare alla fonte ispiratrice e all'esperienza viva e creatrice che, al di là della coerenza personale, ho potuto verificare e riconoscere come occasione per essere maggiormente uomo e guardare gli altri con occhi di misericordia, anche quando la mancanza di mezzi o condotte evasive e distruttrici mi hanno impedito di "essere di più". È il cammino che mi ha insegnato a considerare sempre ogni uomo come "viator", cioè in cammino verso la stessa destinazione: Cristo, mezzo di autentica umanizzazione ed icona dell'uomo nella potenzialità di tutta la sua vocazione.

È questa la forza che preserva dal senza senso, che mi ha animato negli insuccessi, proiettando verso l'eternità anche i fatti più insignificanti e banali, suscitando in me quel gusto per la vita nuova, di fronte al quale la cultura della modernità si rivela incapace di generare un'umanità vera e buona o di suscitare l'adesione della coscienza.

Il cammino di cura (Mc 6,56)

Come appare con frequenza e forza nelle pagine del Vangelo, nel cammino di Gesù trova ampio spazio il suo "ministero terapeutico".

Il Figlio di Dio fatto uomo cura i malati, consola gli afflitti e libera dagli spiriti immondi; pertanto la Nuova Evangelizzazione è certamente il compito primario della Chiesa, "sua grazia e vocazione pro-

pria", come affermava Paolo VI (E. N. 14). Ma per porla in atto non sarebbe opportuno avere di fronte agli occhi la personalità sanante di Gesù e il *ministero terapeutico* che hanno accompagnato tutta la sua vita? Il cammino del contatto con il malato non è un momento privilegiato, attraverso il quale passa questa forza che sana l'uomo integralmente?

La Nuova Evangelizzazione necessita di una Pastorale Sanitaria rinnovata come gesto di obbedienza allo stesso Cristo, e come cammino privilegiato di partecipazione al suo ministero di consolazione e cura.

La *pastorale sanitaria* è parte integrante, essenziale, necessaria ed irrinunciabile della missione salvifica della Chiesa: non è un qualcosa di più, un "optional", qualcosa che bisogna riservare ad una élite. È obbedienza al mandato di Cristo e, pertanto, appartiene alla vita della Chiesa, ancor più al suo essere profondo.

È certamente un cammino vastissimo, non solo per il suo aspetto quantitativo, ma perché l'azione pastorale nel campo sanitario è diventata sempre più difficile, complessa e delicata. I motivi sono numerosi e vari; non sono dovuti soltanto ai peggioramenti e alle lacune del sistema sanitario o alla mancanza di servizi delle persone, ma soprattutto sono di indole culturale.

Si pensi in particolar modo al secolarismo o laicismo della vita e del pensiero che emargina o censura il dolore, la morte e l'anziano. Si pensi anche alle implicazioni di problemi etici, più gravi che mai, in connessione con la gestione della sanità e degli ospedali: aborto nei reparti di maternità, contraccezione, impulso ad esercitare l'eutanasia, malati di AIDS, presenza della conflittualità politica e sindacale.

Proprio perché il cammino si è esteso spaventosamente, è necessario che tutta la Chiesa torni a curare il contatto con il malato. Urge rilanciare una pastorale sanitaria capace di animare la speranza. Dare animo significa permettere che il dolore non sia soltanto un problema, bensì un "mistero" che si illumina alla luce della croce di Cristo. Significa dare forza a chi è malato, mediante la celebrazione dei sacramenti e della preghiera, segni che rendono partecipe il cristiano del mistero pasquale di Gesù.

Dare animo significa destare la coscienza della dignità che deriva all'uomo dall'essere immagine vivente di Dio. È una dignità incancellabile che l'uomo possiede in ogni condizione di vita ma che, proprio nel momento della apparente "inutilità" che il contesto efficientista esaspera, necessita di essere trasmessa come il mezzo più potente per riscattare il dolore.

Infine, animare deve costituire il processo attraverso il quale il malato non è considerato un semplice oggetto o destinatario, bensì il primo soggetto, protagonista responsabile della Pastorale Sanitaria, come chiaramente ci ricorda la *Christifideles laici*: "Uno dei fondamentali obiettivi di questa rinnovata e intensificata azione pastorale, che non può non coinvolgere e in modo coordinato tutte le componenti della comunità ecclesiale, è di considerare il malato, il portatore di handicap, il sofferente non semplicemente come termine dell'amore e del servizio della Chiesa, bensì come soggetto attivo e responsabile dell'opera di evangelizzazione e di salvezza" (n. 54).

Permettetemi di presentare alcune esperienze di carattere nazionale realizzate nell'ambito della Pastorale Sanitaria.

In nome della Chiesa locale, Caritas Cile ha aperto la prima Casa per sieropositivi, abbandonati e senza tetto. La discriminazione imperante non ha diminuito il nostro vigore e la nostra forza per continuare il cammino di accoglienza. Una seconda Casa è stata vittima di un incendio e dell'opposizione violenta che non ci ha permesso di allargare nuovi spazi di speranza.

Visitiamo spesso le carceri e gli ospedali dove il malato soffre della più dura indifferenza.

Di fronte al malato, immagine del Cristo sofferente, troviamo la forza per costruire una vera clinica per malati terminali di AIDS.

Caritas Cile, assistita dalla Facoltà di Medicina della Pontificia Università Cattolica del Cile, ha dato vita ad una nuova fondazione "Pro Dignitate Hominis", l'unica del genere in America Latina.

La Clinica Famiglia è oggi una realtà. Essa dispone di 40 letti (clinica media) a carico di personale volontario, sostenuti ed assistiti da 4 medici della Facoltà di Medicina della Pontificia Università Cattolica del Cile, grazie ad un accordo sottoscritto tra questa facoltà e la Fondazione. Ci avvaliamo della presenza della Congregazione Religiosa di Sant'Anna e di sacerdoti dell'Ordine della Madre di Dio.

È nato così un clima di spiritualità, dove inoltre ci preoccupiamo di *formare i giovani* nel campo della salute.

Speriamo di poter iniziare presto – con audacia – opere

alternative per poter estendere la Pastorale della Salute a tutte le diocesi e in particolare alle parrocchie.

La Scuola Nazionale (ENAC) di Caritas Cile, Istituzione Educativa senza scopo di lucro, ispirata a principi e valori cristiani, nell'Area della Salute risponde alla chiamata della Chiesa cattolica e della società attuale a formare i futuri operatori sanitari come persone umane in tutte le loro dimensioni, affinché facciano della loro professione "una mistica" al servizio dei malati per offrire ciò che va al di là della loro funzione lavorativa e di un'attenzione efficiente. Vedere il malato nella sua totalità come "persona" e non soltanto come un paziente, comprendere la sua sofferenza, le sue tensioni emotive. Adoperarsi affinché i futuri operatori sanitari abbiano una disposizione interiore di amore sincero per il malato.

Forte di un'esperienza di oltre trenta anni, l'Area della Salute della Scuola Nazionale di Abilitazione dell'ENCA (Caritas Cile) continua il suo efficiente lavoro di formazione di personale ausiliario il cui titolo è riconosciuto dallo Stato:

- Ausiliario Paramedico di Infermeria;
- Ausiliario Paramedico di Odontoiatria;
- Ausiliario Paramedico di Laboratorio, Radiologia e Banca del Sangue;
- Ausiliario Paramedico di Farmacia.

Vengono inoltre impartiti corsi di:

– arsenaleria (è richiesto il titolo di Ausiliario di Infermeria riconosciuto dal Ministero della Sanità);

– assistenza di malati, con specializzazione in puerpere (madri), neonati e anziani (solo per donne).

Dipartimenti di volontariato (DEVOL)

Vorremmo sottolineare in modo particolare il Volontariato per l'assistenza agli ammalati, che presta servizio negli ospedali, istituti e cliniche, oltre che nelle parrocchie (dei 6 decanati di Santiago). Questi volontari lavorano anche in diverse diocesi come San Felipe, Melipilla, Valparaiso e si riuniscono regolarmente per corsi, laboratori, conversazioni, ritiri, ecc.

Bisogna notare che una grande percentuale di studenti proviene da regioni rurali e da località isolate, e che una volta conseguito il diploma torna ai suoi luoghi di origine per prestare il suo servizio. Ciò rappresenta un valore incalcolabile a motivo della scarsità di personale medico in dette zone.

Il nostro apporto educativo è fondamentale per lo sviluppo della salute nel paese e consiste nel dare agli alunni gli strumenti affinché possano infrangere il circolo della povertà e moltiplicare i valori e i principi trasmessi dall'Istituzione.

Santiago, Settembre 1998



L'azione evangelizzatrice dei PROSAC

INTERVENTO AL CONGRESSO SULLA PASTORALE D'EVANGELIZZAZIONE
(MADRID, SETTEMBRE 1997)
DELLA COMMISSIONE NAZIONALE ASSOCIAZIONE
PROFESSIONISTI SANITARI CATTOLICI (PROSAC)

Introduzione

Noi Prosac – professionisti sanitari cattolici – siamo un gruppo di laici cristiani che lavorano nel mondo della salute e della malattia. Uniti da una stessa fede e vocazione, noi, in quanto Chiesa, desideriamo svolgere in questo mondo la missione affidataci da Gesù: essere testimoni della sua forza evangelizzatrice, sanante e salvatrice mediante l'esercizio della nostra professione.

Questo Congresso ci dà l'opportunità di presentare l'esperienza evangelizzatrice da noi svolta nei dieci anni della nostra esistenza.

Descriveremo, in primo luogo, il mondo sanitario in cui i Prosac lavorano, con le sfide e le opportunità per l'azione evangelizzatrice; mostreremo in seguito gli aspetti che definiscono la nostra azione e le nostre attività più significative; ed infine, dopo aver compiuto una valutazione dell'operato, esporremo i programmi per il futuro.

1. Il mondo della salute: sfide ed opportunità per l'azione evangelizzatrice dei Prosac

Il mondo della salute in cui lavoriamo è certamente un luogo privilegiato, pieno di sfide e di opportunità per l'evangelizzazione. Ne presenteremo alcune.

Noi professionisti sanitari vediamo e tocchiamo ogni giorno gli avvenimenti più importanti dell'esistenza umana: la nascita, la malattia, il dolore, la cura, il morire e la morte. Il contatto continuo con queste realtà della vita ci colpisce, ci interpella e ci offre la possibilità di maturare umanamente e nella fede, oppure di inaridirci.

Facciamo parte di un'istitu-

zione sanitaria cui appartengono migliaia di persone con un compito importante e complementare da realizzare: medici, infermieri, personale amministrativo, personale ausiliario, operatori sociali, psicologi, ecc.

Molti di loro sono cristiani ma in buona parte realizzano il loro impegno in ambiti diversi da quello del lavoro sanitario. Ci costa manifestare la fede. L'ambiente è molto secolarizzato e non sono pochi coloro che si sono allontanati dalla fede e dalla Chiesa.

La tentazione della disillusione e della demoralizzazione ci acceca e c'è bisogno di un grande sforzo per non rimanervi vittime e per superarla.

Siamo testimoni ed artefici dei successi della nostra medicina e della nostra sanità, allo stesso tempo però collaboriamo e soffriamo per i suoi insuccessi e le sue mancanze.

Nella nostra azione quotidiana, dobbiamo far fronte a gravi problemi umani, sociali ed etici, più grandi di noi e che rivelano lacune e deficienze importanti nella nostra formazione.

In questo mondo della salute, con le sue sfide e le sue opportunità, i Prosac devono annunciare Gesù, offrire i valori del vangelo, servire la vita, promuovere la salute integrale, umanizzare l'assistenza, illuminare i problemi sanitari e promuovere l'attenzione solidale ai malati più indifesi.

2. L'azione evangelizzatrice dei Prosac: Aspetti dell'essere Prosac

L'attività evangelizzatrice dei Prosac, che descriveremo più avanti, manifesta, riflette e rafforza il nostro "essere" Prosac. Fin dall'inizio, abbiamo dedicato tempo ed energie a

configurare e coltivare questo "spirito Prosac", tenendo presente la realtà ed interpretandola a partire dal vangelo. Gli aspetti più significativi sono i seguenti:

1. L'essere Prosac nasce da un incontro personale con Cristo ed è frutto di un'esperienza di "visitazione". Tale esperienza è un rendersi conto vitale, che ci fa coscienti dei doni ricevuti dal Creatore per porli al servizio degli altri e ci rivela l'essere cristiano come frutto di un dono che si accoglie e si vive. In questa esperienza di visita il Prosac scopre la propria personale vocazione: essere immagine viva del Cristo che passa curando i malati.

L'azione evangelizzatrice del Prosac si radica in questa esperienza ed è testimonianza o narrazione della stessa.

2. L'essere Prosac matura mediante un processo dinamico, progressivo e costante, di rapporto con Gesù. Processo che necessita di una pedagogia, di alcuni riferimenti e di alcuni momenti di vitalizzazione.

L'azione evangelizzatrice del Prosac è configurata da questo rapporto con Cristo.

3. Il Prosac prende coscienza delle sue profonde ferite e di quelle causategli dall'esercizio della professione e si sente bisognoso di una guarigione integrale. Nell'apertura e nel dialogo con Dio sperimenta il perdono e la salvezza gratuita.

L'azione evangelizzatrice del Prosac si alimenta nel dialogo personale con il Dio curatore che gli si fa incontro.

4. Il Prosac sa di essere uno strumento nelle mani del Padre al servizio dei malati e cerca di mostrare loro il volto di Dio tramite la sua competenza, la sua vicinanza e la sua tenerezza. A sua volta, però, scopre nei malati il volto di

Cristo e si lascia evangelizzare da loro.

L'azione evangelizzatrice del Prosac è vissuta a partire dalla contemplazione e dal servizio a Cristo nel malato.

5. Il Prosac sente una speciale predilezione per i malati più bisognosi, opta per loro e li assiste.

L'azione evangelizzatrice del Prosac sarà un riflesso di questa opzione per i più poveri.

6. Il Prosac si sente Chiesa, corresponsabile nella sua missione e responsabile del compito che gli compete come laico: umanizzazione dell'assistenza, difesa dei diritti umani.

L'azione evangelizzatrice del Prosac coltiva tanto la responsabilità quanto la corresponsabilità.

3. L'azione evangelizzatrice del Prosac: attività più significative

La nostra azione evangelizzatrice viene realizzata attraverso alcune attività. Presenteremo quelle che riteniamo maggiormente significative. Alcune mirano alla costituzione del gruppo dei Prosac e alla sua formazione; altre configurano l'impegno dei Prosac nel loro ambiente di lavoro, nella società e nella Chiesa.

1. La testimonianza di ogni Prosac nell'esercizio della sua professione

Poniamo quest'aspetto al primo posto, in quanto per noi si tratta dell'azione più significativa e valida. Le altre hanno come primo obiettivo quello di stimolarla, sostenerla e celebrarla. Non è questa la sede, né risulta facile descrivere la testimonianza offerta da ogni Prosac nella sua attività quotidiana. Vogliamo soltanto dire che un certo numero di noi, nella misura delle nostre possibilità, partecipa alla creazione o al funzionamento di Comitati d'Etica, Giunte tecnico-assistenziali, Comitati ospedalieri e Centri d'Attenzione Primaria, ecc; collabora allo sviluppo del dialogo tra fede e scienza nel campo della Biologia e delle scienze medi-

che; cerca di diffondere una cultura della salute ispirata ai valori del vangelo, con interventi pubblici, scritti, prese di posizione, ecc.

2. Giornate Nazionali dei Professionisti Sanitari Cristiani

Sono uno spazio in cui i Prosac che vi partecipano hanno l'opportunità di conoscersi, celebrare la loro fede, studiare temi, condividere esperienze e lavori e programmare azioni future. Dal 1987, anno in cui abbiamo iniziato, ne sono state celebrate dieci. Il tema di studio di ogni Giornata è stato quello corrispondente alla Giornata del Malato: l'umanizzazione dell'assistenza (1987), i malati più bisognosi e meno assistiti (1988), la famiglia del malato (1989), i Prosac e la comunità (1990), i professionisti e la salute (1991), i professionisti e la sanità (1992), i professionisti e il processo del morire (1993), la salute dei professionisti (1994), i professionisti e la sofferenza (1995), i professionisti e l'attenzione agli anziani malati (1997).

Le Giornate sono servite per unire i Prosac di Spagna, nonché per creare e consolidare lo "spirito Prosac".

Attualmente le Giornate Nazionali vengono celebrate ogni due anni. Sono già iniziate, con successo, le Giornate Interdiocesane che facilitano l'assistenza.

3. Seminari di Bioetica

Dal 1989 celebriamo, con periodicità annuale o biennale, un seminario su temi scottanti di bioetica. Il tema viene scelto nel corso delle Giornate Nazionali. La Commissione Nazionale dei Prosac, con la collaborazione di istituzioni di bioetica della Chiesa, delinea gli obiettivi, i contenuti, la metodologia e la documentazione di ogni seminario e li pone a disposizione degli interessati. Il seminario viene realizzato nelle diocesi e le conclusioni presentate nelle Giornate. I temi trattati sono stati: l'eutanasia e l'assistenza per una buona morte, il segreto professionale e il diritto all'intimità, l'etica della qualità di

vita, gli aspetti etici associati all'Aids, la qualità dell'assistenza e l'etica della responsabilità del professionista, aspetti etici e pastorali della sofferenza, l'etica della distribuzione delle limitate risorse nella sanità, l'informazione al paziente e il consenso informato.

I seminari sono stati un mezzo eccellente per creare una nuova sensibilità in materia di bioetica, per destare e stimolare la necessità della nostra formazione, per aprire fori di studio e di dialogo su questi temi ed hanno permesso ai Prosac di apportare il loro contributo specifico.

Le conclusioni del seminario sull'eutanasia sono servite da base al Piano d'azione sull'eutanasia e l'assistenza alla buona morte, approvato dalla Conferenza Episcopale Spagnola. Tale Piano include la pubblicazione di un Testamento Vitale la cui diffusione e risonanza sono state considerevoli dentro e fuori la Spagna. Sono stati diffusi oltre un milione di esemplari e sono state fatte traduzioni in varie lingue.

4. Creazione dell'Associazione di Professionisti Sanitari Cristiani

Nel 1993 abbiamo compiuto un passo importante: la costituzione dell'Associazione di Professionisti Sanitari Cristiani i cui statuti sono stati approvati dalla LX Assemblea Plenaria della Conferenza Episcopale Spagnola. Si tratta di un'Associazione di laici cristiani il cui scopo principale è quello di dare impulso all'evangelizzazione dei professionisti sanitari. È interprofessionale, cioè ne possono essere membri medici, infermieri, ausiliari di clinica, personale amministrativo, custodi e tutti i professionisti che lavorano nel campo della sanità al servizio del malato. È legata alla Pastorale Sanitaria, ai suoi programmi e ai suoi organismi diocesani, interdiocesani e nazionale.

5. Supporto ai Responsabili Diocesani del Prosac

Una volta approvata l'Associazione, ci siamo proposti di

aiutare e sostenere i Responsabili Diocesani del Prosac nella missione di promuovere, animare e coordinare i professionisti sanitari cristiani della loro diocesi. Abbiamo iniziato la celebrazione dei nostri incontri annuali con loro e una relazione periodica per mezzo di circolari e visite occasionali.

Questi incontri ci hanno permesso di chiarire la nostra identità, approfondire la nostra spiritualità e mettere in cammino i gruppi locali del Prosac.

6. Bollettino Prosac

Nel 1996 abbiamo iniziato la pubblicazione del nostro Bollettino Prosac. Si tratta di un mezzo semplice che ci permette di diffondere le nostre esperienze, approfondire quel che siamo come Prosac, condividere la testimonianza della nostra vita, comunicare le nostre attività e progetti, esprimere il nostro punto di vista su temi e situazioni concrete che ci interessano e conoscere libri e documenti per la nostra formazione.

7. Le attività dei gruppi locali del Prosac

I gruppi locali, e le relative Commissioni Diocesane, sono la base viva del Prosac. In questi gruppi i Prosac prendono coscienza della loro identità e coltivano la loro spiritualità, pregano e celebrano la fede alla mensa della Parola e dell'Eucaristia, si formano, programmano e rivedono le loro attività.

Qui di seguito diamo una lista di attività svolte da questi gruppi diocesani di Prosac, che ci parlano della loro vitalità.

Relative all'Umanizzazione dell'assistenza

– Configurazione ed esperienze del Gruppo di Umanizzazione nell'Ospedale Universitario della Vergine Macarena. Prosac di Siviglia.

– Organizzazione di 4 Giornate di Umanizzazione nell'Ospedale Architetto Marcide. Prosac di Mondoñedo-Ferrol.

– Corso di aiuto al malato nel Complesso Ospedaliero Cristal-Piñor. Prosac di Orense.

Relative ai malati più bisognosi: AIDS, malati terminali, in carcere...

– Studio degli atteggiamenti degli studenti di infermieristica verso i malati di Aids. Prosac de La Coruña.

– Creazione della Commissione cittadina Anti-Aids di Lleida. Luogo di accoglienza per malati di Aids. Prosac di Lleida e di Logroño.

– Collaborazione del Prosac nell'Associazione cittadina contro l'Aids di Alicante.

– Creazione e messa in atto di un Ospizio sul genere americano nella Vicaria VI di Madrid. Prosac di Madrid.

– Pubblicazione di libri sul tema: "Il più difficile vivere" (Prosac di Siviglia), "Il malato terminale e i professionisti della salute" (Prosac di Barcellona), "Assistenza a domicilio ai malati terminali. Manuale di consulta per il volontariato e i familiari" (Prosac di Madrid).

– Inchiesta presso oltre 5.000 professionisti sanitari sul "vivere la morte" e redazione dei diritti del malato terminale (Prosac di Barcellona).

– Supporto nell'Ospedale San Millán ai malati provenienti dai penitenziari. Prosac Logroño.

Relative ai problemi bioetici

– Iniziativa sul regolamento giuridico dell'obiezione di coscienza di fronte all'aborto. Prosac di Madrid.

– Etica cristiana e bioetica: aspetti comuni e differenziati. Programma di formazione per l'équipe volante del Prosac di Madrid.

– Individuazione dei principali dilemmi etici nel Pronto Soccorso dell'Ospedale Arnau di Vilanova. Prosac di Lleida.

– Messa in atto di un Protocollo di informazione per i genitori dei bambini prematuri. Prosac di Orense.

Relative alla pastorale sanitaria

– Celebrazione della Giornata del Malato.

– Formazione ed animazione di gruppi parrocchiali di pastorale sanitaria.

– Collaborazione nel Congresso "Chiesa e Salute" tanto in fase preparatoria quanto nella sua celebrazione (1994).

4. Valorizzazione del cammino percorso e progetti per il futuro

La nostra storia ha soltanto dieci anni. Il cammino percorso insieme ci ha svelato chi siamo, quale è la nostra identità, cosa siamo e cosa aspiriamo ad essere in futuro. Lo spirito Prosac si è consolidato e molti professionisti sanitari vi hanno trovato un senso alla loro vita e all'esercizio della loro professione. La lettura del vangelo, a partire dalla nostra realtà, è stata fonte di vita e di ispirazione per il nostro operato. Ora, per esperienza, sappiamo che è possibile trasformare il mondo della salute dal di dentro vivendo i valori del Regno. L'interdisciplinarietà, nella nostra organizzazione e nelle nostre attività, ha contribuito a farci sentire ed agire come Chiesa e ha dato maggiore efficacia alla nostra azione evangelizzatrice. Abbiamo scoperto il lato pastorale e comunitario della nostra fede.

Nell'Assemblea Generale dell'Associazione, celebrata lo scorso mese di marzo a Tarragona, è stato approvato il Piano d'azione per il quadriennio 1997-2000. Le nostre attività riguarderanno:

1. Consolidare l'Associazione come un mezzo per vivere ed annunciare la Buona Novella di Cristo – salute e salvezza di tutta l'umanità – nel mondo della salute.

2. Promuovere e facilitare la formazione integrale ed integratrice dei Prosac mediante un piano di formazione generale che contempli la crescita personale dei singoli membri e del gruppo.

3. Potenziare il nostro impegno nei confronti dei malati più bisognosi.

Tre pellegrinaggi ci aiuteranno a celebrare il Giubileo del 2000: in Terra Santa (1998), a Santiago (1999), dove celebreremo l'XI Giornata Nazionale, e a Roma (2000) per partecipare al Congresso Mondiale dei Medici Cattolici.

Speriamo che questa ed altre iniziative ci servano da forte stimolo per essere testimoni di Cristo nel mondo della salute e della malattia.

La cura pastorale nell'ospedale psichiatrico Aita Menni di Mondragon (Spagna) nel periodo 1992-1995

1. Introduzione

Lo scopo di questa presentazione è quello di farvi conoscere brevemente l'esperienza di lavoro pastorale che abbiamo portato avanti nel nostro Ospedale Psichiatrico, con il nostro Servizio di Pastorale Sanitaria ed Umanizzazione (PSU).

L'Ospedale Psichiatrico "Aita Menni" è un'istituzione privata senza scopo di lucro, che appartiene alla Congregazione delle Suore Ospedaliere del Sacro Cuore di Gesù, e che lavora di concerto con il Servizio basco di Salud-Osakidetza.

Il numero dei pazienti che hanno fatto il loro ingresso in Ospedale è di 513, distribuiti per aree cliniche: psicogeriatrica, lunga degenza, ritardo mentale, media degenza e pazienti inclusi nel programma di reinserimento.

L'Ospedale Psichiatrico dispone inoltre di un day-hospital, con 25 stanze, di un'unità cerebrolesi con 17 posti letto e di cinque abitazioni nella comunità in cui vivono 21 persone.

L'esistenza di un Servizio di PSU nel nostro ospedale si basa su:

1. La cultura religioso-umanistica proveniente dalla sua stessa tradizione.
2. La sua pretesa di offrire un'assistenza integrale ai propri pazienti.
3. Il diritto all'assistenza religiosa degli stessi.

2. Fini ed organizzazione del servizio di pastorale sanitaria e di umanizzazione

Il Servizio di PSU nacque nel terzo trimestre del 1989, per promuovere una serie di programmi e di interventi in due direzioni:

1. Intensificare il lavoro di

Umanizzazione dell'assistenza Terapeutica ed Ospedaliera al servizio di una maggiore qualità e dignità di vita del malato mentale.

2. Promuovere il lavoro pastorale diretto alla maturazione ed all'attenzione dell'esperienza religiosa dei pazienti, e a potenziare i contenuti dell'etica umanista cristiana propria della nostra cultura ospedaliera in tutta la vita del centro.

Prima di quella data (ottobre 1989), erano il Cappellano e la suora catechista che si facevano carico, con l'aiuto del personale volontario, del compito di occuparsi della vita spirituale dei pazienti e della vita liturgica dell'ospedale, anche se quest'attività non era organizzata e sistemata nella struttura e nella programmazione dell'ospedale stesso.

L'attività portata avanti dal servizio negli anni seguenti è stata rafforzata dall'incorporazione, negli anni 1991-1995, di vari operatori che, assieme al Cappellano, dedicano una parte o tutto il proprio orario lavorativo all'aspetto della pastorale e dell'umanizzazione.

Un fatto significativo che ha dato una svolta al Servizio, per quanto riguarda il suo funzionamento e la sua integrazione nell'ospedale, è stata l'analisi della situazione pastorale elaborata alla fine del 1991, dopo aver intervistato 32 operatori dei diversi settori. Questa analisi ci aiutò a determinare i criteri per una prima programmazione dell'attività, che venne realizzata nel gennaio del 1992. I criteri fanno riferimento sia all'organizzazione del servizio nella vita dell'ospedale, sia alla sua attuazione e agli interventi nelle diverse aree cliniche, tenendo conto delle caratteristiche dei pazienti.

Dal 1992, l'organizzazione del Servizio nell'ospedale è la seguente:

– Il Servizio dipende organicamente dalla gerenza dell'ospedale.

– La gestione del Servizio è assunta dal Gruppo di Pastorale Sanitaria ed Umanizzazione che si considera come una confraternita apostolica di credenti che condivide fede e missione; il Gruppo è composto attualmente da 6 persone: la responsabile del Servizio, il Cappellano dell'ospedale, la Superiora della comunità delle suore e tre operatori pastorali. Le funzioni del gruppo sono:

1. Programmare annualmente gli obiettivi e le linee di azione.

2. Dirigere, animare e supervisionare le diverse attività del Servizio.

3. Distribuire le funzioni e l'esecuzione dei compiti tra gli operatori pastorali.

4. Valutare e rivedere periodicamente e alla fine dell'anno il lavoro realizzato.

– La preparazione e l'esecuzione delle attività si realizza attraverso i sei operatori pastorali del Servizio. La dedizione delle risorse umane al servizio è stata progressiva e proporzionale all'aumento dell'offerta di attività che questo ha realizzato nell'ospedale. L'evoluzione è stata progressiva, di circa una persona all'anno dal 1992 al 1995.

Sino al 1992 il servizio contava una sola persona ed il Cappellano, che si dedicava totalmente alla pastorale. Nel 1992 il servizio contava già due persone (il Cappellano ed un operatore pastorale) a tempo pieno ed un'altra persona a tempo parziale, oltre ai membri del gruppo che però mancavano di dedizione propria al compito pastorale. Nel 1994, venne incorporata un'altra persona a tempo parziale (3). Questa persona aumentò il proprio orario fino ad arrivare alla giornata intera nel 1995 (3 1/2); nello stesso anno si ag-

giunse un'altro operatore pastorale (4 1/2).

– Il Servizio di PSU integra e coordina le sue attività con il resto delle attività assistenziali e terapeutiche attraverso la sua partecipazione alle équipes terapeutiche delle diverse aree.

3. Presupposti e criteri di fondo dell'azione pastorale portata avanti nell'ospedale "Aita Menni"

Ogni azione pastorale parte da alcuni presupposti teorici (teologici e/o antropologici) di fondo, che definiscono tanto il modo quanto il contenuto del messaggio che attraverso questa stessa azione viene proclamato. Nel nostro caso i presupposti sono di due tipi:

3.1. Presupposti emanati dalla Missione globale dell'Ospedale

L'Ospedale "Aita Menni", come centro nel quale viene portata avanti la missione della Congregazione delle Suore Ospedaliere del Sacro Cuore di Gesù, si considera globalmente come un servizio samaritano di attenzione e di assistenza ai malati mentali. Questo modo di considerarsi si riflette nei valori che definiscono il suo progetto d'impresa e che sono assunti da tutti i servizi e operatori dell'ospedale, e pertanto anche da noi che operiamo come operatori pastorali. Questi valori sono i seguenti:

1. Una cultura religioso-umanistica che orienta l'azione dei suoi operatori.
2. Una psichiatria umanizzata al servizio di una maggiore qualità di vita del malato mentale.
3. Una missione di servizio aperta alla comunità socio-culturale ed ecclesiale nella quale l'ospedale è introdotto.
4. Un impegno per una migliore continuazione tecnica e tecnologica.
5. Una valorizzazione della persona degli operatori del centro con uno sforzo per la loro formazione continua ed il loro arricchimento professionale.
6. Un impegno per lavorare in Gruppo.

3.2. Presupposti per l'azione portata avanti dal Servizio durante questi anni.

Dall'inizio della sua azione, il Gruppo di pastorale del centro ha chiarito quattro semplici criteri di fondo che ha cercato di tenere presenti nello sviluppo del servizio e nelle azioni pastorali che è andato promuovendo. Questi criteri sono:

1. La convinzione che i malati mentali, come tutti gli esseri umani, pongono una dimensione trascendente che richiede un'attenzione pastorale



completa e di qualità. Per portare avanti questa attenzione crediamo necessario fare affidamento su risorse sufficienti ed adeguate alle caratteristiche della loro religiosità ed alle loro capacità personali, sforzandoci di adattare la buona novella della salvezza alle loro capacità e peculiarità.

2. La credenza che la pastorale che si porta avanti in un ambito sanitario debba assumere il primo principio dell'esercizio stesso della medicina, il *primum non nocere*, (primo: non recare danno), che nel nostro caso sarebbe: primo non aumentare il livello di patologia e di sofferenza dei pazienti. Siamo consapevoli che possiamo recare danno quando aumentiamo la colpevolezza e l'angoscia partendo da un concetto di Dio sospettoso e

giustiziero, quando fomentiamo la perdita del principio di realtà dei pazienti o quando diminuiamo le loro capacità di autonomia e di decisione mediante norme morali indiscutibili.

3. Lo sforzo per portare avanti un'azione pastorale che sia *umanizzante* e in questo senso "sanante", che risvegli nei pazienti le energie per lottare contro la malattia e li aiuti a trovare serenità e pace scoprendo che la propria realtà umana è più grande della malattia che li affligge. Questo criterio viene suggerito proprio dal nostro Carisma dell'Ospitalità che cerca di portare alle persone un Dio compassionevole e misericordioso che accoglie incondizionatamente e salva umanizzando.

4. Per quanto riguarda l'autonomia dei pazienti, questa può essere maggiore o minore, a seconda del loro grado di competenza, ma suppone un'atteggiamento di rispetto dei valori e della religiosità propria del paziente. Partendo da questo criterio, ci siamo sforzati di realizzare un'offerta variata di attività a diversi livelli: livelli distinti di complessità e di difficoltà, diverse tipologie religiose, adattamento spazio-tempo, ecc.

4. Programmi ed interventi realizzati dal servizio di pastorale sanitaria e umanizzazione

Gli interventi e le attività pastorali e di umanizzazione che il SPSU ha portato avanti durante questi anni hanno rispettato delle programmazioni annuali, una per ogni anno. Dette programmazioni sono state elaborate tenendo conto di:

1. L'analisi realizzata dopo la valutazione della programmazione dell'anno precedente.
2. Gli orientamenti suggeriti tanto dalla Chiesa nazionale e locale, quanto dalla propria Congregazione in termini di pastorale della salute.

3. Il piano di gestione annuale del proprio ospedale.

Le attività pastorali che nel nostro ospedale si stanno sviluppando in questi anni si pos-

sono classificare in tre grandi gruppi:

4.1. *Attenzione religiosa*

personalizzata ai pazienti

4.1.1 *Attenzione individuale.* Prima del 1991, l'attenzione religiosa personalizzata ai pazienti veniva realizzata quasi esclusivamente dal Cappellano e da alcune suore, che visitavano i diversi reparti dell'ospedale, in special modo quello della psicogeriatrics, ed era basata sui sacramenti dell'unzione degli infermi e della penitenza e sull'accompagnamento dei pazienti moribondi.

Attualmente esiste un orario giornaliero di attenzione individuale del Cappellano, per quanto riguarda sia il suo ufficio che la sua presenza nelle unità delle persone più malate. È stata stabilita altresì una distribuzione delle diverse aree tra gli operatori pastorali, in modo che questi ultimi dedichino parte del loro tempo ad essere presenti nella vita quotidiana delle unità. Esiste inoltre un orario settimanale di confessioni individuali per i pazienti che lo desiderano.

4.1.2. *Gruppi settimanali.* A partire dal 1992, con l'incorporazione al Servizio di un operatore pastorale a tempo pieno e l'incorporazione nei gruppi terapeutici delle aree dei membri del servizio di pastorale, sono state stabilite delle attività di gruppo con determinati pazienti con periodicità settimanale. Dette attività hanno la pretesa di seguire, potenziare e rendere possibile l'esperienza e l'espressione della dimensione religioso-spirituale dei pazienti. Gli obiettivi, i contenuti e la metodologia di ciascun gruppo sono determinati partendo dalle caratteristiche, capacità e cultura religiosa dei pazienti che ne fanno parte.

Nel 1992 venivano seguiti 68 pazienti in 7 gruppi settimanali. Nel 1993, esistevano 14 gruppi ai quali ha partecipato una media di 99 pazienti. Nel 1994, ne partecipavano 127 divisi in 16 gruppi; e nel 1995 esistevano 19 gruppi settimanali ai quali hanno partecipato 130 pazienti.

4.1.3. *Festa annuale.* In tutte le aree cliniche esiste una

propria festa annuale, che comprende alcune attività-celebrazioni di carattere religioso. Dal 1992, alla celebrazione partecipano il personale ed i pazienti, sia per quanto riguarda la preparazione che per la sua esecuzione.

4.1.4. *Attività nell'area di psicogeriatrics.* In quest'area, che comprendeva 174 pazienti, è stata portata avanti, dal 1993, una serie di attività proprie:

a) Eucarestia mensile nei saloni dell'area, ove possono partecipare i pazienti che non possono prendere parte alle



messe generali dell'ospedale;

b) Unzione degli Infermi comunitaria, in gruppi di 15-20 pazienti, dopo aver spiegato il senso di questo sacramento ad ogni gruppo, ed aver chiesto ai pazienti se desiderano riceverlo.

4.1.5. *Attenzione ai pazienti terminali:* dal marzo 1993, il servizio dispone di una persona che, dopo aver compiuto un percorso di formazione, dedica parte della sua giornata all'attenzione ai pazienti terminali, sia nel proprio ospedale sia in altri centri sanitari ove i pazienti possono essere stati ricoverati a causa del peggioramento delle loro condizioni. Questa persona dedica parte del suo orario anche all'attenzione religiosa ai pazienti, e ai loro familiari, nei casi di morte.

4.2. *Attività di carattere*

generale per i pazienti

Prima del 1990, le attività di carattere generale si limitavano fondamentalmente alle celebrazioni eucaristiche derivate dal calendario liturgico. Nel 1990, tra le persone che collaboravano al gruppo di pastorale, è nato un gruppo di Liturgia, che ha iniziato a prospettare la partecipazione di pazienti alla preparazione delle celebrazioni. È iniziata altresì la preparazione di celebrazioni proprie della comunità ospedaliera, come "Il giorno del Malato", "Gli incontri con i familiari", ecc.

A partire dal 1992, ogni anno è stato programmato un calendario di attività generali destinate ai pazienti, il cui obiettivo fondamentale è stato quello di offrire attività diverse che qualsiasi credente può incontrare nella sua comunità ecclesiale di riferimento e che rispondono a necessità di formazione, di modo di vivere l'anno liturgico, di esperienza comunitaria a livello celebrativo, ecc. In questo senso sono state realizzate le seguenti attività:

– 2 o 3 cicli annuali di dissertazioni e documentari su diversi temi religiosi ed etici.

– Un incontro formativo di preghiera al mese, dal 1993, con una partecipazione media di 100 pazienti.

– Attività proprie di ogni tempo liturgico: via Crucis ed esercizi spirituali in Quaresima, attività di solidarietà a Natale...

– Escursioni e gite con la finalità di promuovere la conoscenza di luoghi e/o comunità religiose significative; vengono organizzate in media 4 escursioni e 5 gite brevi all'anno.

– Celebrazioni sacramentali staccate dal calendario liturgico generale: messe giornaliera, messe domenicali e festive, celebrazione della penitenza comunitaria nei tempi liturgici forti, ecc.

Uno degli obiettivi delle programmazioni di tutti questi anni è stato il promuovere la corresponsabilità dei pazienti nella pastorale. Il livello di partecipazione dei pazienti nell'organizzazione e nella

preparazione delle attività, soprattutto quelle liturgiche, è andato aumentando di anno in anno. Attualmente, possiamo dire che almeno in tutte le attività liturgiche (quotidiane o festive), si può contare sulla partecipazione dei pazienti. Esiste inoltre un gruppo di liturgia, formato da pazienti che si fanno carico di preparare alcuni elementi e parte delle celebrazioni in modo sistematico.

4.3. Attività religiose destinate a tutta la Comunità Ospedaliera

È un obiettivo chiaro del progetto di impresa dell'Ospedale "Aita Menni" potenziare il senso di comunità ospedaliera tra tutti i suoi membri: Pazienti, Familiari, Suore Ospedaliere e Collaboratori che lavorano nell'Ospedale. È per questo che le celebrazioni liturgiche organizzate dal Servizio di PSU cercano

di ottenere, tanto nella loro preparazione quanto nell'esecuzione, il massimo della partecipazione possibile da tutti, in modo che diventino un'autentica celebrazione cristiana della nostra vita: la nostra sofferenza, il nostro impegno, il nostro lavoro, la nostra speranza, la nostra fede e la nostra missione.

Il Servizio realizza in questo senso circa 16 celebrazioni generali all'anno, tra le quali dobbiamo segnalare in modo particolare le seguenti: Giornata del Malato, Festa annuale del Beato Menni, Incontri con i Familiari, Festa di fine anno, Giornata dei Defunti, celebrazione della Vigilia di Natale, ecc.

4.4. Altri interventi del Servizio di Pastorale Sanitaria e Umanizzazione

Per mancanza di spazio, è

impossibile descrivere tutte le azioni che il Servizio realizza in direzioni diverse dal compito strettamente pastorale. Vorremmo però menzionare le più significative:

- la partecipazione e la collaborazione alle attività ed alle strutture pastorali delle nostre comunità ecclesiali di riferimento: Chiesa locale e Congregazione delle Suore Ospedaliere;

- la pianificazione delle attività di formazione dei suoi membri e partecipazione ai diversi corsi esterni;

- l'organizzazione del volontariato;

- la collaborazione ai corsi ed ai programmi formativi degli operatori dell'ospedale su temi di organizzazione e di Bioetica.

PEDRO F.DEZ DE LARRINOA
M. CARMEN MARTIN
M. JESUS GOIKOETXEA



*attività del
pontificio consiglio*



Congressi:

•

*La Donna Consacrata
nel Mondo della Salute*

•

*XIX Congresso della
Federazione Internazionale
delle Associazioni di Medici
Cattolici (FIAMC)*

•

*Congresso della
Federazione Internazionale
delle Infermiere Cattoliche
(CICIAMS)*

La donna consacrata nel mondo della salute 1-3 ottobre 1998

I. Saluto di Mons. Lozano Barragán al Santo Padre durante l'udienza alle religiose

Beatissimo Padre:

rispondendo al desiderio espresso da Vostra Santità al Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari nel febbraio di quest'anno, ci apprestiamo a celebrare il congresso sulla donna consacrata nel mondo della salute alle soglie del terzo millennio.

Il congresso è stato preparato dalle stesse religiose con l'aiuto del Pontificio Consiglio. Abbiamo pensato che avremmo interpretato con maggiore fedeltà il pensiero di Vostra Santità se i conferenzieri e i protagonisti del congresso fossero proprio le religiose che si dedicano alla pastorale della salute e non altre persone.

Affinché il nostro congresso sia efficace, le giornate inizieranno sempre con la celebrazione eucaristica che costituisce in questo modo il nucleo di tutti i nostri lavori.

Tenendo sempre presente che al centro c'è il Signore, abbiamo strutturato il nostro studio in quattro parti: la prima delinea il modello sulla base del quale la donna consacrata deve realizzare la pastorale della salute; la seconda confronta questo modello con la realtà stessa delle circa 350.000 religiose che nei cinque continenti realizzano questa missione ecclesiale; questa realtà, in una terza parte, viene illuminata dalla parola di Dio per confermare opzioni, chiarire punti oscuri ed aprire nuovi orizzonti; termineremo con la quarta parte dove saranno sottolineate le linee più urgenti d'azione, privilegiando l'unione delle religiose ospedaliere come elemento costitutivo del loro essere ecclesiale.

Ringraziamo di cuore Vostra Santità per aver avuto la bontà di riceverci e ci apprestiamo ad ascoltare con gioia la Sua augusta parola.

II. Siate cuore e mani di Cristo verso i malati per rispondere alle sfide poste al mondo della sofferenza

Questa è la consegna affidata da Giovanni Paolo II alle religiose infermiere partecipanti al Congresso promosso dal Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari. Il Papa le ha ricevute in udienza giovedì mattina, 1° ottobre, nella Sala Clementina. Questo il testo del discorso:

Carissime Sorelle,

1. È per me una grande gioia potervi incontrare in occasione di questo Congresso dedicato alla riflessione su *“La donna consacrata nel mondo della salute alle soglie del Terzo Millennio”*. Rivolgo un particolare ringraziamento al Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari che, rispondendo a un mio vivo desiderio, ha promosso questa felice iniziativa, inserendo-

la nel suo programma di preparazione al prossimo Giubileo. Saluto con affetto tutti voi qui presenti, con un particolare pensiero per il Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari Mons. Javier Lozano Barragán, che ringrazio per le cordiali parole rivoltemi.

Nell'attesa vigile dell'inizio del nuovo millennio, voi volete riflettere in modo approfondito sulla vostra missione a servizio dell'uomo sofferente, fissando in maniera più profonda lo sguardo sul Cristo per attingere da lui ispirazione, coraggio e capacità di completa dedizione a chi fa esperienza, spesso in maniera drammatica, dei limiti della condizione umana. Siete consapevoli, infatti, che la vostra azione a favore di chi soffre acquista senso ed efficacia nella misura in cui, guidata dallo Spirito Santo, riflette

i tratti caratteristici del *divino samaritano delle anime e dei corpi*.

La Chiesa guarda con ammirazione e gratitudine a voi, donne consacrate, che, assistendo i malati e i sofferenti, siete coinvolte in un apostolato quanto mai importante. Il vostro servizio, contribuisce a perpetuare nel tempo il ministero di misericordia di Cristo che “passò beneficiando e sanando tutti” (At 10, 38). Molte vostre Consorelle, lungo i secoli, “hanno sacrificato la loro vita nell’assistenza alle vittime delle malattie contagiose, mostrando che la dedizione fino all’eroismo appartiene all’indole profetica della vita consacrata” (*Vita consecrata* n. 83). La dedizione d’amore, che vi sollecita a soccorrere le membra sofferenti del Signore, imprime al vostro apostolato una nobiltà che non sfugge né agli occhi di Dio né alla considerazione degli uomini.

2. Come le Sorelle che vi hanno preceduto, anche voi siete chiamate ad adattare il vostro servizio agli infermi secondo le mutate condizioni dei tempi. Oggi, infatti, gli ambienti sanitari in cui operate vi pongono di fronte a rapidi mutamenti e a sfide inedite. Il progresso della scienza e della tecnologia e l’evolversi delle scienze amministrative se, da un lato hanno aperto originali possibilità alla pratica della medicina e alla distribuzione delle cure, dall’altro non hanno mancato di suscitare gravi problemi di natura etica, relativi al nascere, al morire, al rapporto con i sofferenti. Dal punto di vista antropologico, poi, se l’evoluzione del concetto di salute e di malattia ha seguito un percorso positivo fino a riconoscere in tali esperienze esistenziali una dimensione spirituale, ciò non toglie che in molti contesti s’afferma un concetto secolarizzato della salute e dell’infermità, con la triste conseguenza che alle persone viene a volte impedito di affrontare la stagione del soffrire come importante occasione di crescita umana e spirituale.

Questi profondi rivolgimenti hanno cambiato il volto del mondo della sofferenza e della salute ed esigono una risposta cristiana nuova. Come accordare armoniosamente imperativi tecnici e imperativi etici? Come superare vittoriosamente la tendenza all’indifferenza, l’assenza di compassione, la mancanza di rispetto e di valorizzazione della vita in tutte le sue fasi? Come promuovere una salute degna dell’uomo? Come garantire una presenza cristiana che, in collaborazione con le valide componenti già presenti nella società, contribuisca a permeare di valori evangelici e pertanto autenticamente

umani, il mondo della sofferenza e della salute, privilegiando la difesa e il sostegno dei piccoli e dei poveri?

Questi interrogativi esprimono altrettante sfide, alle quali anche voi, unitamente all’intera Comunità ecclesiale, siete chiamate a rispondere.

3. Il primo compito della vostra vita consacrata nella gioiosa e coinvolgente esperienza del Cristo resta quello di ricordare al popolo di Dio e al mondo il volto misericordioso del Signore. La forza del vostro carisma, infatti, prima che nelle opere e negli scopi di servizio, deve brillare in una novità di vita, in cui vengono riprodotti i tratti caratteristici di Gesù. Non è forse vero che la Chiesa ha bisogno di uomini e donne consacrati che, attraverso le loro persone e la loro vita manifestino la maternità feconda che la qualifica? Ora, tale fecondità della Chiesa non è proporzionata all’efficienza delle attività, ma all’autenticità della dedizione a Cristo crocifisso.

Tutta la vostra vita di consacrate dovrà, quindi, essere permeata dall’amicizia di Dio, per poter essere *cuore e mani* di Cristo verso i malati, rendendo manifesta in voi quella fede che vi conduce a riconoscere nei malati il Signore stesso e che diviene sorgente zampillante della vostra spiritualità.

4. In secondo luogo, la vostra presenza nel mondo della sofferenza e della salute deve essere portatrice della ricchezza legata alla vostra condizione femminile. È innegabile, infatti, che la vocazione della donna alla maternità vi renda più sensibili a cogliere i bisogni, e geniali nel darvi adeguata risposta. Quando a tali doti naturali si aggiunge anche un consapevole atteggiamento di altruismo, e soprattutto la forza della fede e della carità evangelica, allora si verificano veri e propri miracoli di dedizione. Le espressioni più significative della carità – la delicatezza, la mansuetudine, la gratitudine, il sacrificio, la sollecitudine e il generoso dono di sé a coloro che soffrono – diventano testimonianza dell’amore di un Dio vicino, misericordioso e sempre fedele. Un eroe della carità verso gli infermi, Camillo de Lellis, invitava a domandare prima di tutto al Signore la grazia di un affetto materno verso il prossimo, in modo da poter servire gli ammalati con quell’attenzione che un’amorevole madre suole avere verso il suo unico figlio infermo.

5. La consapevolezza della missione cui siete chiamate attraverso il servizio ai malati e la promozione della salute deve spingervi,

Sorelle carissime, ad essere fedeli e innovative nell'esercizio del vostro apostolato di carità misericordiosa.

Lungi dal contrapporsi, questi due atteggiamenti – la fedeltà e la creatività – sono chiamati ad armonizzarsi attraverso una saggia azione di discernimento. Come non sarebbe conforme allo spirito dei vostri Fondatori e Fondatrici l'arroccarsi su posizioni ormai superate, altrettanto contrastante con i carismi dei vostri Istituti sarebbe l'abbandonare, senza il necessario esame, forme di apostolato rese difficili dalle presenti situazioni socio-culturali. Per questo, carissime Sorelle, vi invito a rimanere con fedeltà accanto a chi soffre negli ospedali e nelle altre istituzioni sanitarie, corroborando di spirito evangelico la cura degli infermi.

Nelle vostre scelte, occupino sempre un posto privilegiato l'attenzione verso gli ammalati più abbandonati. Il vostro sguardo e la vostra azione si estendano con generosità ai paesi del Terzo Mondo, privi delle risorse più elementari per far fronte alla malattia e promuovere la salute. La vostra partecipazione alla nuova evangelizzazione sulla salute e sulla infermità si traduca in un annun-

cio coraggioso di Cristo, il quale nella sua morte e risurrezione ha reso l'uomo capace di trasformare l'esperienza di sofferenza in un momento di grazia per sé e per gli altri (cfr. SD, 25-27). La collaborazione con i laici, partendo da una autentica partecipazione dei vostri carismi, diventi strumento efficace per rispondere, con parole e gesti evangelicamente ispirati, alle antiche e nuove povertà e malattie che affliggono la società del nostro tempo.

6. Nel compiere il vostro apostolato, vi sia di esempio la Vergine Immacolata, venerata come *Salute degli Infermi*. Icona della tenerezza di Dio, essa si mostra attenta alle necessità degli altri, premurosa nel rispondervi, ricca di compassione. Guardando a Lei, sforzatevi di essere sempre ricche di sensibilità, capaci di fare della vostra presenza una testimonianza di tenerezza e di donazione, che sia riflesso della provvidente bontà di Dio.

Con questi auspici, vi imparto di cuore la mia Benedizione, che estendo volentieri a tutte le Consorelle delle vostre Congregazioni.



III. Dovete essere annuncio dell'infinita misericordia di Dio

*SALUTO E INTRODUZIONE DI S. E. MONS. JAVIER LOZANO BARRAGÁN
PRESIDENTE DEL PONTIFICIO CONSIGLIO PER LA PASTORALE
DEGLI OPERATORI SANITARI*

Rivolgo un cordiale saluto e do il benvenuto a tutte voi, religiose e donne consacrate al ministero della salute. Lo Spirito Santo, al quale rivolgiamo questo Incontro nell'anno a Lui dedicato, ci dia la sua luce affinché i carismi di cui vi ha dotate nel campo della pastorale sanitaria, brillino con maggiore intensità per il lavoro di questo Congresso.

Il 14 febbraio di quest'anno, Sua Santità Giovanni Paolo II ha affidato al Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari il compito di riunire in Suo nome le religiose e le donne consacrate alla pastorale sanitaria, per pregare e studiare insieme il grande carisma di cui lo Spirito le ha dotate. Il Papa afferma che è confortante constatare come oggi siano molte le donne dedite alla professione medica e paramedica, che sanno unire alla necessaria professionalità, spiccate doti di generosità, praticità, intuito e tenerezza, che presentano spesso uno speciale talento per gli aspetti più delicati ed umani di una missione così esigente. Egli dice che nella malattia, quando l'essere umano si rivela particolarmente fragile e bisognoso, la vocazione della donna alla maternità la rende più sensibile a cogliere questi bisogni e geniali nel darvi una sollecita risposta, particolarmente quando a tali doti naturali si aggiunge anche un consapevole atteggiamento di altruismo e soprattutto la forza della fede e della carità evangelica; allora si verificano veri e propri miracoli di dedizione di queste donne che sono diventate angeli di consolazione per innumerevoli pazienti.

Il Papa vuole ringraziare le donne impegnate accanto ai bambini, ai sofferenti e agli anziani nelle famiglie, nelle corsie degli ospedali, nei dispensari delle missioni, in tan-

te istituzioni pubbliche e private. In questo mondo dove, nonostante il progresso scientifico ed economico, continua ad esserci tanta povertà ed emarginazione, occorre veramente – afferma il Papa – un supplemento d'anima e per questo le donne consacrate al servizio dei malati si trovano in prima fila¹.

È questa la ragione del nostro Congresso, manifestare a tutte voi la gratitudine del Papa, e allo stesso tempo rivolgervi un appello pressante affinché realizziate sempre meglio la vostra missione.

È certo che la religiosa infermiera deve oggi inserirsi nell'insieme medico sociale, acquisire i necessari diplomi, conoscere le leggi della professione, realizzare una collaborazione leale in un totale inserimento e testimonianza di povertà, in fraternità con tutti coloro che lavorano nello stesso campo, e manifestando il tutto con il linguaggio dei segni più adeguati all'ambiente sanitario. Essa realizza così nel mondo la sua missione di salute e di salvezza, eliminando la sofferenza evangelica affinché si trasformi in strumento di Dio per far retrocedere il male, lotta contro il peccato a favore della vita e forma il regno di Dio². La sua consacrazione mediante i voti, fortifica e tende a realizzare pienamente gli aspetti caratteristici della sua femminilità; attraverso la sua carità, delicatezza, mansuetudine, gratitudine, sacrificio, sollecitudine e dedizione nei confronti di coloro che soffrono, la religiosa sanitaria testimonia la presenza di un Dio sempre vicino e fedele, che genera la vita, la trasmette e la cura, a partire da una vita interiore intensa, con una preghiera sempre viva e profonda, con un reale spirito di sacrificio e di rinuncia della mentalità del mondo, ravvivando il carisma

e la fedeltà ai Consigli evangelici, nell'unità dei cuori e nella generosità della testimonianza. È testimone dell'amore verginale che, lungi dall'escludere, si rivolge a tutti gli uomini e donne in situazione di maggiore emarginazione, disuguaglianza e povertà; è testimone della fermezza della missione anche a rischio di un'apparente inefficacia che potrebbe spingerla ad abbandonare o a fuggire di fronte ad un ambiente ostile; è testimone dell'audacia della missione: essere lì dove ad altri risulta difficile. La religiosa coinvolta nel mondo della salute deve continuare ad essere l'immagine di Dio Padre misericordioso nel mondo del dolore, deve essere annuncio della sua infinita misericordia³.

Proprio per rinnovare questo prezioso carisma abbiamo organizzato il presente incontro rispondendo, come dicevamo, al desiderio espresso dal Papa. Abbiamo voluto che di tutto il Congresso si facessero carico le stesse religiose, affinché esse, portatrici del carisma dello Spirito, siano per le loro sorelle la luce che le guida nella loro nobile missione.

Cominceremo con uno sguardo verso l'alto, verso la vocazione a cui la religiosa è stata chiamata: quale è il modello a cui deve tendere? Contrasta con questo modello la realtà cruda che stiamo vivendo: quale è la situazione delle circa 350.000 religiose e donne consacrate che si dedicano alla pastorale sanitaria nelle diverse regioni dei cinque continenti? Sarà l'argomento della seconda parte del Congresso.

Questa realtà dovrà essere illuminata ed interpellata dalla Parola di Dio: come illumina la Parola di Dio questa situazione? Come rispondiamo ai suoi diversi interrogativi? Come chiariamo i punti meno il-

luminati? Come si può andare avanti? Sarà questo il tema della terza parte del nostro Congresso, l'incontro della Parola di Dio con la realtà concreta che stiamo vivendo.

Tale incontro, però, non può essere soltanto verbale, ma deve tradursi in fatti, ed è per questo che la quarta parte del nostro Congresso sarà: quali sono le linee che bisogna approfondire nel nostro servizio, quali correggere, quali sono le nuove strade che dobbiamo percorrere all'inizio del terzo millennio? come ci inquadraremo nella Chiesa che è comunione? Il comune denominatore del nostro futuro è l'unione di tutte le religiose e delle donne consacrate alla pastorale della salute, quindi ci chiediamo: cosa dobbiamo fare e in che modo, per essere più efficacemente uniti che nel passato, e poter così intraprendere

insieme le azioni a cui siamo chiamati?

La Parola di Dio ottiene la sua massima consistenza nell'Eucaristia. Per questo ogni giorno inizieremo le nostre sessioni con la Santa Messa. È dalla forza sacramentale della memoria di Cristo morto e risorto che i nostri carismi acquisiscono vita e lasciano trasparire la Pasqua. Tutto ciò che pensiamo e tutto ciò che condividiamo diventa reale e concreto nell'Eucaristia; per questo il punto centrale del nostro Congresso sarà la liturgia eucaristica, che giustamente celebriamo all'altare della Cattedra di San Pietro, per attestare l'apostolicità primaziale della Parola di Dio che ci ha riuniti seguendo, come abbiamo detto, i desideri espliciti del Santo Padre.

Maria "Salus Infirmorum" estenda il suo manto protettore

sui nostri lavori e ci avvicini alle sue cure materne particolarmente quando cerchiamo di farci presenti con Cristo in coloro che soffrono, come i più piccoli dei nostri fratelli.

+ JAVIER LOZANO
BARRAGÁN

*Arcivescovo-Vescovo emerito
di Zacatecas*

*Presidente del Pontificio Consiglio
per la Pastorale
degli Operatori Sanitari*

Note

¹ Cfr. GIOVANNI PAOLO II, *Angelus*, 13 agosto 1995.

² Cfr. TILLARD, *El el mundo sin ser del mundo*, Sal Terrae, Santander (1991) 126.

³ Cfr. LOPEZ BEORLEGUI TERESA, *Le religiose sanitarie e la loro missione nel campo della salute*, in P.C. per gli Operatori Sanitari, *Curate infirmos e la vita consacrata*, Vaticano (1994) 95-110.



IV. Un Congresso di stile femminile

Fin dal principio si era pensato che le protagoniste di questo Congresso dovessero essere le religiose e così è stato; esse, assieme al Pontificio Consiglio, ne hanno preparato il contenuto e la dinamica; hanno sviluppato gli interventi e presentato le esperienze: quale deve essere il modello di presenza, quale è la realtà che si sta vivendo, come dobbiamo annunciare, evangelizzare oggi, come vivificare i carismi di cura, come unire le nostre forze... Questi sono stati i contenuti centrali; inoltre sono state presentate alcune esperienze pastorali quali: accompagnamento dei malati terminali, malati di AIDS, psichiatria, parrocchia...

Abbiamo vissuto giornate forti, ricche, intense e piene di emozione. Erano presenti 400 religiose sanitarie, provenienti da 44 nazioni, ed appartenenti a 140 Congregazioni religiose; un "piccolo esercito" in rappresentanza delle circa 350.000 religiose che si calcola lavorino nel mondo sanitario.

Abbiamo visto tutto questo esercito fotografato negli interventi, nelle esperienze, nel dialogo continuo, fluido, ric-

co, interessante e pieno di vita perché la religiosa sanitaria vive la realtà della vita; per questo il suo contributo è stato molto concreto e vitale. Nelle frasi, nei dialoghi, abbiamo avvertito molta tenerezza, molta responsabilità, molto desiderio di aggiornarsi, molto cuore, molta vita; di conseguenza è affiorato in modo spontaneo il senso della vita, del dolore, della sofferenza, della dignità del malato; l'essere oggi segno di cura, di salvezza; l'essere gesto, parola che prosegue l'azione di Cristo in un mondo che continua ad emarginare e ad ignorare l'uomo; in un mondo in cui si idolatra la scienza, la tecnica, l'economia... È in questo mondo reale che la religiosa sanitaria deve essere segno, modello di tenerezza, di misericordia, d'amore. Come? È la domanda continuamente affiorata durante i lavori e a cui abbiamo cercato di rispondere.

Il Papa ha ricevuto nella Sala Clementina le religiose che hanno preso parte al Congresso e le ha stimolate fortemente ad "essere cuore e mani verso i malati, per rispondere alle sfide poste al mondo della sof-

ferenza". "La Chiesa – ha continuato il Santo Padre – vi guarda con ammirazione e gratitudine... voi siete chiamate ad adattare il vostro servizio agli infermi secondo le condizioni dei tempi di rapidi mutamenti e sfide inedite...; il mondo della sofferenza e della salute esigono una risposta cristiana nuova".

Le religiose sanitarie sono sensibili a questo appello del Pontefice, sanno che il mondo sanitario di oggi è molto esigente, che richiede un continuo aggiornamento. Quanto desiderio e quanta pratica pongono oggi le religiose in questo campo!

Questo stesso Congresso è stato un richiamo all'attenzione e ad intraprendere un cammino comune – 140 Congregazioni che dovranno seminare assieme un seme grande come il grano di senapa, e metterci un poco di lievito con la speranza che cresca e dia frutto. Questo seme dovrà crescere. Il Pontificio Consiglio ha qui una sfida importante: fare da ponte tra queste iniziative, unire tante forze per un servizio migliore.

P. JOSÉ L. REDRADO, OH



XIX Congresso della Federazione Internazionale delle Associazioni di Medici Cattolici (FIAMC) New York 10-13 settembre 1998

I. L'etica medica alle soglie del Terzo Millennio

LETTERA DEL CARDINALE SEGRETARIO DI STATO A S. E. MONS. JAVIER LOZANO, IN OCCASIONE DEL CONGRESSO DELLA FEDERAZIONE INTERNAZIONALE DELLE ASSOCIAZIONI DI MEDICI CATTOLICI, 8 AGOSTO 1998

Eccellenza Reverendissima,

il Santo Padre è lieto di apprendere che dal 10 al 13 settembre si svolgerà a New York il XIX Congresso Mondiale della Federazione Internazionale delle Associazioni di Medici Cattolici, e Le chiede di trasmettere a tutti i partecipanti i suoi saluti nel Signore e l'assicurazione delle sue preghiere.

Sua Santità si compiace della scelta del tema "L'Etica Medica alle soglie del Terzo Millennio: l'amore di Cristo attraverso lo Spirito della Vita", poiché esso tocca le radici del significato cattolico della Federazione e il contributo che essa è chiamata a dare al grande compito della Chiesa di servire la famiglia umana alla luce del Vangelo. Nella società di oggi, alcuni sviluppi della tecnologia medica portano meravigliosi benefici alla salute e al benessere delle persone, mentre altri causano gravi problemi etici. È compito di gruppi come la FIAMC far sì che l'etica medica tenda sempre al bene così come rivelato da Dio, poiché "solo l'atto conforme al bene può essere via che conduce alla vita" (*Veritatis Splendor*, 72).

Cristo è il nostro modello supremo. In Lui vediamo l'amore di Dio, un amore offerto senza riserve per sanare tutte le ferite e allontanare ogni male in coloro che si rivolgono a lui. Cristo, sorgente di vita (cfr *Gv* 10, 10), è Colui che rivela un nuovo orizzonte per l'azione etica dei medici cattolici: personale medico e paramedico collaborano con Cristo nell'amare e nel pro-

teggere la vita di tutti coloro che si affidano alla loro competenza professionale. L'etica del medico cattolico deve essere permeata di affetto, stima e rispetto per il malato. Deve essere piena dello Spirito Santo affinché, attraverso il servizio della medicina, Cristo possa offrire la sua vita a quanti abitano all'ombra della morte. È in questo senso che "il ministero terapeutico degli operatori sanitari partecipa dell'azione pastorale ed evangelizzante della Chiesa" (*Carta degli Operatori Sanitari*, 5). Come Sua Santità ha sottolineato nel discorso all'Assemblea Plenaria del Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, il 9 marzo 1998: "Ogni atto di assistenza all'uomo malato, se fatto con spirito di fede e con delicatezza fraterna, diventa in un senso molto vero un atto di religione" (*L'Osservatore Romano*, 9-10 marzo 1998, p. 6).

Guidata dalla Scrittura, la Chiesa insiste nell'affermare che la vita umana è un "bene fondamentale" (*Evangelium Vitae*, 5). Quindi la sacralità della vita umana è il valore primario e la verità fondamentale su cui si basa l'etica medica cattolica. Qualunque sia la condizione psico-fisica della persona, essa ha un valore inestimabile agli occhi di Dio. Nel rivolgersi ai partecipanti al Congresso Internazionale su "Le radici della Bioetica" (17 febbraio 1996), il Santo Padre ha affermato che "appare urgente che la bioetica rifletta sulle pratiche ontologiche e antropologiche delle norme che devono orientare la scelta di decisioni

così importanti. L'albero della riflessione etica, per conservare la sua vitalità e dare frutto, deve porre saldamente le radici nella varietà ontologica dell'essere umano, creato ad immagine e somiglianza di Dio e redento da Cristo".

Allo stesso tempo, i medici cattolici sono chiamati a lavorare da vicino con le scuole mediche e i centri di bioetica, ed essere in prima linea negli sforzi per promuovere "la qualità profonda e interiore della professione medica, strettamente legata al Vangelo della Vita" (discorso ai partecipanti al Convegno Internazionale su "La formazione del medico alle soglie del Terzo Millennio: il ruolo delle università cattoliche", 25 novembre 1996, in *Dolentium Hominum*, n. 32, pp. 14-15). È altresì importante il dialogo e la cooperazione tra tutti gli organismi e le associazioni cattoliche che operano nel settore della salute, al fine di favorire quella mobilitazione generale delle coscienze e il comune sforzo etico su cui ha insistito il Santo Padre (cfr *Evangelium Vitae*, 95).

È viva speranza del Sommo Pontefice che il XIX Congresso Mondiale rappresenterà un nuovo punto di partenza per la Federazione, affinché diventi luce splendente nel mondo della medicina attuale. Nell'affidare tutti i partecipanti al Congresso a Maria, Madre del Redentore, Sua Santità imparte di cuore la Sua Benedizione Apostolica.

Cardinale ANGELO SODANO,
Segretario di Stato

II. Saluto di S. E. Mons. Javier Lozano ai partecipanti al Congresso della Federazione Internazionale dei Medici Cattolici (FIAMC)

*SALUTO LETTO DAL P. PIERLUIGI MARCHESI, O.H.,
INVIATO AL CONGRESSO A RAPPRESENTARE IL PONTIFICIO CONSIGLIO*

Impossibilitato a partecipare per impegni improrogabili precedentemente assunti, desidero tuttavia essere presente in qualità di Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, mediante queste parole con cui auguro il miglior successo ai lavori della vostra Assemblea. Padre Fra Luigi Marchesi, membro del nostro Dicastero, si fa interprete dei miei saluti e mi onora nel rappresentarmi di fronte a voi.

Saluto in modo particolare il Dott. Walter Osswald, Presidente della Federazione Internazionale dei medici cattolici, e mi congratulo per il lavoro tanto efficace da lui svolto in seno alla FIAMC; il Signore lo ricompensi per lo zelo e gli sforzi profusi nel realizzare tale azione di misericordia durante i numerosi anni in cui ha diretto questa prestigiosa Federazione. Nel contempo auguro al nuovo Presidente che verrà eletto nel corso di quest'Assemblea, le luci dello Spirito Santo, in questo anno di preparazione giubilare a Lui dedicato, perché possa continuare e far progredire il benemerito cammino intrapreso dalla Federazione.

Due in particolare sono le sfide che si prospettano alla vostra Federazione per il futuro: la globalizzazione della medicina e i problemi particolari sollevati dalla bioetica. La

FIAMC dovrà essere un baluardo contro la disumanizzazione della medicina in aree di lucro. Ogni medico cattolico e la Federazione in quanto tale, dovranno essere gli araldi di un ministero sanitario esercitato nel nome di Cristo, dove si privilegia sempre il malato indipendentemente dalle sue condizioni economiche, tanto in un piano collettivo di istituzioni sanitarie pubbliche o private convenzionate, quanto in un piano di consultori privati. Per quanto riguarda i problemi posti dalla bioetica, il medico cattolico si distinguerà per la passione e per la difesa della vita dal momento del concepimento fino al termine. Il medico cattolico è l'apostolo della vita e non il mercenario della morte. Di fronte alla cultura della morte che va diffondendosi nel nostro ambiente, egli tiene alta la bandiera della vita, perché è un seguace di Cristo risuscitato.

Il Signore vi benedica e Maria Santissima, "Salus Infirmorum", vi assista e vi protegga nella vostra alta missione.

All'autorevole saluto di Sua Eccellenza Monsignor Lozano, vorrei aggiungere il mio personale quale nuovo Direttore della Federazione Internazionale degli Ospedali Cattolici. Voluta dal Santo Padre nel 1990, questa Associazione viene riproposta oggi in forma

rinnovata, all'attenzione di tutte le istituzioni sanitarie che nel mondo si ispirano a valori del Cattolicesimo.

Allo scopo di rilanciare il ruolo degli Ospedali cattolici vogliamo ridefinire la nostra identità, in maniera esplicita e trasparente. Gli obiettivi proposti sono attualmente: l'armonizzazione dei percorsi di formazione per il personale, la definizione di modelli organizzativi compatibili con i bisogni umani e i vincoli del mercato, l'attenzione ai poveri.

Speriamo di poterli specificare ed attuare con l'apporto di tutti i responsabili interessati.

La Federazione, all'interno del Pontificio Consiglio e nell'ascolto costante del Magistero della Chiesa si offre come un servizio ecclesiale rispettoso delle tradizioni locali e dei vari Carismi religiosi operanti nella Sanità.

In occasione di questo incontro, sarebbe utile per l'avvenire degli Ospedali Cattolici, nei quali molti dei presenti spendono la loro vita, raccogliere i suggerimenti e i consigli di cui abbiamo bisogno per collaborare meglio al raggiungimento dei fini propri dell'Associazione.

Ringrazio il Signor Presidente per avermi dato la possibilità di parlarvi e rinnovo gli auguri di un fruttuoso lavoro per questo Congresso.



III. L'etica medica nel Terzo Millennio

74

Il titolo del XIX Congresso Mondiale della Federazione Internazionale delle Associazioni Mediche Cattoliche (FIAMC), che si è tenuto di recente a New York, assieme al LXVII Incontro Annuale dell'Associazione Medica Cattolica degli Stati Uniti, sarebbe certamente degno di attenzione da parte di quanti si interessano di Bioetica, mentre il suo impatto futuro sulle cure mediche potrebbe apparire incompleto e non del tutto adatto per una Federazione confessionale. In effetti, come qualcuno potrebbe argomentare, ogni istituzione o organizzazione, sia essa medica o etica, potrebbe dedicare ad un tema simile un congresso internazionale, e la specificità di una Federazione di medici Cattolici non si rivela certo con un tema come quello scelto.

Una risposta a eventuali critiche ci viene però dal sottotitolo del Congresso: *"L'Amore Sanante di Cristo attraverso il Vangelo della Vita"*, il che chiarisce come gli organizzatori del Congresso abbiano voluto lanciare un messaggio.

Per il medico cattolico, l'etica medica, sebbene non essenzialmente diversa dagli onorevoli insegnamenti della tradizione ippocratica, raggiunge la perfezione solo quando è illuminata dal Vangelo della Vita, in quanto Cristo è il guaritore ed i medici sono gli strumenti che Egli usa con amore.

Consapevole di questa responsabilità e di questa missione, il medico cattolico non si sente superiore ai suoi colleghi non credenti, ma sa di essere un testimone dell'amore sanante di Cristo.

Il Congresso perciò ha voluto rispondere alla domanda che viene spesso formulata, a proposito delle caratteristiche peculiari di un medico cattolico. Allo stesso tempo, ha fornito un quadro delle principali

sfide etiche che i medici dovranno affrontare nel terzo millennio, cercando di apportarvi una risposta che fosse comprensiva e basata sull'insegnamento del Magistero e sull'esperienza mondiale degli studenti cattolici, dei medici e dei ricercatori impegnati.

La lettera inviata al Direttore del Programma, George Isajiw, dal Cardinale O'Connor (che ha presieduto la S. Messa ed ha rivolto un discorso al Congresso), descrive in modo veramente giusto come compiti del Congresso siano: *"dichiarare quali sono gli aspetti scientifici, teologici e pratici sui quali gli insegnamenti della Chiesa sono in contrasto con l'etica medica secolare, dimostrando che questi insegnamenti non solo vengono incontro ai bisogni spirituali della persona, ma che hanno come esito anche un miglioramento della salute"*. Il Cardinale ha concluso che *"il servizio che questo Congresso renderà alla Chiesa ed alla società è di inestimabile valore"*.

Il Secondo Congresso Mondiale tenutosi negli Stati Uniti

Dobbiamo tornare al 1970 per trovare un altro Congresso Mondiale della FIAMC svoltosi negli Stati Uniti. Il XII Congresso Mondiale si tenne a Washington e fu presieduto dal Dr. Mariano Alimurong, delle Filippine, eletto Presidente della FIAMC durante il Congresso di quattro anni prima a Manila.

Le novità discusse dal punto di vista della morale furono la bioingegneria e i trapianti, e vennero approvati i nuovi statuti della FIAMC. Il tema del Congresso fu *"Il medico cattolico e la conservazione della vita"*.

Il Dr. Gino Papola, successi-

vo Presidente dell'Associazione dei Medici Cattolici Americani, ha ricoperto incarichi all'interno della FIAMC a New York per 28 anni; è stato infatti Tesoriere, Segretario Generale e Presidente; non c'è da meravigliarsi quindi che la FIAMC gli abbia conferito una onorificenza speciale il 9 settembre 1998.

Tra questi due Congressi che si sono tenuti in America, la FIAMC ha organizzato Congressi Mondiali a Barcellona (1974), Bombay (1978), Roma (1982), Buenos Aires (1986), Bonn (1990), e Porto (1994), rispettando l'intervallo di 4 anni adottato dall'Assemblea Generale. Perciò, il prossimo Congresso Mondiale, il 20°, si terrà nell'anno 2002 a Seoul, anche se è in programma un Congresso Straordinario a Roma per il Giubileo dell'anno 2000.

La struttura del Congresso

I Congressi Mondiali della FIAMC sono organizzati congiuntamente dal Comitato Esecutivo della Federazione e dall'Associazione dei Medici Cattolici (in questo caso l'Associazione Medica Cattolica) che, essendo responsabile dell'organizzazione, ha ovviamente i compiti più difficili, come quello di scegliere la sede, di trovare i fondi e di gestire la *convention*. Perciò, ogni Congresso ha una struttura e delle caratteristiche peculiari, che conferiscono all'evento un carattere particolare. In questo modo, oltre a 5 sessioni scientifiche, a quelle che prevedevano interventi liberi e presentazioni di posters, che sono comuni negli incontri a carattere scientifico, il programma comprendeva una serie di interventi principali e di conferenze pronunciate in occasione del Linacre Luncheon e del Ban-

chetto, caratteristica insolita per molti visitatori d'oltreoceano.

Durante i tre giorni e mezzo del Congresso (che ha avuto luogo dal 10 al 13 settembre 1998), ci sono stati 32 interventi principali, e oltre 30 comunicazioni libere e presentazioni di posters, che hanno riguardato varie tematiche di cui non si può fare ovviamente un riassunto completo. Si è andati dalle cure per i malati terminali al trattamento delle persone violentate, dallo studio sull'origine e la cura dell'omosessualità al legame tra aborto e cancro del seno, dalla ricerca sull'amenorrea da allattamento agli studi sulla pianificazione familiare o le pratiche abortive ed i limiti degli interventi medici: il programma è stato vario, e ricco in qualità e contenuto. Nelle parti seguenti, perciò, non cercherò di fare una cronaca completa, ma evidenzierò soltanto quei contributi che, a livello soggettivo, mi sembrano di particolare importanza per coloro che non sono stati presenti all'incontro. Solo la pubblicazione degli Atti del Congresso (programmata con un'edizione speciale del bollettino della FIAMC "*Decisions*"), renderà giustizia ai molti ed eccellenti contributi ascoltati a New York.

L'etica medica cristiano e l'etica medica secolare

La questione dei punti di vista divergenti tra linee-guida cristiane e non cristiane per la pratica della medicina, cui ha fatto riferimento il Cardinale O'Connor nella sua lettera (v. sopra), è stata il soggetto dell'analisi di Edmund Pellegrino, Professore di Etica Medica presso il Centro di Bioetica Clinica dell'Università di Georgetown (Washington D.C.), ed uno dei più importanti esperti d'etica dei nostri tempi. Egli ha presentato un intervento in memoria di Jérôme Lejeune su "Medico e Paziente: medicina cristiana, pazienti cristiani". Secondo il Professor Pellegrino, la bioetica cristiana e quella secolare seguono paradigmi diversi del rapporto medico-pa-

ziente. Egli ci spinge ad accettare la concezione cristiana di questo rapporto, fondato sulle due immagini del Cristo-Medico e del Cristo-Paziente. Alla luce di questa concezione, dovremmo essere in grado di ricostruire il rapporto di fiducia tra medico e paziente. La sofferenza è diversa dal dolore, infatti quest'ultimo può essere trattato farmacologicamente, mentre la sofferenza richiede compassione. L'etica viene prima del denaro, ed un cattolico non può lavarsene le mani ed attribuire tutti i mali al sistema o all'amministrazione. Pellegrino ha condensato la normativa etica in una serie di aforismi (come: il profitto non è sacro, gli ospedali cattolici non sono corporazioni, le cure mediche non sono una merce, nessuno possiede la conoscenza medica, ecc.) e ci ha ricordato che i principi classici dell'etica medica sono al di sopra di ogni rogatoria: la giustizia non può essere separata dalla carità, che va oltre la beneficenza ed impone limiti all'autonomia.

Dianne Irving (Washington D.C.), ha discusso i concetti dell'essere persona nell'etica medica cristiana e secolare, mostrando che concetti imprecisi o filosoficamente inesatti possono portare a degli atteggiamenti di non rispetto della vita.

Alejandro Ferrero (Buenos Aires), ha sottolineato che punti di vista consensuali a proposito di argomenti critici possono essere difficili da abbattere, persino all'interno di un'organizzazione di medici cattolici, ed ha richiamato alla tolleranza, alla spiritualità e a un modo positivo di pensare.

A. Laureano Santos e Fra Aires Gameiro (Lisbona), hanno proposto l'etica medica di San Giovanni di Dio come modello per i nostri tempi, mentre L. Maciunas (Vilnius) ha parlato del profondo impatto della dominazione sovietica sulle nozioni etiche di una popolazione una volta cattolica, quella della Lituania, e degli sforzi che si stanno compiendo attualmente per far rivivere l'etica medica cattolica.

Un'analisi storica e teologica della devozione al Cri-

sto-Medico, resa popolare particolarmente da Sant'Agostino ed usata dai primi Padri della Chiesa per combattere il culto di Asklepius e di altre divinità pagane, è stata presentata da P. Benedict Groeschel (New York), come contributo culturale alle basi essenziali dell'etica medica cristiana. P. Groeschel ha fatto notare, in modo molto interessante, che la devozione al Sacro Cuore di Gesù ed alla Divina Misericordia è una sequela di quella al Cristo-Medico.

Sessualità, riproduzione, aborto

Due specialisti del settore, il Dr. T. Hilgers (Nebraska) e il Dr. John Haas (Boston), si sono occupati delle tecniche riproduttive ed in special modo della tecnologia "Na Pro", la nuova scienza della procreazione.

È stato sottolineato che pressoché la maggior parte delle misure offerte dalla nuova industria delle "tecniche di riproduzione assistita" fanno violenza alla dignità del matrimonio o contribuiscono addirittura alla distruzione della vita nascente; ci sono misure moralmente legittime per risolvere la sterilità, la cui percentuale non è mai stata così alta nei paesi industrializzati, dove una coppia su cinque non può avere figli.

La tecnologia "Na Pro" si è sviluppata nello sforzo di mettere in correlazione le cause di un disturbo ginecologico e le anomalie procreative, e le scienze che si occupano della salute vengono usate in modo da cooperare con il ciclo femminile. La tecnologia "Na Pro" è in armonia con l'insegnamento cattolico e il suo spettro d'azione comprende la pianificazione familiare, il trattamento dell'infertilità ed altre situazioni ginecologiche in modo sicuro, efficace e che rispetti la dignità delle donne e l'integrità del matrimonio.

Richard Fitzgibbons ha provato a percorrere, nel suo discorso, le origini e le cure per le attrazioni ed i comportamenti omosessuali, dimostrand-

do che, contrariamente a quanto riportato da nozioni diffuse, l'omosessualità è un disturbo dello sviluppo prevenibile e curabile. Il sistema di cura riguarda la comprensione dei conflitti comportamentali nell'infanzia e nell'adolescenza, la terapia cognitiva e comportamentale e l'uso della spiritualità nel recupero.

Il trattamento, in un'istituzione cattolica, di donne che hanno subito violenza (Eugene Diamond, Chicago), la contraccezione come rifiuto del significato più profondo della sessualità umana (Janet Smith, Dallas) e i risultati ottenuti dal Programma Teen STAR (Hanna Klaus, Baltimora) sono argomenti pratici in cui l'atteggiamento dell'operatore sanitario cattolico è di primaria importanza.

Attraverso un approccio educativo controcorrente, il programma Teen STAR assiste i compiti adolescenziali di sviluppo della personalità e tende a mantenere la verginità o a facilitare un ritorno all'astinenza. Studi statistici dimostrano l'alta efficacia di questo programma, che è stato applicato negli Stati Uniti, Canada, Cile e Polonia.

Altri studi hanno riportato i risultati ottenuti nella pianificazione familiare naturale, e sono stati presentati da Ludmila Laznikova (Brno) e da Pilar Virgil (Santiago del Cile); invece W. Taylor e D. Taylor (Las Vegas) e Sheila Kippley (Cincinnati), hanno analizzato la frequenza dell'allattamento al seno, della vicinanza madre-figlio e dell'amenorrea da allattamento, sottolineando i benefici di un allattamento "ecologico", che fa aumentare del 50% il ritardo nella ricomparsa del ciclo mestruale.

Michael Jarmulowicz (Londra), ha presentato un quadro generale sulle conseguenze mediche dell'aborto, illustrando gli effetti sulle gravidanze seguenti (la perdita fetale, nascita prematura del bambino, scarso peso alla nascita) e i gravi e persistenti disturbi psicologici o psichiatrici.

Joel Brind (New York) ha mostrato un'analisi dei casi di cancro in donne che avevano o

non avevano abortito, evidenziando il fatto che l'aborto indotto è un importante (ed evitabile) fattore di rischio per il cancro al seno.

La statistica presentata da J. Lucci (Houston) ha rivelato che nel solo Stato del Texas nel 1996 c'erano stati più di 90.000 aborti, di cui la grande maggioranza (2/3) da parte di donne che non avevano figli o ne avevano solo uno, negando così la cosiddetta correlazione tra numero elevato di gravidanze e aborto.

Paulo Campos (Luanda), ha parlato della sua esperienza come ginecologo angolano, e del suo impegno nei riguardi di donne che vogliono abortire cercando di aiutarle ad accettare la gravidanza, con il 20% di successi; i bambini nati vengono da lui chiamati affettuosamente "gli altri miei figli".

Il termine della vita

Se i problemi etici mettono il medico cattolico di fronte ai problemi legati all'inizio della vita, la fine della vita stessa ne fa emergere di altri, forse più seri. Il malato terminale, la sua dignità e i suoi diritti sono stati discussi da molti relatori: le cure terminali in un'unità di terapia intensiva (Solange Grosbuis, Versailles), la morte dignitosa senza dolore (Rudolf Fahey, New York), le cure compassionevoli (William Toffler, Portland), la cura del paziente terminale (Laura Vega Elias, Havana), cure terminali a casa per pazienti uro-oncologici (Silmon et al, Barcellona).

Gli autori, provenienti da diverse specializzazioni mediche e da regioni geograficamente differenti, hanno sottolineato le misure legali necessarie per migliorare la cura del malato terminale e per combattere il punto di vista secolare oggi prevalente, cioè quello di legittimare, almeno in alcuni casi, la pratica dell'eutanasia.

I principali compiti dei medici cattolici, portatori di speranza e fonte di coraggio per i pazienti, sono: sostenere maggiormente coloro che non pos-

sono essere curati, evitare terapie non necessarie o inutili, rifiutare l'eutanasia e il suicidio medicalmente assistito, in quanto incompatibile con il ruolo del medico che deve curare, trattare il dolore e la depressione in modo corretto ed essere disponibile in modo compassionevole sino al termine naturale della vita.

Una selezione di argomenti dell'attuale discussione bioetica

Come ci si aspettava, alcuni argomenti che compaiono spesso nella discussione negli incontri e sulle riviste specializzate di bioetica, sono stati oggetto degli interventi di un certo numero di partecipanti.

Il consenso informato di pazienti incompetenti, esemplificato dal caso del bambino sordomuto, è stato discusso da Miguel Ricou et al (Porto), che ha difeso un approccio bilingue (linguaggio fonetico e gestuale) in caso di sordità, per assicurare la migliore riabilitazione possibile per questi bambini.

Il diritto alla privacy delle persone coinvolte come soggetti della ricerca epidemiologica, è stato trattato da Rita Montanha et al (Porto), che ha difeso un rapporto interattivo tra ricercatori e comitati etici.

John Lee (Singapore) ha discusso l'argomento relativo alle "ultime volontà", sostenendo che il risultato è una perdita e non un aumento dell'autonomia del paziente, in quanto le decisioni mediche sono trasferite al medico responsabile, nel caso in cui il paziente diventi incapace di intendere e di volere. Inoltre, il concetto di "ultime volontà" è intrinsecamente legato al concetto di "diritto a morire".

Un'altra questione polemica è quella dell'allocazione delle risorse verso i sistemi sanitari, trattata in questo Congresso da Rui Nunes (Porto). Secondo lui, a questo difficile problema bisogna dare una risposta alla luce della giustizia distributiva, dell'equità e della solidarietà sociale.

Johannes Stevens (Maastricht)

cht) ha analizzato "il sogno dei medicinali illimitati", concludendo che la scarsità di mezzi impone dei limiti e che la risposta alle sfide della medicina nel prossimo millennio risiede nell'amore curante ispirato dal Vangelo.

La nutrizione e l'idratazione non sono senza controversie, come sottolineato da Mons. William Smith (Yonkers); sebbene sia impossibile rispondere a tutti i casi clinici passati, gli importanti principi etico-morali discussi ed elaborati dai medici cattolici e chiaramente definiti nei documenti del Magistero (Dichiarazione sull'Eutanasia, Catechismo, *Evangelium Vitae*, dichiarazione dei Vescovi degli Stati Uniti, Carta degli Operatori Sanitari), ci permettono di risolvere tutti i casi di questo tipo.

La discussa questione del dire o meno la verità, ai pazienti in pericolo di vita, è stato il tema degli interventi di Paolo Gentilini (Firenze) e Alfredo Anzani (Milano), e di Marija Sostarbo e Viatka Matic (Zagabria). Questi ultimi autori si sono occupati di un gruppo specifico di pazienti, afflitti da sclerosi laterale amiotrofica, mentre i primi due hanno preso in considerazione il fatto che tutte le condizioni diagnosticate avessero un esito letale. Nondimeno, le conclusioni sono molto simili: il paziente ha il diritto di sapere, e il medico deve dargli queste informazioni così come lui vuole e chiede, evitando di dare false speranze ma rimanendo compassionevole, dandogli aiuto e sostenendolo fino alla fine. In questo contesto, anche i parenti e quanti si occupano del malato devono essere inclusi nel numero di coloro che hanno bisogno dell'assistenza del medico.

Un'altra questione ricorrente è quella delle caratteristiche che contraddistinguono le scuole e gli ospedali cattolici. Questa questione spesso spinosa è stata affrontata da Ralph O'Connell (Valhalla, New York) e da Kwang-ho Meng (Seoul), entrambi decani di scuole cattoliche di medicina. Essi sono stati inflessibili sulla necessità di fornire agli

studenti e agli operatori sanitari principi etici e morali d'ispirazione cattolica. L'insegnamento dell'etica medica cristiana e la sua realizzazione nella dispensazione quotidiana dei servizi sanitari sono obbligatori e dovrebbero rappresentare un segno distintivo di ogni istituzione cattolica.

Il lavoro della missione medica

Molti medici cattolici operano in paesi poveri ed in via di sviluppo, in zone depresse per la fame, la guerra e le ingiustizie sociali, offrendo assistenza medica e cure compassionevoli, lavorando come volontari in condizioni difficili, talvolta esponendo la propria salute e persino la propria vita a molti pericoli.

Questa attività, spesso anonima e nascosta, raramente è riconosciuta come un'esigenza della nostra fede e delle capacità professionali e, sebbene sponsorizzata o introdotta dalle Associazioni Mediche Cattoliche, raramente viene fatta conoscere al pubblico.

È perciò degno di nota che Donald Mehan (San Luis) e Maya El Hashem (Roma) abbiano presentato i risultati ottenuti dai medici americani in Guatemala, Haiti e in Honduras, e da una missione italiana in Romania. In entrambi i casi esistevano esigenze specifiche (nel primo caso si trattava di pazienti in urologia e in ginecologia, nel secondo di bambini contagiati dall'HIV) ed entrambi gli autori credevano nell'importanza di fornire un'assistenza a lungo termine e nella cooperazione con gli operatori sanitari locali, addestrandoli per garantire continuità di assistenza.

Molte differenze, un solo approccio

Come in quelli precedenti, uno dei punti focali di questo Congresso è stato l'interscambio di esperienze, idee e linee di pensiero di medici provenienti da culture, backgrounds e sistemi politici diversi.

È stato particolarmente com-

movente ascoltare colleghi provenienti da Cuba, Angola, Repubblica Dominicana, Giappone, Filippine, Ucraina, Brasile, Nuova Zelanda, Australia, condividere punti di vista ed esperienze, derivanti dalla pratica della medicina in condizioni sociali e culturali nettamente diversi da quelle prevalenti nel cosiddetto mondo occidentale.

In una società multiculturale, multiethnica ed eventualmente multilingue la pratica della medicina è soggetta a regole diverse da quelle esistenti in società strutturate diversamente, ma ciò non significa che i problemi siano diversi nella loro natura essenziale o che anche l'approccio per risolverli in modo "cattolico" debba essere diverso.

I Congressi come questo hanno perciò un effetto stimolante ed incentivante; si stabiliscono dei contatti, aumenta la conoscenza personale, spesso si gettano le basi per delle amicizie durature, si lanciano degli sforzi di cooperazione; il valore di questo tipo di incontri va oltre quello degli incontri medico-scientifici convenzionali.

Premi e onorificenze

Nel 1994 la FIAMC ha istituito il Premio Onorario da conferire ad una persona di scienza e di fede, in occasione del Congresso Mondiale, che si tiene ogni quattro anni. Nel 1994, durante il Congresso tenutosi a Porto, il Premio Onorario è stato assegnato al Professor Jérôme Lejeune, per l'importanza dei risultati scientifici ottenuti nel campo della genetica e per la sua lotta coraggiosa e inflessibile per il diritto alla vita.

Il secondo Premio Onorario è stato conferito a New York a Robert Walley, Professore di Ostetricia e Ginecologia presso l'Università di Newfoundland, Canada, per il suo lavoro di ricercatore ed insegnante qualificato in Ginecologia ed Ostetricia. Il suo lavoro l'ha portato ad occuparsi attivamente e personalmente dei principali problemi che affliggono le donne in molti paesi in via di sviluppo, special-

mente in Africa, come i devastanti effetti della fistola vescico-vaginale (che è il risultato di un parto ritardato e che colpisce principalmente donne giovani, che vengono emarginate ed escluse dalla società), e l'evitabile morte della puerpera dovuta ad emorragia incontrollata. Il Professor Walley, con l'aiuto della moglie, Susan, ha lanciato una serie di iniziative di soccorso, che vanno dall'assistenza, all'insegnamento di come curare queste donne e all'organizzazione di istituzioni locali per sradicare questi mali. Uomo di fede e di azione, di recente ha fondato "MaterCare International", un'organizzazione internazionale di ginecologi cattolici, medici generici, e ostetriche che si dedicano alla cura, alla formazione e alla ricerca, allo scopo di ridurre l'alto tasso di mortalità e di malattia delle madri, così come la percentuale degli aborti, che ancora prevale in molte parti del mondo.

Il Premio Giovanni XXI è un'onorificenza istituita dall'Associazione dei Medici Cattolici Portoghesi per premiare la migliore "new entry" nella competizione, che si svolge ogni quattro anni. La giuria dell'edizione 1998 ha attribuito il Premio alla Dottoressa Kathryn Watson, degli Stati Uniti, per il suo saggio sulle similarità tra il genoma umano e quello dello scimpanzé e la conseguente natura non-deterministica del materiale genetico; questa similarità fa discutere su un'eventuale anima, come ha brillantemente dichiarato l'Autrice.

Di carattere più intimo è stata la cerimonia della presentazione del Distinguished Service Award della FIAMC, conferito al suo ex-Presidente Gino Papola (U.S.A.), per il duraturo sostegno e l'intervento attivo dimostrato come leader dedito, dinamico e straordinario. Altre due persone che hanno contribuito alla crescita e alla realizzazione della FIAMC, l'ex-Presidente Thomas P. Linehan e l'ex Consigliere Ecclesiastico, Mons. James Cassidy, hanno ricevuto un oggetto artistico religioso in segno di gratitudine per l'inestimabi-

le servizio reso alla causa dei medici cattolici.

Spiritualità di un Congresso di medici cattolici

Una delle cose più importanti di questo Congresso è stato il clima di intensa spiritualità che si è vissuto. L'Eucarestia quotidiana è stata naturalmente base di tutte le attività del Congresso, a partire dalla Santa Messa di apertura che si è tenuta nell'albergo dove ha avuto luogo il Congresso, fino alla celebrazione di chiusura nella magnifica atmosfera della Cattedrale di San Patrizio. Entrambe le cerimonie sono state presiedute dall'Arcivescovo Edwin O'Brien, Assistente Ecclesiastico dell'Associazione dei Medici Cattolici. Il venerdì, il celebrante è stato il Cardinale O'Connor, mentre la Messa di sabato è stata celebrata in rito bizantino-ucraino dal Vescovo Basil Losten.

La recita mattutina del Rosario e la consacrazione al Sacro Cuore di Gesù sono stati altri momenti forti di spiritualità. È importante notare che in occasione del III Congresso Mondiale dei Medici Cattolici (Lisbona, 1947) la consacrazione al Cuore Immacolato di Maria ebbe luogo a Fatima.

Per la prima volta, nella già lunga serie di Congressi Mondiali, è stata installata nella sede di un Congresso una Cappella dove, per tutta la durata dei lavori, è stata possibile l'adorazione giorno e notte del Santissimo Sacramento. Un'esperienza indimenticabile da parte di tutti i partecipanti.

La presenza della Gerarchia ecclesiastica

La presenza e la cooperazione della Gerarchia è d'obbligo in tutti i Congressi Mondiali della FIAMC. A New York il Cardinale O'Connor ha avuto il compito di presentare uno degli interventi principali e di leggere il Messaggio del Santo Padre ai partecipanti, inviato dal Segretario di Stato, Cardinale Sodano.

La sessione inaugurale è stata aperta dall'Arcivescovo Renato Martino, Nunzio Pontificio ed Osservatore Permanente della Santa Sede presso le Nazioni Unite. Dopo i discorsi introduttivi dei Presidenti della FIAMC e della CMA (Walter Osswald e Paul Byrne), è stata la volta di Fra Pierluigi Marchesi che rappresentava il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari. Egli ha letto un messaggio di S.E. Mons. Lozano, Presidente del Pontificio Consiglio, che non ha potuto essere presente di persona, ma che ha espresso i suoi auguri per un positivo esito del Congresso e il suo grande interesse per una cooperazione fruttuosa, anche per quanto riguarda la salute, non strettamente nazionale e a livello di organizzazioni politiche, come le Nazioni Unite e l'OMS.

È stato perciò chiaro a tutti i partecipanti che la Gerarchia ecclesiastica si aspetta che le organizzazioni di medici cattolici giochino un ruolo importante nell'evangelizzazione del mondo della salute, e per questo possono contare sulla Santa Sede per consigli, aiuto e guida.

Nuovo compiti, nuovi volti

È stato rilevante annoverare molti giovani medici e studenti di medicina tra il pubblico. I loro volti interessati sono stati un segno che gioventù medica non è sinonimo di orientamento secolare nel campo della medicina. Il medico del nuovo millennio si trova di fronte a nuovi compiti e sfide, ad una maggiore pressione da parte di governi e di chi paga le cure mediche, delle lobbies e dell'opinione pubblica così come viene riportato dai mass-media, e queste influenze spesso contraddicono le linee guida della medicina tradizionale ed ipocratica, ed offendono i principi dell'etica medica cristiana.

È perciò di suprema importanza diffondere questi principi, mostrare in che modo sono adeguati alla natura umana della malattia e della sofferenza, e come, quando tradotti correttamente nella pratica

medica, possano sfociare in un miglioramento della condizione del malato, dell'indigente, del morente, e di tutti coloro in cui il medico vede il volto del Cristo Sofferente.

Nuovi volti anche nel gruppo dei funzionari che hanno la responsabilità di guidare la FIAMC nel prossimo secolo. Gian Luigi Gigli (Italia) è stato eletto Presidente della Federazione; George Isajiw (Stati Uniti), che ha presieduto il programma ed è stato il principale organizzatore del Congresso, è diventato Vice-Presidente; Francois Blin (Francia), è il nuovo Segretario Generale e Alejandro Ferrero (Argentina) è stato eletto Tesoriere. P. Vitor Feytor Pinto continua il suo lavoro di Assistente Ecclesiastico.

Conclusioni

Questo XIX Congresso Mondiale della FIAMC ha avuto un grande successo, in quanto ha mobilitato un gran numero di delegati provenienti dai quattro angoli del mondo, ha dato l'opportunità di discutere su molti aspetti controversi dell'etica medica, oltre ad incoraggiare incontri e dialoghi a livello personale, stimolare la riflessione individuale e l'introspezione, lanciando delle sfide alla natura cattolica dei partecipanti.

Sarà importante leggere gli Atti del Congresso (che speriamo saranno disponibili in un'edizione speciale del bollettino della FIAMC, "Decisions"), studiarli e trovare le soluzioni migliori alle tante

questioni etiche che il progresso tecnico fa emergere costantemente.

Ma più importante è stato il fatto che i sacerdoti ed i medici, persone religiose e laici, si siano potuti incontrare, discutere, condividere l'Eucaristia e pregare insieme.

In questo spirito sono stati invitati al prossimo incontro che avrà luogo a Roma, per il Giubileo dell'Anno 2000, in un Congresso straordinario, e nel 2002 a Seoul, in Corea, per il XX Congresso Mondiale.

WALTER OSSWALD

*Professore Emerito
della Facoltà di Medicina di Porto,
Portogallo;
Ex-Presidente della FIAMC;
Membro del Pontificio Consiglio
della Pastorale
per gli Operatori Sanitari.*



IV. Conclusioni del XIX Congresso Mondiale della FIAMC

Noi medici cattolici, giunti, in spirito di solidarietà e preghiera, al termine del XIX Congresso Mondiale della Federazione Internazionale delle Associazioni di Medici Cattolici e della LXVII Convenzione Annuale dell'Associazione Medica Cattolica (USA), svoltisi a New York City, dal 10 al 13 settembre 1998, condividiamo con profonda convinzione le seguenti conclusioni:

“Christus Medicus” – Cristo nostro Guaritore, Cristo Medico Divino – è nostra fonte perenne di grazia salvifica, di coraggio morale, di esemplarità professionale, nonché di ispirazione ed illuminazione spirituale.

Come medici cattolici, siamo chiamati a servire, in modo unico, come “Alter Christus”, “un altro Cristo”. Attraverso il mistero dell'Eucaristia, Cristo usa le nostre mani, le nostre menti e i nostri cuori per raggiungere i nostri pazienti nel momento del bisogno. Toccando e curando le ferite, fisiche e psicologiche, di tutti i pazienti che si affidano a noi, acquistiamo la consapevolezza di godere del privilegio di toccare e curare le ferite stesse di Cristo, Nostro Signore.

Il Magistero della Chiesa cattolica, attraverso i suoi insegnamenti, ci fornisce una luce eterna che brilla in modo ancor più luminoso nel buio del secolarismo di oggi. Studiando, promuovendo e mettendo in pratica quotidianamente i messaggi contenuti nei documenti pontifici – quali *Evangelium Vitae*, *Donum Vitae* e *Humanae Vitae* – noi, medici cattolici, veniamo rafforzati nella nostra chiamata a servire, con orgoglio e senza timore, come testimoni contro corrente dell'eterna verità dell'amore infinito e incondizionato di Dio.

L'impegno vigoroso degli

studenti di medicina cattolici spiritualmente motivati, è stato un punto culminante di questa doppia convocazione. La speranza per il futuro della medicina cattolica riposa sul successo del nostro approccio costante a questi studenti. Con forza incoraggiamo l'impegno attivo, a livello locale, nazionale ed internazionale, da parte dei futuri medici che frequentano ancora le facoltà universitarie, come pure di coloro che fanno praticantato e seguono programmi di studi superiori.

L'impegno attivo dei medici donna è stato un altro punto culminante di questo incontro. Con vigore sosteniamo ed incoraggiamo un continuo e maggiore impegno delle donne cattoliche e delle minoranze in tutte le nostre organizzazioni.

Durante il nostro incontro abbiamo avuto l'occasione storica di accogliere e salutare personalmente, per la prima volta in oltre quaranta anni, i nostri colleghi e fratelli in Cristo dell'isola di Cuba, e celebrare con molti altri di loro – provenienti da Lituania, Ucraina, Repubblica Ceca, Croazia, ecc. – le loro libertà ritrovate.

La missione medica nei confronti di quanti soffrono e sono nel bisogno – in Romania, Ungheria, Brasile e in tutto il mondo – è e deve restare un impegno preminente. Accogliamo, con particolare entusiasmo, la partecipazione dei nostri colleghi cattolici delle nazioni in via di sviluppo quali le Filippine e l'Angola. Nella programmazione di incontri futuri, dovrebbero essere inclusi obiettivi per incrementare la partecipazione dei nostri colleghi dei paesi meno favoriti del mondo. Allo stesso tempo, noi medici cattolici sottolineiamo il bisogno di sostenere e partecipare intensa-

mente e con regolarità alle attività della missione medica cattolica, nei confronti di coloro che sono maggiormente nel bisogno, tanto all'estero quanto all'interno delle nostre nazioni.

Animati dallo stesso spirito, siamo determinati ad accrescere i nostri sforzi affinché l'Organizzazione Mondiale della Sanità ci riconosca come Organizzazione Non Governativa, per una maggiore efficacia nel servire il diritto alla salute dei paesi in via di sviluppo e i bisogni etici della medicina moderna.

Noi medici cattolici, rinunciamo al male della contraccezione artificiale in tutte le sue forme. In particolare, rifiutiamo quegli agenti che, mascherati da contraccettivi, ottengono l'effetto di distruggere la vita mediante proprietà abortive. Denunciamo l'imperialismo contraccettivo degli Stati Uniti e delle agenzie governative delle Nazioni Unite, che propagandano, con zelo missionario, la diffusione a livello mondiale di abortivi distruttori della vita, profilattici e contraccettivi.

Al contrario, in una visione pro vita, sosteniamo una sessualità sana e una paternità e maternità responsabili, quali Cristo ci insegna attraverso la Chiesa cattolica. Inoltre praticiamo e promuoviamo programmi positivi, quali la pianificazione familiare naturale, la tecnologia di procreazione naturale e l'allattamento naturale.

Noi medici cattolici, rinunciamo al male dell'eutanasia e del suicidio medicalmente assistito. In particolare, mettiamo in guardia dai pericoli e dalle trappole del “Living Wills” e dei relativi documenti. Rinunciamo alla pressione delle agenzie governative e di terzi, che ci sollecitano ad una riduzione dei costi a spese de-

gli interessi dei nostri pazienti. Al contrario, affermiamo la visione pro vita di cure veramente compassionevoli per i morenti. Con forza incoraggiamo la diffusione dell'educazione alle cure palliative e ad un effettivo controllo del dolore. Sosteniamo infine i programmi pro vita, quali "Hospice Care".

Colpiti dalle impressionanti differenze sociali di New York e dall'abbondanza di

senza tetto e di poveri nella capitale del mondo opulento, proclamiamo il diritto di ogni essere umano a ricevere almeno le cure sanitarie di base, in particolare quando è colpito da malattie croniche o invalidanti.

Profondamente uniti in preghiera in questo importante incontro, noi medici cattolici ci impegnamo a pregare l'uno per l'altro ogni giorno, per la salvezza delle nostre

anime, per le nostre famiglie, per i nostri colleghi, per i nostri pazienti, per il grande dono della nostra Chiesa Una, Santa, Cattolica e Apostolica, e per il mondo. Consacrati in questa sede al Sacro Cuore di Gesù, noi medici cattolici ci impegnamo ad una pratica delle nostre professioni e ad una condotta delle nostre vite centrata in Cristo: "Sacro Cuore di Gesù, venga il tuo Regno in noi".



Congresso Internazionale della Federazione delle Infermiere Cattoliche (CICIAMS) Taiwan, 9-12 Settembre 1998

I. Qualità della vita e globalizzazione

LETTERA DEL CARDINALE SEGRETARIO DI STATO
A S. E. MONS. JAVIER LOZANO, 11 AGOSTO 1998

Eccellenza Reverendissima,

il Santo Padre è lieto di apprendere che dal 9 al 12 settembre si svolgerà a Taiwan il Congresso del Comitato Internazionale Cattolico di Infermiere e Assistenti Medico-Sociali (CICIAMS), e Le chiede di trasmettere a tutti i presenti i suoi saluti nel Signore e l'assicurazione delle sue preghiere. Poiché il Congresso rifletterà sull'importante e complesso tema "La qualità della vita e la globalizzazione", il Santo Padre invoca sui partecipanti il soffio dello Spirito Santo, "Signore e Datore della vita".

Il processo di globalizzazione crea una crescente interdipendenza dei popoli, purtroppo però in molti campi assistiamo a disuguaglianze tra di loro, anche all'interno di uno stesso paese o regione. Il campo delle cure sanitarie è uno di questi. Ai pochi che possono accedere ai potenti strumenti della scienza e della tecnologia medica, si contrappongono i molti che non hanno accesso nemmeno alle più elementari risorse mediche. Per salute si deve intendere non soltanto l'assenza di malattia fisica o di una temporanea disfunzione organica, ma il benessere dell'intera persona: fisico, emotivo e spirituale. Per le cure sanitarie cattoliche, è questo che si intende quando si parla di "qualità di vita"; ed è questo che deve promuovere ogni processo di globalizzazione che si basi su valori veramente umani.

Guidata dalle Scritture, la Chiesa vede l'essere umano creato ad immagine di Dio e pertanto in possesso di una dignità trascendente ed assoluta. Questa visione fornisce il fon-

damento etico alle cure sanitarie cattoliche, e porta i professionisti sanitari cattolici a servire tutte le persone, senza distinzione alcuna. Questa visione può contribuire a far sì che il processo di globalizzazione non sia guidato dalla preoccupazione esclusiva del guadagno economico, ma dalla preoccupazione del benessere totale della persona umana.



zione esclusiva del guadagno economico, ma dalla preoccupazione del benessere totale della persona umana.

Sua Santità ha insistito che "le istituzioni sono molto importanti e indispensabili; tuttavia, nessuna istituzione può da sola sostituire l'amore umano e l'iniziativa umana" (*Salvificis Doloris*, 29). In primo luogo, quindi, la responsabilità dei cattolici impegnati nelle cure sanitarie è personale: il paziente non è un oggetto anonimo ma un individuo che chiede quell'amore e quella cura che sono sempre chiaramente personali. Ma questa responsabilità personale ha an-

che una dimensione comunitaria, in quanto il professionista sanitario è responsabile nei confronti dell'intera società. In un tempo di grandi cambiamenti, i cattolici che operano nel mondo della salute sono chiamati a contribuire alla costruzione di un nuovo ordine sociale sulla base di valori duraturi. Ciò comporta una missione che unisca alle loro capacità umane e professionali, la profondità spirituale di una fede vissuta in carità, una missione che sia parte del grande lavoro di evangelizzazione della Chiesa alle soglie del terzo millennio dell'era cristiana. La missione dei cattolici nel mondo della salute richiede una comune visione morale ed un'azione unificata nelle strutture sanitarie, lavorando insieme nel nome di Cristo affinché ci sia la "condivisione delle risorse disponibili e in questo modo vera comunione" (*Populorum progressio*, 43).

Il Santo Padre incoraggia i partecipanti al Congresso a crescere tanto nell'impegno professionale quanto nella santità cristiana vivendo "la grazia e la responsabilità che gli vengono dal loro Signore per annunciare, celebrare e servire il Vangelo della vita" (*Evangelium Vitae*, 28). In questo modo essi faranno sì che l'amore della Santissima Trinità, da cui tutta la vita proviene ed a cui tutta la vita ritorna, permei la dimensione personale e sociale delle cure sanitarie.

Affidando i lavori del Congresso all'intercessione di Maria, Madre del Redentore, Sua Santità di cuore imparte la Sua Benedizione Apostolica.

Cardinale ANGELO SODANO,
Segretario di Stato

II. Saluto di Mons. Javier Lozano

Cari amici,

in qualità di Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, desidero salutare tutti voi e darvi un caloroso benvenuto al XVI Congresso Mondiale del CICIAMS.

Nel nostro incontro vogliamo definire il ruolo degli operatori sanitari nella promozione della salute globale, discutere ed ampliare l'informazione perché ci conduca alla promozione della salute globale e a cercare cammini e mezzi per stimolare il miglioramento della qualità della vita; il tutto da un punto di vista cristiano.

Iniziamo quindi con la be-

nedizione di Dio. Cristo ci inviò a predicare e a curare gli ammalati in suo nome; ci auguriamo che questo Congresso continuerà il Suo ministero di curare i malati attraverso la cura delle infermiere cattoliche del mondo, con tutti i vantaggi della scienza e delle tecniche mediche di cui disponiamo oggi.

Il nostro impegno è la lotta contro la cultura della morte e a favore della cultura della vita. Rafforziamo i nostri sforzi in questo Congresso per giungere a questa meta. Il ruolo delle infermiere e delle ostetriche è molto importante in questo campo. Esse sono sempre a contatto diretto con i proble-

mi della vita; preghiamo per la loro missione e sosteniamole sempre nel loro importante compito. La globalizzazione della medicina è ambivalente: può essere positiva o negativa per la qualità della vita e per il ministero della cura della salute; rivolgiamo il nostro Congresso nella direzione corretta e positiva, di modo che la globalizzazione possa dare frutti favorevoli per il benessere dell'umanità.

Permettetemi di salutarvi ancora una volta e di esprimere i miei migliori auguri per il felice esito del nostro Congresso. Siate le benvenute.

Taipei, 9 settembre 1998

83



III. CICIAMS: un'analisi pertinente

A seguito del Congresso di Louvain, abbiamo iniziato una riflessione in vista della preparazione di questo XVI Congresso mondiale del CICIAMS, che il Consiglio Generale aveva deciso, su votazione, di tenere a Taiwan. Già a Louvain, e nei vari Seminari regionali seguenti (Olanda, Giappone, Bangkok ...) avevamo ricordato i profondi cambiamenti avvenuti nel mondo che hanno provocato rapidi sconvolgimenti.

Come professionisti sanitari, sappiamo per esperienza diretta che questi sconvolgimenti, queste mutazioni avvenute nelle nostre società, hanno colpito fortemente anche i nostri servizi e le nostre pratiche. In quei giorni i lavori di gruppo, gli apporti delle Regioni hanno permesso di condividere concretamente le nostre varie esperienze di fronte a questi cambiamenti.

Non ricomincerò con voi il Congresso che ci vede riuniti qui a Taipei. Ognuno ha potuto ascoltare e notare gli apporti così ricchi dei nostri eminenti conferenzieri. La mia intenzione è:

– da una parte, di riprendere alcuni flash o idee principali emerse qua e là;

– dall'altra, suggerire alcune risoluzioni che potremmo adottare insieme al termine di questo congresso.

Ricordiamone anzitutto la portata e gli obiettivi:

1) approfondire gli effetti della mondializzazione, il suo impatto sulle persone e sulle popolazioni, nonché sulla qualità della loro vita personale e sociale;

2) sottolineare le sfide che i professionisti sanitari devono cogliere ed evidenziare la loro responsabilità di protagonisti cattolici della salute.

Il programma ha permesso di sviluppare questi obiettivi in prospettiva del terzo millen-

nio che si annuncia alle porte.

I discorsi di benvenuto ci hanno anzitutto introdotti nel contesto dell'Asia e in particolare di Taiwan, dove abbiamo potuto apprezzare la cordialità di un popolo aperto e caloroso, che cerca di armonizzare tradizione e modernità; cordialità manifestata lungo tutto il Congresso, tanto a Chien Tan quanto durante le visite professionali o le serate festive. Grazie!

La mondializzazione? Una situazione e un processo irreversibili, che dobbiamo guardare in volto, sottolineandone tanto gli aspetti negativi che le conseguenze positive e dinamizzanti. I conferenzieri – Mons. Barragán, P. Aldrich, P. Joblin – hanno illustrato queste situazioni cosiddette di crisi, contrassegnate da contraddizioni in cui morte e vita si intrecciano.

Citiamo ad esempio le costrizioni che il potere del denaro pone ai programmi economici e finanziari, legati ai poteri pubblici; le ricerche tecnologiche, biologiche, genetiche, orientate verso una sempre maggiore efficacia e redditività, la loro ripercussione sull'essere umano; le influenze psicologiche e morali veicolate dai media (giornali, films e altri...). Tutto ciò esige, da parte nostra:

– di lottare per reintrodurre incessantemente la dimensione umana nelle nostre pratiche e nelle nostre scelte;

– di coltivare giustizia, amore e verità per il bene comune dell'umanità.

Nella sua analisi sull'evoluzione delle culture e dell'etica, per meglio dire delle etiche, P. Aldrich ha notato, da un punto di vista morale e teologico, che gli avvenimenti della storia dipendono, in parte, dalla libera decisione umana, fonte di progresso se basata sulla giustizia e sul diritto. Come

infermiere, ostetriche, professioniste sanitarie – ha detto – noi siamo custodi della vita, della cultura della vita per usare l'espressione di Giovanni Paolo II.

Si impongono allora la pratica di un reale giudizio morale e un discernimento umano e spirituale per individuare da un lato contraddizioni ed illusioni, e dall'altro ciò che può fortificare la nostra Fede e la nostra Speranza, al fine di costruire una vita migliore per tutti.

Ma, di fronte alle sfide della mondializzazione, noi come infermiere e ostetriche, possiamo promuovere la qualità della vita?

La Sig.ra Marianne Arndt ci ha fornito alcune chiavi di lettura, che riprenderemo nei nostri paesi, soli e con altri, nelle nostre équipes ed associazioni.

A partire da tre storie ben concrete, la Sig.ra Arndt ha potuto affermare: "...la nostra azione forma la nostra persona, noi siamo ciò che facciamo, il mondo è quello che costruiamo...".

In seguito alla domanda: "Perché siete venuti a Taipei?", ci ricorderemo certamente della sua risposta: "Sono un'infermiera cattolica" affermazione o interrogativo, che comporta tre prospettive interdipendenti: ontologica (identità propria), spirituale e religiosa, professionale e che impegna ognuna di noi a dare un nuovo senso ai servizi sanitari e, attraverso le nostre pratiche, a migliorare una qualità di vita che includa curatori, pazienti, il loro entourage particolare e generale.

Questa analisi pertinente e provocante è stata completata da Shirley Dooling. Ripercorrendo gli importanti progressi tecnici che colpiscono le nostre professioni sanitarie, la Sig.ra Dooling ha affermato che il terzo millennio non sarà

tecnico ma iniziatore di senso per l'essere umano, senso che i cristiani radicano nei valori del Vangelo, i quali accordano etica e giustizia.

Ella ci ha invitati ad essere sempre più qualificati, non soltanto a livello tecnico, ma globalmente e in particolare nel campo spirituale, per partecipare con altri all'umanizzazione del sistema sanitario.

P. Joblin, da parte sua, ci ha aiutati a guardare in volto questo mondo che sta passando dal secondo al terzo millennio (un simbolo), questo mondo sempre più contrassegnato dal pluralismo delle culture e delle religioni ... egli ci ha chiamati ad iscriverne nei fatti, nei nostri atti, la nostra visione di Fede e Speranza.

Questa visione esige di aiutarci reciprocamente, e il CICIAMS ci offre:

– un luogo in cui è possibile riflettere insieme sulla nostra professione, sulle sfide del mondo di oggi;

– un luogo di amicizia, di solidarietà, ed anche di preghiera in cui attingere il senso trascendente di Dio presente nelle vostre vite.

Tuttavia, il CICIAMS non è isolato e, come ha mostrato la Sig.ra An Verlinde, è una ONG legata ad altre ONG ed organismi ufficiali.

Il CICIAMS è inoltre una ONG partner di altre OIC che, nella Chiesa, partecipano all'evangelizzazione del mondo

nei loro rispettivi campi d'attività, in particolare le OIC impegnate nella promozione della salute e dell'azione sociale. Queste ultime, e quindi il CICIAMS, partecipano alla missione della Chiesa e al suo ministero di compassione per i malati e le persone colpite da handicap, i poveri, i bambini, gli anziani.

Non dobbiamo prendere sempre più coscienza della nostra vocazione personale e collettiva in questo senso?

Non si mette un punto finale ad un Congresso, ma esso deve avere un prolungamento locale e concreto. Deve suscitare un rinnovato impegno associativo. Quali impegni assumere come CICIAMS, come associazioni cattoliche nazionali di professionisti sanitari?

Dai nostri lavori scaturiscono le seguenti *risoluzioni*.

A conclusione del XVI Congresso Mondiale, i delegati dei diversi paesi,

1. si impegnano a realizzare gli obiettivi generali definiti dal Consiglio generale del CICIAMS per i prossimi 4 anni, consapevoli che ognuno è responsabile al proprio livello della loro realizzazione, in vista di una migliore qualità di vita per tutti e in tutto il mondo;

2. si impegnano a meglio utilizzare i moderni mezzi di comunicazione, non soltanto per essere o apparire moderni, ma per:

– favorire una vera interrelazione tra di loro;

– creare o ri-creare unità e comunione nel rispetto delle loro differenze;

– costruire una rete solidale di professionisti sanitari che fanno riferimento a Gesù Cristo e al suo Vangelo;

3. chiedono:

– che il CICIAMS rifletta sul tipo di responsabilità che deve esercitare nei confronti del suo ambiente politico, economico, sociale, culturale, religioso e che ricerchi le azioni da intraprendere su questa strada;

– che il CICIAMS, in quanto ONG e OIC, esamini gli ostacoli alla piena partecipazione delle infermiere e ostetriche cattoliche alle politiche sanitarie dei loro paesi e il ruolo che può assumere per risolverli.

In nome di voi tutti, prego il Signore di benedire i nostri lavori e di aiutarci a vivere queste risoluzioni, traendo ispirazione dal Libro della Saggiezza, nella Bibbia.

Signore, Tu che vuoi che l'intelligenza penetri i segreti della natura; Tu che vuoi che rendiamo la terra abitabile a tutti: fa che la Tua Parola ci illumini perché lavoriamo per la giustizia e che la scienza serva la Vita per lo splendore della Tua Gloria.

CICIAMS

Consiglio d'Amministrazione



IV. Globalizzazione della medicina: missione e responsabilità delle infermiere e delle assistenti medico-sociali cattoliche

Ringrazio il Comitato Cattolico Internazionale delle Infermiere ed Assistenti medico-sociali per aver voluto invitare il Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari a partecipare a questo importante incontro. I rapporti tra il Pontificio Consiglio che mi onoro di presiedere e il Comitato Cattolico Internazionale delle Infermiere ed Assistenti medico-sociali sono sempre stati ottimi. L'accoglienza che abbiamo ricevuto è stata straordinaria; siamo qui per servirvi nell'incarico che il Santo Padre Giovanni Paolo II ci ha affidato, come segno della sua grande benevolenza verso di voi, infermiere ed assistenti medico-sociali cattoliche, come ha dimostrato nel saluto che ha voluto inviarvi e che ho avuto l'onore di trasmettervi.

Il tema "La medicina e la globalizzazione: missione e responsabilità delle infermiere ed assistenti medico-sociali", è di grande attualità ed urgenza, date le nuove circostanze in cui si trova il mondo contemporaneo; cercherò di sviluppare alcuni aspetti della professione infermieristica oggi. Queste riflessioni si possono applicare anche ad altri professionisti sanitari.

Certi avvenimenti portano la società a riesaminare le evidenze etiche che le sono servite da guida. La globalizzazione è uno di questi; fa sentire i suoi effetti su scala mondiale e colpisce tutti gli ambienti professionali. La ragione è che la globalizzazione si accompagna ad una nuova antropologia sociale.

Una nuova antropologia sociale

Il capitalismo non ha cessato di estendere il suo dominio sulle società fin dall'inizio del

secolo. Qualunque siano i regimi politici, una nuova cultura sostituisce lentamente le culture umanistiche che le diverse civiltà avevano elaborato lungo i secoli. Invece di fare dell'uomo il centro della filosofia sociale e di giustificare i suoi obblighi economici da questo punto di vista, il capitalismo, così come si è sviluppato, pone l'uomo al servizio dell'economia, fa della competenza e dell'acquisizione di potere il valore in cui risiede la condizione di sopravvivenza degli individui e della società, impone un'etica dell'efficacia e relega verso le zone di povertà coloro che non contribuiscono alla riuscita del suo sistema. Questa ideologia è penetrata allo stesso modo nel mondo della salute.

La società impone i propri criteri di moralità

Le crisi economiche che colpiscono oggi le popolazioni, raramente sono dovute ad un cattivo raccolto o ad una catastrofe naturale, perché la solidarietà internazionale può rimediare quasi tutto. Sono dovute invece al ristagno della macchina economica o finanziaria che fa sprofondare un intero paese nel caos. Crediti abbondanti e facili avevano creato l'illusione di una prosperità senza fine; intere popolazioni vivevano di questo mito e nessuna Cassandra era autorizzata a criticarlo. Tale evoluzione ha avuto i suoi effetti sui servizi sanitari.

Questa nuova mentalità colpisce anche i lavoratori del settore sanitario. I primi servizi sanitari nacquero dalla volontà di venire in aiuto alle persone ammalate per alleviare le loro sofferenze. Ora vengono concepiti come una vasta organizzazione i cui dirigenti fissano le regole di fun-

zionamento secondo esigenze economiche e finanziarie. Il personale sanitario è chiamato a far funzionare il sistema, qualunque siano le sue convinzioni personali. Le obbligazioni tecniche minacciano di far passare in secondo piano le preoccupazioni umane che per molto tempo sono state una caratteristica dei professionisti sanitari.

Si pone il problema di sapere come si devono comportare le infermiere cattoliche e coloro che sono coscienti della dignità dei pazienti in una situazione in cui viene forzato l'esercizio della loro professione. Affermiamo che essi devono lottare per reintrodurre la dimensione umana nelle loro attività professionali; questa lotta deve essere assunta allo stesso modo dai lavoratori credenti di altri ambienti professionali.

Bisogna imparare a distinguere, negli avvenimenti presenti, ciò che porta un rinnovamento per sostenerlo, e ciò che è contrario per rifiutarlo e, in ciò che è ambiguo, quello che deve essere preso e quello che deve essere messo da parte.

1. In cosa colpisce le infermiere e gli altri professionisti sanitari il processo di globalizzazione?

Gli effetti della globalizzazione sui professionisti della salute si fanno sentire anzitutto in tre campi: quello dell'organizzazione dei servizi per la salute, dei beneficiari dei servizi sanitari e delle condizioni di lavoro del personale sanitario.

a) L'organizzazione dei servizi sanitari.

È qui la chiave del cambiamento. Il primato dell'effica-

cia che governa la politica della globalizzazione penetra nei servizi sanitari e tende ad offuscare i rapporti umani che dovrebbero regnarvi.

I responsabili delle politiche sanitarie vogliono offrire alle persone le cure più sofisticate pensando, in questo modo, di garantire la reputazione e la competitività delle loro installazioni; per questo, al momento di usare le risorse di cui dispongono, ne destinano una vasta parte alla ricerca e all'introduzione di nuove tecniche nei loro ospedali, mentre una gran parte della popolazione rimane priva dei servizi elementari in materia di acqua, alimentazione, abitazione e, in generale, di tutto ciò che rientra sotto il nome di cure primarie.

La volontà degli amministratori degli ospedali di disporre degli apparati più moderni, introduce una disparità nell'accesso alle cure sanitarie. Risulta in effetti un aumento di costi di inversione e di gestione che obbliga a limitare il numero delle installazioni e a riservarne l'accesso a coloro che se lo possono permettere finanziariamente. Mentre si pongono a disposizione di alcuni pazienti cure sofisticate, intere popolazioni sono prive delle elementari possibilità di attenzione sanitaria.

Gli obblighi finanziari fanno sì che i servizi sanitari siano sempre più sottoposti alle funzioni amministrative che, per ragioni economiche e di buona gestione, tendono ad intervenire nel fissare le condizioni di lavoro del personale e nel giudicare se tali innovazioni tecnologiche sono necessarie.

Questo dominio dell'amministrazione si ripresenta allorché si tratta di decidere sulla mappa geografica dell'attenzione sanitaria: alcune regioni sono trascurate a causa delle regole amministrative emanate.

Il cambiamento di direzione delle risorse nazionali verso le inversioni definite produttive, ha luogo a detrimento delle persone deboli, delle donne, degli invalidi, degli emarginati e dell'organizza-

zione delle cure sanitarie primarie tra le popolazioni delle zone povere.

b) I beneficiari dei servizi sanitari

I beneficiari dei servizi sanitari possono concorrere a rafforzare il dominio dei servizi amministrativi sui servizi sanitari, incluso le infermiere e gli altri professionisti sanitari; in effetti, questi esigono che i trattamenti migliori vengano messi a disposizione della maggioranza, se non di tutti. Le loro richieste vanno ben oltre le possibilità; essi



esigono che i servizi amministrativi facciano il massimo per rispondere alle loro speranze, che impieghino le risorse in base ai loro desideri, imponendo le loro decisioni al personale sanitario.

È diventato attuale un nuovo modo di concepire la salute. Prima, c'era tutto un contesto religioso che avvolgeva la malattia e proponeva una spiegazione che le dava significato; ora, tale dimensione spirituale non viene accettata dalla società; la salute è ritenuta un diritto e la malattia un attentato contro di esso, una specie di incidente a cui la società ha l'obbligo di rimediare.

Si diffonde un nuovo atteggiamento nei confronti della vita, sempre più considerata come un diritto soggettivo al benessere inteso come vuole l'individuo. Tale concetto, associato al rifiuto di dare un senso positivo alla sofferenza, ha condotto all'accettazione dell'aborto e dell'eutanasia da parte del vasto pubblico nei paesi che hanno fatto il loro ingresso nella modernità.

L'urbanizzazione dei villaggi accentua il carattere disumano che hanno spesso le cure sanitarie; il malato è un essere isolato. I membri della sua famiglia o i suoi amici incontrano molte volte grandi difficoltà per visitarli; molti di loro, sottoposti ad orari rigidi nei posti di lavoro, vivono ad una grande distanza dall'ospedale e a volte in regioni diverse da quelle in cui è ricoverato il malato.

La globalizzazione contribuisce ad aumentare il numero dei migranti e dei rifugiati; gli uni e gli altri subiscono una trasformazione delle loro vite a cui devono adattarsi; ne nasce tutta una serie di problemi psicologici o di altro tipo a cui l'infermiere e gli altri professionisti sanitari devono stare attenti.

La trasformazione della vita comporta la sparizione delle strutture abituali di sostegno alle persone deboli o invalide, il che rende necessario offrire loro un'assistenza particolare.

A fianco di piaghe antiche quali l'alcolismo, fanno la loro comparsa piaghe nuove come la droga e l'AIDS, che l'infermiere deve affrontare.

L'aumento delle disuguaglianze, la diffusione della disoccupazione e del sottoccupazione, così come la susseguente riduzione dei guadagni, creano problemi psicologici e sociali a cui le infermiere cattoliche devono trovare delle risposte.

c) I professionisti sanitari

Sono prigionieri dell'ambiente; amministratori e pazienti esigono da loro meraviglie, indipendentemente dalle loro condizioni fisiche (stress, orari sempre più lunghi, ecc.). In numerosi casi il contatto umano con il paziente e la sua famiglia viene trascurato.

Le infermiere cattoliche devono essere in prima linea tra coloro che lottano contro la spersonalizzazione della loro professione, contro la tendenza a far prevalere gli aspetti tecnici della malattia; di qui deriva la mancanza di attenzione che giunge a colpire il diritto alla vita dei pazienti nati o che devono nascere.

Le trasformazioni che abbiamo precedentemente analizzato, hanno contribuito a gettare un nuovo sguardo sulla salute nella società attuale, che non la concepisce più come l'assenza di malattia, bensì come la massima prevenzione contro le possibili malattie. Tale concezione si è trasformata in una esigenza morale che giustifica agli occhi delle masse il fatto di adottare un'atteggiamento positivo di fronte al progresso della medicina e alla ricerca scientifica. Mentre tradizionalmente le nuove tecniche in materia di cure mediche venivano giudicate sulla base di criteri oggettivi di moralità fondati sul significato dell'uomo, le società contemporanee si basano su altri criteri, soggettivi, che si fondano sul giudizio personale di ognuno e riconoscono un solo limite al loro sapere, cioè che l'atto compiuto non provochi danni a terzi. Questa evoluzione accresce la responsabilità morale delle infermiere cattoliche.

La nozione di *danni a terzi* permette di comprendere la novità della situazione presente. Mentre nella posizione tradizionale questo si valutava in funzione di un'antropologia che teneva conto del futuro dell'uomo e, come diciamo noi cristiani, del suo destino soprannaturale, la civilizzazione contemporanea tende a cancellare dalla mente ogni dimensione storica e concentra l'attenzione dell'uomo solo nel presente. Questo male, già grande nei paesi occidentali, minaccia ora i popoli che cercano di entrare nella modernità; ciò che propone l'Occidente unisce la gente nella lotta per ottenere la maggiore efficacia nel momento attuale.

Il progresso della chirurgia, della scienza relativa ai medicinali, delle tecniche di intervento sul corpo umano, ecc. hanno suscitato alla fine una volontà di controllo della vita da parte dei politici (demografia), da parte degli scienziati (per l'esplorazione del corpo umano e del vincolo causale esistente tra i suoi diversi elementi per riprodurli in laboratorio,...). Le infer-

miere cattoliche e gli altri professionisti del campo sanitario si trovano di fronte a questioni come gli esami genetici e la scoperta di anomalie genetiche nel bambino che deve nascere, le terapie genetiche, i tentativi di sostituzione del processo naturale di procreazione, ecc.

Tutte queste questioni, sia tecniche che morali, si presentano alle infermiere in un ambiente di erosione dei valori tradizionali, in particolare della famiglia; esse si trovano così chiamate a ricostruire la società reintroducendo queste



nuove pratiche mediche in un contesto morale e mostrando che le giudicano ricollocandole in una concezione dell'uomo come di un essere che è in divenire e che si autorealizza. Soltanto sostituendo le questioni nuove come la procreazione assistita, l'aborto, l'eutanasia, la clonazione, ecc. con una prospettiva umanistica, le infermiere e gli altri professionisti sanitari potranno avere una visione chiara di ciò che è giusto e, facendo appello al senso della verità iscritto in ogni uomo, mobilitare i credenti di altre religioni e gli "uomini di buona volontà" a restaurare l'autentica idea della vita.

2. I professionisti sanitari cattolici e la globalizzazione

La globalizzazione colpisce i professionisti sanitari cattolici almeno in due aspetti:

a) Mancanza di solidarietà

I religiosi e le religiose, come gran parte dei cattolici che

lavorano nei servizi sanitari, lo fanno in una prospettiva di altruismo; molti di loro curano i più poveri con uno spirito di carità. Tuttavia, la ricerca e il perfezionamento tecnico di molti servizi sanitari sembrano obbligarli a non curarsi più dei poveri.

La tradizione cattolica si preoccupa di stabilire un rapporto umano tra il professionista sanitario, il malato e i suoi familiari, però le condizioni in cui la cura viene svolta lo permettono sempre meno.

b) Banalizzazione della morale

Gli interventi della Chiesa per condannare certe pratiche o per porre in guardia contro le loro possibili conseguenze, sono visti come un abuso da gran parte dell'opinione pubblica la quale non comprende che la Chiesa rifiuti l'aborto e l'eutanasia o esprima riserve riguardo la somministrazione di alcuni medicinali o gli interventi chirurgici sul feto...

L'incomprensione di cui sono oggetto la Chiesa e i professionisti sanitari cattolici viene in gran parte dal fatto che i mass media hanno attualmente un modo di comprendere la vita che si oppone agli insegnamenti della Chiesa. L'antropologia cristiana non può ammettere che si infranga o non si tenga conto del legame esistente tra la persona e Dio. Per far fronte all'ideologia generalizzata dell'etica della globalizzazione, l'uomo non deve aspettarsi il massimo dei vantaggi dal tempo in cui vive, bensì vedere nell'istante che gli è stato dato un mezzo di scelta che lo conduce a Dio.

3. Ruolo delle organizzazioni professionali sanitarie cattoliche e in particolare del CICIAMS nell'evangelizzazione dei loro membri

Tali organizzazioni devono offrire ai loro membri i mezzi per sviluppare la loro fede nel proprio ambito: nel campo concreto dell'etica infermieristica, l'infermiera cattolica

deve comprendere che la sua fede la porta a difendere i principi che sono alla base della sua professione, quali: *il principio di beneficenza*, cioè far sempre del bene al paziente; *il principio del non fare male*, cioè non pregiudicare in nulla il paziente; *il principio di autonomia*, ossia il paziente, per quanto possibile, deve essere colui che decide se accettare o meno la cura che gli viene offerta; *il principio della veridicità*, secondo il quale bisogna informare il paziente in maniera veritiera sulla sua malattia e sul trattamento da impartire; *il principio della sacralità della vita*, secondo il quale bisogna difendere sempre la vita umana, sia nei momenti iniziali sia in quelli terminali; *il principio della giustizia*, cioè trattare le persone nello stesso modo e dare ad ognuna di loro ciò che le è dovuto.

Le organizzazioni devono lottare affinché le infermiere dimostrino professionalità in tutti gli ambienti sanitari e il loro lavoro sia riconosciuto come una vera professione nell'ambito sanitario.

Devono far sì che i loro membri dispongano di una informazione tecnica sui nuovi problemi della medicina ed offrire loro i mezzi per considerarli da una prospettiva cristiana; ciò significa considerare positivamente tutti i progressi della scienza e della tecnica medica, ma sempre sotto la luce della loro finalità nell'uomo e non in una indipendenza che trasformerebbe l'uomo in oggetto di sperimentazione per il progresso scientifico. Devono ricordare che la vita e la salute, in ogni loro stadio, e l'attenzione a questa vengono in ultimi termini da Dio.

Devono incarnare nella loro condotta sanitaria la comprensione cristiana della salute, non solo come assenza o prevenzione delle malattie, bensì come una tensione dinamica verso l'armonia fisica, mentale, sociale e spirituale dell'uomo, che lo rende in grado di portare a termine il compito affidatogli da Dio.

Devono insegnare ai loro membri che il dolore può es-

sere positivo, poiché quando lo si offre a Cristo, Egli lo fa proprio e lo trasforma in causa di salvezza e di vittoria sul male. Si unisce al dolore redentivo dello stesso Cristo e si trasforma in redenzione per tutti. Devono insegnare che il dolore è assurdo soltanto se si chiude in se stesso, mentre non lo è se si apre e si offre pienamente a Cristo nostro Signore.

Devono far sì che i loro membri siano capaci di affrontare i nuovi problemi di cui la loro professione deve occuparsi: malattie emergenti,



droga, AIDS, squilibri psicologici ... Devono insistere sul valore dei più poveri e meno protetti, come dei fratelli più amati nel Signore; noi saremo giudicati così come li tratteremo. Devono in particolare infondere nei loro membri il rispetto nei confronti della vita nascente e dei malati terminali, evitando sempre l'aborto e l'eutanasia.

Devono adoperarsi affinché la società e le autorità competenti riconoscano all'infermiera il diritto di obiezione di coscienza nei casi pertinenti, visto che in molte legislazioni tale diritto viene riconosciuto soltanto al medico. Devono sforzarsi affinché i loro membri creino nelle istituzioni sanitarie un nuovo spazio di evangelizzazione e un nuovo spazio umano, poiché, anche se in molti luoghi l'infermiera non ricopre posti direttivi di alto livello, tuttavia è lei che trascorre la maggior parte del tempo a fianco dei malati. L'infermiera cattolica deve vivere insieme ai malati il suo impegno cristiano cercando di alleviare le loro sofferenze e malattie sul-

l'esempio del Buon Samaritano, cioè del Signore nostro Gesù Cristo, medico del corpo e dell'anima.

Devono trarre ispirazione dal discorso pronunciato nel 1987 da Giovanni Paolo II di fronte alla cattedrale di Spira, in cui sottolinea che l'unione di buone volontà permette di sperare in buoni risultati che vanno al di là del raggiungimento di un solo individuo. In concreto, l'unione delle infermiere ed assistenti medico-sociali cattoliche è di importanza assoluta nella Chiesa cattolica. Con la sua risonanza mondiale può far presente ovunque la dignità del malato, la necessità e i mezzi per curarlo, secondo la dottrina della Chiesa. Ora che la cultura della morte sembra essersi insinuata anche negli ambienti medici, alle infermiere e agli altri professionisti sanitari cattolici spetta il compito sublime di proclamare nel modo più forte la cultura della vita, e di dire con le loro pratiche sanitarie come la vita e la salute siano un sommo dono di Dio e che come tale vanno amministrate. La professione sanitaria è un ministero ecclesiale.

Il CICIAMS, infine, deve cercare di diffondersi sempre più, in particolar modo nei paesi in cui non è ancora presente, affinché facciano parte delle sue fila un numero sempre maggiore di infermiere ed assistenti medico-sociali cattoliche e risplenda così con maggiore luminosità la cultura della vita nel campo infermieristico di tutto il mondo.

Conclusioni

La globalizzazione ha posto al centro di ogni cosa l'economia, e su di essa si è sviluppata la politica e la società. La scienza e le tecniche mediche non sono esenti da questo fenomeno. Tale avvenimento mondiale presenta grandi svantaggi, in quanto l'uomo passa in secondo piano e si inserisce nell'insieme come un ulteriore ingranaggio della macchina economica; questo vale per singoli individui e

per interi popoli. La globalizzazione è entrata anche nel mondo della salute, nel campo della ricerca, delle scienze e delle tecniche sanitarie, con tutto ciò che comporta e che, in ultimi termini, significa la cultura della morte.

Non tutto però è negativo. Per il fatto di disporre di una maggiore razionalizzazione delle risorse e di aver suscitato uno sviluppo senza uguali della scienza e della tecnica, in particolare nel campo della salute, la globalizzazione ha posto maggiori mezzi a disposizione dell'uomo ed ha reso possibile una più vasta divulgazione delle opportunità di cura e di recupero della salute per un numero maggiore di nazioni e di persone, così che

il motto dell'OMS, "Salute per tutti", possa diventare sempre più una realtà. Tutto questo a condizione che l'uomo sia il fine indiscutibile di questo processo e che dalla globalizzazione dell'economia possiamo passare ad una vera unità di tutto il genere umano e, in termini di salute, al vero *bene comune internazionale della salute*. Il requisito per questo passo trascendentale è che finalmente l'uomo riconosca la vita e la salute come un dono di Dio, e il meraviglioso mondo della scienza e della tecnica come un regalo che Dio fa ai suoi figli non perché siano schiavi e prodotti dell'industria, della tecnica e della scienza, bensì autentici sovrani che, senza

distruggere la natura e in armonia con essa, la riconducano a se stessi.

Sarà questa la missione e la responsabilità del Comitato Cattolico Internazionale delle Infermiere e Assistenti medico-sociali nella globalizzazione: in questo meraviglioso e bellissimo mondo della tecnica e delle scienze mediche, porre l'uomo come centro indiscutibile di tutti i suoi sforzi, poiché tutto è stato ricevuto come un autentico dono di Dio nostro Signore.

+ JAVIER LOZANO
BARRAGÁN

*Arcivescovo-Vescovo emerito
di Zacatecas
Presidente del Pontificio Consiglio
per la Pastorale
degli Operatori Sanitari*



Attività del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari 1998

1. Celebrazione della VI Giornata Mondiale del Malato

Nell'anno dedicato, per volontà del Santo Padre, ad una speciale riflessione sullo Spirito Santo, la VI Giornata Mondiale del Malato è stata solennemente celebrata nel Santuario mariano di Loreto (Italia) all'insegna delle parole: "Lo Spirito ci fa casa di salute e di speranza". Della Delegazione pontificia, guidata dal Card. Angelo Sodano, Segretario di Stato e Legato Pontificio del Santo Padre per la Giornata Mondiale del Malato, facevano parte S. E. Mons. Javier Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, i PP. José L. Redrado, O.H., Felice Ruffini, M.I., rispettivamente Segretario e Sottosegretario del medesimo Pontificio Consiglio, Mons. Timothy Broglio, Consigliere della Nunziatura Apostolica.

Tre momenti hanno contraddistinto le varie manifestazioni celebrative: la preghiera, lo studio e le visite ad alcuni luoghi significativi. Una ampia informazione di questa celebrazione il lettore può trovarla sulla nostra rivista *Dolentium Hominum*, n. 38/1998.

2. Quarta Assemblea Plenaria del Dicastero.

Dal 9 all'11 marzo il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari si è riunito in Assemblea Plenaria, assieme ai suoi Membri ed alcuni Consultori, per riflettere e dialogare sul modello, la finalità e l'operatività del Dicastero, ossia sulla nuova pianificazione del lavoro del Dicastero alla soglia del terzo millennio, al fine di

rispondere in maniera più efficace alla missione affidatagli dal Santo Padre, di essere un aiuto nel Suo prezioso ministero petrino nel campo specifico della pastorale del-



la salute. Dopo un saluto rivolto a tutti i partecipanti, il Presidente del Dicastero S. E. Mons. Javier Lozano Barragán ha introdotto i lavori presentando i temi da trattare e la metodologia da seguire. In questa ottica sono state presentate le relazioni dedicate ai seguenti temi: "Undici anni del Pontificio Consiglio", P. José L. Redrado, O.H., Segretario del Dicastero; "Punto di partenza", Mons. Jean-Marie Mpendawatu, Ufficiale del Dicastero; "Finalità del Dicastero", S.E. Mons. Javier Lozano Barragán, Presidente del Dicastero; "L'operatività del Dicastero nel ministero della

Parola", P. José L. Redrado, O.H.; "Operatività del Dicastero nel ministero della Santificazione", Don Krzysztof J. Nykiel, Ufficiale del Dicastero; "Operatività del Dicastero nel ministero della Comunione", P. Felice Ruffini, M.I., Sottosegretario del Dicastero.

Nell'Udienza concessa il primo giorno dell'Assemblea, il Santo Padre dopo essersi compiaciuto dell'attività svolta dal Dicastero nel corso dei primi tredici anni dalla sua costituzione nel settore delicato e spesso travagliato della pastorale della salute e della sofferenza, ha esortato tutti alla pratica del *Vangelo della Vita*, ispirandosi al Divin Maestro che è venuto "perché abbiano la vita e l'abbiano in abbondanza" (Gv 10, 10). Il Papa ha sottolineato che la "benefica azione di protezione e difesa della salute trova ostacoli non solo nei molteplici fattori patogeni, antichi e recenti, che insidiano la vita sulla terra, ma qualche volta anche nella mentalità e nel comportamento degli uomini. Le ideologie totalitarie che hanno degradato l'uomo ad oggetto, calpestando ed escludendo i diritti umani fondamentali, trovano preoccupanti riscontri in certe strumentalizzazioni delle potenzialità biotecnologiche, che manipolano la vita in nome di un'ambizione smisurata di dominio che deforma aspirazioni e speranze, moltiplicando inquietudini e sofferenze".

3. Partecipazione all'Assemblea Speciale per l'Asia del Sinodo dei Vescovi

Alla suddetta Assemblea che si è svolta in Vaticano dal 19 aprile al 14 maggio ha preso parte, quale Membro di di-

ritto, S. E. Mons. Javier Lozano, Presidente del Dicastero. Il Pontificio Consiglio ha dato il suo contributo sia nella fase preparatoria che in quella della celebrazione sinodale. I sussidi approntati sono stati accolti positivamente e gli interventi del Presidente sia in Aula che nei lavori dei gruppi circa gli specifici argomenti hanno incontrato il consenso dei Padri sinodali sull'importanza della pastorale sanitaria e di un suo incremento nell'attuale evangelizzazione dell'Asia e del mondo.

4. Riunioni interdicasteriali

– Presso il Pontificio Consiglio per i Laici. Il Segretario del Dicastero P. José L. Redrado, O.H., ha partecipato il 13 marzo alla prima riunione del gruppo *ad hoc* in vista dell'Anno Internazionale degli Anziani 1999. Sono seguite a scadenze varie altre riunioni del medesimo gruppo durante tutto l'anno 1998, alle quali P. Redrado è stato sempre presente.

– Presso il Pontificio Consiglio della Famiglia. Il 26 marzo, il Rev. Don Krzysztof J. Nykiel ha preso parte all'incontro interdicasteriale in vista della preparazione del *III Incontro degli Istituti di Famiglia e di Bioetica*.

– Presso la Congregazione per l'Evangelizzazione dei Popoli. Il Presidente del Dicastero Mons. Javier Lozano ha partecipato il 30 marzo ad una Congregazione Ordinaria per discutere le Ponenze.

– Presso il Pontificio Consiglio "Giustizia e Pace". Il Segretario del Dicastero P. José L. Redrado, O.H., ha partecipato il 30 marzo alla riunione interdicasteriale in vista della preparazione della prossima *Giornata Mondiale della Pace* (1999).

– 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 XXIII Assemblea Plenaria del medesimo Dicastero.

– Presso il Pontificio Consiglio della Cultura. Il Rev. Don Krzysztof J. Nykiel, Officiale del Dicastero, ha partecipato il 28 maggio all'incontro interdicasteriale sul tema: "*Dopo l'Assemblea Speciale del Sinodo dei Vescovi per l'America, evangelizzazione delle culture e inculturazione della fede in America Latina: speranza e sfide*".



– Presso la Congregazione per il Clero. Il 9 giugno e il 13 novembre, il Rev. P. José L. Redrado, O.H., Segretario del Dicastero ha preso parte alle riunioni interdicasteriali promosse e organizzate dal Comitato Centrale del Grande Giubileo dell'Anno 2000 in seguito alla pubblicazione del Calendario dell'Anno Santo 2000.

– Presso la Congregazione per l'Evangelizzazione dei Popoli. Dal 17 al 20 novembre, il Presidente del Dicastero Mons. J. Lozano ha partecipato ad una Congregazione Plenaria.

– Nel corso dell'intero anno 1998, c'è stata un'intensa collaborazione interdicasteriale in sede per quanto riguarda alcuni programmi operativi di questo Pontificio Consiglio: Droga, AIDS, Ospedali cattolici, Unzione degli Infermi. Tutti questi incontri si sono svolti sotto la guida dei Superiori del Dicastero.

5. Partecipazione e rappresentanza a Congressi e Convegni

GENNAIO

– Dal 17 al 24, a Ginevra, l'Officiale del Dicastero il Rev. Mons. Jean-Marie Mpendawatu ha partecipato in seno alla Delegazione della S. Sede ad una riunione del Consiglio Esecutivo della Organizzazione Mondiale della Sanità.

FEBBRAIO

– Nei giorni 18 - 22, a Roma, l'Officiale del Dicastero il Rev. Mons. Jean-Marie Mpendawatu, ha rappresentato il Dicastero alla Conferenza internazionale promossa dall'Istituto di Bioetica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore sul tema: "*Salute delle Donne*", tenendo una apposita relazione al riguardo.

– il giorno 23, il Presidente del Dicastero S. E. Mons. J. Lozano ha presieduto la celebrazione dell'Eucaristia ed ha inaugurato i Lavori della IV Assemblea Generale della Pontificia Accademia per la Vita con un saluto indirizzato ai partecipanti sul tema: "*Personalità umana e società del futuro*".

MAGGIO

– Il giorno 4, il Presidente del Dicastero ha inaugurato la riunione del Consiglio Direttivo della Pontificia Accademia per la Vita, che ha avuto il seguente ordine del giorno:

a) scelta del tema della prossima Assemblea Generale (1999) e le prospettive per l'Anno 2000; b) nomina di alcuni Membri Corrispondenti; c) programmazione dei convegni di studio sul tema dell'embrione umano; d) *varia*.

– Il giorno 5, a Roma, Il Segretario del Dicastero, P. José L. Redrado, O.H., ha preso parte alla "Riunione Plenaria" dell'Unione Internazionale Superiore Generali delle Congregazioni dedite alla Pastorale sanitaria (UISG), presentando nel suo intervento le finalità e i principali contenuti del Primo Simposio di Suore impegnate nel campo della salute.

– Il giorno 9, l'Ufficiale del Dicastero il Rev. Mons. Jean-Marie Mpendawatu, ha partecipato al *I Incontro di studio sui problemi delle biotecnologie estese al campo animale e vegetale*, organizzato dalla Pontificia Accademia per la Vita.

– Dall'11 al 16, a Ginevra, Il Presidente del Dicastero S. E. Mons. Javier Lozano ha partecipato, quale Capo della Delegazione della Santa Sede, alla *51ª sessione dell'Assemblea Mondiale della Sanità*, ed ha preso parte alle cerimonie commemorative del *50º anniversario dell'OMS*, rivolgendo ai partecipanti una parola di saluto e di congratulazioni. Faceva anche parte della medesima delegazione il Rev. Mons. Jean-Marie Mpendawatu, Ufficiale del Dicastero.

– Il giorno 18, a Sevilla, su invito di S. E. Mons. Carlos Amigo Vallejo, Arcivescovo di Sevilla, il Presidente del Dicastero ha partecipato al Simposio sul tema: "*Espiritualidades y Espiritualismo ante el III Milenio*", organizzato dall'Accademia della Storia Ecclesiastica in collaborazione con il Dipartimento della Storia dell'America dell'Università di Sevilla, tenendo una relazione sulla "*Spiritualità del dolore – riflessione teologica*".

– Il giorno 21, a Roma, su invito dell'On. Rosy Bindi, Ministro della Sanità dell'Italia, S. E. Mons. Javier Lozano ha preso parte alla presentazione del Piano Sanitario Nazionale 1998 - 2000 che vuole essere un *patto di solidarietà per la salute*.

GIUGNO

– Dall'8 al 10, a New York, il Presidente S. E. Mons. J. Lozano ha partecipato, quale



Capo della Delegazione d'Osservazione della Santa Sede, alla *XX Sessione Speciale dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite* dedicata alla lotta contro il traffico illecito delle droghe, presentando una relazione sul tema: "*Lotta contro il traffico illecito della droga*".

– Il giorno 16, in Vaticano, S. E. Mons. Javier Lozano ha preso parte alla Giornata di riflessione sul tema: "*La qualità della vita del malato terminale di tumore*", organizzata dalla Fondazione Maruzza Lefebre D'Ovidio.

– Il giorno 18, a Roma, il Presidente del Dicastero ha partecipato ad una Riunione commemorativa del *decimo anniversario* del nuovo assetto voluto dal Santo Padre per la Pontificia Commissione per l'America Latina.

LUGLIO

– Dal 7 al 12, presso il Santuario di Nostra Signora di Guadalupe (Messico), S. E. Mons. J. Lozano ha preso parte al *3º Incontro Internazionale dei Sacerdoti* in preparazione al Grande Giubileo dell'Anno 2000 ed ha commentato, in chiave sacerdotale, la sesta stazione della Via Crucis.

SETTEMBRE

– Dal 9 al 13, a Taipei (Taiwan), accompagnato dal Segretario del Dicastero, il Rev. P. José L. Redrado, O.H., S. E. Mons. J. Lozano ha partecipato al XVI Congresso Mondiale del Comitato Internazionale Cattolico delle Infermiere e delle Assistenti Medico-Sociali (CICIAMS) sul tema: "*La qualità di vita e la globalizzazione*". Il Presidente del Dicastero è intervenuto con una relazione sul tema: "*La globalizzazione della Medicina: missione e responsabilità delle Infermiere e delle Assistenti medico-sociali cattoliche*".

– Dal 10 al 13, a New York, il Rev. Frà Pierluigi Marchesi, O.H., Membro del Dicastero, ha rappresentato il medesimo al XIX Congresso Mondiale della Federazione Internazionale delle Associazioni dei Medici Cattolici (FIAMC) sul tema: "*Medical ethics in the Third Millennium: Christ's Healing Love through the Gospel of Life*".

– Dal 16 al 20, a Santo Domingo, il Presidente del Dicastero ha partecipato al III Incontro Latinoamericano e dei Caraibi della Pastorale della Salute, presentando una relazione sul tema: "*Commissioni episcopali nazionali per la Pastorale sanitaria*".

– Nei giorni 17-18, ad Aachen, il Consultore P. Bonifacio Honings, ha rappresentato il Dicastero ad una Giornata di riflessione sull'attività dell'Action Medeor nel mondo della salute in occasione dell'apertura dei nuovi locali della medesima Associazione.

OTTOBRE

– Dal 22 al 24, in Vaticano, si è svolto il III Incontro a livello europeo, promosso dal Pontificio Consiglio per la Famiglia sul tema: "I diritti umani e diritti della famiglia". Il Presidente del Dicastero ha partecipato all'inaugurazione dei Lavori.

– Il giorno 24, S. E. Mons. J. Lozano e il Rev. P. José L. Redrado, O.H., hanno preso parte alla Sessione inaugurale del III Congresso Internazionale su: "Il Volto dei Volti: Cristo", organizzato dall'Istituto Internazionale di Ricerca sul Volto di Cristo che si è svolto presso la Pontificia Università Urbaniana a Roma dal 24 al 26.

NOVEMBRE

– Il giorno 7, a Roma, il Presidente del Dicastero ha partecipato alla III Seduta Pubblica delle Accademie Pontificie, organizzata dal Pontificio Consiglio della Cultura.

– Dall'11 al 19, a Città del Messico, il Presidente S. E. Mons. Lozano ha partecipato ai Lavori della Conferenza Episcopale Messicana, tenendo una relazione sulla *Pastorale della salute*.

– Il giorno 20, a Roma, S. E. Mons. Lozano ha preso parte, quale Membro, ai Lavori dell'Assemblea Plenaria della Congregazione per l'Evangelizzazione dei Popoli.

– Dal 27 al 29, a Madrid, il Segretario del Dicastero P. José L. Redrado, O.H., ha partecipato ai Lavori dell'Assemblea Nazionale sulla Pastorale della Salute, orga-

nizzata dalla Federación Española de Religiosos Sanitarios (FERS), presentando una prolusione sul tema: "Evangelizzatori nel mondo della salute".

– Dal 30 al 2 dicembre, a Fatima, il Presidente S. E. Mons. Lozano ha partecipato ai Lavori del XII Incontro Nazionale della Pastorale della Salute del Portogallo, intervenendo con una relazione sul tema: "Cultura della vita e cultura della morte".



DICEMBRE

– Dal 2 al 4, a Noordwijk (Paesi Bassi), l'Ufficiale del Dicastero il Rev. Mons. Jean-Marie Mpendawatu ha preso parte, quale Osservatore, alla V Sessione del Comitato Internazionale di Bioetica dell'U.N.E.S.C.O. (CIB).

– Il giorno 4, su invito di Frà Pascual Piles, O.H., Superiore Generale dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio – Fatebenefratelli, il Presidente S. E. Mons. J. Lozano ha incontrato, presso la Curia Generalizia, i Superiori Maggiori dell'Ordine e ha

presieduto una celebrazione eucaristica a conclusione del loro Incontro a Roma, tenutosi dal 30 novembre al 4 dicembre.

– Il giorno 16, a Roma, il Presidente del Dicastero ha presieduto la Giornata inaugurale del Seminario di studio sul tema: "Quale Aris per la sanità del Duemila". organizzata dall'Associazione Religiosa Istituti Socio-sanitari (ARIS).

6. Primo Simposio di Suore operanti nell'ambito della pastorale della salute

Si è svolto in Vaticano (Aula Nuova del Sinodo) dal 1° al 3 ottobre il Primo Simposio di Suore impegnate nel campo della pastorale della salute e della sofferenza sul tema: "La donna consacrata nel mondo della salute alle soglie del terzo millennio", promosso e organizzato da questo Pontificio Consiglio.

Il Convegno, voluto fortemente dal Santo Padre, ha avuto come scopo riaffermare l'importanza ed il valore del ruolo della donna consacrata nel mondo della salute alle soglie del terzo millennio, per ripensare alla luce del Vangelo la sua missione al servizio dell'uomo sofferente oggi.

Hanno partecipato 470 Religiose, in rappresentanza di 140 Congregazioni religiose di 50 Paesi dei 5 continenti.

Il Simposio si è articolato in tre giornate di studio e di riflessione, accompagnate sempre dalla preghiera; ogni mattina è stata celebrata l'Eucaristia presso l'Altare della Cattedra nella Basilica di San Pietro.

Il Presidente del Dicastero ha aperto i Lavori del Convegno con un saluto ed una parola di introduzione.

Nel corso del Convegno sono stati affrontati vari temi come: il modello di presenza delle Consacrate nel mondo sanitario; le diverse situazioni dove le Religiose sono presenti: Europa, Asia, Africa, America, Oceania; vocazione, professione e missione

che si incontrano e, nella visione cristiana della vita e della salute, si integrano reciprocamente per la salute globale dell'uomo; la donna consacrata nella dimensione antropologica, biblica, teologica; aspetti pastorali pratici: come annunciare, evangelizzare, celebrare, servire, testimoniare nel mondo della salute; il mondo della salute è "terra del Vangelo"; i carismi, dono dello Spirito ricevuti dai Fondatori per l'umanità sofferente interpellano la donna consacrata del XXI secolo; al servizio della Carità per la Vita - un progetto di Pastorale della salute per l'America Latina ed i Caraibi: finalità, sfide, priorità e strategie; la vita consacrata: "Epifania" dell'amore di Dio nel mondo verso l'Unione delle Suore operanti nell'ambito della pastorale sanitaria.

Il Santo Padre, intervenendo alla fine dei Lavori, ha consegnato alle donne consacrate uno specifico mandato: di essere *cuore e mani* di Cristo verso i malati per rispondere alle sfide poste oggi al mondo della sofferenza.

7. XIII Conferenza Internazionale

Un momento significativo ed importante per l'attività del Pontificio Consiglio è stata la XIII Conferenza internazionale, tenutasi in Vaticano (Aula Nuova del Sinodo) dal 29 al 31 ottobre sul tema: "La Chiesa e la persona anziana". Essa si colloca e voleva essere un piccolo contributo alle celebrazioni del prossimo anno dell'anziano (1999), che il Papa ha affidato al Pontificio Consiglio per i Laici.

La Conferenza ha riunito circa 500 partecipanti provenienti da 70 Paesi; erano presenti 20 Ambasciatori, 3 Ministri della Sanità, 200 medici, rappresentanti delle Associazioni e Federazioni Cattoliche del mondo della salute. Tra i 28 illustri relatori, 6 Cardinali, 5 Vescovi, nonché autorevoli ricercatori, scienziati e studiosi di antropologia, neuropatologia, psichiatria, gerontologia e geriatria,

biologia, biomedicina, filosofia, etica, sociologia, diritto, teologia morale e pastorale. Dopo l'introduzione ai Lavori da parte del Presidente del Dicastero, S. E. Mons. Lozano Barragán e di un indirizzo di saluto rivolto ai partecipanti da S. Em.za il Card. F. Angelini, Presidente emerito del Pontificio Consiglio, S. Em.za il Card. Paul Poupard, Presidente del Pontificio Consiglio della Cultura, ha aperto la XIII Conferenza internazionale con una prolusione



su: "L'Anziano nella Parola di Dio", riflettendo sul significato di essere anziano alla luce della Rivelazione di Dio. Da segnalare anche tra gli illustri relatori il Ministro della Sanità d'Italia, l'On. Rosy Bindi, che si è soffermata nel suo intervento *sugli aspetti politici* della problematica della terza età ai nostri giorni, e il Prof. Alexandre Kalache, Rappresentante dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che, intervenendo alla Tavola rotonda, ha voluto sottolineare gli aspetti demografici.

Alla fine dei lavori della XIII Conferenza internazionale, è intervenuto il Santo

Padre con un autorevole discorso rivolto a tutti i partecipanti. L'accento è stato posto sulla necessità di riaffermare con autorevolezza il Vangelo della vita, riprogettare la società e ridiscuterne la struttura economica, elaborare strategie assistenziali che considerino in primo luogo la dignità degli anziani, chiedendo più sensibilità alle famiglie. In questa ottica il Papa ha espresso il Suo no a tutte quelle pratiche che mirano all'abbreviamento della vita che vanno sotto il nome di eutanasia. Essa è un attentato alla vita che nessuna autorità umana può legittimare: la vita dell'innocente è un bene indispensabile.

8. Attività editoriale

Il Piano di Lavoro del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, uno strumento valido di lavoro quotidiano del Dicastero; esso è frutto dell'ultima IV Assemblea Plenaria del Pontificio Consiglio. Dopo l'approvazione pontificia costituisce il vero profilo del nostro Dicastero. Una copia di questa pianificazione è stata inviata ai Capi Dicastero della Curia Romana, ai Rappresentanti Pontifici, ai Presidenti delle Conferenze Episcopali e ai Vescovi incaricati della Pastorale sanitaria, nonché ai Membri e ai Consultori, riscontrando vivo interesse e apprezzamento.

La rivista quadrimestrale "Dolentium Hominum. Chiesa e salute nel mondo", organo ufficiale del Dicastero è uscita regolarmente; 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.

dese, polacca, portoghese, russa, ceca, rumena, araba ed è in corso, con il nulla osta del Dicastero, la pubblicazione della Carta in lingua ungherese e lituana; invece in fase di traduzione è nella lingua: malgascia, albanese e "thai".

9. Conclusione

Nell'anno 1998, c'è stata un'attività intensa in sede. Hanno avuto luogo incontri in preparazione di congressi e di convegni, raduni di esperti in seno ai vari gruppi

di studio "ad hoc" per studiare i problemi riguardanti la Droga, l'AIDS, gli Ospedali cattolici, ecc. È continuata sia la corrispondenza epistolare con gli episcopati su specifiche questioni relative ai problemi di pastorale sanitaria, di bioetica, di attività editoriale, di richieste varie, sia quella 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, operatori sa-

nitari, impegnati nel vasto campo della salute.

Queste varie forme di collaborazione a livello internazionale sono state possibili grazie alla crescente consapevolezza che la Pastorale della salute e della sofferenza è componente integrante della pastorale di insieme.

La valutazione delle attività svolte dal Dicastero veniva fatta regolarmente, sotto la guida del Presidente S. E. Mons. J. Lozano, ed è risultata molto soddisfacente e ha confermato la sintonia della pianificazione del lavoro.

